LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.



PARIS
AUX BUREAUX DE LA GAZETTE DES HOPITAUX
RUE DES SAINTS-PÈRES, 40.

1857

N° 1. — SAMEDI 3 JANVIER 1857. (30e ANNÉE.) N° 1. — SAMEDI 3 JANVIER 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 JANVIER 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

Après plusieurs semaines d'interruption, l'Académie a repris mardi dernier le cours de ses travaux scientifiques, tout en terminant son œuvre de renouvellement. Les opérations de scrutin auxquelles elle a dû se livrer pendant une grande partie de la séance n'ont pas empêché de très-sérieuses et très-instructives lectures; elles ont nui seulement au recueillement et à l'attention dont elles étaient dignes. Pour nous, qui avons fait tous nos efforts pour n'en rien perdre, nous allons tâcher, en en exposant très-succinctement ici le contenu, d'en faire bénéficier nos lecteurs.

M. Briquet a entrepris depuis quelques années une série de recherches sur une question de physiologie appliquée à la thérapeutique, qui est d'un très-grand intérêt, sur l'absorption de certaines substances médicamenteuses. Dans un premier mémoire communiqué à l'Académie, l'honorable médecin de la Charité a établi que les alcaloïdes du quinquina considérés comme des spécimens de médication, administrés sous forme de dissolution et ingérés dans l'estomac, subissaient une élimination qui se faisait à peu près exclusivement par la voie des urines.

Il a établi également que le chiffre de cette élimination était une quantité qui se trouvait dans un rapport en quelque sorte déterminé avec la quantité administrée (de la moitié environ). Il a été établi enfin, dans ce travail, que la durée de cette élimination était également constante (de 4 à 5 jours après la cessation du médicament.)

Ces faits résultant d'un grand nombre d'expériences, M. Briquet s'est cru suffisamment fondé à conclure de cette régularité et de cette fixité dans la fonction éliminatrice, que le pouvoir éliminateur était une force régulière, invariable et constante dans ses rapports avec le pouvoir absorbant. De cette conclusion, il est arrivé à cette autre, à savoir, que le pouvoir éliminateur pouvait être regardé comme la représentation du pouvoir absorbant. Or, comme on peut observer expérimentalement les résultats du pouvoir éliminateur, il s'ensuivait qu'on avait sous la main un moyen indirect d'éludier le résultat du pouvoir absorbant, qu'il n'est pas aussi facile d'aborder par l'expérience. Partant donc de ce fait, que le chiffre de l'élimination est dans une proportion fixe avec le chiffre de l'absorption, M. Briquet a étudié la première de ces deux fonctions en faisant varier toutes les circonstances de l'administration des alcaloïdes du quinquina, afin d'en déduire toutes les variations qu'éprouverait la seconde.

On connaît déjà les résultats auxquels il est arrivé par ses expériences sur la puissance absorbante de l'estomac et de la peau. La lecture qu'il a faite dans cette séance a pour objet l'étude de l'absorption par le gros intestin.

Il s'est proposé, dans ce nouveau travail, d'examiner et de faire connaître la puissance et les diverses conditions, très-imparfaitement déterminées jusqu'à présent pour la plupart, de l'absorption par le gros intestin : telles, par exemple, que la limite où arrivent les injections pratiquées dans le rectum, l'action qu'exercent l'intestin lui-même et les matières qu'il renferme sur les substances ingérées, le moment où l'élimination et par conséquent l'absorption commencent; la marche de ces deux actions, leur durée, les variations qu'elles peuvent présenter ; enfin l'influence qu'exercent sur ce phénomène l'état de dilution de la substance ingérée, la nature du véhicule, les sexes, l'âge, etc.

Les conclusions de ce travail, que nous reproduisons au compte rendu, résument parfaitement les résultats de ses recherches sous ces différents points de vue. On y verra que, contrairement à une opinion qui a eu longtemps d'assez nombreux partisans, la puissance d'absorption du gros intestin, loin d'être supérieure à celle de l'estomac, lui est au contraire inférieure ; il a même été possible d'en établir le rapport, qui est, en règle générale, d'un tiers de la substance ingérée pour le gros intestin, tandis qu'elle est de moitié pour l'estomac. L'absorption par le gros intestin est également notablement moins prompte que celle qui s'exerce par l'estomac ; enfin ses variations sont plus grandes, et les causes de ces variations plus nombreuses.

Bien que ces résultats n'aient été constatés que pour un seul ordre d'agents médicamenteux seulement, les alcaloïdes de quinquina, et qu'il y ait lieu par conséquent de faire quelques réserves pour les autres substances susceptibles d'être administrées par le même moyen, ils ne nous paraissent pas moins extrêmement intéressants à signaler sous le double point de vue physiologique et thérapeutique. Ils fournissent, en effet, à la médecine pratique des données précises qui permettent de mesurer en quelque sorte d'avance l'effet qu'on se propose d'obtenir par l'administration des sels de quinine en lavement et de les doser en conséquence.

A M. Briquet a succédé à la tribune M. le docteur Chapelle (d'Angoulême) qui a lu une note sur un point de thérapeutique beaucoup plus restreint, mais qui a aussi sa part d'intérêt. M. Chapelle a fait connaître quatorze cas de fissure anale, qu'il a guéris par l'application topique du chloroforme dans la région anale par un procédé très-simple d'ailleurs et dont on trouvera la description dans le compte rendu. Si l'on considère que la douleur et le spasme musculaire sont deux éléments essentiels de cette affection, on comprend aisément comment M. Chapelle a été conduit à l'emploi de ce moyen. Nous regrettons toutefois de n'avoir pu nous assurer, par une lecture attentive des observations, jusqu'à quel point les guérisons ont été persistantes et exemptes de récidive, sachant combien l'action du chloroforme est éphémère, et combien peu l'on doit compter sur ses effets, quand il s'agit de contractures anciennes et permanentes.

La séance a été terminée par la lecture d'un rapport de M. Collineau sur un mémoire de M. Petit, relatif au typhus contagieux. L'honorable académicien n'a pas voulu laisser échapper cette occasion de protester en très-bons termes contre une proposition de l'auteur, qui attribue le délire des typhiques à une phlegmasie du cerveau ou de ses enveloppes, de s'élever une fois de plus, avec non moins de justesse, contre la tendance générale des médecins à rechercher la cause du délire dans des altérations matérielles de l'encéphale. Il y avait de quoi réveiller la discussion si longue et si animée, dont le souvenir doit être encore présent à l'esprit de tous. Mais l'Académie n'a pas paru disposée à relever le gant, et l'attaque de M. Collineau, faute de résistance, est restée à l'état de simple protestation. — Dr BROCHIN.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Ligature d'artères dans l'intérieur des plaies suppurantes. Anévrisme faux consécutif du pli du bras traité par la méthode ancienne.

(Extrait de deux leçons recueillies par M. J. BIEBUYCK.)

Dans une de ses leçons cliniques du semestre d'été dernier,

FEUILLETON.

Le mellite iodé. — Médecine des pauvres. — Mes étrennes. — L'élixir de longue vie.

Après quatre années d'une expérimentation sérieuse exercée tant sur lui-même que sur un grand nombre de malades, un honorable praticien publiait, il y a trois ans, dans la *Gazette des Hôpitaux*, une notice fort intéressante sur diverses préparations iodées.

Selon M. Hamon, l'iodure de potassium ne devait en grande partie ses propriétés thérapeutiques qu'à la présence de l'iode, et sa conviction le conduisait à admiuistrer seulement ce métalloïde. Des diverses formules qu'il publia à cette époque, il n'a plus recours aujourd'hui qu'à une seule dont il se sert presque exclusivement, le mellite iodé.

Voici la manière de le préparer : on triture 1 gramme d'iode dans 10 grammes d'huile d'olives. Si le médicament est pur, la solution se fait sans difficulté à froid, et ne donne naissance à aucun dépôt : la filtration est donc par cela même inutile. Une goutte de cette huile représente cinq milligrammes d'iode. Pour constituer le mellite, il suffit d'incorporer l'huile iodée dans du miel. Il faut généralement mettre une ou deux gouttes d'huile dans une cuillerée à café de miel, et on ajoute pour l'aromatiser quelques gouttes d'une huile essentielle.

Ce médicament doit être ingéré lorsque l'estomac ne contient pas d'aliments, cette condition étant — comme on le sait — la plus favorable à l'absorption. Chez l'adulte, on administre soir et matin, avant le premier et le dernier repas, sur une petite tranche de pain, une cuillerée à café du mellite, contenant une ou deux gouttes d'huile iodée, suivant la force de constitution du sujet. Au bout de quatre ou cinq jours, si le malade n'éprouve aucun symptôme fâcheux du côté de l'estomac, on augmente la dose de manière à ingérer une goutte d'huile de plus, matin et soir. Cette augmentation peut se faire progressivement, et bien des sujets peuvent, après un certain temps, porter la dose du mellite jusqu'à 12 et 14 gouttes. Mais il peut arriver que l'amélioration déjà obtenue s'arrête, alors l'état du malade reste stationnaire ou s'aggrave ; c'est que l'économie s'est faite au médicament. Dans ce cas, le docteur Hamon substitue à l'iode soit le brome, soit l'iodure de potassium, ou bien encore l'huile de foie de morue. Il revient cependant à l'emploi de l'iode, si une nouvelle accoutumance vient se déclarer. Chez les enfants en bas âge, la dose doit se borner d'abord à une demi-goutte d'huile par jour.

Telles sont les bases du traitement général ; arrivons maintenant à quelques applications.

Phthisie pulmonaire. — Cette affection traitée à son début est souvent curable. La plupart des tuberculeux au premier degré, soumis à cette médication, ont guéri. Cependant chez le plus grand nombre l'hérédité indiquait assez clairement la nature de l'induration pulmonaire. Pour tout traitement, le mellite iodé. Si des cavernes ou des cavernules existent, si l'expectoration est abondante, il faut y associer les inspirations d'éther iodé : Iode, 1 gramme ; éther, 10 grammes. (*Gaz. des Hôp.*, numéro 108, 1856.)

Diathèse strumeuse. — Chacun connaît la puissance d'action des médicaments iodurés dans l'état scrofuleux. Mais les manifestations strumeuses locales sont très-variables : il importe donc de les combattre par des moyens appropriés également très-variés. Ici le mellite iodé formera la base du traitement.

Il est inutile de dire que le mellite iodé doit réussir dans le traitement du goître et des accidents syphilitiques, puisque les préparations iodurées représentent le spécifique presque infaillible de ces maladies.

A côté de la thérapeutique des villes, où le malade est assez riche pour payer souvent fort cher les divers agents qui lui sont administrés, marche bien modeste et bien humble une autre thérapeutique qu'on appelle la médecine des pauvres, et qui le plus souvent consiste dans ces simples qui jouaient autrefois un si grand rôle dans le traitement des maladies. On doit, à notre avis, chercher à compléter cette pharmacie à bon marché de l'indigent, et c'est avec joie que nous voulons enregistrer les travaux de praticiens souvent trop peu connus, qui veulent apporter une de leurs veilles, une de leurs méditations, à cette œuvre bienfaisante.

Aujourd'hui c'est une plante dont la tige et les feuilles peuvent être employées avec succès dans les diarrhées. M. Pin (de Saint-Symphorien-d'Ozon) nous communique une petite note sur la salicaire (*lythrum salicaria*, L.).

Ayant eu l'année dernière, dans le courant de l'été et de l'automne, à traiter un grand nombre de pauvres atteints de diarrhées, cet honorable praticien pensa, à l'exemple des Irlandais, des Suédois et principalement de Fouquet, à faire usage de cette plante. Il fait faire une décoction concentrée : 60 grammes de la plante sèche, tige et feuilles, par litre d'eau, ou 160 grammes environ de la plante fraîche pour la même quantité de liquide, que les malades prennent chaque jour édulcorée avec de la réglisse ou du sucre. M. Pin a vu un grand nombre de malades se rétablir dans l'espace de quatre à huit jours sous l'influence de cette médication, qui a presque toujours réussi seule dans la diarrhée chronique, tandis qu'il fallait lui associer les moyens antiphlogistiques généraux et locaux quand il s'agissait de diarrhées à leur période d'acuité.

Cette plante avait été autrefois préconisée par un homme illustre, de Haen, et avait disparu comme tant d'autres de la scène thérapeutique sans motifs bien arrêtés. On lui a préféré le ratanhia et tous les astringents qui ont pour eux leur origine exotique. Est-ce que le proverbe : « Nul n'est prophète dans son pays, » serait vrai même en thérapeutique? Quoi qu'il en soit, nous pensons que le médecin de campagne doit s'adresser à tous les éléments qui l'entourent, et que la salicaire, possédant des propriétés astringentes, peut lui venir en aide dans les affections diarrhéiques. Pourquoi donc aller chercher si loin ce qui pousse à nos pieds?

M. Nélaton exposait à ses auditeurs le résultat de ses recherches sur la ligature des artères dans l'intérieur d'une plaie suppurante, et démontrait combien cette ligature est efficace contre les hémorrhagies consécutives, restituant ainsi à l'art chirurgical une méthode injustement abandonnée, et qui a, dans certains cas, d'incontestables avantages sur la méthode la plus généralement usitée aujourd'hui, celui, entre autres, de prévenir des mutilations rendues souvent inévitables par la ligature à distance. M. Nélaton ayant eu, récemment, l'occasion de pratiquer cette ligature, nous rappellerons d'abord les principes qu'il professe sur ce sujet, puis nous exposerons avec quelques détails l'histoire du malade qui vient de subir l'application de la ligature d'après la méthode ancienne.

Dans la leçon clinique du 23 juin, il s'agissait d'une hémorrhagie consécutive à une incision faite à la face palmaire pour un phlegmon profond de la main. « Rien, disait le professeur, n'est difficile à arrêter comme une hémorrhagie de la main, surtout lorsqu'elle se produit consécutivement, c'est-à-dire à une époque où la plaie s'est recouverte de granulations pyogéniques. La première fois que vous rencontrerez de ces hémorrhagies consécutives, vous serez dans le plus grand embarras si vous n'êtes point prévenu de ce qui se passe en pareille circonstance, et si vous n'avez appris le véritable moyen de remédier définitivement au mal. A une certaine époque de ma vie, lorsque je rencontrais une de ces hémorrhagies consécutives de la main, je ne savais que faire. Le sang coule au dehors; vous établissez une compression, et il s'arrête. Mais ne croyez pas que tout soit fini; l'hémorrhagie ne tarde pas à reparaître, et la compression devient impuissante à l'arrêter. Si l'on comprime au-dessus de la plaie, il survient de l'œdème dans toute la partie sous-jacente à la compression, et ici encore l'hémorrhagie n'est pas longtemps à se reproduire. On songe alors à lier soit la radiale, soit la cubitale, soit ces deux vaisseaux à la fois; on lie même parfois la brachiale; rien ne peut prévenir le retour de l'écoulement sanguin. M. Robert est allé jusqu'à porter la ligature sur le point de terminaison de l'axillaire; mais alors la gangrène du membre se manifeste, et on n'a plus que l'amputation ou plutôt la désarticulation pour dernière ressource.

» En méditant sur ces faits, je me dis qu'il serait difficile d'imaginer une thérapeutique plus désastreuse que celle que l'on emploie dans cette circonstance. Un jour je fus appelé près d'un homme qui s'était fait une blessure à la main; il fut pris d'une hémorrhagie consécutive. Après avoir essayé la compression et les astringents, je fis la ligature de la radiale et de la cubitale. Malgré cela, l'hémorrhagie reparut. J'arrêtais le sang en comprimant plus haut; mais en marchant dans cette voie, j'étais toujours sous le coup de nouvelles hémorrhagies : je ne savais quel parti prendre. Dupuytren professait que les artères placées dans une plaie suppurante ne pouvaient pas supporter la ligature; que la chute prématurée des fils reproduisait infailliblement l'hémorrhagie. Je ne pouvais me décider à enfreindre le précepte de ce maître. Mais, d'un autre côté, en pratiquant la ligature de l'artère au bras, puis à l'aisselle, j'étais menacé de gangrène, et il était temps encore, en agissant différemment, d'en venir à ce moyen extrême, quand la chute prématurée des fils aurait reproduit l'hémorrhagie.

» Je découvris donc l'arcade palmaire superficielle, et je liai les deux bouts de la division artérielle. La ligature tomba plutôt que d'habitude, mais assez tard cependant pour que l'hémorrhagie ne se reproduisît point. J'étais enchanté d'un aussi beau résultat. J'ai souvent eu recours depuis à cette ligature dans des circonstances analogues, et jamais je n'ai vu l'hémorrhagie se reproduire à la chute des fils. Cette chute n'est donc pas prématurée : elle est habituellement plus prompte, il est vrai, que dans les ligatures sur une artère saine : elle a lieu le plus souvent vers le troisième ou quatrième jour; mais cela importe peu. La chose essentielle, c'est qu'à la suite de cette chute, il ne se reproduise pas d'hémorrhagie. Ce résultat constaté, j'ai dû songer à ce qu'il y avait de fondé dans le précepte de Dupuytren, et chercher à me rendre compte de ce qui s'était passé. L'occasion de faire ces recherches n'est pas rare, nous perdons malheureusement bien des amputés; nous trouvons aussi des artères au fond de plaies qui ont suppuré huit, dix, quinze jours. J'ai appliqué des ligatures sur ces artères, et je suis arrivé à cette conclusion, que dans une plaie même en suppuration, si on étreint les extrémités d'une artère à l'aide d'un fil, on produit identiquement les mêmes lésions que si l'on appliquait la ligature dans un endroit éloigné du lieu enflammé; il y a section des tuniques interne et moyenne avec conservation et froncement de la tunique externe ou celluleuse. Je suis donc aujourd'hui parfaitement rassuré sur cette section prématurée des artères; et, appuyé sur les nombreux faits que j'ai observés, tant dans ma pratique civile que dans celle des hôpitaux, je peux poser en principe que dans la ligature des artères au milieu d'une plaie suppurante, jamais la chute des fils n'est prématurée, que jamais elle n'est suivie de la reproduction des hémorrhagies. »

Passons maintenant à l'histoire de notre malade.

C'est un jeune homme de vingt-deux ans; d'une constitution assez forte, présentant toutes les apparences de la santé la plus florissante. Ayant été malade il y a cinq semaines, son médecin jugea à propos de lui pratiquer une saignée. Il ne paraît pas qu'au moment de cette opération on ait rien remarqué de particulier ni d'inquiétant. Interrogé soigneusement sur les circonstances qui accompagnèrent l'écoulement du sang, le malade répond qu'il ne fut point projeté très-loin, qu'il coula régulièrement, sans saccades, et qu'il fut recueilli dans une cuvette; ce sang était, dit-il, rouge-noir. On appliqua une compresse peu épaisse, pas très-serrée; le sang s'arrêta et la plaie se ferma. Il n'y a rien à conclure de toutes ces réponses. Quoi qu'il en soit, ce fut quelques jours après, en ôtant la bande de la saignée, que le malade s'aperçut qu'il portait au niveau de la piqûre une petite tumeur grosse comme une noix et nullement douloureuse. Puis, au bout de quelques jours encore, cette tumeur s'était accrue. Enfin, trois semaines après la saignée, elle avait acquis le volume d'un œuf de poule.

Le médecin, appelé de nouveau, ayant constaté la présence de cette tumeur, crut devoir l'ouvrir : il fit une ponction avec une lancette, et il sortit, dit le malade, du sang noir. Cette ponction ne lui parut sans doute point suffisante, car il en fit une seconde ou peut-être agrandit la première; il en sortit encore du sang noir. Un petit pansement fut appliqué, et le malade se trouva comme auparavant.

Cependant le médecin, intrigué par la présence de cette tumeur, et persistant toujours à penser qu'il avait affaire à un abcès, voulut en avoir le cœur net : cette fois, il saisit un bistouri et ouvre largement la tumeur. Un gros caillot s'échappe de la plaie, et l'on voit jaillir au même instant un flot de sang artériel : il y eut donc ici une première hémorrhagie.

Quelque temps après, le mal s'accroissant toujours et les hémorrhagies se reproduisant de temps en temps, le malade se décida à venir à Paris. Il entra à l'hôpital le 16 novembre dernier. A cette époque, il présentait les symptômes suivants :

Au niveau du pli du bras droit, on trouvait une tumeur assez volumineuse, sans limites bien tranchées, se perdant insensiblement dans les parties circonvoisines; tumeur assez ferme, du reste, donnant par sa consistance l'idée de la présence d'un coagulum. Au sommet de cette tumeur se trouvait une plaie ovalaire pouvant avoir 2 à 3 centimètres dans son plus grand diamètre; ses bords étaient rouges. On voyait entre les lèvres de cette plaie un corps étranger, un véritable coagulum. Si l'on pressait dans le voisinage de cette plaie et à une certaine distance, on voyait sortir du sang présentant tous les caractères d'un sang sorti depuis longtemps du vaisseau, et mélangé avec une certaine quantité de liquide purulent. En procédant à un examen plus approfondi, on s'apercevait que cette tumeur ne présentait pas partout la même consistance. Dure à son sommet et superficiellement dans les parties voisines, elle était molle et même fluctuante dans sa partie profonde. C'est probablement là ce qui a trompé si longtemps le premier médecin qui la vit. Cette tumeur était pulsatile. Ces pulsations étaient produites par un mouvement d'expansion et non pas par un soulèvement de la masse morbide. Ces battements expansifs se percevaient sur toute l'étendue de la tumeur. Par l'auscultation, on entendait un bruit de souffle intermittent présentant son summum d'intensité au niveau de la plaie. Du reste point de frémissement cataire, point de dilatation veineuse appréciable, point d'œdème, ni d'engourdissement dans le membre; douleur légère seulement au niveau de la plaie.

L'exploration des parties voisines n'était pas sans intérêt. Il fallait naturellement rechercher s'il n'y avait point d'anomalie dans la position de l'artère brachiale ou de ses branches dans l'avant-bras; rechercher surtout s'il n'y avait pas division prématurée de l'artère du bras. Dans ce cas, en effet, la cubitale est souvent placée très-superficiellement. Cette circonstance aurait pu expliquer l'erreur qui a été commise. Mais il n'y avait rien de semblable : l'artère brachiale occupait sa place habituelle; on ne trouvait point de division prématurée. Les battements n'existaient pas dans la radiale au moment où le malade entra à l'hôpital; ils ont reparu le lendemain, mais ils étaient très-faibles. Il en était de même de la cubitale.

Il s'agissait évidemment ici d'une affection très-grave : d'un anévrisme faux consécutif, sans communication artérioso-veineuse. Quant à la disposition des choses, la voici telle qu'elle fut annoncée par M. Nélaton, et telle que l'opération la fit voir aux yeux de tous les assistants :

« Je ne crois pas, dit-il, que l'artère ait été coupée en travers; je suppose plutôt qu'il n'y a ici qu'une plaie latérale, et voici pourquoi : au moment où la blessure a été produite par la saignée, il n'y a pas eu cette impétuosité de jet que l'on remarque quand l'artère a été coupée en travers; de plus, la facilité avec laquelle on a arrêté le sang me confirme dans cette opinion. Au-devant de cette blessure il s'est produit une poche : c'est le sac anévrismal. Par le fait d'une idée malheureuse, cette poche a été ouverte, et nous avons eu une solution de continuité de la peau et de la paroi du sac. Un coagulum, disposé probablement sous forme de couches stratifiées, est venu adhérer assez intimement à la paroi interne du sac, et empêcher la sortie du sang. Ce coagulum n'occupe pas toute la profondeur du sac; le sang y arrive encore, et c'est à son entrée par la blessure artérielle que sont dus le mouvement expansif de l'artère et le bruit de souffle. »

Cette affection, disions-nous, était extrêmement grave. En effet, ce malade était exposé à des hémorrhagies fréquentes. Le coagulum n'était point dans les conditions ordinaires; ce caillot était exposé à l'air, et par suite il se serait conduit comme tous les caillots que l'on trouve à la surface des plaies : il aurait subi une décomposition putride, d'abord à sa surface, puis cette décomposition putride se serait propagée graduellement à des parties de plus en plus profondes; le coagulum se serait ainsi détruit, et le sang, se faisant jour au dehors, aurait inévitablement produit une hémorrhagie. Supposons qu'un nouveau caillot serait venu oblitérer l'ouverture du sac; ce nouveau caillot aurait subi les mêmes transformations, la même destruction que le premier, et le malade eût été

— Mais assez de plantes médicinales, assez de préparations iodurées. Au commencement d'une nouvelle année, les mots d'étrennes, les compliments de jour de l'an circulent de tous côtés, et je me demandais quel genre de cadeau je pourrais à ce propos offrir à mes lecteurs, quand je me trouve prévenu par un honorable confrère, M. le docteur Lhuillier, qui, à l'occasion de mon dernier feuilleton, m'offre avec une grâce parfaite..... devinez quoi, cher lecteur?.... une partie de son potager pour y cultiver à mon profit le délicieux légume, d'une culture si facile et d'un si beau produit, le *cerfeuil bulbeux*, que je recommandais ici tout récemment. Vous pensez bien que je n'ai garde de refuser une offre aussi aimable, et pourvu que son exemple soit suivi par quelques centaines de mes lecteurs, me voilà en possession d'une vaste exploitation qui ne me demandera que la peine d'envoyer la graine et de donner quelques conseils.

Que dites-vous de ces étrennes?

Devant cette gracieuseté inattendue, je me suis trouvé un instant embarrassé. Comment enfin remercier ce digne confrère qui a si bien entendu mon appel? Une formule plus ou moins bien tournée ne pouvait suffire à répondre à son aimable donation; mais un vieux papier de famille, qui remonte à je ne sais trop quelle époque, est venu à mon secours. Je prie M. le Dr Lhuillier d'en agréer l'hommage, et surtout d'en bien suivre l'instruction.

Je conserve à cette pièce et son orthographe et son style :

Le royal sirop pour conserver la santé et prolonger la vie, aporté en Europe par un médecin de l'empereur Charles-Quint, ainsy qu'il en fait le récit luy-même par son manuscrit en ces termes :

« Du temps de l'empereur Charles-Quint, je fus élu par Sa Majesté médecin de cette belle armée qu'il envoya en Barbarie, la fortune voulu que j'eusse mon quartier dans le logis d'un bon vieillard nommé Ibrahim Japoly, lequel sachant que je devois être son hoste, vint au devant de moy et se jetta à mes pieds rendant grâce à Dieu de n'avoir point pour hoste un soldat. Je le relevay fort humainement.

» Cet homme avoit, me dist-il, 132 ans, et se portoit aussy bien et étoit aussy dispos que s'il n'avoit eu que la moitié de cet âge. Je fus curieux de sçavoir sa manière de vivre; il m'en rendit bon compte : commençant depuis sa jeunesse jusqu'à l'âge qu'il avoit atteint, il me dit qu'il avoit été bon compagnon dans sa jeunesse, même qu'il avoit vecû à la rustique; mais que depuis l'âge de 60 ans il avoit usé de ce sirop que je regarde comme le plus précieux qui se puisse trouver.

» Quiconque en prendra tous les jours une cuillerée, pourra dire et assurer que tant qu'il plaira à Dieu, il assurera vivre, il n'aura pas besoin de médecin, ny d'aucuns médicames, car ce sirop a une telle vertu et propriété qu'il ne peut souffrir aucune corruption ny mauvaise humeur dans le corps, les faisant sortir doucement par bas.

» Les belles et grandes expériences que j'en ay faittes, tant sur moy que sur autres, nous doivent assurer que nous ne pourrons user d'un plus souverain remède; je crois fermement qu'il ne peut avoir été révelé que de Dieu même pour la conservation du corps humain. J'en avois toujours tenu le secret caché affin que par les merveilles que je ferais par le moyen de ce sirop, je fusse recherché et plus estimé que mes confrères, ce qui m'a réussy. Mais il est temps desormays qu'ayant atteint l'âge de 92 ans, je jette sous le pied cette vaine gloire que ce beau sirop me donne, et qu'après ma mort on connoisse la vérité de ce qui faisoit ma réputation :

» Prenez : Deux livres de jus de mercurialle qui se trouve dans les vignes;

» Deux livres de jus de buglosse;

» Deux livres de bourrache, ce qui fera six livres ausquelles vous ajouterez douze livres de miel blanc;

» Vous ferez faire un bouillon ou deux à ce total, en l'écumant, et puis après vous passerez le tout par la chausse d'Hypocrate faitte de toille ouvrée, et le laisserez couler pendant 24 heures pour le bien purifier : et pendant lesquelles 24 heures il faut faire infuser dans trois chopines de bon vin blanc un quarteron de gentiane coupée par petittes rouelles, et une demie livre de racine de flammes, autrement dit de jais commune aussy coupée par tranches, et après lesdittes 24 heures, il faudra, ce qui aura passé de laditte chausse, joindre le tout dans une poële à confitures, et le faire cuire en consistance de sirop, ensuitte mettre le tout dans des bouteilles de gros verre.

» Le sirop doit être fait dans le mois de juin, avant que la mercurialle monte en graine. »

Acceptez, bien cher confrère, cette formule merveilleuse, et puissiez-vous boire longtemps ce sirop qui vous promet encore de bien longues années! C'était à vous seul que je voulais livrer ce précieux moyen de prolonger vos jours; mais je suis bien persuadé que votre affection pour ceux qui vous entourent et pour le corps médical tout entier vous porterait à communiquer à tous ce royal sirop. Je crois donc me rendre l'interprète de vos intentions en disant à tous nos confrères : Profitez des enseignements du vieux manuscrit; buvez tous, buvez du royal sirop, ses propriétés sont magiques. Buvez, vivez longtemps, vivez heureux, c'est ce que je vous souhaite de tout cœur.

Dr E. Renaud.

...si en proie à des hémorrhagies perpétuelles. Il y avait donc ...ger de mort par ces hémorrhagies successives qui n'auraient ...pas manqué de survenir. Ajoutons qu'une seule aurait peut-être ...traîné cette fatale terminaison, ou aurait certainement du moins ...é le malade dans un état de faiblesse qui aurait rendu beaucoup ...us incertain le succès de l'opération qu'il a subie. Il fallait donc ...ir. Mais de quelle manière?

« Autrefois, dit M. Nélaton, c'est-à-dire il y a dix ou douze ans, ...n'aurait pas hésité. Beaucoup de chirurgiens auraient eu recours ...à méthode d'Anel, la ligature de l'artère au-dessus de la poche. ...ai vu appliquer cette méthode dans cet hôpital même, et pour ...n cas tout à fait semblable. Quelques jours après je fus appelé à ...endre le service. J'observai ce malade de près, espérant peu du ...uccès de cette opération. En effet, une hémorrhagie formidable ...e tarda pas à se produire par la poche anévrismale. J'allais quitter ...salle quand on m'appela; le malade était baigné dans une mare ...e sang. Ma première idée fut de comprimer l'artère dans l'ais...selle; je le fis, et j'arrêtai immédiatement l'hémorrhagie. Je n'allai ...as plus loin comme réflexion, et je fis la ligature de la sous-cla...vière. L'hémorrhagie fut arrêtée, mais pour quarante-huit heures ...eulement. Dans l'intervalle, je réfléchis à ce qui venait de se ...asser, et je conclus que la double opération subie par ce malade ...ait tout à fait irrationnelle, que le seul moyen de guérison pos...sible était la ligature des deux bouts de l'artère dans l'intérieur de ...a plaie. En effet, quand un anévrisme a été ouvert comme celui-ci, ...es conditions ne sont plus les mêmes que dans une poche restée ...intacte; il contient du sang putride mêlé de pus, de sanie. Dans ...e cas, il n'y a plus de sécrétion de lymphe plastique qui puisse ...établir des adhérences entre le caillot et les parois artérielles; il n'y ...a plus de retrait, ni aucun des phénomènes qui accompagnent ...l'absorption de ce caillot et l'oblitération complète du vaisseau. ...Supposons un instant que cette adhérence s'établisse : la décom...position putride fera bientôt naître de la suppuration; le caillot ...oblitérateur sera décollé, puis détruit, et vous verrez ainsi frapper ...e stérilité ce commencement de travail curatif. Cependant il faut ...boucher le vaisseau; pour cela, il faut l'attaquer au niveau même ...u sac. Nous lierons donc les deux bouts de l'artère dans l'inté...rieur même de la plaie; si nous nous bornions à une ligature uni...que, les collatérales ne tarderaient pas à ramener le sang par le ...bout inférieur. Je ne crains pas de lier les vaisseaux au milieu du ...travail inflammatoire; nous avons insisté déjà sur les bons effets ...e cette méthode et sur le peu de fondement de tout ce que l'on ...dit sur la prétendue chute prématurée de ces ligatures. Cette ...chute ne se fera pas avant que le travail d'oblitération soit suffisant ...pour empêcher le retour de l'hémorrhagie.

» Quant au manuel opératoire même, voici ce que je me pro...pose de faire. Je vais inciser largement la poche en haut et en ...bas : c'est là un précepte très-important. Il faut, avant tout, se ...donner du jour; un peu plus de longueur de l'incision n'ajoute ...rien au danger, et donne beaucoup plus de facilité pour trouver la ...blessure et exécuter toute la manœuvre opératoire. J'extrairai la ...masse du coagulum; j'irai alors à la recherche de l'ouverture ar...térielle. Si je ne l'aperçois pas au fond du sac, je prierai l'aide ...chargé de la compression de lâcher un peu; le jet de sang mon...trera immédiatement le point lésé. Ce point trouvé, je soulèverai ...l'artère à l'aide d'un petit instrument courbe; je disséquerai avec ...soin le tube artériel. Ceci fait, je placerai une ligature aux deux ...bouts de l'artère, à un centimètre environ de la blessure. Dans ...cette circonstance, c'est toujours le bout supérieur qu'il faut lier ...le premier, afin d'être à l'abri du sang pendant le reste de ...l'opération. »

Tous ces divers temps ont été accomplis exactement comme ils ...avaient été prévus, et sans difficulté aucune. Le sac était à peine ...ouvert que l'on put voir un point où le sang artériel tendait à jail...lir : c'était la blessure de l'artère présentant exactement les carac...tères qui avaient été annoncés, blessure latérale pouvant intéresser ...le tiers environ de la circonférence de l'artère; par le fait de la ...rétraction du vaisseau, cette ouverture s'était allongée parallèle...ment à l'axe de celui-ci, et présentait une forme ovalaire. Nous ...avons pu constater encore une circonstance assez frappante. Dans ...ce court espace de cinq semaines, il s'était fait des désordres con...sidérables. Le sang s'était insinué dans les interstices musculaires, ...des caillots s'étaient accumulés dans une excavation. Celle-ci ...fut vidée, mais incomplétement; car les caillots étant adhérents ...à la surface de cette cavité, il aurait fallu tourmenter beaucoup la ...plaie pour les enlever complétement. La présence de ces quelques ...caillots, très-petits du reste, présentant peu d'inconvénients, ...M. Nélaton crut qu'il valait mieux que la suppuration vînt les ex...pulser, que de s'obstiner à vouloir les arracher en totalité, au ...risque d'irriter fortement la surface de la plaie.

Quelques instants après l'opération (environ un quart d'heure), ...on put constater que les battements étaient parfaitement revenus ...dans la radiale : il en était probablement de même de la cubitale, ...mais ils ne furent cependant point constatés. Il est donc évident que, ...si l'on s'était borné à une ligature unique, l'hémorrhagie aurait ...bientôt reparu.

Vingt-quatre heures après l'opération, le malade avait peu souf...fert; il avait même dormi un peu; on sentait très-distinctement ...les battements de la radiale et de la cubitale. Il n'est survenu au...cun de ces phénomènes graves qui se montrent quelquefois à la ...suite des ligatures artérielles; la charpie, enfoncée dans la plaie, ...fut enlevée; les lèvres furent rapprochées, et dès le lendemain ...elles se maintenaient dans une position qui devait faciliter la réu-nion. Le bras fut placé dans l'extension, et l'on recommanda d'une manière toute particulière au malade de le maintenir dans cette attitude, de peur que cette vaste plaie, venant à se cicatriser dans la flexion, la rétraction graduelle de la cicatrice n'empêchât ultérieurement les mouvements d'extension.

Cette plaie est aujourd'hui presque complétement cicatrisée; il n'y a rien eu qui fût de nature à inspirer les moindres craintes; la guérison sera aussi complète et aussi heureuse que possible (1).

Avant de terminer, signalons une dernière particularité qui est assez importante pour notre sujet. Chez ce malade, les ligatures ne sont tombées que le onzième jour. Ce fait serait sans doute un argument bien puissant contre l'opinion de la chute prématurée des fils dans les ligatures faites au milieu d'une plaie supporante, car dans ce cas particulier la chute a été plus tardive que dans les ligatures faites dans les circonstances ordinaires. Mais il serait inutile d'insister plus longuement sur l'efficacité de cette méthode, efficacité qui a été surabondamment démontrée par les nombreux succès cliniques et les recherches pathologiques de l'éminent professeur dont nous avons rapporté succinctement les idées dans la première partie de cet article.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la coqueluche (2).

Le traitement de la coqueluche par la belladone est une affaire entendue; je n'y reviendrai pas; mais il faut que je vous dise comment il convient d'alimenter des petits enfants pris de vomissements presque incoërcibles et exposés par cela même à la mort par inanition. Le vomissement dans la coqueluche étant une fois considéré par vous comme un accident très-sérieux, votre premier soin pour le combattre sera de ne donner à manger aux malades que lorsqu'ils vous paraîtront pouvoir retenir leurs aliments; cela ressortira bientôt de votre expérience personnelle. Les enfants vomissent tantôt le jour, tantôt la nuit; c'est donc à vous qu'il appartiendra de régler les heures des repas, et de ne donner en général de la nourriture qu'au moment où les vomissements viennent de se terminer. Ensuite en ne conseillant que des aliments plutôt demi-liquides que liquides et plutôt solides que liquides, car le vomissement aura alors infiniment moins de prise, vous aurez mis beaucoup de chances de votre côté pour avoir prévenu le retour des accidents.

Tandis que vous aurez remarqué que les quintes de coqueluche, sous l'influence de la belladone peuvent rester 5, 6 ou 8 heures sans reparaître, il vous faudra profiter de cette rémission due à l'agent toxique pour faire prendre un repas copieux. Il arrive quelquefois que la belladone ne supprime pas entièrement les quintes de toux; mais alors elle les atténue, les crises avortent, et en définitive le même but est atteint, puisque le vomissement n'a pas lieu. Quand les petits malades sont soumis à l'usage de la belladone, il est très-rare que les aliments ne soient pas conservés; mais cependant, lorsque le fait arrive, il est à propos de mélanger l'opium, à doses très faibles, à la belladone, et d'administrer les deux médicaments à la fois. Si le vomissement se produit néanmoins (cas tout à fait exceptionnel), prescrivez ou donnez vous-même une goutte de laudanum liquide de Sydenham peu après l'ingestion des aliments. Ces petites précautions, en apparence puériles, ont une importance immense; ne vous y trompez pas; *experto crede*...... Enfin, si vous remarquez que l'enfant auquel vous donnez des soins ait très peu de quintes pendant son sommeil, recommandez qu'il lui soit donné un potage, épais de préférence, ou une tablette de chocolat au moment où il va s'endormir.

Les hémorrhagies nasales sont à craindre, et je vous ai dit pourquoi; aussi faut-il les arrêter promptement et dès le début par tous les moyens rationnels qui vous sont enseignés. Si elles persistent, faites lever le bras de l'enfant du côté où la narine saigne; c'est une méthode ridicule, profondément illogique, mais qui réussit néanmoins. Je ne vous dirai pas comment il se fait qu'elle réussisse; car je ne le comprends pas moi-même; mais enfin le fait existe. Des médecins militaires ayant eu à soigner des soldats en marche par une température très-élevée, et affectés tout à coup d'épistaxis inquiétantes, se sont admirablement bien trouvés de l'élévation du bras. Ils l'ont dit, ils l'ont écrit; je les crois, croyez-les aussi.

Les reniflements de poudre d'alun, de sous-nitrate de bismuth, de liquides acides, les injections dans le nez avec de l'eau chaude, les applications froides sur le front et à la nuque; et lorsque les circonstances sont pressantes, impérieuses, que la vie est en danger, l'emploi de la sonde de Belloc, de la vessie de Gariel, sont autant de ressources qui pourront vous venir en aide; mais chez un enfant qui pousse des cris, ces derniers moyens ne sont guère susceptibles d'être employés; car il criera davantage, et le sang continuera de couler.

Il y a aussi des remèdes internes à donner, et parmi eux les acides minéraux occupent une place importante. L'acide sulfurique, sous forme de limonade, ou l'eau de Rabel, à doses plusieurs fois répétées, sont, en effet, d'une assez grande efficacité. La ratanhia, soit en extrait, soit en teinture, la gomme kino à la dose de 2 ou 3 grammes, sont de bons moyens aussi; mais le plus puissant de tous, c'est encore le quinquina en poudre; il a, en outre, le privilége d'agir sur les hémorrhagies nasales ou utérines comme prophylactique. L'emploi du quinquina jaune royal, à la dose de 4 grammes pris tous les quatre ou cinq jours, suffit très-bien pour prévenir ces hémorrhagies chez les adolescents.

Il en est de même pour les filles et les femmes quand elles ne sont atteintes toutefois ni de cancers ni de polypes. Donnez-leur, dans l'intervalle des règles, 4, 6 ou 8 grammes de quinquina, et vous modérerez le flux sanguin. N'allez pas croire que cette propriété du quinquina soit due à la faible dose de tannin qu'il contient; car si vous donnez du cachou qui en renferme également, vous ne modérez ni ne guérissez quoi que ce soit; mais il y a, paraît-il, quelque chose dans l'écorce du quinquina que nous ne connaissons pas encore très-bien. Toujours est-il, et je me hâte de revenir à la coqueluche, que le quinquina en poudre est un excellent moyen de lutter contre les hémorrhagies des enfants.

Quant à la pneumonie et au catarrhe comme complications de la coqueluche, je n'ai rien de particulier à vous dire relativement à leur traitement; vous agirez selon les indications et d'après votre *modus faciendi* habituel. Cependant, et à propos de vésicatoires, Autenrieth avait prétendu que lorsque la coqueluche était arrivée à sa deuxième période, que les quintes étaient violentes, que l'expectoration était de nature mucoso-puriforme, l'application sur la poitrine d'une pommade stibiée jusqu'à pustulation était un remède d'un effet héroïque. Toutefois il voulait que la médication émétisée fût poussée jusqu'à *saturation*, et il y avait saturation, selon lui, lorsqu'il apparaissait des pustules plates jusque sur les grandes lèvres des petites filles ou sur les bourses des jeunes garçons. Ce résultat obtenu, il prétendait que l'économie était *saturée* par le tartre stibié, et que guérison s'ensuivait.

Avant de vous donner mon opinion sur cette manière de faire, laissez moi vous dire quelques mots sur l'effet topique irritant de l'émétique.

L'éruption déterminée par les frictions stibiées a des caractères tout à fait spéciaux. On aperçoit d'abord de petites pustules éparses et acuminées, sans que la peau intermédiaire participe à l'inflammation; si l'on cesse la médication, l'inflammation s'arrête, et il ne se développe pas de pustules de plus; celles même qui ont commencé à paraître, ne prennent de développement que pendant le jour qui suit la cessation des frictions; mais si l'on persévère, bientôt survient une éruption confluente de grosses pustules aplaties, extrêmement douloureuses, et qui se recouvrent promptement de croûtes brunes qui tombent peu à peu dès qu'on a cessé les frictions, et qui laissent sur la peau des traces aussi indélébiles que celles de la petite vérole la plus érodante.

L'apparition des pustules est plus ou moins tardive; assez ordinairement elle a lieu au bout de deux ou trois jours. Ces pustules se développent, soit sur le lieu des frictions, soit à l'entour, et elles peuvent même quelquefois apparaître loin des parties frictionnées. Ces pustules secondaires, fugaces, se manifestant ordinairement après la dessiccation des pustules locales, et notamment aux parties génitales, ont causé toute l'erreur d'Autenrieth, qui a cru que ces pustules développées à distance étaient dues à l'absorption du médicament, à la saturation antimoniale. M. Bretonneau a démontré qu'elles étaient produites par le contact direct du sel émétique, qui était entraîné par les mouvements du corps, par les vêtements, et le plus souvent par les mains du malade, et il a pu constater l'existence du tartre stibié mécaniquement accumulé au pli des cuisses. Les pustulations stibiées ne sont donc point le signe de la saturation antimoniale, puisqu'il peut y avoir pustules sans saturation.

Lorsque l'enfant est couché, qu'il dort, les bras sont dans la demi-flexion, et les mains arrivent à la hauteur des parties génitales; il n'y a rien d'étonnant qu'il dépose au pli des cuisses, à la vulve ou sur les bourses, du tartre émétique qu'il a au bout des doigts; car, avant de s'endormir, les démangeaisons très-vives qu'il a éprouvées sur la poitrine l'ont incité à se gratter à différentes reprises.

Que cette notion soit pour vous une leçon, et qu'elle vous prémunisse contre un diagnostic terrible : ces pustules ressemblent tellement, en effet, à des pustules syphilitiques, que des syphiliographes s'y trompent et que je m'y suis trompé moi-même. Informez vous donc toujours s'il y a eu application de pommade stibiée sur la poitrine, vous saurez alors à quoi vous en tenir; mais si vous ne vous souvenez pas de cet enseignement, vous croirez trop souvent à une infection, et vous pourrez porter des jugements très-cruels.

La pommade stibiée jusqu'à pustulation violente est un moyen qu'il ne faut jamais mettre en œuvre chez une fille; car comment calculerez-vous la hauteur à laquelle arrivera, un beau soir, sa robe de bal? Les stigmates laissés par le sel antimonial ont de l'analogie avec la scrofule; abstenez vous, car vous pourriez être la cause plus tard de bien cuisants chagrins. Alors même que vous ne prescririez des frictions que sur des parties dont le mari seul doit un jour prendre connaissance, abstenez-vous encore.

Le même inconvénient n'existe pas chez les garçons; mais la pustulation stibiée est ordinairement inutile, horriblement douloureuse; aussi suis-je bien tenté, en terminant, de vous donner le conseil de n'y avoir jamais recours dans le traitement de la coqueluche.

Dr L. DU S.

---

(1) Depuis la rédaction de cet article, le malade est sorti guéri le 28 décembre.

(2) Fin. — Voir les numéros des 11 et 30 décembre 1856.

PLAIE PÉNÉTRANTE DE LA COLONNE VERTÉBRALE,

avec lésion de la moelle et écoulement de liquide céphalo-rachidien;

Par M. Lachaux, interne à l'asile de Maréville.

Jean-Baptiste G... a été blessé dans la nuit du 12 au 13 octobre 1850, par des individus qui l'ont frappé à la nuque en lui tenant la tête fortement fléchie. Immédiatement, G... est tombé sur le côté droit, privé de forces et de voix, mais conservant assez d'intelligence pour reconnaître ses meurtriers. Trois quarts d'heure après l'attentat, il a été recueilli par des voyageurs.

M. le docteur Jourdan, alors premier chef interne de l'Hôtel-Dieu de Marseille, a examiné G... dans l'après-midi. Le malade répondait parfaitement aux questions; la respiration était normale, le pouls lent et dépressible. La sensibilité générale était obtuse; le bras droit complétement paralysé; le bras gauche exécutait ses mouvements de circumduction. Les membres inférieurs étaient soumis par intervalles à des mouvements saccadés de flexion et d'extension. En outre, on observait une contraction des muscles du cou et de la face. Ces mouvements involontaires, dont la durée et la fréquence étaient variables, s'accompagnaient de violentes douleurs.

G... porte une plaie occupant la partie postérieure du cou à 0,02 au-dessous de la bosse occipitale, un peu à gauche de la ligne médiane (0,01 environ); l'ouverture extérieure de la plaie présente une largeur de 0,014; les bords sont légèrement écartés et se dirigent obliquement de bas en haut, de droite à gauche. Des deux angles, l'inférieur droit est mousse, le supérieur gauche est aigu. Enfin, de la plaie part un jet de liquide transparent, limpide, opalin, comparable au sérum du sang: c'est du liquide céphalo-rachidien.

G... fut admis à l'Hôtel Dieu de Marseille à cinq heures du soir, et placé dans la salle Saint-Louis, lit n° 59. — Saignée de 300 gr.

Le 14 octobre (trente-trois heures après l'accident), même état de la plaie; pas d'écoulement de liquide céphalo-rachidien; intelligence, organes des sens intacts; mobilité conservée au bras gauche, aux membres inférieurs; sensibilité très-obtuse. Pouls régulier (92), constipation, émission involontaire des urines.

Le même jour, à cinq heures, subdélirium, mouvements fréquents et irréguliers des membres inférieurs; 102 pulsations, température générale élevée. — Saignée, 300 gr.; 4 gr. calomel en quatre doses.

Le 15, nuit tranquille; plusieurs selles; 76 pulsations, régulières; engourdissement des membres inférieurs. — 0,15 calomel toutes les deux heures.

A trois heures du même jour, émission de l'urine; légers mouvements du bras droit.

A sept heures du soir, la plaie est douloureuse; écoulement de liquide céphalo-rachidien (30 grammes environ); contracture des muscles du cou; fièvre intense; 130 pulsations.

Le 16, nuit très-agitée, délire permanent; évacuation involontaire des matières alvines; pouls à 142. A trois heures, contracture des membres; coma. Mort à cinq heures du soir.

Autopsie 23 heures après la mort. — Roideur cadavérique. Un stylet introduit dans la plaie pénètre à 0,057, et est arrêté par la troisième vertèbre cervicale. La plaie, suivant la profondeur, se dirige de haut en bas, de gauche à droite et d'arrière en avant; absence d'ecchymose. L'instrument vulnérant a entamé le bord interne du trapèze gauche; il s'est engagé dans l'écartement des deux obliques inférieurs de la tête, et a pénétré, près la ligne médiane, à travers l'espace qui sépare l'atlas de l'axis. Cet espace a été exagéré par la flexion forcée imprimée à G... par les meurtriers. Au niveau de la moelle, collection peu abondante d'un liquide rougeâtre et sanieux, mélange de pus et de sang.

La dure-mère présente une plaie de 0,11 de longueur, dont le bord gauche paraît avoir été coupé en dédolant, et dont le bord droit correspond au sillon médian.

L'arachnoïde est divisée vis-à-vis la dure-mère. Ces membranes sont injectées sur leur face interne.

En pressant dans l'espace occipito-atloïdien, on fait sortir à travers la plaie un jet de liquide céphalo-rachidien.

La moelle a été traversée de part en part; tout le côté droit est complétement divisé, ainsi qu'une très-minime partie du cordon postérieur gauche.

Les membranes du cerveau et du cervelet présentent à la face interne de la base une injection très-prononcée, piquetée de la substance cérébrale.

Point de lésions dans les autres organes ni dans les membres.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 décembre 1856. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet:

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans les départements de la Lozère, de la Creuse, des Basses-Pyrénées et du Finistère;

2° Quatre rapports de M. Dauvin, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Saint-Pol, sur des épidémies qui ont régné en 1856 dans les communes de Boëlecourt, Béthousart, Cavy-Berlette et Flers (Pas-de-Calais). (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. A. Chapelle (d'Angoulême) sollicite le titre de membre correspondant, et adresse la relation d'une épidémie de choléra qui a régné en 1855 dans le département de la Charente. (Future commission des correspondants nationaux.)

— M. Velpeau présente, au nom de M. Joseph Sampson Gamgee, les ouvrages dont les titres suivent:

1° *Recherches d'anatomie pathologique et de clinique chirurgicale*;

2° *Sur les avantages des appareils amidonnés dans le traitement des fractures et des luxations*;

3° *Réflexions sur l'opération de Petit et l'emploi des purgatifs dans la herniotomie.*

— M. le président annonce à l'Académie que MM. Wleminckx (de Bruxelles) et Gensoul (de Lyon) sont présents à la séance.

— L'ordre du jour appelle le renouvellement partiel des commissions permanentes (commissions des épidémies, des eaux minérales, des remèdes secrets, de la vaccine et comité de publication).

Pendant que l'Académie procède au scrutin, M. le président donne la parole à M. Briquet.

LECTURES.

De l'absorption par le gros intestin. — M. Briquet lit un mémoire ayant pour titre: *De l'absorption des substances médicamenteuses introduites dans le gros intestin sous forme de clystère.*

L'objet de ce travail est d'étudier l'absorption des substances médicamenteuses introduites dans le gros intestin sous la forme de clystères. L'auteur s'est plus particulièrement proposé de rechercher les limites que ceux-ci atteignent; si les substances introduites dans le gros intestin éprouvent quelques modifications chimiques avant d'être absorbées; dans quelle proportion se fait cette absorption; avec quel degré de promptitude elle se fait, etc.

M. Briquet résume les résultats de ses recherches dans les conclusions suivantes:

1° Le liquide qui constitue les lavements peut assez facilement aller jusque dans le cœcum, et par conséquent être en contact avec une surface absorbante fort étendue.

2° La membrane muqueuse du gros intestin et les liquides qui baignent sa surface n'ont aucune action chimique sur les substances introduites dans le gros intestin, où il n'y a d'absorbé que ce qui était primitivement en dissolution.

3° Quand on administre en lavement des sels solubles de quinine à des doses au-dessous d'un gramme, un peu plus du tiers de la quantité administrée est éliminé, et par conséquent a été absorbé.

4° Quand on administre des doses supérieures à un gramme, celles-ci sont mal tolérées, et il n'y a qu'un cinquième ou qu'un sixième de la quantité administrée qui soit absorbé.

5° A quelque dose qu'ait été donné le sulfate de quinine, il ne se produit ordinairement de phénomènes cérébraux que très-lentement et à un faible degré.

6° On n'aperçoit de traces d'élimination, et par conséquent d'absorption qu'une heure après l'administration d'un lavement, et à ce moment l'élimination est peu considérable.

7° La durée de l'élimination est en général assez courte, et ordinairement de deux à trois jours au plus.

8° La dilution plus ou moins grande, mais pourtant limitée à un certain degré; la nature plus ou moins visqueuse du liquide, et enfin l'addition des sels de morphine aux alcaloïdes du quinquina ne modifient pas sensiblement l'absorption.

9° Les jeunes gens absorbent mieux que les adultes; les vieillards de l'un et l'autre sexe absorbent très-mal.

10° Les alcaloïdes du quinquina administrés en lavement à des doses au-dessous d'un gramme peuvent rendre par cette voie tous les services qu'on peut attendre de ces alcaloïdes donnés à faible dose par la bouche, et peuvent très-bien les remplacer.

11° Il n'en est pas de même pour les cas où il faut des doses élevées; celles-ci ne sont jamais absorbées en assez grande quantité pour produire des effets stupéfiants énergiques.

12° On ne peut faire généralement tolérer au gros intestin plus de 2 grammes de sulfate de quinine à la fois.

Ces conclusions peuvent s'appliquer plus ou moins exactement aux diverses substances employées en lavement.

Le mémoire de M. Briquet est renvoyé à la commission déjà nommée pour l'examen de ses précédents mémoires sur les différentes voies d'absorption.

Cure radicale de la fissure à l'anus sans opération sanglante. — M. Chapelle (d'Angoulême) lit un travail intitulé *De la fissure à l'anus et de sa cure radicale sans opération sanglante.*

Il y a dans cette maladie, dit l'auteur, un caractère névralgique qui en constitue le fond principal. On comprend dès lors l'impuissance thérapeutique des agents employés pour la guérison de la plaie considérée isolément. Tous les topiques impropres à agir puissamment contre l'élément névralgique ont été et devaient être frappés de stérilité. Parmi les moyens curatifs préconisés jusqu'ici contre cette affection, l'incision du sphincter, pratiquée par Boyer, adoptée depuis par la plupart des chirurgiens modernes, est le traitement qui compte le plus de succès. Cette opération agit là de même que la section des nerfs se comporte vis-à-vis des névralgies en général. L'observation montre que l'issue thérapeutique est la même quand on opère la section loin du muscle, comme quand on la pratique au niveau de la fissure elle-même, preuve nouvelle du peu d'importance de cette éraillure de la muqueuse dans la maladie qui nous occupe.

C'est la détermination du caractère névralgique de la maladie qui m'a conduit à la rencontre d'un moyen aussi simple qu'efficace pour guérir la fissure anale. Le chloroforme, étendu d'alcool et porté directement sur la partie affectée, est le moyen qui m'a constamment réussi. Suivant le degré de sensibilité des malades, je diminue ou j'augmente la proportion de chloroforme. Ordinairement je me sers de la solution suivante:

Alcool.	50 grammes.
Chloroforme.	10 —

Voici comment je procède:

Avec les doigts de la main gauche, j'écarte les bords de l'orifice anal, puis j'introduis profondément dans cette ouverture un pinceau à aquarelle en poils de blaireau préalablement trempé dans la solution chloroformique, et je retire les doigts. Le sphincter presse naturellement sur le pinceau, exprime le liquide qu'il contient, lequel agit rapidement sur les tissus contractés, détermine une chaleur vive et pénétrante sur les surfaces contaminées, et en particulier sur les points où existe la fissure. Aussitôt après, la coarctation anormale cesse, et le patient n'éprouve plus que l'effet du liquide appliqué. Ce mode de traitement est complétement inoffensif; il n'a d'autre inconvénient que la douleur locale et immédiate qui suit l'application du liquide chloroformique. Mais heureusement cette sensation douloureuse n'a qu'une durée limitée.

L'auteur rapporte 14 cas dans lesquels il a eu recours à ce mo[yen] de traitement avec un succès constant. Sur les 14 malades, 4 ont g[uéri] après une seule application, 6 en ont exigé deux; chez 3, il a fa[llu] recourir trois fois; enfin, chez un seulement quatre applications ont [été] nécessaires pour produire la guérison.

Le travail de M. Chapelle est renvoyé à l'examen de MM. Trous[seau] et Nélaton.

RAPPORT.

Typhus. — M. Collineau, en son nom et au nom de MM. Lond[e], Lecanu, lit un rapport sur une note relative au typhus contagieux, [de] M. le docteur Petit.

Nos lecteurs connaissent déjà l'objet et la substance de ce trav[ail] dont nous avons publié dans le temps un extrait.

M. le rapporteur, à l'occasion de la troisième proposition de l'au[teur] relative au rôle de l'aliénation mentale dans le typhus, et au carac[tère] de cette aliénation, déclare que, pour son compte, il lui est difficil[e de] croire que tous les cas de monomanie aient une origine de cette [na]ture (l'inflammation du cerveau); et à ce sujet il fait observer que [les] investigations ne s'accordent nullement sur ce point; si quelques-uns d'entre eux, dit M. Collineau, ont trouvé des altérations matéri[elles] auxquelles ils ont cru devoir attribuer les phénomènes si obscurs [et] variés de l'aliénation mentale, d'autres, non moins attentifs et [non] moins habiles, n'ont rien trouvé de notable.

M. Collineau ne pense pas que de ce que des lésions matérielles p[ro]duisent des troubles de l'intelligence, il s'ensuive nécessairement [que] des troubles analogues ne puissent se manifester par des causes d'[une] autre nature. « Les mouvements infinis de la matière organisée viv[ante] et l'action de causes immatérielles bien différentes qui déterminent [ces] mouvements, nous sont-ils assez connus pour que nous osions nous [ap]puyer constamment sur ce que nos sens bornés et nos instruments [im]parfaits semblent démontrer? La nature produit à chaque instant, [par] des moyens divers, des effets que nous regardons comme analog[ues], bien qu'il existe entre eux des différences que la théorie ne saisit p[as], mais que la pratique nous démontre. » Il ne faut donc pas se h[âter] de conclure sur des choses qui, semblables en apparence, n'ont ni [les] mêmes causes, ni la même nature, ni les mêmes conséquences.

Relativement à la proposition dans laquelle M. Petit regarde le [ty]phus contagieux et la fièvre typhoïde comme deux maladies parfai[te]ment distinctes, M. le rapporteur la considère comme hasardée, [tout] en reconnaissant cependant qu'il est vrai que certaines conditions [hy]giéniques bien connues amènent presque nécessairement le dévelop[pe]ment du typhus, tandis que la fièvre typhoïde se manifeste dans [des] pays et dans des contrées où de mémoire d'homme elle n'avait p[as] paru, bien que rien ne fût changé, du moins en apparence, dans l'é[tat] des localités ni dans la manière de vivre des habitants. Mais, ajo[ute] M. le rapporteur, ne peut-il pas se former, soit par un mouvem[ent] intérieur du sol, soit par des circonstances hygiéniques qui échapp[ent] à l'observation, des causes morbifiques sous quelques rapports ana[lo]gues à celles qui produisent évidemment le typhus?

Enfin, après avoir examiné la partie du travail de M. Petit qu[i] trait aux mesures hygiéniques et au traitement du typhus, M. le ra[p]porteur termine en soumettant à l'Académie les conclusions suivan[tes]:

1° Adresser des remercîments à l'auteur;

2° Renvoyer son travail au comité de publication.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— M. le président fait connaître le résultat du scrutin. Sont nommé[s]:

Commission des épidémies. — MM. Jolly, Trousseau et H. Bouley.

Commission des eaux minérales. — MM. Gibert et Boudet.

Commission des remèdes secrets. — MM. Poggiale et Robe.

Commission de vaccine. — MM. Bricheteau et Leblanc.

Comité de publication. — MM. Louis, Bousquet, Cloquet, Nélaton, Wurtz.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Société des médecins des Bureaux de bienfaisance de Pa[ris] vient de renouveler son bureau, qui se compose, pour 1857, de

MM. Labarraque, du 5me arrrondissement, président;
Collomb, du 6me arrond., } vice-présidents;
Perrin, du 7me arrond., }
Thibault, du 5me arrond., secrétaire général;
Gimelle, du 1er arrond., secrétaire annuel;
Lemaire, du 11me arrond., vice-secrétaire;
Ameuille, du 3me arrond., trésorier;
Machelard, du 11me arrond., archiviste.

Conseil d'administration: Janin, du 3me arrond., Dufour (de Vil[le]franche), du 2me arrond., Nicolas (de Louhans), du 1er arrond.

— La Société médicale du 1er arrondissement vient de renouve[ler] son bureau. Il est composé, pour l'année 1857, comme suit:

MM. Bonnafont, président; — Béhier, vice-président; — Mouza[rd], secrétaire général; — Mac-Carthy, secrétaire annuel; — Reis, tr[é]sorier.

— La Société allemande de psychiatrie et de médecine légale pr[o]pose la question qui suit comme sujet de prix pour 1857: « Quel[les] » sont les causes qui dans ces derniers temps ont amené de si fr[é]» quents suicides? Quels sont les moyens d'y remédier? »

Adresser les mémoires en français, en latin ou en allemand, da[ns] les formes ordinaires, à M. Erlenmeyer, à Bendorf, près de Coblen[tz], avant le 1er janvier 1858. Le prix est de 100 th. (575 francs). Le m[é]moire couronné restera en la possession de la Société, qui en donne[ra] un certain nombre d'exemplaires à l'auteur.

Ceux de nos abonnés qui désirent faire relier leur collection de [la] *Gazette* peuvent nous envoyer tous les numéros de l'année 1856, [et] faire reprendre huit jours après le volume relié. — Le prix de la [re]liure est de 2 fr.

Ceux qui auraient perdu des numéros sont priés de les réclamer [le] plus tôt possible. Le prix de ces numéros est de 10 centimes, payabl[es] en timbres-poste.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 2. — MARDI 6 JANVIER 1857. (30e ANNÉE.) N° 2. — MARDI 6 JANVIER 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔPITAL SAINT-ANTOINE (M. Aran). Paraplégie complète du mouvement; persistance de la sensibilité. — HÔPITAL DE STRASBOURG (M. Sédillot). Brûlure étendue de la jambe droite; gangrène de la jambe gauche; symptômes généraux graves ; amputation de la jambe gauche ; guérison. — De l'influence de la grossesse sur le développement de l'aliénation mentale. — Chauffage, renouvellement et purification de l'air des salles de malades. — Doit-on toujours amputer dans les plaies d'armes à feu avec fracture comminutive ? — Appareil ventriculaire du septum lucidum et de la voûte à trois piliers.— ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 29 décembre. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 24 décembre. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 5 JANVIER 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

La liste des anesthésiques s'accroît tous les jours. Après l'acide carbonique, c'est le tour de l'oxyde de carbone, qui n'est pas tout à fait un inconnu ni un nouveau venu pour nous. Tout récemment encore un de nos collaborateurs, dans un travail considérable sur l'asphyxie, signalait l'anesthésie comme un des phénomènes les plus constants de l'asphyxie par les gaz acide carbonique et oxyde de carbone. M. Ozanam, qui a fait une étude spéciale de l'action anesthésique de ce dernier gaz, vient d'en faire connaître les principaux résultats dans une note communiquée à l'Académie. On verra dans l'analyse succincte de ce travail publiée au compte rendu que les propriétés constatées par M. Ozanam sont susceptibles de quelques applications utiles à la pratique. C'est un nouveau texte à expérimentation.

On trouvera aussi dans le compte rendu un court résumé d'un travail de M. L. Oberlin sur la colchicéine, principe existant dans les semences du colchique, et qui nous paraît devoir être étudié maintenant au point de vue thérapeutique.

—Nous avons annoncé par erreur dans le numéro de mardi dernier, que l'Académie devait procéder au renouvellement de son bureau. Par décision spéciale de l'Académie, M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire, appelé au fauteuil de la présidence dans le courant de 1856, en remplacement de M. Binet, décédé, y est maintenu pour l'année 1857. M. Despretz reste vice-président pour la même année. Dans la séance d'aujourd'hui, il n'y a eu lieu de procéder qu'au renouvellement partiel du conseil d'administration ; MM. Poncelet et Chevreul, membres sortants, ont été réélus. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. ARAN.

Paraplégie complète du mouvement ; persistance de la sensibilité (1).

Par M. Guyon, interne des hôpitaux.

Oran Philippe, sergent de ville, âgé de vingt-neuf ans, est entré le 22 juin 1855, à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Aran. Cet homme est d'une forte et robuste constitution, mais il a fait de grands excès de femmes et de masturbation ; il a eu plusieurs affections syphilitiques. Santé habituelle bonne, mais il y a quinze mois, bronchite de très-longue durée avec hémoptysie pendant cinquante jours. Cet homme fut employé cet hiver au service de nuit et exposé par conséquent à toutes les intempéries de la saison ; il s'en était acquitté sans trop de préjudice pour sa santé, lorsqu'au mois d'avril il commença à ressentir quelques douleurs dans l'épaule et le côté gauche. Il crut à un rhumatisme ; bientôt il éprouva de l'engourdissement dans le membre inférieur du même côté, la nuit suivante les douleurs gagnaient le membre inférieur droit, le lendemain la marche était devenue chancelante, et dans un bref délai la paraplégie fut complète. Telle aurait été, suivant le malade, la marche des premiers accidents.

A son entrée nous constatons :

Une paraplégie complète du mouvement ; il y a une certaine roideur due probablement à l'administration de la strychnine faite par son médecin. La sensibilité explorée par le pincement et avec une épingle est complètement abolie dans les membres inférieurs jusqu'à la partie supérieure des cuisses ; elle est obtuse jusqu'à la base de la poitrine. Le chatouillement de la plante des pieds n'est pas senti, mais donne lieu à des mouvements réflexes. Les urines s'écoulent incessamment et sans que le malade en ait conscience; il y a constipation, les purgatifs seuls déterminent des évacuations. Matité sous la clavicule gauche, allongement et rudesse de l'expiration ; mêmes caractères au sommet en arrière.

(1) Cette observation a été communiquée à la Société de biologie.

La colonne vertébrale n'est pas déformée et la percussion n'est douloureuse qu'au niveau du tiers supérieur de la région dorsale dans un point limité. Deux cautères sont appliqués à ce niveau et le malade soumis à l'huile de morue, etc. Les accidents généraux allèrent s'aggravant : frissons répétés, fièvre, toux; d'énormes eschares se produisirent au niveau du grand trochanter droit et de la région sacrée sans que le malade s'en plaignît, et l'œdème des membres inférieurs, d'abord peu marqué, devint énorme pendant les trois dernières semaines. Le malade se préoccupant beaucoup de cet œdème, quelques scarifications furent prescrites ; je les pratiquais avec une forte épingle à suture, et grand fut mon étonnement de voir le malade, que nous croyions encore parfaitement insensible, accuser, à chaque piqûre, une très-vive douleur. Des piqûres furent faites sur la face dorsale des pieds, à la face interne et externe des membres, partout elles furent parfaitement senties. Le malade semblait souffrir d'autant plus que la piqûre était plus profonde ; le simple contact n'était senti qu'à partir du tiers supérieur de la cuisse.

Cette petite opération, pratiquée peu de jours seulement avant la mort, n'a pas été renouvelée ; déjà depuis quelques jours j'avais constaté que, par le contact de la main, le tiraillement des poils était perçu à la partie supérieure de la cuisse, mais la sensibilité existant déjà, plus obtuse, il est vrai, à l'entrée du malade, je n'avais pas été frappé de ce fait (mort le 4 août).

Autopsie, 35 *heures après la mort*. — La colonne rachidienne n'est pas déformée. Au niveau de la quatrième vertèbre dorsale existe un amas de matière tuberculeuse, ayant en petite quantité fait irruption au dehors du canal vertébral, mais en plus grande partie dans le canal lui-même. La lésion osseuse a son siége au niveau des troisième et quatrième vertèbres dorsales. Elle est creusée sur la partie latérale droite à la base de l'apophyse transverse, et peut loger une grosse noisette ; elle est parfaitement limitée ; elle s'ouvre largement dans le canal vertébral et contient de la matière tuberculeuse demi-molle. La matière épanchée dans le canal vertébral est plus consistante ; elle adhère à la base externe de la dure-mère, et la recouvre dans une étendue de deux ou trois centimètres. A ce niveau, cette membrane est épaissie.

La portion de moelle placée en avant de la tumeur est comprimée, aplatie ; cet aplatissement est très-évident, et si l'on vient à porter le doigt sur la moelle, et si l'on cherche à la déprimer, il semble que les deux faces de la membrane d'enveloppe sont en contact, tant est grande la facilité avec laquelle l'on sent le corps des vertèbres, tant est mince l'épaisseur qui l'en sépare. La moelle est, à ce niveau, complétement diffluente. Je ne saurais mieux comparer sa consistance qu'à celle de la crème de lait. Sa couleur est parfaitement blanche. Elle a complétement perdu son aspect normal; il n'y a aucune trace de cordons, aucune apparence de fibres, et ce tissu ramolli est délayé et emporté par un filet d'eau doucement versé, afin de mieux étudier la lésion. En raison de cette circonstance, l'examen approfondi de cette portion de moelle n'a pu être fait.

Nous pouvons juger de l'étendue de ce ramollissement par celle de la solution de continuité, qui a 3 centimètres et demi. Les bouts de la moelle sont irréguliers, déchiquetés.

Au-dessus, dans un espace de 4 centimètres, au-dessous, dans une étendue de 11 centimètres, la moelle est ramollie, mais ce ramollissement est moindre et permet encore de reconnaître l'aspect normal de l'organe, si la moelle a été incisée sur le sillon médian postérieur. Le ramollissement semble plus prononcé dans sa partie postérieure.

Examen microscopique, par M. BROCA. — Le filet d'eau qu'on a dirigé sur la partie la plus ramollie de la moelle a complétement détruit le tissu de cet organe dans une étendue de plus de 3 centimètres. Au delà de ce foyer, on retrouve les deux bouts de la moelle très-irréguliers, comme déchirés, et très-ramollis. Le ramollissement devient moins considérable à mesure qu'on s'éloigne de ce point, et la consistance normale de la moelle ne reparaît qu'à une distance de plusieurs centimètres au-dessus et au-dessous de la partie détruite. En réalité, le ramollissement occupait à des degrés divers une étendue d'environ 18 à 20 centimètres.

La partie réduite en pulpe et entraînée par le filet d'eau n'a pas été soumise à mon examen.

En soulevant sur le doigt pour les examiner les deux bouts ramollis, j'ai vu chacun d'eux se diviser avec la plus grande facilité sur la ligne médiane, par suite du peu de consistance des commissures. Sur la face interne de chacune des masses latérales qui ont été le résultat de cette division, on aperçoit nettement la substance grise aussi épaisse qu'à l'état normal, séparant les faisceaux antérieurs des faisceaux postérieurs, très-molle, mais se continuant sans aucune interruption jusqu'au niveau du foyer creusé par le courant d'eau.

J'ai fait plusieurs préparations avec cette substance grise et avec la substance blanche ramollie qui l'entourait; j'ai examiné des parcelles du tissu médullaire provenant de plusieurs points très-inégalement ramollis, et j'ai comparé ces préparations avec d'autres parcelles de tissu provenant des parties saines de l'encéphale.

La substance grise ramollie ne m'a paru différer en rien, quant à sa structure intime, de la substance grise normale; j'y ai trouvé les mêmes globules et les mêmes fibres nerveuses.

J'en dirai autant de la substance blanche ramollie, si ce n'est que les tubes nerveux, au lieu d'affecter comme à l'état normal une direction presque rectiligne, décrivent de nombreuses flexuosités.

HOPITAL DE STRASBOURG. — M. SÉDILLOT.

Brûlure étendue de la jambe droite; gangrène de la jambe gauche survenue un mois après cet accident; symptômes généraux graves; amputation de la jambe gauche; guérison.

Christian Braun, âgé de vingt-quatre ans, garçon tripier, entra à l'hôpital le 29 novembre 1856 (salle 103, n° 24, clinique chirurgicale de M. le professeur Sédillot).

C'est un jeune homme d'une constitution vigoureuse, d'un tempérament sanguin-lymphatique. Il raconte que la veille à onze heures du soir, s'étant endormi imprudemment sur le bord d'une cuve remplie d'eau bouillante, puis réveillé en sursaut, sa jambe droite plongea tout entière dans le liquide en ébullition, mais il put la retirer presque immédiatement après.

A son entrée à l'hôpital, on lui ouvrit de nombreuses ampoules qui couvraient son membre, et on lui prescrivit une potion opiacée.

Etat actuel. — Le 30 novembre, le malade a eu une nuit fort agitée, insomnie, face très-colorée, fièvre modérée ; gonflement notable de la jambe droite; de nouvelles ampoules s'y sont formées; souffrances très-vives.—Fomentations d'huile et d'eau blanche; applications d'eau froide; saignée conditionnelle le soir.

Rien de particulier jusqu'au 3 décembre. Le malade a une fièvre intense et se plaint d'une violente céphalalgie, qui diminue à la suite d'une saignée.

Le 6, le malade a éprouvé de vives douleurs pendant la nuit. On constate que la brûlure, qui paraissait superficielle, a intéressé presque toute l'épaisseur de la peau. Le pansement est excessivement douloureux. — Application de ouate.

Le 8, persistance des douleurs et de la fièvre ; presque tout le jarret est converti en une vaste eschare; suppuration abondante, odeur nauséabonde.

Le 18, déjà la veille le malade accusait des crampes très-douloureuses dans la jambe gauche. Le soir, à notre contre-visite, nous constatons un gonflement œdémateux de la cuisse gauche, notamment sur le trajet de la saphène. Point de dilatations variqueuses ni de nodosités lymphatiques. On sent à peine les battements de l'artère crurale au pli de l'aine. Ajoutez deux frissons pendant la journée. — Application de pointes de feu ; fomentations émollientes.

Le 19, le malade a éprouvé un soulagement notable, et dit avoir un peu dormi cette nuit. Ce matin, persistance du gonflement, mais sensibilité moins vive à la pression, excepté au pli de l'aine, où l'application du doigt est très-douloureuse. Le malade ne peut soulever le membre, en raison de la douleur que provoquent les contractions musculaires. — Nouvelle application de pointes de feu ; frictions mercurielles.

Le 20, le malade a eu un frisson hier à une heure de l'après-midi. Ce matin, les douleurs ont diminué ; pouls fébrile ; langue saburrale. — Une bouteille d'eau de Sedlitz ; continuer les frictions.

Le 21, le malade continue à éprouver des fourmillements et des engourdissements dans la cuisse et la jambe du côté gauche. Le gonflement de la cuisse paraît avoir augmenté. On ne sent pas les battements de l'artère. Vive sensibilité au pli de l'aine; fièvre; point de toux. Rien à l'auscultation de la poitrine.

Le 22, la jambe droite n'a pas cessé de fournir une suppuration abondante ; les douleurs du membre gauche persistent. Ce matin, le facies est un peu meilleur ; joues colorées; fièvre. La cuisse gauche a considérablement augmenté de volume ; le gonflement a dépassé le grand trochanter, et s'étend jusqu'à l'épine iliaque ; la tuméfaction est uniforme et ne conserve pas l'empreinte du doigt ; point de fluctuation. Le malade éprouve des douleurs sur le trajet de la saphène interne ; mais on ne sent pas de cordons veineux et on n'aperçoit pas de traînées lymphatiques. — Application de pointes de feu ; suspendre les frictions mercurielles.

Le 24, le gonflement a augmenté ; rougeur à la face externe de la cuisse ; douleurs vives, s'irradiant sur les organes génitaux ; fluctuation obscure. M. Sédillot fit une profonde incision, de dix centimètres de longueur, au côté externe de la cuisse ; mais il ne s'écoula que de la sérosité et point de pus.

Le 25, l'œdème s'est étendu aux bourses. Le malade a éprouvé un soulagement notable à la suite de cette incision, par laquelle s'est écoulée une grande quantité de sérosité. A la moitié supérieure et interne de la cuisse, la peau présente une coloration rosée, disparaissant sous le doigt ; la tuméfaction est plus dure ; pas de fluctuation appréciable. La sensibilité paraît un peu diminuée à la jambe gauche, mais l'application des pointes de feu est très-douloureuse à la cuisse.

Le 26 au soir, le malade a éprouvé de vives douleurs dans les orteils. Développement de veines superficielles au-devant de la rotule et sur la cuisse. Le pied a une température glaciale, les orteils sont cyanosés. Un frisson (ce matin) suivi de chaleur et de transpiration. Trois selles liquides. — Application de pointes de feu.

Le 27, le malade a déliré pendant la nuit. La jambe et le pied ont notablement augmenté de volume. Refroidissement et coloration vio-

lacée des orteils; rougeur érysipélateuse de la jambe. La rougeur de la cuisse a diminué. Pouls fréquent; langue normale. — Potion avec extrait d'aconit; application de pointes de feu.

Le 28, le malade n'a pu dormir en raison de douleurs très-vives irradiant du pied vers les orteils. Ce matin, peau moite; facies anxieux; pied œdématié et violacé; une ampoule au petit orteil et à la malléole externe; sensibilité à la pression de la cuisse et de la jambe au côté externe. — Pointes de feu.

Le 29, il a déliré pendant la nuit. Il n'éprouve plus de douleurs ce matin. Facies meilleur; pouls fréquent; langue belle. Même état du membre. Le malade sent à peine l'application des pointes de feu sur les orteils.

Le 30, nuit assez bonne. Le malade a encore éprouvé des douleurs dans le pied et les orteils. Facies bon; pouls très-fréquent. Interrogé avec soin s'il a toujours été bien portant antérieurement, il raconte que depuis un an, à la suite de refroidissement, il a fréquemment eu des rhumatismes dans la jambe gauche, de l'engourdissement, des fourmillements, et parfois de l'œdème. Urines non albumineuses.

Le 31, l'épiderme est détaché à la face dorsale du pied dans une certaine étendue. Le malade tousse depuis plusieurs jours. Pas d'expectoration. Plusieurs accès de dyspnée. Hier soir, à cinq heures, frisson. Ce matin, beaucoup de fièvre. Intelligence nette; langue belle.

Le 1er janvier, le malade a peu dormi, et a continué à éprouver des douleurs dans la jambe gauche. Ce matin, facies anxieux, pouls fréquent. Le malade pleure comme un enfant, et redoute une terminaison fatale. La gangrène a envahi le pied tout entier et la moitié postérieure et inférieure de la jambe.

Le 2, le malade a peu dormi. Persistance des douleurs; œdème considérable de la cuisse et du scrotum. *On sent les battements de l'artère crurale, mais ils sont plus faibles que du côté opposé.* Rougeur érysipélateuse au pourtour des parties sphacélées. La gangrène tend à se limiter. Fièvre continue; peu d'appétit; pas de diarrhée. — Cautérisation.

Le 7, la gangrène est limitée. La jambe et le pied présentent une coloration noirâtre.

Le 10, le gonflement des bourses a disparu; celui de la cuisse diminue.

Le 15, les eschares se détachent à la partie postérieure de la jambe. Depuis plusieurs jours, écorchures au niveau du sacrum menaçant de passer à la gangrène.

Le 17, douleurs vives le soir dans la jambe et la cuisse; fièvre. Les eschares se détachent de la plante du pied.

Le 19, M. Sédillot se décide à pratiquer l'amputation du membre. Le malade était excessivement affaibli par la suppuration fournie par les deux jambes, et avait considérablement maigri. Malgré son état de faiblesse, il supporta très-bien les inhalations de chloroforme. L'amputation fut pratiquée par la méthode circulaire; mais en raison du gonflement œdémateux de la jambe, M. Sédillot fut obligé de faire deux incisions latérales pour disséquer la manchette. L'opération ne présenta rien de particulier. Ligature de cinq à six artères; hémorrhagie peu abondante.

A l'autopsie de la jambe, qui fut faite avec beaucoup de soin, on ne trouva aucune lésion du côté des artères ni des veines.

Le surlendemain de l'opération, le malade éprouva des douleurs excessivement vives qu'il rapportait au membre qu'il avait perdu.

A partir de ce moment, l'observation ne présente plus rien de particulier; l'état général s'améliora de jour en jour; toutes les fonctions se rétablirent, et au bout de deux mois et demi le moignon était presque complétement cicatrisé; mais le malade dut prolonger son séjour à l'hôpital à cause de la vaste plaie résultant de la brûlure de la jambe droite, et dont la guérison se fit longtemps attendre. Il a quitté la clinique dans le courant du mois de septembre 1856 parfaitement guéri.

Réflexions. — Il est certains faits pathologiques qui, malgré le soin avec lequel on en étudie la symptomatologie, présentent dans leur diagnostic bien des incertitudes. La nécroscopie ne suffit pas toujours pour éclairer les points obscurs, et à plus forte raison devons-nous rester dans le doute quand cette *ultima ratio* vient à nous manquer.

Et d'abord, quoi de plus singulier, en apparence, que cette série d'accidents: brûlure de la jambe droite, gangrène de la jambe gauche survenue un mois après? Il y aurait deux questions intéressantes à résoudre:

1° Y a-t-il eu rapport entre la brûlure et la gangrène?

2° Quelle a été la cause de la gangrène?

Nous avons parcouru plusieurs traités de pathologie interne, Boyer, Chélius, Dupuytren, etc., et plusieurs monographies, mais nous n'avons trouvé nulle part aucun fait analogue à celui que nous venons de rapporter. Il résulterait dès lors que cette complication est exceptionnelle; mais il n'est pas démontré pour cela qu'il n'y ait eu aucune relation entre les deux phénomènes pathologiques.

Lorsque le malade eut éprouvé les premiers symptômes qui précédèrent la gangrène, et que nous eûmes constaté en même temps que l'œdème, les fourmillements et les engourdissements des membres, la cessation des battements de l'artère crurale, nous pensâmes qu'il s'agissait d'une oblitération artérielle résultant d'un embolus ou concrétion sanguine. L'examen du cœur ne fit découvrir aucune lésion appréciable, et le système artériel ne présentait rien d'anormal.

M. le professeur Sédillot, à qui nous fîmes part de cette opinion, ne la partagea pas, et pensa que les battements de l'artère crurale étaient devenus imperceptibles en raison du gonflement des parties environnantes.

La terminaison par gangrène indique évidemment qu'il y a eu un arrêt dans la circulation artérielle, sans qu'on puisse préciser avec certitude les causes de cet arrêt. Il est probable que c'était une artérite, peut-être même compliquée de phlébite.

Les antécédents fournis par le malade (fourmillements et engourdissements dans la jambe gauche depuis un an) auraient pu faire supposer une lésion de la moelle épinière ou une compression du nerf crural; mais l'exploration directe ne fit rien découvrir qui confirmât cette idée.

Toutefois, ce renseignement est précieux et mérite d'être noté; il explique une sorte de prédisposition des membres à la gangrène, dont la brûlure aura pu devenir la cause occasionnelle.

Malgré l'incertitude du diagnostic et la gravité de l'affection, la terminaison a été heureuse, et nous croyons devoir insister un instant sur la conduite qui a été suivie par M. le professeur Sédillot. C'était, en effet, une tâche excessivement délicate et difficile, que de décider si l'amputation devait être pratiquée dans des circonstances aussi fâcheuses, et surtout à quel moment il fallait tenter cette opération. L'indication a été suivie et accomplie avec une rare sagacité, et suivie d'un succès presque inespéré. Dr Picard.

DE L'INFLUENCE DE LA GROSSESSE

sur le développement de l'aliénation mentale.

Par M. le Dr Legrand du Saulle.

Marguerite B..., issue de parents pauvres habitant la campagne, a été élevée dans d'excellents principes. Pourvue d'une certaine intelligence, elle a appris à lire, à écrire et à bien compter; mise en apprentissage à l'âge de douze ans chez une couturière de son village, elle s'est toujours bien acquittée de sa tâche.

D'un tempérament lymphatico-nerveux, elle a constamment joui d'une santé physique habituelle excellente. La menstruation s'est développée et accomplie normalement.

A dix-huit ans, Marguerite épousa un jeune homme qu'elle aime et avec lequel elle vit en bonne intelligence.

Pendant les trois premières années de son mariage, elle a deux couches très-heureuses à un intervalle d'un an l'une de l'autre. Elle allaite elle-même ses deux enfants.

Pour la troisième fois enceinte, Marguerite a une grossesse pénible. Ses habitudes, ses goûts, son caractère subissent un changement brusque; elle se met à tenir des propos gais et même obscènes, oublie tout sentiment de pudeur, recherche la fréquentation des hommes, et lorsque son mari s'oppose à ce qu'elle quitte le domicile conjugal, elle l'accable d'injures ordurières et le frappe à outrance.

En sautant un soir d'une fenêtre du rez-de-chaussée, Marguerite fait une chute qui provoque deux heures après un avortement suivi d'une perte énorme. Le fœtus avait environ cinq mois.

Entourée des soins les plus empressés, cette femme reste au lit pendant quelques jours, et surprend toutes les personnes qui l'entourent par son calme, sa retenue, sa douceur, ses principes et ses croyances. Sa famille la croit alors revenue à des sentiments meilleurs, et tout en déplorant l'accident dont elle vient d'être la victime, elle est heureuse en pensant que Marguerite a mis fin à son dévergondage.

Mais à peine est-elle rétablie qu'un violent accès de manie fait explosion, et que l'autorité prend des mesures pour la faire placer d'office à l'asile de la Côte-d'Or, où elle arrive le 28 mai 1849 en proie à une excitation très-aiguë caractérisée par des cris, vociférations, voies de fait, etc.

Marguerite prend chaque jour un bain de deux heures, est purgée deux fois par semaine par une tasse de café au lait contenant 10 grammes de feuilles de séné.

Sous l'influence de cette médication bien simple, l'agitation décroît rapidement; la malade devient beaucoup plus raisonnable, et, lorsqu'elle a conscience de sa position, qu'elle s'explique sa séquestration dans une maison de santé, qu'elle pense à son mari et à ses enfants, elle fond en larmes, et demande au médecin ce qu'il est nécessaire qu'elle fasse pour obtenir de rentrer bientôt chez elle.

Après quarante-huit jours de traitement à l'asile, elle sort parfaitement guérie, et, une fois réintégrée dans son intérieur, elle se montre ce qu'elle avait toujours été, bonne ménagère et excellente mère de famille.

Sur ces entrefaites, elle devient encore enceinte; mais pour cette fois, il ne se manifeste point de trouble dans les facultés mentales, point de perversion dans les sentiments affectifs.

Elle accouche à terme très-heureusement d'une petite fille, qu'elle allaite pendant onze mois.

Mais à peine a-t-elle sevré son enfant qu'elle tombe dans un état d'amaigrissement très-rapide, qu'elle devient étrangère à ses plus tendres affections, et que peu à peu elle en arrive à être plongée dans un état de dépression, d'inertie, qui nécessite sa rentrée à l'asile le 27 mars 1851, c'est-à-dire vingt-deux mois après qu'elle en était sortie.

A notre première visite, nous trouvons Marguerite debout devant une fenêtre, dans un état d'immobilité complète, et conservant un mutisme obstiné. L'œil fixe, la bouche béante, elle a perdu la conscience du temps, des lieux, des personnes; elle est en ce moment dans une sorte d'extase, et semble vivre dans un monde imaginaire. L'heure des repas passe inaperçue pour elle; la sensation de la faim n'est pas assez puissante encore pour la faire sortir de sa torpeur. Elle ne touche à aucun des aliments qu'on lui présente: aussi est-on obligé de lui donner à manger comme à un petit enfant.

La malade est, en un mot, dans un état de mélancolie avec stupeur très-nettement caractérisé.

Afin d'améliorer une position aussi grave, mon chef de service lui fait donner des aliments très-substantiels, prescrit une médication tonique, et l'usage des bains alcalins et sulfureux.

Le 16 avril, à peine la malade est-elle parmi nous depuis vingt jours que nous la voyons entrer dans une voie d'amélioration. Ses yeux, moins fixes, semblent se porter avec complaisance sur les objets qui l'entourent, et à plusieurs reprises elle a articulé quelques mots intelligibles; elle paraît ensuite prendre maintenant d'elle-même les soins les plus indispensables de la propreté, ce qu'elle avait jusqu'alors négligé.

Le 20, j'ai placé ce matin à la malade un vésicatoire au bras; elle ne m'a opposé aucune résistance, m'a regardé faire, m'a adressé quelques paroles raisonnables, puis est partie d'un long éclat de rire.

Le 25, il semble qu'elle sorte d'un rêve affreux, et qu'à son réveil elle cherche à rassembler ses idées pour se retracer son songe. Elle paraît inquiète, chagrine, effrayée; elle nous regarde avec terreur et hésite à nous répondre.

Le 1er mai, la malade est aussi bien que possible, et nous venons d'avoir avec elle une conversation très-curieuse. Nous lui avons demandé à quoi elle avait pensé pendant tout le temps qu'elle était restée immobile et muette; voici ce qu'elle a répondu:

« Oh! je ne sais pas.... j'avais toujours devant les yeux ma petite » dernière, que mon mari faisait cuire dans une casserole d'eau bouillante.... Et puis il me semble que je l'entendais crier.... mais j'étais » comme morte.... j'aurais voulu la retirer de dessus le feu que je » n'aurais pas pu, tant j'avais les jambes et les bras cassés. »

Nous insistâmes alors pendant quelques instants pour savoir si ce délire tout intérieur n'avait pas été entretenu par des illusions et des hallucinations d'une autre nature.

« J'ai vu bien des choses, nous dit-elle: j'ai vu ma nièce Marie faire » sa première communion.... j'en avais comme un serrement de cœur » de joie, et puis au sortir de l'église.... je ne sais pas comment cela » s'est fait.... un gendarme l'a conduite en prison.... et puis l'on m'a » dit qu'elle y était morte. »

A ces mots, Marguerite se mit à pleurer; nous nous éloignâmes afin de ne plus entretenir ce sujet de douleur dans sa pensée, et afin aussi de lui laisser prendre quelques instants de repos, dont elle devait avoir un si grand besoin après l'effort qu'elle venait de faire.

Le 10, l'amélioration de notre intéressante malade persista pendant toute la semaine qui suivit notre entretien avec elle, et ce matin nous l'avons trouvée s'occupant avec adresse à des travaux d'aiguille. Sa physionomie est assez gaie, sa parole encore un peu lente, mais ses réponses à tout sont frappées au coin de la raison la plus saine. Sa santé physique est excellente; elle engraisse visiblement.

Le 25, nous lui avons promis qu'elle sortirait bientôt; chaque jour elle nous en fait souvenir; car pour elle, qui désire tant se retrouver au milieu de sa petite famille, les heures sont des jours, et les jours des semaines!

Le 1er juin, à la visite, nous allions annoncer à Marguerite que M. le préfet avait signé la feuille son *exeat*, lorsque nous fûmes très-surpris de la trouver au lit, dans une position demi-assise, et tenant à la main un crachoir renfermant environ 300 grammes d'un sang vermeil et un peu écumeux. Par les questions que nous lui fîmes, nous sûmes bientôt que depuis quelques jours elle avait éprouvé des palpitations de cœur dont elle ne s'était pas plainte, qu'elle avait été, pendant les deux dernières nuits, littéralement inondée de sueur, et qu'elle ne savait à quoi attribuer ces malaises. La percussion, à laquelle nous la soumîmes, ne nous fit découvrir aucune modification appréciable dans la sonorité et l'élasticité du thorax; l'auscultation nous décela, dans les deux temps de la respiration, un râle muqueux à grosses bulles. Le cœur ne présentait rien d'anormal; le pouls accusait 90 pulsations; le facies était coloré, la langue très-rouge.

Nous portâmes de suite un pronostic très-fâcheux; car la bronchohémorrhagie ne pouvait être ici considérée comme complémentaire du flux menstruel, la malade étant périodiquement et abondamment réglée, mais bien comme le prélude d'une affection organique de la plus haute gravité.

Mon chef de service prescrivit l'application d'un grand vésicatoire entre les épaules (celui que j'avais posé au bras le 20 avril étant supprimé depuis quinze jours), une saignée du bras de 300 grammes, une potion gommée avec 2 grammes de nitre et 8 grammes d'eau de laurier-cerise. La malade prit en outre dans la journée deux tasses de bouillon froid et un pot de limonade.

Le 2, Marguerite a rendu la même quantité de sang que la veille. — Traitement: limonade sulfurique sucrée, potion avec:

Sulfate acide d'alumine.	16 grammes.
Eau.	250 —
Sirop de grande consoude.	100 —

Les 3, 4 et 5, l'hémoptysie diminue un peu; le pouls est très-fréquent; le facies moins coloré que les jours précédents. Des tubercules sont manifestement reconnus. — Même traitement.

Le 6, la quantité de sang peut être évaluée à 125 grammes. — Lavement avec 30 grammes de sulfate de soude.

Le 7, l'emploi de la glace est tenté sans succès.

Du 8 au 15, rien ne peut prévenir ni arrêter l'hémoptysie. Mon chef de service prescrit successivement: 16 grammes de sel de cuisine à prendre en six fois de deux en deux heures, puis une potion avec:

Seigle ergoté.	4 grammes.
Eau.	100 —
Sirop de coing.	q. s.

Et enfin le seigle ergoté en poudre à la dose de 3 grammes.

Le 16, l'expectoration ne s'élève plus qu'à 90 grammes environ; le pouls donne 102 pulsations; le facies se décolore de plus en plus; le sommet du poumon gauche est mat; la tuberculisation progresse rapidement.

Le 18, tout traitement est suspendu; l'usage de la limonade sulfurique gommée est seul autorisé.

Du 19 au 24, il n'y a plus de crachats de sang; Marguerite est anémique.

Du 25 au 28, la pauvre malade se soutient à peine, tant elle est faible; son pouls est fréquent. Elle a rendu pendant la nuit dernière quelques crachats muqueux. Elle a pris depuis trois jours du sirop anti-scorbutique; mais comme elle le prend avec répugnance, mon chef de service prescrit 2 grammes de poudre de digitale dans une infusion, avec addition de 30 grammes de sirop de cachou.

Le 1er juillet, la malade est d'une faiblesse extrême; mais elle ne s'aperçoit pas de la gravité de son état, du danger imminent qu'elle court.

Le 2, après une heure d'agonie, elle rend le dernier soupir à cinq heures du soir. Elle a embrassé son mari et ses enfants avant de mourir.

Autopsie, 30 heures après la mort.

.e cadavre est d'une blancheur mate; l'infiltration est générale.
Cerveau. Les vaisseaux sont vides de sang; la pulpe cérébrale est ne. La consistance cérébrale est plus grande que dans l'état ordi-re. On dirait que le cerveau a été macéré dans l'alcool. Le cervelet sente le même phénomène.
Poitrine. Les cavités pleurales contiennent au moins 250 grammes sérosité.
.e poumon gauche est farci de tubercules. Il existe une caverne rme à son sommet.
.e poumon droit est sans caverne et beaucoup moins tuberculisé.
Cœur. Le cœur est petit, flasque, vide de sang.
Abdomen. Le foie est hypertrophié; sa couleur est belle.
'ous les autres organes sont sains, excepté l'utérus, qui est volumi-x et dont la membrane interne est d'un rouge lie-de-vin. On re-que au col des matières glaireuses comme du blanc d'œuf, trace catarrhe utérin.
Nous publierons dans un prochain numéro les réflexions qui vent cette observation.

CHAUFFAGE.

Renouvellement et purification de l'air des salles de malades.

r M. Pascal, médecin principal de l'hôpital militaire de Bayonne.

On se préoccupe beaucoup depuis quelques années du meilleur ème de chauffage et de purification de l'air des salles de malades. toutes les questions d'hygiène hospitalière, celle-là est sans tredit une des plus graves et des plus fondamentales. Mais non-tant le but qu'il faut atteindre, celle de l'économie vient tou-s à la traverse compliquer la première question, aux yeux des ninistrateurs des hôpitaux et hospices.

Dans le but de concilier l'une et l'outre, j'avais proposé, il y a lques années, de mettre au concours le projet qui suit :

xposer et réaliser le système de chauffage d'un hôpital qui aurait r but de profiter du feu des cuisines placées au centre des bâti-ts pour diriger de là sur les salles de l'air chaud, parcourant ainsi les lieux habités et y chauffant au fur et à mesure les boissons, entations et cataplasmes, de même que les lits, par des robinets chaud susceptibles d'être ouverts de leur côté.

Comme dans tout hôpital, au fur et à mesure que le nombre des ades et des salles s'accroît, le feu des cuisines doit aussi aug-ter, à son tour, il semble naturel que le calorique produit, au de se perdre aux trois quarts comme toujours, soit utilisé pour irculation de l'air chaud pendant l'hiver et même l'été.

rdinairement les fourneaux des cuisines ne sont utilisés, lors-ls sont en fonte ou en fer, *que par leur partie supérieure;* s les côtés de ces fourneaux si vastes sont comme perdus pour ut culinaire, et dès lors combien de surfaces qui pourraient employées pour donner incessamment de l'air chaud aux sal-où il pourrait être conduit par des tuyaux soudés et annexés dits fourneaux!

a question d'économie hospitalière que je présente de nouveau paraît d'autant plus importante, qu'on étudie en ce moment à pital Lariboisière les avantages des deux systèmes mis en avant r le renouvellement incessant de l'air vicié des salles.

DOIT-ON TOUJOURS AMPUTER

dans les plaies d'armes à feu avec fracture comminutive?

par M. Posta.

C'est encore l'importante question de l'amputation immédiate et l'amputation consécutive, posée par Faure et Boucher devant adémie de chirurgie, qui depuis lors a été déjà tant de fois attue, et pour la solution de laquelle M. Posta apporte son con-t d'observations. Celles-ci sont au nombre de cinq et sont ives à des fractions comminutives, par armes à feu, du mem-supérieur. Il en tire les conclusions suivantes : Dans toutes les s produites par des armes à feu, lorsqu'il y a fracture commi-ve, mais sans que l'articulation correspondante à la plaie soit ressée, l'amputation ne doit pas se pratiquer sur-le-champ, dans les hôpitaux civils, soit dans les ambulances militaires; ontraire, quand à la fracture comminutive vient se joindre la de l'articulation, l'amputation immédiate ou la désarticulation paraît le meilleur moyen de sauver les blessés.

la règle généralement admise d'amputer toujours dans les s d'armes à feu avec fracture comminutive, il substitue celle 'amputer dans les cas de fracture des os que lorsqu'il y a com-tion de plaie des articulations. *Lorsqu'il y a seulement fracture minutive, on ne doit pas amputer, où il ne faut amputer que écutivement* et pour une raison évidente.

oici maintenant la première des observations citées par Posta :

s. — Jeune homme de vingt-deux ans, tempérament lymphatico-uin, allant à la chasse dans la nuit du 14 octobre 1855, assailli trois hommes qu'il ne connaissait pas. D'abord, il reçut un coup bâton dans la région pariétale droite; ensuite, il fut atteint d'un de carabine dans la région externe du bras gauche: il tomba connaissance, et les assaillants, le croyant mort, prirent la fuite. s la région moyenne externe du bras gauche, on voit une plaie ulaire d'un pouce environ, déchirée sur les bords, noircie, et dans milieu une portion de bourre; de plus, il y a une seconde plaie à la distance d'un doigt du creux axillaire, et une troisième peu éloignée de la première.

Le bras était pendant le long du tronc, et le blessé souffrait à peine qu'on le touchât. M. Posta sonda la plaie, et reconnut que l'humérus était fracturé comminutivement; en poussant toujours plus la sonde, il la faisait sortir par la seconde plaie, c'est-à-dire celle qui a été dé-crite près du creux axillaire. Il fit sur-le-champ l'extraction de huit fragments d'os de longueur et de largeur variables.

Pansement avec linge fenêtré, cérat de Galien, charpie et arrose-ments d'eau de Goulard.

Au bout de huit jours, la gangrène parut dans toutes les plaies, et il y avait une violente réaction inflammatoire. Saignées nombreuses, sangsues, etc. Comme plusieurs voulaient qu'on pratiquât l'amputa-tion, M. Posta demanda une consultation.

Le chirurgien consultant fut d'avis, après mûr examen, qu'on se-condât la nature, et ne parla ni d'amputation ni de désarticulation. L'inflammation fut très-grave; mais la persistance de la méthode anti-phlogistique améliora l'état général du blessé, non moins que l'état local. Trois fois par jour on pansa la plaie, et on fit l'extraction de beaucoup de petits os et de petits plombs. On ne put retrouver la balle. Le traitement dura quatre mois. Aujourd'hui le malade est guéri, con-servant seulement un léger raccourcissement du bras gauche; il vaque à ses travaux champêtres. (*Il filiatre Sebezio* et *Gaz. méd.*)

APPAREIL VENTRICULAIRE

du septum lucidum et de la voûte à trois piliers,

par M. Poletti.

M. Strambio a écrit un mémoire sur un ventricule qu'il a décou-vert dans le septum lucidum et la voûte à trois piliers, qu'il ne faut pas confondre avec le cinquième ventricule de Sylvius, et qu'il pro-pose de nommer *sixième ventricule du cerveau.* Avant lui, quel-ques auteurs avaient déjà parlé de cavités semblables.

M. Poletti a rencontré, par hasard, sur un cerveau destiné aux leçons de l'école, une nouvelle preuve de l'existence de ce ventri-cule. Il s'aperçut qu'en entrant dans la corne antérieure des ven-tricules latéraux et regardant le septum par ses faces, celles-ci pa-raissaient tuméfiées, ondoyantes, et présentaient l'aspect de deux longues vésicules pleines de liquide. Quand, après avoir dépouillé les bords de la voûte des plexus choroïdiens, on les enlevait des cou-ches optiques, qu'ensuite, pénétrant dans le troisième ventricule, on débarrassait promptement la voûte de la toile choroïdienne, cette voûte offrait à sa face inférieure, sur la ligne médiane, une espèce de vésicule qui de sa base se prolongeait jusqu'à son angle antérieur.

La cavité, qui était remplie par un liquide, et qui s'ouvrit en dessus par une section pratiquée le long du raphé du corps cal-leux, s'étendait du genou de celui-ci jusqu'à son bourrelet, c'est-à-dire depuis le point de rencontre des bords supérieur et inférieur du septum jusqu'à la base de la voûte. Supérieurement, elle est limitée par le corps calleux. Elle a deux parois latérales et un plan-cher; elle est large aux extrémités et rétrécie au milieu; elle est tapissée d'une membrane mince, semblable à celle qui tapisse la cavité ventriculaire des hydrocéphales. Il convient d'y distinguer deux parties : une antérieure et une postérieure. L'antérieure est comprise entre les lames de cette portion du septum qui s'étend au delà de la partie ascendante des piliers antérieurs; la postérieure continue à être comprise entre les lames du reste de la cloison, et s'étend à toute la longueur de la voûte. Là où les deux parties se rencontrent, la cavité a sa plus grande hauteur. L'antérieure a la forme d'un triangle avec la base en avant et le sommet en ar-rière; elle repose sur la partie inférieure réfléchie du corps cal-leux. La postérieure a également la forme d'un triangle, mais avec la base en arrière et le sommet en avant; elle repose sur le milieu de la voûte, entre les faisceaux qui font suite aux piliers et qui marchent en s'écartant à partir de l'angle antérieur. La longueur des triangles représentés par les planchers des deux parties est moindre dans l'antérieur; de même pour la largeur de la base. Le sommet du triangle postérieur offre une petite bride transversale qui lie les piliers. Le sommet de l'antérieur se perd sur la commis-sure et sous la bride indiquée. Entre les sommets des deux plan-chers et les piliers, il y a une ouverture triangulaire qui conduit au ventricule moyen.

M. Strambio affirmait que son sixième ventricule, très-rare chez l'adulte, se rencontre ordinairement dans le fœtus, M. Poletti l'a cherché sur le cerveau d'un enfant de 12 à 15 jours. Après avoir dépouillé la face inférieure de la voûte de la toile choroïdienne, il vit, sur la partie moyenne, une légère tumeur longue et triangu-laire, avec une demi-transparence. Sur cette tumeur apparaissaient des rides longitudinales, lorsqu'on comprimait latéralement les hé-misphères.

A l'aide d'un tube introduit dans le corps calleux, il souffla et vit se soulever une espèce d'ampoule. Alors la paroi incisée et ren-versée, se présenta une belle cavité triangulaire.

Ayant introduit par le sommet de celle-ci un stylet boutonné, il sentit qu'il pénétrait facilement dans le septum. L'incision prolongée jusqu'au genou du corps calleux, il eut sous les yeux tout l'appareil ventriculaire décrit par M. Strambio, c'est-à-dire une cavité qui, de la base de la voûte, va finir dans le septum, et dans laquelle on peut distinguer trois parties : une postérieure, qu'on peut dire cor-respondante à l'étendue de la lyre d'une voûte normale et complète, et qui est triangulaire avec la base en arrière et le sommet tronqué en avant; une moyenne qui conserve le même diamètre que le sommet de la postérieure et s'étend jusqu'à l'angle antérieur du trigône et siége proprement entre les piliers, qui en ce cas n'arri-vent plus à se réunir; une antérieure qui commence avec le même diamètre que la moyenne, et qui s'élargissant, pénètre dans le septum.

La partie postérieure est ce que M. Strambio a nommé *sixième ventricule;* la moyenne est ce qu'il a nommé *aqueduc;* l'antérieure est le ventricule de Sylvius. Les deux premières ont un plafond et un plancher; la dernière a un plafond, un plancher et deux parois. Toute la cavité est tapissée par une membrane mince semblable à celle des ventricules latéraux.

Sur le plafond de la postérieure, on aperçoit des ramifications vasculaires très-ténues, qui d'un des côtés se dirigent vers le milieu et ressemblent également aux arborisations vasculaires de ces mêmes ventricules.

M. Balboni a cherché et trouvé dans un cerveau de bœuf et un d'agneau une petite cavité siégeant dans la voûte. Conséquemment l'anatomie comparée vient confirmer cette découverte.

(*Gaz. med. ital.* et *Gaz. méd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 décembre 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Action anesthésique du gaz oxyde de carbone. — M. Ozanam pré-sente à l'Académie un mémoire sur l'action anesthésique du gaz *oxyde de carbone.*

L'auteur part de ce principe déjà admis par quelques médecins, et notamment par M. S. Dumoulin, que toute la série des corps carbonés volatils ou gazeux est douée du pouvoir anesthésique, et dans ses expé-riences entreprises avec MM. Blondeau et Fabre, il vérifie cette loi sur le gaz oxyde de carbone. L'action de ce gaz est analogue à celle du chloroforme.

A. Quand on le donne par inhalation. On distingue quatre périodes :

1° Une période prodromique :

2° Une période d'excitation, marquée par des contractions et des convulsions;

3° Une période anesthésique, caractérisée par l'arrêt partiel puis absolu de la sensibilité;

4° Une période de réveil ou de mort.

La mort subite peut arriver en deux minutes comme pour le chloro-forme. Sur vingt-cinq expériences la mort subite n'a eu lieu qu'une fois, ce qui donne à penser que ce gaz est moins dangereux à respirer qu'on ne le croit d'abord, surtout si on le respire mêlé à l'air atmosphérique. Deux expériences de Samuel Witt montrent que l'homme peut être soumis avec prudence à ces inhalations.

B. *Action locale de l'oxyde de carbone.* — L'action est à peu près nulle sur la peau recouverte de son épiderme. La sensibilité n'y est pas altérée. Mais sur une surface dépouillée d'épiderme, le gaz produit au bout d'un certain temps des effets anesthésiques très-remarquables et qui montrent que l'oxyde de carbone pourra être employé avec avantage comme anesthésique local. (Commissaires : MM. Flourens, Dumas, Velpeau.)

Choléra. — M. Contini, médecin à Pontoglio, près Brescia (royaume Lombardo-Vénitien), adresse pour le concours du legs Bréant deux manuscrits et deux opuscules imprimés relatifs à l'épidémie de cho-léra-morbus qui a sévi à Pontoglio, à la nature de cette maladie et à la méthode prophylactique et curative employée avec succès dans l'épidémie. (Commission spéciale pour le concours du prix Bréant.)

Effets physiologiques du colchique d'automne. — M. L. Oberlin communique un travail qui a pour titre : *Note pour servir à l'histoire du colchique d'automne.*

L'auteur a extrait du colchique d'automne un principe cristallin neutre, qu'il désigne sous le nom de colchicéine et qui diffère de la col-chicine, produit complexe, suivant M. Oberlin, et incristallisable.

Les propriétés de la colchicéine sont de cristalliser très-facilement en lamelles nacrées, d'être presque complètement insoluble dans l'eau, mais de communiquer à ce véhicule une légère amertume qui aug-mente sensiblement lorsqu'il est porté à l'ébullition. A ce degré, il se dissout une notable partie du produit, qui se dépose aussitôt après re-froidissement.

Les dissolvants de la colchicéine sont l'alcool, l'éther, l'alcool mé-thylique, le chloroforme, qui contractent en sa présence une amertume très-intense et persistante.

La dissolution alcoolique de la colchicéine se colore par l'addition du bichlorure de platine, et il ne se forme pas de précipité. L'acide nitrique pur et concentré dissout la colchicéine; elle se colore en jaune très-intense, passe à une couleur violacée, puis au rouge foncé et au rouge clair, pour revenir à sa couleur jaune primitive.

L'acide sulfurique concentré en forme une solution d'un jaune très-intense, qui se conserve même si elle est étendue d'eau; il s'y forme à la longue des flocons brunâtres. L'acide chlorhydrique la dissout avec couleur jaune clair. Enfin, l'acide acétique en opère également la dissolution, mais sans changement de couleur.

La colchicéine est soluble dans l'ammoniaque et cristallise par l'éva-poration à l'air; elle est soluble dans la potasse caustique, se colore en vert par le chlorure ferrique, et n'offre aucun changement de cou-leur, ni trouble en présence des solutions d'acétate de plomb neutre ou triplombique, du nitrate d'argent, du chlorure mercurique, de l'in-fusion de noix de galle.

La colchicéine est inaltérable à l'air; elle est sans action sur le pa-pier de tournesol rouge ou bleu. Exposée dans un tube à la chaleur du bain d'huile, elle se ramollit d'abord et entre en fusion à 155 degrés; si on élève la température, elle se colore à environ 200 degrés.

Voici les résultats de l'analyse élémentaire de la colchicéine : C = 62,83, H = 6,60, Az = 4,19, O = 26,38 : total, 100,00.

D'après M. Oberlin, la colchicéine préexisterait dans les semences du colchique.

Expériences physiologiques. — D'après les expériences faites par M. le professeur Schroff (de Vienne), la colchicéine obtenue suivant le procédé de MM. Hess et Geiger détermine une action toxique sur les lapins à la dose déjà de 0gr,01 ; l'animal ne succombe qu'après douze à dix-huit heures. Donnée à des doses plus élevées, même de 1 gramme, elle n'a amené la mort qu'après sept à huit heures.

La colchicéine est-elle injectée dans l'estomac à la dose de 0gr,01, l'animal ne meurt qu'après dix à douze heures; mais à la dose de 5 centigrammes, elle détermine une paralysie complète des membres et il succombe après quelques minutes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 décembre 1856. — Présidence de M. CHASSAIGNAC.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. BROCA montre une malade qui a subi la résection de la moitié antérieure du premier métatarsien avec conservation du gros orteil. Cette opération fut pratiquée, il y a huit ans, à la Charité par M. Huguier. M. Broca croit utile de montrer le résultat d'une pratique dont l'utilité est contestée par plusieurs chirurgiens. Ce résultat est des plus satisfaisants.

M. HUGUIER. J'ai pratiqué ce genre d'opération assez fréquemment. Dans les cas qui la réclament, la première phalange du gros orteil est tantôt malade, tantôt saine; si elle est malade, j'en pratique la résection partielle, outre celle de la tête du métatarsien. Je n'ai jamais remarqué les inconvénients qu'on semble redouter. Peut-être le dois-je aux précautions suivantes: je coupe le tendon extenseur; autant que possible, mon incision n'agit que du côté interne; je respecte toujours le tendon fléchisseur; enfin j'ai soin de conserver les os sésamoïdes qui comblent le vide, et sur lesquels le membre continue de s'appuyer dans la marche.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et, après quelques observations de MM. Larrey et Guérin, adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. HUGUIER cite un cas de marche très-rapide d'un cancer. Il y a trois ans, un fermier d'une trentaine d'années se froisse le testicule. Un fongus bientôt ulcéré exige la castration trois mois après cet accident. Deux mois après, récidive et mort au bout de quelques semaines. En tout, le temps qui s'écoula depuis l'invasion du mal jusqu'à la mort n'a pas été de six mois.

CORRESPONDANCE.

M. GIRALDÈS dépose sur le bureau, de la part de M. le professeur James Paget, le *Traité sur les tumeurs*; cet ouvrage est adressé pour obtenir le titre de membre correspondant. (Commission: MM. Huguier, Houel, Giraldès.)

— M. VAUTRIN adresse pour le prix Duval deux exemplaires de sa thèse *sur les adhérences anormales des paupières entre elles et avec le globe de l'œil*.

— M. SILBERT (d'Aix) donne lecture d'un mémoire original, qui est renvoyé à une commission formée de MM. Laborie, Guérin, Broca.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. VERNEUIL montre le pénis d'un vieillard qu'il a retranché au moyen de l'écrasement linéaire.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, cette pièce est un exemple de ces affections cancroïdes s'étendant beaucoup plus en largeur qu'en profondeur, et sur lesquelles Lisfranc surtout insista dans un mémoire intitulé *Des cancers superficiels qu'on croyait profonds*. La maladie datait d'un an. Une ulcération très-étendue occupait toute la face interne du prépuce, le sillon balano-préputial et la muqueuse de la base du gland. Le corps spongieux de l'urètre et du gland, les corps caverneux étaient sains, ce qui s'explique, du reste, par la nature du mal. En effet, il s'agissait d'une hypertrophie papillaire de toute la région précitée, et l'on sait que cette variété de tumeurs cutanées n'envahit que tardivement les couches profondes. Les ganglions inguinaux étaient sains; mais la verge était peu proéminente, à cause de la présence d'une double hernie inguinale. M. Verneuil aurait pu, suivant le précepte donné dans ces cas, se contenter de l'extirpation des parties malades, en conservant un moignon de la verge et du gland; mais la crainte de faire une extirpation incomplète l'a engagé à faire l'amputation de tout l'organe.

Au point de vue de la médecine opératoire. — L'écrasement linéaire a été employé, mais à l'aide du fil métallique, qui serait beaucoup plus simple que la chaîne de l'écraseur de M. Chassaignac, s'il avait les mêmes avantages comme instrument. L'opération a été menée avec les plus grands ménagements et la plus prudente lenteur. Deux instruments à fil simple que M. Charrière avait bien voulu prêter à M. Verneuil, et dont il dirigeait lui-même l'emploi, ont été mis hors de service après un certain temps. La section a dû être achevée avec la chaîne de l'écraseur ordinaire. L'opération a duré en tout plus de cinquante minutes. Le fil simple a été employé pendant quarante minutes environ; il a opéré la moitié de la section de la verge; la chaîne a achevé cette section. L'anesthésie avait été maintenue pendant tout le temps avec les précautions convenables.

Lorsque la tumeur fut enlevée, la plaie se montra d'abord tout à fait exsangue, mais bientôt une petite artériole cutanée latérale donna un filet de sang, puis un mélange de sang artériel et veineux s'écoula en nappe de la section du corps caverneux. La petite artériole fut liée, et comme l'eau froide n'arrêtait pas l'écoulement provenant du corps caverneux, on appliqua la pointe aiguë d'un petit cautère actuel.

M. VERNEUIL remarquant que le sang n'était fourni que par la moitié de la verge correspondant à l'anse métallique, et qui avait été coupée par le fil simple, tandis que la moitié sectionnée avec la chaîne ne fournissait pas de sang, je demande si cette particularité ne provient pas de la manière différente dont agissent le fil simple et la chaîne. Si le fait se renouvelait ou se confirmait, il faudrait peut-être renoncer au fil, qui ne serait pas aussi apte que la chaîne à oblitérer les vaisseaux pendant la section.

M. GUERSANT ne comprend pas ce qui a pu empêcher M. Verneuil d'amputer la verge à l'aide de l'instrument tranchant: il ne voit nullement la nécessité de la méthode longue et pénible qu'il a préférée.

M. MAISONNEUVE pour l'écrasement linéaire emploie le simple fil métallique au lieu de la chaîne. Le fil, aussi bien que la chaîne, coupe tous les tissus, y compris la peau, et laisse une surface aussi exsangue. Le fil a cet avantage qu'on le trouve partout, qu'on peut le remplacer de suite s'il se brise, qu'il peut se prêter aux profondeurs et aux inégalités des régions et des cavités où une tumeur demande à être atteinte. Je crois donc, dit M. Maisonneuve, que le fil répond à toutes les indications de la méthode que M. Chassaignac a eu le mérite, je ne dirai pas d'inventer, mais de réhabiliter. Cette méthode, en effet, existait en chirurgie: personne n'a fait plus d'efforts pour la généraliser que Mayor, de Genève.

M. VERNEUIL. Pour l'exécution de l'écrasement linéaire, m'en rapportant à l'expérience unique que j'en ai faite, et dont je viens d'entretenir la Société, j'ai fait une objection timide au simple fil métallique, mais rien de plus, et je suis hors d'état de décider entre les deux modes de pratiquer la nouvelle méthode.

Pour répondre à M. Guersant, je dirai que je considère l'amputation de la verge comme une opération très-grave, au moins faite par l'instrument tranchant; si bien que les chirurgiens lyonnais n'hésitent pas à couper la verge avec le fer rouge.

J'hésitais entre le fer rouge et l'écrasement linéaire, et j'ai préféré ce dernier.

M. LARREY. Ces jours derniers j'ai opéré un malade pour un cancroïde du prépuce, après une consultation de plusieurs chirurgiens. J'ai dû faire seulement l'extirpation de la partie malade, au lieu d'amputer tout le cylindre pénien. Mais dans la prévision de cette dernière opération, je m'étais muni d'un écraseur linéaire: je n'étais arrêté dans son emploi que par la crainte de l'accolement des deux parois de l'urètre.

On a parlé de la gravité de l'amputation du pénis. Mais l'effet moral est une des causes de la mort de l'opéré. J'en ai vu un exemple des plus remarquables dans la pratique de mon père.

M MAISONNEUVE ajoute quelques mots sur la comparaison du fil métallique et de la chaîne pour l'écrasement des tissus. Il insiste particulièrement sur ce point que l'agent de section c'est l'arête tranchante du tube.

M. J. CLOQUET. Bien que je manque ici d'expérience personnelle, je n'hésiterais pas à conseiller l'emploi de l'écrasement linéaire pour amputer la verge. Pour moi, j'ai vu succomber un assez grand nombre de malades à la suite de cette opération. Parmi ceux dont je me souviens, un fut tout près de mourir par hémorrhagie secondaire, car l'hémorrhagie primitive ne me semble faite pour exciter aucune crainte légitime; d'autres furent enlevés par infection purulente, d'autres par la repullulation très-rapide du mal. Enfin, une des suites fâcheuses qui m'a le plus frappé, et dont les auteurs ont du reste amplement parlé, c'est l'influence sur le moral de l'opéré. Un homme de quarante ans, à qui j'enlevai toute la verge, alla bien, et touchait à la guérison, quand tout à coup il devint triste, perdit l'appétit, et finit par mourir de mélancolie. Un homme de soixante ans, opéré par Richerand, reçut, le cinquième jour qui suivit sa mutilation, la visite de sa femme, qui l'accabla de reproches; il succomba de chagrin quelques jours après. On peut opposer à ces cruels résultats les effets tout autres de l'extirpation des testicules. M. Cloquet cite un malade qui, ayant subi la castration d'un côté des mains d'A. Dubois, puis quinze ans après opéré de l'autre testicule, conserva non-seulement sa gaieté, mais encore la même énergie dans ses désirs vénériens.

M. BROCA. Chacun se fait une impression d'après les faits dont il a été témoin. J'ai vu amputer la verge deux fois par M. Ricord, deux autres par Blandin, une par Roux, et ces cinq malades ont bien guéri. Aussi m'étais-je fait de cette opération une idée moins triste que celle qui résulte des paroles de nos collègues.

Quoi qu'il en soit, analysons les causes qui mettent en danger la vie de ces opérés. Ce sont l'hémorrhagie, la phlébite et l'influence sur le moral.

On reconnaît que l'hémorrhagie n'est point à craindre; et quant à l'effet moral, il semble qu'il doit être exactement le même, de quelque façon que la mutilation ait eu lieu. La phlébite reste donc seule en question quand il s'agit de choisir la méthode opératoire. L'écraseur y dispose-t-il moins que le bistouri? C'est ce qu'il faut décider; et je crois que jusqu'à présent on ne saurait le faire en connaissance de cause. Les effets attribués à l'écrasement linéaire ne sont pas constants. J'ai enlevé une tumeur du bas du rectum à l'aide de l'écraseur pour mettre à l'abri de l'hémorrhagie, et à cet effet j'ai employé cinquante-cinq minutes pour couper un pédicule dont le diamètre n'excédait pas 2 centimètres. Malgré cela, j'ai eu un écoulement sanguin assez considérable. Je dois dire que j'ai employé l'écraseur de M. Charrière, et non celui de M. Chassaignac. Celui de notre collègue présente un mouvement alternatif de scie qui tend à déchirer les tissus, et qui peut-être met à l'abri de l'hémorrhagie.

M. CULLERIER. Deux fois depuis huit mois, à l'hôpital du Midi, j'ai employé le bistouri pour amputer la verge. Mes deux malades ont guéri. Mon premier opéré a beaucoup souffert de la sonde à demeure; j'ai même dû l'enlever, et il n'a guéri qu'avec un rétrécissement considérable du nouveau méat. Pour éviter cet inconvénient, j'ai pratiqué à mon second malade une sorte d'hypospadias par la dissection des deux lèvres de l'urètre, et il a guéri sans sonde. La crainte de l'atrésie consécutive de l'urètre est ce qui m'a éloigné de l'emploi de l'écraseur.

M. VERNEUIL. Rien ne serait plus simple que de pratiquer cet hypospadias après la section de la verge par l'écraseur. Je n'ajouterai qu'un mot en faveur de l'application de l'écrasement à l'amputation de la verge. Les plaies par écrasement des tissus sont meilleures que celles faites par le bistouri; il ne serait plus permis de couper des hémorrhoïdes, et c'est pour cela que je me suis décidé dans ce cas pour la nouvelle méthode.

— M. MAISONNEUVE présente la moitié d'une mâchoire inférieure qu'il a désarticulée pour une tumeur dont l'examen a été confié à M. Broca.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 27 décembre 1856, ont été nommés:

A trois emplois de médecin principal de 1re classe, les médecins principaux de 2e classe dont les noms suivent: MM. Lustreman, professeur à l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires; Bertherand; Riboulet, secrétaire du conseil de santé des armées.

A six emplois de médecin principal de 2e classe les médecins-majors de 1re classe dont les noms suivent: MM. Perier, Coze, Rietschel, Martin, Valette, Bourguillion.

A sept emplois de médecin-major de 1re classe les médecins-majors de 2e classe dont les noms suivent: MM. Frasseto, Loyer, Collin, Lenoir, Rouis, Vielle, Maignien.

A cinq emplois de médecin aide-major de 1re classe les médecins aides-majors de 2e classe dont les noms suivent: MM. Jacquemin, Fouquet, Damien, Colin, Duval.

A un emploi de pharmacien principal de 2e classe, M. Vial, pharmacien-major de 1re classe.

A un emploi de pharmacien-major de 2e classe, M. Regnier, pharmacien aide-major de 1re classe.

A quatre emplois de pharmacien aide-major de 1re classe, les pharmaciens aides-majors de 2e classe dont les noms suivent: MM. Ollivier, Adam, Tricot, Courant.

A deux emplois de pharmacien aide-major de 2e classe, les pharmaciens aides-majors commissionnés, anciens stagiaires de l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, dont les noms suivent: MM. Musculus, Rives.

— Le concours pour quatre emplois d'agrégé à l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires, ouvert au Val-de-Grâce le 1er décembre dernier, conformément au programme du 6 août 1856, s'est terminé par les nominations suivantes:

Pour la médecine: MM. Lallemand et Félix Jacquot;

Pour la chirurgie: MM. Baizeau et Trudeau.

— Le concours pour l'agrégation (sections de médecine, de chirurgie et d'accouchements) a été ouvert le 2 janvier, à une heure. M. And... n'ayant pu remplir les fonctions de juge, a été remplacé par M. Rost... suppléant.

L'épreuve écrite commune pour tous les candidats (*anatomie et physiologie*), aura lieu aujourd'hui mardi, à onze heures du matin.

Les lectures commenceront mercredi, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

— Le concours pour l'internat dans les hôpitaux de Montpellier vient de se terminer par la nomination de M. Dubreuil.

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce vient d'accorder à M. le docteur Bourguet, chirurgien en chef de l'hôpital de Rodez, une médaille d'or, pour un mémoire sur une épidémie de variole pour la propagation de la vaccine dans le département de l'Aveyron.

— La *Revue thérapeutique du Midi* annonce que M. le docteur ...guier, rappelé à l'activité comme agrégé en histoire naturelle par l'arrêté du 12 décembre dernier, a donné sa démission.

— M. le docteur Melchior Robert, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé, à la suite d'un concours remarquable, chirurgien agrégé de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

— La direction générale des postes vient de publier sous ce titre: *Notions générales sur le service des postes*, un extrait de son almanach spécial pour 1857.

L'utilité de ces notions étant d'un intérêt général, nous croyons devoir rappeler à nos abonnés les plus importantes, celles qu'il pourrait leur être préjudiciable d'ignorer.

Les timbres-poste sont de cinq couleurs différentes: couleur ve... (5 centimes), couleur bistre (10 centimes), couleur bleue (20 centimes), couleur orange (40 centimes), couleur rouge (80 centimes). Ils s... vendus dans les bureaux de poste, dans les débits de tabac et par les facteurs et les boîtiers des postes.

Les particuliers doivent coller eux-mêmes les timbres-poste sur les lettres.

Toute lettre pour l'intérieur, revêtue d'un timbre-poste insuffisant, est considérée comme non affranchie et taxée comme telle, sauf déduction du prix du timbre. Ainsi, par exemple, lorsqu'une lettre pesant p... de 7 grammes et demi est affranchie avec un timbre bleu (20 cent.), elle est considérée comme non affranchie; elle doit 60 c.; en déduisant 20 c. que représente le timbre bleu, il reste à payer 40 cent.

Les lettres pour l'étranger sont affranchies soit au moyen de timbres-poste et jetées à la boîte, soit en numéraire, au guichet des bureaux et laissées entre les mains des agents des postes. Revêtues de timbres insuffisants, elles sont considérées comme non affranchies, et ne peuvent recevoir cours, si elles sont à destination de pays pour lesquels l'affranchissement est obligatoire.

Le poids des timbres-poste est compris dans le poids des lettres sur lesquelles ils sont apposés.

L'emploi fait sciemment d'un timbre-poste ayant déjà servi est puni d'une amende de 50 à 1,000 francs (Loi du 16 octobre 1849.).

— M. le docteur Macario, directeur de l'institut hydrothérapique de Serin, à Lyon, ouvrira un cours d'hydrothérapie dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, le 10 janvier, à sept heures du soir, et le continuera les mardi et jeudi de chaque semaine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la monomanie incendiaire, par M. le docteur LEGRAND DU SAULLE, ancien interne et lauréat. Brochure in-4° de 42 pages. Prix, 1 fr. 50 c. Chez Rignoux, imprimeur, rue Monsieur-le-Prince, 31.

Annuaire de médecine et de chirurgie pratiques pour 1846 à 1857, résumé des travaux pratiques les plus importants publiés en France et à l'étranger pendant 1845 à 1856, par MM. JAMAIN et WAHU. 11 vol. grand in-32. Prix de chaque, 1 fr. 25. — A Paris, chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 3. — JEUDI 8 JANVIER 1857. (30e ANNÉE.) N° 3. — JEUDI 8 JANVIER 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Etudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois moi 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

OMMAIRE. — Paris. Sur la séance de l'Académie de médecine. — Faculté de médecine de Paris (M. L. Orfila). Des expériences sur les animaux considérées comme moyen d'étude en toxicologie ; de la ligature de l'œsophage. — Hôpital Saint-Jean de Bruxelles (M. Rossignol). Ablation d'une tumeur cancéreuse de la lèvre inférieure ; nouveau procédé de chéiloplastie. — Observation d'un calcul salivaire trouvé dans le canal de Warthon. — Académie de médecine, séance du 6 décembre. — Chronique et nouvelles.

Paris, le 7 janvier 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

Le nouveau bureau installé, l'Académie dégagée de ses entraves annuelles, et ses affaires d'intérieur dûment mises en ordre, la discussion sur les kystes ovariques a repris son cours. C'est M. J. Guérin qui l'a rouverte. Il n'était pas inutile, après une interruption de près d'un mois, et avant d'entreprendre une nouvelle étape, de mesurer le chemin parcouru jusqu'ici. C'était en même temps s'épargner d'inutiles redites et montrer la voie où il convient désormais d'engager la discussion. C'est ce qu'a fait M. Guérin ; dans un rapide coup d'œil rétrospectif sur la première phase de cette discussion, dont il a marqué le point de départ et le point d'arrivée, il a fait voir quels étaient les résultats acquis. L'importance même de ces résultats est un nouvel encouragement à pousser plus loin cette étude collective où chacun apporte le tribut de son expérience et de ses réflexions. Après avoir montré ce qu'il restait encore à faire, M. Guérin s'est mis résolûment à l'œuvre.

L'utilité de l'opération admise, quelles sont les conditions qui peuvent en compliquer, en compromettre ou en assurer le résultat? Telle est la question qu'il s'est principalement proposé d'examiner. L'élément qui complique et compromet le plus constamment, à ses yeux, le résultat de la ponction et de l'injection des kystes, est la pénétration de l'air dans la cavité morbide et la libre communication de cette cavité avec l'atmosphère. Le moyen, par conséquent, d'assurer l'innocuité et le succès de l'opération, c'est d'en effectuer tous les temps de manière à empêcher et à prévenir cette pénétration.

La méthode sous-cutanée appliquée avec tant d'avantages aux collections morbides de la poitrine, aux abcès par congestion, aux grands kystes de toute nature et des diverses régions, fournit naturellement les moyens d'atteindre ce but. Alors même qu'on admettrait qu'elle n'est pas toujours utile, la pénétration de l'air n'ayant pas toujours, et dans toutes les circonstances, les résultats funestes qu'on lui reconnaît dans quelques cas, l'application de la méthode sous-cutanée au traitement des kystes ovariques, soit par la ponction palliative simple, soit par la ponction et l'injection iodée, n'en constitue pas moins un progrès réel et une garantie précieuse contre les chances possibles d'accidents graves et souvent mortels. C'est, du reste, le mode opératoire qu'emploie dans cette circonstance M. Boinet, et que nous lui avons vu récemment mettre en œuvre dans un cas où il y avait tout lieu de penser que la ponction faite sans observer les règles de cette méthode eût eu de funestes effets.

Après M. Guérin, MM. Trousseau et Cazeaux ont présenté chacun quelques courtes considérations : M. Trousseau sur les motifs qui lui font maintenir sa préférence pour la ponction palliative, hâtive, c'est-à-dire lorsque le kyste encore petit, paraît, par la marche rapide de son développement, devoir acquérir en peu de temps un volume considérable ; M. Cazeaux, pour prendre de nouveau, contre M. Trousseau, la défense de l'opération curative.

La discussion continuera mardi prochain. M. Velpeau a retenu la parole. — Dr Brochin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. L. Orfila, professeur-agrégé.

Des expériences sur les animaux considérées comme moyen d'étude en toxicologie. — De la ligature de l'œsophage (1).

Comme j'ai eu l'honneur de vous le dire dans notre précédente réunion, cet enseignement ne peut être profitable pour vous qu'à la condition de multiplier autant que possible devant vous les expériences qui ont fourni des données si importantes pour la toxicologie. Avant d'aller plus loin, il nous importe donc de rechercher rapidement quels secours peuvent nous fournir les expériences tentées sur les animaux, pour l'étude des principaux points de l'histoire de l'empoisonnement, et examinons avec soin quelle confiance nous pouvons avoir dans ce moyen d'instruction. Nous nous occuperons principalement des expériences faites sur les chiens, parce que ce sont surtout ces animaux qui nous serviront de préférence. Passons en revue les chapitres qui composent l'histoire de l'empoisonnement.

Etiologie. — Comment reconnaître si une substance est toxique lorsque les observations manquent ? Des expériences sur les animaux peuvent seules nous l'apprendre. Il faut placer cette substance dans l'estomac, dans une plaie, l'injecter dans les veines, etc. Je ne m'arrêterai pas à discuter les récits qui démontreraient, sans conteste, suivant quelques auteurs, que des matières vénéneuses, pour certaines espèces animales, sont des aliments excellents pour d'autres espèces. Je n'oserai pas repousser tout ce qui a été dit à ce sujet, mais je voudrais vous mettre en garde contre de pareilles assertions, et pour cela, je vais vous montrer dans quelle erreur est tombé un auteur sérieux, et qui mérite tous égards. Virey a avancé que l'arsenic à la dose de 16 grammes se borne à purger plus ou moins les chiens, tandis que cette dose peut occasionner la mort de plusieurs hommes. Eh bien, aujourd'hui, il est parfaitement démontré que les chiens les plus forts ne peuvent pas résister à une dose de 15 centigrammes d'acide arsénieux.

Quelle est donc la cause de l'erreur de Virey? Je vais vous la faire toucher du doigt. Voici deux chiens : l'un vivant et alerte, l'autre mort. Chacun d'eux a mangé avant-hier 3 grammes d'acide arsénieux mélangé avec du fromage d'Italie. Le premier, celui qui est vivant, vomit peu de temps après avoir mangé; l'autre n'a vomi que plus tard.

Qu'est-il donc arrivé à Virey? Il est tombé sur des chiens qui ont vomi promptement; et le plus grand nombre de ces animaux vomissent avec une facilité extraordinaire. Il faut donc empêcher les chiens de vomir lorsqu'on veut étudier l'action qu'exerce sur eux une substance introduite dans l'estomac. Tout à l'heure je vous indiquerai comment on remplit cette condition. Pour le moment, il me suffit de vous avoir montré quelle est la cause de l'erreur de Virey, et de vous avoir fait pressentir comment d'autres auteurs ont pu aussi se tromper. Aujourd'hui, les expériences faites sur les chiens (et le nombre en est grand) sont parfaitement d'accord avec les observations recueillies sur l'homme pour nous montrer que toutes les substances qui sont toxiques pour les animaux le sont aussi pour l'homme. Seulement, quand il s'agit de fixer la plus petite dose capable de déterminer des effets toxiques, l'expérimentation sur les animaux ne peut donner que des notions vagues et insuffisantes. Comment en serait-il autrement? On peut à peine décider la question délicate de la dose d'après les observations recueillies sur l'homme lui-même; à peine s'il est permis de conclure de l'homme à l'homme. Plus tard je vous dirai les exceptions nombreuses qui commandent la réserve. A plus forte raison faut-il mettre de la circonspection dans l'interprétation des expériences faites sur les chiens, et dans l'application de leurs résultats à l'homme.

Symptomatologie. — Il est incontestable, d'après les faits aujourd'hui connus, que les symptômes déterminés par chaque poison sur les chiens présentent une grande analogie avec ceux que produit le même poison sur l'homme.

Tenez : administrons à un chien 1 gramme de strychnine. Quel est le symptôme qui vous frappe le plus? Ce sont ces convulsions intermittentes. Eh bien, les observations que nous possédons nous apprennent que chez l'homme aussi des convulsions du même genre constituent le phénomène le plus marqué après l'ingestion de la strychnine.

Plaçons dans la bouche de cet autre chien quelques gouttes d'acide cyanhydrique concentré. Vous remarquez ces vertiges, cette démarche chancelante, puis les convulsions, et enfin, à la dernière période, le coma qui précède la mort. Les choses ne se passent pas autrement chez l'homme.

Lésions de tissus. — Recherches chimiques. — Comme pour l'étiologie et la symptomatologie, je vous dirai que l'expérience montre sans conteste qu'il y a une analogie complète entre le chien et l'homme. Du reste, le raisonnement ne permet pas de penser qu'il puisse en être autrement. En effet, les éléments anatomiques et chimiques sont des deux côtés les mêmes. Pourquoi donc les lésions et les procédés analytiques différeraient-ils?

Traitement. — L'analogie de symptômes et de lésions de tissus, qui maintenant nous est prouvée, entraîne aussi l'analogie de traitement.

Concluons donc que les expériences sur les chiens peuvent nous fournir sur la toxicologie des enseignements importants, et qu'elles constituent un moyen indispensable de compléter et de confirmer les notions fournies par des faits qu'on n'a que trop rarement l'occasion d'observer chez l'homme.

Mais avant de quitter ce sujet, il faut que nous examinions avec beaucoup de soin une question qui domine l'expérimentation en toxicologie. Comme j'ai eu l'honneur de vous le montrer tout à l'heure, certaines expériences tentées sur les chiens pour l'étude du poison ne sauraient être rigoureuses qu'à la condition d'empêcher ces animaux de vomir : on obtient ce résultat en liant l'œsophage. Consacrons donc à la *ligature de l'œsophage* toute l'attention qu'elle mérite.

L'erreur de Virey, que je vous signalais tout à l'heure, vous prouve suffisamment que la ligature de l'œsophage est indispensable lorsqu'on veut savoir si une substance est toxique ou non. Mais cette opération n'est jamais aussi nécessaire que pour l'étude des contre-poisons. Comment reconnaître, sans empêcher le vomissement, si une substance employée comme contre-poison a réellement paralysé l'action d'un poison? Vous savez, en effet, que les poisons les plus violents ne déterminent que des accidents peu importants lorsqu'ils sont vomis peu de temps après leur ingestion, de sorte que dans un cas pareil toute substance administrée paraît produire un excellent effet. Et, soit dit en passant, ceci vous explique pourquoi la liste des contre-poisons est si longue et si variée, tandis que l'expérimentation rigoureuse nous montre que les véritables contre-poisons sont peu nombreux.

Pas de doute, cette opération est indispensable pour l'étude de la toxicologie.

Voyons maintenant quelle perturbation apporte dans les expériences la ligature de l'œsophage, et pour cela résumons ce que l'expérience nous apprend sur les conséquences de cette opération.

Nous avons à examiner deux cas :

1° *L'œsophage a été simplement lié sans avoir été percé ;*

2° *L'œsophage a été percé et lié.*

Eh bien, dans le premier cas, si on a soin de lever la ligature vingt-quatre ou trente-six heures après l'application (et ce temps est largement suffisant pour que la matière portée dans l'estomac soit absorbée), les animaux guérissent parfaitement. Voilà un petit chien qui a été opéré de cette façon il y a cinq jours : vous voyez qu'il est alerte et gai; il mange bien d'ailleurs; c'est un animal qui peut être considéré comme guéri.

Il n'en est pas de même lorsque l'œsophage a été percé : alors les animaux succombent tous, à une époque plus ou moins éloignée de l'opération. Ils survivent tous au moins trois jours; il s'en trouve qui vivent ainsi mutilés pendant dix jours, le plus grand nombre meurt au bout de six ou sept fois vingt-quatre heures.

Si l'on tue les chiens dont l'œsophage a été percé quarante-huit heures après l'opération, on ne découvre aucune lésion dans les organes, et d'ailleurs, pendant ces quarante-huit heures, on n'observe d'autres symptômes que de l'abattement.

Nous avons voulu mettre ces résultats sous vos yeux. Voici les organes d'un chien opéré avant-hier et tué ce matin; vous voyez qu'ils ne présentent aucune lésion. Et, d'un autre côté, voici un animal opéré il y a quatre jours: vous voyez d'abord qu'il n'est pas mort, et ensuite qu'il ne présente pas d'autre signe de maladie que de l'abattement.

Quels enseignements tirer de ces données pour l'interprétation des expériences! Evidemment, lorsque les animaux auxquels on a fait prendre une substance peu de temps avant de lier l'œsophage, succombent dans les quarante-huit premières heures, la mort et les lésions doivent être attribuées à l'action de la substance ingérée. Si les animaux survivent plus de quarante-huit heures, les expériences ne nous fournissent plus d'éléments suffisants pour déterminer si la substance employée est ou n'est pas toxique. Il faut, dans un cas pareil, multiplier et varier les expériences, et ne conclure qu'avec réserve.

De nombreuses expériences faites avec différents poisons prouvent qu'en administrant en même temps une substance toxique, d'une part, à des chiens dont l'œsophage n'a pas été lié, et, d'autre part, à des chiens dont l'œsophage a été lié, on a observé les mêmes accidents sur tous ces animaux toutes les fois que le poison n'avait pas été vomi par les premiers. La durée de la résistance

(1) Voir le numéro du 23 décembre 1856.

a pu varier; mais le résultat principal a été identique. Les symptômes ont présenté une grande analogie, et lorsque les animaux dont l'œsophage avait été lié sont morts, les animaux dont l'œsophage n'avait pas été lié sont morts aussi.

Vous voilà donc en état d'interpréter les expériences faites sur les chiens en liant l'œsophage, au point de vue de *l'étiologie* et de la *symptomatologie*. Quand nous nous occuperons du *traitement* de l'empoisonnement, je vous indiquerai avec soin quel parti vous pourrez tirer de pareilles expériences pour connaître la valeur d'un contre-poison. Dès à présent, je puis vous dire que la ligature de l'œsophage n'apporte dans ce cas, comme dans ceux que nous avons examinés, qu'une bien mince perturbation.

Cette opération, vous le voyez, est bien moins grave qu'on ne le croirait d'abord et qu'on ne l'a soutenu. Elle n'empêche pas de puiser à la source si féconde de l'expérimentation des notions que nous chercherions en vain par d'autres moyens : il suffit, pour échapper à l'erreur, de faire à chaque condition de l'expérience la part qui lui revient. Et l'étude attentive d'un nombre considérable de faits nous permet de bien connaître l'influence de chaque circonstance.

Faut-il m'arrêter à une puérilité que vous entendrez peut-être (tout est possible) répéter par des hommes sérieux. Il ne manque pas des adversaires de la ligature de l'œsophage qui proclament qu'en faisant cette opération on se place dans des conditions qui ne se rencontrent jamais. Quand donc, disent-ils avec un sourire railleur, l'œsophage est-il lié chez l'homme? C'est vrai, jamais un cas pareil ne se présentera. Mais comment réaliser à volonté, de manière à la bien étudier, une circonstance qui peut très-bien se rencontrer lorsque l'homme ne vomit pas ou vomit peu? Comment d'ailleurs donner à nos expériences une rigueur que les observations ne comportent pas? Cette condition artificielle, je l'avoue, dans laquelle nous nous plaçons, ne peut pas détruire la valeur de nos expériences, du moment que nous connaissons l'influence qu'elle peut exercer.

Une semblable objection ne peut se présenter qu'à des esprits qui ne comprennent ni le mécanisme ni le sens de l'expérimentation. La plupart des expériences sont passibles d'une objection analogue ; car dans la plupart il y a des conditions artificielles que l'on combine de façon à arriver à reconnaître l'influence de chacune. C'est le seul moyen d'étudier convenablement des phénomènes complexes. Que deviennent donc les vivisections dont les physiologistes ont tiré si grand parti pour l'étude des fonctions des différents organes? Quand il s'agit d'enlever un organe situé profondément, un viscère, par exemple, il faut intéresser toutes les parties qui le recouvrent, des vaisseaux, des nerfs. Eh bien, comme l'expérience a montré que les résultats de l'opération, alors que l'organe n'est pas enlevé, sont tout différents de ceux qui succèdent à l'ablation de cet organe, on est bien forcé de conclure que cette différence tient à l'absence de l'organe.

Personne n'ignore qu'il entre dans une expérience pareille des conditions accessoires, seulement on en connaît la valeur et on en tient compte. Les exemples particuliers ne me manqueraient pas pour faire ressortir qu'une pareille objection ne peut être prise au sérieux, mais je ne vous ferai pas l'injure d'insister sur ce point.

Maintenant, au moment d'en finir avec la ligature de l'œsophage, je crois nécessaire de vous dire en quelques mots le procédé opératoire, et pour mieux vous le faire comprendre, je pratiquerai devant vous l'opération. Il est inutile, je suppose, de vous faire remarquer que les conséquences de cette opération ne seraient pas telles que je vous les ai indiquées tout à l'heure, si par des suppurations abondantes ou autres circonstances d'ailleurs facilement appréciables, elle acquiert une gravité que vous devinez facilement, et qui ne peut être imputée à la nature de l'opération.

Pour échapper à ces complications il faut surtout éviter de trop lacérer les tissus, de couper, lier ou tirailler des vaisseaux ou nerfs importants.

Voici comment nous procédons : je vais vous énoncer les différents temps de l'opération.

1° Introduire une sonde urétrale en gomme élastique dans l'œsophage ;

2° Faire au cou une incision longue de 6 à 7 centimètres sur la ligne médiane, en pénétrant jusqu'aux muscles.

3° Ecarter avec les doigts les fibres musculaires, en profitant de la trachée-artère comme point de repère, jusqu'au moment où l'on sent la sonde qui se trouve dans l'œsophage.

4° Décoller légèrement, et sur une petite étendue, l'œsophage des organes voisins.

5° L'accrocher avec une aiguille courbe de Deschamps, l'amener au dehors et retirer la sonde.

6° Après avoir examiné si on a amené avec l'œsophage quelque vaisseau ou quelque nerf important et les avoir séparés, s'il y en a, passer le fil et faire un double nœud en serrant médiocrement ; comme nous n'avons d'autre but que d'empêcher le vomissement, il n'est pas nécessaire de serrer fortement la ligature.

7° Enfin, couper les fils à une longueur suffisante pour qu'il soit facile de les retrouver si on veut lever la ligature.

Permettez-moi de vous indiquer les avantages du procédé que je vous recommande.

En opérant ainsi, on ne peut intéresser dans l'incision aucun organe important. Dans quelques cas très-rares, le sang coule en assez grande quantité pour gêner ; mais, en général, il en coule à peine. La sonde passée dans l'œsophage vous permet (c'est le plus difficile de l'opération) de reconnaître facilement ce conduit : de sorte que vous évitez des tâtonnements qui peuvent être très-nuisibles. Enfin la plaie se cicatrise promptement ; l'incision de la peau, dont les lèvres sont tenues écartées par les muscles peaussiers, reste seule longtemps béante, mais c'est sans inconvénient.

Voilà donc comment je vous engage à opérer lorsque vous voudrez simplement pratiquer la ligature de l'œsophage. Mais si vous voulez introduire une substance dans l'estomac, il faut, lorsque le fil est passé sous l'œsophage, donner à ce conduit, au-dessus du fil, un coup de ciseaux intéressant toute l'épaisseur des parois de manière à faire une ouverture, sans le couper complétement. Par cette ouverture, vous introduisez la substance que vous voulez porter dans l'estomac. Si cette substance est liquide, rien de plus simple ; vous placez un entonnoir dans l'ouverture que vous venez de pratiquer, vous faites soulever la tête de l'animal et vous versez dans l'entonnoir. Si la substance est solide, il faut la couper en petits morceaux et les pousser avec une baguette. Quand la substance est dans l'estomac, il ne reste qu'à serrer la ligature.

Cette manière d'introduire la substance est tellement commode que, sauf des cas exceptionnels, elle est toujours mise en pratique. Outre sa facilité, elle a encore le grand avantage de mettre à l'abri d'un accident qui annulerait l'expérience. En effet, en introduisant les substances par la gueule, on les fait quelquefois pénétrer dans la trachée-artère, et on tue alors les animaux par suffocation.

— Cette leçon sur la ligature de l'œsophage était rédigée lorsque l'Académie impériale de médecine a reçu un grand nombre de communications sur ce sujet pendant le mois d'août dernier. Une commission composée de MM. Bégin, président ; Jobert (de Lamballe), Renault, H. Bouley, Larrey et Trousseau, rapporteur, ayant été nommée pour étudier la question, M. Orfila, lorsque nous lui avons demandé s'il avait quelques additions ou quelques modifications à faire à la leçon qu'il avait faite à la Faculté à la fin du mois de mai 1856, a cru devoir s'abstenir d'entrer dans une discussion approfondie. Il se borne seulement à rappeler ici les principales conclusions d'une note qu'il a communiquée à l'Académie de médecine (*Gazette des Hôpitaux*, n° 104) après avoir fait de nombreuses expériences.

« Jusqu'à preuve du contraire, dit-il, je me crois autorisé à admettre qu'après la ligature de l'œsophage, les chiens sur lesquels » on a pratiqué une ouverture au-dessus du lien ne succombent » jamais avant le troisième jour. Parmi ceux dont l'œsophage n'a » pas été ouvert en même temps que lié, un certain nombre succombe peu de temps après l'opération. La mort de ces animaux » doit être attribuée à l'entrée dans l'appareil respiratoire des mucosités épaissies qui s'accumulent à la partie supérieure des voies » digestives parce que les chiens ne savent pas s'en débarrasser.

» Pour mettre la leçon qui précède d'accord avec ces idées, il » n'y a donc qu'à recommander *explicitement* de ne jamais pratiquer la ligature de l'œsophage sans ouvrir ce conduit. Ce n'est » là qu'une modification de forme ; car il est facile de deviner, » d'après ce que j'avais dit, que jamais je ne procède autrement » lorsque je veux porter une substance dans l'estomac. En adoptant cette pratique, je ne fais qu'imiter mon oncle : je l'ai toujours vu agir ainsi. Il serait donc prématuré de conclure qu'il y » a lieu de reviser toutes les expériences d'Orfila et de corriger ses » conclusions. La science perdrait probablement plus qu'elle ne » gagnerait à un pareil travail, qui absorberait sans doute le » temps et le zèle d'habiles expérimentateurs. »

La commission doit s'assembler prochainement au Val-de-Grâce, et admettre tous les expérimentateurs à un contrôle sévère. Espérons que le savant rapporteur fera bientôt connaître à l'Académie le résultat de l'enquête ; le public médical l'attend avec une fiévreuse impatience.

Dr H. LEGRAND DU SAULLE.

HOPITAL SAINT-JEAN DE BRUXELLES.

M. ROSSIGNOL.

Ablation d'une tumeur cancéreuse de la lèvre inférieure. — Nouveau procédé de chéiloplastie.

(Observation recueillie par M. T. Vanvolxeu, élève interne),

Le 27 mars 1856, entre à l'hôpital Saint-Jean la nommée A. M..., âgée de soixante-treize ans. Cette femme nous raconte que depuis deux ans elle a vu se développer à sa lèvre inférieure un bouton semblable à un furoncle, qui en occupait le bord libre, et auquel elle ne fit pas attention parce qu'il ne lui occasionnait aucune douleur et ne croissait que très-lentement.

Au bout de cinq à six mois, cette petite tumeur avait acquis seulement le volume d'un pois. Vers cette époque, la vésicule qui la surmontait se déchira spontanément, et il s'en écoula un liquide peu abondant, blanchâtre et grumeleux, laissant à découvert une ulcération assez profonde. Dans cet état, la lésion resta stationnaire pendant environ huit mois, puis, sans cause déterminante, elle acquit en peu de temps un développement considérable et envahit presque toute la lèvre inférieure ; depuis ce moment, cette tumeur devint le siége de douleurs lancinantes, s'exaspérant surtout le soir, et ne laissant plus à la malade que quelques rares instants de repos.

A son entrée à l'hôpital, voici les altérations qu'on remarque :

Une grande partie de la lèvre se trouve convertie en une tumeur volumineuse, constituée par une masse mamelonnée, à bourgeons charnus, flasques et rougeâtres, saignant facilement, et laissant écouler un pus séro-sanguinolent. Cette tumeur, peu sensible au toucher, autour de laquelle les parties saines présentent un aspect livide et une tuméfaction indolente, occupe tout le bord libre de la lèvre, excepté une petite portion restée intacte près de la commissure gauche ; mais à droite, elle s'étend au delà de la commissure, en sorte que sa largeur est au moins égale à celle du bord libre de la lèvre. A sa partie inférieure, l'altération se prolonge jusque près de la houppe du menton. La muqueuse n'est pas affectée dans une aussi grande étendue que la peau ; à la partie moyenne de la tumeur, elle se montre altérée dans toute la hauteur de la lèvre ; mais de chaque côté, et principalement à gauche, elle présente ses caractères normaux.

Le début, la marche et l'aspect de cette tumeur permettent de diagnostiquer sans peine un ulcère cancéreux de la lèvre inférieure, et l'absence d'engorgement glandulaire, et des signes de la cachexie cancéreuse le font rapporter à la variété la moins grave, c'est-à-dire au cancer épithélial.

Cette affection était devenue pour la malade une infirmité dégoûtante, tant par son aspect que par l'écoulement continuel de salive. En outre, le contact des aliments avec la matière ichoreuse rendait les digestions pénibles et compromettait la santé du sujet.

Ces motifs, joints aux progrès manifestes de la tumeur depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, décidèrent M. Rossignol à faire l'ablation des parties altérées et à tenter ensuite leur restauration.

L'examen des limites du mal démontrait qu'il pouvait être exactement circonscrit par une incision courbe à convexité inférieure passant à droite de la houppe du menton, ou par deux incisions droites se rencontrant sous forme de V. Il s'agissait, d'après cette disposition, de choisir le mode de restauration le plus avantageux.

Passant en revue les divers procédés de chéiloplastie applicables au cas qui se présentait, M. Rossignol n'en trouve aucun de satisfaisant ; quelques mots d'explication sont nécessaires à cet égard :

Il est trois conditions que l'on cherche toujours à remplir dans la restauration des lèvres :

La première, la plus importante de toutes, celle que l'on doit considérer pour ainsi dire comme la condition *sine quâ non* de tout procédé, c'est de doubler les lèvres d'une muqueuse ; la deuxième est de la constituer avec des tissus autant que possible homogènes à la lèvre normale ; enfin, la troisième est de lui donner la forme et les autres qualités physiques de la lèvre naturelle.

Après l'ablation de la tumeur par une incision curviligne, il n'y avait à employer que les procédés connus de chéiloplastie auxquels MM. Roux, Morgan et Lisfranc ont attaché leurs noms ; mais à leur aide on n'aurait pu ici, comme cela arrive du reste généralement, que former une lèvre irrégulière, immobile et dépourvue de muqueuse ; défaut radical qui devait faire rejeter ce mode d'autoplastie.

L'incision en forme de V est plus avantageuse sous tous les rapports quand on peut réunir directement les deux branches de l'incision ; mais il est malheureusement des limites à cette réunion : Si la largeur, ou presque toute la largeur du bord libre de la lèvre doit être comprise dans l'ouverture du V, la méthode ancienne n'est plus applicable. Des essais cadavériques faits par M. Rossignol ont démontré que dans ces cas les dissections préconisées par M. Malgaigne sont tout à fait insuffisantes, et que pour arriver à un résultat, il faudrait y joindre de larges débridements de la muqueuse, et même les grandes incisions courbes de la peau indiquées par Celse. En considérant qu'il resterait en outre à reconstituer la bouche par l'incision des commissures, on comprendra qu'il n'était rationnel de recourir à ce procédé que si l'on ne pouvait faire mieux.

Il en était de même de l'application des procédés à lambeaux quadrilatères de Malgaigne, Sédillot, etc., qui auraient exigé le sacrifice d'une portion notable de tissus restés sains, sans offre de compensation sous le rapport du résultat, ni de la simplicité du manuel opératoire.

Voici le procédé qu'exécuta M. Rossignol le 23 avril 1856.

Une première incision est pratiquée à un centimètre en dehors de la commissure droite de la bouche, et s'étend obliquement vers le menton. Une deuxième plus longue que la précédente part à gauche du point où l'altération disparaît au bord libre de la lèvre, c'est-à-dire à 7 ou 8 millimètres environ de la commissure, et vient aboutir sur l'extrémité inférieure de la première. Ces deux incisions forment un V à branches inégales dont l'angle correspond à la partie droite de la houppe du menton. On achève de circonscrire la tumeur par une petite incision horizontale qui réunit la commissure droite à l'extrémité supérieure de la première incision. Ces divisions n'attaquent que la peau ; on enlève ensuite la tumeur par dissection, en ménageant la muqueuse qui paraît saine ; de cette manière on peut conserver toute cette membrane au niveau de la commissure droite de la bouche, et une bande de plusieurs millimètres de largeur le long de l'incision qui part du côté gauche.

Pour restaurer la lèvre, on prolonge la première incision en ligne droite à travers le menton, sur le côté gauche du maxillaire et sur la région sous-maxillaire, où elle n'intéresse que la peau. Cette nouvelle incision forme avec celle qui a limité le côté gauche du cancer, un lambeau angulaire qui est disséqué et détaché des parties sous-jacentes dans une étendue suffisante pour que son sommet angulaire soit facilement ramené par glissement jusqu'au niveau de la perte de substance de la commissure droite, qu'il comble exactement. On le fixe par deux points de suture entortillée.

Cette nouvelle lèvre, dont le bord libre est formé par l'incision qui avoisinait le côté gauche du cancer, se trouve naturellement pourvue d'une muqueuse dans la plus grande partie de son étendue et de fibres musculaires analogues à celles de la lèvre naturelle.

Pour reconstituer le bord rosé, il suffit de ramener la muqueuse jusqu'au bord cutané et de l'y fixer par quelques points de suture. Quant à la portion de lèvre dépourvue de muqueuse, on y applique le lambeau conservé au niveau de la commissure droite, que l'on attire d'autant plus facilement sur la nouvelle lèvre, qu'on a eu soin au préalable de diviser longitudinalement le repli muqueux labi-dentaire.

On fait ensuite un pansement simple soutenu par un bandage en fronde pour relever autant que possible les parties molles ; mais à peine est-il achevé que survient une hémorrhagie en nappe qui ne s'arrête que par la cautérisation.

Ce fâcheux accident vint mettre obstacle à la réunion immédiate ; néanmoins au bout de quinze jours la malade sortit complétement guérie, ne portant plus qu'une cicatrice linéaire s'étendant depuis la commissure droite jusqu'à la houppe du menton. Le bord rosé de la lèvre

est reconstitué dans presque toute son étendue, et l'écoulement de salive a complétement cessé.

M. Rossignol fait observer que ce procédé est applicable dans un plus grand nombre de cas qu'il ne paraît au premier abord; qu'on peut en effet l'employer toutes les fois que l'altération est limitable soit par une incision semi-lunaire, soit par deux incisions courbes, soit par une incision courbe et une droite. Dans ces circonstances, il n'y aurait à modifier dans le manuel opératoire, que l'incision limitant le lambeau qui au lieu de se prolonger en ligne droite, devrait reproduire une courbe analogue à celle de la perte de substance à combler.

Il établit en outre que dans les cas moins favorables que celui qu'il vient d'opérer, et où l'on rencontrerait trop de difficulté à attirer la muqueuse sur la portion de la nouvelle lèvre qui en est naturellement dépourvue, on pourrait prolonger obliquement non pas une, mais les deux branches du V sur l'os maxillaire et la région sous-maxillaire, détacher les deux lambeaux angulaires, retrancher par un coup de ciseaux le sommet de l'angle dépourvu de muqueuse et réunir sur la ligne médiane ces deux lambeaux devenus quadrilatères, de manière à combler toute la perte de substance, et à reconstituer la lèvre dans toute sa hauteur et ses conditions physiologiques.

Cette femme est revenue il y a quelques jours à la consultation gratuite de l'hôpital Saint-Jean, pour une fracture du radius. On n'observe chez elle aucune apparence de récidive du cancer. La lèvre a si bien repris sa forme et ses fonctions, qu'il faut être prévenu pour remarquer qu'elle a été opérée. (*Presse méd. Belge.*)

OBSERVATION D'UN CALCUL SALIVAIRE trouvé dans le canal de Warthon (côté droit),

Par M. le docteur E. Démorey.

B... (Jean-Baptiste), maçon, âgé de trente-deux ans, d'une très-bonne constitution, vient, le 9 septembre 1855, consulter mon père (j'étais présent) pour un engorgement situé sous la langue.

Antécédents. — D'après ce que nous dit le malade, il aurait rendu, à l'âge de douze ans, une première pierre, de la grosseur et de la forme d'un grain d'orge, qu'il a parfaitement reconnue, par la dureté et la texture, pour une concrétion pierreuse.

Au moment des repas, cette concrétion donnait lieu à une tumeur douloureuse, molle, et du volume d'une noisette, située sous la langue, du côté droit du frein. Le malade était souvent obligé de suspendre son dîner, et d'attendre l'évacuation du liquide pour pouvoir continuer; c'est surtout quand il mangeait des mets épicés, acides, excitant la sécrétion salivaire en plus grande abondance, qu'il voyait la tumeur se former rapidement. Aucun symptôme inflammatoire bien tranché ne s'était manifesté pendant son évolution.

Je n'ai pu savoir du malade à quelle époque il faisait remonter le début de son affection.

C'est en mangeant que cette première pierre est sortie (il y avait un peu de sang sur sa surface; le malade a rendu quelques crachats sanguinolents); immédiatement après son expulsion, la tumeur salivaire ne s'est plus reproduite, ainsi que la tension douloureuse de toute la région de la glande sous-maxillaire droite; les mouvements de la langue et la mastication ont été plus faciles. Malgré l'amélioration sensible, il y avait toujours un peu de gêne produite par une petite induration, qui, pendant plusieurs années, n'a pas augmenté beaucoup : plus tard les mouvements de la langue sont devenus plus difficiles, la parole embarrassée.

Au bout de cinq ou six mois, le malade constate sous la langue, toujours du côté droit du frein, une petite tumeur dure, du volume d'un gros haricot, qui n'était que le développement de l'induration restée stationnaire pendant quinze ou vingt mois. A partir de cette époque, l'accroissement a été manifeste, le liquide salivaire est devenu plus abondant, plus épais que de coutume, un léger gonflement dépressible s'est montré au moment des repas, disparaissant souvent à la fin; en même temps, des douleurs vives se propageant jusqu'à la région parotidienne correspondante, avec tuméfaction notable de la glande salivaire.

C'est dans le mois d'avril 1855 que le malade s'aperçut que l'orifice du conduit de Warthon était fortement dilaté (c'est là la cause des douleurs si vives) et que le calcul s'y présentait. Le gonflement et les douleurs augmentèrent progressivement; la salive devint purulente; le calcul fit saillie de plus en plus, et venait frapper contre les dents quand le malade remuait la langue.

État du malade. — Quand il se présente à nous le 9 septembre 1855, la douleur est des plus vives; il peut à peine ouvrir la bouche. En examinant l'intérieur de cet organe, la langue étant relevée, on trouve sur le plancher de la cavité buccale, au-dessus de la partie antérieure de la langue, sur le côté droit du frein et en arrière de l'orifice du conduit de Warthon, une tumeur obliquement située, du volume d'une amande, allongée, cylindroïde, proéminente, excessivement douloureuse, peu mobile et dure à la pression; en la saisissant entre les doigts, on sent parfaitement le corps étranger, qui offre de la résistance : nous reconnaissons, contenu avec une petite quantité de liquide, un énorme calcul cherchant à s'échapper par le canal de Warthon, déjà énormément dilaté. L'extrémité antérieure de la concrétion, qui est sortie de quelques millimètres, est lisse, polie et d'une coloration jaune sale; la glande sous-maxillaire est le double de celle du côté opposé : c'est après l'extraction du calcul qu'on peut surtout apprécier cette différence.

Nous achevons l'extraction en saisissant l'extrémité proéminente avec une petite pince à pansement. Il s'écoule, après la sortie du calcul, qui s'opère sans résistance aucune, une certaine quantité de liquide salivaire, épais et purulent : les symptômes douloureux disparaissent immédiatement.

Nous nous assurons, par le cathétérisme, qu'il n'y a pas d'autres calculs : le canal est fortement dilaté.

Le lendemain, l'orifice est rétréci, le canal est considérablement affaissé. La guérison est complète en peu de jours.

Je regrette vivement de n'avoir pu examiner le malade cette année et m'assurer de son parfait rétablissement.

La persistance de la gêne, la présence de la petite induration après la sortie de la première concrétion, nous font penser que ce n'est certainement pas une récidive, qu'il y avait deux calculs dans le canal de Warthon. Le premier, qui était le plus volumineux, est sorti d'abord; le second a continué à se développer, mais d'une manière très-lente.

Du reste, il suffit d'examiner notre calcul pour se convaincre, d'après son grand volume, qu'il lui a fallu un temps très-long pour se former.

Aspect physique du calcul. — Le calcul qui fait le sujet de notre observation est très-volumineux et très-régulièrement développé; il est allongé, arrondi, plus épais à son centre qu'à ses extrémités; il ressemble assez à un fuseau légèrement tourné en forme d'S; il est un peu aplati sur ses parties latérales; ses faces ne sont pas absolument égales; elles présentent dans quelques points de légères dépressions; il est dur et compacte, sa couleur est d'un blanc jaunâtre, et sa surface est hérissée de petis mamelons qui lui donnent l'aspect chagriné. Ses deux extrémités sont arrondies; celle qui faisait saillie dans l'intérieur de la bouche ne présente pas de petits grains, ils ont disparu; elle est très-lisse, elle semble avoir été polie et usée par les parties molles avec lesquelles elle se trouvait en contact.

Examinée avec une forte loupe, sa surface est constituée par de petits grains de forme et de volume variables; il y en a de groupés et de soudés entre eux; ils sont séparés par des sillons tortueux, qui doivent remplir imparfaitement le rôle des rigoles que l'on a signalées sur certains calculs. On constate, en outre, la présence d'orifices capillaires disséminés irrégulièrement; le nombre en est peu considérable.

Une section faite sur ce calcul laisse voir d'une manière bien évidente la présence de deux substances : l'une, centrale, blanche, compacte, volumineuse, qui constitue le noyau; l'autre, plus extérieure, plus épaisse, jaunâtre, de même texture que la première, forme la couche concentrique, qui très-visiblement est constituée par plusieurs couches superposées. On ne voit pas à l'œil nu, comme pour le noyau, la ligne de démarcation qui existe entre ces couches extérieures et l'écorce, tandis qu'à la loupe on l'aperçoit très bien; de sorte que ce calcul est formé de trois substances.

Son poids, obtenu à l'aide d'une balance de précision, est de 2,4915; sa densité est de 1,9025; en largeur, il a 42 millimètres, et 28 millimètres pour sa plus grande circonférence.

Examen microscopique. — Une certaine quantité de la matière soumise à l'examen microscopique nous offre, parmi des cristaux mal définis de substances calcaires, des débris de lamelles d'épithélium pavimenteux, dont les cellules, à un ou deux noyaux, sont plus ou moins déformées, plissées, sans doute par la compression qu'elles avaient subie. Ces lamelles épithéliales sont analogues à celles qu'on trouve dans la salive. Ce serait encore une preuve à ajouter aux autres pour établir que c'est bien le liquide salivaire qui est la source des calculs sous-maxillaires.

Analyse chimique. — Pulvérisé et traité par l'eau distillée, le calcul abandonne du chlorure de sodium, une très-petite quantité de sulfate de chaux, et des traces bien appréciables de sulfo-cyanure alcalin, et de plus une matière animale qui donne à la solution, lorsqu'on la chauffe, une odeur prononcée de salive, odeur qui se manifeste en mettant la salive en contact avec un corps métallique très-chaud. La réaction de cette solution est très-légèrement alcaline. Une solution faible de potasse enlève à la substance une assez forte proportion de matière organique de nature albumineuse; la présence de l'abuminose n'est pas douteuse.

Voici, du reste, la composition quantitative de ce calcul, que je dois à mon ami M. le docteur Humbert :

Phosphate de chaux	66,70
Carbonate de chaux	11,30
Matière animale	20,00
Magnésie Oxyde de fer Chlorure de sodium Sulfate Sulfocyanure de sodium Pertes	2,00
	100,00

Tel est le cas rare et intéressant que je dois au hasard d'avoir pu observer.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 janvier 1857. — Présidence de M. MICHEL LÉVY.

CORRESPONDANCE.

La correspondance officielle ne contient aucune pièce qui mérite d'être mentionnée.

— La correspondance manuscrite contient les pièces qui suivent.

Kystes ovariques. — M. le docteur Suzeau (de Thiers) communique une observation de kyste ovarique guéri par un traitement médical. On fit prendre à la malade du sirop de scillitine composé, de la tisane de racines d'asperges nitrée; régime sec, exigu, et compression méthodique. Il se produisit une diurèse abondante; le kyste s'affaissa et finit par disparaître complétement.

Diphthérite. — M. le docteur Billiard (de Corbigny) adresse une note sur l'action des principes immédiats de l'organisme sur l'albumine du plasma, pour servir à la théorie des affections diphthéritiques. (Commissaires, MM. Bouchardat et Bégin.)

— M. le docteur Gaimard annonce à l'Académie qu'il met à la disposition de ses membres un certain nombre de billets pour visiter les collections rapportées par S. A. I. le prince Napoléon de son voyage dans le Nord.

— M. MICHEL LÉVY, président, après le dépouillement de la correspondance, se lève, et s'exprime en ces termes :

« Messieurs,

» J'ai un premier devoir à remplir envers l'Académie, un devoir bien doux, celui de la remercier des suffrages presque unanimes qui m'ont appelé à diriger ses travaux. Quoique les vice-présidents que vous nommez aient toute une année par devant eux pour se préparer aux soins de la présidence, ils ne viennent pas s'asseoir à cette place sans une certaine émotion. Celle que j'éprouve est d'autant plus grande que vous m'avez honoré d'un témoignage tout à fait spontané. Un sentiment patriotique a dirigé votre choix; le souvenir de quelques services rendus au loin dans des circonstances difficiles et mémorables a inspiré votre confraternité; je vous en remercie, et pour moi-même, et pour la médecine militaire que vous avez en quelque sorte associée à l'honneur de cette libre élection.

» Est-il besoin d'ajouter que la reconnaissance ne fait pas seule toute mon émotion, et qu'il s'y mêle un peu de crainte de ne pas suffire à la tâche qui m'est imposée? Toutefois, je ne veux pas m'exagérer les difficultés attachées à mes nouvelles fonctions. Les travaux académiques ont pour ainsi dire un rhythme qui leur est propre; la science a sa discipline : ce qui fait la méthode dans l'exposition et dans la controverse, fait l'ordre dans les séances. La publicité qui les entoure est comme un régulateur de plus, en même temps que le stimulant des viriles émulations auxquelles l'Académie est redevable de ses discussions les plus fécondes.

» Au besoin, messieurs, votre indulgence m'assistera; elle n'a fait défaut à aucun de mes prédécesseurs, et d'avance je la sollicite tout entière. »

Cette allocution est accueillie par de nombreuses marques d'assentiment.

— M. LE PRÉSIDENT rend compte ensuite à l'Académie de la réception qui a été faite le 1er janvier à la députation de l'Académie par leurs Excellences les ministres du commerce et de l'instruction publique.

— M. DEPAUL, secrétaire annuel, s'exprime à son tour en ces termes :

« Messieurs,

» Permettez-moi aussi de vous adresser tous mes remercîments pour le nouvel honneur que vous avez bien voulu me faire en me nommant pour la troisième fois votre secrétaire annuel.

» Je n'ai pas de meilleur moyen de vous prouver combien je suis reconnaissant de vos bienveillants suffrages que de redoubler de zèle et d'efforts dans l'exercice de mes fonctions; et sous ce rapport, messieurs, vous pouvez compter sur tout mon dévouement. »

DISCUSSION.

Kystes de l'ovaire. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les kystes de l'ovaire.

La parole est à M. J. Guérin.

M. J. GUÉRIN ne reviendra pas sur les différents points qui ont été traités par ses collègues; son but est d'apprécier les résultats de la discussion, et de chercher à indiquer les points qui restent à éclaircir et les perfectionnements dont le traitement des kystes est susceptible.

En général, la discussion a produit déjà de grands avantages. Pour donner une idée nette de son point de départ et de son point d'arrivée, il n'y a qu'à se demander si, en présence d'une malade atteinte d'un kyste ovarique, on donnerait aujourd'hui les mêmes conseils qu'avant cette discussion. Les plus circonspects, à n'en pas douter, seraient plus hardis et plus actifs qu'ils ne l'auraient été avant, et dès à présent les malades en retireraient des bienfaits. Voilà déjà un résultat important.

Si du point de vue général on passe aux détails, on verra que sur chacun des éléments nombreux dont elle se compose la question a fait un pas. C'est donc une des discussions les plus utiles et les plus fructueuses qu'ait agitées depuis longtemps l'Académie. Jusqu'ici on avait confondu pêle-mêle tous les kystes, les kystes uniloculaires et les multiloculaires, les kystes séreux et les gélatineux, ceux de l'ovule ou des divers autres éléments de l'ovaire. Il est ressorti de l'étude à laquelle se sont livrés plusieurs membres de l'Académie des caractères différentiels qui permettent maintenant de distinguer ces diverses sortes de kystes beaucoup mieux qu'on ne pouvait le faire auparavant. On a appris, en outre, à reconnaître quelques-unes des circonstances qui influent sur la marche de ces kystes, qui hâtent ou ralentissent leur développement. L'étude des parois a donné lieu aussi à des observations utiles pour la pratique. Enfin, sous le point de vue thérapeutique, les résultats ne sont pas moins importants. Il existait un grand vague sur les effets des diverses méthodes palliatives et curatives, et on semblait dire aux malades en leur proposant un traitement : « Accepte si tu peux et choisis si tu l'oses. » Maintenant on sera mieux fixé; on connaît mieux dès à présent les chances qu'offriront les divers moyens de traitement. L'histoire des kystes a donc profité de cette discussion dans ses détails comme dans son ensemble.

Mais doit-on s'en tenir là? Non sans doute. M. Velpeau, qui a si bien résumé l'état de la question sous le point de vue pratique et qui a apprécié avec tant de justesse les résultats des deux méthodes thérapeutiques principales, la méthode palliative et la méthode des injections iodées, est resté lui-même en suspens quand il s'est agi de se prononcer sur la préférence à donner à l'une ou à l'autre. La statistique ne fournit à cet égard que des données incertaines. Le choix entre ces deux méthodes ne peut se faire dans l'état actuel des choses avec une suffisante connaissance de cause, faute de pouvoir spécifier leurs indications particulières. Il y a donc là encore une lacune.

Il est une autre lacune aussi qui doit être signalée. On n'a point cherché à déterminer jusqu'à présent l'influence que le mode opératoire peut apporter dans le résultat de l'opération. M. Velpeau lui-même a glissé sur la manière d'opérer; le temps sans doute lui a manqué pour traiter ce point de la question. C'est, dit M. Guérin, ce que je me propose de faire.

Mon but est de chercher quelles sont dans l'opération toutes les circonstances qui peuvent en assurer l'effet, celles qui peuvent modifier

ou altérer son résultat ; je veux, en un mot, envisager l'opération sous le double point de vue de ses effets pathologiques et thérapeutiques.

Trois faits principaux sont ressortis de la discussion :

1° Il existe des cas de mort à la suite de ponctions palliatives faites dans les conditions en apparence les plus favorables ;

2° La plupart des sujets qui ont succombé à la suite de cette opération ont présenté les traces d'une inflammation suppurative du kyste et du péritoine ;

3° Dans le traitement par les injections iodées, toutes les malades chez lesquelles on a fait usage de la canule à demeure ont été en proie à des accidents mortels.

On remarquera la ressemblance frappante qu'il y a entre ces trois faits. On est donc naturellement conduit à se demander s'il n'y a point identité dans les conditions qui ont amené dans ces trois cas cette terminaison fatale.

En effet, qu'arrive-t-il à la suite des ponctions telles qu'on les pratique habituellement? Une libre communication est établie entre l'atmosphère et la cavité ouverte, et à mesure que le liquide contenu dans le kyste s'écoule au dehors, il est en partie remplacé par l'air extérieur qui s'y insinue ; il se passe là ce qui a lieu lorsqu'on vide une bouteille. Si l'on ajoute à cela les pressions alternatives que les praticiens ont l'habitude d'exercer pour faire sortir le liquide, on a de plus une véritable action de soufflet, qui fait pénétrer plus facilement encore et plus directement l'air dans l'intérieur du kyste. Cette pénétration de l'air est bien plus évidente encore dans les cas où, à la suite de la ponction, on laisse une canule à demeure dans le kyste ; ici la communication est permanente. Dans un cas comme dans l'autre, on transforme une cavité close en cavité ouverte. Or, cet air exerce une double action sur le contenant et sur le contenu du kyste ; personne aujourd'hui ne met plus cela en doute. Mais quelle est cette action? C'est ce que l'on sait beaucoup moins.

Je me suis beaucoup et longtemps occupé de rechercher l'action de l'air sur tous les liquides de l'économie, physiologiques ou pathologiques. Je suis arrivé à de certaines données qui sont de nature à jeter quelque lumière sur certains phénomènes pathologiques. Ainsi, par exemple, j'ai reconnu que les liquides normaux, à l'état physiologique, étaient beaucoup moins altérables à l'air que les liquides pathologiques. L'action de l'air diffère sous ce rapport, non-seulement dans son degré, mais dans son essence même, dans sa spécificité. Ainsi elle est bien différente sur la sérosité, par exemple, de ce qu'elle est sur le pus, sur le liquide des tumeurs hydatiques, des kystes mélicériques, etc. Il y a là une première donnée générale d'une très-grande importance dans la pratique. La conclusion de cette observation est bien simple, en effet : c'est que l'action de l'air sera plus ou moins grave, suivant la nature du liquide qui y est soumis. Il faut ajouter encore à cette première cause de différence dans l'action de l'air l'influence de la composition propre et celle de la température. La chaleur ajoute, en effet, son action spéciale à celle de l'air. Enfin on comprend que suivant que ce fluide est pur ou qu'il est chargé de matières animales en décomposition, son action doive encore différer notablement.

Je n'ai parlé jusqu'ici que des épanchements d'air dans la cavité du kyste, mais il s'épanche quelquefois aussi dans le péritoine. Il me semble qu'on n'a pas assez insisté sur ce point. Le mécanisme de l'introduction de l'air dans le péritoine est inhérent au manuel opératoire, il est le même que pour l'intérieur du kyste. Il suffit que la canule vienne à se déplacer, à abandonner la cavité du kyste et à rester libre dans la cavité péritonéale, pour que l'air pénètre directement dans l'abdomen. Pour m'assurer des effets de l'air sur le péritoine, j'ai fait des expériences sur des animaux, j'ai injecté de l'air dans la cavité péritonéale. Aucun d'eux n'a succombé, mais ils ont présenté tous des accidents plus ou moins graves. Mais j'ai observé sur les femmes elles-mêmes les effets directs de la pénétration de l'air dans la cavité péritonéale. On sait que beaucoup de femmes font un usage souvent abusif des injections ; elles se servent pour cela du clysopompe. Or, il arrive souvent qu'elles continuent à pousser le piston, alors qu'il n'y a plus de liquide dans l'instrument. L'air injecté avec plus ou moins de force, pénètre alors par l'orifice utérin dans la cavité de cet organe, et de là par les trompes jusque dans la cavité péritonéale. Cette pénétration est rendue d'autant plus facile qu'il y a une disproportion plus sensible entre le degré de tension des viscères et la tension atmosphérique qui l'emporte sur la première. (Ici quelques membres font un signe d'incrédulité ou de dénégation.) Je livre ces faits et leur explication à la méditation de ceux qui paraissent douter de leur exactitude ; pour moi, je déclare avoir acquis à cet égard une entière certitude pour les avoir constatés plusieurs fois.

Le résultat de cette pénétration de l'air dans les cavités séreuses normales ou accidentelles, est l'inflammation de leurs parois, l'inflammation suppurative, et tous les phénomènes de l'injection purulente qui s'ensuivent. Si l'on applique ces données à l'objet spécial de cette discussion, à l'ouverture des kystes de l'ovaire, on verra qu'en faisant ou en laissant pénétrer l'air dans cette cavité pathologique, on transforme une sorte de plaie sous-cutanée non suppurante en une plaie découverte et qui suppure.

De là trois indications principales qui en découlent pour la thérapeutique :

1° Prévenir ou empêcher l'introduction de l'air pendant la ponction du kyste ;

2° L'extraire s'il s'y est introduit ;

3° Faire en sorte qu'il ne s'y en introduise pas lorsqu'on pratique l'injection.

Ce sont ces trois indications que je me suis attaché à remplir par le procédé que j'ai imaginé pour pratiquer la ponction et l'injection des kystes. (Ici M. Guérin met sous les yeux de l'Académie un appareil opératoire consistant en un corps de pompe muni de deux canules, l'une placée dans l'axe du corps de pompe, comme dans les seringues ordinaires, l'autre placée sur le côté, perpendiculairement à celle-ci. Chacune de ces canules est munie d'un robinet qui établit ou intercepte sa communication avec le corps de pompe. Pour vider un kyste, par exemple, le robinet de la première canule étant ouvert et celui de la canule latérale étant fermé, on opère le vide, puis, sans retirer l'instrument, par un jeu inverse des robinets, on verse le liquide aspiré dans un vase. L'opération est ainsi répétée autant de fois que l'exige l'évacuation complète de la tumeur. On procède de même pour injecter le kyste et le vider de nouveau. M. Guérin répète l'expérience sous les yeux de l'Académie avec une vessie remplie de liquide qu'il vide, remplit et vide de nouveau, sans qu'une bulle d'air y ait pu pénétrer.)

Les résultats de cette méthode opératoire, ajoute M. Guérin, sont de pouvoir évacuer, remplir et évacuer de nouveau le kyste, autant de fois qu'on le veut, sans pénétration d'air dans la cavité. Cette méthode a, en outre, un autre avantage ; c'est, en exécutant un vide parfait, d'agir sur les parois du kyste à la manière d'une ventouse, et d'y opérer par une véritable succion une sorte d'action fluxionnaire qui prépare ou détermine même le travail d'adhésion. J'ajouterai, enfin, que ce travail d'adhésion est facilité par une compression méthodique bien faite, telle, par exemple, que celle qui résulte de l'application des appareils de M. Bourjeaurd.

En résumé, il existe un ordre de faits dont on avait peut-être trop négligé de tenir compte jusqu'ici, et que je me suis proposé de faire ressortir de cette expérimentation ; je veux parler des accidents pathologiques inhérents à l'opération elle-même, de ce que j'ai appelé la pathologie de l'opération. J'espère qu'il en ressortira aussi cet autre fait, savoir, que la méthode sous-cutanée est destinée à agrandir le cercle des ressources que l'art possède contre l'affection dont il s'agit.

La parole est à M. Trousseau.

M. TROUSSEAU. Il me paraît qu'il s'est formé dans cette discussion deux camps, comme autrefois entre les lithotriteurs et les lithotomistes. Lorsque les lithotriteurs venaient apporter les résultats de leur pratique, ils montraient beaucoup plus de guérisons que les lithotomistes ; par une raison toute simple : c'est que les malades qui n'avaient pas pu être guéris par la lithotritie allaient trouver les lithotomistes. Aujourd'hui que la lithotritie et la lithotomie sont dans les mêmes mains, il n'en est plus ainsi, et l'on peut se faire une idée un peu plus juste et plus vraie des résultats respectifs de chacune.

Eh bien ! il en est de même aujourd'hui pour le traitement des kystes ; les partisans de l'injection iodée ont le soin de choisir les cas les plus simples et qui offrent le plus de chances de succès ; ils font l'injection dans des kystes jeunes, peu développés, à parois peu épaisses, et ils laissent la ponction palliative pour les cas mauvais et qui offrent des conditions difficiles ou défavorables. Il semble, en un mot, que l'injection soit une opération d'élection, tandis que la ponction palliative serait une opération de nécessité. De là les avantages apparents de la première sur la seconde.

Je crois que, pour bien apprécier les choses, il faut placer les deux méthodes sur le même terrain. Il est évident, pour moi, que lorsqu'on fera la ponction palliative en temps opportun, il n'en sera plus de même, et l'on verra que la ponction palliative peut donner des résultats aussi heureux que l'injection, et sans faire courir les mêmes risques.

Je saisirai cette occasion de dire, en passant, que je n'ai pas peur, comme M. Guérin, de l'introduction de l'air dans le kyste. J'ai vu des centaines de ponctions faites sans les précautions indiquées par notre collègue, et sans que jamais aucune d'elles ait été suivie d'accidents attribuables à l'action de l'air.

Jusqu'à plus ample informé donc, et jusqu'à ce qu'il soit bien démontré qu'il n'y a pas plus de péril à pratiquer l'injection iodée qu'une simple ponction palliative (ce que pour mon compte je ne crois pas), il y aura avantage à faire la ponction de bonne heure pour les kystes en voie de développement, et à la répéter autant de fois que cela sera nécessaire, et tant qu'il ne se manifestera aucun accident inflammatoire. Alors seulement il sera temps d'en venir aux injections iodées ; jusque-là je crois plus sage de s'en abstenir.

M. VELPEAU aurait quelques observations à faire au sujet de l'allocution de M. Guérin, et en particulier pour demander quelques explications sur une proposition qui lui paraît une hérésie. Mais l'heure étant avancée, il demande au bureau de lui réserver la parole pour la séance prochaine ; cela lui donnera d'ailleurs l'avantage de s'assurer si cette proposition est un lapsus, ou l'expression de la pensée réelle de M. Guérin.

M. CAZEAUX n'ayant que quelques mots à dire, demande la parole. Je ne voudrais pas, dit-il, que l'Académie restât sous l'impression de ce que vient de dire M. Trousseau. Deux choses m'ont frappé dans ce peu de mots, une comparaison, qui, comme toutes les comparaisons, cloche, et une proposition inexacte.

Il n'est pas exact de dire, en effet, que les partisans de l'injection iodée choisissent les cas. Dans la plupart de ceux que j'ai vu opérer, les kystes étaient beaucoup plus volumineux que ceux dont M. Trousseau nous a entretenus ; c'étaient de grands kystes à parois dures, épaisses ; dans quelques cas même, il y avait des tumeurs secondaires développées dans l'épaisseur de leurs parois, et chez un grand nombre des malades la vie était menacée. Non, les kystes opérés par l'injection iodée dont j'ai entretenu l'Académie n'étaient pas des kystes de choix, ce serait déverser un blâme immérité sur le chirurgien qui les a opérés.

Je ne puis pas m'empêcher non plus de relever l'espèce de complaisance avec laquelle M. Trousseau revient sur la ponction palliative des petits kystes. C'est une question grave, et je crois que notre collègue la résout un peu légèrement. Un kyste gros comme la tête d'un fœtus est nécessairement mobile, flottant dans le ventre, sans adhérences avec ses parois, et il me paraît difficile de pratiquer de pareilles ponctions sans courir le risque de provoquer l'épanchement du liquide kystique dans la cavité péritonéale. Remarquez que, dans les deux cas dont M. Trousseau a entretenu l'Académie, il y a eu des accidents graves. (M. Trousseau réclame la parole pour une rectification.)

M. TROUSSEAU. Je ne puis laisser continuer M. Cazeaux sans faire remarquer que jamais je n'ai fait ni conseillé la ponction des petits kystes que lorsqu'ils menacent de prendre un grand et rapide développement. Pour les petits kystes stationnaires, j'ai toujours conseillé, au contraire, de s'abstenir. Quant aux deux faits auxquels M. Cazeaux fait allusion, les accidents qui se sont développés après la ponction ont été tout à fait indépendants de cette opération ; ils n'ont eu d'ailleurs, dans un cas ni dans l'autre, des conséquences graves.

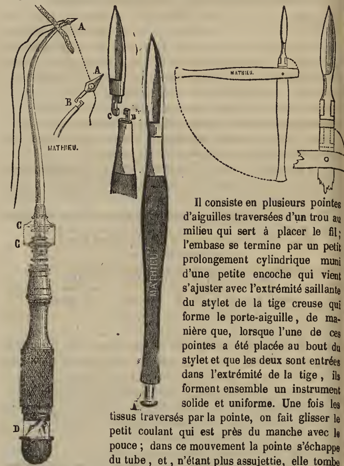
M. CAZEAUX : Je me résume : il n'est pas exact de dire que les partisans de l'injection iodée choisissent les cas. J'ai vu pratiquer cette opération plusieurs fois avec succès, pour des kystes très-volumineux, dont on avait retiré une énorme quantité de liquide et chez des femmes qui étaient sur le point d'expirer. Pour les petits kystes, je crois la ponction inutile et dangereuse.

La discussion continuera dans la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

ADDITION A LA SEANCE DU 23 DÉCEMBRE 1856.

Nouveau porte-aiguille. — Voici la description et la figure du nouveau porte-aiguille que M. Mathieu a présenté à l'Académie dans la précédente séance :



Il consiste en plusieurs pointes d'aiguilles traversées d'un trou au milieu qui sert à placer le fil ; l'embase se termine par un petit prolongement cylindrique muni d'une petite encoche qui vient s'ajuster avec l'extrémité saillante du stylet de la tige creuse qui forme le porte-aiguille, de manière que, lorsque l'une de ces pointes a été placée au bout du stylet et que les deux sont entrées dans l'extrémité de la tige, ils forment ensemble un instrument solide et uniforme. Une fois les tissus traversés par la pointe, on fait glisser le petit coulant qui est près du manche avec le pouce ; dans ce mouvement la pointe s'échappe du tube, et, n'étant plus assujettie, elle tombe avec l'anse du fil. Alors on retire la tige d'un côté, la pointe et les fils de l'autre. Cet instrument, qui est dans la pratique depuis trois ans, a été employé avec succès pour pratiquer la staphyloraphie par M. Nélaton ; la fistule vésico-vaginale par MM. Laugier, Jobert (de Lamballe), Robert, Maisonneuve et plusieurs professeurs étrangers. M. Mathieu a employé depuis un an le même mécanisme pour fixer les lames de scalpels sur un seul manche, afin de réduire le volume des boîtes ; il en a présenté plusieurs modèles à l'Académie en 1854.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La composition écrite du concours pour l'agrégation, ouvert à Paris le 2 janvier 1857, a eu lieu hier mardi. La question posée aux candidats était ainsi formulée : *le système artériel; la circulation artérielle.* La lecture de cette composition aura lieu de la manière suivante :

Mercredi 7 janvier : MM. Racle, Axenfeld, Montanier.
Jeudi 8 : MM. Barnier, Chauffard, Tholozan.
Vendredi 9 : MM. Hérard, Duriau, Ch. Empis.
Samedi 10 : MM. Lorain, Prost, Hervieux.
Mercredi 14 : MM. Charcot, Boulard, Jamain.
Jeudi 15 : MM. Trélat, Morel, Houel.
Vendredi 14 : MM. Fanot, Legendre, Bauchet.
Samedi 17 : MM. Herr, Beraud, Duchaussoy.
Mercredi 21 : MM. Foucher, Desrivières, Blot.
Jeudi 22 : MM. Olier, Legouest.

— C'est par erreur que dans l'*Agenda médical de* 1857 (Labé), M. le docteur Arnaud de Langlard a été mis parmi les officiers de santé de l'arrondissement de Saint-Denis.

— D'après un rapport dressé par le comité du conseil de la Société de statistique de Londres, il existe dans cette ville 14 hôpitaux pour le traitement de toutes maladies, ayant un revenu total de 155,616 l. st.; 36 hôpitaux spéciaux avec un revenu de 119,252 l. st.; 42 dispensaires généraux, avec un revenu de 21,000 l. st.; 18 dispensaires spéciaux, avec un revenu de 80,645 l. st. Il y a aussi à Londres deux institutions pour l'instruction des infirmières, avec un revenu de 4,740 l. st., qui, avec d'autres fonds disponibles, forment pour les établissements hospitaliers un revenu total de 310,554 l. st. Cependant, pour estimer à peu près exactement les sommes dépensées à Londres pour secours médicaux, il ne faut pas oublier ce que coûtent les infirmeries des workhouses, qui se monte à 28,776 l. st.; 79,988 l. st. pour l'entretien des aliénés pauvres, et 4,292 l. st. pour la vaccination, formant un total de 113,056 l. st., qui, ajouté à la première somme de 310,554 l. st., donne un total général de 423,610 l. st. Le nombre des malades internes soignés dans une année par les 50 hôpitaux, généraux ou spéciaux, s'élève au nombre de 45,808 ; le nombre des malades qui se font soigner sur consultations est de 369,129. Les 60 dispensaires viennent au secours de 232,878 personnes, ce qui donne la quantité énorme de 647,815 personnes gratuitement secourues chaque année, c'est-à-dire un quart de la population de la ville.

(*London Litterary Journal.*)

Ceux de nos abonnés qui désirent faire relier leur collection de la *Gazette* peuvent nous envoyer tous les numéros de l'année 1856, et faire reprendre huit jours après le volume relié. — Le prix de la reliure est de 2 fr.

Ceux qui auraient perdu des numéros sont priés de les réclamer le plus tôt possible. Le prix de ces numéros est de 10 centimes, payables en timbres-poste.

La Sous.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois moi 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. De quelques cas de paralysie saturnine produite par l'usage de tabac à priser contenant du plomb. — Testicule tuberculeux. — De la trachéotomie par escharification. — Sur une forme peu connue des caillots dans la cavité des vésicules ovariennes. — Exemple curieux d'anomalie multiple. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 31 décembre. — Chronique et nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De quelques cas de paralysie saturnine produite par l'usage de tabac à priser contenant du plomb.

Nous avons souvent insisté, et nous croyons qu'on ne saurait trop le faire, sur les occasions beaucoup trop nombreuses qui se présentent de constater l'empoisonnement saturnin, et sur la variété infinie de voies par lesquelles il se produit ; d'où l'extrême importance qu'il y a à rechercher avec soin la source des accidents toutes les fois que ceux-ci sont de nature à faire présumer l'intervention du plomb, le succès de la thérapeutique dépendant tout entier dans ce cas de l'observation rigoureuse des indications qui découlent de cette recherche.

En 1854, M. le docteur Maurice Meyer (de Berlin), a publié dans un journal allemand un cas de paralysie saturnine par l'usage immodéré d'un tabac en poudre contenant du plomb, diagnostiquée et guérie au moyen de la faradisation. Depuis cette époque, il a eu l'occasion d'observer trois cas du même genre, dont l'issue a été également heureuse. Voici ces quatre observations :

Le premier cas est celui d'un maître pelletier âgé de trente-huit ans, jusque là bien portant, quoique ayant un teint habituellement jaunâtre, lorsque sans cause connue, il fut frappé d'une paralysie des extenseurs des trois doigts du milieu des deux mains. La contractilité et la sensibilité électro-musculaire n'y étaient pas complétement éteintes, mais elles étaient très-affaiblies ; elles étaient l'une et l'autre parfaitement intactes, au contraire, dans les muscles supinateurs, ainsi que dans tous les muscles de la région palmaire de l'avant-bras. Le malade fut soumis à la faradisation, mais sans aucun succès ; après 37 séances infructueuses, il renonça au traitement. Deux mois plus tard, la paralysie s'était compliquée d'une tuméfaction considérable du carpe et des deuxième, troisième et quatrième os métacarpiens des deux mains. M. Maurice Meyer, qui avait déjà soupçonné que la paralysie était due à une intoxication saturnine, vit dans ces nouveaux symptômes un motif de plus de se maintenir dans cette opinion ; mais ce soupçon ne tarda pas à se tourner en certitude, lorsqu'on apprit que le malade, grand priseur, faisait depuis plusieurs années usage d'un tabac conservé dans son emballage de plomb. Une analyse chimique du tabac y fit découvrir, en effet, une notable quantité de ce métal. La cause des accidents ainsi reconnue, le malade cessa complétement de faire usage de ce tabac et fut soumis aux bains sulfureux et aux purgatifs salins; on continua en même temps les applications électriques, et après quarante jours de ce traitement, la paralysie avait cessé et la guérison vint donner la confirmation du diagnostic.

Le second malade était un homme âgé de quarante-trois ans, qui, depuis six ans, prisait du tabac sorti de la même fabrique et conservé de la même manière. Il avait eu à plusieurs reprises des coliques compliquées de troubles de la digestion, de jaunisse et de constipation opiniâtre. Les eaux de Carlsbad, où le malade était allé trois fois, n'avaient eu qu'un succès passager. En février 1855, il s'aperçut qu'il ne pouvait plus étendre le médius et l'index de la main droite ; les autres doigts furent successivement privés du même mouvement; enfin plusieurs muscles du bras et des épaules des deux côtés se paralysèrent. Dans le mois de juillet suivant, le malade fut soumis à une exploration électrique qui permit de constater un affaiblissement notable dans la contractilité et la sensibilité électro-musculaire de l'extenseur commun des doigts, des muscles radiaux et de l'extenseur propre de l'index ; les muscles supinateurs étaient intacts. Les os métacarpiens étaient tuméfiés, la peau jaunâtre. Des bains sulfureux, des purgatifs répétés et une cure électrique de six semaines améliorèrent l'état du malade, au point qu'avant la fin de l'année il était complétement guéri.

Le troisième sujet faisait depuis un grand nombre d'années un usage copieux de tabac en poudre conservé dans son emballage de plomb. Il éprouva un premier accès de colique en 1846. A dater de cette époque, ces coliques, compliquées de constipation opiniâtre, de jaunisse, d'un abattement extrême du corps et de l'esprit, se répétèrent de temps en temps avec plus ou moins d'intensité, et elles finirent par amener, en 1852, une paralysie des extrémités supérieures, et, en 1854, une paralysie des jambes. Les eaux de Marienbad guérirent complétement la paralysie des jambes et améliorèrent seulement la paralysie des membres supérieurs. De retour chez lui, il cessa de prendre du tabac ; les coliques ne se reproduisirent plus et l'état général s'améliora graduellement. Néanmoins, à sa première visite, en juillet 1856, voici ce que constatait M. Meyer : Le malade avait un teint gris-jaunâtre et une expression de tristesse; ses bras pendaient le long du tronc ; les extenseurs étaient également amaigris des deux côtés, cet amaigrissement contrastait d'une manière singulière avec le développement des muscles supinateurs. Les os métacarpiens étaient gonflés. Le malade ne pouvait ni étendre le poignet ni écarter les doigts ; la contractilité électro-musculaire était presque complétement abolie dans l'extenseur commun des doigts de la main droite et dans l'extenseur radial du côté gauche ; elle était diminuée dans la plupart des autres muscles extenseurs. Au bout de six semaines d'excitation électrique, l'état du malade devenait sensiblement meilleur, ses mouvements étaient beaucoup plus libres et plus étendus ; les muscles amaigris avaient augmenté de volume, et le malade regagnait sa résidence habituelle avec l'intention de revenir à Berlin, si le rétablissement complet se faisait trop longtemps attendre.

Un médecin, le docteur R... d'Elbring, âgé de quarante-cinq ans, est le sujet de la quatrième observation. Ce confrère avait éprouvé, il y a six ans, comme premier symptôme, une sensation de tension douloureuse dans les muscles droits de l'abdomen. Dans l'hiver de 1851 à 1852, il eut un premier accès de colique avec constipation, troubles de la digestion, jaunisse, abattement des forces, fièvre rémittente. Ces accès se répétèrent de temps en temps en 1852 et 1853 ; en 1854 il en éprouva un si violent, qu'il en sortit avec une paralysie complète des deux extrémités supérieures. Sous l'influence de bains ferrugineux, de remèdes résolutifs, et surtout des eaux de Fribourg, douées d'une action purgative, la constipation et la jaunisse avaient cessé dans le cours de l'année ; les mouvements des épaules étaient libres, et M. R... avait recouvré complétement ses forces. Mais en juillet 1856, pendant un second séjour à Fribourg, il fut pris d'un nouvel accès plus grave encore que les précédents, et qui fut suivi de nouveau de la paralysie des extrémités supérieures.

Arrivé à Berlin à la mi-août, il ne pouvait à cette époque éloigner les bras du tronc; lorsqu'il voulait étendre les mains, le membre était pris d'un tremblement, l'annulaire et l'index du côté droit restaient fléchis et pendants. La contractilité et la sensibilité électrique étaient considérablement diminuées dans les extenseurs communs des doigts, dans l'extenseur propre de l'index, dans les extenseur et abducteur du pouce de la main droite, à un moindre degré dans le deltoïde du même côté. Les os métacarpiens étaient tuméfiés. Le malade conservait encore la teinte ictérique et l'air abattu.

M. Meyer ayant appris par l'interrogatoire que ces accidents dépendaient de la même cause que chez les trois malades précédents, recommanda la cessation de l'usage du tabac, et prescrivit des bains sulfureux, des purgatifs salins et l'application de la faradisation. Sous l'influence de cette médication et après vingt-huit séances d'électrisation, le malade était complétement rétabli.

En résumé, dans ces quatre cas d'intoxication saturnine produite par l'usage du tabac à priser contenant du plomb, on a constaté : la paralysie d'une plus ou moins grande partie des muscles extenseurs de l'avant-bras, contrastant avec l'intégrité des supinateurs et des fléchisseurs; le gonflement des os métacarpiens; l'ictère. Dans trois cas, des coliques avaient précédé le début de la paralysie : le premier malade n'en a jamais eu. Dans trois cas les mouvements des extenseurs de l'avant-bras, dans un cas ceux des deltoïdes étaient les plus compromis. Enfin, chez les quatre malades, la guérison a été obtenue par le concours des bains sulfureux, des purgatifs salins et de la faradisation.

Testicule tuberculeux.

La chirurgie, c'est un hommage que nous nous plaisons à lui rendre, tend tous les jours à restreindre le champ de ses mutilations, et à prendre un caractère de plus en plus réparateur et conservateur, ne réservant le couteau, cette *ultima ratio* de la thérapeutique, que pour les cas d'incurabilité bien constatée et de compromission plus ou moins immédiate de la vie des malades. Cette réflexion, applicable d'ailleurs à un grand nombre des faits que nous voyons journellement dans la plupart des services de chirurgie, nous est plus particulièrement inspirée par la petite scène suivante dont nous étions témoins, il y a quelque temps, dans le service de M. Velpeau.

Un homme, jeune encore, entre à l'hôpital de la Charité, dans les salles de chirurgie, non pour y demander les soins que le chirurgien jugera convenable de lui donner, mais pour réclamer qu'on lui coupe immédiatement un testicule. Il est bon de dire que cet homme n'était point hypochondriaque, mais il avait un testicule malade depuis assez longtemps, il en souffrait ; et comme les faits de la pratique médicale et les idées sur lesquelles ils reposent, fondées ou non, vérités ou préjugés, finissent toujours par pénétrer à la longue jusque dans l'opinion populaire, cet homme, qui était parfaitement pardonnable de n'en pas savoir sur ce point plus que les chirurgiens d'autrefois, dont il n'était en quelque sorte dans cette circonstance qu'un écho éloigné, était convaincu qu'il avait une maladie incurable du testicule et qu'il n'y avait rien de mieux à faire que de le lui enlever. M. Velpeau, on le conçoit, n'était pas homme à obtempérer à une pareille injonction, sans avoir au moins préalablement cherché avec soin à quoi il avait affaire ; il n'y obtempéra pas davantage après mûr examen.

Voici ce qu'avait ce malade :

Le testicule gauche était tuméfié, volumineux ; il formait une masse irrégulièrement bosselée ; l'épididyme à lui seul formait une masse du volume de la moitié d'un œuf de poule environ. Le cordon était sain. Le testicule droit présentait aussi, mais à un degré beaucoup moins prononcé, une tuméfaction de l'épididyme et quelques bosselures çà et là disséminées dans la masse même du testicule. Ces bosselures offraient ce caractère particulier qu'elles formaient relief au-dessus du niveau de la surface du testicule dont on pouvait percevoir dans les points sains la consistance molle et pseudo-fluctuante normale. Ce caractère excluait déjà l'idée que l'on pût avoir affaire à une affection squirrheuse ; quant à de l'encéphaloïde, cela n'était pas à mettre en doute. Une autre circonstance qui éloignait aussi d'admettre la supposition d'une affection cancéreuse, soit encéphaloïde, soit squirrhe, c'est qu'il est extrêmement rare de voir dans ce cas les deux testicules pris simultanément; tandis qu'ici ils étaient atteints tous deux, quoique à des degrés bien différents. L'absence d'antécédents syphilitiques et de toute lésion concomitante de cette nature ne permettaient pas non plus d'admettre qu'on eût affaire ici à un testicule syphilitique.

On arrivait donc, autant par la voie d'exclusion que par l'appréciation des caractères existants, à reconnaître que ce malade avait une affection tuberculeuse des deux testicules, bien qu'une exploration attentive des autres régions, et en particulier de la poitrine, ne fît découvrir nulle autre part de traces de tuberculisation. On sait qu'il existe à cet égard d'assez nombreuses exceptions à la loi formulée par M. Louis, pour que cette circonstance ne doive pas faire hésiter sur le diagnostic quand tous les autres signes concourent d'ailleurs à l'établir.

Tel fut, en effet, le diagnostic porté par M. Velpeau; de là l'indication de ne point toucher à ces testicules.

Ce n'est pas que dans quelques circonstances on n'ait pu, on n'ait dû même recourir à la castration pour des cas de ce genre. Nous avons rapporté dans le cours de l'année dernière la relation d'une amputation du testicule qui ne présentait d'autre altération que l'altération tuberculeuse, pratiquée par un chirurgien qui ne le cède en rien à M. Velpeau pour la précision de ses diagnostics et la prudence de sa pratique. Mais dans ce dernier cas les tubercules étaient ramollis, suppurants, le scrotum ulcéré en une foule de points, et le malade menacé de tomber dans le marasme et la fièvre hectique par la durée et l'abondance de la suppuration. La lésion était d'ailleurs bornée à un seul testicule, ce qui rendait les chances et les suites de l'opération beaucoup moins graves qu'elles ne le seraient dans ce cas-ci.

Toutefois, M. Velpeau, en présence de cette lésion grave du testicule, n'est pas resté complétement inactif, et la petite opération qu'il a mise en œuvre soulève elle-même une seconde question de pratique qui n'est pas sans intérêt.

Il y avait en même temps que ces tumeurs tuberculeuses un peu d'épanchement séreux dans la tunique vaginale, ainsi que cela a fréquemment lieu dans ce cas. Autrefois on n'eût point touché à ces hydrocèles; Boyer en faisait même un précepte. Boyer avait raison ; l'opinion des chirurgiens alors était fondée; elle ne le serait pas aujourd'hui, et on comprendra aisément pourquoi. On traitait, à cette époque, les hydrocèles par l'injection vineuse ; or, l'action très-irritante du vin chaud additionné d'alcool dans le voisinage de tubercules eût été évidemment très-nuisible dans cette circonstance ; on avait donc parfaitement raison de s'en abstenir. Mais il n'en est plus de même aujourd'hui avec la teinture iodée. Loin d'être nuisible, il y a tout lieu d'espérer, au contraire, que le contact de la teinture iodée avec la masse tuberculeuse et l'absorp-

ti on qui se fera d'une partie de ce liquide, exerceront une influence heureuse sur la maladie; influence plus utile probablement et plus efficace que celle que pourraient exercer les frictions iodées sur le scrotum, comme on est dans l'usage d'en prescrire en pareil cas.

On n'en est pas d'ailleurs réduit sur ce point à de simples suppositions plus ou moins rationnelles; l'expérience a prononcé. L'observation a confirmé les prévisions de la théorie. M. Velpeau a déjà pratiqué une vingtaine de fois environ l'injection iodée dans ces hydrocèles compliquant la dégénérescence tuberculeuse du testicule, et jamais il ne s'en est suivi aucun accident sérieux, ce qui est déjà un point important. Mais il y a mieux encore; c'est que plusieurs fois il en est résulté évidemment du bien. Chez plusieurs malades l'injection iodée a semblé déterminer un commencement de travail de résolution qui a marché de suite rapidement vers la guérison.

La ponction pratiquée a donné issue à quelques cuillerées seulement de sérosité, qui a été remplacée par une quantité équivalente de teinture iodée, dont la plus grande partie a été abandonnée dans la tunique vaginale. Les choses se sont passées comme dans les hydrocèles ordinaires. La collection séreuse ne s'est plus reproduite, l'hydrocèle est guérie.

Reste à savoir ce qui adviendra des tubercules. C'est ce que l'avenir nous apprendra, si le malade trop impatient ne va pas trouver un chirurgien moins prudent et moins réservé du bistouri que M. Velpeau. Nous devons dire, du reste, que le refus que le malade a essuyé de la part du chirurgien de la Charité n'est pas le premier; plusieurs chirurgiens auxquels il s'était adressé avant avaient déjà fait le même accueil à sa demande. Avis à ceux auprès de qui il pourra se présenter ultérieurement.

— Les maladies du testicule, très-communes dans le service de M. Velpeau, où elles semblent faire pendant aux maladies des mamelles, donnent lieu souvent à des rapprochements dont la clinique peut tirer un utile profit. Ainsi, par exemple, en même temps que le malade dont il vient d'être question, il y en avait deux ou trois autres également atteints d'affections testiculaires qui offraient quelque intérêt. L'un d'eux, jeune homme de vingt-deux ans, avait une orchite blennorrhagique datant de trois semaines, bien qu'elle ait été traitée énergiquement, circonstance insolite, les orchites blennorrhagiques ne durant jamais aussi longtemps, alors même qu'elles sont abandonnées sans traitement. Il y avait donc à rechercher quelle pouvait être la circonstance exceptionnelle qui rendait cette orchite beaucoup plus persistante qu'elle n'est ordinairement. Cette circonstance, c'était la propagation de l'engorgement au canal déférent. Ce canal était dur, comme cartilagineux, et douloureux à la pression jusque dans le canal inguinal.

Cette circonstance constitue une variété de l'orchite blennorrhagique beaucoup plus rare qu'on ne serait porté à le penser au premier abord. Il semble étonnant, en effet, que cela n'arrive pas plus souvent; car, *à priori*, il serait naturel de penser que le canal déférent et l'épididyme devraient être pris avant le testicule; il n'en est rien le plus habituellement; le testicule est presque toujours pris d'emblée, et quand le canal déférent s'engorge, ce n'est qu'après la glande elle-même.

Cette complication de l'engorgement de l'épididyme et du canal déférent dans l'orchite blennorrhagique est un fait dont il importe de tenir compte pour le pronostic et pour le traitement lui-même. L'orchite simple, bornée au testicule, a généralement une durée très-courte et guérit spontanément en une quinzaine de jours, tandis que l'orchite compliquée d'épididymite a une durée moyenne de cinq à six semaines, et beaucoup plus longue encore quand il s'y joint l'engorgement du canal déférent.

Un autre malade présentait une hydrocèle très-volumineuse, compliquée d'une tumeur dont il n'a pas été possible de reconnaître immédiatement la nature à cause même de l'abondance du liquide et de la tension du scrotum. Les renseignements recueillis sur les antécédents du malade portaient à penser qu'il s'agissait ici d'une tumeur d'origine syphilitique. La question ne pouvait être résolue qu'après une ponction préalable. La ponction a dû être faite, nous en connaîtrons plus tard les résultats.

De la trachéotomie par escharification.

Dans la *Revue clinique* du 27 décembre dernier, nous avons fait connaître le procédé de trachéotomie que M. le docteur Dujardin (de Lille) a mis en pratique pour un cas d'œdème de la glotte — procédé qui consiste, ainsi qu'on doit s'en souvenir, à substituer l'action du caustique au bistouri, pour la première partie de l'opération. Ce n'est pas la première fois, à ce qu'il paraît, que la trachéotomie a été pratiquée de cette manière. Nous apprenons, en effet, que dans une circonstance analogue, M. le docteur J. Clerc a eu recours au caustique pour pénétrer dans la trachée. Voici sur cette opération, dont la relation a été publiée en 1851, quelques renseignements qu'on a bien voulu nous transmettre, et qu'il ne sera pas sans intérêt de rapprocher de l'observation de M. Dujardin.

Appelé le 18 décembre 1850 pour pratiquer la trachéotomie sur une petite fille de trois ans affectée de croup, M. Clerc procéda comme il suit :

La petite malade étant placée et maintenue comme on le fait dans l'opération par le procédé ordinaire, il appliqua, à l'aide d'une spatule, sur la ligne médiane du cou, dans le lieu d'élection de la laryngo-trachéotomie, c'est-à-dire du bord inférieur du cartilage thyroïde aux deux ou trois premiers anneaux de la trachée, une couche de pâte de Vienne représentant une bandelette de 2 centimètres de longueur, de 7 à 8 millimètres de largeur, et d'une épaisseur de 2 ou 3 millimètres. Après sept ou huit minutes d'attente, le caustique fut enlevé et l'eschare incisée suivant son grand diamètre, en procédant avec lenteur et précaution jusqu'à ce que la présence d'un peu de sang au fond de l'incision eût averti que l'instrument avait atteint les limites de l'eschare. Une nouvelle couche de caustique fut appliquée dans le sillon formé par cette première incision avec les mêmes précautions. Puis l'incision fut continuée. On arriva ainsi sans effusion de sang jusque sur la trachée. Une troisième application de pâte de Vienne eût été nécessaire pour escharifier un segment de trachée-artère, et surtout pour détruire ou oblitérer les nombreux ramuscules artériels et veineux qui s'y distribuent. Mais le désir de terminer l'opération fit négliger cette précaution. Un bistouri fut plongé dans la trachée-artère de manière à inciser dans l'étendue d'un centimètre et demi environ. Au grand étonnement de M. Clerc, le sang parut en quantité notable. Il se hâta de saisir avec une pince à dissection une des lèvres de l'incision trachéale, et d'en exciser à l'aide de petits ciseaux courbes un très-petit segment. Cependant le sang s'introduisait dans la trachée et la suffocation était imminente. Ayant appliqué ses lèvres sur l'ouverture trachéale, en cinq ou six fortes aspirations il débarrassa le conduit aérien du sang et des mucosités qui l'obstruaient. L'enfant revint à elle, le sang cessa de couler, et la respiration se fit assez bien.

M. Clerc jugea prudent, néanmoins, d'agrandir l'ouverture faite à la trachée, en enlevant sur la lèvre droite de l'incision un lambeau analogue à celui qu'il avait excisé sur la lèvre gauche. On eut alors une ouverture de 10 à 12 millimètres d'étendue sur une largeur de 5 à 6 millimètres. Une tige en baleine, garnie à une de ses extrémités d'un morceau d'éponge, fut successivement introduite dans la trachée et dans le larynx, d'où elle ramena des débris de fausses membranes, dont plusieurs lambeaux furent immédiatement expulsés par l'ouverture faite à la trachée pendant les efforts de toux.

Cette crise passée, la petite malade fut parfaitement calme. Aucun incident fâcheux ne survint dans les quelques heures qui suivirent l'opération. Toutefois les progrès de la maladie ne purent être enrayés, et l'enfant succomba quelque temps après. L'ouverture trachéale fonctionnait à merveille.

Tout en considérant, et avec raison, croyons-nous, que la terminaison funeste ne pouvait être attribuée au procédé, la trachée présentant une ouverture parfaitement libre, dont les dimensions étaient plus que suffisantes pour les besoins de l'hématose, M. Clerc pensa cependant, dès lors, que le procédé qu'il venait de mettre en usage pouvait être avantageusement modifié :

1° En donnant moins de largeur à l'eschare cutanée, 4 à 5 millimètres devant suffire; en tenant compte de l'écartement que produit l'incision de cette eschare, écartement tel, qu'il double presque son diamètre transversal;

2° En se servant, pour établir l'eschare, d'un morceau de diachylon portant à son centre une ouverture dont les dimensions seraient celles que l'on voudrait donner à l'eschare de la peau, et que l'on appliquerait sur la région laryngo-trachéale;

3° En n'ouvrant la trachée artère que lorsque la portion qui doit être incisée et excisée ensuite, aurait été mortifiée par le caustique, afin d'éviter tout écoulement de sang.

Le procédé ainsi modifié se réduirait à tracer sur la ligne médiane du cou une ligne s'étendant de l'os hyoïde au sternum; — à marquer sur cette ligne par un trait transversal la situation du cartilage cricoïde ou de l'espace crico-thyroïdien, et par un second trait celle des premiers anneaux de la trachée; — à fixer sur cette ligne un morceau de diachylon portant à son centre une ouverture de 25 à 30 millimètres de longueur sur 4 à 5 millimètres de largeur, et placé de manière que la ligne tracée sur le cou en marquât le grand diamètre, et que son extrémité supérieure répondît au trait indiquant l'espace crico-thyroïdien; — à poser sur cette ouverture une couche de pâte de Vienne; — à enlever tout l'appareil au bout de six à huit minutes; — à inciser cette première eschare suivant son grand diamètre, couche par couche, et avec précaution, jusqu'aux parties sous-jacentes non escharifiées; — à replacer ensuite un peu de pâte de Vienne au fond de ce sillon, à l'enlever, à continuer l'incision, ainsi de suite, jusques et y compris l'escharification de la trachée, du cartilage cricoïde et de la membrane crico-thyroïdienne, auxquels on ferait éprouver une perte de substance en rapport avec les dimensions de la glotte.

Bien que les opérations de MM. Dujardin et Clerc n'aient été faites ni tout à fait de la même manière, ni pour des cas parfaitement identiques, et que le but même ait été un peu différent, il n'en est pas moins intéressant de les rapprocher afin de faire ressortir de ce qu'elles ont de commun dans leurs résultats, un enseignement pratique utile.

Elles démontrent d'abord l'une et l'autre la possibilité de pratiquer la division des parties molles qui recouvrent le larynx et la trachée à l'aide des caustiques; mais, ainsi qu'on a pu le voir dans le fait de M. Clerc, l'escharification des parties molles ne suffit pas pour prévenir l'hémorrhagie, objet principal qu'on se propose par la substitution des caustiques au bistouri, et, bien que le même accident ne se soit point produit dans le fait de M. Dujardin, il n'en ressort pas moins que le but principal de l'opération serait manqué si l'on ne faisait porter l'action du caustique sur la trachée elle-même, suivant le précepte formulé par M. Clerc. Or, l'opération, déjà très-longue, comme on a pu le voir par ces deux observations, beaucoup trop longue pour les cas de suffocation imminente, ne sera-t-elle pas considérablement prolongée encore par la nécessité d'escharifier les trois ou quatre premiers anneaux de la trachée, en admettant qu'on y parvienne ou que ce puisse être fait sans danger? C'est là une objection sérieuse que chacun a déjà pu faire *in petto*, et qui s'opposera très-probablement à ce que cette méthode soit jamais adoptée d'une manière générale.

D'un autre côté, M. Clerc attribue au procédé qu'il propose l'avantage de rendre inutile l'emploi de la canule après l'opération, en excisant latéralement une petite portion de la trachée; de manière à obtenir ainsi une sorte de glotte artificielle. Sans méconnaître les inconvénients inhérents à l'emploi de la canule et les avantages qu'il pourrait y avoir à s'en abstenir, surtout dans la pratique rurale, où l'on n'a pas toujours cet instrument sous la main, il y a à se demander cependant si ces avantages compenseraient l'inconvénient qu'aurait inévitablement ce procédé de rendre très-difficile l'oblitération ultérieure, soit spontanée, soit artificielle, de la perte de substance de la trachée.

Il ressort, en résumé, à nos yeux, de l'examen de ces deux faits que la trachéotomie par le procédé d'escharification, utile dans quelques cas spéciaux où l'on peut avoir à redouter les conséquences d'une hémorrhagie même légère, ou tout autre motif de ne point recourir à l'instrument tranchant, ne saurait être substituée comme méthode usuelle à l'emploi du bistouri, mais qu'elle peut être appelée à rendre quelques services, à titre de méthode exceptionnelle, dans des circonstances semblables, par exemple, à celle dans laquelle M. Dujardin y a eu recours.

SUR UNE FORME PEU CONNUE DES CAILLOTS
dans la cavité des vésicules ovariennes.

Par M. le docteur Ch. ROBIN.

On sait qu'il n'est pas très-rare de rencontrer des caillots, même volumineux, dans l'ovaire des femmes mortes de variole, de rougeole, de fièvre typhoïde, etc. Souvent aucun symptôme n'est venu pendant la durée de la maladie faire soupçonner cette lésion.

Mais, outre ces cas-là et ceux qui se rattachent à un écoulement sanguin dû à la rupture normale des vésicules de De Graaf lors de l'ovulation, on peut, dans ces vésicules non rompues, observer des caillots hémorrhagiques dont les phases d'évolution méritent d'être étudiées.

Dans les caillots de l'ovaire des femmes mortes de fièvre typhoïde, etc., on voit une, deux ou quelquefois trois vésicules dans un seul ou dans les deux ovaires, distendues par un caillot. Le volume de celui-ci peut atteindre et même dépasser celui d'une noisette; il est généralement mou, friable, de la couleur dite gelée de groseille foncée et de consistance analogue.

De la fibrine comme dans le caillot de la saignée; des globules de sang, plus foncés qu'à l'état normal, un peu plus petits, un peu arrondis: tels sont les éléments qu'on y rencontre. Quelquefois, mais rarement, on y constate déjà des cristaux d'hématoïdine.

Les caillots qui font spécialement le sujet de cette note ont été observés en faisant l'autopsie de femmes mortes de pneumonies aiguës dans deux cas, d'une affection chronique du foie (cirrhose) dans le troisième, et d'une maladie indéterminée dans le dernier, la pièce recueillie ayant été prise sur un cadavre à l'École pratique et déjà privée de ses viscères. Le sujet le plus âgé (cirrhose) avait quarante-six ans, n'était plus réglé depuis deux ans et se plaignait de temps à autre de douleurs sur les côtés de l'hypogastre, sur lesquelles l'attention s'était peu fixée, parce que, lorsque la malade s'en plaignait, on les rapportait à l'affection du foie.

Dans les deux premiers cas, l'une des malades avait vingt-huit ans et l'autre trente-trois, et la menstruation, bien qu'existant, avait été notée comme irrégulière et peu abondante depuis plusieurs années. Chez tous ces sujets, la surface de l'ovaire portait une ou plusieurs traces de cicatrices anciennes. Chez le dernier seul, je n'ai pas trouvé de restes d'anciens corps jaunes. Chez tous les autres, j'en ai rencontré qui étaient réduits à un petit tubercule grisâtre, dont le plus gros avait le volume d'un petit pois.

Chez tous, l'attention fut attirée sur les ovaires par leur grand volume, leur aspect distendu. Chez la première des malades seulement, un seul ovaire offrait des vésicules atteintes d'hémorrhagie. Devenu gros comme une noix à peu près, il dépassait du double le volume de l'autre.

Sur deux des malades, la dernière particulièrement, on voyait une ou deux vésicules faisant saillie sur les côtés de l'ovaire, sous forme d'une bosselure noirâtre, dont la couleur se voyait par demi-transparence au travers de l'enveloppe de l'organe.

Dans la dernière pièce que j'ai observée, l'un des ovaires contenait huit vésicules atteintes d'hémorrhagie, et l'autre cinq. La plus grosse avait le volume d'une grosse noisette; le caillot était d'un rouge noirâtre, couleur de gelée de groseille foncée vers le centre, un peu décolorée à sa surface. Deux vésicules du volume d'un gros pois étaient remplies chacune par un caillot offrant l'aspect de celui de la saignée, mais un peu plus ferme. Les autres offraient tous les degrés de décoloration, jusqu'à l'état de fibrine à peu près incolore, ou mieux, jaunâtre, un peu transparente. Cet état était offert par des vésicules ayant près du double de leur volume normal, et dans lesquelles le caillot semblait s'être décoloré, sans atrophie de la vésicule. On trouvait dans quelques vésicules à peine plus grosses qu'à l'état sain, des caillots encore rougeâtres,

moins avancés dans leur décoloration et les modifications de leur fibrine.

Sur ces divers sujets, le dernier en particulier, il était possible de suivre toutes les modifications que parcourt la fibrine pendant et après sa décoloration, et toutes les phases de la résorption des globules rouges. Dans un seul cas, le premier qui fût soumis à mon examen, j'ai pu rencontrer des cristaux d'hématoïdine dans ces caillots.

Je ne reviendrai pas sur ces modifications graduelles que présente la fibrine épanchée dans des cavités closes naturelles ou accidentelles; je les ai suffisamment décrites ailleurs (*Chimie anatomique*, Paris 1853, in-8°, t. III, p. 244 et suivantes et surtout p. 264 et suiv.). Je veux seulement faire remarquer que dans ces cas morbides, on peut d'une vésicule à l'autre atteintes d'hémorrhagies, observer toutes les phases de modification, depuis l'état fibrillaire, jusqu'à l'état où la fibrine devient amorphe ou se réduit en fines granulations moléculaires.

Je vais actuellement décrire l'état dans lequel on trouve la membrane interne de la vésicule ovarienne, remplie par le caillot apoplectique.

Généralement elle est rougeâtre, à surface interne lisse presque brillante. Parfois, dans toute son étendue, mais le plus souvent par places seulement, elle est marbrée de petites taches jaunes.

Le fait essentiel à noter est que son épaisseur normale est conservée à peu de chose près. Dans les points où elle est jaunâtre, elle atteint quelquefois un quart à un demi-millimètre d'épaisseur au plus; mais cette épaisseur ne se voit pas dans toute son étendue. Il importe aussi d'observer que les vésicules atteintes d'hémorrhagie se rencontrent aussi bien au centre, ou vers le point d'adhérence de l'ovaire au ligament large, que vers son bord libre et le reste de sa surface. Du reste, la membrane interne offre les éléments constituants qui lui sont propres, comme à l'état sain, seulement elle est moins molle. La coloration de ses petites marbrures jaunâtres est due à des granulations graisseuses irrégulières qui ne sont point dans des cellules, comme on le voit pour les corps jaunes, mais elles sont libres; c'est-à-dire éparses ou accumulées, dans la matière amorphe qui existe entre les fibres.

Quant aux globules rouges, on peut, là aussi, observer toutes les phases de leur destruction par résorption. Dans divers caillots en particulier arrivés à ce point où ils sont rougeâtres, couleur de chair plus ou moins foncée, on trouve des globules de sang à l'état de décoloration plus ou moins complète. On en trouve de complètement décolorés, qui ont encore leur forme circulaire, aplatie, et même biconcave. Ce sont des disques de sang intacts au point de vue de la forme et de la disposition de la globuline qui les compose principalement, mais privés de leur matière colorante ou hématosine. Ces éléments sont d'abords difficiles à bien distinguer à cause de leur pâleur, et parce que beaucoup renferment alors de fines granulations à centre brillant, à contours épais et foncés, disposées au nombre de 1 à 5 ou 6 dans le globule près de sa périphérie. Mais peu à peu, surtout lorsque l'eau les a un peu gonflés, on distingue leur circonférence et ils paraissent comme de petits cercles grisâtres ou noirâtres, à centre très-pâle. Cet état des globules dont les phases intermédiaires sont faciles à observer se rencontre dans diverses conditions analogues.

EXEMPLE CURIEUX D'ANOMALIE MULTIPLE.

Par M. le Dr Goubiet, de Niort.

Dans les premiers jours de décembre 1856, je fus appelé auprès de la femme X..., qui, après un travail d'environ quatre heures, mit au monde un enfant du sexe féminin, offrant les anomalies suivantes:

La main et l'avant-bras du côté gauche n'existent pas; le pli du coude, nettement dessiné, sépare du bras un moignon arrondi, long de trois centimètres, qui joue aisément sur l'humérus, et donne au toucher la sensation d'un corps dur, faible rudiment du radius et du cubitus.

Le membre supérieur droit a un avant-bras et une main; mais ce dernier organe est singulièrement altéré par des soudures anormales. Les doigts, ramenés sur eux-mêmes, imitent la position qu'on essaye de leur faire prendre pour pénétrer dans une cavité. L'auriculaire seul est bien conformé, et se rattache à la masse principale au moyen d'une petite palmure. Tout le reste constitue un corps irrégulier à deux faces.

La palmaire, très-concave, est parcourue par deux sillons cutanés superficiels, faible indice d'une séparation de doigts.

La dorsale, très-convexe, n'a qu'un sillon longitudinal large et peu profond, qui sépare deux doigts inégaux, dont le plus gros occupe le côté externe. Deux ongles volumineux couronnent cette masse; le plus large, aussi étendu en surface que l'ongle de l'annulaire d'un adulte, correspond au plus gros doigt.

Aucun appendice n'est disposé dans le sens du mouvement d'opposition.

Il résulte de cette analyse que le pouce est absent, le petit doigt bien conformé, les trois autres doigts confondus en une masse qui offre deux lignes osseuses; l'interne représente l'annulaire; l'externe, par son volume et par le sillon cutané de sa face palmaire, représente la réunion du médius et de l'index. Il y a là un exemple remarquable de soudure, ou, ce qui est plus exact, de non-séparation des os.

Quant aux membres inférieurs, il existe deux pieds-bots varus du degré le plus avancé, et, chaque pied n'offre que trois doigts sans que nul indice marque la place des absents.

Les métacarpiens et les métatarsiens offrent respectivement les soudures des doigts et celles des orteils.

A part ces difformités affligeantes, ce malheureux être a les organes principaux dans un état d'intégrité parfaite, et sa santé excellente semble lui assurer la perspective d'une longue existence.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 31 décembre 1856. — Présidence de M. Chassaignac.

Lecture et adoption du procès-verbal.

CORRESPONDANCE.

M. Chassaignac fait hommage de son *Traité de l'écrasement linéaire*.

— M. Bouvier offre à la Société le recueil de ses leçons sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur : pied-bot, rachitisme.

— M. Larrey fait hommage d'une série considérable de thèses sur diverses questions de chirurgie.

LECTURES.

M. Giraldès lit un rapport sur la candidature de M. James Paget.

M. J. Paget, dont le nom, bien connu de tous les membres de la Société, a souvent été prononcé dans nos discussions, surtout à l'occasion des tumeurs, est chirurgien à l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres, et professeur à cet hôpital d'anatomie pathologique, membre de la Société royale de Londres.

M. James Paget est nommé à l'unanimité membre correspondant étranger de la Société de chirurgie.

La Société vote le dépôt aux archives du rapport de M. Giraldès.

— M. Verneuil lit le rapport suivant sur la thèse de M. le docteur José Prô, professeur de médecine opératoire à Lima, qui a pour titre : *Anatomie pathologique des rétrécissements de l'urètre.*

Il s'agit d'un sujet très-controversé, de recherches dont la pratique attend avec impatience l'achèvement pour en faire son profit, d'une question, enfin, qui a été bien souvent déjà à l'ordre du jour parmi vous.

Pour tous ces motifs, j'aurais voulu consacrer beaucoup de temps et beaucoup de soins à mon rapport; j'aurais résolûment abordé les difficultés; mais des circonstances tout à fait indépendantes de ma volonté en ont décidé autrement.

Voici d'abord ce qui a déterminé notre confrère à élucider l'anatomie pathologique des rétrécissements.

Il assistait au cours de M. Malgaigne, qui avouait que cette partie de la science était encore fort obscure, et ajoutait qu'on tirerait grand profit des richesses accumulées dans les splendides musées de Londres. Sur cette simple indication, M. Prô partit pour l'Angleterre, visita les collections de Hunter, de l'hôpital Saint Barthélemy, de l'hôpital de Guy et de l'Université, et recueillit ainsi 127 observations, qui se trouvent à la fin de son mémoire. A la vérité, on peut regretter que bon nombre de ces notices soient trop courtes, et qu'elles constituent plutôt des titres de pièces pathologiques que des descriptions proprement dites; mais cependant je pense qu'un tel dévouement à la science mérite des éloges.

L'auteur commence par un résumé succinct de l'anatomie normale de l'urètre. A cet effet, il utilise les principaux travaux qui ont été publiés dans ces derniers temps; il admet, page 13, l'existence entre la muqueuse et la fibreuse d'une mince couche de fibres musculaires de la vie organique, qui continue la couche plus épaisse de ces mêmes fibres qu'on trouve dans la région membraneuse. On sait combien l'existence de ces fibres a été discutée; de nos jours, la question est résolue définitivement par le scalpel d'abord, par le microscope depuis. C'est à elles que l'urètre doit sa contractilité involontaire, péristaltique et anti-péristaltique; elles sont congénères des muscles proprement dits qui entourent le canal et des éléments contractiles qui entrent dans la texture même du corps spongieux de l'urètre.

Quoique le rôle important de ces fibres ait été signalé par un certain nombre d'auteurs, il me semble qu'on n'y insiste pas suffisamment, et sans parler des rétrécissements spasmodiques dont on place le siége presque exclusif à la portion membraneuse, il y a lieu de faire intervenir le spasme dans un grand nombre de rétrécissements résidant dans la région spongieuse elle-même. Ce spasme, dans la portion pénienne, ne peut être dû qu'aux fibres sous-muqueuses; dans la portion sous-pubienne, l'action de certains faisceaux des muscles bulbo-caverneux vient s'y ajouter.

Bien différente des propriétés qu'on attribue au tissu qui compose le rétrécissement lui-même, l'action des fibres musculaires, sous-muqueuses et péri-urétrales a tous les caractères des contractions involontaires auxquelles on donne le nom de contractions réflexes, c'est-à-dire qu'elle entre en jeu sous l'influence d'irritations spontanées ou traumatiques, qu'elle est beaucoup plus lente à cesser que celle des muscles volontaires, qu'elle cède, enfin, à divers moyens mécaniques ou anti-spasmodiques, ou bien qu'elle s'éteint elle-même au bout d'un certain temps.

Je voudrais donc qu'en étudiant la physiologie pathologique des rétrécissements on admît leur *élasticité*, propriété tout à fait mécanique; leur *rétractilité*, propriété organique agissant lentement, et dépendant du tissu même qui constitue l'obstacle; enfin la *contractilité réflexe* immédiate, instantanée, aussi facile à lasser qu'elle est facile à mettre en jeu, et qui, au moment même de l'intervention chirurgicale, peut modifier profondément les caractères de la maladie et donner le change au praticien.

Si je n'avais craint d'abuser de vos moments, j'aurais établi sur des démonstrations plus explicites la preuve de mes assertions. Je les tiens prêtes si la discussion s'engage à ce propos. Je dirai d'ailleurs que MM. Robert Wade et Harrison ont déjà fait intervenir l'action réflexe dans l'étiologie des rétrécissements, sous un autre rapport, à la vérité. Et à ce propos qu'il me soit permis de remarquer avec regret qu'à l'étranger, bien plus que chez nous, on s'efforce d'appliquer à la pathologie les données les plus délicates de l'anatomie de structure et de la physiologie expérimentale.

Mais revenons à notre auteur. A la page 15, nous trouvons l'historique de l'anatomie pathologique des rétrécissements urétraux. L'antiquité ne fournit rien, ou du moins bien peu de chose. La question, au lieu de s'éclaircir dans la suite, s'obscurcit par la description de lésions simon tout à fait imaginaires, au moins tout à fait exceptionnelles, et qu'on prend pour la règle. Exemple : les ulcères, les carnosités, les polypes, les végétations du canal, etc., etc.

C'est seulement dans les temps modernes que la lumière se fait peu à peu; et quand on s'imagine d'ouvrir des cadavres pour rechercher les causes réelles de la rétention d'urine, les altérations anatomiques étant mieux connues on recherche leur nature intime, et c'est alors seulement qu'apparaissent des théories soutenables sur l'étiologie des rétrécissements.

Puis les divers éléments du sujet se dégagent peu à peu. On avait commencé à faire justice des polypes et des carnosités; on constate ensuite que la muqueuse urétrale elle-même est le plus souvent étrangère au rétrécissement, et que le tissu morbide est situé au-dessous d'elle. Les vraies cicatrices du canal sont regardées avec raison comme rares; on cherche comment les couches sous-muqueuses ont pu devenir dures, calleuses, fibroïdes, inextensibles, et deux hypothèses prennent naissance : les uns croient à une transformation du tissu spongieux de l'urètre; les autres à un dépôt de matière plastique siégeant dans le tissu cellulaire sous-muqueux, et soulevant, à la manière d'une virole, la membrane muqueuse. En d'autres termes, les premiers croient à une affection inflammatoire du tissu vasculaire; les seconds à une production nouvelle.

Vous savez que ces deux hypothèses se partagent aujourd'hui en France la plupart des chirurgiens, et pour ma part je pense que la vérité se trouve répartie entre chacune d'elles, et aussi dans la combinaison des deux formes morbides élémentaires.

Mais, en parcourant rapidement les phases de ce problème ardu, je ne dois pas omettre un des points sur lequel tout le monde est aujourd'hui d'accord, c'est-à-dire l'influence pathogénésique de l'inflammation. Le traumatisme et quelques autres causes accessoires exceptées. C'est, dans l'immense majorité des cas, la blennorrhagie qui est le point de départ des rétrécissements, et surtout la blennorrhagie négligée ou intempestivement traitée. En vain on objecterait le laps de temps considérable qui s'écoule entre la cessation de la chaude-pisse et l'apparition des premiers symptômes de dysurie; cette fin de non-recevoir n'est plus admise. Et d'ailleurs il est bien démontré à présent que soit par incurie des malades, soit par absence réelle de tout dérangement fonctionnel, les rétrécissements peuvent non-seulement exister, mais s'accroître même beaucoup sans donner naissance au moindre trouble. C'est un fait incontestable, et sur lequel mon excellent ami M. le docteur Rollet, chirurgien de l'Antiquaille, à Lyon, insiste beaucoup dans un mémoire intéressant publié il y a deux ans. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1854).

Au risque d'être banal, on ne saurait trop le répéter : le rétrécissement urétral est à la blennorrhagie ce que la tumeur blanche est à l'entorse, ce que les effroyables accidents tertiaires sont au chancre simple, ce que la perte de la vue est à la conjonctivite bénigne; c'est un mal très-grave, presque incurable, corollaire presque fatal d'une affection légère au début, presque à coup sûr curable par des soins peu compliqués, et dont la négligence du patient ou du médecin a favorisé la marche fatale.

La blennorrhagie est de nos jours encore si généralement mal traitée, qu'on ne doit pas s'étonner de la fréquence des rétrécissements, qui, au contraire, deviendraient fort rares, si la maladie initiale était plus sérieusement et plus scientifiquement combattue.

Je ne suivrai pas l'auteur dans l'analyse qu'il fait des travaux passés et contemporains; vous connaissez tous ces opinions, plus souvent déduites de la symptomatologie que de l'examen anatomique direct; vous vous rappelez d'ailleurs le travail remarquable que notre collègue M. Alph. Guérin vous a soumis, et dans lequel, s'appuyant sur un nombre considérable d'autopsies, il a fait une critique juste et sévère des assertions gratuites répétées complaisamment depuis plus de cent ans.

En présence d'une question très-complexe, quiconque réunit beaucoup de faits empruntés à des sources très-multipliées arrive presque toujours à l'éclectisme, surtout quand il n'est point dominé par le désir de faire prévaloir une idée exclusive. C'est ce que nous observons ici.

Les causes anatomiques des rétrécissements de l'urètre qui ont été invoquées jusqu'à présent sont très-multipliées; on a cherché à simplifier la chose en rejetant les cas douteux et en admettant une forme unique rendant compte de tout. En général, ces simplifications sont dangereuses dans les sciences; car elles procèdent par la négation, d'une part, et, de l'autre, violentent souvent les faits réfractaires.

Pour le démontrer, j'aurai recours à mon auteur. Par une réaction trop complète, c'est à peine si on croit aujourd'hui aux *excroissances, caroncules, carnosités* et *polypes de l'urètre*. Cependant M. Prô en a vu plusieurs exemples, et rassemble ceux qui ont été rapportés par les chirurgiens français et anglais. Je trouve près de trente cas indiqués. Je remarque pour ces productions deux siéges distincts et principaux : en arrière, la région prostatique; en avant, les deux centimètres antérieurs de la muqueuse urétrale. J'en conclus *à priori*, et presque certain d'être dans le vrai, que les tumeurs profondes ou prostatiques sont formées par l'hypertrophie circonscrite de quelques grains glanduleux, et que les végétations antérieures sont des hypertrophies papillaires en tout semblables à de pareilles productions qui occupent l'urètre de la femme, et dont j'ai examiné la composition anatomique.

A la vérité, M. Prô n'admet ni que ces tumeurs soient de véritables rétrécissements, ni qu'elles y donnent naissance; il les regarde, au contraire, comme des lésions consécutives, des complications de la maladie principale.

Même remarque pour les ulcérations, les cicatrices véritables de la muqueuse comme cause de rétrécissements. On sait que bon nombre d'auteurs anciens et modernes ont admis :

1° La fréquence plus ou moins grande des ulcérations inflammatoires de l'urètre;

2° L'existence de cicatrices succédant à ces ulcérations et diminuant la capacité du canal.

Cette opinion a été vivement combattue par M. Alph. Guérin, qui n'a jamais rien vu dans ses autopsies qui ressemblât à une inodule.

Notre collègue a bien fait de tirer de ses observations la conclusion précédente, et cependant il ne faudrait pas aller trop loin. Les plaies

du canal de l'urètre existent ; elles peuvent, quoique bien rarement, tre le résultat d'un chancre urétral ; elles sont plus fréquentes à la suite de rupture du canal ; enfin elles sont la suite de certaines violences exercées par des manœuvres opératoires malheureuses. Qui dit plaie, suppose cicatrice quand il y a perte de substance ou absence dé réunion immédiate. On peut donc admettre, à la rigueur, des rétrécissements cicatriciels, peu communs il est vrai. Mais nous pouvons négliger ces faits exceptionnels pour aborder le point suivant.

Dans un grand nombre de pièces, M. J. Prô a vu des ulcérations coïncider avec des rétrécissements ; quelquefois placées en avant de l'obstacle, beaucoup plus souvent en arrière, elles envahissent de temps en temps le rétrécissement lui-même et le détruisent, ce que l'auteur considère, à tort, selon moi, comme un mode do guérison possible.

Alors que l'on observe sur un même canal la réunion des deux lésions, c'est-à-dire le rétrécissement et les ulcérations, on peut être tenté de rapporter aux secondes la formation du premier ; mais cette conclusion me paraît illégitime, parce que tout s'accorde à démontrer que les ulcérations sont consécutives au rétrécissement, et qu'elles ne lui préexistaient pas.

Il est donc bien entendu que les ulcérations coïncident souvent avec les coarctations urétrales, mais que 99 fois sur 100, elles en sont l'effet et non la cause ; elles jouent, comme on le sait, un rôle très-important dans la formation des infiltrations et des fistules urinaires. M. José Prô y insiste à bon droit ; mais est-ce là toute leur influence ? Je ne le crois pas. Il me semble qu'elles agissent très-efficacement pour augmenter le rétrécissement et en longueur et en étroitesse.

Supposons dans le canal une virole rétrécie d'un demi-centimètre de longueur, la muqueuse qui la recouvre n'est point entamée, mais elle est ulcérée en arrière de l'obstacle dans une étendue de 2 centimètres par exemple. Sur ces entrefaites on dilate. L'ulcération guérit d'abord. Mais pour peu qu'elle ait détruit la muqueuse dans une certaine profondeur, elle est remplacée par une cicatrice qui, combinant sa rétractilité avec celle du rétrécissement lui-même, non-seulement reproduit la coarctation, mais en augmente beaucoup la longueur d'avant en arrière.

Lorsqu'un malade vient se faire traiter pour la première fois, ordinairement on ne trouve qu'un obstacle, situé dans la portion pénienne, ou sous pubienne, ou bien encore dans le lieu d'élection, c'est-à-dire vers les limites des régions bulbaire et membraneuse. Cet obstacle, de coutume encore, n'est pas très long. Quand, au contraire, on soigne un sujet qui a déjà subi plusieurs fois la dilatation, la bougie bute en plusieurs points du canal, doit traverser une filière étendue ou une succession de rétrécissements rapprochés, et dont les derniers sont très profonds. Ne se rendrait-on pas compte de l'aggravation du mal par l'hypothèse précédente ? Dans ces cas compliqués, on trouverait combinées les lésions du rétrécissement et celles d'une cicatrisation funeste, et les deux grandes opinions précitées y trouveraient chacune leur confirmation. En jetant les yeux sur les magnifiques planches que M. Prô a placées à la fin de sa thèse, en voyant l'aspect réticulé du canal, l'idée des brides inodulaires vient volontiers à l'esprit. Je pense, pour ma part, que leur existence ne doit pas être niée trop affirmativement.

Je suis conduit d'ailleurs par une autre voie, à la démonstration du mécanisme propagateur des ulcérations. M. José Prô s'occupe avec détails (page 68) du siége des rétrécissements, question autrefois très-incertaine, et qui paraît à peu près résolue aujourd'hui. Après avoir rapporté les assertions contradictoires des chirurgiens, il invoque à son tour 124 faits qu'il a observés.

Voici la répartition :

Commencement de la région spongieuse. . .	20 cas.	80
Partie moyenne de la même région. . . .	17	
Dans le tiers postérieur.	31	
Au niveau précis du bulbe.	12	
A l'union des portions spongieuses et memb.	10	10
Au commencement de la région membran. .	15	34
A sa terminaison postérieure.	1	
Occupant toute la région membraneuse. . .	18	

Ce dernier chiffre, pris non pas sur le vivant, mais sur des pièces pathologiques, est très-considérable et peu en rapport avec les opinions admises. Ne peut-on pas croire que si le rétrécissement a, dans cette région, une étendue aussi grande, c'est que, dans quelques cas, après avoir débuté dans le lieu d'élection, la lésion s'est propagée d'avant en arrière, par le moyen des ulcérations urétrales consécutives.

Je suis forcé de passer sous silence bien d'autres points qu'il m'eût été possible de mettre en lumière, en commentant le texte de M. J. Prô et son intéressante collection de faits. Forcé de me restreindre, je me contenterai de mettre sous vos yeux les résultats encore trop peu nombreux que nous a fournis l'examen microscopique du tissu des rétrécissements.

Nul doute cependant, que cette étude, au reste très-difficile, ne nous fournisse des éclaircissements précieux sur ce tissu, objet de tant de disputes. Le problème doit être posé, suivant moi, dans les termes suivants : *« Etant donné un rétrécissement du canal de l'urètre, chercher ce que sont devenus les éléments anatomiques normaux, savoir s'ils ont disparu, ou sont altérés, ou hypertrophiés, s'ils sont remplacés par des éléments étrangers ou combinés avec eux. »*

La marche à suivre ici n'a du reste rien de spécial, c'est celle que l'on suit dans les recherches histologiques modernes appliquées à la pathologie.

M. Harrisson a examiné le tissu de deux rétrécissements anciens, offrant le type de cette lésion (page 41). La préparation prise dans la partie profonde du rétrécissement, parut clairement composée de fibres très-denses, tandis que des lambeaux pris plus près des parois de l'urètre, présentaient moins de densité. Les tissus du rétrécissement étaient analogues au tissu de cicatrice, consistant d'abord en une lymphe plastique épanchée, organisée plus tard et finalement transformée en tissu fibreux.

« En examinant au microscope, ajoute M. Prô, la matière amorphe » qui infiltre les mailles du tissu cellulaire sous-muqueux et constitue » le dépôt interstitiel, on constate la même structure que dans l'infiltration produite par un travail inflammatoire. Cette infiltration contribue à former un tissu qui se durcit et devient très-dense avec le » temps, mais qui n'a pas de tendance à dégénérer.

» M. Thompson, dans ses nombreuses recherches, n'a pas trouvé » dans ce tissu de fibres jaunes élastiques, et il est porté à croire qu'il » ne s'y en forme pas, quoiqu'on les trouve sous la membrane mu- » queuse, où elles constituent un des éléments normaux. »

On entrevoit déjà que M. Prô ne prête pas son appui à la théorie de la phlébite des corps spongieux comme cause du rétrécissement. Il appuie, au contraire, l'opinion d'un dépôt plastique sous-muqueux, conformément à l'opinion de M. Guérin, qui, dans sa cinquième conclusion, dit : « Dans la grande majorité des cas, les rétrécissements de » l'urètre sont dus à la rétraction des fibres indurées du tissu réticu- » laire sous-jacent à la membrane muqueuse ; le point de départ de leur » production est souvent un dépôt de lymphe plastique. »

J'ajoute que ce dépôt, d'après M. Prô, peut être limité à l'espace sous-muqueux, mais qu'il peut infiltrer également les couches profondes, atrophier les fibres musculaires, envahir le corps spongieux dans toute son épaisseur, et même jusqu'au corps caverneux.

Je ne saurais d'ailleurs mieux résumer l'opinion de l'auteur qu'en citant le court passage qui suit (page 50) :

« Le premier effet de l'inflammation sur la membrane muqueuse » consiste dans une tuméfaction ou épaississement causé par l'engor- » gement des vaisseaux ; puis on observe dans la trame même de la » membrane une exsudation albumineuse qui s'étend aux tissus envi- » ronnants, qu'elle rend œdémateux. Toute cette matière se résorbe » assez vite dans des conditions favorables, c'est-à-dire dans les rétré- » cissements inflammatoires qui se terminent par résolution. Mais » quand l'état morbide persiste, on voit s'épancher de la lymphe plas- » tique en plus ou moins grande abondance, dans laquelle apparais- » sent bientôt des noyaux fibro-plastiques et des corps fusiformes qui » se développent chacun en une ou plusieurs fibres. — Le résultat dé- » finitif de ce travail consiste dans la formation d'un tissu fibreux au- » tour du canal, assez solide, et qui fait adhérer intimement la mem- » brane muqueuse aux tissus sous-jacents dont il infiltre les lames. »

Dès que ce tissu est formé, il amène la rétraction d'une manière incessante par un mécanisme qui lui est commun avec le tissu cicatriciel, et qui consiste dans une atrophie progressive bien décrite par M. Robin, et que, pour ma part, j'ai depuis longtemps adoptée dans mes cours. Voici comment elle s'effectue :

La matière plastique se dépose dans les mailles des tissus normaux : elle se mêle à ceux-ci, d'où résulte d'abord une augmentation de volume, un gonflement ; si l'infiltration n'est pas très-prononcée, si elle ne dure pas trop longtemps, la trame organique n'est pas détruite, et la résolution ayant lieu en temps opportun, tout rentre dans l'ordre. Mais il en est tout autrement si le dépôt plastique est très-abondant ou se perpétue. Peu à peu il atrophie les éléments normaux et se substitue lentement à eux. Lorsqu'enfin le travail de résorption naturel à la matière plastique s'empare d'elle, les phénomènes de rétraction commencent. Cette disparition graduelle de la substance infiltrée s'opère molécule à molécule, et elle offre toute l'énergie que présentent les phénomènes moléculaires, malgré leur lenteur ; elle amène fatalement le rapprochement des fibres qui ont résisté à la destruction, la diminution d'étendue de la masse qu'elles forment, la diminution d'intervalle qui sépare les tissus voisins restés sains.

Ce phénomène, ajoute M. Prô, n'a rien de comparable à la contraction des tissus musculaires ; il est tout mécanique, et n'est point dû au raccourcissement de fibres quelconques.

Mais puisque je parle des lésions élémentaires qui composent les rétrécissements, je veux encore m'arrêter un moment sur une altération admise depuis longtemps. Je fais allusion aux fausses membranes qui s'organiseraient quelquefois, dit-on, à la surface de la muqueuse. Des autorités imposantes les admettent, telles que Rokitanski, Hancock, sans compter leurs prédécesseurs. J'accepte, pour ma part, les objections très-sensées qui ont été proposées par M. Guérin ; j'ajoute que M. Prô ne les croit pas capables de donner naissance aux coarctations urétrales.

Je m'arrête ici, Messieurs, en exprimant un double regret : celui d'abord d'écourter un sujet si important, puis celui de n'avoir sur ce point d'anatomie pathologique qu'une expérience personnelle assez limitée. J'ai vu à la Société anatomique et ailleurs un assez bon nombre de rétrécissements de l'urètre ; mais je n'ai jamais eu l'occasion d'en disséquer moi-même. Aujourd'hui, je comprends la nécessité d'approfondir cette étude, et de rechercher les lésions délicates qui, jusqu'à ce jour, ont été peu explorées.

Votre rapporteur a l'honneur de vous proposer :

1° D'adresser des remercîments à M. J. Prô ;

2° De lui accorder le titre de membre correspondant.

M. GUÉRIN. J'ai lu le mémoire de M. Prô, et j'ai été fort surpris d'y trouver relatés trente cas de rétrécissements siégeant dans la portion membraneuse. J'avoue que, malgré ce chiffre, mes convictions sur la non-existence de ces rétrécissements ne sont en rien changées ; car M. Prô a vu des pièces ainsi désignées dans les musées, mais il ne nous en donne pas la dissection. Pour moi, c'est sur des dissections que je m'appuie pour considérer les coarctations de la partie membraneuse comme étant tout à fait exceptionnelles. J'ai examiné, à Clamart, environ cent cadavres offrant plus ou moins d'écoulement urétral ; la moitié avaient un rétrécissement ; jamais la portion membraneuse n'en a été le siége. Comme je vois un pareil résultat constaté dans ces derniers temps par d'autres observateurs, par M. Shaw, par exemple, je crois fermement que la lésion qui cause le rétrécissement existe toujours en avant de la partie membraneuse du canal.

Quant à la nature de cette lésion, je vois M. Prô nous parler de brides inodulaires. Là encore, je crois à une erreur de sa part. J'admets bien que l'ulcération de la muqueuse peut produire un rétrécissement, mais parce que la lésion se produit plus profondément dans le tissu spongieux.

M. VERNEUIL. Je comprends très-bien les objections de M. Guérin ; car je dois avouer que les détails nécessaires font défaut dans l'ouvrage de M. Prô. Comme M. Guérin, j'ai été frappé de tous ces cas de rétrécissements dans la portion membraneuse, et j'ai fait la remarque que presque tous appartiennent à la collection du musée de Hunter, parce qu'ils sont étiquetés suivant l'opinion générale à cette époque. Or, je crois que M. Prô n'a pu guère juger que par l'étiquette, et que les bocaux ne lui ont pas été ouverts. Le doute est donc permis sur tout cela.

M. GUÉRIN revient sur les brides inodulaires de la muqueuse urétrale. Il répète qu'il n'en a jamais rencontré dans les autopsies. Généralisant son opinion, il soutient que les membranes muqueuses ne peuvent elles-mêmes donner naissance au tissu inodulaire, et que dans les cas où ce tissu a été constaté, il avait pris naissance exclusivement dans le tissu sous-jacent à la membrane muqueuse.

M. BROCA demande à M. Verneuil si l'assertion de M. Prô sur la nature et la formation du tissu fibreux des rétrécissements repose sur des observations directes ou sur des idées simplement théoriques. On a avancé que le tissu fibreux de formation nouvelle passait toujours par l'état fibro-plastique ; il est certain qu'il en est quelquefois ainsi ; mais il est certain aussi que dans beaucoup de cas le tissu fibreux se forme de toutes pièces. J'ai examiné au microscrope le tissu de plusieurs rétrécissements ; je n'y ai vu jusqu'ici que du tissu fibreux. M. Prô parle d'une période transitoire où les rétrécissements seraient constitués par du tissu fibro-plastique, et je désirerais savoir si cette assertion est l'expression d'une théorie ou le résultat d'une observation microscopique.

Le secrétaire, Ad. RICHARD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Cour impériale de Bordeaux a décidé, dans un arrêt rendu le 21 novembre dernier, que « les pharmaciens ont qualité pour agir en justice contre ceux auxquels ils reprochent des ventes illicites de médicaments. »

Elle a décidé également « que les prohibitions et pénalités de la loi du 21 germinal an XI ne sont pas applicables au médecin homœopathe qui distribue des globules à ses malades, lorsqu'il n'existe pas dans la localité de pharmacien homœopathe ;

» Qu'il en est surtout ainsi quand ces globules ont été pris dans une pharmacie spéciale. »

Les motifs principaux du jugement du tribunal de première instance et de l'arrêt de la Cour sont que « la méthode homœnpathique constitue un système médical tout nouveau, entièrement inconnu à l'époque où fut promulguée la loi de l'an XI », et que « les préparations dont elle fait usage ne figurent pas au Codex. »

La Cnur impériale d'Angers avait rendu un arrêt contraire le 26 septembre dernier.

— La *Gazette médicale de Lyon* change de rédacteur en chef. M. le docteur Barrier a cru devoir se retirer devant le poids trop lourd des exigences réunies d'un service d'hôpital, de l'enseignement auquel il a été récemment appelé et de ses occupations professionnelles. Nous ne voulons pas laisser déposer la plume de rédacteur en chef à notre honorable confrère, sans lui exprimer tous nos regrets de le voir abandonner la rédaction d'un journal qu'il dirigeait avec tant de talent, et sans le remercier de nous avoir donné dans M. le docteur Garin un successeur qui saura — nous en avons l'assurance — continuer avec distinction l'œuvre commencée, et rester le digne représentant de la médecine lyonnaise.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Albanel ; *Du perchlorure de fer dans le traitement de quelques maladies.*

Gager, né à Paris (Seine) ; *De la gastralgie.*

Gaucher, né à Paris (Seine) ; *Observation de fracture des deux premières vertèbres cervicales.*

Mornac, né à Ussel (Corrèze) ; *De la fièvre en elle-même.*

Valery, né à Limoges (Haute-Vienne), *De la transmission des accidents secondaires du nourrisson à la nourrice, et de celle-ci à son nourrisson.*

Humbert, né à Beulay (Vosges) ; *Quelques considérations générales sur la péritonite secondaire aiguë hors l'état puerpéral.*

Garreau, né à Changé (Mayenne), *Des hydatides du poumon.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De l'homicide et de l'anthropophagie, par le docteur BARBASTE, médecin en chef du dépôt militaire de Romans (Drôme), lauréat de la Faculté de médecine de Montpellier. Un volume in-8° de 628 pages. Prix, 7 fr. 50 c. — A Paris, chez J. B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Lettre du docteur Malatier sur les institutions médicales de prévoyance, et Appel pour la fondation immédiate d'une Caisse d'épargne, de rentes viagères et de crédit personnel. — Adresser *franco* à l'éditeur, rue Larrey, 8, autant de timbres-poste de 20 c. que l'on désire recevoir d'exemplaires.

De l'hématocèle du scrotum (concours de l'agrégation), 1853, par M. JAMAIN. In-8°, broché. Prix, 2 fr. 50.

De l'extrophie ou extrovresion de la vessie (thèse de doctorat), par M. JAMAIN. 1845. In-4°, broché. Prix, 1 fr. 50.

Manuel de pathologie et de clinique chirurgicales, par M. JAMAIN. 1856-1857. 2 vol. grand in-18. Prix, 12 fr.

Ces trois ouvrages se trouvent chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Archives d'ophthalmologie, comprenant les travaux les plus importants sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie, la thérapeutique et l'hygiène de l'appareil de la vision, par M. JAMAIN. 1853-1856. Six vol. in-8°, avec fig. Prix, 45 fr. — A Paris, chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

LE SERS.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois moi 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 12 JANVIER 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

Le dépouillement de la correspondance de cette séance ne nous a donné qu'une seule pièce de nature à intéresser nos lecteurs : c'est une note de M. Ancelon sur cette forme de chorée qui a été désignée sous le nom de délire des aboyeurs, suivie d'une observation qui est à la fois un type remarquable de cette bizarre affection et un exemple de guérison par l'administration d'un mélange de noix vomique et de sélin des marais. On trouvera un extrait de la communication de M. Ancelon dans le compte rendu.

Au commencement de cette séance, M. le président a fait connaître, suivant l'usage, l'état de l'impression des recueils que publie l'Académie et les changements arrivés dans le courant de l'année parmi les membres. L'Académie a élu dans cette année quatre membres : M. Jobert (de Lamballe) dans la section de médecine et de chirurgie, MM. Bertrand et Hermite dans la section de géométrie, et M. Gay dans la section de botanique. Les membres décédés sont MM. Binet et Constant Prevost.

Parmi les membres correspondants que l'Académie a perdus, nous remarquons M. Gerhardt, de la section de chimie, élu le 21 avril, décédé le 19 août ; M. Girou de Buzareingues, de la section d'économie rurale ; M. Dunal, de la section de botanique.

Comme membres titulaires, l'Académie a à remplacer, dans la section de minéralogie, M. Elie de Beaumont, élu secrétaire perpétuel en décembre 1853, et M. Constant Prevost, décédé le 16 août 1856.

Après la séance publique, l'Académie s'est formée en comité secret pour la présentation de deux candidats à la place de professeur de zoologie (reptiles et poissons) vacante au Muséum, par suite de la démission de M. Duméril. La section a présenté : en première ligne, M. Aug. Duméril fils ; en seconde ligne, M. Paul Gervais. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CRUVEILHIER.

Abcès multiples du foie ayant leur point de départ dans une inflammation des radicules biliaires distendues par la bile.

Le fait suivant, que nous empruntons aux *Archives générales de médecine*, a été communiqué par M. le professeur Cruveilhier à la Société anatomique, dans la séance du 5 décembre 1856.

La femme V. L., âgée de trente-deux ans, blanchisseuse, entre le 29 novembre à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Joseph, n° 5, avec un ictère des plus intenses, dont la nuance semble résulter d'un mélange de jaune, de vert et de bistre. La malade se plaint d'une douleur très-vive à la région hépatique, douleur qui se fait principalement sentir au-dessous de la base du thorax, bien que le foie ne déborde pas. La douleur s'étend jusqu'à la région iliaque droite, dont la malade se plaint au moins autant que de la région hépatique. La pression, dans les espaces intercostaux répondant au foie, est douloureuse. Point de tumeur au niveau de la région occupée par la vésicule. L'exploration du foie par *commotion* n'est point supportée.

Nous devons une explication au lecteur sur ce mode d'exploration, que M. Cruveilhier met en usage dans tous les ictères comme dans toutes les maladies dans lesquelles il y a lieu de soupçonner que le foie est compromis. Voici comment on y procède : on fait placer le malade sur son séant; on percute le thorax à droite de haut en bas, en recommandant au malade de prévenir aussitôt qu'il éprouve une douleur ou de la sensibilité. Il est très-rare que dans l'ictère récent, surtout dans l'ictère fébrile, le malade n'accuse pas une sensibilité prononcée au moment où la percussion détermine un ébranlement du foie. M. Cruveilhier a diagnostiqué de cette manière un abcès hépatique suite de chute d'un lieu élevé. Il a généralisé l'exploration par commotion pour le rein, la rate, le cœur, et même pour l'utérus. Pour le cerveau, l'exploration par commotion se pratique en faisant serrer entre les dents un mouchoir que l'on secoue brusquement.

Revenons à la malade.

Voici le diagnostic local formulé par M. Cruveilhier : hépatite avec péritonite localisée, ou hépato-péritonite, qu'on peut comparer à la pleuro-pneumonie, probablement consécutive à une rétention de bile qui doit être complète.

L'état général est grave. Etat adynamique porté à un haut degré ; prostration, décubitus horizontal ; voix cassée, presque éteinte ; langue très-sèche, à fond rouge, couverte d'une couche fuligineuse ; éruption labiale teinte de sang ; selles, urines involontaires ; point de réaction fébrile ; pouls à 65 ; point de chaleur à la peau ; la douleur latérale droite impose des limites à l'ampliation de la poitrine.

La malade raconte que sa maladie a débuté quinze jours auparavant par une douleur dans tout le côté droit de l'abdomen, dont le siége principal était à la région iliaque droite ; au début, il n'y avait pas d'ictère, lequel ne s'est manifesté que huit jours après l'invasion de la douleur. Enfin, deux ans auparavant, cette femme avait éprouvé une maladie tout à fait semblable, dont elle s'était parfaitement rétablie.— Cataplasmes, limonade, diète absolue.

Les 25 et 26 novembre, même état.

Le 27, la douleur hépatique et sous-hépatique est beaucoup plus vive et s'étend à tout l'abdomen, qui est tendu, ballonné ; et cependant point de mouvement fébrile, pouls à 70 ; point de nausées, point de vomissements. Evidemment la péritonite était généralisée, malgré l'absence de toute réaction fébrile. Nonobstant la contre-indication de l'état général, application de 15 sangsues à la région douloureuse, avec recommandation expresse d'arrêter l'écoulement du sang une heure ou deux après la chute des sangsues, l'expérience ayant appris que les sangsues appliquées chez les ictériques donnent souvent lieu à de grandes hémorrhagies, et que dans le cas présent, un écoulement de sang qui eût dépassé une certaine mesure aurait été funeste. On crut avoir arrêté l'écoulement du sang ; point du tout, le lendemain, à la visite, les piqûres coulaient encore ; la solution de perchlorure de fer les arrêta immédiatement,

Le 29 et le 30, pouls moyen, à 70 ; état adynamique des plus complets ; l'abdomen ballonné est plus douloureux que les jours précédents.

Le degré de cette douleur et par conséquent de l'inflammation était parfaitement traduit au dehors par l'état d'un sac herniaire ombilical qui, peu sensible à l'entrée de la malade, était devenu très-sensible le 27, et bien plus sensible encore le 29 et le 30. (C'est, suivant M. Cruveilhier, un excellent moyen de reconnaître l'état du péritoine dans les maladies de l'abdomen, que d'étudier l'état des sacs herniaires quand il en existe : c'est par un épanchement de sérosité dans le sac herniaire qu'il a reconnu plusieurs fois une ascite commençante, et diagnostiqué des phlegmasies aiguës et chroniques du péritoine.)

Le 1er décembre. Agitation, subdelirium, dyspnée, pouls débile, à 70. Mort.

Autopsie. — J'avais diagnostiqué, dit M. Cruveilhier, dès le premier jour, une hépatite avec péritonite plus ou moins localisée, consécutive à une rétention de bile. Les jours suivants, en réfléchissant sur ce fait, j'avais pensé qu'il n'était pas impossible que cet ictère fébrile avec hépato-péritonite n'eût pour point de départ une inflammation des conduits biliaires, énormément distendus par la bile, dont la rétention devait être complète, vu l'intensité de l'ictère. Les deux derniers jours, nous avions reconnu une recrudescence dans la péritonite, dont l'acuité n'était pas assez grande pour faire croire à une rupture des voies biliaires dans la cavité péritonéale.

Or l'autopsie a démontré :

1° Une péritonite à la fois pseudo-membraneuse et purulente. Le pus et la fausse membrane sont également teints en jaune ; la fausse membrane formait une couche mince, cohérente et adhérente, qu'on retrouvait sur toute la surface du péritoine, et plus particulièrement autour du lobe gauche du foie. Le pus formait une couche peu épaisse, demi-liquide, superposée à la fausse membrane.

2° Entre le lobe gauche du foie et l'estomac, nous trouvons plusieurs cuillerées de liquide épais fortement teint en bile, qui nous a paru n'être autre chose qu'un épanchement de bile.

3° La source de cet épanchement était non dans une rupture de la vésicule biliaire, laquelle n'existait qu'à l'état de vestige, mais dans la rupture d'abcès biliaires qui occupaient la face convexe du lobe gauche du foie. Ces abcès étaient au nombre de cinq ou six, groupés les uns contre les autres : deux s'étaient ouverts dans le péritoine ; leurs parois irrégulières, noirâtres, présentaient un aspect gangréneux : ils s'étaient développés à une petite distance du péritoine, dont la face adhérente était dénudée dans une certaine étendue.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique de la cautérisation, d'après l'enseignement clinique de M. le professeur A. BONNET *(de Lyon)*, par M. R. PHILIPEAUX, ancien interne des hôpitaux de Lyon, etc., etc. Ouvrage couronné par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, accompagné de planches intercalées dans le texte (1).

En parcourant l'ouvrage de M. Philipeaux, écrit sous l'inspiration de M. le professeur A. Bonnet, nous nous sommes d'abord demandé si le but que veut atteindre l'auteur, n'avait pas été dépassé. Oui, en voyant cette grande horreur de l'instrument tranchant, nous avons fini par craindre qu'il ne voulût nous faire rétrograder presque jusqu'aux temps qui ont précédé Ambroise Paré. Mais, malgré ses efforts, nous doutons qu'il fasse jamais admettre comme méthode générale l'amputation de la verge à l'aide du fer rouge cultellaire. Quant à nous, nous resterons de l'avis de notre premier et vénéré maître Boyer, qui disait « que la chirurgie de nos jours, devenue plus douce dans ses moyens, a rejeté l'emploi du feu dans ces cas. » Nous partageons aussi l'opinion de M. Morel-Lavallée, qui, à propos du mode de traitement préconisé par M. Bonnet pour la cure des fistules urinaires et des infiltrations d'urine, *s'effraye de ces nombreux cautères éteints dans les plaies* (Société de chirurgie, séance du 14 mai 1856).

(1) Un volume in-8°. Chez J. B. Baillière, à Paris.

Malgré ce qui précède, nous n'en sommes pas moins partisan du cautère actuel, mais dans des cas donnés. Nous ne doutons point en effet qu'on n'en puisse retirer de grands avantages : pour arrêter l'écoulement du sang fourni par de petites artères, dans les cas où la ligature ne peut être appliquée, aux conditions bien exposées par notre auteur (p. 219) ; — dans quelques cas exceptionnels de carie des os (p. 250), si avantageusement combattue, à défaut d'un traitement général vraiment efficace, par les injections iodées ; — dans quelques cas exceptionnels aussi d'érysipèle traumatique, ainsi que le conseillait Larrey (p. 286) ; — dans celui de la phlébite et de l'angioleucite, où elle a donné à M. Bonnet des résultats vraiment remarquables (p. 290, 315 et suiv.), mais pas plus remarquables toutefois que ceux que nous avons nous-même obtenu de l'application de la cautérisation avec la potasse caustique pour arrêter ces mêmes phlegmasies qu'on pourrait appeler *progressives* ; — dans le traitement des divisions anormales du voile du palais (p. 380) et de la rupture du périnée (p. 543), d'après les indications données par M. le professeur Jules Cloquet, qui emploie aussi, et avec le même succès, le nitrate acide de mercure (*auquel nous n'hésiterions pas à préférer le muriate d'or acide*), admirable méthode qui a ouvert à son auteur les portes de l'Institut ; — pour la cure radicale des hémorrhoïdes, où le cautère actuel se montre plus efficace peut-être encore que le caustique potentiel (p. 166), quoiqu'il faille reconnaître que celui-ci ait donné de bien remarquables résultats à notre ami Amussat, de si regrettable mémoire ; — mais surtout pour la cure radicale de la chute du rectum, où le feu seul peut agir efficacement (p. 473) ; — pour le traitement des fongosités du col de l'utérus, méthode instituée par Larrey, généralisée par M. le professeur Jobert (de Lamballe), et contre laquelle cependant il existe toujours de légitimes répugnances (p. 563).

Notre auteur n'a pas manqué de signaler aussi l'application du cautère actuel au traitement des maladies des articulations, médication locale conseillée dès la plus haute antiquité. Abandonnée plus tard, elle fut remise en honneur par Pouteau, adoptée par Percy, qui a pour ainsi dire *codifié* l'emploi du feu, et perfectionnée par notre illustre Larrey, qui en a peut-être exagéré l'emploi, mais n'en a pas moins très-bien démontré les avantages. Parmi les caustiques potentiels, qui peuvent, ce nous semble, suppléer quelquefois au bouton de feu, notre auteur n'a pas manqué de rappeler la pommade au nitrate d'argent (p. 583) si justement préconisée par M. le professeur Jobert (de Lamballe) ; quoique, selon nous, il faille considérer cet agent comme un moyen controstimulant plutôt que comme un véritable caustique, ce qui ne diminue en rien sa valeur thérapeutique.

M. Philipeaux a aussi rappelé une des plus heureuses applications du cautère actuel, c'est celle qu'on en peut faire à la cautérisation révulsive (*Cautérisation transcurrente*, p. 578), méthode aussi fort ancienne, remise en honneur par M. Jobert (de Lamballe), adoptée et développée par Valleix, qui a démontré son efficacité dans le traitement des névroses.

M. Philipeaux ne s'est pas contenté d'exposer les avantages de la cautérisation par le feu, et il a conçu son livre sur un plan beaucoup plus vaste, puisqu'il a voulu traiter de tous les moyens de cautérisation ; et en cela, s'il a réussi à remplir la tâche qu'il s'était donnée, il a comblé une véritable lacune dans la littérature médicale. Mais toutes ses appréciations des divers agents qu'on peut employer dans la cautérisation potentielle sont-elles toujours rigoureusement exactes ?..... C'est ce qui nous reste à examiner.

Et d'abord, reconnaissons avec notre auteur que le cautère actuel, que les divers cautères potentiels n'exposent, dans la grande majorité

4° Le foie était mou, volumineux, d'une couleur olive, comme imprégné de bile. Plusieurs sections profondes, faites çà et là dans son épaisseur, montrent la coupe des canaux biliaires énormément dilatés, remplis de bile jaune orangé un peu bistrée, qui s'écoule en abondance. Ces canaux sont d'ailleurs parfaitement sains, et présentent çà et là des ampoules et des plis circulaires qui ressemblent à de petites valvules incomplètes.

Ces sections démontrent dans l'épaisseur du foie la présence de plusieurs abcès biliaires, les uns superficiels, les autres profonds, à divers degrés de développement; les moins avancés étaient formés dans les conduits biliaires, dont les parois percées de trous se plissaient par la traction qui les détachait des parties voisines, et se continuaient manifestement avec les conduits biliaires. Dans les abcès plus avancés, l'inflammation avait dépassé les limites des canaux biliaires et occupait le tissu propre du foie.

Mais quelle était la cause de cette rétention de bile? On a vu que la vésicule biliaire était à l'état de vestige : c'était une petite poche sphéroïde, du volume d'un gros grain de raisin, remplie par une matière pultacée, semblable à du mastic de vitrier; elle adhérait très-intimement au côlon et au duodénum, mais sans aucune communication fistuleuse avec ces intestins. Un stylet introduit de haut en bas dans la cavité de la vésicule a pénétré dans une autre cavité dont elle était séparée par un léger rétrécissement et que remplissait un calcul biliaire ovoïde, rugueux à sa surface; point de canal cystique appréciable. Ce calcul biliaire, situé au niveau de la jonction des canaux hépathique et cholédoque, interceptait toute communication entre ces deux canaux, d'où la rétention de la bile; ce dernier canal (le cholédoque) était d'ailleurs perméable dans tout le reste de sa longueur.

Voici les réflexions dont M. Cruveilhier a fait suivre la relation de cette observation :

Toute l'économie de cette maladie découle des données fournies par l'anatomie pathologique.

L'ictère fébrile éprouvé par la malade deux ans avant son entrée à l'hôpital était une hépatite, et plutôt une cystite biliaire calculeuse qui s'était probablement propagée jusqu'au confluent des conduits cystique, hépatique et cholédoque, car la cystite biliaire seule ne donne pas lieu à l'ictère. La vésicule a suppuré; rien n'annonce qu'il y ait eu communication entre la vésicule et le côlon; cependant cela n'est pas impossible, vu leur adhérence intime. La vésicule du fiel, séparée depuis cette époque des voies biliaires, s'était ratatinée, et à la sécrétion purulente avait succédé une sécrétion d'apparence tuberculeuse, entretenue probablement par la présence du calcul biliaire. Un nouvel obstacle à la bile s'est produit par suite de la présence du calcul, probablement à l'occasion d'une phlegmasie nouvelle qui s'est établie autour de lui au point de réunion des conduits hépatique et cholédoque, d'où la rétention de la bile, distension des conduits biliaires depuis le tronc du canal hépatique jusqu'aux dernières radicules. La distension, qui a porté principalement sur ces dernières radicules, a eu pour conséquence leur inflammation, qui s'est propagée au tissu du foie, qui a usé les parois de ces radicules, d'où épanchement circonscrit de la bile dans le tissu propre du foie, abcès gangréneux.

La péritonite pseudo-membraneuse a été la conséquence de la propagation au péritoine de l'inflammation développée dans la portion du tissu hépatique subjacente au péritoine. Partielle à son entrée, cette inflammation pseudo-membraneuse s'est généralisée; ce n'est qu'en dernier qu'a eu lieu la péritonite purulente, laquelle a été le résultat de la perforation des foyers biliaires, purulents et gangréneux dans la cavité péritonéale.

La conclusion qui découle de cette observation, c'est que les abcès multiples du foie peuvent être aussi bien la conséquence de l'inflammation des voies biliaires que des divisions de la veine porte. Les abcès multiples du foie peuvent donc être indépendants de ce qu'on appelle infection purulente.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. DESPRÈS.

Abcès phlegmoneux du bassin consécutifs à des fractures de la colonne lombaire ou du col du fémur.

(Observations recueillies par M. GELLÉ, interne du service.)

OBS. I. — *Chute du premier étage. — Fracture de la douzième vertèbre dorsale et de la première lombaire. — Abcès péri-vésical. — Ouverture dans le péritoine. — Mort. — Autopsie.*

Le 25 mai 1856, est entré dans la salle Saint-Victor le nommé B... (Paul), âgé de soixante-cinq ans, dont voici l'histoire :

Le matin, il a essayé de se pendre à la rampe de l'escalier, au premier étage de l'infirmerie. La vieille bande usée dont il s'est servi dans ce dessein s'étant déchirée, le malheureux vint tomber sur le bord d'une voiture placée au rez-de-chaussée, et fut trouvé sans connaissance. Il présente l'état suivant :

Le sentiment est revenu presque aussitôt après l'accident. Le malade, couché sur le dos, immobile, est faible, étourdi de sa chute. On voit autour du cou un sillon ecchymotique, tracé de la suspension. Le blessé accuse surtout de la douleur au niveau des apophyses épineuses de la première vertèbre lombaire et des vertèbres voisines. Aucune trace d'ecchymose. Pas de mobilité anormale, pas de crépitation. Aucun signe général d'asphyxie. Pas de traces d'éjaculation, ce qui s'explique par le peu de temps qu'a duré la suspension. — Potion cordiale; cataplasmes laudanisés sur le rachis.

Le 26, le sentiment et la motilité sont rétablis, mais le malade ne peut se mouvoir sans pousser des cris. On explore le rachis : le dos est voûté; l'apophyse de la première lombaire est relevée, saillante, un peu hors de rang. Au-dessus d'elle une légère dépression, qu'un examen attentif rend très-sensible, annonce un écrasement du corps de la première lombaire; incurvation consécutive de la colonne, saillie de l'apophyse à angle saillant et postérieur. Aucune trace de paraplégie. — Ventouses scarifiées aux lombes.

Le 29, un peu de fièvre le soir. La douleur est toujours très-vive.

Le 30 (quatrième jour de l'accident), rétention d'urine complète depuis hier au soir, avec douleur au périnée, à l'hypogastre et aux reins. Cathétérisme facile; urine normale. — Un lavement, bouillon; potion diacodée.

Le 31, la rétention d'urine continue. Le toucher rectal fait découvrir une tumeur grosse comme un œuf, dure, lisse, sans lobes, qui remplit le bassin, très-douloureuse à la pression. Cette tumeur est située à un pouce au-dessus du plancher du périnée. En pressant avec le doigt, on fait sortir une urine purulente, fétide, par l'urètre. Le cathétérisme la ramène en grande quantité. La sonde manœuvre avec facilité dans la vessie. L'état général est mauvais; le malade s'affaiblit.

Le 1er juin, incontinence d'urine. Même état général. La tumeur pelvienne ne diminue pas.

Le 3, fièvre hectique, amaigrissement prononcé, langue sèche, soif vive. Douleur lombaire continuelle; douleur au périnée et à l'hypogastre, amenant l'insomnie, l'inappétence. Urines et selles involontaires, écoulement incessant d'une matière visqueuse, gluante par l'anus. Le toucher rectal fait toujours sentir la tumeur du bassin, dont un lobe est plus fluctuant; c'est le droit. Le cathétérisme, ainsi que le massage de la tumeur, amènent toujours une grande quantité de pus.

Cet état persiste jusqu'au 27 juin. Le malade s'affaiblit de jour en jour, une suppuration énorme l'épuise. Chaque matin le massage et le cathétérisme donnent issue à un verre de pus fétide.

Le 27 juin au soir, douleur déchirante dans le ventre, l'hypogastre: ballonnement, frissons, face grippée; pouls peu sensible, misérable; tous les signes d'une péritonite par perforation, qui enlève le malade le lendemain à neuf heures.

On a constaté par le toucher rectal la diminution de la tumeur pelvienne.

Autopsie. — L'examen porte sur deux lésions : la fracture lombaire et la tumeur du bassin.

La douzième dorsale et la première lombaire sont fracturées dans leur corps. La première, divisée en deux rondelles : l'une supérieure, l'autre inférieure, qui ont glissé en avant; la deuxième, partagée en trois ou quatre fragments par des lignes verticales. Ces fragments s'écartent par en bas, et le corps se trouve aplati. Les apophyses de la douzième dorsale et de la première lombaire sont relevées, et la colonne forme un angle saillant en arrière, au niveau de ces vertèbres. Le déplacement n'est pas considérable; le ligament vertébral antérieur limite l'écartement des fragments. La moelle ne présente aucune trace de compression.

Dans les deux gouttières vertébro-costales, en avant et sur le côté des corps vertébraux, le péritoine est soulevé par un épanchement peu épais, mais très-étendu, formé par du sang en partie résorbé, à l'état d'infiltration, depuis la fracture jusque sur le bassin, où il se continue avec les lésions suivantes :

D'abord, abcès gros comme une noix placé entre l'urètre et la symphyse; il est tout à fait isolé. Puis au niveau du cul-de-sac recto-vésical on trouve :

Le péritoine couvert de pus et de fausses membranes rosées. Le pus sort d'un orifice assez large, qui fait communiquer la cavité péritonéale avec un vaste clapier plein de pus, situé entre la vessie et le rectum. Le péritoine est décollé et soulevé, comme disséqué par la suppuration, de la partie postérieure et du bas-fond de la vessie. Cette membrane offre en cet endroit l'épaisseur d'une pelure d'oignon; elle est transparente, blanchâtre, encore assez résistante. La déchirure est oblongue, et placée à gauche. Au-dessous on trouve les fibres de la vessie disséquées, isolées, du reste fort épaisses, comme les parois de cet organe.

Du côté droit, la vésicule séminale est en partie détruite. On voit quelques traces de circonvolutions pleines de pus. En cet endroit, la paroi vésicale présente quatre à cinq gros orifices par lesquels le pus suinte facilement dans la vessie. Ces orifices, peu visibles du côté de la muqueuse vésicale, à cause de l'hypertrophie avec induration et des loges qu'elle présente, se voient bien en arrière.

Cet abcès ne s'ouvre pas dans le péritoine; il en est isolé par une couche indurée. Il communique largement avec celui du côté gauche. Celui-ci est plus large, monte plus haut que le précédent. La paroi antérieure du rectum forme son fonds, la vessie le limite en haut et en avant, et le péritoine en arrière; cette membrane, soulevée dans l'étendue de 3 centimètres carrés, est perforée à ce niveau.

Sur le côté, cet abcès touche la paroi du bassin, et en explorant par le rectum on trouve une résistance globuleuse partant de la partie gauche du bassin et s'étendant jusqu'à l'autre extrémité de son diamètre transverse, en se remplissant à droite.

La vésicule séminale gauche, le canal déférent sont compris dans l'abcès, et détruits.

La vessie est également percée en écumoire à ce niveau.

Le rectum est induré, épaissi; sa couche musculeuse un peu dissociée. Rien à la muqueuse. Aucune trace de tendance à l'ulcération de ce côté, comme pour la vessie.

La muqueuse vésicale est épaissie, bleuâtre; les parois de l'organe excessivement épaisses. On y trouve du pus mêlé à de l'urine. Le basfond communique avec les deux abcès au moyen des trous en écumoire, déjà décrits.

Les uretères, l'urètre, la prostate, les testicules, les organes pulmonaires, le foie, les intestins, sont à l'état normal.

OBS. II. — *Fracture intra-capsulaire du col fémoral. — Infiltration sanguine de la fosse iliaque. — Abcès du bassin péri-vésical. — Mort. Autopsie.*

Le 10 mai, le nommé Edet, vieillard de soixante-quinze ans, tombe sur la hanche droite et se fracture le col du fémur droit. La fracture reconnue, on se borne à lui mettre un lacs contre-extenseur, puis une botte dextrinée qu'on attache à la barre du lit.

Le 13, le blessé souffre seulement dans la hanche droite. — On lui donne trois portions.

Le 15, rien de nouveau. Le malade urine bien; il est constipé. — On lui donne 15 grammes d'eau-de-vie allemande.

Le 23 (quinzième jour de la fracture), rétention d'urine, fièvre (100 pulsations), inappétence, soif vive; douleur au périnée; selles douloureuses. Le toucher rectal, fort douloureux, fait découvrir sur la ligne médiane une tumeur grosse comme deux noix, dure et très-douloureuse à la pression; elle se confond avec la prostate, se trouve située un peu au-dessus du ligament de Carcassonne. Le doigt la limite bien sur les côtés, et l'isole des parois du bassin.

On diagnostique une prostatite.

Le cathétérisme fait sortir une grande quantité d'urine mêlée de

---

des cas, ni à l'érysipèle qui surgit après les solutions de continuité faites par le histouri une fois sur cinq, croyons-nous? érysipèle traumatique qui est toujours plus grave que l'érysipèle spontané (pages 7 et 280). Leur emploi n'est non plus jamais suivi de la phlébite, de la résorption purulente; ne donne jamais lieu à l'hémorrhagie : accidents qui se compliquent toujours de symptômes fort graves et qui souvent se terminent par la mort! Maintenant, tous les caustiques potentiels jouissent-ils également de cette immunité? Voilà ce que notre auteur, ce nous semble, n'a point assez examiné. Ainsi, pour en revenir un instant sur le cautère actuel, nous reconnaissons qu'il donne lieu rarement à l'érysipèle; mais enfin il peut le produire. Ainsi M. Desmarres, que M. Philipeaux cite en blâmant sa méthode, mais seulement au point de vue du résultat définitif, M. Desmarres a vu, à la suite de la cautérisation du sac pour obtenir son oblitération dans un cas de fistule lacrymale, survenir un érysipèle, qui heureusement n'a entraîné rien de compromettant ni pour l'œil ni pour la santé générale. (*Gazette des Hôpitaux*, année 1851, n° 65.)

Le cautère actuel n'est pas le seul mode de cautérisation qui puisse donner lieu à l'érysipèle, puisque la *Revue médicale* des 15 janvier, 16 et 31 mars 1851, qui renferme un mémoire de M. le docteur Costilhes sur les *nævi materni et les tumeurs érectiles*, cite un exemple d'un érysipèle erratique mortel développé chez un enfant âgé de quinze mois à la suite d'une seconde application de caustique de Vienne. Nous-même nous avons vu se développer un érysipèle erratique à la suite de cautérisations pratiquées dans un cas de cancer ulcéré du sein à l'aide du muriate d'or acide, agent précieux de cautérisation que nous croyons avoir introduit le premier dans la pratique chirurgicale, et dont M. Philipeaux ne paraît point avoir compris parfaitement le mode d'action.

Nous croyons, quant à présent, qu'il n'existe qu'un seul agent de cautérisation qui jouisse absolument de cette précieuse immunité de ne jamais produire l'érysipèle, c'est la potasse caustique. Nous en avons ailleurs exposé les raisons, qui ne sont pas tout à fait les mêmes que celles données par M. Philipeaux d'après les leçons de M. Bonnet (p. 40), et que nous avons le malheur de ne pas avoir parfaitement saisies. Mais si la cautérisation par la potasse caustique n'engendre jamais l'érysipèle, il faut reconnaître avec notre auteur (p. 138) qu'elle ne jouit plus des mêmes avantages quant à l'hémorrhagie. En effet, la potasse caustique, fluidifiant le sang, ainsi que le font tous les caustiques alcalins, peut dans certains cas (quand on l'applique, par exemple, au traitement des varices, p. 138) être suivie d'hémorrhagie. Il n'en est plus de même si on se sert de la pâte au chlorure de zinc, de la pâte de Canquoin, qui coagule le sang et devient un obstacle absolu à toute hémorrhagie, obstacle bien puissant, puisque ce caustique a pu être appliqué par notre auteur, et avec le plus grand succès, au traitement des *tumeurs érectiles*. C'est là une innovation importante, puisque l'emploi des épingles, si préconisé dans ces derniers temps, a déterminé dans un cas (entre les mains de M. Bonnet) une phlébite mortelle, et a été suivi dans un autre cas de la reproduction de la tumeur.

Quant à l'extirpation, tout le monde sait qu'elle cause toujours des hémorrhagies, et des hémorrhagies facilement mortelles (p. 194, 195 et 196).

Rappelons, à propos de tumeurs érectiles, qu'en 1834 un médecin du nom de Tarral avait déjà employé la cautérisation avec la potasse caustique (*Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. VI, p. 5 et 195); mais c'est avec toute espèce de raison que M. Bonnet lui préfère la pâte au chlorure de zinc. C'est ce même caustique que le célèbre chirurgien de Lyon a employé le premier dans le traitement des anévrismes. Mais, s'il existe une application vraiment merveilleuse (obs. XX, p. 202) dans un cas d'anévrisme de l'artère sous-clavière, on se demande si la ligature (à laquelle on ne pouvait pas songer pour le cas précédent, pas plus que pour celui qui le suit) et même la compression n'eussent point été préférables pour les obs. XXII, XXIII et XXIV empruntées à M. Girouard (de Chartres), qui a publié dans la *Rev. méd.-chirurg. de Paris* (année 1855) un beau travail sur l'emploi des caustiques. Quoi qu'il en soit de cette critique, nous n'en reconnaissons pas moins que M. Philipeaux en citant ces faits, qui sont en définitive d'un grand intérêt, a prouvé la curabilité des anévrismes, soit traumatiques, soit spontanés, à l'aide de la cautérisation; à la condition que ces lésions ne se soient jamais développées que sur des artères d'un médiocre volume (p. 197).

Nous croyons devoir encore attirer l'attention de nos lecteurs sur des faits fort curieux de cautérisation, toujours avec la pâte au chlorure de zinc, pour détruire l'épiploon irréductible et sphacélé après le débridement (obs. LXXVIII et LXXIX, p. 256), et enfin l'emploi immédiat du même genre de cautérisation dans des cas de hernies crurales et inguinales (obs. LXXX et LXXXIII); en tout, sept observations et *sept succès* dans des circonstances où il existait les plus justes motifs de redouter une issue fatale!

Quoi d'étonnant, qu'après de si remarquables résultats M. Bonnet et son élève fassent du caustique du docteur Canquoin un si grand éloge? C'est, en effet, un merveilleux agent de destruction dont nous nous servons journellement dans notre pratique, et qui nous a rendu d'immenses services. Mais nous n'avons eu occasion de rien voir qui soit comparable au fait rapporté par M. Philipeaux, celui d'un goître hématique trilobé ayant acquis un effrayant développement, et détruit

pus. La pression exercée sur la tumeur par le doigt introduit dans le rectum fait aussi couler du pus par l'urètre. — Quinze sangsues au périnée; lavement émollient.

Le 25, même état. La tumeur augmente; la rétention d'urine continue; le cathétérisme amène du pus, les pressions exercées sur la tumeur en font également sortir.

Le 29 et les jours suivants, la tumeur offre maintenant le volume du poing; elle a gagné la paroi latérale gauche du bassin, avec laquelle elle se confond. En arrière et en haut, le doigt ne peut la limiter. A droite, le doigt limite un bord antéro-postérieur qui dépasse un peu la ligne médiane, distant d'un centimètre et demi à peu près de la paroi du bassin de ce côté. Cette tumeur est immobile, non fluctuante, dure au toucher, lisse, sans inégalités. La rétention d'urine, complète, amène de la part du malade des efforts violents pour uriner. Les selles et le toucher rectal font souffrir. Le cathétérisme et le massage de la tumeur amènent chaque jour une énorme quantité de pus mêlé à de l'urine d'abord, puis du pus seul à la fin. La fièvre prend le caractère hectique; adynamie, amaigrissement; un peu de délire nocturne. — Potion tonique; sonde à demeure.

Le 30, le malade n'a pas pu garder sa sonde. Diarrhée; urines et fèces involontaires; délire, fièvre (110); langue sèche; affaiblissement extrême.

La tumeur n'a fait qu'augmenter, en conservant à peu près la même disposition et les mêmes rapports.

M. Després enfonce un trocart à hydrocèle par le rectum dans la tumeur; cette ponction donne issue à un verre de pus bien lié et très-fétide. On enlève la canule; on constate la diminution de la tumeur. Cathétérisme comme d'ordinaire.

Le 1er juin, la tumeur a repris le volume qu'elle avait avant la ponction; du reste, l'ouverture faite par le trocart s'est fermée, et le pus s'est accumulé dans le clapier. Le malade est dans un état de marasme excessif; les forces sont épuisées par la suppuration de chaque jour; délire la nuit; fièvre continue; eschares au sacrum.

Le 2 juin, mort dans la nuit.

Autopsie. — On trouve:

1° Fracture intra-capsulaire, qui n'offre rien de remarquable; aucune trace de consolidation.

2° Dans le bassin.

D'abord, sous le péritoine de la fosse iliaque droite, une infiltration sanguine assez étendue, qui va du ligament de Poupart au psoas, en couvrant toute la moitié interne du muscle iliaque. On n'a pas trouvé de communication avec l'articulation fémorale.

Cette ecchymose se perd sur les côtés de la vessie; là sont les altérations importantes.

En ouvrant le rectum par sa paroi postérieure, on voit, sur l'antérieure, la cicatrice de la piqûre du trocart faite le jour précédent; elle est cicatrisée par première intention. En décollant ses bords agglutinés, on pénètre dans une cavité placée au-dessous et en arrière de la prostate, descendant en bas jusqu'à la portion membraneuse de l'urètre, et communiquant en haut avec d'autres cavités ou foyers de pus que je vais décrire.

En avant et à gauche du rectum, réunissant ce viscère à la paroi du bassin, du tissu cellulaire induré, lardacé, qui circonscrit les abcès et réunit le rectum à la vessie.

C'est cette masse qui remplissait le bassin à gauche.

On trouve à son centre un foyer anfractueux, limité en avant par le bas fond de la vessie, criblé de trous en écumoire qui font sourdre le pus, en arrière par la couche musculeuse du rectum induré. Ce foyer s'ouvre en bas dans celui que j'ai décrit plus haut, et par conséquent s'est vidé par la ponction rectale; en haut, il est formé par le péritoine doublé d'une couche de tissu cellulaire induré. Le pus remonte de là le long du rectum, soulevant le péritoine du méso-rectum, puis de la fosse iliaque gauche, et remontant ainsi jusqu'à la base du rein gauche, sous le côlon descendant.

Toute cette nappe de pus est à l'état d'infiltration; le péritoine, transparent, laisse voir le pus étendu sous lui.

Du côté gauche, la vésicule séminale a disparu dans la suppuration; du côté droit, elle est en partie détruite par le pus, et complétement isolée du foyer gauche, mais s'ouvre également par cinq ou six trous ronds dans la vessie.

Le pus venait encore de la portion prostatique de l'urètre, à travers la prostate et les canaux prostatiques. Cette glande est grosse, rouge, pleine de sang, et traversée par le pus de la partie postérieure à la face urétrale.

Le péritoine est injecté, et offre quelques fausses membranes qui font adhérer les anses intestinales; nulle perforation.

La face interne de la vessie est bleuâtre, enflammée, baignée par du pus et percée d'orifices arrondis déjà décrits. Les testicules sont sains. Rien ailleurs.

A ces deux cas, je joins les deux suivants, que je dois à l'obligeance de M. Després:

Obs. III. — Le premier est un vieillard qui, après avoir reçu un coup violent sur la région rénale, est pris au bout de quelques jours de frissons, de fièvre et de rétention d'urine; puis le cathétérisme amène du pus; le toucher rectal fait découvrir une tumeur située au-dessus de la prostate, tumeur dure, douloureuse, non fluctuante au début.

Trois semaines après, le malade meurt dans le marasme d'une perforation du péritoine avec issue du pus dans cette cavité.

L'autopsie montre un abcès anfractueux situé entre le bas-fond de la vessie et la paroi antérieure du rectum, au-dessus de la prostate. La vessie est perforée en plusieurs endroits, le pus pénètre par ces pertuis dans le réservoir de l'urine.

Obs. IV. — Le deuxième cas est celui d'un nommé Brunet, qui, après s'être fracturé la colonne lombaire et avoir eu de la paraplégie complète, offrit les mêmes symptômes que le précédent.

Brunet, âgé de quarante-cinq ans, soutenait une roue de voiture à pierres de taille, la tête passe entre deux raies. Cette masse tombe sur ses épaules, le plie en deux et lui fracture la colonne lombaire.

Douleurs lombaires très-vives, déformation du rachis, gibbosité et paraplégie complète.

Au bout de quelques jours, rétention d'urine, urine purulente, tumeur dans le bassin; ces symptômes se prolongent pendant quelques semaines; chaque jour le cathétérisme et le massage amènent du pus fétide mêlé à l'urine.

Ce malade, épuisé par une longue suppuration compliquée de paraplégie, résiste cependant; l'abcès finit par se tarir, la paralysie diminue, et le malade sort au bout de sept à huit mois marchant appuyé sur deux béquilles.

Depuis il n'a éprouvé aucun accident du côté des organes génito-urinaires, mais la paralysie des membres a augmenté; le malade ne fait plus que quelques pas.

Dans le prochain numéro, nous publierons les réflexions qu'ont fait naître ces observations.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 janvier 1857. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Délire des aboyeurs. — M. Ancelon adresse la note suivante sur le délire des aboyeurs, variété de la danse de saint Guy, à l'occasion des communications précédentes de MM. Bosredon et Pize sur le même sujet.

Quand on suit avec une attention soutenue les deux époques les plus orageuses de l'enfance, dit M. Ancelon, la première et la seconde dentition, on s'aperçoit bientôt de l'empire qu'elles exercent l'une et l'autre sur l'économie animale en général, et sur le système nerveux en particulier. Sur trois cents enfants de six à quinze mois, chez lesquels l'évolution dentaire se préparait avec plus ou moins de difficultés, j'ai eu occasion d'en compter cent quatre-vingts dont un ou plusieurs membres alternativement ou simultanément paralysés, avec douleurs articulaires, eussent pu induire en erreur un observateur inattentif, et lui faire croire, comme à la plupart des parents effrayés, à l'existence d'une luxation, sans cause mécanique.

Ce phénomène étrange, qui se manifeste d'une manière brusque, disparaît et se reproduit pour s'évanouir de nouveau, sans que la thérapeutique ait besoin ou ait le temps d'intervenir: il semble avoir remplacé les convulsions de l'enfance devenues extrêmement rares. De ces cent quatre-vingts enfants, j'en retrouve encore soixante-quinze atteints de chorée, à l'époque de la deuxième dentition, c'est-à-dire à l'âge de six à onze ans.

Il n'y a pas bien loin des paroxysmes suscités par la deuxième dentition aux phénomènes initiaux de la chorée. Celle-ci débute ordinairement d'une manière lente, insensible et assez vague pour être toujours méconnue; ses premiers signes pathognomoniques, dans les formes les plus communes, consistent en de légers mouvements du bras, de la jambe, tantôt à droite, tantôt à gauche; puis bientôt la totalité des muscles est prise. La chorée des aboyeurs, au contraire, commence toujours par des convulsions de la face, qui se dissipent la plupart du temps pour faire place à des secousses brusques et fréquemment répétées du tronc et du diaphragme. Ce changement se manifeste d'abord par des hoquets fatigants; peu après, par un soufflement nasal semblable à celui d'un chien qui évente une bête fauve, puis enfin par des éclats de voix soudains et rapides. Du reste, point d'autres troubles apparents au premier aperçu. Seulement il est digne de remarque que la sensibilité morale est singulièrement pervertie chez les aboyeurs; ils sont vains, capricieux, irascibles et peu sociables: j'ajouterai avec Cullen, Bosquillon, Georges et Bouteille, qu'il existe toujours un léger « affaiblissement intellectuel et quelquefois même un premier degré d'imbécillité » sur lesquels il ne faut pas se hâter de porter un fâcheux pronostic.

Les recherches anatomo-pathologiques n'ayant point renseigné les praticiens sur la nature de la chorée, la thérapeutique de cette maladie est restée dans le vague, et le traitement en est livré à l'arbitraire. Une infinité de substances pharmaceutiques ont été tour à tour passées en revue, préconisées et rejetées dans l'oubli, mais, à mon sens, avec bien peu de discernement, car les succès et les revers portés au compte des médications, dépendaient uniquement de la marche naturelle de la maladie: la chorée, en effet, commençant sous l'empire de l'excitation dentaire, finit le plus ordinairement en même temps que celle-ci, abstraction faite de toute méthode curative. Ce sont les cas exceptionnels qui se prolongent, et ceux-là seuls sont la vraie pierre de touche des médications spéciales.

J'ai fait connaître ailleurs les succès que j'ai obtenus de l'administration d'un mélange de noix vomique et de sélin des marais pulvérisés, dans le traitement des choréiques. L'observation suivante de délire des aboyeurs montrera les modifications que j'ai cru devoir apporter, dans cette circonstance particulière, à ma méthode thérapeutique.

Louis L..., âgé de quatorze ans, s'est présenté à ma consultation en juin 1854. Atteint d'un délire des aboyeurs depuis l'âge de sept ans, son intelligence avait diminué en raison directe des progrès de son affection. Cette affection a commencé par des mouvements musculaires de la face. Il y eut d'abord peu ou point de soubresauts; puis sont venus des hoquets en forme de cris. Alors seulement les soubresauts (secousses du buste) ont été plus violents. Depuis trois ans il y a eu une foule de variantes qui ne peuvent être définies.

On remarque dans l'expression de ses traits une sorte d'hébétude sournoise et cruelle, dans sa pose je ne sais quoi de provoquant qui le rend redoutable au premier aspect. Toutes les fonctions, interrogées avec soin, se trouvent être dans un état d'intégrité parfaite.

En examinant la colonne vertébrale, on développe à la pression, entre la troisième et la quatrième vertèbre cervicale, une sensibilité des plus vives; il semble même que cette pression douloureuse provoque les aboiements.

Ce qui a été désigné sous le nom de secousses, ce sont des vibrations du diaphragme, des muscles du tronc qui ébranlent la tête et le buste, et produisent, suivant que les convulsions maintiennent la bouche fermée ou béante, un simple souffle nasal ou un éclat de voix formidable, véritable aboiement.

Préoccupé de la sensibilité développée dans la région cervico-vertébrale, j'en fis l'objet d'une indication particulière, et je prescrivis des ventouses scarifiées, *loco dolenti*. L'enfant me revint au bout de quinze jours, sans avoir obtenu d'autre amendement de trois applications de six ventouses faites à quatre ou cinq jours d'intervalle, qu'un peu de diminution dans la sensibilité intervertébrale. Un séton, passé un peu au-dessus du siége de la douleur, diminua au bout d'un mois et demi le nombre et la violence des aboiements; puis l'usage de 60 centigrammes de noix vomique et de 12 grammes de sélin des marais par jour, concurremment avec le séton, dont l'action bienfaisante s'était singulièrement ralentie, amenèrent une cure radicale qui ne s'est point démentie. (Commission nommée.)

— M. Alquié adresse une réclamation de priorité à l'occasion d'un mémoire *sur l'emploi du séton filiforme aidé de la compression dans le traitement des tumeurs abcédées et en particulier des bubons*, mémoire lu par M. Bonnafont dans la séance du 8 décembre 1856. (Renvoi à l'examen des commissaires nommés pour le mémoire de M. Bonnafont: MM. J. Cloquet et Jobert de Lamballe.)

— Un mémoire imprimé de M. Chapelle, ayant pour titre: *De l'épidémie de choléra qui a régné dans le département de la Charente pendant l'année 1855*, est renvoyé, conformément à la demande de l'auteur, à l'examen de la section de médecine constituée en commission spéciale pour le concours du prix Bréant.

DE L'EMPLOI

DE L'IODURE DE CHLORURE MERCUREUX EN POMMADE

dans les engorgements de l'utérus.

Par M. le Dr F. Rochard.

(Communiqué à l'Académie des sciences, séance du 22 décembre 1856.)

Par des considérations et des faits qu'il n'est pas encore opportun d'exposer à l'Académie, j'ai été conduit à appliquer aux développements hypertrophiques et subinflammatoires du col de l'utérus, la médication topique qui m'a donné de si beaux résultats dans le traitement de la scrofule, et de certaines affections rebelles de la peau (Voir le compte rendu de la séance du 20 avril 1846.)

Voici le résumé des faits nouveaux que j'ai observés:

Lorsqu'on applique sur le col de l'utérus engorgé, pendant cinq heures si le col est seulement engorgé, et pendant trois heures si l'engorgement est compliqué d'ulcération, un plumasseau de charpie enduit de la pommade d'iodure de chlorure mercureux dont j'ai publié la for-

à l'aide de nombreuses applications de ce même caustique, dirigées avec un rare talent par M. Desgranges. Ce dernier fait, qui n'est pas le seul, nous donne un des plus beaux résultats qu'on puisse obtenir à l'aide de la cautérisation, alors surtout qu'il n'existait aucun moyen de songer à l'emploi du bistouri. M. Philipeaux cite encore une belle application du même caustique, quoique entourée de plus de difficultés, à la destruction d'une tumeur fongueuse de l'œil. (Obs. XLVIII, p. 336.) Quant à celles faites par M. le docteur Desgranges au traitement des polypes naso-pharyngiens et naso-palatins, nous ne craignons pas de déclarer que ces applications de caustiques (p. 358, obs. LIV et LV) nous effrayent, à cause de leur difficulté et des dangers qu'elles doivent entraîner après elles, presque à l'égal de l'opération chirurgicale pratiquée avec un admirable talent par M. le professeur Nélaton, et qui consiste à diviser le voile du palais et la voûte palatine pour arriver à la racine du polype, qu'il attaque aussi par la cautérisation, mais pratiquée à l'aide du cautère actuel ou du caustique de Filhos.

M. Philipeaux n'a pas manqué, à propos du traitement des tumeurs cancéreuses (page 229 et suiv.), de parler d'un caustique dont on a fait grand bruit dans ces derniers temps: nous voulons parler du *caustique de Landolfi*. Il a prouvé que cet agent de cautérisation n'est pas beaucoup plus favorable que le caustique Canquoin. Il leur préfère, pour le cancer et les tumeurs épithéliales des lèvres, le cautère actuel, sans légitimer sa préférence par aucun fait à l'appui. (P. 370.) Du reste, aucun de ces modes de cautérisation n'empêche la récidive; mais, en outre, le caustique de Landolfi permet des hémorrhagies qui peuvent être fort redoutables, ainsi qu'il nous est arrivé dans l'application que nous en avons faite au traitement d'une tumeur fibreuse du sein, que nous avons ensuite parfaitement réussi à détruire, et sans aucun accident, à l'aide de la pâte au chlorure de zinc. Nous avons eu aussi l'occasion d'appliquer le caustique du chirurgien de Naples au traitement de cicatrices squirrheuses qui avaient succédé à l'ablation de glandes cancéreuses pratiquée à l'aide du bistouri. Pour quelques jours, nous avons cru à un succès qu'un avenir peu attendu a démenti. Les dernières cicatrices n'ont pas tardé à reprendre le même aspect que les premières, et de nouvelles glandes se sont développées dans l'épaisseur du même sein.

M. Philipeaux trouvera peut-être que nous avons traité son livre sévèrement, c'est qu'en effet nous l'eussions voulu plus parfait encore. Nous eussions voulu que tout en restant fidèle aux exigences de son titre il ne se fût pas montré si exclusivement opposé à l'emploi du bistouri, et qu'en énumérant tous les caustiques qu'on peut mettre en usage pour remplacer l'instrument tranchant il se fût efforcé d'en mieux spécifier les actions diverses sur nos tissus, sur notre système nerveux, de manière à complétement édifier le lecteur sur les avantages et sur les inconvénients de chacun de ces agents de destruction. Quoi qu'il en soit cependant de nos critiques, nous ne terminerons pas sans déclarer que si M. Philipeaux n'a pas fait un livre irréprochable, il n'en a pas moins fait un livre éminemment utile et que tout médecin, tout chirurgien aimant son art voudra avoir dans sa bibliothèque et consulter souvent.

Dr A. Legrand.

Nouvelle méthode de compression par les appareils élastiques, par M. Philippe Bourjeaurd, ancien chirurgien de la marine. — In-8°. — Prix, 50 c. A Paris, dans toutes les librairies médicales; chez l'auteur, rue des Beaux-Arts, 11; et à Londres, 11, Davies Street (Berkeley Square).

mule (75 centigr. de sel pour 60 grammes d'axonge), on observe les phénomènes suivants :

1° S'il n'y a pas d'ulcération, le plus souvent les femmes n'éprouvent aucune sensation particulière ; quelquefois elles ressentent, à partir de la troisième heure, une légère chaleur dans la région hypogastrique ;

2° S'il y a ulcération, la sensation de chaleur se manifeste très-promptement, et est habituellement suivie de douleurs qui peuvent acquérir une certaine acuité.

Dès qu'on a enlevé le pansement, la sensation ou même les douleurs se dissipent promptement : dans quelques cas exceptionnels un bain est nécessaire pour faire disparaître toute sensation désagréable.

Le col de l'utérus examiné après le pansement apparaît plus volumineux qu'avant.

S'il n'était pas ulcéré, il s'est formé sur toute la surface de la muqueuse atteinte par la pommade, une exsudation d'un blanc grisâtre mince, pouvant acquérir une épaisseur d'un millimètre, d'une consistance un peu moindre que l'albumine cuite.

Traitée par l'acide chlorhydrique concentré et le tannin, cette exsudation a donné les réactions de l'albumine.

Examinée au microscope, on n'y a constaté ni pus, ni épithéliums, ni fibres, mais seulement une masse granuleuse, transparente, paraissant tout à fait amorphe.

Lorsque le col est ulcéré, la même exsudation se forme, mais elle ne reste pas adhérente à la muqueuse et s'enlève avec le pansement, dans ce cas, elle renferme quelques débris d'épithélium déformé.

Outre cette exsudation, la charpie qui a servi au pansement est toujours imbibée d'un liquide séreux quelquefois assez abondant pour s'écouler au dehors et former des taches grisâtres sur le linge des malades. Si le col est ulcéré, cette sérosité prend une teinte roussâtre, rarement sanguinolente.

Pendant les jours qui suivent le pansement, le coagulum exsudé se détache peu à peu ; le volume du col diminue et devient moindre qu'il n'était avant l'application du topique. S'il y avait induration (ce qui a lieu presque constamment), cette induration est beaucoup moindre, même dès le lendemain du pansement.

Au bout de huit, dix ou douze jours, l'amélioration ne faisant plus de progrès, on renouvelle le pansement, qui donne lieu aux mêmes phénomènes, mais moins prononcés ; et après deux, trois, quatre ou cinq applications faites aux mêmes intervalles, le col est habituellement ramené à son volume normal ; les ulcérations se cicatrisent.

Les malades qui, dès la première applications, se sentent *moins lourdes*, sont débarrassées de toute sensation pénible, surtout celles qui n'avaient pas d'ulcération. Celles-ci ne se remettent qu'après un temps plus long. Les autres peuvent habituellement marcher avec facilité après la seconde application, même quand la marche leur était impossible auparavant.

Un mot maintenant sur le mode de pansement qu'il importe d'exécuter avec soin pour obtenir des effets réguliers.

1° On prépare un plumasseau de charpie d'une épaisseur convenable et d'une dimension un peu plus grande que le volume du col. Son centre seul est enduit d'une couche légère de pommade, afin que les bords restés secs défendent la muqueuse vaginale du contact du médicament, qui y pourrait occasionner de l'inflammation ;

2° On découvre le col le plus complétement possible au moyen d'un spéculum trivalve à développement brisé, plus large à son extrémité utérine ;

3° On nettoye avec soin le col des mucosités plus ou moins gluantes qui le recouvrent, soit avec de la charpie sèche ou humide. Si l'adhérence des mucosités est telle qu'on ne puisse les détacher facilement, mieux vaut, quelques heures avant le pansement et même la veille, appliquer sur le col un tampon d'ouate imbibée de glycérine, qui a la propriété de les dissoudre complétement ;

4° Le plumasseau est porté sur le col, soit avec une longue pince à pansement, soit, et mieux encore, avec un long tube de bois ayant intérieurement un calibre du diamètre du col, et dans lequel glisse un mandrin qui applique d'une manière intime le plumasseau sur le col lui-même :

5° Le plumasseau une fois placé, on remplit le vagin de boulettes de ouate et on retire le spéculum.

Pour enlever le pansement, on introduit progressivement dans le vagin un spéculum bivalve, puis on saisit les boulettes de ouate successivement, ainsi que le plumasseau, qui se détache avec facilité. On termine en pratiquant une injection pour laver les parties.

Les observations qui servent de base à ce travail n'ont pas été seulement recueillies dans ma pratique particulière ; elles ont été faites aussi à la Maison municipale de santé, service de M. Monod, suppléé par M. Demarquay ; dans le service des Cliniques de M. le professeur Nélaton, suppléé par M. Richard ; et enfin dans le service de M. Piedagnel, à l'Hôtel-Dieu, où elles se continuent encore.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 novembre 1856. — Présidence de M. CARON.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL annonce à la Société la mort de M. le docteur Thore père, médecin à Sceaux, qui a succombé à une hémorrhagie cérébrale le 16 octobre.

Membre titulaire de la Société depuis près de trente ans, ce n'est qu'au commencement de cette année que notre confrère avait désiré changer ce titre contre celui d'honoraire, ce qui ne l'empêchait pas de venir fréquemment assister à nos séances et prendre part à nos travaux. Modeste dans sa mort comme pendant sa vie, M. Thore n'a pas voulu que l'on prévînt ses collègues avant ses funérailles ; la Société n'a donc pu être représentée dans cette triste cérémonie. Mais elle n'en sent pas moins le besoin d'exprimer par l'organe de son secrétaire général toute la douleur qu'elle ressent de cette perte, dont pourra seule la consoler la pensée que M. Thore laisse un fils, digne héritier de son talent, médecin instruit, l'un des membres correspondants les plus actifs de la Société, et qui par ses intéressantes communications continuera longtemps encore parmi nous les traditions de son père.

Plaies et opérations par instrument tranchant. Erysipèle. — M. MATTEI, à l'occasion du procès-verbal, revient sur l'opinion généralement admise, et qu'il partage, que c'est aux substances irritantes dont se compose en partie le diachylon qu'il faut attribuer l'inflammation de la peau déterminée par les bandelettes agglutinatives de sparadrap. Il croit que l'on pourrait avec avantage leur substituer celles dont se servait Mayor ; ces bandelettes consistent en une toile qu'on enduit de colle de pâte ; il suffit, quand elles sont sèches, de les humecter légèrement avec une éponge mouillée ; elles recouvrent ainsi la propriété adhésive qu'on exige des agglutinatifs, et, n'irritant la peau en aucune manière, ne déterminent pas d'érysipèle.

M. FOUCART fait observer que, bien qu'il ne pense pas que le cuir chevelu soit plus sujet aux érysipèles que les autres parties du corps, il ne se sert jamais cependant de diachylon dans les plaies de tête, et bien rarement dans les plaies qu'il est appelé à traiter après les accidents. Il a presque toujours recours à la suture entortillée pour obtenir la réunion immédiate, et dans le plus grand nombre des cas il en retire de grands avantages. Pour tout pansement, il emploie des compresses imbibées d'eau fraîche.

M. CARON, que ses fonctions mettent à même d'avoir souvent à donner des soins à des gens affectés de plaies de tête, se borne dans ces cas à un bandage simple, établi de manière à prévenir l'écartement des lèvres des plaies, et à l'emploi de l'eau fraîche ; jamais il n'a vu d'érysipèle survenir sous l'influence de ce traitement.

M. DUPERTUIS pense, contrairement à ce qui a été dit dans la séance précédente, que les érysipèles sont plus fréquents à la suite des plaies par écorchures, par égratignures ou par contusions ; il rapporte le fait d'un ouvrier chez lequel la chute d'une planche avait déterminé une plaie triangulaire à la tête ; un pansement fort simple, dans lequel le lambeau fut remis en place sans emploi d'aucun moyen de réunion immédiate, suffit pour amener une prompte guérison.

C'est dans ces sortes de plaies surtout, ajoute M. Dupertuis, qu'on observe la tendance de la nature à opérer le rapprochement des parties divisées, tendance qui se manifeste aussi bien dans les plaies avec perte de substance, que dans celles, quelle que soit leur cause, où il n'y a que simple division de tissus.

M. RAMON a observé plusieurs fois, et dernièrement encore sur un enfant qui par suite d'une chute avait une plaie profonde à la partie supérieure du front, dans laquelle il n'y avait cependant pas dénudation des os, qu'il y avait peut-être inconvénient à opérer une réunion immédiate, c'est à cette réunion hâtive qu'on voit succéder des abcès avec un décollement quelquefois très-étendu du cuir chevelu, ce qui est arrivé chez l'enfant dont il est question. On avait maintenu les lèvres de la plaie au moyen de bandelettes de taffetas d'Angleterre ; la cicatrisation fut prompte ; mais au bout de quelques jours, une collection de pus s'étant formée, il devint nécessaire de pratiquer une ouverture au-dessus de l'arcade sourcilière. Un traitement simple, dans lequel on laisse à la nature le soin du rapprochement et de la cicatrisation des lèvres de la plaie, est donc le seul qui paraisse convenable à M. Ramon, surtout quand ces plaies sont produites par un corps contondant, bien que parfois elles ne diffèrent en rien, en apparence, de celles qui auraient été déterminées par un instrument tranchant.

Cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal. — M. MAGNE lit un mémoire complémentaire du travail qu'il a publié en 1850 sous ce titre : *De la cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal.* Dans ce premier travail, M. Magne s'était chargé de prouver que tous les moyens connus échouent dans le traitement de la fistule lacrymale, et il avait proposé, pour obtenir la cure radicale de cette affection, *une nouvelle méthode de cautérisation du sac lacrymal*, laquelle, bien appliquée, a pour but de déterminer une inflammation adhésive et la guérison définitive.

M. Magne rappelle que depuis lors il a entretenu l'Académie des sciences et la Société de médecine pratique des heureux et nombreux résultats obtenus par sa méthode.

Le mémoire que M. Magne présente aujourd'hui traite de plusieurs cas exceptionnels où son procédé appliqué avait semblé échouer, et a été couronné de succès quand les obstacles tout à fait anormaux ont été reconnus.

Notre collègue donne ensuite communication du procédé qu'il a perfectionné, et qui est beaucoup plus simple que celui qu'il employait en 1850.

Le premier temps comprend la *ponction du sac*, qu'il pratique de haut en bas, à un millimètre en dedans du tendon du muscle orbiculaire et sur la même ligne.

Second temps. — M. Magne introduit entre les lèvres de la plaie un spéculum qu'il a appelé *dilatateur du sac*, et fait pénétrer jusqu'au fond du sac son *porte-caustique* chargé de beurre d'antimoine ; il le dirige de manière à attaquer l'embouchure des conduits lacrymaux.

Une compresse fenêtrée enduite de cérat, un plumasseau de charpie, une compresse carrée et un bandage monocle constituent le pansement.

Le douzième jour, la cicatrisation est complète.

S'appuyant sur de nombreuses observations de guérison dont ont été témoins plusieurs de nos confrères, et entre autres M. Mouzard, secrétaire général de la Société médicale du 1er arrondissement, M. Magne propose de nouveau, comme méthode générale, la *cautérisation du sac lacrymal*.

M. COURSSERANT soutient que toute méthode qui a pour résultat définitif d'établir une communication facile entre le sac lacrymal et les fosses nasales, amène forcément la cure radicale. En effet, la tumeur lacrymale reconnaissant le plus souvent pour cause une lésion organique particulière qui change le mode de sécrétion de la muqueuse du sac et les fistules capillaires spontanées ou artificielles, démontrant que les liquides et les mucosités contenues dans le sac ou sécrétées par lui, ne tardent pas à rentrer dans des conditions normales (pourvu toutefois qu'il n'y ait pas carie des os), on ne peut admettre qu'une communication établie par l'art entre le sac lacrymal et les fosses nasales, telle qu'on l'obtient par le procédé de M. Reybard, par exemple, soit impuissante à faire cesser le larmoiement et les autres complications de la tumeur lacrymale. Au reste, les faits nombreux de guérisons publiés par M. Reybard ne permettent aucun doute à cet égard.

Quant à l'oblitération du sac, il en admet l'opportunité, mais seulement comme *ultima ratio*, alors que tous les autres moyens de traitement ont échoué, et il ajoute que cette opération devant mettre les malades, après un temps plus ou moins long, dans la position à peu près où se trouvent ceux qui sont affectés d'oblitération congéniale des points et conduits lacrymaux, il est facile de comprendre pourquoi les chirurgiens ont tenté une opération qui devait imiter ce que la nature fait quelquefois spontanément, sans plus d'inconvénient pour les malades que la présence d'une gouttelette transparente qui apparaît au grand angle de l'œil, à des intervalles plus ou moins éloignés.

D'un autre côté, si les observateurs avaient fait plus d'attention à ce qui se passe dans cette circonstance, ils se seraient bien gardés d'expliquer la diminution du larmoiement, après l'oblitération du sac, par une diminution probable dans l'activité fonctionnelle physiologique de la glande lacrymale, diminution d'activité due, d'après lui, à la suppression d'une partie de l'appareil lacrymal.

Dans ce cas, le larmoiement diminue, parce que la conjonctive et consécutivement la glande lacrymale, n'étant plus irritées par les mucosités et les liquides âcres et irritants qui refluent par les points lacrymaux, tendent à revenir peu à peu à leur mode physiologique de sécrétion, laquelle est peu marquée tant que des causes ou morales ou physiques ne viennent point solliciter une sécrétion exagérée de l'appareil glandulaire de l'œil.

M. MAGNE. Notre collègue n'a pas suffisamment tenu compte des explications contenues dans le travail que j'ai eu l'honneur de lire à la Société. Je n'ai prétendu en aucune façon nier des guérisons obtenues à l'aide d'autres procédés que le mien. Ce que j'ai dit et ce que je répète, c'est que toutes les méthodes connues ne mettent pas à l'abri des récidives et ne guérissent que pour un temps. Etablissez une communication artificielle entre le sac lacrymal et les fosses nasales, vous ne préviendrez pas le retour de l'inflammation dans l'appareil lacrymal ; la *cautérisation du sac lacrymal* pratiquée avec un caustique capable de produire une inflammation adhésive et partant *l'oblitération du sac*, constitue la seule méthode susceptible de déterminer une *cure radicale* par ce motif que *sublata causa tollitur effectus*.

Je n'admettrai jamais en saine chirurgie que des fistules capillaires, (puisqu'il vient d'en être question), puissent être considérées comme des guérisons. Singulière chirurgie que celle qui consisterait à substituer une infirmité à une autre infirmité, et qui se déclarerait satisfaite.

Quant aux hypothèses physiologiques destinées à expliquer la diminution toujours et la suppression souvent de l'écoulement des larmes, que ces hypothèses ne soient pas suffisamment justifiées, c'est possible, mais du moins le fait existe incontestable, et c'est sur ce fait que je me suis basé *pour ériger en méthode générale l'oblitération du sac* : c'est là le titre que je revendique, puisqu'il est bien prouvé que *tous les auteurs ont considéré avant moi l'oblitération du sac comme une méthode exceptionnelle.*

Je me résume, tous les procédés connus ne guérissent que provisoirement la fistule lacrymale, et après un traitement de longue durée, dans la plupart des cas ; la cautérisation du sac pratiquée d'après mon procédé, guérit radicalement, et n'exige que douze jours de traitement.

Le secrétaire annuel, Dr RAMON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret des 31 décembre 1856 et 7 janvier 1857, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. Baëlen, médecin aide-major de 1re classe ; Merche, vétérinaire en 1er ; et Bachon, médecin aide-major de 2e classe.

— M. Adolphe Laffon de Ladébat, ancien chef de bureau au ministère de l'agriculture et du commerce, membre du comité consultatif d'hygiène publique de France est mort le 30 décembre dernier. Dans les diverses fonctions qu'il a remplies, au ministère de l'intérieur ou au ministère du commerce, M. Laffon de Ladébat avait eu de nombreuses relations avec nos confrères, et tous avaient pu apprécier son urbanité, son savoir, la droiture et la fermeté de son esprit.

— Le bureau de la Société de médecine pratique se trouve ainsi composé pour l'année 1857 :

Président, M. Paul Dubois ; vice-présidents, MM. Bossu et Ramon ; secrétaire général, M. Foucart ; secrétaire annuel, M. Magne ; vice-secrétaire, M. Jozias ; trésorier, M. Caron.

— La prochaine séance de la Société médicale du Panthéon aura lieu demain mercredi 14 janvier, à huit heures très-précises du soir, à la mairie, place du Panthéon.

L'ordre du jour est ainsi composé : 1° Discussion sur l'épilepsie ; 2° de la ponction scléroticale dans l'abaissement de la cataracte, par M. Courserant ; 3° communications diverses.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS.

Le mercredi 11 février 1857, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, rue Neuve-Notre-Dame, 2, pour la nomination de deux places de médecin au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

MM. les docteurs qui voudront prendre part à ce concours devront se présenter au secrétariat de l'administration, pour y prendre connaissance des conditions d'admission et se faire inscrire du lundi 12 janvier 1857 au lundi 26 du même mois inclusivement, de midi à quatre heures de relevée.

Le secrétaire général : signé, L. DUBOST.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 6. — JEUDI 15 JANVIER 1857. (30e ANNÉE.) N° 6. — JEUDI 15 JANVIER 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois moi 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 14 JANVIER 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur les kystes ovariques a continué. M. Moreau est monté à la tribune pour déclarer que cette discussion n'avait rien changé à ses convictions. Il pense aujourd'hui, comme le premier jour, que le plus sage est de n'opérer que le plus tard possible, c'est-à-dire lorsque le kyste a acquis un volume tel qu'il en résulte un trouble notable des fonctions et un danger réel pour la vie des malades, et il conseille, dans ce cas, de s'en tenir à la ponction palliative. M. J. Cloquet a pris la parole uniquement pour soutenir ces conclusions de M. Moreau, qui sont aussi les siennes.

Ces conclusions remettraient les choses exactement au même point où elles en étaient bien antérieurement à la discussion, c'est-à-dire avant l'introduction dans la pratique de la méthode dont cette discussion semble moins avoir eu pour objet de contester les avantages que d'en apprécier les indications et d'en régler l'emploi. Quelque respectable que soit l'opinion de ces deux honorables membres, il est aisé de prévoir que telle ne sera pas la conclusion du plus grand nombre des médecins qui auront suivi avec attention toutes les phases de cette discussion.

M. Velpeau a repris la parole dans le double but de combattre quelques points du discours de M. Guérin, et de compléter ce que le manque de temps ne lui avait pas permis de développer suffisamment dans sa précédente argumentation. M. Guérin, dans la dernière séance, avait incidemment énoncé un fait qui a surpris, et qui devait effectivement surprendre, autant par ce qu'il présentait de nouveau et d'insolite dans le fond, que par la forme même sous laquelle il a été introduit dans la discussion, et par l'insuffisance des développements qui eussent été nécessaires à son intelligence. M. Velpeau, nous regrettons de le dire, a abusé un peu de ces conditions défavorables à une discussion sérieuse, en ne s'attachant qu'à ce que la proposition de M. Guérin avait en apparence de paradoxal et de contraire aux notions physiologiques reçues, au lieu de l'examiner avec l'attention et la maturité qu'elle réclamait. Nous espérons que dans la prochaine séance M. Guérin rétablira au fait qu'il a avancé la véritable signification qu'il entend lui donner, et que la discussion, si elle doit continuer sur cet incident, trouvera ainsi une base plus sérieuse et plus solide. — Dr Brochin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. DESPRÈS.

Abcès phlegmoneux du bassin consécutifs à des fractures de la colonne lombaire ou du col du fémur (1).

Les quatre observations que nous venons de rapporter présentent entre elles une grande analogie. On voit des abcès à la région périnéale consécutifs, dans trois cas, à une fracture de la région lombaire du rachis; dans un autre, à une fracture du col du fémur. Dans les deux premiers cas, j'ai pu constater un épanchement sanguin, ou mieux une infiltration sanguine sous-péritonéale partant du foyer de la fracture et descendant dans le bassin, sur le devant du rectum. Pour la fracture lombaire, l'infiltration, née de chaque côté du corps de la vertèbre fracturée, descendait le long des gouttières vertébro-coxales, suivait l'uretère, les vaisseaux hypogastriques jusqu'au bas fond de la vessie. Pour la fracture du col fémoral, l'infiltration partait de la fosse iliaque et descendait de là sur le périnée. Les accidents ne se manifestèrent dans aucun cas avant le quatrième jour, mais apparurent toujours avant le treizième. La rétention d'urine, la douleur au périnée, aux lombes et à l'hypogastre; la fièvre, surtout le soir, avec des frissons irréguliers, se montrèrent constamment. Le cathétérisme donnait issue à de l'urine mêlée avec du pus fétide. Le toucher rectal faisait reconnaître la présence d'une tumeur dure, non fluctuante, mais qui ne tardait pas à se ramollir et à donner une sensation de fluctuation. Cette tumeur, siégeant à 3 centimètres du périnée, s'élevait de plusieurs centimètres dans le bassin; placée au-devant du rectum, elle était située plus haut que la prostate, se confondant quelquefois avec elle, s'en trouvant d'autres fois séparée par un sillon. Sa forme, son volume, ses diamètres, sa consistance pouvaient être exactement appréciés.

En général, dans les cas de ce genre, le pus sort au dehors par la vessie, et il est assez remarquable que le plus souvent la rétention d'urine annonce presque sûrement la présence du pus dans la vessie.

Chez le premier malade, la rétention a précédé la purulence de l'urine de douze heures; il en résulte que si l'on arrivait à toucher le malade avant la manifestation de la rétention d'urine, on constaterait la présence de la tumeur avant que les parois de la vessie fussent ulcérées; d'où la possibilité d'instituer peut-être un traitement préventif.

La durée de la maladie est longue, pas moins de trois à quatre semaines, quelquefois beaucoup plus (six à huit mois). Les blessés ne peuvent supporter une suppuration aussi longue et aussi abondante sans que l'état général s'en ressente; alors surviennent l'amaigrissement, l'épuisement des forces, des troubles des fonctions digestives; puis apparaît la fièvre hectique, et enfin le marasme et la mort. Dans deux cas signalés plus haut, la mort est arrivée rapidement; elle a été produite par une perforation du péritoine avec épanchement du pus dans la cavité séreuse.

Le diagnostic n'est pas toujours facile. En effet, la rétention d'urine peut être attribuée à la paralysie; la suppuration peut faire croire à une cystite provoquée par le séjour de l'urine; mais si ce symptôme ne débute que quatre à douze jours après l'accident, si les membres sont sains, et si le toucher rectal indique l'existence d'une tumeur dans la région que nous venons d'indiquer, le diagnostic s'établit d'une manière certaine.

Si, comme pour la quatrième observation, la fracture lombaire est compliquée de paraplégie complète, la rétention d'urine n'est plus aussi caractéristique; mais la présence du pus dans l'urine et l'existence de la tumeur pelvienne tirent d'embarras.

A ces signes nous pouvons ajouter que dans les affections de cette nature les organes génito-urinaires étaient sains avant l'accident, et que des symptômes ne se sont montrés que plusieurs jours après. Enfin, le siége de la tumeur plus haut que la prostate et sur un des côtés de la ligne médiane, la marche de cette affection plus rapide que celle de la prostatite, la fièvre, l'amaigrissement rapide, la suppuration abondante : tous ces signes réunis caractérisent assez ces abcès pour qu'on ne puisse les confondre avec la prostatite.

Le pronostic se déduit facilement des considérations exposées précédemment, de la marche et des terminaisons que nous avons enregistrées; le seul malade qui ait guéri est resté paraplégique; il était beaucoup plus jeune que les trois autres (quarante-cinq ans).

Traitement. — J'ai dit plus haut ce que je pensais du traitement préventif : on arrive généralement trop tard pour l'appliquer.

Les médications sont celles de toute collection purulente. Cette proposition cependant exige quelques explications.

J'ai montré par les observations et les autopsies la marche de ces abcès, leur tendance à s'ouvrir dans la vessie à travers son bas fond. Le traitement rationnel doit-il tendre à faciliter cette terminaison? Avant d'émettre une opinion, je ferai d'abord remarquer que, l'urine purulente étant un des trois symptômes du début, la vessie est déjà perforée quand le diagnostic est établi; il ne s'agit donc plus d'empêcher le passage du pus dans la vessie. Mais on peut se demander si on doit faciliter ce passage au moyen du massage de la tumeur pour l'extraire ensuite par le cathétérisme.

Je crois pouvoir déduire des observations, que l'ouverture de l'abcès dans la vessie n'est pas une bonne condition; en effet, le contact de l'urine avec les parois d'un abcès est un grand obstacle à leur cicatrisation. Dans le cas qui nous occupe, l'urine tombe dans le foyer, en irrite les parois, et rend la sécrétion purulente intarissable.

On peut objecter que le cathétérisme réuni au massage, vide à la fois la vessie et l'abcès. Mais, vu la position déclive du foyer purulent par rapport à la vessie, il est beaucoup plus facile à l'urine de s'y accumuler par le simple effet de la pesanteur, qu'au pus de s'élever dans la vessie même avec le massage; de plus, le cathétérisme pratiqué deux fois par jour, et même la sonde à demeure, ne peuvent pas empêcher l'écoulement de l'urine dans le foyer, qui lui est sous-jacent. De nouvelles observations apprendront, je pense, si la durée de la suppuration, la persistance et toutes les conséquences qui y sont attachées ne sont pas dues à la présence de l'urine.

J'ai parlé du cathétérisme et du massage : ce sont les deux moyens employés par M. Desprès. Ils rendent certainement service; ils vident l'abcès, mais ne le tarissent pas; ils s'adressent au résultat, et pas à la cause : ils peuvent soustraire le foyer à l'action de l'urine.

Une autre méthode satisfait pleinement aux deux indications; la voici :

Aussitôt le diagnostic assuré, il faut enfoncer un trocart à hydrocèle dans la tumeur par le rectum. L'abcès, ouvert par sa partie la plus déclive, se vide facilement, l'urine n'y peut plus séjourner; le pus s'écoulant à mesure, les parois reviennent sur elles-mêmes; les ulcérations, les perforations de la vessie éprouvent le même retrait, n'étant plus sans cesse irritées par le passage du liquide. Alors plus d'urine dans le clapier, et le foyer rentre dans le cas d'un abcès ordinaire.

Mais peut-on attendre un pareil résultat de la ponction simple? Je ne le crois pas. En la répétant plusieurs fois même, l'indication ne serait qu'incomplétement et mal remplie. L'écoulement doit être continu et constant; or, la plaie du trocart se referme, comme cela a lieu pour le 2e malade. Une mèche, ou mieux une sonde à demeure, ayant un orifice placé dans le foyer, l'autre sortant par l'anus, remplirait, je crois, très-bien l'indication; de plus, elle empêcherait le passage des gaz et des fèces dans le clapier.

Malheureusement, ce traitement, si rationnel, n'a pas été mis à exécution chez les malades dont je donne l'observation : j'attends de nouveaux faits pour compléter ce travail.

Je crois pouvoir déduire comme conclusion des faits précédents :

1° A la suite des fractures de la colonne lombaire et de la hanche, on devra craindre la formation d'un abcès du bassin, au-dessous du bas fond de la vessie, au-devant du rectum, au-dessus de la prostate, au niveau des vésicules séminales.

2° La cause de ces abcès semble être l'inflammation produite par les liquides épanchés dans cette région par suite de la fracture.

3° Le toucher rectal pratiqué chaque matin, du moins pendant les deux premières semaines, pourra seul faire reconnaître la présence de la tumeur dans le bassin, au-devant du rectum.

4° Des frissons irréguliers, de la fièvre, des douleurs à l'hypogastre, au périnée, des épreintes arrivant peu après l'accident, devront engager le chirurgien à se tenir sur ses gardes.

5° La rétention complète d'urine et l'issue du pus mélangé à l'urine, arrivant du quatrième au douzième jour, annoncent la suppuration.

6° La difficulté de diagnostiquer cette complication avant la formation du pus et la longue durée de la suppuration, doivent éloigner l'idée de la combattre par les antiphlogistiques, dans la crainte d'affaiblir inutilement le malade. C'est une règle dont on ne doit s'écarter que chez les sujets forts et pléthoriques.

7° Dès que le cathétérisme a annoncé la présence du pus dans la vessie, et par suite la suppuration de la tumeur, l'indication devient précise : il faut évacuer le pus, empêcher la formation de clapiers, etc.

8° Le moyen le plus rationnel, employé une fois et trop tard par M. Desprès, est une ponction par le rectum.

9° Cette ponction devra être faite avec le trocart à hydrocèle, dirigé en haut et en avant.

10° Une mèche ou un bout de sonde placé dans la fistule empêchera le recollement des lèvres de la plaie, et assurera la continuité de l'écoulement du pus.

11° On pourra y joindre des injections détersives pour empêcher le séjour du pus et sa putréfaction ;

12° On alimentera et soutiendra le malade pendant la durée d'une affection aussi longue, sous peine de voir arriver la fièvre hectique et la mort par épuisement.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. THORE.

Du chlorate de potasse dans l'angine pseudo-membraneuse.

Bien qu'employé en Angleterre et en Allemagne par un certain

nombre de médecins, le chlorate de potasse ne comptait plus guère en France dans la matière médicale, lorsque, il y a dix-huit mois environ, M. Blache appela l'attention des praticiens sur ce médicament, et l'appui de sa haute expérience le fit aussitôt adopter. La remarquable thèse de M. Isambert, étayée sur les observations recueillies dans le service de cet honorable maître, a dû beaucoup contribuer à en vulgariser l'emploi.

Depuis bientôt un an, je l'ai mis en usage, avec un succès constant, dans les stomatites ulcéro-membraneuses et mercurielles. Tout récemment encore, j'ai enrayé en vingt-quatre heures une affection de ce genre, développée chez un enfant soumis, pour de graves accidents cérébraux, aux frictions avec l'onguent napolitain et au calomel à doses réfractées.

Je viens aujourd'hui communiquer une observation d'angine et de laryngite pseudo-membraneuses que le chlorate de potasse a paru modifier de la manière la plus favorable.

Mlle D..., âgée de deux ans et un mois, fille d'un pharmacien distingué des environs de Paris, avait depuis trois jours une toux avec enrouement, un peu de dyspnée et un état fébrile assez prononcé. Les amygdales étaient à l'état normal; pas de couennes ni d'engorgement ganglionnaire. On avait administré deux fois le sirop d'ipécacuanha sans résultat bien notable.

Le 16 septembre 1856, la fièvre augmente, et tous les symptômes s'aggravent rapidement; la suffocation est très-forte, l'inspiration sifflante; agitation, anxiété; pseudo-membranes sur les deux amygdales, épaisses et un peu jaunâtres; engorgement des glandes sous-maxillaires. — Cautérisation avec l'azotate d'argent; potion avec 40 centigrammes de sulfate de cuivre.

Dans la nuit, l'état devient plus fâcheux; le sifflement laryngo-trachéal plus aigu et plus pénible, la suffocation plus intense; la face pâlit, les lèvres deviennent violettes.

Le 17, nous trouvons les deux amygdales et la luette recouvertes d'une épaisse couche de couennes, plus prononcées sur l'amygdale gauche; l'aphonie est absolue; toux rare et voilée; fièvre, 128 pulsations. Nouvelle cautérisation avec le sel d'argent. Elle vomit devant moi; des fragments pseudo-membraneux se voient, assez abondants, au milieu des mucosités qu'elle vient de rejeter. — Potion avec 4 grammes de chlorate de potasse; frictions avec l'onguent napolitain audevant du cou.

A midi, elle paraît mieux; elle a bien pris sa potion, a eu encore un vomissement le soir; la respiration est plus facile, mais il y a toujours de l'aphonie, la toux fortement enrouée, la suffocation reparaît par moments, la face pâlit et les lèvres deviennent bleuâtres; les amygdales et la luette sont toujours couvertes de fausses membranes. On cautérise de nouveau. La potion chloratée est très-régulièrement continuée. On suspend la potion au sulfate de cuivre. — Plusieurs cautérisations avec la solution concentrée d'azotate d'argent.

Le 18, tendance au mieux, bien que la luette et les amygdales soient toujours cachées par une épaisse couche pseudo-membraneuse. La voix est éteinte, la toux rare, mais voilée; la fièvre a diminué; l'engorgement des ganglions sous-maxillaires, qui était assez considérable, surtout à gauche, reste stationnaire. On cautérise toujours; la potion au chlorate de potasse est continuée et prise sans difficulté par la petite malade. L'après-midi se passe assez bien; Il y a un vomissement spontané, après lequel la dyspnée diminue; fièvre, pouls à 100.

Le 19, l'amélioration est plus accusée; les amygdales commencent à se débarrasser des produits plastiques; la toux a changé de nature: elle est plus fréquente, tantôt enrouée, tantôt franchement muqueuse; les glandes sous-maxillaires ne s'engorgent pas davantage; elles sont un peu douloureuses. — Cautérisation avec l'azotate d'argent, matin et soir; frictions avec l'onguent napolitain; potion avec 4 grammes de chlorate de potasse.

Le 20, la fièvre diminue; 92 pulsations, la toux est fréquente, mais humide; aphonie complète; plus de sifflement dans l'inspiration; pas de suffocation. Les pseudo-membranes existent encore sur les amygdales, mais elles sont minces et blanchâtres. — Une seule cautérisation. On continue le chlorate de potasse.

Le 21, les fausses membranes diminuent; les glandes sous-maxillaires sont à peine engorgées. — On suspend les frictions mercurielles; le reste du traitement est continué.

Le 22, l'appétit se manifeste avec une certaine intensité. Le fond de la gorge est tout à fait débarrassé. — On cesse les cautérisations, mais on continue encore la potion chloratée, que l'enfant prend assez facilement; potages.

Le 23, les amygdales sont à l'état normal; plus d'engorgement des glandes sous-maxillaires; toux muqueuse moins fréquente. La voix est toujours éteinte. — On cesse le chlorate de potasse et l'on augmente l'alimentation.

A partir de ce moment, la convalescence se fait rapidement, sauf l'aphonie, qui persiste pendant quelque temps avec une remarquable ténacité.

Nous n'avons pas besoin de faire remarquer que, dans cette observation, le chlorate de potasse ne peut avoir à beaucoup près tous les honneurs de la guérison. Une médication active avait dû être opposée à une maladie dont le début était très-menaçant: potion avec le sulfate de cuivre (40 centigrammes); cautérisations répétées trois ou quatre fois par jour sur les parties malades avec l'azotate d'argent, soit avec le crayon, soit avec une solution concentrée; onctions avec l'onguent napolitain sous le menton et audevaut du cou, etc., etc.

Mais une fois que les accidents les plus inquiétants ont perdu de leur violence, le vomitif a été suspendu et les cautérisations moins souvent pratiquées; le chlorate de potasse a paru alors intervenir à son tour d'une manière efficace et modifier plus rapidement la production des pseudo-membranes sur les amygdales et la luette.

Comme M. Isambert le fait judicieusement remarquer, ce sel n'est point un médicament héroïque et dont l'action est instantanée; elle ne se fait guère sentir qu'au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Il serait donc imprudent de se borner à cet agent thérapeutique quand on se trouvera en face d'une maladie grave. C'est ainsi que nous voyons M. le professeur Trousseau (*Gazette des Hôpitaux*, 1856, n° 129, p. 514), dans un cas d'angine couenneuse, cautériser à plusieurs reprises l'arrière-gorge, tout en administrant le chlorate de potasse.

Quoi qu'il en soit, on ne saurait hésiter, dans les affections pseudo-membraneuses de la gorge et du larynx, à en expérimenter l'emploi, qu'autorisent les analogies pathologiques les mieux accusées et des faits déjà nombreux et probants.

Nous n'avons pas remarqué, comme on a cru l'observer, que la cautérisation contrarie les effets du chlorate de potasse, surtout quand elle est pratiquée avec l'azotate d'argent.

Ce médicament nous a été, dans le cas actuel, d'un secours d'autant plus efficace, que nous avions affaire à une malade extrêmement difficile et qui refusait avec obstination tous les liquides qu'on lui présentait; elle a accepté la potion chloratée avec une merveilleuse docilité jusqu'à la fin du traitement.

HOPITAL St-ANDRÉ DE BORDEAUX. — M. E. GINTRAC.

Cancer du rein gauche.

Honorate B..., treate-trois ans, fille, domestique, de petite stature, de faible constitution, lymphatique, accuse sept mois de maladie consistant en aménorrhée, faiblesse, pâleur de la peau, douleur à l'épigastre, etc., etc. Elle a été traitée comme chlorotique, et a pris beaucoup de préparations ferrugineuses.

Admise à l'hôpital le 30 juin, elle présente une teinte jaune pâle de la peau, de la maigreur; le pouls est presque normal; l'abdomen semble partagé en deux parties par un sillon transversal situé au niveau de l'ombilic; la région inférieure offre du météorisme; la supérieure, très-sensible, résistante, donne de la matité à la percussion. Appétit; digestions assez faciles; selles normales. Pas de dyspnée ni de toux; battements du cœur sans bruit spécial; léger souffle de la carotide droite. — Deux ventouses scarifiées à l'épigastre; tisane d'orge; laitage.

Du 3 au 15 juillet, la douleur et la tension épigastriques sont à peu près dissipées. La palpation de cette région fait reconnaître une tumeur volumineuse qui s'étend en haut jusqu'à l'appendice xiphoïde, en bas à l'ombilic; qui présente quelques limites distinctes sous l'hypochondre droit, et plonge dans le gauche sans ligne de démarcation. Transversalement étendue, elle paraît superficielle, mais elle est très-fixe dans le lieu qu'elle occupe; elle est inégale, peu sensible à la pression, résistante, et forme comme un large prolongement médian qui se termine un peu au-dessous de l'ombilic. Du reste, sauf quelques vomissements survenus une ou deux fois, les voies digestives n'ont présenté aucun dérangement remarquable. La faim était très-prononcée. Parfois, il y eut de la constipation. On se borna à des moyens palliatifs, tels qu'un large emplâtre de ciguë sur l'épigastre, des pilules de savon amygdalin et d'extrait de ciguë; de temps à autre quelques verres d'eau de Sedlitz.

Le 27 août, il y eut une apparition momentanée des règles. Dans les premiers jours de septembre, des douleurs assez vives sont ressenties vers l'hypochondre gauche. La base de la poitrine offre de la matité à droite et à gauche; il survient du dégoût, de la diarrhée, de l'œdème aux membres inférieurs; la maigreur est extrême. La mort a lieu le 15 du même mois.

Nécropsie. — La tumeur épigastrique mise à découvert se montre plus étendue et plus prolongée à gauche qu'elle n'avait semblé l'être lorsque les téguments la recouvraient. Elle est comme tapissée en devant par l'estomac aplati, mais sain, et reçoit le pancréas, peu volumineux et fort allongé, dans un large sillon transversal. Cette tumeur semble partagée par ce sillon en deux parties: l'une supérieure, large, étendue d'un hypocondre à l'autre, ayant 21 centimètres dans le sens transversal et 9 de haut en bas; l'autre inférieure, mamelonnée, a 8 centimètres de hauteur, 10 de largeur; épaisseur, 10 centimètres. Cette tumeur plonge dans l'hypocondre gauche en refoulant la rate en haut et en arrière, et s'appuie par sa convexité la plus élevée sur la face inférieure du diaphragme à laquelle elle adhère. Cette tumeur offre à sa partie la plus déclive et gauche une saillie allongée légèrement aplatie, où se reconnaissent, dans l'espace de 4 ou 5 centimètres, les substances corticale et tubuleuse du rein et quelques calices; mais au-dessus il n'existe aucune trace du bassinet ni de la texture rénale; c'est une masse énorme, molle, pulpeuse, cérébriforme, parsemée de petites ecchymoses, et offrant en plusieurs points des couches d'une matière rougeâtre, pâle, inorganique, un peu élastique, évidemment formée de fibrine concrète.

L'examen microscopique de la substance pulpeuse fait distinguer une multitude de cellules et de noyaux propres à l'encéphaloïde. Les autres organes, le rein droit, la vessie, les uretères à leur terminaison, etc., ne présentent rien d'anormal.

Il suffit de cet exposé pour faire juger des difficultés du diagnostic. Cette affection, prise et longtemps traitée pour une chlorose, parut bientôt dépendre d'une lésion organique; mais quel en était le siége réel? L'estomac? les fonctions digestives s'accomplissaient très-bien. Le pancréas? la situation de cet organe pouvait le faire admettre; mais la forme de la tumeur, son volume, devaient faire naître des doutes. L'épiploon? mais les tumeurs de l'épiploon gastro-colique entraînent toujours l'estomac en bas au lieu de le refouler en haut, et elles jouissent d'une certaine mobilité. Qui pouvait penser au rein, lorsqu'il n'y avait eu ni hématurie ni altération particulière des urines, et lorsque la saillie faite par la tumeur semblait spécialement et même exclusivement appartenir à l'épigastre? Ce fait et tant d'autres prouvent à combien d'incertitudes est exposé le diagnostic relatif aux affections organiques de l'abdomen, malgré les lumières fournies par la palpation la plus attentive.

Pemphigus aigu, successif, critique.

Catherine D..., 50 ans, domestique, d'une forte constitution, tempérament sanguin, n'est plus réglée depuis cinq ans. Dans les derniers jours de novembre 1855, après un travail fatigant, elle s'est exposée à un courant d'air frais. Douleur à la partie postérieure du tronc, céphalalgie, toux sèche, pas de fièvre; langue large, couverte d'un enduit blanchâtre, épais; épigastre douloureux à la pression, selles rares. Les douleurs deviennent très-vives dans les régions dorsale et lombaire. (Quatre ventouses scarifiées sur les points douloureux.)

Le 1er décembre, la douleur, diminuée dans les lieux qu'elle occupait, s'est étendue à la cuisse gauche. (Vésicatoires volants sur cette partie.)

Du 3 au 10, peu de changements; douleur toujours très-forte, de la hanche au genou, sans tuméfaction, sans rougeur, sans chaleur vive. (Purgations réitérées avec l'eau de Sedlitz et avec l'huile de ricin, pommade avec l'axonge et l'extrait de belladone.)

Du 20 décembre au 18 janvier, persistance et même augmentation des douleurs, qui prennent un caractère névralgique; la pression et les mouvements les augmentent parfois; elles sont lancinantes; pas de fièvre, pas de toux. (Bains sulfureux, liniments variés, alcoolature d'aconit, pilules de cynoglosse, etc.)

Le 19 janvier, apparition au côté interne du genou, sans application préalable des vésicatoires, de dix ou douze bulles de 1 à 3 centimètres de diamètre, remplies d'un fluide séreux, diaphane, légèrement jaunâtre et visqueux.

Le 24, formation de sept à huit bulles à la partie inférieure de la cuisse.

Les 27, 29 et 31, quelques phlyctènes nouvelles se développent, en même temps que les premières se dessèchent; décroissance sensible de la douleur.

Les 3 et 4 février, éruption de sept ou huit bulles. A chaque éruption, on constate un mouvement fébrile marqué, dont la durée ne dépasse pas dix-huit à vingt heures. Les douleurs de la cuisse et du genou sont presque nulles. Plusieurs bulles contiennent de la sérosité à demi concrétée. Cette sérosité ne change pas la couleur du papier de tournesol. La malade lui trouve un goût légèrement salé. Les points dénudés sont saupoudrés avec de l'oxyde de zinc.

Du 5 au 24, quelques nouvelles bulles isolées apparaissent et ne tardent pas à se dessécher. Les douleurs ont entièrement disparu, la locomotion est facile; la malade sort le 24 février.

Il serait difficile de constater le caractère critique de ce pemphigus aigu, dont l'apparition, par poussées successives, a coïncidé avec la diminution et l'entière disparition d'une douleur rhumatismale et névralgique, qui avait résisté pendant deux mois à des traitements énergiques. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

DE L'INFLUENCE DE LA GROSSESSE sur le développement de l'aliénation mentale (1).

Par M. le Dr LEGRAND DU SAULLE.

RÉFLEXIONS. — La malade qui fait le sujet de cette observation a passé par de douloureuses et pénibles alternatives; de pareils cas ne sont malheureusement pas très-rares, et le médecin, qui chaque jour est témoin de tant de misères humaines, rencontre assez souvent encore de ces personnes que l'infortune accable, et que l'adversité, accompagnée de son cortége de maux innombrables, poursuit jusqu'au tombeau.

Jeune fille d'une conduite exemplaire, Marguerite épouse à dix-huit ans l'homme que son cœur a choisi. Devenue mère une première fois, puis une seconde, elle a des couches heureuses, et, comme sa santé le lui permet, c'est elle-même qui allaite ses enfants. Elle devient enceinte de nouveau; cette circonstance lui est fatale.

Nous observons, en effet, un brusque changement dans sa manière d'être: la voici querelleuse et méchante envers son mari; puis oubliant ses devoirs les plus sacrés d'épouse et de mère, Marguerite, qui ne se plaît plus chez elle, recherche avec passion, avec frénésie la fréquentation des hommes, tient à chaque instant des propos obscènes, et se livre, en un mot, aux écarts de conduite les plus blâmables.

Cette femme, mise aujourd'hui à l'index dans son village, jouit-elle de la plénitude de ses facultés intellectuelles, est-elle en possession de son libre arbitre? Evidemment non; aussi est-elle irresponsable de ses actes, car elle n'agit que sous l'influence des prodromes d'un accès de manie.

Sur ces entrefaites, Marguerite avorte et perd énormément de sang.

Un temps d'arrêt dans l'invasion de la manie survient à la suite de cette crise; puis aussitôt que la malade est rétablie, le délire éclate avec tant d'intensité que les mesures les plus promptes sont prises pour son transfèrement à l'asile des aliénés, où, après quarante-huit jours de soins appropriés, elle recouvre la raison, sort parfaitement guérie et rentre chez elle.

Une quatrième grossesse n'amène aucun trouble dans l'état moral de Marguerite; elle accouche heureusement à terme d'une petite fille, qu'elle allaite pendant onze mois.

A peine a-t-elle sevré son enfant qu'elle tombe dans un état de mélancolie avec stupeur très-bien caractérisée, et qu'on remarque en même temps chez elle un peu d'amaigrissement.

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 6 janvier.

A quelles causes devons-nous attribuer la brusque invasion de ce nouvel état pathologique ?

Dans son traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, Pinel dit : « Certaines personnes, douées d'une sensibilité extrême, » peuvent recevoir une commotion si profonde par une affection » vive et brusque, que toutes les fonctions morales en sont comme » suspendues et oblitérées : une joie excessive, comme une forte » frayeur, peuvent produire ce phénomène si inexplicable (p. 184). »

Il est fort peu probable, et les renseignements minutieux que nous avons pris ne nous ont point fait découvrir que Marguerite eût éprouvé une émotion de ce genre, aussi sommes-nous portés à croire que la nouvelle forme d'aliénation de notre malade est due à la suppression de la sécrétion laiteuse. A ce sujet, voici ce que dit Esquirol : « Il est des cas dans lesquels la folie éclate, sans que le » lait se supprime, mais le plus souvent cette suppression précède » l'aliénation : quelquefois le délire augmente à mesure que le lait » diminue ; le délire cesse après le rétablissement de la sécrétion » laiteuse. (Tome Ier, page 72.) »

D'après ce qui précède, il est à présumer que s'il avait été possible de rétablir la sécrétion du lait, la stupidité eût cessé d'elle-même.

Marguerite rentre donc à l'asile, mais il n'y a même pas chez elle quelques lueurs d'une raison vacillante. Toutes les fonctions de l'entendement sont suspendues, la malade est plongée dans une stupeur apathique ; son regard est fixe et sans expression ; d'une immobilité automatique, elle ne profère pas un mot, ne fait aucun geste expressif, et montre l'indifférence la plus absolue pour toutes sortes d'aliments.

Cet état d'automatisme de l'intelligence que nous observons chez notre malade fait naître immédiatement les hallucinations, car l'hallucination, cette sensation véritable qui se produit en dehors des lois normales et physiologiques ordinaires, tend à s'emparer de l'esprit aussitôt que celui-ci est dans le repos, et que les facultés intellectuelles restent dans un état automatique.

Ce monde imaginaire qui se déroule devant les yeux de la malade, cette sorte d'extase, cet autre milieu dans lequel elle vit, tout cela est entretenu par des hallucinations, mais elle n'éprouve point, comme sainte Thérèse, un sentiment de béatitude céleste ; au contraire, elle assiste au plus horrible spectacle, au supplice de sa petite fille.

Dans un ravissement extatique, l'apôtre saint Paul se crut transporté dans le ciel, il entendit des choses ineffables « qu'il n'est pas » permis, dit-il, à l'homme de rapporter, et que les hommes ne peu» vent comprendre. » La pauvre Marguerite, elle, entend crier son enfant, que l'on brûle, elle voit sa nièce, qu'un gendarme mène en prison, puis une voix lui annonce qu'elle y meurt.

Il est très-curieux de voir comment, à peine sortie de sa torpeur, la malade rend exactement compte de tout ce qu'elle a éprouvé. Comme elle analyse bien ses impressions, comme elle en a le souvenir bien présent ! « J'aurais voulu, dit-elle, la retirer de dessus » le feu que je n'aurais pas pu, tant j'avais les jambes et les bras » cassés ! » Elle aurait voulu porter secours à son enfant, mais les mouvements volontaires sont suspendus, mais les sens ne fonctionnent plus !

Archimède, poursuivant la solution d'un problème de géométrie, reste sourd au milieu du tumulte d'une ville livrée au pillage.

Socrate, plongé dans une méditation profonde, reste immobile à la même place, pendant vingt-quatre heures, exposé aux ardeurs d'un soleil brûlant.

Ce fait de la suspension des mouvements volontaires et de l'exercice des sens, s'il se montre chez Marguerite au milieu de conditions pathologiques spéciales, n'est pas aussi rare qu'on pourrait le supposer dans l'état ordinaire de la vie, et plus d'un exemple en pourrait être cité à côté de ceux d'Archimède et de Socrate.

Enfin, l'état mélancolique s'améliore, la malade va de mieux en mieux, elle recouvre une à une toutes ses facultés, elle est convalescente, elle est guérie, elle va sortir, lorsqu'une maladie intercurrente survient.

« Les aliénés, a dit Esquirol, ne sont pas à l'abri des maladies » intercurrentes, épidémiques ; celles-ci ont souvent une influence » plus ou moins marquée sur la folie, soit qu'elles en suspendent » la marche, soit qu'elles la fassent cesser, soit qu'elles terminent » les jours des aliénés. »

Au milieu des plus manifestes apparences de santé, Marguerite est prise d'une hémoptysie abondante, d'une hémoptysie qui n'est ni traumatique ni supplémentaire d'une hémorrhagie constitutionnelle, mais malheureusement d'une hémoptysie qui nous fait porter un diagnostic certain, un pronostic immanquable.

Les faits ont mis aujourd'hui hors de doute que l'hémoptysie, loin d'être la cause, était au contraire l'effet des tubercules, car il est facile de comprendre comment les tubercules peuvent déterminer l'hémorrhagie pulmonaire, tandis qu'il est peu aisé d'admettre que le contraire puisse avoir lieu.

Marguerite est donc phthisique ; l'hémoptysie n'est point due à l'influence des émotions morales vives, comme chez l'un de nos plus célèbres musiciens du siècle dernier, Grétry, qui était pris de pneumorrhagie au milieu de ses plus sublimes inspirations, mais bien à la présence de tubercules pulmonaires.

« La folie se complique avec les affections des poumons, du » cœur, soit que ces dernières maladies aient précédé la folie et » aient cessé lorsqu'elle a éclaté, soit qu'elles marchent simultané» ment ou alternant avec elle. » (Esquirol, t. Ier, p. 81.)

Dans le cas qui nous occupe, la phthisie a-t-elle précédé la mélancolie avec stupeur, et s'est-elle produite alors dans les derniers temps de l'allaitement, ou bien la phthisie et la stupidité ont-elles été intimement liées l'une à l'autre ?

Cette dernière opinion est la nôtre, et nous croyons que la phthisie a existé et s'est développée à l'état latent pendant que les ressources de l'art étaient dirigées d'un autre côté. Comme le diagnostic de la phthisie dans sa première période n'est pas sans présenter parfois de grandes difficultés, il est probable qu'il a été méconnu jusqu'au jour où l'hémoptysie s'est déclarée.

En nous demandant encore quelles ont été les causes de cette phthisie pulmonaire qui a conduit si rapidement Marguerite à sa fin, nous ne voyons pour toute réponse à faire qu'à développer les conclusions qui découlent naturellement de cette observation.

Il résulte de tout ceci :

1° Que les femmes sont aussi exposées à devenir malades d'esprit qu'elles soient enceintes ou non ;

2° Qu'il est extrêmement dangereux pour une femme qui a été déjà aliénée d'allaiter elle-même.

A l'époque du sevrage, elle doit se confier à un médecin expérimenté, qui, instruit des précédents de la malade, ne devra pas négliger de lui faire prendre un nombre infini de précautions dans le but de prévenir le retour d'une affection mentale.

3° Que la phthisie pulmonaire, qui apparaît si souvent à la suite des fatigues de l'allaitement, est une maladie qui accompagne fréquemment la mélancolie, qu'elle se développe sourdement, et qu'il est extrêmement utile, pour ne pas s'exposer à la méconnaître, de percuter et d'ausculter avec le plus grand soin tous les malades qui sont amenés dans les maisons d'aliénés.

DES BONS EFFETS DE L'OPIUM DANS LA FOLIE TRISTE.

M. le docteur Giovanni Clerici, médecin principal du grand hôpital de Milan, a publié dans la *Gazetta medica di Lombardia*, les bons résultats qu'il obtient avec l'opium dans la mélancolie.

Il a été conduit à l'emploi des opiacés dans cette espèce de folie par cette considération que chez beaucoup de mélancoliques des inquiétudes, la crainte, la peur semblent le plus souvent, en tourmentant les malades, entretenir leur état maladif ; tandis que, lors de l'administration de l'opium et d'autres narcotiques, la belladone, par exemple, un délire gai, ou tout au moins une disposition exhilarante, se produit habituellement. Il était naturel dès lors de demander à l'opium cette sorte de surexcitation *gaie* pour diminuer chez des mélancoliques ce long découragement qui les abat, les abrutit, et leur imprime une physionomie caractéristique.

M. Clerici n'a point cru, dans les cas de cette nature, que l'emploi de l'opium fût contre-indiqué par la plénitude ou la fréquence du pouls, un état de sécheresse et d'aridité de la peau, la congestion du globe oculaire, une sensation de chaleur lourde à la tête, symptômes qui tiennent au désordre de l'innervation, à l'insomnie, etc., sans être des indices sérieux de méningite. Il ne s'est pas inquiété non plus de suivre les conseils de l'ancienne médecine, d'entretenir constamment le ventre libre, d'obtenir une dérivation intestinale par l'emploi de l'ellébore, qui chasse l'*atrabile*, ou d'autres purgatifs.

Le traitement opiacé commençait par l'emploi de 3 ou 4 pilules d'un tiers de grain d'opium. Le nombre était augmenté, chaque jour, de 2 pilules jusqu'à atteindre le chiffre de 40. A cette dose, le médecin s'arrêtait ou reprenait des quantités moindres du médicament. Sous l'influence de cette narcotisation graduée, le délire, les hallucinations, les pénibles inquiétudes, l'insomnie, l'irritation générale, se continuaient sans amélioration appréciable pendant les premiers jours. Mais, vers le douzième jour, quand les malades prenaient à peu près 4 décigrammes d'opium, apparaissaient de légers intervalles de repos, une faible diminution du délire et des hallucinations sombres. Les effets physiologiques étaient, au contraire de ce qui se passe habituellement, bien plus marqués : le pouls, la température, l'excitation générale s'abaissaient ; le ventre restait libre ; on voyait disparaître, lorsqu'elles existaient précédemment, les congestions vers la face et la céphalée.

Les quatre observations que donne comme *specimen* M. Clerici, se rapportent à la forme de folie triste pour laquelle il recommande spécialement l'opium. Une malade se croyait damnée ; une deuxième, devenue folle à la suite d'un violent effroi, était portée au suicide ; une troisième se croyait poursuivie par la haine générale, et celle surtout de ses parents ; la quatrième, tout en ayant la conscience de son état et de ses hallucinations, ne cessait d'avoir peur des autorités politiques, auprès desquelles elle croyait s'être compromise.

Des moyens variés chez trois de ces malades (1er cas, évacuants, révulsifs, rhubarbe et magnésie calcinée à petite dose ; 2e cas, saignée, ventouses scarifiées à la nuque, laxatifs, potions stibiées ; 3e cas, trois saignées, sangsues, purgatifs) n'avaient nullement empêché l'aggravation de la mélancolie, tandis que l'opium amena une bonne guérison. En même temps que celle-ci s'établissait, et que l'économie commençait à être saturée d'opium, du prurit à la peau, des fourmillements par tout le corps, un peu de céphalée et d'élévation du pouls s'observaient, pour disparaître promptement avec la cessation du médicament.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 janvier 1857. — Présidence de M. MICHEL LÉVY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Deux rapports de M. le docteur Girault, médecin des épidémies de l'arrondissement de Rambouillet, sur une épidémie de rougeole qui a régné à Limours (commission des épidémies) ;

2° Les tableaux de vaccinations pratiquées en 1856 dans le canton de Villeneuve-sur-Yonne, par M. Marty.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur La Gillardaie adresse une note sur la médecine des épidémies en province.

— M. Depaul présente, au nom de M. le docteur Noël Guéneau de Mussy, médecin de la Pitié, un ouvrage sur l'angine glanduleuse ou granuleuse. (Des remercîments seront adressés à l'auteur.)

— M. le docteur Négrier, directeur de l'Ecole de médecine d'Angers, est présent à la séance.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que le conseil d'administration, après en avoir délibéré, a décidé qu'il y avait lieu de proposer qu'une vacance fût déclarée ouverte dans la section d'hygiène publique et police médicale.

MM. H. BOULEY et RENAULT font remarquer, à cette occasion, que la section de médecine vétérinaire est depuis très-longtemps incomplète et qu'il y aurait lieu aussi à déclarer une vacance dans son sein.

Après quelques observations échangées sur ce sujet, aucune opposition formelle n'étant faite à la proposition du conseil, cette proposition est maintenue. La candidature est déclarée ouverte.

DISCUSSION.

Kystes ovariques. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les kystes ovariques. La parole est à M. Moreau.

M. MOREAU. La discussion a commencé sur une observation que j'ai émise lors de la présentation de M. Barth. J'ai soutenu alors qu'il ne fallait opérer les kystes que lorsqu'ils sont assez développés pour gêner les fonctions, et qu'ils produisent des accidents assez graves pour compromettre la vie. Quelques membres, entre autres MM. Cazeaux et Huguier, ont traité cette proposition d'hérésie. Voyons ce qu'a produit, à cet égard, la discussion.

De ce qui a été dit à cette tribune par plusieurs de nos collègues qui ont traité la question plus spécialement au point de vue anatomo-pathologique, il résulte ceci : c'est qu'il y a des espèces de kystes très-différentes, dont le diagnostic est très-difficile, et que, par conséquent, le même traitement ne saurait avoir les mêmes chances de succès dans tous les cas. C'est aussi ce que démontre la statistique.

D'un autre côté, la discussion ne nous a-t-elle pas montré encore qu'il est des kystes qui ont guéri spontanément, sous la seule influence de la force médicatrice ; d'autres qui ont guéri à la suite d'une rupture survenue spontanément, sans aucune intervention de la chirurgie ; d'autres enfin après une simple ponction palliative.

De ces diverses considérations, je conclurai donc aujourd'hui, comme je le disais au commencement de cette discussion, qu'il ne faut recourir aux ressources de la chirurgie qu'autant que les kystes auraient des inconvénients graves pour les malades, et qu'ils leur feraient courir des dangers sérieux. Quant à l'objection qui a été faite aux ponctions palliatives par les partisans des injections iodées, si elles étaient fondées elles le seraient bien plus encore pour la ponction suivie de l'injection. Mais, je le répète, les ponctions palliatives n'ont pas les dangers qu'on leur a reprochés, je l'ai pratiquée ou vu pratiquer plus de 150 fois et toujours sans aucun inconvénient sérieux.

M. Cazeaux a parlé de l'ovariotomie. Elle a eu, dit-il, quelques succès, mais quelle est l'opération qui n'a pas eu quelques succès ! Il est des personnes qui, par exception, semblent destinées à résister aux plus graves mutilations, cela justifie-t-il l'abus qu'on en pourrait faire ? L'ovariotomie est une de ces opérations qui rentrent dans le domaine de l'exécuteur des hautes œuvres.

En définitive, mon avis est qu'il ne faut toucher aux kystes de l'ovaire que lorsqu'ils sont assez développés pour constituer une grave incommodité et un danger imminent pour les malades, et l'on ne doit recourir aux ponctions curatives que dans les conditions qui ont été très-bien énoncées par MM. Cruveilhier et Trousseau.

M. J. CLOQUET : M. Moreau a si bien résumé tout ce que je me proposais de dire, que je n'ai plus qu'à m'abstenir et à me rallier à ses conclusions, considérant pour mon compte la question comme résolue. J'ajouterai seulement que pendant deux ans que j'ai été dans une maison de femmes âgées, je n'ai jamais vu les kystes produire d'accidents graves ; par conséquent je suis d'avis avec lui que le plus souvent il n'y a aucun inconvénient à abandonner ces kystes à eux-mêmes ; mais je dois déclarer que je n'ai pas été aussi heureux que M. Moreau pour les ponctions palliatives.

— La parole est à M. Malgaigne, mais M. Malgaigne étant absent, M. le président donne la parole à M. Velpeau, inscrit après lui.

M. VELPEAU : Pressé par l'heure la dernière fois que j'ai pris la parole, j'ai été obligé de sacrifier une partie de ce que j'avais à dire sur le traitement des kystes ovariques. Le discours de M. Guérin m'en fournissant l'occasion, je vais compléter sur ce point mon argumentation.

Il a été question plusieurs fois dans cette discussion de l'opportunité de l'opération, de l'âge où il convient de la pratiquer ; s'il faut, comme le veut M. Trousseau, opérer quand le kyste est encore jeune, ou bien, au contraire, attendre, suivant le conseil de M. Moreau, que le kyste ait pris un développement assez considérable pour gêner les fonctions et compromettre la vie des malades. Au commencement de cette discussion, j'avais des doutes à cet égard ; aujourd'hui, mieux instruit par les faits qui s'y sont produits, je suis plus en mesure d'avoir une opinion.

Il était utile d'abord de savoir si l'injection iodée ne serait pas plus dangereuse que la ponction simple. Dans ce cas, il n'y aurait pas à hésiter ; d'autant plus que, malgré ce que j'ai pu dire moi-même de quelques cas malheureux, je n'en considère pas moins la ponction comme une opération très-simple et d'une grande innocuité. Avant les

cas malheureux que j'ai fait connaître, j'ai pratiqué ou vu pratiquer peut-être 200 fois cette opération sans qu'il en soit jamais résulté aucun accident; depuis j'en ai pratiqué une dizaine, et j'ai été aussi heureux. La ponction simple n'est donc point dangereuse. Or la ponction suivie de l'injection iodée n'est pas sensiblement plus dangereuse que la ponction palliative. Il en résulte donc que, pour avoir le plus de chances possibles de succès, il faudrait opérer de bonne heure. Dans l'hydrocèle, on réussit d'autant mieux qu'on opère plutôt. Cependant il faut attendre que la tumeur soit assez développée pour que les femmes s'en aperçoivent et en éprouvent quelque incommodité. On comprend que cette limite-là est très-variable. Mais de ce que la tumeur sera plus volumineuse, ce n'est pas une raison pour s'abstenir d'opérer. Ce n'est pas le volume plus ou moins considérable du kyste qui doit contre-indiquer l'opération, mais sa nature. Ce point a été assez développé, je n'y reviendrai pas.

Où faut-il pratiquer cette ponction? Par le ventre ou par le vagin? J'aimerais mieux par le vagin si cela était aussi facile que par le ventre. Beaucoup de praticiens ont essayé de recourir à ce mode opératoire, et ils ont toujours été obligés d'y renoncer. L'opération par le vagin offre de grandes difficultés, surtout quand il s'agit de faire l'injection. Cette ponction, je la réserverais pour les cas où il serait nécessaire de laisser une canule à demeure. En général, la ponction par le ventre est donc préférable. Mais ici encore il y a quelques difficultés. Il n'en est pas des kystes comme de l'hydropisie ascite. Pour celle-ci il y a un lieu d'élection; mais pour les kystes il n'y a pas de point fixe, le lieu de la ponction varie avec la position du kyste lui-même. Il y a, en un mot, un point de nécessité, c'est le point le plus saillant et le plus déclive possible. Quand on ne peut pas choisir le point le plus déclive, ainsi que le fait d'habitude M. Boinet, il faut choisir le point le plus saillant.

Autre question.

Quand les kystes sont très-gros, ne vaut-il pas mieux, après qu'on a pratiqué la ponction palliative, attendre que la tumeur se soit reproduite avant de pratiquer l'injection? C'est là une question très-générale; elle a déjà été souvent discutée et examinée pour l'hydrocèle: Brodie était d'avis qu'il valait mieux ne faire l'injection qu'après la reproduction de l'épanchement. J'ai agi ainsi dans le temps. Mais depuis que la teinture d'iode a été substituée au vin pour cette opération, j'ai abandonné cette manière de faire. Dans les hydrocèles les plus volumineuses, comme dans les plus petites, il n'y a pas plus d'accident à craindre en pratiquant l'injection immédiate qu'en la pratiquant plus tard; les effets de l'iode sont les mêmes dans les deux cas, et il n'y aurait aucun avantage réel à attendre. Il doit en être de même pour les kystes de l'ovaire. Du moment où il n'y a aucun inconvénient à injecter immédiatement après la ponction, il vaut mieux le faire de suite que d'attendre et d'avoir à recommencer une seconde opération.

Je passe à une autre question. On a paru se préoccuper beaucoup des dangers de l'épanchement du liquide du kyste ou de l'injection dans la cavité péritonéale, et des moyens de prévenir ces accidents. Il y a moins de danger peut-être qu'on ne le croit dans ces épanchements. Et d'abord, pour les liquides du kyste, il ne me paraît réellement pas difficile d'empêcher qu'ils ne s'épanchent dans le ventre. Il n'en est peut-être pas tout à fait de même pour le liquide de l'injection. Le kyste peut s'être retiré; il peut avoir abandonné la canule; on conçoit alors qu'il pourrait arriver qu'on injectât la teinture iodée dans le péritoine. Eh bien, c'est là encore, à mon avis, une crainte chimérique. Quelle est la quantité de teinture iodée que l'on injecte? De 100 à 200 grammes au plus. Il est facile de prévenir l'épanchement de cette quantité de liquide dans le ventre. Quand on pousse l'injection, on sent bien si elle arrive ou non dans le kyste; et si elle n'y arrive pas, on a bientôt fait de l'arrêter. Ce ne serait donc, dans tous les cas, qu'une très-petite quantité de liquide qui se serait épanchée. Craint-on que le liquide injecté dans le kyste n'en sorte après qu'on aura retiré la canule? Je ne crois pas que cela soit possible; je puis affirmer, du moins, que cela n'arrive jamais dans l'opération de l'hydrocèle. Mais supposons que cet épanchement ait lieu. Ce que je vais dire paraîtra peut-être singulier, et on sera disposé à me taxer d'hérésie, comme je l'ai fait moi-même mardi dernier pour un de nos collègues: quelque peu de teinture d'iode introduite dans le péritoine n'a pas l'inconvénient qu'on pourrait croire. Il m'est arrivé d'en pousser dans le péritoine en pratiquant l'injection pour la cure des hernies. Eh bien, il n'en est résulté aucun accident sérieux. L'iode agit sur le péritoine d'une manière tout à fait locale; il forme une nappe de matière irritante limitée aux points touchés, sans tendance à se propager, et sans produire jamais d'inflammation suppurative.

Cependant il y a quelques précautions à prendre à cet égard. On a conseillé plusieurs moyens pour empêcher l'épanchement dans le péritoine. Quelques personnes, M. Jobert est de ce nombre, veulent qu'on laisse la canule quelques heures en place. Il faut bien que cette pratique ne soit pas dangereuse, puisque M. Jobert l'a suivie dans 25 ou 26 cas sans aucun inconvénient; mais je ne la crois pas utile.

Faut-il vider complètement les kystes? Il n'est pas difficile de vider complètement les kystes; on peut y parvenir assez facilement, dans la plupart des cas, au moyen de pressions. Cette pratique ne me paraît pas avoir d'inconvénients, mais je ne la crois pas nécessaire. S'il reste un peu de sérosité dans le kyste après qu'on a fait l'évacuation, on en est quitte pour y injecter de la teinture d'iode pure au lieu de teinture étendue, comme je le fais dans ce cas pour les hydrocèles. Les chirurgiens qui prescrivent de vider complètement le kyste le font d'après cette idée que, s'il restait dans la cavité un peu de liquide, il s'opposerait à l'adossement et au recollement des parois. Mais c'est là une idée erronée. Il ne faut pas espérer d'obtenir la guérison des kystes ovariques par recollement de leurs parois. Il en est de même des hydrocèles, ils ne guérissent presque jamais par adossement; c'est ce que M. Hutin est venu démontrer ici il y a quelque temps. Pour mon compte, j'ai eu plusieurs fois aussi l'occasion de le constater, je l'ai vu aussi pour les kystes de l'ovaire.

Les lavages conseillés par quelques chirurgiens sont-ils nécessaires? Je crois que cette pratique aurait plus d'inconvénients que d'avantages. Elle obligerait à répéter et à multiplier des manœuvres qu'il est toujours bon d'éviter.

Je suis donc d'avis qu'il faut se borner à pratiquer purement et simplement l'injection iodée. De quelle manière? Le voici. S'il reste de la sérosité dans le kyste, on devra injecter de la teinture pure. Si le kyste est complétement évacué, on injectera de la teinture coupée par moitié d'eau, avec addition d'un vingtième d'iodure de potassium. On s'est demandé encore si l'injection devait être chaude ou froide. Elle doit être à la température ordinaire. Ainsi, en résumé, l'injection doit être faite pour les kystes ovariques, comme pour les hydrocèles, avec la teinture d'iodure pure, s'il reste de la sérosité; avec la teinture étendue de moitié d'eau dans le cas contraire, et à la température ordinaire.

L'injection faite, faut-il la retirer? J'ai pour habitude de laisser toujours dans le kyste une partie du liquide injecté, comme je le fais pour l'hydrocèle. Je ne laisse sortir, dans ce dernier cas, que la portion du liquide qui est expulsée par le retrait du scrotum, je laisse le reste dans la cavité vaginale. Je trouve à cela plusieurs avantages. Pour faciliter par la suite la résorption complète, j'ai recours à la compression. Voilà pour le manuel opératoire.

Il ne faut pas s'imaginer d'ailleurs, à de très-rares exceptions près, que les malades guérissent instantanément. On voit presque toujours le liquide se reproduire, puis survient un travail inflammatoire qui est suivi de résolution.

Faut-il renouveler l'opération? M. Boinet est de cet avis, il insiste même là-dessus. Je ne suis pas convaincu que cela soit nécessaire. J'ai vu souvent des hydrocèles se reproduire, beaucoup de chirurgiens auraient cru sans doute à un insuccès et auraient recommencé l'opération; aujourd'hui, avec l'expérience que j'ai acquise, je ne me préoccupe pas de ces récidives apparentes et je m'abstiens de réopérer. Pour les femmes affectées de kystes ovariques, il est ennuyeux, sans doute, d'attendre plusieurs mois; on aurait tort cependant d'en désespérer trop vite, car j'en ai vu plusieurs qui, après la reproduction de la tumeur, ont fini par guérir sans qu'il eût été nécessaire de revenir à une nouvelle opération. M. Robert en a cité aussi quelques exemples.

Un mot maintenant sur les causes de mort. J'ai dit dans ma précédente argumentation que sur le chiffre total des morts à la suite de l'opération connu jusqu'ici, et qui s'élève à une trentaine, il fallait en défalquer une vingtaine, dans lesquels la terminaison fatale paraissait due au séjour de la canule à demeure. Il n'y aurait donc que dix cas de mort attribuables à l'injection. Or, quelle en peut être dans ces cas la cause? C'est que l'injection a été faite dans de mauvaises conditions; je m'en suis assuré en lisant attentivement les observations. Dans quelques cas, la mort a été due à des imprudences des malades. On ne saurait donc, sans injustice, en laisser peser la responsabilité tout entière sur l'injection iodée.

J'arrive maintenant à un autre point plus sérieux; je veux parler de mon désaccord avec M. Guérin. M. Guérin a trouvé la cause de tous les accidents qui peuvent se développer à la suite de l'opération, dans l'introduction de l'air. L'air est pour lui un grand ennemi; il le voit dans bien des endroits où il n'est pas. Ainsi, les cas de mort à la suite de la ponction palliative, il les attribue à l'introduction de l'air dans le péritoine. Il y a là plusieurs choses à examiner:

1° S'il est vrai que l'air s'introduise dans le péritoine;

2° Si c'est bien cette introduction de l'air qui est la cause des accidents.

D'abord, je ne crois pas que l'air s'introduise dans le péritoine. M. Guérin dit que c'est pendant les pressions que l'on exerce sur les kystes pour les vider entièrement, que cette introduction a lieu. Je lui en demande pardon, mais c'est précisément dans les cas où l'on n'a pas pu vider entièrement les kystes, c'est-à-dire quand leur contenu est d'une consistance qui n'en permet pas l'écoulement, qu'ont lieu ces accidents. Quant à cette espèce d'aspiration qui aurait lieu par suite de la différence qui existe entre la tension des viscères et celle de l'atmosphère, c'est une physique que je ne comprends pas. Je comprendrais, à la rigueur, que cela eût lieu lorsqu'il existe un trajet à parois solides qui ne peuvent pas revenir sur elles-mêmes, comme dans certains abcès par congestion, par exemple; mais dans une cavité molle, à parois flexibles, mobiles, cela ne me paraît pas possible. Pour ma part, je n'en ai jamais vu d'exemple.

Maintenant, en supposant que cette introduction ait lieu, cela constituerait-il un danger bien réel? C'est là une question bien vieille, et qui a déjà été débattue bien souvent. Que n'a-t-on pas dit sur les effets de ces prétendues introductions de l'air dans les cavités closes! Il y a une infinité de faits qui tendent à les faire révoquer en doute. Comment cet air si benin, si bienfaisant qui nous entoure de toutes parts, deviendrait un poison mortel dès qu'il serait en contact avec quelque partie interne du corps!

Mais ne connaît-on pas des exemples nombreux d'emphysèmes suite de fracture de côtes? Ne sait-on pas que les conscrits qui veulent se soustraire au service s'insufflent le scrotum pour faire croire à une maladie? Ne connaît-on pas l'histoire de ces deux bouchers qui s'amusèrent à insuffler un de leurs camarades pendant son sommeil, comme on le fait pour les moutons avant de les dépouiller? A-t-on jamais vu qu'il en soit résulté d'accidents graves? Mais, dira-t-on, ce ne sont pas des cavités séreuses. Mais j'ai, moi-même, en faisant des expériences, injecté de l'air dans la cavité vaginale, et je n'en ai rien vu résulter du tout. Il faudrait donc, avant d'admettre cette nocuité de l'air, la démontrer par des faits bien observés.

Ce n'est pas que je nie l'action funeste de l'air dans certaines circonstances, sur les plaies, par exemple; mais je l'admets lorsque le contact de l'air est permanent et non passager. J'ai dit, il y a longtemps, que par le contact prolongé de l'air avec les fluides altérés de l'économie, il se faisait un travail chimique qui hâtait la décomposition des tissus et engendrait des phénomènes morbides graves. C'est de cette manière que je comprends que l'air introduit dans une cavité séreuse enflammée, ou mis en contact avec une surface suppurante, puisse avoir des effets nuisibles.

J'aborde un point plus délicat. Dans la dernière séance, vous m'avez entendu traiter d'hérésie une proposition émise par M. Guérin. Je n'ai pas voulu m'y arrêter, craignant d'avoir mal saisi la pensée de notre collègue, ou de m'élever contre un lapsus. Mais M. Guérin l'ayant maintenue par écrit, je me vois dans la nécessité d'y revenir. Voici le fait.

Cet air, qui fait si grand'peur à M. Guérin, est très-pénétrant, à ce qu'il paraît, car il arrive par le vagin dans l'utérus, et de là par les trompes dans le péritoine. Ce n'est pas tout; cet air introduit dans le péritoine pénétrerait dans l'estomac et dans les intestins, d'où il s'échapperait ensuite en éructations abondantes et en vents. J'avoue que cette physique m'effraye. J'ai peur pour ces pauvres femmes, en songeant qu'il suffit qu'elles écartent un peu les jambes en marchant ou en dansant pour que l'air pénètre dans leur péritoine. Ce qui m'étonne, c'est que l'eau des injections vaginales n'y pénètre pas non plus, et qu'il n'y ait pas plus de femmes hydropiques ou emphysémateuses.

Je ne puis pas admettre cela; il n'est pas possible, même en admettant que l'orifice utérin soit entr'ouvert, que l'air poussé dans le vagin avec quelque force que ce soit pénètre dans la matrice, et que de là il s'introduise dans les trompes et de celles-ci dans le péritoine; et cela par une bonne raison: c'est que l'orifice supérieur de la cavité du col ne laisserait point passer l'air; c'est que, en supposant qu'il s'en introduisît quelques bulles dans la matrice, il passerait encore moins facilement par les trompes, dont le calibre est tel, comme tout le monde le sait, qu'elles peuvent recevoir à peine une soie de cochon, et qui sont d'ailleurs pourvues de valvules qui s'opposeraient à son passage.

Ne se rappelle-t-on pas la discussion qui a eu lieu dans le temps à l'occasion des injections utérines de M. Vidal, et ne sait-on pas qu'on n'a jamais pu parvenir par des expériences répétées à faire pénétrer de l'eau dans le péritoine à travers les trompes! M. Guérin a rappelé les faits qu'il a observés à l'Hôtel-Dieu, desquels il résulterait que chez des femmes récemment accouchées et mortes des suites de fièvre puerpérale, le pus produit dans la cavité utérine aurait filé par les trompes jusque dans la cavité péritonéale. Mais pourquoi ce pus trouvé dans les trompes n'aurait-il pas été produit sur place?

Je crois donc, jusqu'à plus ample informé, pouvoir maintenir ma qualification d'hérésie pour le fait énoncé par M. Guérin.

Autre fait encore. M. Guérin veut qu'on guérisse les kystes de l'ovaire sans injections; il veut vider ces kystes d'une manière si complète qu'il y ait accollement des parois. De plus, avec l'aide de l'instrument ingénieux qu'il a présenté à l'Académie, il veut produire, par une forte aspiration, par une action de ventouse, une excitation suffisante sur les parois du kyste pour en déterminer l'adhésion. Eh bien, ceci est encore pour moi une hérésie, car la succion, si énergique qu'on la suppose, n'agira jamais que sur la très-petite portion des parois du kyste en rapport avec l'extrémité de la canule, qu'elle bouchera bientôt de manière à rendre toute autre aspiration impossible.

Je voudrais enfin pouvoir entrer dans quelques développements sur ce que M. Guérin entend par méthode sous-cutanée appliquée à la ponction et à l'évacuation des kystes. J'avoue ne pas comprendre cette expression; à moins que par méthode sous-cutanée M. Guérin n'entende tout procédé qui a pour but d'empêcher la pénétration de l'air. Mais c'est là l'objet d'une discussion à part que je désirerais vivement voir s'engager devant l'Académie.

M. LE PRÉSIDENT déclare que la discussion sera continuée dans la séance prochaine.

M. J. GUÉRIN réclame la parole au commencement de la séance prochaine pour répondre à M. Velpeau. Mais il désire dès à présent faire remarquer à l'Académie qu'il y a trois choses dans le discours de M. Velpeau qu'il lui importe de signaler dès à présent: Des méprises qu'il relèvera, des objections sérieuses auxquelles il répondra, et des choses non sérieuses auxquelles il ne répondra pas, et dont il déclare vouloir laisser toute la responsabilité à son contradicteur.

— M. Sanson présente trois fœtus jumeaux. Nous reviendrons sur cette présentation.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial du 6 janvier 1857, ont été promus au grade de chirurgien principal de la marine, MM. les chirurgiens de 1re classe: Mairet, Laure, Le Tersec, Bellebon, Macret, Mannet et Ballot.

—Par arrêté ministériel du 7 janvier, ont été nommés chefs de clinique:

M. L. Blondeau, à l'Hôtel-Dieu, service de M. Trousseau;

M. A. Charrier, à la Clinique, service de M. P. Dubois (accouchements).

— Par arrêté du même jour, M. Morin a été nommé préparateur de physique à la Faculté de médecine, en remplacement de M. Regnault, démissionnaire.

— Nous avons déjà annoncé la démission de M. Viguier, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier; M. Brousse a également donné sa démission des mêmes fonctions.

M. Jallaguier, agrégé libre, est rappelé à l'activité pour six ans, près la même Faculté; il sera attaché à la section de botanique et d'histoire naturelle.

— La Société botanique de France vient de composer de la manière suivante son bureau et son conseil pour 1857:

Président, M. Moquin-Tandon; vice-présidents, MM. le comte Jaubert, Lasègue, Lemaout et Th. Puel; secrétaires, MM. Cosson et Duchartre; vice-secrétaires, MM. de Schœnefeld et Léon Soubeiran; trésorier, M. Fr. Delessert; archiviste, M. de Bouis; membres du conseil, MM. Baillon, Boisduval, Brice, Ad. Brongniart, Chatin, Decaisne, Germain de Saint-Pierre, Menière, Montagne, A. Passy, Tulasne et Weddel.

— M. le docteur Auzoux commencera, le dimanche 18 janvier, à 1 heure, son cours d'anatomie humaine et comparée (anatomie clastique). Ce cours sera continué les dimanches suivants à la même heure.

Les jeudis à la même heure: 1° Conférences sur la leçon du dimanche;

2° Expériences chimiques et physiologiques propres à faire apprécier les conditions qui favorisent, empêchent ou modifient les fonctions par lesquelles la vie s'entretient.

3° Considérations hygiéniques et physiologiques appliquées à l'homme, au cheval, à tous les animaux domestiques.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 7. — SAMEDI 17 JANVIER 1857. (30e ANNÉE. N° 7 — SAMEDI 17 JANVIER 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Fra[nçaise]

GAZETTE DES [H]ÔPITAUX CIVILS ET MIL[ITAI]RES.

eaux mortifi / es au sang / ui est un co / pas urge / ue nous av / ce de rempla / lonnerait immé / , et permettr / rhagies. Sur / la responsa

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » | Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois moi 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Influence de l'électricité sur la sécrétion lactée.

Dans le numéro du 4 septembre dernier, la *Gazette des Hôpitaux* a publié un exemple assez remarquable d'emploi de l'électricité localisée pour rappeler la sécrétion lactée. Dans ce fait, rapporté par M. Aubert, il s'agit d'une femme de vingt-six ans, mère de trois enfants, qui allaitait le troisième depuis onze mois et demi, lorsque celui-ci ayant été atteint d'une pneumonie double, la lactation fut supprimée. Plus tard, quand on voulut rendre le sein à l'enfant, la source était tarie. L'électricité, appliquée sur les seins à l'aide d'excitateurs humides, rappela la sécrétion. Un fait semblable vient d'être observé récemment par M. Becquerel, qui en a fait l'objet d'une communication à la Société médicale des hôpitaux. Il est assez intéressant pour que nous croyions devoir le rapporter ici dans tous ses détails, tel qu'il a été consigné dans les comptes rendus de cette Société.

Une jeune femme de vingt-sept ans, bien constituée, quoique d'un tempérament nerveux, nourrissait depuis six mois, sans que son lait eût jamais manqué. A la suite d'émotions vives et répétées, la sécrétion lactée diminua ; le sein droit conserva un peu de lait, le gauche tarit à peu près complétement. On donna à manger à l'enfant, mais il dépérissait. M. Becquerel conseilla de prendre une nourrice. Mais la mère ayant refusé ; il songea alors à recourir à l'application de courants électriques. Il l'employa d'abord sur le sein gauche, où depuis près de huit jours il n'y avait que quelques gouttes de lait. Il opéra avec une machine magnéto-électrique de Goeffe et Loiseau, de force médiocre, à courant très-doux et à intermittences rapides. Les excitateurs humides (éponges) étaient placés successivement sur les divers points de la circonférence du sein, de manière que les courants pussent traverser l'organe dans tous les sens. Trois séances de quinze minutes chacune eurent lieu. La malade souffrit à peine ; elle éprouva plutôt un malaise qu'une souffrance réelle. Dès la première séance, la montée du lait survint presque immédiatement après l'application des courants électriques. Après la troisième séance, la sécrétion était pleine et entière ; l'enfant avait repris le sein, et la sécrétion lactée est restée depuis lors très-abondante du côté gauche. Le sein droit en fournissait moins abondamment, mais assez cependant pour qu'il n'ait pas été nécessaire d'appliquer l'électricité.

Quelques membres de la Société ont rappelé, à cette occasion, des faits qui peuvent, le cas échéant, fournir des indications utiles pour la pratique. Nous reproduirons, entre autres, le fait suivant, communiqué à ce sujet par M. Aran.

On a fait il y a quelques années à Londres des expériences relativement à un procédé employé aux îles du cap Vert pour ramener ou augmenter la sécrétion lactée. Il est, dit M. Aran d'après des documents anglais, d'usage traditionnel parmi les habitants du cap Vert que, lorsqu'une femme meurt en nourrissant son enfant, la plus proche parente, qu'elle soit ou non mariée, et quel que soit son âge, est obligée de nourrir immédiatement l'enfant privé de sa mère. Pour cela, la femme est soumise à une série de pratiques consistant principalement dans l'application de feuilles de ricin tièdes sur les seins et dans l'emploi de fumigations chaudes vers les parties génitales. L'enfant est en outre approché plusieurs fois par jour du mamelon. Après trois ou quatre jours au plus la sécrétion lactée s'établit.

Sans nous laisser arrêter par ce que ce procédé peut avoir de bizarre dans son application, et par la confiance un peu trop absolue sans doute des auteurs anglais qui l'ont importé et qui le recommandent sans assigner aucune limite aux conditions de son emploi, nous pensons avec M. Aran que ces faits mériteraient d'être vérifiés, et qu'il y a utilité, dans tous les cas, à les signaler à l'attention des praticiens, et particulièrement des médecins chargés des services de nourrices. Ces moyens ne sont pas les seuls de ce genre d'ailleurs ; les vieilles pharmacopées renferment des formules de remèdes galactagogues ; les médecins vétérinaires et les éleveurs font journellement usage de certaines plantes alimentaires réputées pour avoir la propriété d'augmenter la sécrétion du lait. Il n'y aurait donc rien d'étrange ni d'irrationnel à essayer d'appliquer aux besoins de la thérapeutique ou de l'hygiène de l'allaitement quelques-uns des moyens dont il vient d'être question.

Mais pour en revenir à l'électricité, qui pourrait bien être encore le meilleur de tous les galactagogues, d'après les deux faits observés par MM. Aubert et Becquerel, il y aurait encore, avant de pouvoir formuler les règles de son emploi, quelques points de pratique à éclaircir. Nous ferons remarquer d'abord que dans ces deux cas l'action de l'électricité ne paraît pas douteuse. On aurait pu se demander, ainsi que l'ont fait quelques membres de la Société dans la discussion qui a suivi cette communication, si le retour de la lactation n'était pas dû, dans cette circonstance, ou à l'une de ces influences morales si puissantes sur la perturbation des sécrétions, où à l'excitation produite par l'approche même de l'enfant et par les succions répétées. Mais, ainsi que M. Becquerel l'a fait remarquer, l'excitant moral de la volonté ne manquait ni dans l'un ni dans l'autre cas, et de plus, depuis plusieurs jours, les deux mères présentaient le sein à leurs enfants sans aucun résultat. Ce ne fut qu'après l'application de l'électricité, et presque immédiatement après, que la sécrétion lactée fut rappelée.

Comment doit-être pratiquée l'électrisation ? sur quels points les excitateurs doivent-ils être appliqués ? Des recherches récentes de M. Ludwig, citées par M. Aran, tendent à faire jouer un grand rôle à l'excitation des nerfs qui desservent les glandes sécrétoires pour l'accroissement des fonctions physiologiques de ces glandes. Ainsi M. Ludwig aurait obtenu chez les chevaux une sécrétion très-abondante de salive en excitant le nerf qui se rend à la glande parotide. Mais M. Aubert a fait remarquer dans son observation, et il a insisté sur cette circonstance dont il faut tenir compte, que si l'on place les conducteurs au-dessus de la mamelle on court le risque d'exciter les muscles pectoraux, de les faire contracter et de déterminer d'assez vives douleurs sans obtenir le résultat qu'on se propose. Il conseille, en conséquence, d'appliquer les excitateurs directement sur la glande. C'est aussi ce qu'a fait M. Becquerel. Le succès de cette pratique dans les deux cas la justifie suffisamment, et indique à ceux qui voudraient recourir à ce moyen le procédé à suivre, sauf toutefois les réserves d'une expérience plus étendue.

Coloration ardoisée de la peau produite par l'usage longtemps continué du nitrate d'argent à l'intérieur chez un épileptique.

Tout le monde connaît cet effet si singulier et si grave que produit l'usage longtemps continué du nitrate d'argent à l'intérieur. Au bout de quelques mois de l'usage de cette médication, la peau et les membranes muqueuses revêtent une teinte ardoisée indélébile, qui donne à la physionomie un aspect hideux et tout à fait extraordinaire. On peut voir en ce moment dans le service de M. Trousseau, à l'Hôtel-Dieu, un malade qui présente l'exemple le plus remarquable peut-être qu'on ait jamais vu de cette action du nitrate d'argent sur les téguments. Ce malade, avant d'entrer chez M. Trousseau, a séjourné pendant quelque temps dans le service de M. Nélaton, à la Clinique, où un grand nombre d'élèves et quelques médecins ont déjà pu le voir. Voici en quelques mots son histoire, qui présente d'ailleurs beaucoup d'intérêt sous d'autres rapports, d'après les renseignements que nous avons pu recueillir auprès de lui.

Cet homme, nommé Butler (Élie), âgé de quarante-deux ans, né à New-York, où il exerçait la profession de libraire, d'une assez grande stature, d'une constitution sèche, blond, présente un des types de la constitution de la race anglo-américaine. Sa physionomie, régulière d'ailleurs, malgré l'altération profonde qu'y imprime cette coloration insolite, est expressive et intelligente.

Voici ce qu'il nous apprend :

Il est épileptique depuis l'âge de dix ans, depuis trente-deux ans par conséquent. Il a consulté, depuis cette époque, un grand nombre de médecins et chirurgiens, tant en Amérique qu'en Angleterre, où il a résidé quelque temps avant de venir en France, et où il était connu sous le nom de *l'homme bleu* ; il a subi un grand nombre de traitements ; et une foule de moyens plus ou moins bizarres lui ont été conseillés, tels que la castration, la trachéotomie, etc. Des diverses médications qu'il a mises en usage, il n'en est qu'une seule qui ait paru exercer quelque influence sur sa maladie, mais c'est aussi celle qui a entraîné les fâcheuses conséquences que nous signalons, c'est la médication par le nitrate d'argent. Il a commencé ce traitement il y a dix-neuf ans, il en avait alors vingt-trois. Il a pris du nitrate d'argent à la dose d'un quart de grain d'abord, puis d'un demi-grain par jour ; le médicament a été continué à cette dernière dose pendant huit mois consécutivement. Sous l'influence de ce traitement, il est survenu un amendement notable dans la maladie, au point qu'on a pu pendant longtemps même se croire fondé à le considérer comme guéri, car il est resté, dit-il, deux ans sans attaques. Jusque-là les attaques, depuis le début de la maladie, avaient été très-fréquentes, sans avoir jamais

---

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Recherches anatomiques sur l'urètre de l'homme, par le docteur Jarjavay, chef des travaux anatomiques (1).

Recherches sur le traitement des maladies des organes urinaires considérées spécialement chez les hommes âgés, et sur celui des rétrécissements de l'urètre, par le docteur A. Mercier (2).

On serait volontiers tenté de croire que, à l'époque actuelle, et depuis le long espace de temps que l'on se livre à l'étude de l'anatomie, il ne reste plus rien à découvrir quant aux dispositions anatomiques des organes du corps humain. On comprend aisément qu'il y ait encore bien des choses à connaître, sous le rapport de la structure des divers tissus qui entrent dans la formation de ces organes ; l'invention de nouvelles méthodes d'exploration, l'application toute récente aux recherches histologiques des instruments d'optique les plus perfectionnés, rendent toutes simples ces conquêtes nouvelles, plus curieuses, du reste, et plus intéressantes au point de vue théorique qu'au point de vue pratique. Mais il est plus difficile d'admettre que l'on ne soit pas encore fixé sur des faits matériels aussi évidents, aussi aisés à constater que la direction, par exemple, la longueur, le calibre de l'urètre, etc. C'est cependant ce qui existe encore aujourd'hui, et si à l'examen d'anatomie, les trois professeurs interrogeaient successivement le candidat sur la longueur de ce canal, il est vraiment original de penser que le malheureux élève devrait, pour se concilier la bienveillance de ses juges, leur répondre à chacun un chiffre différent.

Il n'est donc pas mal que, de temps en temps, un de ces infatigables travailleurs qui ont passé ou passent encore de longues journées dans les amphithéâtres, publient les résultats de leurs pénibles recherches, et s'efforcent de mettre d'accord, dans une œuvre d'ensemble, les divergences de leurs prédécesseurs, tout en apportant à la science le tribut de leurs observations personnelles. Et s'il est quelques points qui se trouvent élucidés déjà, on ne devra pas leur savoir mauvais gré de répéter, dans la description complète d'un appareil, des faits connus de tout le monde ; en agir autrement, ce serait présenter une histoire tronquée, et obliger ceux qui voudraient s'en servir pour l'étude, à faire des recherches sans fin comme sans utilité, et à perdre un temps précieux sans aucun avantage d'un autre côté.

Si nous faisons cette observation, c'est que nous avons entendu reprocher à l'auteur du livre dont nous rendons compte d'avoir souvent répété des choses que personne n'ignore. Mais assurément, M. Jarjavay n'a jamais eu la prétention n'avoir *inventé* l'urètre, ni de l'avoir décrit le premier. Il a seulement voulu vérifier par lui-même lequel avait raison des auteurs qui sont en désaccord sur un si grand nombre de points, et voir à quelles circonstances étaient dues ces singulières divergences d'opinions ; et, chemin faisant, il s'est trouvé conduit à découvrir des particularités qui avaient échappé à ses devanciers. Telles sont certaines dispositions des valvules urétrales et de la couche sous-muqueuse ; les expansions fibreuses des corps caverneux, etc.

Pour ce qui regarde les valvules, l'examen comparatif de plusieurs centaines d'urètres a permis à M. Jarjavay d'établir plusieurs propositions relatives à leur fréquence dans certaines régions de l'urètre, à leur constance même, quant à ce qui touche quelques-unes d'entre elles.

Ces lois peuvent se résumer ainsi :

Il est des valvules urétrales dont l'existence, quoique loin d'être constante, peut être considérée comme constante.

Lorsque ces valvules manquent, on en retrouve le plus souvent des vestiges dans leur siége habituel.

A cette première catégorie appartiennent une ou plusieurs valvules dont le siége est dans le bord supérieur de la portion glandaire ou au commencement de la région spongio-vasculaire. On jugera de la vérité de la proposition de M. Jarjavay quand on saura, par exemple, que sur soixante-dix urètres, onze seulement en étaient dépourvus.

Il en est à peu près de même d'une série de valvules situées sur la ligne médiane, à partir de l'orifice glandaire, bien qu'elles soient peut-être un peu moins fréquentes. Dans les cas où la partie antérieure et supérieure des parois de l'urètre manque de valvules, il est rare qu'on ne trouve pas une dépression qui en rappelle l'idée. M. Jarjavay a vu

(1) Un vol. in-4°, avec planches : 14 francs, — (2) Un vol. in-8°, avec figures. — Ces deux ouvrages se trouvent chez Labé.

été cependant quotidiennes. C'est aussi de cette époque que date sa coloration anormale, qui a commencé à se manifester durant les derniers temps qu'il faisait usage de cette médication.

Cette coloration est des plus remarquables. Toute la surface du corps, sans en excepter un seul point, est d'une teinte gris d'ardoise uniforme ; mais cette teinte est beaucoup plus foncée sur les parties découvertes, à la figure, au cou et aux mains. A la lumière artificielle, sa face prend une teinte noir d'ébène, qui fait le plus singulier contraste avec la teinte blonde des cheveux et de la barbe qui l'entourent. Les membranes muqueuses des lèvres, de la face interne des joues, des narines, des paupières et la langue, sont d'une couleur cyanique ; la sclérotique elle-même a une teinte bleuâtre très-prononcée, la même à peu près que celle des ongles.

Les nombreuses cicatrices que ce malheureux porte sur la figure et sur les diverses parties du corps, et qui résultent presque toutes des nombreuses chutes qu'il a faites pendant ses accès, tranchent légèrement sur le fond général par une teinte un peu plus claire, mais qui tient encore de la nuance ardoisée.

Quant aux accès, après deux ans de suspension, ils sont revenus presque aussi fréquents qu'avant le traitement par le nitrate d'argent. Ils ont un caractère particulier, et qui mérite d'être signalé : il n'y a point d'*aura* déterminé; le point de départ des accès paraît être dans l'encéphale lui-même. Ils ont la forme vertigineuse. Le malade se sent pris d'une sorte d'éblouissement, de vertige; il tourne plusieurs fois sur lui-même, tout en faisant des efforts pour se retenir; il se débat quelques instants, puis il tombe. Cette forme rappelle assez bien le tournis de certains animaux, et porterait à présumer, si les faits que l'on a invoqués dans le temps à l'appui de la localisation de cette dernière affection sont exacts, que le siége de la lésion est dans les lobes cérébelleux, si tant est qu'il y ait une lésion appréciable dans les centres nerveux.

Deux indications se présentent ici : l'une est relative à l'épilepsie; la seconde à la coloration.

Existe-t-il un moyen de faire disparaître, ou du moins de diminuer cette coloration? Plusieurs moyens ont été proposés, mais aucun, jusqu'à présent, n'a été suivi de succès. Patterson a préconisé l'usage de l'iodure de potassium *intùs* et *extra* longtemps continué. Le malade y a été soumis pendant longtemps et sous toutes les formes, sans aucun résultat.

Quant à l'épilepsie, M. Trousseau n'en désespère pas. Il se propose de la combattre par une médication qui a donné déjà quelques preuves de son utilité, sinon de son efficacité complète, et à laquelle ce malade ne paraît pas avoir été encore soumis; c'est la médication par la belladone, d'après la méthode de M. Bretonneau. Cette méthode consiste, comme on le sait, à prescrire la belladone à la dose de 1 centigramme d'abord, au début du traitement, puis à la porter graduellement à la dose de 5 centigrammes; et dans les cas les plus rebelles, à l'élever jusqu'à 10 centigrammes, dose où l'on doit s'arrêter pendant deux ou trois mois, sauf à reprendre après ce temps d'arrêt, en ayant le soin d'accroître les doses surtout aux époques présumées du retour des accès, quand il y a une périodicité assez régulière pour permettre de le prévoir. Depuis que le malade est dans les salles de M. Trousseau, il prend la belladone; il en est aujourd'hui à la dose de 2 centig. Il n'y a eu encore jusqu'à présent aucun effet appréciable. Il sera intéressant de suivre cette observation. Nous aurons soin de tenir nos lecteurs au courant de ce qui pourra survenir.

Une dernière question se présente naturellement à l'esprit en présence d'un pareil fait.

Y a-t-il un moyen de prévenir la production de ce déplorable effet de la médication par le nitrate d'argent? Faut-il recourir, faute d'un neutralisant quelconque, à une médication qui, bien qu'infidèle ou insuffisante sans doute dans beaucoup de cas (celui-ci en est un exemple), n'en a pas moins produit quelquefois de très-heureux résultats? Il serait inutile de rappeler ici divers moyens imaginés en vue de théories chimiques pour transformer au sein de l'économie le nitrate d'argent en chlorure, qui mettrait à l'abri de pareils inconvénients. Mais l'expérience n'a point confirmé à cet égard les données de la théorie.

Cependant [illegible] st d'avis que la méthode de Patterson ne doit pas être [illegible] repoussée. Il a proposé de lui faire subir une variante [illegible] à se servir de l'iodure de potassium en lotions faites [illegible] sur toutes les parties exposées à la lumière, non pa[illegible] eau aura déjà contracté une teinte grise, mais au mom[illegible] l'ingestion de la première dose de nitrate d'argent. [illegible] pas que ce moyen ait été encore essayé.

Frappés [illegible] ces praticiens, de la gravité de cet accident, MM. [illegible] t Pidoux ont songé à substituer le chlorure d'ar[illegible] e dans le traitement de l'épilepsie. Ils ont employé [illegible] en pilules à la dose de 25 centigrammes à 1 gramme et demi (5 à 30 grains) par jour, sans que cette dose ait paru affecter les fonctions digestives. Ils n'ont traité jusqu'à présent par ce moyen que quatre épileptiques. Sur ce nombre, trois n'ont éprouvé aucun soulagement; mais le quatrième, âgé de vingt-[illegible] ans, épileptique depuis cinq ans, a été parfaitement gu[illegible]

Mais si, comme le pense M. Mialhe, c'est précisément au chloro-argentate alcalin résultant de la décomposition du nitrate d'argent en chlorure dans le sein de l'économie, qu'est due la coloration ardoisée de la peau, on ne voit pas trop l'avantage qu'il y aurait à substituer le chlorure au nitrate, à moins que la plus grande tolérance de l'économie pour le premier de ces agents ne le fasse considérer comme plus propre à combattre l'épilepsie, en permettant d'en élever davantage la dose. Quoi qu'il en soit, il y a toute apparence que ces résultats n'ont pas paru satisfaisants à M. Trousseau, puisqu'il n'a pas jugé à propos de soumettre ce malade à l'emploi de ce moyen.

Délire des aboyeurs.

Nous recevons de M. Champouillon, à propos des communications de MM. Bosredon, Pize et Ancelon sur le délire des aboyeurs, quelques observations, que nous nous empressons de faire connaître à nos lecteurs.

On ne comprend guère pourquoi les médecins qui ont observé la chorée du larynx donnent à cette maladie le nom de *délire des aboyeurs*. Cette dénomination manque, en effet, d'exactitude et de précision, en ce que les aboyeurs ne sont pas tous atteints de troubles marqués dans les fonctions morales, intellectuelles ou affectives, et que quand ces troubles existent, ils ressemblent bien plus à l'imbécillité qu'au délire proprement dit.

Les causes de cette infirmité sont les mêmes que celles de la chorée en général : elle peut être congéniale ou accidentelle. La chorée laryngienne accidentelle est de beaucoup la plus commune; elle est presque toujours la suite d'une impression vive et soudaine, ainsi que le prouve l'exemple suivant :

D..., conscrit de la classe de 1853, appelé devant le conseil de révision, réclame son exemption pour cause d'aboiement. Cette allégation paraissant suspecte au médecin expert, le conseil décide que D... ne sera libéré qu'après que la réalité de cette affection aura été constatée définitivement. En conséquence, D... fut placé au Val-de-Grâce, dans la division de M. Champouillon, chargé du service des maladies simulées. Ce jeune homme, parfaitement constitué du reste, raconte qu'étant mousse à bord d'un caboteur, il fut précipité à la mer par un coup de vent. La frayeur, l'impression subite de l'eau froide frappèrent le malheureux naufragé d'un anéantissement presque complet, au sortir duquel il fut pris de tremblement et de suffocation qui se prolongèrent pendant une semaine entière. Lorsqu'après un peu de calme la parole redevint possible, chaque phrase fut depuis lors coupée une ou plusieurs fois par les mots *Nantes, Nord*, que le sujet articule avec une grande véhémence pendant chaque expiration. On dirait d'une soupape qui se lève brusquement pour donner issue à un jet de vapeur. Quand, par une cause quelconque, ce jeu cesse d'être régulier, il est remplacé par des aboiements saccadés qui se prolongent pendant plusieurs secondes.

Ces spasmes choréiques du larynx sont continus pendant l'état de veille; le sommeil seul y met fin momentanément. Semblable rémission se remarque également pendant le travail ou les grands efforts musculaires.

Cette infirmité, qui dure depuis neuf ans, ne semble causer à D... aucun malaise, ni aucune fatigue. L'intelligence de cet homme est parfaitement intacte, sa santé excellente.

Rien de notable dans l'habitude extérieure du sujet, si ce n'est un gonflement marqué de la base du cou. La chorée est exclusivement limitée aux muscles du larynx.

Au bout de deux mois d'une surveillance établie sans résultats pour surprendre D... en flagrant délit de supercherie, sa réforme fut prononcée.

M. Champouillon a eu l'occasion d'observer plusieurs autres cas d'aboiement ou chorée laryngienne, et jamais il n'a constaté de délire proprement dit. Toutefois il y a, chez quelques choréiques de cette espèce, de l'embarras dans le maintien, de la taciturnité, une attitude confuse ou de l'irascibilité; mais, en aucun cas, ces modifications du caractère n'étaient accompagnées de désordres même passagers dans l'entendement.

La coïncidence ou la liaison du délire avec l'aboiement n'est donc pas un fait assez constant pour que l'on soit autorisé à confondre ces deux phénomènes dans une dénomination générique.

— Nous recevons, à la même occasion, de M. le docteur Eon, médecin aide-major à l'hôpital de Coléah (Afrique), de curieux renseignements sur des phénomènes bizarres de même nature qu'il a été à même d'observer dans le temps dans une petite ville de la Bretagne. Nous laissons parler notre correspondant :

« Une légende très-répandue dans le pays raconte que *Notre-Dame du Roncier*, vierge en grande vénération dans la ville de Josselin et dans les communes adjacentes, était atteinte de la singulière maladie que nous allons décrire tout à l'heure, et qu'elle la transmit à quelques femmes de son village qui s'étaient moquées d'elle; punition fatale, comme le péché originel, qui s'est transmise d'âge en âge, se reproduit régulièrement deux fois chaque année, toujours avec les mêmes phénomènes, et sévit exclusivement dans la même commune, chez de jeunes filles ou jeunes femmes de la campagne très-vigoureuses et qui n'ont pas l'habitude de *sentir leurs nerfs*.

» On appelle communément cette maladie *haut mal*, ou *mal de la Vierge*. On l'observe toujours le 15 août et le jour de la Pentecôte, je crois. Alors la ville de Josselin est dans une animation considérable. Depuis six heures du matin jusqu'au milieu du jour, on voit arriver à chaque instant des groupes de paysans portant à grand'peine de malheureuses femmes en proie aux convulsions les plus épouvantables. Leur face est vultueuse; les yeux injectés sortent de l'orbite; leur bouche est écumante; des sons rauques, saccadés, s'échappent difficilement de leur larynx contracté et produisent une sorte d'aboiement.

» Je ne chercherai pas à décrire ici tous les symptômes de cette affection; quiconque a vu une attaque hystérique un peu prononcée en aura une idée très-exacte. Je dirai seulement que pendant un temps plus ou moins éloigné, souvent un mois avant le grand jour, ou jour de l'attaque, il survient, chez les femmes qui en seront atteintes, un malaise général, de l'inappétence, des nausées, de l'insomnie, une tristesse profonde. Les malheureuses ont une idée fixe; elles ne songent qu'au mal qui doit les frapper inévitablement à jour fixe; elles s'y préparent par le recueillement, le jeûne et la prière, conditions on ne peut plus favorables, comme on sait, pour produire l'exaltation de l'imagination.

» Ces phénomènes s'aggravent d'autant plus que le jour de la fête est plus rapproché; alors ils sont dans toute leur intensité.

» La médecine n'intervient jamais dans le traitement. On se met en route avant le jour pour venir prier *Notre-Dame-du-Roncier* dans son église, distante de 7 ou 8 kilomètres, voyage bien long et bien pénible, car les attaques convulsives se succèdent rapidement, et sont d'autant plus intenses que l'on se rapproche davantage de l'église, dans laquelle on traîne plus tôt qu'on ne porte ces pauvres créatures jusqu'au tronc de la Vierge pour le leur faire embrasser. Alors les convulsions, devenues générales, sont affreuses; les bruits qui s'échappent de la poitrine simulent tous les bruits musicaux

---

souvent plusieurs fossettes successives dans des points qui, chez d'autres sujets, étaient occupés par des replis.

Une troisième proposition, non moins vraie que les deux premières, est celle-ci : il est des valvules qui se présentent exceptionnellement dans certaines régions.

Les plus communes sont situées sur la ligne médiane de la face supérieure dans la portion spongio-vasculaire, et correspondent aux orifices des glandules muqueuses; on en trouve encore de très-petites dans la région musculeuse, dans le segment prostatique du canal, etc.

Nous signalerons à l'attention des anatomistes les papilles du canal, inaperçues par les anatomistes, auxquelles l'auteur rapporte l'excessive sensibilité de l'urètre dans la portion glandaire, et dont il indique le mode de préparation. Les papilles de la couronne du gland n'ont pas été étudiées avec moins de soin, et ont fait l'objet de représentations graphiques du plus haut intérêt.

On conçoit que nous n'ayons point l'intention de signaler tous les points nouveaux de cette histoire de l'urètre de l'habile chef des travaux anatomiques de la Faculté. Ce sont pour la plupart des détails spéciaux qui s'adressent plus à l'anatomiste qu'au praticien. Cependant, nous voulons encore signaler les recherches relatives aux expansions fibreuses des corps caverneux, négligées jusqu'à ce jour par les auteurs français, et décrites pour la première fois en Allemagne, il y a une vingtaine d'années.

C'est plutôt aux praticiens qu'aux anatomistes que s'adressent, au contraire, les chapitres qui terminent le livre, et qui ont trait aux dimensions, et surtout à la direction du canal, deux points si importants quand il s'agit des opérations destinées à la destruction des calculs vésicaux.

En résumé, nous dirons que M. Jarjavay a publié là un beau livre, qui témoigne d'une persévérance peu commune, d'un rare talent d'observation, et donne cette fois raison au concours, par les épreuves duquel il a dû passer pour arriver au poste qu'il occupe comme chef des travaux anatomiques de la Faculté.

Ajoutons enfin que les magnifiques planches qui l'accompagnent, dues au crayon de l'habile dessinateur M. Emile Beau, sont des œuvres d'art aussi remarquables par leur précieux fini et leur délicatesse que par leur exactitude.

Et puisque nous parlons de l'urètre, profitons de l'occasion pour dire quelques mots aussi d'un livre avec lequel nous sommes un peu en retard, des *Recherches* de M. Mercier *sur le traitement des maladies des organes urinaires*. Cet ouvrage ne devait d'abord être que le second volume du traité publié, il y a dix-sept ans aujourd'hui, par le même auteur sous le titre de *Recherches anatomiques et pathologiques sur les organes urinaires des hommes âgés*; mais peu à peu, et par des circonstances indépendantes de sa volonté, M. Mercier s'est trouvé entraîné à envisager son sujet sous un point de vue beaucoup plus large, et ne pouvant, du moins pour le moment, penser à le refaire sur un autre plan, il s'est décidé à le publier tel quel, comme complément de celui que nous venons d'indiquer.

De ce changement, certes, nous aurions mauvaise grâce à nous en plaindre, car l'auteur nous a donné plus qu'il ne nous avait promis; ainsi nous avons gagné, à ce changement de plan, un excellent travail sur le *traitement des rétrécissements de l'urètre*, un essai sur la *gravelle et la pierre*, sur la *lithotritie et l'extraction des fragments et des corps étrangers de la vessie*, tous sujets de la plus haute importance et qui sont depuis plusieurs années à l'ordre du jour.

Le livre de M. Mercier est divisé en plusieurs parties. La première, *Mémoire historique sur divers points de la pathologie urinaire*, a été publiée séparément il y a deux ans environ, à l'occasion des discussions qui s'élevèrent pour le prix d'Argenteuil, ce prix, qui, pour le dire en passant, semble avoir été jeté dans le monde chirurgical pour servir de *pomme de discorde* et faire éclater à l'envi toutes les mauvaises passions dont peut être animée notre triste humanité. Ce mémoire, que nous ne faisons que signaler, est la revendication par l'auteur des procédés nouveaux et des modifications qu'il a apportées dans le traitement si difficile des maladies des organes génito-urinaires. C'est, il faut bien le dire, un chapitre de polémique plutôt que de science pure; nous n'avons point à l'apprécier ici; si d'autres l'ont attaqué, pourquoi, comme eux, M. Mercier ne pourrait-il pas se défendre?

La partie véritablement scientifique du livre ne commence, à pro-

que l'imagination se plaît à leur prêter. Dans le pays, on se contente de dire que les femmes *aboient*.

« Le nombre en diminue chaque année, mais j'ai vu des scènes de ce genre se renouveler vingt, trente fois dans la matinée. Jugez de la confusion qui règne dans l'église, alors toujours pleine des fidèles assistant aux offices.

« Les désordres cessent généralement peu de temps après l'arrivée des malades dans l'église; quelquefois, après un temps plus ou moins long, il survient de nouvelles attaques, qu'on ne fait céder définitivement qu'en portant ces infortunées jusqu'à la fontaine de la Vierge, pour leur faire des ablutions. Cette eau merveilleuse, comme celle de *Notre-Dame de la Salette*, achève enfin la guérison. A partir de ce moment, tout rentre dans l'ordre, comme après les attaques hystériques, pour se renouveler l'année suivante. »

Est-ce là une affection nouvelle à ajouter au cadre nosologique, ainsi que le pense M. Bosredon, ou bien est-ce tout simplement, comme le dit M. Pize, un symptôme commun à diverses maladies, ou bien enfin, comme le pense M. Eon, une névrose qui se rapproche singulièrement de l'hystérie, ce résumé de toutes les névroses, comme le dit avec raison notre confrère? Nous pensons avec lui que cette dernière interprétation est la plus juste, mais à la condition toutefois d'admettre que c'est une hystérie d'un cachet tout spécial que l'on trouve dans la périodicité à jour fixe une fois, peut-être deux fois l'an. L'exaltation de l'imagination développée par la méditation, le jeûne, la prière, voilà la cause de ces désordres nerveux que l'on n'a pas l'habitude de rencontrer chez ces pauvres femmes de la campagne.

Ne trouve-t-on pas aussi dans l'histoire, ajoute notre correspondant, des phénomènes semblables ou du moins analogues? « Après la révocation de l'édit de Nantes, les protestants, poursuivis par les dragonnades du grand roi, se réfugient dans les Cévennes. La peur produit chez quelques-uns de ces malheureux des tremblements, qui plus tard se développent chez tous. Un malade en prière sur la tombe du diacre Pâris, à Saint-Médard, est pris de convulsions; tous ceux qui s'y rendent après lui sont pris de convulsions.

« N'est-ce pas toujours là la manifestation de phénomènes semblables, produits par l'instinct d'imitation et l'exaltation d'imagination? Cette explication, que M. le professeur Andral donnait, il y a vingt ans, dans ses cours, nous paraît très-plausible, et nous ne doutons pas que le fameux édit :

De par le roi, défense à Dieu
D'opérer miracle en ce lieu,

n'amènerait un résultat semblable, si l'autorité du département voulait employer son influence. »

Nous sommes sur tous ces points parfaitement de l'avis de notre confrère.

Encore un mot sur la trachéotomie par escharification.

Depuis la publication de notre dernier article sur l'opération de la trachéotomie à l'aide des caustiques, nous avons reçu quelques explications nouvelles de M. le docteur Dujardin (de Lille), auxquelles nous nous empressons de donner place.

M. Dujardin commence par déclarer qu'il trouve la réclamation de priorité de M. Clerc parfaitement fondée (1). Il se demande ensuite si les procédés de M. Clerc et le sien, quoique tendant au même but, prévenir l'hémorrhagie, et exécutés par les mêmes moyens, ne sont pas cependant essentiellement différents, puisque l'un a manqué le but et que l'autre l'a atteint. M. Clerc a manqué le but, parce qu'il a employé le bistouri immédiatement après l'emploi d'un caustique non coagulant; M. Dujardin, au contraire, l'a atteint parce qu'il a laissé s'écouler entre l'application du même caustique et l'emploi du bistouri un temps suffisant pour permettre au sang de se coaguler dans les vaisseaux mortifiés. Maintenant, combien faut-il d'heures pour que les vaisseaux mortifiés par le caustique de Vienne cessent d'être perméables au sang?

M. Dujardin pense que son procédé, qui est un procédé en deux temps, est applicable quand il n'y a pas urgence d'opérer immédiatement : telle est aussi l'opinion que nous avons exprimée. Il propose, en outre, pour les cas d'urgence de remplacer le caustique de Vienne par le fer rouge, qui donnerait immédiatement une escharc tout à fait imperméable au sang, et permettrait d'ouvrir les voies aériennes sans crainte d'hémorrhagies. Sur ce dernier point, nous laissons à M. Dujardin toute la responsabilité de son opinion.

(1) Nous réparerons à cet égard une omission involontaire, et nous satisferons du même coup à la légitime curiosité de M. Dujardin, en rappelant que l'observation de M. Clerc, dont nous avons publié un résumé dans la dernière *Revue*, a été publiée en février 1852 dans l'*Union médicale*.

CORPS ÉTRANGERS DANS LA VESSIE.

Crochet de brodeuse. — Extraction.

Dans un mémoire sur les corps étrangers introduits dans la vessie, M. le docteur Denucé rapporte le fait suivant :

Dans le mois de juin 1855, dit-il, je fus appelé auprès d'une fille de dix-huit ans, ouvrière en chambre, demeurant rue Saint-Hyacinte-Saint-Michel, à Paris, et qui depuis trois jours était au lit, souffrant, disait-elle, de coliques atroces.

J'examinai d'abord le ventre, qui n'était point douloureux à la pression. La persistance de la malade à placer le siége des douleurs qu'elle éprouvait dans la région hypogastrique, m'engagea à pratiquer le toucher vaginal. Je fus fort surpris de sentir, dans la paroi antérieure du vagin, une pointe dure et acérée qui soulevait la muqueuse.

La malade me confessa alors que, pour calmer une démangeaison très-vive, elle avait une douzaine de jours auparavant porté vers les parties génitales le crochet dont elle se servait pour broder, et qu'elle ne pouvait pas se rendre compte de la manière dont il lui avait échappé.

Un nouvel examen fait avec l'aide de la sonde et du spéculum me permit de constater que le corps étranger avait pénétré dans la vessie, qu'il était peu mobile, et que son extrémité pointue s'était engagée dans la partie postérieure de la paroi inférieure de l'urètre, qui se trouvait pour ainsi dire harponnée.

On sait, en effet, que la pointe de cet instrument ressemble à un hameçon, et que le petit crochet en retour qu'il présente rend très-difficile son extraction. Du côté du vagin, à 3 ou 4 centimètres de profondeur, la pointe faisait une saillie assez marquée. Ayant réussi à saisir le corps étranger avec une pince à pansement introduite par l'urètre, je pus facilement reconnaître que chaque effort que je faisais pour le dégager et l'attirer était inutile, et servait plutôt à l'enfoncer davantage. Pendant cette manœuvre à l'aide du doigt maintenu dans le vagin, je pus m'assurer que la pointe du crochet devenait tout à fait superficielle. Je n'hésitai pas à agir avec un peu de force sur la pince, qui tenait le crochet dans la vessie. La pointe traversa complétement la paroi urétro-vaginale; à l'aide d'une seconde pince je parvins à la saisir dans le vagin et à tirer le crochet tout entier par cette voie. Je dois ajouter qu'ayant pris la précaution de maintenir pendant deux ou trois jours une sonde dans la vessie, le pertuis se referma, et la malade guérit sans aucune trace de fistule. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

TUMEURS FIBREUSES

développées dans l'épaisseur des parois utérines faisant obstacle à l'accouchement. — Opération césarienne pratiquée avec succès.

Par M. le docteur E. Rupin.

La femme Goudar, de la commune de Saint-M'hervé (Ille-et-Vilaine), est d'une bonne constitution. Jamais elle n'a été malade. Cette femme, âgée de quarante-trois ans, a été réglée à dix-huit; les règles ont toujours paru régulièrement. Elle s'est mariée au mois de septembre 1854, et ce n'est qu'au mois de décembre 1855 qu'a eu lieu pour la première fois la disparition du flux menstruel. Toujours elle a eu le ventre gros, mais ce n'est qu'après la disparition des règles qu'elle s'aperçut qu'il était bosselé et dur.

Vers la fin de mars 1856, je fus appelé auprès de cette femme, qui présentait tous les signes d'une péritonite. Tout le côté droit du ventre était occupé par une énorme tumeur très-dure; cette tumeur, qui semblait faire corps avec l'utérus, allait s'enfoncer jusque sous les fausses côtes. Je touchai la femme, et je trouvai le col très-bas, ramolli, situé un peu à droite; immédiatement derrière lui, une tumeur que je ne pouvais circonscrire avec le doigt. Cette tumeur se continuait avec le corps de l'utérus et s'enfonçait dans le petit bassin. A la partie antérieure du col, on sentait une autre tumeur située derrière le pubis. Les symptômes de péritonite cédèrent peu à peu, et la malade put bientôt reprendre son travail.

Dans la nuit du 28 au 29 septembre, je fus appelé auprès de cette femme. Les premières douleurs avaient paru la veille au soir. Le col était situé en avant; il était allongé, ramolli, mais sans dilatation : on pouvait seulement y introduire l'extrémité du doigt. Sa partie postérieure était occupée par une tumeur plus élevée que lui, et se continuant avec l'utérus. A la partie antérieure du col, entre lui et le pubis, on ne sentait plus de tumeur.

La femme accusa toujours les mouvements de son enfant du côté gauche; en effet, on pouvait facilement percevoir les bruits du cœur de ce côté. La partie droite du ventre présentait toujours le même aspect.

Le 29 et le 30 septembre, les choses restèrent dans le même état; seulement les douleurs commençaient à s'éloigner. Le col était un peu plus dilaté (comme une pièce de 1 fr.); sa partie antérieure s'amincissait un peu; la partie postérieure prise dans la tumeur restait la même. La nuit se passa sans douleurs.

Le 1er octobre, M. le docteur Hiron constata la présence des tumeurs et le peu de dilatation du col. La femme avait encore assez de force; les bruits du cœur du fœtus s'entendaient distinctement. Notre avis fut d'attendre.

Le vendredi 3 octobre, j'appelai un confrère pour terminer l'accouchement. M. le docteur Duclos ayant examiné la malade, constata ce que nous avions déjà reconnu. Nous pensâmes alors à l'opération césarienne.

Le samedi 4 octobre, la femme perdait sensiblement ses forces, les bruits du cœur étaient plus faibles. Il fallait terminer l'accouchement. M. le docteur Hiron, étant parvenu à introduire la main et à constater une présentation de la tête, tenta en vain une application de forceps; c'est alors que nous nous décidâmes à pratiquer de suite l'opération césarienne.

L'opération fut faite en suivant les procédés ordinaires, et ne présenta rien de particulier. Seulement, dans le but d'éviter les tumeurs, M. le docteur Hiron pratiqua sur le côté gauche du ventre une incision oblique de haut en bas, de dehors en dedans, de 13 à 14 centimètres de longueur. Cette incision commençait à sa partie supérieure à 8 ou 9 centimètres, et se terminait à sa partie inférieure à 4 centimètres du raphé médian, et à 3 travers de doigt au-dessus du pubis.

Nous eûmes un instant à craindre la mort de l'enfant, mais quelques frictions suffirent pour le rappeler à la vie.

Les suites de l'opération furent plus heureuses qu'il n'était possible de l'espérer. C'est à peine s'il y eut de la fièvre. Il ne se manifesta aucun signe d'inflammation du côté du péritoine.

Pendant les huit premiers jours, les lochies coulèrent par la partie inférieure de la plaie laissée béante. (Nous n'avions pas introduit de mèche communiquant avec l'utérus, comme certains auteurs l'ont recommandé.) Au bout de ce temps, la cicatrisation commença à se faire à la partie inférieure, et alors l'écoulement utérin se fit par le milieu de la plaie.

Au bout de quinze jours, la cicatrisation de la plaie étant à peu près complète, l'écoulement, qui jusque-là n'avait pas eu lieu par le vagin, commença à se faire par la voie naturelle. Alors la cicatrisation entière de la plaie s'effectua.

La femme Gondar a revu ses règles le 29 décembre, mais elles ont été peu abondantes.

Quelle est la nature des tumeurs qui ont empêché l'accouchement? Ces tumeurs sont, suivant nous, de nature fibreuse, développées dans l'épaisseur même du tissu utérin. En effet, la marche lente de la maladie, l'absence de douleur, le développement et la dureté du ventre, la présence de tumeurs semblables sur plusieurs points de l'utérus, la conservation de la santé malgré ce désordre local, nous ont fait adopter cette opinion. Une autre raison, c'est que l'incision, quoique faite en dehors de la partie la plus dure de la tumeur, en divisa cependant l'extrémité; or, malgré les craintes que nous avions pu avoir, les contractions utérines se produisirent sur toutes les parties de la matrice avec une égale intensité, ce qui probablement n'eût pas eu lieu, si ces énormes tumeurs eussent été d'une nature différente.

---

prement parler, qu'au *Mémoire sur l'inertie ou atonie de la vessie, et sur son rôle dans la production de certaines rétentions d'urine.* C'est là principalement que se trouvent développées les idées de l'auteur sur l'hypertrophie et l'inertie simultanées des parois de la vessie, idées qui, pour avoir paru d'abord en opposition avec celles qui sont généralement reçues, n'ont pas moins fini par être acceptées par les esprits impartiaux, et par prendre droit de domicile dans la science.

Ce qui fait le mérite des travaux de M. Mercier, c'est qu'en général ils sont éminemment pratiques; aussi les chirurgiens, et principalement ceux qui s'occupent d'une manière spéciale des maladies des organes urinaires, liront-ils avec intérêt les remarques sur les sondes et le cathétérisme, où l'auteur donne d'utiles préceptes pour surmonter la plupart des difficultés qui se présentent dans cette délicate partie de ce que nous continuerons à appeler, en dépit de quelques chirurgiens, la *médecine opératoire*.

On se rappelle qu'il y a une douzaine d'années, M. Mercier publia un livre fort important sur les valvules du col de la vessie, et sur un moyen de supprimer ou au moins de diminuer l'obstacle qu'elles présentent à l'excrétion de l'urine. Quelques heureuses modifications apportées à l'excision qu'il présentait alors, font le sujet d'un long mémoire où l'auteur complète ses premiers travaux. Notons encore de précieuses considérations sur l'hématurie et sur le catarrhe de la vessie.

Une des parties les plus essentielles de ce volume est sans contredit celle où sont étudiées sous tous leurs points de vue les déviations spasmodiques et les rétrécissements de l'urètre. Cette section des recherches de M. Mercier renferme des considérations tout à fait neuves et originales, et une appréciation raisonnée des diverses méthodes d'incision qui se sont produites dans ces dernières années, méthodes dont les uns ont peut-être eu trop de frayeur, tandis que les autres en faisaient un usage imprudent et immodéré.

Les deux derniers travaux sont un essai sur la gravelle et la pierre, où l'auteur examine avec un soin tout particulier la question de la lithotritie dans les cas où la présence de la pierre est compliquée de rétention d'urine, et des réflexions sur la rupture des sondes dans la vessie et les moyens de les en retirer. Ce dernier sujet est d'autant plus important, à notre avis, que, sans prétendre blesser aucun amour-propre, nous avons vu plus d'un des instruments destinés à extraire les corps étrangers de la vessie réussir admirablement sur une table ou dans la vessie ouverte d'un cadavre, et manquer leur coup sur le vivant en face d'une difficulté imprévue.

On le voit, le livre de M. Mercier est plutôt un recueil de mémoires sur différents points de la pathologie et de la thérapeutique des voies urinaires qu'un traité d'ensemble et complet. Il semble que l'auteur, si souvent froissé dans ses droits de propriété scientifique, ait voulu prendre date, ou ait craint de n'avoir pas le temps de publier plus tard ses travaux avec tous les développements dont ils sont susceptibles. Certes nous comprenons ces craintes. Qui de nous est sûr du lendemain? Mais, s'il est vieux dans la science par le nombre et l'importance de ses travaux, M. Mercier est, grâce à Dieu, dans l'âge où l'on peut encore attendre de longs jours, où les forces ne trahissent pas le courage; espérons donc que bientôt, dans une publication nouvelle plus en ordre que celle-ci, chaque sujet sera repris en sous-œuvre, mis en la place qui lui appartient, et que nous aurons enfin un traité complet et sérieux des maladies des voies urinaires. Dr A. Foucart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté en date du 9 janvier 1857, M. Arthaud, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques près l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, et M. Berriat, docteur en médecine, sont nommés professeurs suppléants près ladite Ecole.

— M. Moitessier, docteur en médecine, agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Montpellier, licencié ès sciences physiques, est chargé du cours de chimie de la Faculté des sciences de Clermont pendant la durée du congé accordé à M. Aubergier.

M. le docteur Durand-Fardel commencera son cours sur les eaux minérales envisagées au point de vue de la thérapeutique le lundi 19 janvier, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 janvier 1857. — Présidence de M. CHASSAIGNAC.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. DANYAU présente une femme qui a subi une version pour un cas de vice de conformation du bassin. Son enfant, également présenté à la Société, offre une dépression profonde sur le pariétal gauche.

Voici leur histoire abrégée :

La femme Aaron, âgée de vingt-deux ans, haute de 1 mètre 42 centimètres, et dont le bassin, vicié par le rachitisme, n'a que 7 centimètres et demi de diamètre sacro-sous-pubien, s'est présenté à la Maternité, pour la troisième fois, le 21 décembre dernier. Les deux premières fois, en février 1853 et juin 1855, elle avait été admise entre le septième et le huitième mois, et à huit mois j'avais chaque fois, dit M. Danyau, provoqué l'accouchement à l'aide des douches utérines.

Le premier enfant, né vivant, avait été atteint quelques jours après sa naissance d'un sclérème, dont il avait heureusement guéri, et avait été emmené en bon état par sa mère.

Le second avait un peu souffert au moment de l'accouchement, qui avait eu lieu par l'extrémité pelvienne, et avait succombé huit heures après sa naissance.

Cette fois, la femme Aaron était non seulement à terme (dernière époque menstruelle le 13 mars), mais déjà en travail depuis six heures lorsqu'elle entra à la Maternité.

Lorsque nous arrivâmes auprès d'elle, vers midi, l'orifice utérin était à peu près complétement dilaté et très-souple, les membranes entières. Fallait-il, les membranes rompues, abandonner pendant quelque temps au moins l'accouchement à lui-même, avec l'espoir, fondé sur le médiocre développement du ventre, que le petit volume du fœtus rendrait possible l'expulsion naturelle, sauf, dans le cas d'insuffisance des efforts maternels et d'impossibilité absolue, à intervenir plus tard diversement, suivant l'état de l'enfant? Ne pouvait on pas, au contraire, tenter la version, pour laquelle d'ailleurs tout était si heureusement disposé, et ce cas particulièrement favorable à l'essai d'une méthode tour à tour préconisée et rejetée, et sur la valeur de laquelle, quand il s'agit de viciation modérée du bassin, les opinions sont encore très-partagées?

Notre parti pris pour la version, nous confiâmes le soin de la pratiquer à notre interne M. Tarnier, dont nous avions eu plus d'une occasion déjà de mettre à l'épreuve la prudence et l'habileté. L'opération fut faite avec toute la promptitude et toute la dextérité possibles. La tête seule offrit quelque résistance; après quelques efforts bien dirigés, elle fut extraite; l'enfant, légèrement asphyxié d'abord, ne tarda pas à respirer et à crier, et depuis lors, c'est-à-dire depuis dix-sept jours, il n'a pas cessé d'être dans l'état le plus satisfaisant, et pourtant cet enfant présentait à la naissance et présente encore un enfoncement avec fracture du pariétal gauche, enfoncement de forme triangulaire, étendu de la bosse à l'angle antérieur et inférieur, qui couvre et remplit à peu près la première phalange du pouce, et qui a été produit par la pression contre l'angle sous-vertébral.

Cet enfoncement, comme nous avons pu nous en assurer à l'aide d'une empreinte en cire, est resté tel qu'il était à la naissance; les bords de ce triangle déprimé sont seulement devenus plus mousses.

Ce cas est remarquable par l'absence complète de phénomènes cérébraux, bien qu'une portion de l'hémisphère gauche soit nécessairement comprimée.

L'issue de l'accouchement a été aussi heureuse que possible, et ce cas peut sans doute être cité en faveur de la version dans les cas de rétrécissement peu considérable du bassin. Mais l'enfant, bien qu'à terme, n'est pas très-volumineux. Il ne pesait à sa naissance que 2 kilos 950, et n'avait que 0m,47 de longueur. Sa tête était au-dessous des dimensions ordinaires (d. occip. m., 12 c. 1/2; d. o. fr., 11 c. 1/2; d. bi-pariétal, 8 c., 7 m.) Du fond de la dépression à la bosse pariétale droite, il y avait 7 c. 1/2, ce qui est précisément l'étendue que, d'après la mensuration à l'aide du doigt, nous avons assignée au petit diamètre du détroit supérieur.

Mais avec une tête plus volumineuse et moins flexible, quelle eût été l'issue de l'accouchement, et peut-on de ce fait conclure en faveur de la version dans le cas de viciation modérée du bassin?

— M. LARREY présente un exemple de consolidation régulière d'une fracture comminutive et compliquée du fémur à son tiers supérieur par un gros projectile de guerre. Voici le résumé sommaire de l'observation :

M. le capitaine Y..., ex-lieutenant au 9e bataillon de chasseurs, fut blessé, le 20 septembre 1854, à la bataille de l'Alma, par un biscaïen qui lui fracassa la cuisse droite. Le projectile, ayant pénétré par la face interne du tiers supérieur du membre, au niveau du muscle couturier, presque sur le trajet de l'artère fémorale, était ressorti directement en dehors en fracturant le fémur en éclats. M. Fleschut appliqua un appareil provisoire à l'ambulance, et fit évacuer aussitôt le blessé sur Constantinople.

Une consultation réunie à l'hôpital de Péra par M. Scoutetten, ne sembla pas mettre en doute la nécessité de l'amputation, mais en la reconnaissant à peu près impossible sans désarticuler la cuisse. Or, la gravité de l'opération pouvait devenir encore plus funeste que la gravité de la blessure, et on fut d'avis de tenter la conservation du membre. Un appareil de Scultet fut d'abord appliqué pendant vingt-cinq jours, avec les précautions nécessaires aux pansements; on y substitua un appareil inamovible pendant trente ou trente-cinq jours d'abord; pendant vingt-cinq ensuite, à l'aide de la dextrine; et enfin un bandage roulé suffit pour maintenir la consolidation inespérée de la fracture.

Des morceaux de drap et de linge avaient été entraînés au dehors par la suppuration, un mois après la blessure: un premier fragment d'os en avait été extrait au quarantième jour. Bon nombre d'autres esquilles de diverses grandeurs, une trentaine environ, furent éliminées en sept ou huit fois, formant en tout une perte de substance à l'os de 4 à 5 centimètres à peu près. Un gonflement assez sensible et persistant de la cuisse jusqu'au genou, fit présumer que le fémur avait pu être fissuré aussi ou fendu longitudinalement; mais malgré les accidents locaux suivis d'abcès, il ne survint pas de réaction générale ou de fièvre traumatique. Il est à remarquer aussi que le blessé, placé dans une salle où sévissait une épidémie de pourriture d'hôpital, en fut totalement préservé. Transporté enfin en France, il fit usage des eaux de Baréges et vit ses plaies se cicatriser en même temps que la consolidation de sa fracture devenait définitive, régulière, et que l'articulation du genou, à demi ankylosée, recouvrait peu à peu l'exercice de ses mouvements. C'est à peine si une légère claudication subsiste aujourd'hui, par un raccourcissement de 2 ou 3 centimètres, que diminue encore une chaussure élevée.

Voilà certainement, ajoute M. Larrey, un cas remarquable de chirurgie conservatrice substituée à l'une des indications les plus formelles de l'amputation primitive.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

— A l'occasion du procès-verbal, M. VERNEUIL a été surpris de trouver dans le résumé statistique de M. Prô une aussi grande proportion de rétrécissements siégeant dans la portion membraneuse. Contradictoirement, il a dépouillé les *Bulletins de la Société anatomique*, où se trouvent consignés bon nombre de descriptions pathologiques. Voici le résultat :

rétrécissements portés par 24 malades, ainsi répartis :

Divers points de la portion spongieuse. . . .	15
Région du bulbe.	7
Union des portions bulbaire et membraneuse.	4

Quatre cas sont équivoques et demandent un mot de commentaire :

1° Nous trouvons une observation où il est dit que le rétrécissement de 6 millimètres d'étendue est à 4 centimètres du verumontanum, et rien de plus. On peut penser que le point rétréci siégeait au niveau du collet du bulbe. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1854, p. 189.)

2° Dans une autre observation, le rétrécissement est situé, dit-on, au commencement de la portion membraneuse. Mais vingt-sept sections avaient été pratiquées pendant la vie; et d'ailleurs, le commencement de la région membraneuse se dit souvent pour l'union des portions bulbaire et membraneuse. (Même recueil, 1853, p. 7.)

3° Un troisième fait serait plus embarrassant; mais la mention en est si connue, qu'on pourrait élever des doutes sur la réalité du siége admis. En effet, on se contente de dire : M. L... présente un rétrécissement au niveau de la portion membraneuse. Quand un fait est exceptionnel, il doit être plus explicitement décrit. (Même recueil, 1854, p. 330.)

4° « M. Lediberder présente en 1835 un rétrécissement de l'urètre long d'un pouce et demi. Le canal a, dans ce point, deux tiers de ligne de diamètre. Sa surface est lisse, parsemée de petites cicatrices linéaires. Au delà du rétrécissement, qui est situé dans la région prostatique, le canal présente une dilatation en entonnoir dont le sommet correspond au commencement du rétrécissement, etc., etc. (1). »

D'après le texte, on peut conclure que toute la région membraneuse était comprise dans le rétrécissement, puisque celui-ci avait un pouce et demi de long. Or, cette étendue elle-même indique que la lésion allait jusqu'à la région bulbaire, car on ne peut guère attribuer plus d'un pouce de longueur à la portion membraneuse.

Malgré tout ce que ce fait a de singulier au premier abord, il ne constitue véritablement pas une exception à la règle. D'où je conclus que les trente cas indiqués dans les *Bulletins de la Société anatomique*, loin d'appuyer l'existence fréquente des rétrécissements dans la région membraneuse, contribuent à montrer la rareté de ce siége primitif des coarctations urétrales.

Je trouve d'ailleurs, dans le même recueil, une remarque de M. Mercier, qui fait prévoir des difficultés pour distinguer le point où la lésion a débuté, même lorsqu'on a les pièces sous les yeux.

M. Dullos montre, en 1852, un rétrécissement de 2 millimètres de diamètre sur 5 de longueur, situé à 18 centimètres du méat, et siégeant au niveau du bulbe. En avant, la muqueuse est éraillée; en arrière, elle présente dans la portion membraneuse des stries blanches, traces d'inflammations répétées et chroniques.

M. Mercier fait observer que si le rétrécissement avait été dilaté, la lésion de la muqueuse, située en arrière, aurait fait dire que l'obstacle siégeait dans la portion membraneuse. C'est, ajoute-t-il, ce qui a trompé souvent.

M. GIRALDÈS. J'ai relu la thèse de M. Prô. J'avoue que je suis forcé d'être un peu plus sévère que M. le rapporteur sur la valeur de ce travail. On voit bien que M. Prô n'a point eu à sa disposition les pièces dont il parle. Je crois bien qu'il a au moins regardé à travers les bocaux, mais j'affirme qu'il a simplement copié les indications des catalogues des musées. Or, pour ce qui est du musée de Hunter, ces indications sont quelquefois excellentes quand elles ont trait à des malades suivis dans un hôpital de Londres; mais beaucoup concernent des pièces reçues de toutes mains, et pour lesquelles on n'a pu avoir aucun renseignement exact.

Je reproche aussi à M. Prô d'avoir négligé certaines collections qu'il avait près de lui à Londres, entre autres celles du musée de Saint-Georges, où les autopsies de Guthrie lui auraient été fort utiles.

En résumé, je dirai volontiers que M. Prô a fait une bonne thèse; mais comme mémoire, devant au moins représenter exactement l'état actuel de la science sur cette importante question des rétrécissements, il est tout à fait au-dessous du jugement qu'en a porté M. Verneuil, car il embrouille une question que les travaux contemporains, et je citerai surtout ceux de M. Syme, tendent à simplifier singulièrement, au grand bénéfice de la pratique.

M VERNEUIL. Je partage au fond l'opinion de notre collègue. Je trouve seulement qu'il déprécie un peu trop le travail que j'ai analysé devant vous. — Et pour répondre par un chiffre, vous pouvez comparer dans la thèse de M. Prô 127 pièces de rétrécissements de l'urètre. Trouverions-nous à Paris, dans un recueil ou dans un musée, une semblable collection ?

M. LARREY, tout en acceptant une partie des critiques de M. Giraldès, dit que le caractère sérieux de la thèse en question doit comporter un peu plus d'indulgence.

(1) 1835, 10e année, p. 12. — Consulter, pour les observations de cette statistique : 1826, p. 17; 1827, p. 84; 1828, p. 2 et 217; 1835, p. 12, 69; 1837, p. 164; 1839, p. 9; 1840, p. 79; 1842, p. 15 et 285; 1845, p. 131; 1850, p. 170 et 204; 1851, p. 199; 1852, p. 101; 1853, p. 7; 1854, p. 163, 189, 330; 1855, p. 24, 25, 185.

D'après les conclusions de M. Verneuil, des remercîments sont votés à M. Prô.

— A l'occasion du procès-verbal, pour une présentation d'une pièce de maxillaire inférieur enlevé et présenté par M. Maisonneuve, M. CHASSAIGNAC demande quelques explications sur la nature du mal et les suites de l'opération.

M. MAISONNEUVE. Cette tumeur a été regardée successivement par divers chirurgiens comme un cancer, un kyste, une ostéite. M. Broca vous donnera le résultat de l'examen histologique.

Quant aux suites de l'opération, je n'ai rien à en dire à la Société, car c'est une opération faite en ville. J'ai simplement présenté une pièce, et je désire ne pas dépasser la question d'anatomie pathologique.

D'après l'examen de M. BROCA, le ganglion enlevé avec la mâchoire était simplement hypertrophié. La dent qui semblait être le point de départ de la tumeur était entourée d'une production fongueuse, rougeâtre, dans laquelle je n'ai trouvé que du tissu fibreux avec un revêtement épithélial. L'opinion de M. Broca est qu'il s'agit là d'une maladie d'un follicule dentaire.

CORRESPONDANCE.

M. Mirault (d'Angers), nommé membre correspondant, adresse une lettre de remercîments.

— M. le professeur Heyfelder fait hommage à la Société de la traduction russe de son mémoire *sur la désarticulation coxo-fémorale*.

Cet envoi est accompagné d'une notice *sur les tumeurs de l'orbite*; cette notice sera lue dans une des prochaines séances.

— M. le docteur Joh. Wildberger (de Bamberg) adresse trois mémoires *sur divers points d'orthopédie*. (Commission : MM. Danyau, Richard et Bouvier.)

— M. le docteur E. Le Gendre fait hommage de sa thèse pour le concours de l'agrégation, *sur le développement et la structure du système glandulaire*.

— M. le secrétaire annonce ensuite qu'il a reçu une pièce anatomique accompagnée d'une lettre non signée; qu'en semblable circonstance il n'est pas dans l'usage de répondre, et que la pièce sera remise à M. Houel, conservateur du musée Dupuytren.

LECTURE.

M. CHASSAIGNAC, remplacé au fauteuil par M. Bouvier, lit un travail *sur l'opération des tumeurs hémorrhoïdales au moyen de l'écrasement linéaire*. Cette lecture sera complétée dans la prochaine séance.

— M. VERNEUIL, à propos du procès-verbal de l'avant-dernière séance, complète l'observation du malade auquel il a amputé la verge le 24 décembre dernier. Cet homme a succombé le 5 janvier. Dans les premiers temps, les suites de l'opération avaient été satisfaisantes. Le quatrième jour, un frisson d'une heure s'était manifesté sans cause connue, mais il ne s'était pas renouvelé. Une petite eschare gangréneuse s'était formée à la surface de la plaie. Peu à peu le malade s'affaiblit, et refusa de prendre des aliments. La langue se séchait; un mouvement fébrile continu s'établit, mélangé de quelques frissons rares et courts. Il y eut le cinquième jour augmentation de la fièvre, et la mort survint dans la nuit.

La plaie avait été sans cesse baignée par l'urine, qui s'était toujours échappée entre la sonde et le canal, sauf dans les derniers jours. La solution de continuité en avait pris un aspect d'abord blafard, puis gangréneux, et le travail de la cautérisation n'avait marché que sur les bords formés par la peau.

A l'autopsie, on trouve une eschare de 5 à 6 millimètres d'épaisseur au-dessous de laquelle les moignons des corps caverneux et de l'urètre étaient cicatrisés. J'entends dire par là que les mailles des tissus spongieux étaient bouchées par un tissu fibreux dur et épais de plus d'un millimètre. La vessie, le rein, le poumon, le foie, ne présentaient aucune lésion. Les corps caverneux n'étaient point enflammés; il n'y avait dans leurs mailles ni coagulum ni pus.

Le corps spongieux de l'urètre était également sain, depuis le point amputé jusqu'au bulbe. Mais ce dernier organe était complétement désorganisé, il offrait un ramollissement gangréniforme, néanmoins sans trace de fausse route ni d'infiltration urinaire.

Il est difficile d'assigner à cette dernière lésion une cause évidente, mais évidemment l'écrasement linéaire n'y est pour rien. Les veines voisines ne présentaient pas de traces de phlébite.

La phlébite et l'infection purulente ne peuvent être invoquées ici comme causes de la mort. Peut-être faut-il en accuser une absorption lente de l'urine par la surface de la plaie, ou bien la gangrène, cependant bien limitée. A la vérité beaucoup de vieillards succombent lentement après des opérations chirurgicales, sans que l'on puisse apprécier facilement les causes réelles de la terminaison funeste.

M. H. LARREY. J'ai parlé d'un malade à qui j'ai pratiqué une amputation partielle de la verge. Il est à peu près guéri, comme nous le promettait sa jeunesse. Je profite de cette occasion pour rappeler à la Société un vœu déjà exprimé par elle, que la présentation des pièces et des malades soit toujours ici complétée par l'histoire des suites et du résultat définitif des opérations. A cette condition seulement, la science est digne et profitable.

M. GUERSANT. Je ne puis m'empêcher d'opposer au résultat funeste obtenu par M. Verneuil, à la suite d'une amputation de la verge par l'écraseur linéaire, cinq opérations pareilles que j'ai pratiquées, mais avec l'instrument tranchant. Mes cinq malades ont guéri, et sans que l'hémorrhagie m'ait préoccupé, et cependant c'étaient des vieillards.

M. FORGET. Le fait rapporté par M. Verneuil vient à l'appui de l'opinion des chirurgiens qui pensent que l'écrasement linéaire ne doit point avoir l'extension qu'on cherche à lui donner. Nous connaissons tous, en effet, tous les dangers des plaies par écrasement, dont le plus grand est de propager les dégâts au delà du point de section.

Pour l'amputation de la verge, comment ne serais-je pas frappé de l'insuccès de M. Verneuil devant les cinq cas de succès de M. Guersant, dus à l'instrument tranchant, auxquels je puis ajouter les opérations dont j'ai été témoin? Trois opérés de M. Ricord, deux de Lisfranc, ont donné quatre guérisons et une mort.

Le secrétaire de la Société, A. RICHARD.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » | Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois moi 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Paris. Statistique des décès dans la ville de Paris pour l'année 1852. — Des vapeurs d'amylène comme agent anesthésique. — Hôpital Lariboisière (M. Chassaignac). Cancer du rectum opéré par écrasement linéaire; guérison. — Hôtel-Dieu de Lyon (M. Vernay). Morve aiguë chez un phthisique. — Résection de la tête et du col du fémur. — Guérison des névralgies à leur début par la pommade au chlorure d'or et de sodium. — Académie des sciences, séance du 12 janvier. — Chronique et nouvelles. — Feuilleton. La chirurgie militaire russe pendant la guerre. — Galvanisation des fils métalliques. — Bains de vapeur naturels de Milo.

Paris, le 19 janvier 1857.

STATISTIQUE DES DÉCÈS DANS LA VILLE DE PARIS POUR L'ANNÉE 1852.

La physiologie expérimentale se repose ou se recueille, la section de médecine et de chirurgie est au complet, les travaux de médecine prennent un autre cours ou ne s'adressent qu'aux commissions des prix, qui imposent silence à la publicité. Il en résulte que depuis quelque temps les comptes rendus de l'Académie des sciences sont peu nourris et ne prêtent que rarement à quelques considérations utiles en cette place.

Heureusement les sujets ne nous manquent pas pour combler les lacunes et occuper les loisirs que peut nous faire l'Académie. Nous empruntons aujourd'hui au dernier cahier des *Annales d'hygiène* quelques documents statistiques intéressants extraits des recherches sur la mortalité dans la ville de Paris pour l'année 1852, que M. Trébuchet vient de publier dans ce recueil.

Il ressortait du compte rendu de la mortalité de Paris pendant l'année 1851, que le chiffre total des décès était peu considérable et inférieur à la moyenne des années précédentes, ce qui s'expliquait naturellement par l'accroissement considérable des décès de l'année 1849 (année du choléra). En 1852, la mortalité n'a dépassé que de 158 celle de 1851; elle est donc restée inférieure à celle des autres années (1850 excepté). Ici, il faut admettre nécessairement d'autres causes à cette amélioration dans l'état de la santé publique. M. Trébuchet l'attribue aux nombreuses mesures prises par l'administration dans l'intérêt de l'hygiène publique et de la salubrité, aux grands travaux d'assainissement effectués à Paris à cette époque, et enfin au changement qui s'est opéré dans les habitudes hygiéniques de la population elle-même, et surtout de la population ouvrière.

Les maladies qui ont causé le plus grand nombre de décès sont la phthisie pulmonaire, la pneumonie, l'entérite, le catarrhe pulmonaire, la fièvre cérébrale, la fièvre typhoïde, l'apoplexie, les convulsions, la petite vérole, la rougeole, le croup, la péritonite, la congestion cérébrale, la gastrite, etc. Les enfants morts-nés ou morts avant terme figurent pour un chiffre considérable, et égal à peu près au chiffre de la maladie qui vient en troisième ordre dans ce tableau.

L'âge où les sujets ont été plus particulièrement atteints par ces maladies sont : pour la fièvre typhoïde, de 20 à 25 ans, de 15 à 20 et de 3 à 4; pour la fièvre cérébrale et la méningite, de 80 à 95 ans, puis de 1 jour à 1 an et de 1 à 4; pour la variole, de 1 j. à 1 an et de 1 à 4; de même pour la rougeole; pour le croup, de 2 à 3 ans; pour les convulsions, de 1 j. à 1 an; pour la gastrite, de 75 à 85 ans et de 1 j. à 1 an; pour l'entérite, de 1 j. à 2 ans et de 85 à 100 ans; pour la péritonite, de 75 à 85 ans; pour l'apoplexie, de 75 à 100 ans; pour la congestion cérébrale, de 70 à 95 ans; pour la pneumonie et le catarrhe pulmonaire, de 70 à 100 et de 1 j. à 1 an. Pour la phthisie pulmonaire, les chiffres de la mortalité proportionnelle aux différents âges donnent des résultats tout à fait inattendus. Ainsi on trouve pour les hommes le maximum de 85 à 90 ans, puis de 1 j. à 1 an, puis de 80 à 85, de 50 à 55, de 2 à 3, de 60 à 65, de 40 à 45, de 45 à 50, de 1 à 2, de 55 à 60, etc., et pour trouver les chiffres qui sont généralement considérés comme les plus élevés, de 20 à 25 et de 25 à 30, par exemple, il faut arriver au seizième et au dix-huitième rang de la colonne. Pour les femmes, c'est aussi de 95 à 100 qu'est le chiffre le plus élevé, puis il va graduellement en s'abaissant et d'une manière très-irrégulière de 85 à 90, de 30 à 35, de 25 à 30, de 20 à 25 (ici, comme on voit, la période de la vie, où l'on place plus communément le développement de la phthisie, se trouve plus élevée que pour les hommes); puis de 1 à 2, de 35 à 40, de 40 à 45, de 80 à 85, de 2 à 3, de 15 à 20, etc.

La répartition des décès par phthisie pulmonaire dans les divers mois de l'année donne un résultat qui se rapproche davantage des données générales de l'observation médicale; mais il est en pleine opposition avec les idées généralement répandues dans le monde. Ainsi que le démontraient les recherches des précédentes années, les mois de mars, d'avril, de mai, sont toujours ceux où la phthisie pulmonaire fait le plus de ravages, soit à domicile, soit dans les hôpitaux; et les mois de septembre, octobre et novembre, ceux où la mortalité est la plus faible. La statistique, qui dépoétise tant de choses, a dépoétisé encore ici la chute des feuilles.

Le chiffre des décès causés en 1852 par la phthisie pulmonaire est un peu inférieur à celui de 1851, qui dépassait sensiblement le chiffre de 1850.

Les résultats fournis par la répartition des décès par phthisie pulmonaire dans les douze arrondissements de Paris sont loin d'être dénués d'intérêt au point de vue de l'influence que peuvent exercer sur le développement de la phthisie le degré de salubrité, d'exposition et d'aération des divers quartiers de la capitale, et les professions diversement réparties ou groupées dans chacun d'eux.

D'après l'ordre de fréquence de la phthisie, les 12 arrondissements de Paris se répartiraient ainsi pour cette année; 7e 9e, 6e, 5e, 8e, 11e, 2e, 1er, 4e, 3e, 10e et 12e; d'où l'on voit, d'un côté, les arrondissements les plus industriels, les 7e, 6e, 5e et 8e, au rang des plus frappés par la phthisie; et d'un autre côté le plus pauvre, le 12e, le moins frappé de tous, et venant, sous ce rapport, après les 1er, 2e et 10e, où sont réunies, en général, les meilleures conditions d'hygiène et d'existence.

Le tableau des suicides a toujours le triste privilége d'occuper une large place dans cette lugubre statistique. Les suicides s'élèvent pour l'année 1852 au chiffre de 336, dont 229 hommes et 107 femmes. Les âges où il y en a eu le plus sont, pour les hommes, de 50 à 55 ans, l'âge des passions ambitieuses et des déceptions; pour les femmes, de 20 à 25, l'âge des passions amoureuses.

Les causes connues ou présumées sont, d'après leur ordre de fréquence, les suivantes : Pour les hommes : la folie, les maladies, la misère, le dégoût de la vie, l'inconduite et les mauvaises affaires, les chagrins d'amour et l'ivrognerie (sur la même ligne), la crainte de paraître en justice, les chagrins domestiques, perte de proches, perte de place, discussion entre patrons et ouvriers. Pour les femmes, la folie tient également le premier rang; puis viennent les chagrins d'amour et le dégoût de la vie, les chagrins domestiques, la misère, les maladies, l'inconduite, l'ivrognerie, les mauvaises affaires, perte de place, perte de parents.

Le mois de l'année où les suicides ont été le plus fréquents est le mois d'avril; celui où il y en a eu le moins le mois d'octobre; mais les différences sont peu sensibles et ne peuvent avoir évidemment aucune portée.

Le genre de suicide le plus fréquent chez les hommes est la submersion et l'asphyxie par le charbon; chez les femmes, c'est l'asphyxie par le charbon, puis la submersion. Le suicide par armes à feu, toujours très-rare chez les femmes, comme on le sait, n'a eu lieu qu'une fois en 1851, et n'a pas eu lieu du tout en 1852.

Voici quels ont été chez les hommes les divers genres de suicide, d'après leur nombre : submersion, gaz acide carbonique, strangulation, armes à feu, chute d'un lieu élevé, instruments tranchants, empoisonnements. Chez les femmes, les genres de suicide les plus fréquents ont été, après l'asphyxie et la submersion, la chute d'un lieu élevé, la strangulation, les instruments tranchants et l'empoisonnement.

Il nous resterait, pour terminer cette rapide analyse de la mortalité de l'année 1852, à indiquer la répartition des décès entre les différentes classes de maladies, le tableau des décès par âge et par sexe, le mouvement général des hôpitaux et hospices civils et militaires, et les décès par profession, qui forment des tableaux immenses, et dont le dépouillement seul exige un travail considérable. Nous profiterons des premiers loisirs que pourront nous laisser les séances de l'Académie pour compléter cet aperçu.

DES VAPEURS D'AMYLÈNE comme agent anesthésique.

Une nouvelle communication sur la question si importante des agents anesthésiques vient de se produire devant la Société médicale de Londres. On se rappelle le travail qui s'empara de tous les esprits le jour où le premier malade succomba aux inhalations du chloroforme. On accueillit avec un douloureux empressement tous les faits qui laissaient tomber un peu de discrédit sur son emploi : de grandes discussions s'élevèrent au sein des académies. Condamné par les uns, soumis par d'autres à une administration sagement réglée, le chloroforme sortit enfin sain et sauf de la lutte. Mais le désir de voir un agent souvent si terrible remplacé par un congénère ne présentant pas ses dangers, restait au fond de tous les es-

FEUILLETON.

La chirurgie militaire russe pendant la guerre. — Galvanisation des fils métalliques. — Bains de vapeur naturels de Milo.

Aujourd'hui que la guerre avec la Russie est enfin terminée, et qu'on peut jeter un coup d'œil sur les divers moyens d'action de cette grande lutte, il ne sera pas sans intérêt d'étudier la direction qui fut imprimée à ce moment au corps médical de l'armée. Déjà, dans un lumineux rapport, M. le maréchal Vaillant a montré quels énormes travaux ont nécessités ces quelques années de guerre, et il a su rendre à chacun ce qui lui revenait dans cette gigantesque expédition. En attendant le rapport détaillé que le chef du service médical russe élabore sur l'organisation de ce corps pendant la guerre, nous allons présenter ici quelques détails qui nous ont été transmis par un médecin de Saint-Pétersbourg.

En France, on connaît parfaitement le nom de tous les hommes distingués à qui fut confiée la direction du service médical de notre armée; mais on ne connaît guère celui des chirurgiens russes. Cependant, tout ce que la Russie possédait d'hommes éminents avait été réuni sous les murs de Sébastopol. A la tête du service, comme directeur, se trouvait le docteur général d'état-major M. Schreider, qui s'était déjà fait connaître par les belles dispositions qu'il avait prises pendant la guerre de Moldavie. Autour de lui se rangeaient les professeurs Pirogoff, Gubbenett, MM. Roudinsky et Raysky, tous deux chirurgiens en chef; puis une multitude de jeunes chirurgiens, élèves de Pirogoff et de Inozemtzeff (de Moscou), tous prodiguant leurs soins aux ambulances sous le feu de l'ennemi, et tenant toujours haut l'honneur de la chirurgie militaire.

J'ai prononcé tout à l'heure le mot ambulances. Voici quelques détails sur leur organisation et sur les moyens de transport dont nos confrères pouvaient disposer.

Les premiers soins administrés soit sur le champ de bataille, soit aux bastions, le blessé qu'on pouvait transporter était conduit aux forts de Saint-Paul, Michel et Nicolas, ou dans le camp, sur les bords de la Sévernaïa. Si, au contraire, le malade ne pouvait sans danger supporter ce petit voyage, on le déposait aux batteries, où le professeur Pirogoff, envoyé par l'empereur Nicolas, avait établi de belles ambulances. Mais la plus grande partie des blessés trouvaient un abri sous des tentes de toile d'une épaisseur double de celle du drap de soldat, pouvant à volonté être hermétiquement fermées ou parfaitement aérées. Douze à vingt malades occupaient chacune de ces tentes dans des lits de bois ou de fer, garnis de linge bien blanc. Ils étaient confiés à la direction de MM. Roudinsky et Raysky.

Jusqu'ici, nous voyons que les malheureux blessés se trouvaient dans les conditions les plus avantageuses; mais aussitôt qu'il était possible de les évacuer, surgissaient de nouvelles et sérieuses difficultés. Les Français étaient à huit cents lieues de leur pays; mais derrière eux se trouvait une flotte qui les approvisionnait, qui continuellement évacuait les blessés selon les besoins du service, soit sur Constantinople, soit même directement sur la France. Les Russes étaient dans leur propre pays; mais tout s'y liguait contre eux. Que de difficultés à vaincre! Pas un bateau à vapeur, pas de chemin de fer; le transport des approvisionnements se faisait par voie de terre, et quelles distances énormes à franchir avant d'arriver aux hôpitaux de l'intérieur! Combien les blessés ne devaient-ils pas souffrir dans des voyages au travers de routes défoncées! Et cependant on avait cherché tous les moyens de leur adoucir les rigueurs de ces voyages.

Des *polufourky*, espèces de grands chariots solides, attelés de trois chevaux et recouverts de toile goudronnée, servaient à ces transports. Les uns appartenaient au service médical de l'armée; les autres, du nouveau corps des *pogontzi*, étaient des magasins mobiles, qui après avoir apporté les provisions au camp, s'en retournaient dans l'intérieur chercher de nouvelles charges. Il est facile de se faire une idée de ces malheureux, placés en général dans ces voitures au nombre de quatre, sur de grands amas de foin, largement fournis de coussins et de draps, mais dans des voitures sans ressorts! Cependant le Russe se consolait et oubliait ses souffrances devant son attelage national de *troyka*.

Heureusement, dans ces mauvaises conditions, la méthode de Seutin modifiée selon l'occasion, permettait facilement le transport des hommes présentant les fractures les plus compliquées. Est-il besoin de dire que tous les bandages et appareils de pansement fournis par les

prits. Ce fut alors qu'on proposa les inhalations de vapeur de lycoperdon ; plus tard, ce premier essai n'ayant pas satisfait l'expérimentation, on eut recours au procédé qui, en cas de réussite, levait toute crainte et plaçait enfin l'anesthésie sur un terrain tout à fait rassurant. J'ai nommé l'anesthésie locale. M. Simpson (d'Édimbourg) eut l'honneur d'attacher son nom à cette application : mais elle succomba aussi après avoir un instant jeté une lueur d'espérance. Il en fut de même de l'anesthésie par réfrigération ; aujourd'hui, M. le docteur Snow, qui depuis longtemps se livre à des études sur les agents anesthésiques, propose les vapeurs d'amylène. Après les avoir administrées à King's College Hospital, dans vingt et une opérations, sans avoir vu se produire le moindre accident, il vient, devant la Société médicale de Londres, établir sa complète innocuité, quand on l'emploie avec le soin ordinaire.

L'amylène fut découverte par M. Balard en 1844, car le produit que M. Cahours avait désigné sous ce nom a depuis pris celui de paramylène. On l'obtient dans un état de pureté convenable par le procédé suivant :

On chauffe dans une cornue de l'alcool amylique avec une dissolution de chlorure de zinc marquant 70 degrés à l'aréomètre ; on agite fréquemment pendant que la température s'élève ; l'essence finit par se dissoudre complétement, et l'on chauffe alors jusqu'à distillation. Le liquide distillé est rectifié de nouveau dans une cornue tubulée munie d'un thermomètre, et on ne recueille que la partie la plus volatile. Celle-ci est agitée à plusieurs reprises avec l'acide sulfurique concentré et soumise à une dernière distillation.

C'est un simple carbure d'hydrogène contenant dix atomes de carbone et dix d'hydrogène. Il se présente sous l'aspect d'un liquide clair, incolore ; il est volatil et d'un poids spécifique très-peu considérable. L'amylène bout à 39° ; sa pesanteur spécifique à 56° est de 0,659, et celle de sa vapeur est représentée par 2,45. Soluble en toutes proportions dans l'alcool et l'éther, très-insoluble dans l'eau, elle demande plus de dix mille parties d'eau pour se dissoudre. Son odeur se rapproche de celle du naphthe ; agréable pour les uns, elle choque l'odorat des autres. Mais son administration est plus facile que celle du chloroforme, car elle est très-peu piquante.

Pour obtenir une insensibilité complète, il est nécessaire d'avoir un mélange de 15 parties de vapeur pour 100 d'air aspiré par le malade. Dans ce but, on fait respirer à un malade 3 à 4 drachmes du fluide, et l'insensibité s'établit dans l'espace de trois minutes.

Pendant l'inhalation, le pouls augmente de force et de fréquence, et la respiration s'accélère le plus souvent. Il s'établit un peu de rigidité dans les muscles avant l'anesthésie, mais on l'obtient alors avec moins de coma qu'avec l'emploi du chloroforme et de l'éther. *Le malade obtiendrait aussi une guérison plus rapide par l'emploi de l'amylène que par celui des deux agents ses prédécesseurs (?).*

L'éther sulfurique offrait toutes garanties d'innocuité. Selon M. Snow, on doit attribuer cette propriété au mode d'administration. Pour produire l'anesthésie, il fallait une assez grande quantité de vapeurs d'éther qui, se mêlant à l'air, ne pouvaient qu'être inspirées lentement et par degrés.

Le chloroforme produit aussi le même résultat, mais sous un volume bien plus restreint ; l'inhalation est rapide, et c'est probablement à cette rapidité d'action qu'il faudrait attribuer sa fatale influence. En effet, une très-grande quantité de chloroforme peut se trouver en un moment donné dans les poumons ; le sang qui traverse ces organes peut alors être saturé de ces vapeurs au point de paralyser le cerveau, de suspendre la respiration, de narcotiser les nerfs du cœur et d'arrêter instantanément l'action de cet organe. Ce serait là, d'après le médecin anglais, la cause déterminante des morts par le chloroforme.

L'amylène doit être employée en assez grande quantité. Elle rentre donc, au point de vue de l'innocuité, dans la classe de l'éther. Cependant il faut en surveiller l'action.

On administre ces vapeurs par les procédés ordinaires d'inhalation.

Quel est maintenant le degré d'avantage de ce nouvel agent anesthésique sur le chloroforme? Les faits ne sont pas encore assez nombreux pour se prononcer, mais ils sont assez favorables pour exciter l'attention du corps médical et réclamer une large expérimentation.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Chassaignac.

Cancer du rectum opéré par écrasement linéaire; guérison.

Prévôt (Anne-Charlotte) est entrée dans le service de M. Chassaignac, salle Sainte-Marthe, 21, le 21 octobre 1856. Cette femme, née à Corne (Haute-Saône), âgée de trente-huit ans et demi, habite Paris depuis quatre ans. Elle présente tous les attributs d'une bonne constitution, n'offre dans ses antécédents aucune maladie digne d'être notée, et affirme qu'aucun des membres de sa famille n'a été atteint d'une affection analogue à celle qui l'amène actuellement à l'hôpital. Elle s'est mariée à l'âge de 26 ans, et a donné le jour à cinq enfants du sexe féminin, dont trois sont vivants aujourd'hui ; le dernier accouchement a eu lieu en novembre 1854 ; et c'est à cette époque qu'elle fait remonter le début de sa maladie.

Les lochies furent peu abondantes, cessèrent promptement, et peu de jours après Anne Prévôt ressentit des coliques passagères d'abord et peu intenses, mais qui augmentèrent peu à peu de violence, sans pouvoir être modérées ni par les bains, ni par l'emploi des antiphlogistiques. A ces douleurs abdominales vinrent se joindre, quelques mois après, des besoins plus fréquents d'aller à la selle, et une certaine difficulté dans l'acte de la défécation. Malgré le repos et l'usage quotidien des lavements émollients, ces symptômes allèrent toujours croissant, et vers le milieu de l'année 1855 la malade s'aperçut qu'elle rendait du sang par les selles ; en même temps les douleurs augmentèrent d'intensité au point de lui arracher des cris lorsque les matières fécales étaient solides; elle eut des épreintes qui la portaient à faire jusqu'à trente et quarante fois par jour les efforts les plus violents pour n'expulser qu'une petite quantité de liquide sanguinolent.

Dans cet état de choses, et pour éviter autant qu'il était en elle des souffrances intolérables, cette femme ne prit plus qu'une nourriture insuffisante, composée presque uniquement de potages ; puis, voyant sa position s'aggraver, un amaigrissement et une faiblesse notables être la conséquence du mode d'alimentation auquel elle s'était soumise, elle se décida à entrer à l'hôpital.

Le 22 octobre, on procède à l'examen des parties.

L'introduction du doigt par l'orifice anal est très-douloureuse. Les parois de l'intestin dans tout leur pourtour sont bosselées, de consistance très-inégale ; les bosselures saignent facilement, et sont très-sensibles à la pression. La lésion s'étend un peu plus haut sur la paroi postérieure du rectum qu'en avant, mais on peut partout la limiter facilement ; elle ne s'élève pas au delà de cinq centimètres, et reste ainsi assez éloignée du cul-de-sac péritonéal. Le calibre de l'intestin est rétréci dans toute la longueur des parties malades. Le liquide séro-sanguin qui s'écoule par l'anus après cette exploration, offre l'odeur particulière aux produits cancéreux.

Le toucher vaginal démontre la parfaite intégrité des parois du vagin et du col de l'utérus.

En présence de cette localisation du mal, de ses limites facilement accessibles ; considérant, d'autre part, que l'état général est encore satisfaisant, et qu'il n'y a pas de signe évident de cachexie cancéreuse (l'amaigrissement et la perte des forces peuvent à bon droit être mis sur le compte de la mauvaise alimentation et des souffrances antérieures), M. Chassaignac se décide à une opération que la malade réclame d'ailleurs avec instance.

Le 3 novembre, après avoir fait administrer le chloroforme, M. Chassaignac procéda de la manière suivante :

Le doigt indicateur de la main gauche étant placé dans le rectum, il introduit un trocart courbe muni de sa canule immédiatement en arrière de l'orifice anal, le pousse de bas en haut jusqu'à ce que la pointe vienne dominer les limites supérieures de la lésion (ce qu'il constate aisément au moyen du doigt qui occupe la cavité de l'intestin) ; lui imprimant alors un mouvement de bascule par lequel la pointe est dirigée en avant, il traverse le rectum dans le sens postéro-antérieur ; plaçant, après cela, l'indicateur gauche dans le vagin, il guide la marche de l'instrument dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale dont il importait de ménager la partie antérieure saine, et la pointe vient ressortir au devant de l'anus. On enlève la tige du trocart en laissant la canule en place ; celle-ci sert de conducteur à un fil qui entraîne à son tour la chaîne de l'écraseur ; la canule est retirée, et l'on a ainsi une anse à concavité inférieure formée par la chaîne, et qui va diviser verticalement la tumeur en deux moitiés, l'une droite, l'autre gauche. On fait avancer l'écraseur d'un pas toutes les quinze secondes, et cette première partie de l'opération s'achève sans difficulté au bout de huit minutes.

Pour enlever ensuite chacune des tumeurs latérales, M. Chassaignac les attire au dehors avec une longue pince à griffes, les pédiculise avec un fil, et embrasse avec une chaîne chacun des pédicules ainsi formés ; l'ablation est faite simultanément; ce nouveau temps exige dix minutes. On constate alors que la surface de section est lisse, très-nette, et ne donne lieu à aucune exsudation sanguine ; du reste, pendant toute la durée de l'opération (abstraction faite du passage du trocart) il ne s'est pas écoulé une goutte de sang. L'anesthésie a été maintenue constamment avec les précautions convenables.

La plaie a la forme d'un entonnoir, dont le sommet est à 5 centimètres de la surface tégumentaire ; au moyen du doigt introduit avec douceur, on s'assure que toutes les parties dégénérées ont été enlevées.

On applique un pansement consistant en rondelles d'amadou soutenues par un bandage de corps et des sous-cuisses, et la malade est reconduite à son lit.

Le soir, je la trouve sans fièvre (pouls à 84) ; les douleurs au niveau de la plaie n'ont persisté que pendant une heure et demie après l'opération. Un peu de sensibilité dans le ventre. — Cataplasmes, potion calmante.

Le surlendemain 5 novembre, on change le pansement. La plaie a un aspect favorable; des bourgeons charnus de bonne nature s'y sont formés. La malade accuse un peu de douleur en urinant. — Cataplasmes, bouillon, potage.

Le 6, pendant la nuit, des gaz ont été rendus par l'anus; leur passage a causé une cuisson assez vive. — Bouillon ; un peu de poulet.

Le 8, on enlève définitivement tout pansement ; on se borne à saupoudrer la plaie de farine d'amidon. Il y a très-peu de suppuration. La cicatrisation se fait rapidement.

Le 10, il n'y a pas eu de garde-robe depuis l'opération. Huile de ricin, 16 grammes. Il y a dans la journée deux selles qui s'accompagnent de douleurs très-vives. — Une portion.

Du 11 au 17 novembre, on a donné tous les deux jours 16 grammes d'huile de ricin. Les douleurs pendant la défécation furent très-vives jusqu'au 18 du même mois, et allèrent en diminuant à partir de ce moment.

Le 19, il y eut une garde-robe naturelle sans l'emploi préalable d'un purgatif.

Dès lors, il n'y a rien de particulier à noter ; les douleurs qui accompagnaient la miction disparurent en même temps que les précédentes, et l'on put constater jour par jour pour ainsi dire une amélioration notable dans l'état général de l'opérée.

Dès le 20 novembre, la suppuration était tarie, et il ne s'écoulait par le fondement qu'une très-petite quantité de sérosité légèrement sanguinolente ; seulement, lorsque la malade reste levée plusieurs heures de suite, elle éprouve des besoins fréquents d'aller à la selle ; cette circonstance, due à la destruction des anneaux du sphincter, disparaîtra sans doute par la suite, car l'on est en droit de penser que les anneaux musculaires supérieurs du rectum, ceux en particulier qui forment le sphincter d'O'Beirne, prendront par une sorte de compensation un développement plus considérable, et s'adapteront ainsi aux fonctions nouvelles qu'ils sont appelés à remplir.

M. Chassaignac garde cette malade dans son service quelques jours encore dans le but d'améliorer sa constitution par un régime approprié, et elle sort le 16 décembre dans d'excellentes conditions.

C'est surtout au point de vue de la méthode opératoire que cette observation m'a semblé intéressante : elle vient, en effet, démontrer encore une fois les deux avantages fondamentaux qui sont inhérents à l'emploi de l'écraseur, je veux dire l'absence d'écoulement sanguin, d'autant plus remarquable dans le cas actuel qu'on agissait sur une région éminemment vasculaire, et qu'on était obligé d'y produire des désordres considérables ; en second lieu, une bénignité toute spéciale dans le traumatisme produit par l'écrasement linéaire, ainsi que le prouve la marche à la fois simple et rapide de la guérison.

Sigismond Jaccoud,
interne du service.

---

dons patriotiques des familles russes ne manquèrent jamais. Mais arrêtons-nous, et attendons le rapport de M. Schreiber, qui excitera dans le monde savant, et avec raison, le plus vif intérêt.

— On se figure facilement la quantité énorme de fil de fer galvanisé qui servent de conducteurs dans ces lignes infinies de télégraphes électriques, qui, non contents de sillonner les continents, descendent encore dans les abîmes de la mer pour réunir l'ancien et le nouveau monde. Jusqu'à présent, l'opération au moyen de laquelle s'exécutait la galvanisation de ces fils était défectueuse et occasionnait de grandes pertes. Un nouveau procédé dû à la Belgique permettra dorénavant d'éviter ces pertes, tout en galvanisant parfaitement les fils de fer. Nous allons rappeler l'ancien procédé, et nos lecteurs pourront juger de la valeur de la nouvelle opération proposée.

Actuellement, après avoir décapé dans un bain d'acide chlorhydrique et séché à l'étuve des tourteaux de fils de fer de première qualité, on les plongeait dans un creuset de tôle pouvant contenir de 700 à 800 kilogrammes de zinc fondu.

Or, il arrivait que le fer et le zinc formaient un alliage impropre à la galvanisation des fils de fer, ce qui occasionnait une perte qu'on peut évaluer à plus des quatre cinquièmes de la quantité totale de zinc employée : 4 p. 0/0 de fer combiné suffisent pour cet alliage. A ce premier et si grave inconvénient venait se joindre la perforation des creusets de tôle, puis le fil devenait cassant par suite d'un bain trop prolongé, le zinc venant pénétrer le fer. Enfin la couche de zinc déposée à la surface du fer en trop grande quantité, s'écaillait facilement à la torsion et abandonnait le fer aux inconvénients de l'oxydation. Une dernière plainte formulée contre ce procédé consistait en la difficulté de galvaniser des fils d'un petit diamètre.

Il s'agissait de faire disparaître tous ces inconvénients. Le procédé belge commence par employer un creuset de fonte rempli de zinc fondu; le fil décapé à l'acide sulfurique est ensuite soumis à un bain d'acide chlorhydrique, puis, encore tout mouillé, livré au bain de zinc fondu. Ici le fil doit être passé avec rapidité dans le zinc, et l'excès enlevé par une filière.

Cette opération se fait au moyen de dévidoirs mus par une machine à vapeur. Le fil, contraint par une fourche à baigner dans le zinc en fusion, est bientôt entraîné autour d'un robinet par une tenaille, et de là dans une filière. On peut opérer sur plusieurs fils à la fois.

Quels sont les avantages de ce procédé? Il est facile de voir combien il favorise la rapidité de la galvanisation : il y a économie de temps, de métal, de main d'œuvre. Tout à l'heure, nous signalions la pénétration du zinc dans le fer comme une cause qui le rendait cassant ; cette cause n'existe plus ; le fil reste malléable. Pour terminer la comparaison de ces deux systèmes, on voit que les fils du plus petit diamètre, — un dixième de millimètre —, peuvent être galvanisés tout en gardant leur souplesse, et sans que le zinc s'écaille sous une grande torsion, ce qui constitue un nouveau et sérieux titre en faveur du procédé belge.

— Au milieu du groupe des Cyclades, dont les noms harmonieux et poétiques nous charmaient autrefois, s'élève une petite île, non pas riche et verdoyante, car c'est un préjugé qu'il nous faut encore abandonner, mais triste, sablonneuse et presque déserte ; c'est Milo.

On ne peut plus, hélas! se faire d'illusions sur cette terre classique de la Grèce, que nos jeunes imaginations voyaient entourée d'une auréole de beauté, de grandeur, de poésie, de nobles et grandes pensées. Tous nos amis qui ont été conduits par les hasards de la guerre au milieu de ces îles, à Athènes, au milieu du peuple grec, tous n'ont qu'une idée, qu'un mot sur cet infortuné pays ; la Grèce antique n'est plus ; avec les Thémistocle, les Sophocle, les Euripide, les Socrate, les Alcibiade et les Périclès, ont disparu ces délicieuses vallées, ces peuples si héroïques, et ces îles qui semblaient la demeure des dieux. Il est pénible d'être si cruellement arraché à ses illusions. Je voudrais relever aux yeux de mes amis un peuple qui, plein d'amour pour sa patrie et frémissant dans sa servitude, se soulève en masse, et repousse un contre cent les oppresseurs. Il paraît que j'en suis encore aux *Messéniennes*; on me dit rococo. La jeunesse est sans pitié ! Passons donc condamnation. Cependant on ne m'empêchera pas de conserver, *in petto*, un peu d'admiration pour la Grèce.

Mais revenons à nos moutons. Milo est une petite île qui présentait pendant la guerre, à nos flottes, une rade si merveilleusement fermée, qu'une fois entré il semblait difficile de retrouver, avec le seul moyen de la vue, l'endroit qui avait d'abord livré passage. La terre est nue, brûlée ; là où s'élèvent quelques cultures elles sont pleines de vigueur, mais on y travaille si peu ! Un joli village — vu de loin —, et perché sur une colline assez élevée, domine l'entrée de la rade. Si vous

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. VERNAY.

Morve aiguë chez un phthisique.

(Observation recueillie par M. VISAGUET, interne du service.)

L.-Antoine Bichet, ouvrier en soie, âgé de vingt-sept ans, entre le 14 octobre 1856. Il se plaint d'une toux qui dure depuis sept mois, et au début de laquelle il a eu pendant huit jours des hémoptysies. Ces symptômes, l'amaigrissement progressif du malade, la nature des crachats, la matité du son dans les deux fosses sus-épineuses, les craquements perçus dans les mêmes points, accusent une phthisie au troisième degré bien caractérisée. Le malade n'a pas de fièvre; la toux seulement le fatigue. — On prescrit de la tisane de lierre terrestre et du sirop diacode.

Le 17 octobre, la joue droite du malade est un peu gonflée. Il n'y sent du reste aucune douleur; mais, en palpant par la bouche, on perçoit de l'empâtement et une fluctuation obscure. On diagnostique un abcès du sinus maxillaire qui, ouvert le lendemain par l'ablation de la seconde petite molaire droite, fournit un peu de pus mêlé de sang.

Le 21, l'état général du malade est toujours le même qu'au moment de son entrée à l'hôpital. Mais la formation de nouveaux abcès sur la face, un sur chaque paupière inférieure, un troisième sur la joue gauche, éveillent l'attention et provoquent un nouvel examen.

On découvre alors sur les deux cuisses, à la face antérieure et au côté externe, une dizaine de petites tumeurs disséminées çà et là, qui paraissent sous-cutanées, sont grosses comme une noisette, indolentes, un peu sensibles toutefois à la pression, parfaitement indépendantes les unes des autres, sans cordons noueux qui les relient entre elles, sans rougeur à la peau. On les prendrait assez facilement pour des ganglions engorgés, si elles en occupaient le siége.

Sur chaque avant-bras, on trouve deux ou trois tumeurs pareilles à celles de la cuisse. L'une d'entre elles est ouverte et fournit un pus épais, grumeleux. Il existe en outre au bras quatre abcès fluctuants de la grosseur d'une noix.

Le malade dit s'être aperçu, trois ou quatre jours avant son entrée à l'hôpital, d'une ou deux de ces tumeurs; mais il n'en a pas parlé parce qu'il n'en souffrait pas. Il se plaint en outre de quelques douleurs dans le poignet droit.

Les ganglions lymphatiques de l'aine et du creux axillaire sont légèrement engorgés. Quant aux ganglions sous-maxillaires, ils n'offrent aucune altération. Il y a un léger œdème des jambes.

Les symptômes que nous venons de décrire dépendent-ils de la constitution scrofuleuse du malade? Mais la douleur qui existe dans le poignet; l'apparition brusque des abcès, leur succession rapide; le peu d'engorgement des ganglions; tous ces symptômes s'écartent dans ce cas de la marche des abcès scrofuleux. On songe alors à un farcin ou à une morve commençante. Toutefois la maladie n'est pas assez caractérisée pour porter un diagnostic précis. Les renseignements que nous obtenons en ce moment sur l'étiologie *sont excessivement vagues*. — On prescrit des toniques, du quinquina, du houblon, de la gentiane.

Le 29, l'affection que nous avons sous les yeux se caractérise beaucoup mieux par la présence de nouveaux symptômes. Le nez est rouge, tuméfié, et offre un petit nombre de pustules blanches, arrondies à leur sommet, et dont le volume varie de la grosseur d'une tête d'épingle à celui d'un grain de chènevis.

Sur la joue gauche, il s'est formé un petit abcès pareil à celui de la joue droite, et qu'on ouvre avec une lancette. Quant aux autres abcès que nous avons déjà décrits, ils sont à peu près dans le même état qu'auparavant. Celui qui a été ponctionné il y a huit jours est resté fistuleux. Il s'en est ouvert spontanément un autre à la cuisse. Ceux du bras sont un peu plus gros.

Le malade a un mouvement fébrile léger, et il est un peu abattu.

Le 1er novembre, les pustules du nez se sont desséchées, et il se forme à leur place des croûtes brunes. Il s'écoule en même temps par les narines un liquide séro-purulent, qui forme sur le linge du malade des taches, quelques-unes brunes, mais le plus grand nombre jaune verdâtre, de la couleur du muco-pus de la blennorrhagie.

Du côté droit, les gencives qui entourent la première petite molaire et la canine supérieure se décollent, et ces dents tombent, laissant à nu deux alvéoles cariées. C'est de ce côté qu'a été ouvert l'abcès du sinus maxillaire.

L'œdème des membres inférieurs a beaucoup augmenté.

Le 5, le jetage par la narine est très-abondant. Le nez tout entier est couvert de croûtes noires, qui se détachent dans quelques points et laissent à nu des ulcérations blafardes, sanieuses. Il s'en exhale une odeur très-prononcée de gangrène. On remarque au haut de la cuisse une croûte brune, et deux autres à l'épaule droite assez semblables aux croûtes de l'ecthyma. Sur la même épaule, on voit une petite eschare de la grandeur d'une pièce de vingt centimes.

Le malade se plaint d'une céphalalgie frontale peu intense; il a le pouls petit, un peu accéléré; il est triste, abattu; sa voix est éteinte, ses réponses lentes; mais, malgré cette stupeur, l'intelligence est conservée. Il tousse un peu plus qu'à son entrée à l'hôpital. L'auscultation et la percussion ne révèlent pas de nouveaux phénomènes. Les ronchus et râles muqueux, symptômes de la bronchite qui accompagnent la phthisie, paraissent plus nombreux.

Le 9 au soir, les ulcérations croissent toujours, et s'étendent jusqu'au delà de la racine du nez. L'état général n'a pas empiré. Le malade conserve même un peu d'appétit. Rien n'avait fait présager qu'il fût aussi près de sa fin, lorsque le lendemain nous apprenons à la visite qu'il s'est éteint presque subitement sans douleur.

Pendant la vie du malade, tout ce que nous avons pu savoir sur les causes de sa maladie, c'est qu'immédiatement avant son entrée à l'hôpital, il avait depuis quinze jours quitté sa profession habituelle d'ouvrier en soie, pour conduire un cheval qui avait une plaie au cou, il assura n'avoir jamais pansé ce cheval et n'avoir jamais couché dans son écurie.

Plus tard, nous avons appris de M. Petit, vétérinaire à la Guillotière, que ce cheval avait depuis un an un jetage par les deux narines, qu'il avait été glandé au début de sa maladie, mais que l'engorgement ganglionnaire avait disparu, et que la plaie qu'il portait était une trachéotomie pratiquée pour des symptômes d'asphyxie survenus dans le cours de la maladie. M. Rey, professeur à l'Ecole vétérinaire, avait diagnostiqué une morve chronique, que M. Petit hésitait à reconnaître, parce qu'il ne trouvait pas d'ulcérations sur la partie visible des fosses nasales. Le cheval est mort deux jours après le malade.

Autopsie. Fosses nasales. — Toute la muqueuse des fosses nasales est recouverte d'un jetage épais purulent, dont on la débarrasse par le lavage. Elle apparaît alors d'une couleur brune foncée; elle n'est rosée que dans quelques points. Sur la muqueuse des deux narines on trouve une dizaine d'ulcérations, dont l'étendue varie de deux millimètres à un centimètre carré. Deux ou trois sont superficielles, creusées un peu au-dessous du niveau de la muqueuse, et présentant une surface d'un rose pâle au milieu de laquelle on aperçoit des débris pseudo-membraneux, et de petites granulations de la couleur du pus, qui s'enlèvent facilement avec le scapel.

Les autres ulcérations sont élevées au-dessus du niveau de la peau, et formées par un grand nombre de petites vésicules purulentes, de la grosseur d'un grain de millet, qu'on aperçoit mal à l'œil nu, mais distinctement à la loupe. De ces vésicules, les unes sont intactes, d'autres ulcérées, et laissant apercevoir de petits points rouges de muqueuse. Ces ulcérations siégent surtout sur la cloison des fosses nasales, et sont bien distinctes par leurs formes des ulcères à bords taillés à pic de la syphilis.

Les sinus frontaux et sphénoïdaux sont à l'état normal. Le sinus maxillaire droit est brun noirâtre, contenant un peu de pus. Le bord alvéolaire du maxillaire supérieur du même côté est carié dans le point d'implantation des deux petites molaires supérieures droites, et de la canine, dents dont l'une a été arrachée et les deux autres sont tombées spontanément. Les gencives sont décollées dans ce point.

Poumons. — La moitié supérieure des deux poumons est farcie de tubercules ramollis et présente de petites cavernes contenant de la matière tuberculeuse. On y trouve un ou deux abcès dont la nature n'est pas bien déterminée. Mais à la base, complétement exempte de tubercules, on trouve trois ou quatre noyaux rouges indurés, au centre desquels sont deux abcès qu'on ne peut nullement confondre avec des cavernes pleines de pus dont le poumon est parsemé.

Quant aux intestins, le temps a manqué pour les examiner. Le pharynx, le larynx, le foie et les articulations ne présentent rien d'anormal. L'articulation du genou contient seulement une quantité de synovie plus abondante.

Système lymphatique. — Les ganglions de l'aine, qui étaient légèrement engorgés sur le vivant, ont été ouverts et n'ont offert aucune matière étrangère à leur organisation. Les ganglions de l'aisselle, qui n'offraient qu'un léger engorgement comme ceux de la cuisse, n'ont pas été examinés, ni ceux du cou qui n'étaient pas même engorgés.

Cerveau et ses membranes. — Ils sont à l'état sain. On a pu le constater par des coupes faites dans tous les sens.

Abcès. — Les abcès du bras, de la face, contiennent un pus jaunâtre, séreux, filant.

Les abcès des membres inférieurs, qui paraissent sous-cutanés sur le vivant, sont de petites poches indépendantes les unes des autres, et contenues dans l'épaisseur du triceps à sa superficie.

Une seconde collection purulente, plus vaste, est située entre le premier et le second plan des muscles de la région antérieure de la cuisse.

CONCLUSION. — Ces abcès multiples, leur nature et leur marche, les pustules, l'érysipèle et la gangrène du nez, les croûtes à forme d'ecthyma, les ulcérations et l'éruption qui siégeaient dans les fosses nasales, les douleurs dans le poignet, les abcès du poumon, et enfin le jetage par les deux narines, tous ces symptômes ainsi que l'étiologie ne permettent aucun doute sur le diagnostic.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

RÉSECTION BE LA TÊTE ET DU COL DU FÉMUR.

Désarticulation de la cuisse d'avec le bassin par une seule incision.

Nouvelle méthode proposée par le docteur Bernardin LARGHI, chirurgien de l'hôpital de Verceil.

Plusieurs écrivains ont comparé maintes fois le membre supérieur avec le membre inférieur du corps humain; mais, chose singulière, la comparaison n'a pas passé les limites de la physiologie et de l'anatomie. J'ai toujours très-peu pensé à comparer, à mettre en parallèle le muscle Titius du membre supérieur avec le muscle Sempronius de l'extrémité inférieure; mais la comparaison est toujours restée fixée dans ma mémoire pour en faire l'application à la pathologie.

Quelle est la partie du membre inférieur qui correspond à la superficie antérieure de l'articulation scapulo-humérale?

La superficie postérieure de l'articulation iliaco-fémorale.

Cette demande et cette réponse faites, vous voyez déjà la manière et le procédé d'opérer la résection du fémur et la désarticulation de la cuisse du bassin.

Ici aussi il y a une seule incision longitudinale, et l'épargne des muscles, dont aucun d'eux n'est coupé par travers dans son corps, etc.

Ici aussi, par la coupe des muscles, on coupe la capsule d'un seul coup comme dans l'humérus; ici aussi, le fémur sera détaché comme une lampe des cordes qui la suspendent; là les nerfs furent épargnés; ici les nerfs aussi seront respectés; là l'artère circonflexe seulement de l'humérus fut blessée; ici l'artère circonflexe du fémur sera coupée, etc.

Comme dans l'humérus, la première partie de l'acte opératif conduira à la résection du fémur, et si cela ne suffit pas, on opérera comme dans l'humérus, le second acte opératif ou la disjonction de la cuisse du bassin. Je nomme humérus et fémur résection et désarticulation du bras et de la cuisse, parce que, la cuisse étant au bras comme une sœur à son frère, les procédés pour l'un et pour l'autre doivent être basés sur le même principe. La comparaison paraît un peu vive, mais elle est véritable.

Nous avons en effet :

Dans l'extrémité supérieure :	Dans l'extrémité inférieure :
Tête de l'humérus;	Tête du fémur;
Col.	Col.
Dans la partie externé de la tête :	A la partie externe de la tête :
Grande tubérosité de l'humérus (trochiter de Chaussier), située postérieurement et en dehors;	Grande tubérosité appelée grand trochanter, située postérieurement et en dehors;
Petite tubérosité (trochin de Chaussier), située dans la partie intérieure et antérieure.	Petite tubérosité appelée petit trochanter, située antérieurement et inférieurement,

Les opérateurs, en désarticulant la cuisse et en faisant la résection, firent de ces deux opérations deux choses très-différentes l'une de l'autre, tandis que la désarticulation ne devait être que le complément de l'acte opératif par la résection.

Ils considèrent plus cette articulation dans sa partie antérieure que dans sa partie postérieure, quand au contraire ils doivent opérer et agir sur son côté postérieur.

La région postérieure du membre inférieur correspond à la région antérieure du membre supérieur. — Rotule en avant, olécrane en arrière, muscles fléchisseurs de la jambe et du pied en arrière, muscles fléchisseurs du bras et de la main en avant. Il en est de même pour les autres parties et pour l'acte opératif. — Trochiter dans l'humérus, grand trochanter dans le fémur, trochin dans l'humérus, petit trochanter dans le fémur. — Dans l'humérus, une seule incision, une seule incision aussi dans la résection et désarticulation du fémur.

En ouvrant la capsule d'un seul coup, d'un côté on coupe le tendon sous-scapulaire antérieur; de l'autre, on coupera le tendon commun des psoas et iliaque (scapulaire antérieur du bassin); on coupera le sus-épineux dans l'humérus, et le moyen fessier dans le fémur. En ouvrant la capsule dans l'extrémité supérieure, on coupe l'extrémité supérieure du sous-épineux; en ouvrant la capsule, on coupera l'extrémité du petit fessier dans l'extrémité inférieure.

Il restait encore à détacher l'extrémité du muscle triceps qui s'attache à l'humérus; il reste à faire la même chose pour l'extrémité du triceps qui s'attache au fémur; pour accomplir l'isolement de la tête de l'humérus du col de l'humérus; pour accomplir l'isolement de la tête du fémur du col du fémur.

Qu'est-ce que le grand fessier? C'est le deltoïde du bassin. La rotation de l'humérus fut celle qui facilita la résection et le premier acte de la désarticulation de l'humérus, en portant la tête et les tubérosités du même os successivement à l'incision inter-deltoï-

---

voulez me suivre quelques instants seulement, je vous ferai voir deux petites curiosités au point de vue médical. En consultant nos souvenirs, nous trouvons que le divin Hippocrate ayant eu un jour à soigner un citoyen d'Athènes atteint d'une affection exanthématique, l'envoya prendre les eaux à Milo.

Guidé par ce souvenir classique, nous arriverions facilement dans cette exploration à retrouver les sources signalées par notre divin confrère. En effet, on trouve encore à Milo une foule de sources minérales; nous nous arrêterons seulement à deux, qui présentent des particularités remarquables.

L'une est située au pied d'une colline, aux environs de la vieille ville; c'est un bain de vapeur naturel. On descend d'abord un petit escalier : des deux côtés, des fleurs tapissent les parois, et forment les dessins les plus gracieux. Un souterrain se présente alors; là règne une température de 22 degrés Réaumur. Un second escalier plus étroit conduit dans une grande caverne naturelle, où la température s'élève à 38 degrés. On se trouve dans un véritable bain de vapeur.

L'autre présente un phénomène plus singulier : au bain de vapeur vient se mêler de l'eau salée, qui s'élance par jets de la terre. Ici, on a des preuves presque évidentes de sa fréquentation dans les temps helléniques, car dans le rocher ont été creusés des siéges, qui devaient servir de repos aux baigneurs.

Et maintenant que vous avez pu admirer ces bains de vapeur naturels, croiriez-vous que ces merveilles de la nature restent sans utilité! Autour de ces sources aucun bâtiment n'a été élevé, aucune exploitation n'a été hasardée, et c'est à peine si quelque pâtre y va chercher quelquefois le bénéfice de ce bain si estimé en Orient. Ne se présentera-t-il donc aucun disciple d'Hippocrate pour envoyer un nouvel Athénien jouir de ces vapeurs bienfaisantes? En France, laisserait-on perdre sans profit un si grand avantage de la nature. Mais qui sait? On ira peut-être un jour prendre les eaux à Milo.

En effet, la mode veut qu'on aille chercher ses eaux bien loin, bien loin. Autrefois, on se mettait dans une bonne chaise de poste, et l'on s'élançait à l'extrémité de la France : aux Pyrénées. C'était si loin! Mais bientôt le chemin de fer est arrivé; et, nobles clients, ces eaux que vous aimiez, que vous chérissiez parce que vous ne vous y trouviez qu'en bonne compagnie, ces eaux vont être envahies par tout le monde. Qui n'a pas le moyen d'aller aux Pyrénées! Adieu donc, belle solitude et cénacle choisi, le *vulgus profanum* envahit tout. Courez plus loin. Six à huit jours de mer, et vous voilà bien loin de la France, des ennuyeux, du commun des martyrs, et vous allez former une colonie charmante; vous rendrez à Milo sa beauté antique, vous lui rendrez ses airs de fête, et on vous enviera le bonheur de pouvoir aller prendre les eaux en Grèce! Ne serait-il pas de bien bon ton de pouvoir dire : J'ai pris les eaux de Milo cette année! A moins que par une de ces réactions si curieuses dans les modes, on n'abandonne au profane vulgaire les Pyrénées, Biarritz, et toutes les eaux jusqu'aujourd'hui célèbres, tandis que l'aristocratie irait prendre ses ébats aux eaux de Passy ou de Belleville. Qui vivra verra!

Dr E. RENAUD.

dienne. La rotation, quoique plus limitée, du fémur, en facilitera la résection et la désarticulation.

Position du membre. — Le grand trochanter s'éloigne autant qu'il est possible du sacrum et de la tubérosité ischiatique. On fait une longue incision sur la cuisse qui correspond à la ligne âpre externe de la partie supérieure du corps du fémur; on la prolonge sur le milieu du grand trochanter (portée en dehors le plus qu'il est possible); on l'élève en suivant toujours la même voie et direction, en haut, au-dessus du sommet du trochanter.

La partie supérieure de cette incision étendue sur le bassin correspond à la partie de l'incision inter-deltoïdienne sur l'épaule, qui s'étend entre le coracoïde et l'acromion.

La partie moyenne de l'incision sur la cuisse, qui s'étend entre le grand et le petit trochanter, correspond à la partie moyenne de l'incision sur le bras qui est entre la grande et la petite tubérosité de l'humérus; la partie inférieure de l'incision coupe dans le fémur l'aponévrose d'insertion du fessier, éloigne dans l'humérus les fibres de la partie inférieure du deltoïde. Au côté interne de l'incision se trouvent dans l'humérus le muscle coracoïde, le biceps, les adducteurs du bras; au côté interne de l'incision de la cuisse se trouvent le biceps et les adducteurs de la cuisse.

Le nom et les rapports du muscle triceps dans l'humérus et dans le fémur sont parfaitement identiques. Ils ont le même nom dans les deux membres, la même fonction et la même position. Donc la cuisse est la sœur du bras par conformation anatomique, par fonctions similaires; elle l'est aussi surtout par le rapport, côté opératoire.

En plaçant le fémur en dehors, on ne coupe que l'extrémité du fessier; l'incision au-dessus du sommet du trochanter s'étend seulement autant qu'il est strictement nécessaire.

Si l'opérateur est hardi, par la première incision il détache du fémur l'extrémité terminale du muscle carré crural, celle du tendon commun des muscles psoas et iliaque du petit trochanter. S'il est exercé, en exécutant la première incision il aura coupé le jumeau inférieur, le tendon de l'obturateur, le jumeau supérieur, l'extrémité supérieure du petit fessier qui, avec la capsule articulaire, sert de calotte à la tête articulaire du fémur.

Notons que l'incision de toutes ces parties est rendue facile par le grand renversement du fémur en dehors; notons qu'en même temps, pendant que le trochanter est porté en dehors, l'extrémité inférieure du fémur doit être portée en arrière, afin que la tête exécute un mouvement de rotation en avant, le fémur étant supporté et tendu; on tend ainsi la capsule articulaire et la calotte musculaire qui forment un seul bonnet double à la tête du fémur. Dans cet instant, il faut couper l'extrémité terminale au sommet du fémur du moyen fessier.

Par l'incision des muscles jumeaux, obturateurs, petit fessier, on a exécuté en même temps dans le même acte l'incision de la capsule adhérente aux mêmes muscles.

Jusqu'à présent, l'acte opératoire au bras et à la cuisse est non-seulement semblable, mais identique. L'un est calqué sur l'autre. Venons aux différences qui les distinguent l'un de l'autre.

La différence qu'il y a entre les articulations huméro-scapulaire et fémoro-iliaque réside principalement dans la cavité articulaire de l'une et de l'autre. Celle du fémur est profonde et celle de l'humérus superficielle.

Le ligament cotyloïdien qui forme la crête articulaire iliaque est représenté dans la cavité glénoïdienne par un des tendons du biceps; mais la cavité glénoïde, comparée à l'acétabule, est très-peu profonde, tandis que l'acétabule est très-profond.

Le tendon du biceps présente en embryon le ligament cotyloïdien, etc., etc. La nature fit l'articulation supérieure d'une rotation très-étendue en tout sens; elle plaça l'articulation inférieure pour soutenir le tronc et pour les mouvements plus limités du marcher. La tête de l'humérus est libre; la tête du fémur est attachée par le ligament rond inter-articulaire.

Ces observations font déjà voir la différence qu'il peut y avoir dans la manière d'opérer sur l'une et l'autre articulation.

Nous n'avons que ce point différentiel opératoire quant à la différence de structure et de conformation anatomique. Voyons-en les effets.

Dans la première incision de l'épaule, on coupa les tendons terminaux des muscles de la calotte articulaire de l'humérus; on fendit en même temps la capsule antérieurement et supérieurement. La même chose arriva dans le fémur. On coupa la calotte musculaire, la calotte articulaire de l'humérus, mais l'humérus n'était pas attaché dans la cavité glénoïde par un ligament interne articulaire; ainsi dégagé de ses attaches comme une lampe des cordes qui la soutiennent, l'humérus, par la seule incision, sort de la capsule; le mouvement que lui communique l'assistant l'a déjà fait sortir de sa cavité superficielle. Le fémur, au contraire, est retenu par le ligament rond; il est attaché et même enchaîné par le bourrelet cotyloïdien; enlevez ces attaches différentielles, et la tête du fémur sortira comme est sortie la tête de l'humérus.

Retranchons ces limites, la voie que l'opérateur s'est tracée est ample : il sent, il touche avec les doigts le bord de la tête articulaire. Que devons-nous faire? Relâcher le bourrelet cotyloïdien, détacher le frein inter-articulaire. Ces deux actes s'accomplissent dans le même instant : l'un est exécuté par l'opérateur, l'assistant achève le second et facilite le premier. Il exécute un puissant et fort mouvement de rotation; il tourne en dehors et en bas le grand trochanter; l'opérateur coupe le bord cotyloïdien dans sa partie la plus proéminente et postérieure; l'assistant a déjà tourné en dehors le fémur, a rompu le ligament inter-articulaire, a tiré en dehors la tête du fémur : si l'acte opératoire a eu besoin pour expliquer ma pensée de se servir de beaucoup de paroles, je vous assure qu'il s'exécute très-rapidement.

En faisant disparaître la différence qui distinguait le fémur de l'humérus, on a fait disparaître aussi la différence qui distinguait le procédé opératoire du premier du procédé opératoire du second. On détache la capsule articulaire de l'attache antérieure qui l'unit à la ligne inter-trochantérique; on détache le périoste du fémur dans toute l'étendue nécessaire par la méthode que j'ai déjà indiquée et décrite (*Journal des sciences médicales de l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Turin*, juin et juillet 1847, et *Gazette médicale de Paris*, 1847).

Si l'état des parties demande la résection, on résèque le fémur avec une scie à nœuds, avec une scie commune, etc., à la hauteur exigée par la nature et par l'art.

Si la résection ne suffisait pas, il faudrait recourir à la désarticulation.

Coupez les chairs de la circonférence (voir le mémoire de 1847) d'un seul coup, en deux temps, etc., comme il vous plaît le mieux, mais retenez d'abord les chairs avec le pouce et les autres doigts, et comprimez la grande artère en étant prompt à la lier.

Le nerf ischiatique n'a pas été blessé, le biceps le protégeait, non plus que l'artère ischiatique protégée par le même muscle; l'artère fémorale profonde fut aussi épargnée, etc.; en achevant l'unique incision pour pénétrer et détacher l'articulation, les muscles furent ou divisés ou coupés dans leurs extrémités terminales, puisque l'articulation fut ouverte dans la région plus superficielle et moins défendue, c'est-à-dire dans la partie postérieure : l'articulation fut luxée de la même manière dans l'endroit même où la nature pathologique luxe la même articulation et la fait sortir de sa position naturelle (luxation spontanée).

La méthode proposée suit donc exactement la même marche que celle de la nature. Depuis plus d'un siècle, on travaille à l'étude du détachement ou disjonction de la cuisse du bassin, et à celle de la résection partielle du fémur.

Souvent l'art ne peut pas déterminer *à priori* si l'on doit recourir à la disjonction de la cuisse ou à l'extraction partielle conservatrice du fémur, fémur qui peut se régénérer par l'extraction sous-périostée dont je suis l'inventeur. C'est pourquoi chaque fois que nous devons opérer ou la résection ou la désarticulation de l'humérus, les différents temps et les différents actes opératoires pour les accomplir doivent être de telle manière coordonnés, divisés et distincts que, dans le cas où la première partie nous démontrerait l'inutilité de la disjonction de la cuisse, l'art et le chirurgien aient toujours le temps d'abandonner la disjonction dévastatrice pour opérer la résection; autrement quelle douleur de voir terminer la plus cruelle et la plus épouvantable opération, parce que vous avez détruit les vaisseaux, les nerfs, les muscles des plus importantes régions du membre supérieur et du membre inférieur, membres qui pouvaient peut-être être conservés! Le premier acte d'opérations si différentes quant à leur résultat doit donc être commun, identique à l'un et à l'autre; et le premier acte achevé, l'art et l'artiste décideront si l'on doit recourir à la résection du fémur ou à l'ablation du membre. Même lorsque l'art est certain que l'on doit procéder à la désarticulation de l'humérus ou du fémur, on doit toujours recourir premièrement à l'incision unique, soit pour l'épaule, soit pour la cuisse, parce qu'elle est basée sur le principe le plus d'accord avec la nature. (*Gaz. méd.*)

GUÉRISON DES NÉVRALGIES A LEUR DÉBUT

par la pommade au chlorure d'or et de sodium;

Par M. B. Charrière, directeur de la maison des aliénés de St-Remy.

L'emploi du chlorure d'or dans le début des névralgies, quelque soit leur siége, paraît avoir donné à M. Charrière des résultats tout à fait inespérés.

Voici sa formule :

Cérat de Galien.	30 grammes.
Chlorure d'or.	1 —

Les névralgies ont toujours disparu après quelques frictions. L'auteur a guéri par ce moyen trois névralgies lombaires, une crurale et deux sciatiques, après une, deux ou trois frictions au plus. Dans un troisième cas de sciatique, il n'y a eu qu'un grand soulagement; elle n'était pas à son début. (*Bull. de thérap.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 janvier 1857. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Anomalies anatomiques. — M. Charvet adresse le résumé d'un mémoire ayant pour titre : *Observations sur des cas d'anomalies anatomiques.* Voici ce résumé :

Toute monstruosité importante, dit l'auteur, est susceptible d'entraîner des vices de conformation secondaires ou accessoires, liés les uns inévitablement, les autres accidentellement à la monstruosité principale. Cette coexistence a été remarquée depuis longtemps par les tératologistes, mais il est un cas d'anomalies coexistantes qui n'a pas encore été signalé et qui pourtant n'est pas rare.

On trouve chez certains individus une anomalie peu importante par elle-même, mais qui se rencontre avec plusieurs autres anomalies de même nature affectant le même système d'organes, et placées soit dans une même région anatomique, soit dans des régions différentes. Je recueillis, il y a une dizaine d'années, sur un sujet qui servait aux leçons d'anatomie, la description d'une curieuse anomalie artérielle : c'était une sorte d'artère carotide primitive supplémentaire très-grêle, collatérale à la carotide normale, se divisant au même niveau que celle-ci et fournissant une partie de la distribution de la carotide primitive du côté droit. Mais, outre cette anomalie principale, le sujet en présentait plusieurs autres dans les embranchements et les distributions des artères thyroïdienne, supérieure, cervicale, profonde et linguale. Deux fois depuis lors nous avons vu des sujets atteints d'anomalies artérielles peu importantes sans doute, prises chacune isolément, mais si multipliées qu'il était difficile d'utiliser ces sujets pour l'étude de l'anatomie normale à laquelle ils étaient destinés. Chez l'un, les anomalies existaient surtout inférieurement à partir de la bifurcation de l'aorte; chez l'autre, c'était aux membres supérieurs principalement. Quelques irrégularités analogues sur le système musculaire s'étant aussi présentées à mon observation me mirent dans le cas d'étudier avec plus d'attention ces faits d'*anomalies multiples* sur un même individu.

Un des cas les plus remarquables de ce genre est celui que j'ai observé en 1848 sur un sujet bien conformé d'ailleurs, qui présentait une notable quantité d'anomalies musculaires dans les deux membres supérieurs.

L'auteur décrit dans ce mémoire les anomalies les plus importantes vues sur ce seul individu, outre un certain nombre d'autres irrégularités musculaires moindres, mais assez nombreuses pour que le membre gauche n'ait pas pu servir à l'étude de la myologie.

A quelle époque du développement fœtal et par quelles causes se produisent les anomalies multiples? Il est douteux qu'en l'état présent de la science on puisse résoudre ces questions; mais déjà nous pouvons dire, ajoute M. Charvet, que ces anomalies portent particulièrement sur les systèmes musculaire et artériel et très-probablement sur le système veineux, quoique les observations manquent sur celui-ci.

Une autre tendance à signaler soit dans ces anomalies multiples soit plus généralement dans les anomalies musculaires ou vasculaires c'est la tendance à la symétrie, qui se retrouve d'ailleurs dans d'autres vices de conformation, et particulièrement dans la polydactylie et autres anomalies digitales. (Commission : MM. Serres, Velpeau et de Quatrefages.)

Choléra. — M. le ministre de l'instruction publique transmet un mémoire intitulé *De la fièvre typhoïde cholériforme et du choléra asiatique; traitement curatif efficace dans la grande majorité des cas.* Ce mémoire est destiné par l'auteur M. Doin, médecin à Bruyère-le-Châtel (Seine-et-Oise), au concours pour le prix du legs Bréant. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les mutations suivantes viennent d'avoir lieu dans le service médical des hôpitaux de Lyon :

M. le professeur Teissier a donné sa démission de médecin de l'Hôtel-Dieu, et a été nommé médecin honoraire.

M. le docteur Garin succède à M. Teissier.

Le service médical de l'Hôtel-Dieu de cette ville est actuellement composé de la manière suivante. *Médecins titulaires :* MM. Bouchet, Socquet, Devay, Gromier, Colrat, Girin, Vernay et Garin. *Suppléants :* MM. Frêne, Pomiès, Rambaud, Chatain et Chappet.

A l'hôpital de l'Antiquaille, M. Bonnaric succède à M. Potton, arrivé au terme de ses fonctions.

Le service est actuellement composé de MM. Arthaud, Lacour, Rollet et Bonnaric.

A la Charité, le service chirurgical sera divisé, à partir du 1er avril 1857, entre M. Valette, chirurgien en chef, et M. Berne, aide-major.

— M. le docteur Pictet, l'un des doyens de la médecine lyonnaise, a succombé le 4 janvier dernier, après une longue carrière médicale honorablement remplie.

— Les médecins de Saint-Etienne (Loire) viennent de constituer une Société de médecine. Voici la liste des honorables confrères qui composent son bureau.

MM. Escoffier, président; Vial, vice-président; Maurice, secrétaire; Garapon, vice-secrétaire; Besson, trésorier.

— Depuis la déclaration de guerre à la Perse, le nombre de médecins desservant l'armée anglaise des Indes va être considérablement augmenté. Les appointements attachés à ces fonctions s'élèvent de 42 à 70 livres sterling, soit 1,050 à 1,750 fr. par mois. Les jeunes gens qui veulent embrasser cette carrière sont certains de toucher de fortes pensions à leur retraite. On assure de plus que le favoritisme est entièrement banni de cette institution, où le mérite seul décide des grades et de la valeur des appointements.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la contagion du choléra, par le docteur E. A. Boisseuil, membre de la Société de médecine de Bordeaux. Broch. in-8°. — Paris, chez tous les libraires de médecine.

Mémoire à l'Académie de médecine sur le traitement du choléra asiatique par le chloroforme, par le docteur Henry Vincent. Broch. in-8°. — Paris, chez tous les libraires de médecine.

Manuel de petite chirurgie, contenant les pansements, les bandages, les appareils de fractures, les pessaires, les bandages herniaires, les ponctions, la vaccination, les incisions, la saignée, les ventouses, le phlegmon, les abcès, les plaies, les brûlures, les ulcères, le cathétérisme, l'extraction des dents, les agents anesthésiques, par M. le docteur Jamain. — 1853, 1 volume grand in-18, avec 189 figures dans le texte. Prix : 6 fr. Chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 " Un an. 30 "

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 21 JANVIER 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

Plus un homme a acquis d'autorité dans la science, plus il semble que la modération et la gravité du langage doivent ajouter au poids de son autorité et à la valeur de ses jugements. Nous sommes loin, assurément, de vouloir repousser des discussions académiques les saillies spontanées de l'esprit et même l'hilarité, quand les sujets le comportent. L'esprit ne gâte jamais rien, même dans les questions les plus austères, et le rire a une action si bienfaisante, qu'on est toujours disposé à s'y laisser entraîner. Il n'y a aucun mal à cela, pourvu cependant que ce ne soit ni aux dépens des hommes sérieux ni aux dépens de la science elle-même. M. Velpeau a voulu s'amuser dans la précédente séance. Était-ce le cas? Nous ne l'avons pas pensé; et nous ne doutons pas que l'opinion que nous avons émise à cet égard, il y a huit jours, ne soit aujourd'hui l'opinion de tous ceux qui ont assisté à la séance d'hier, comme ce sera aussi celle de tous les lecteurs qui approfondiront un peu la réponse de M. Guérin. On peut assurément contester les propositions de notre savant confrère, discuter ses travaux, opposer une barrière ou un contrôle aux idées nouvelles qu'il cherche à faire entrer dans la science; — et certes les oppositions n'ont pas manqué aux faits qu'il est parvenu néanmoins à y faire admettre; — mais on trouverait difficilement dans tout cela un texte quelconque au ridicule. On en a eu une preuve nouvelle hier, où tout le monde a attentivement écouté jusqu'à la fin cette longue et habile argumentation orale, sans que l'idée soit venue à personne de rire. Cette simple réflexion faite, résumons en deux mots la réponse de M. Guérin.

Les objections de M. Velpeau portaient principalement sur trois points : L'air ne pénètre pas dans le kyste ou dans la cavité péritonéale pendant l'opération, soit qu'elle n'ait pour objet seulement que de ponctionner et de vider la tumeur, ou qu'il s'agisse d'y pratiquer une injection médicamenteuse. Cette pénétration eût-elle lieu d'ailleurs, cela n'aurait ni l'importance ni la gravité qui y a été attribuée à ce fait. Les accidents rapportés par M. Guérin à l'introduction de l'air dans la cavité péritonéale à travers la matrice et les trompes, à la suite des injections intra-vaginales ne peuvent dépendre de cette cause, par la raison que des impossibilités anatomiques et physiques s'y opposent. La succion, opérée à l'aide du piston de la seringue sur les parois du kyste, ne saurait produire l'effet fluxionnaire dont il a été question, ni avoir aucune action sur le rapprochement et l'adhésion de ces parois. Enfin, et accessoirement, M. Velpeau déclarait ne pas comprendre ce que signifie l'expression de méthode sous-cutanée appliquée à la ponction, à l'évacuation et à l'injection des kystes.

Eh bien, après la réponse de M. Guérin, voici, à ce qu'il nous semble, ce que chacun peut se dire maintenant : La pénétration de l'air dans les kystes pendant la ponction n'a pas lieu toujours; cela est certain. Quand elle a lieu, elle n'a pas toujours des conséquences funestes. Mais ce fait n'est pas plus absolu que la plupart des faits pathologiques, et il ne se produit ni toujours ni d'une manière nécessaire; de même que ses effets ne sauraient être toujours identiquement les mêmes. Il faut une réunion de conditions organiques et physiques toutes spéciales pour que ce phénomène se produise et pour qu'il ait les effets funestes qui lui ont été justement attribués. Il s'agit de chercher à apprécier les causes et les conditions dont le concours amène ce résultat; que s'il ne peut être prévu et les circonstances qui en favorisent la production suffisamment appréciées, quel mal y a-t-il à employer dans tous les cas une méthode qui garantit sûrement contre toute éventualité de ce genre?

Voilà pour la première question. Et, qu'on le remarque, quand il s'est agi de spécifier les conditions particulières de la nocuité de l'air en contact avec nos tissus et nos humeurs, le désaccord, qui ne résultait que de l'exagération prêtée aux opinions de M. Guérin, a cessé, et M. Velpeau a dû reconnaître qu'il n'y avait à cet égard aucune dissidence fondamentale.

Mais ce n'était pas là le point le plus délicat. Les deux autres propositions de M. Guérin ont été taxées d'hérésie; on s'en souvient. Or qu'y a-t-il au fond de tout cela? Deux choses : un fait et une explication étiologique de ce fait. Le fait en lui-même n'est ni récusé ni récusable; il s'est déjà produit plusieurs témoignages à l'appui, et il en arriverait sans doute en plus grand nombre encore si chacun recueillait ses souvenirs. Quant à l'explication qui a été le point le plus vivement contesté, elle est discutable sans doute; mais on ne saurait plus longtemps y objecter de prétendues impossibilités dont M. Guérin a eu facilement justice. Le fait n'étant point impossible, est-il réel? Là est la question. Nous croyons qu'on peut sérieusement la discuter. Si l'avenir démontrait que cette explication est fausse, ce serait une erreur, mais non une hérésie, qui aurait été commise. Dans le cas contraire, M. Guérin aurait doté la science d'un fait nouveau et intéressant.

Enfin, si nous passons de la discussion des faits particuliers aux principes scientifiques généraux d'observation et d'expérimentation exposés à cette occasion par M. Guérin, nous ne pouvons que leur donner une pleine et entière adhésion, ainsi qu'au ton de parfaite convenance et de modération qui n'est pas l'un des caractères les moins saillants de ce discours.

En résumé, cet incident, que l'on aurait pu craindre de voir dégénérer en personnalités, toujours regrettables, loin de nous avoir distraits et éloignés de l'intérêt scientifique que n'a cessé d'avoir jusqu'à présent cette discussion, n'a fait au contraire que l'accroître, en fournissant à M. Guérin l'occasion de formuler d'une manière nette et précise des principes et des faits dont la science et la pratique tireront un égal bénéfice. Loin donc de regretter les circonstances qui lui ont donné lieu, nous devons savoir gré à M. Velpeau d'avoir bien voulu s'amuser un instant. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la chorée.

Dans notre service des femmes, à la salle Saint-Bernard, se trouvent en ce moment couchées : au n° 2, une jeune fille de dix-huit ans, au n° 28, une autre de seize, et au n° 30 *bis*, une troisième de vingt ans. Ces malades sont entrées récemment à l'Hôtel-Dieu, et elles sont toutes trois atteintes de chorée.

Une première chose doit vous frapper, c'est que nous ayons à traiter, dans l'espace de vingt ou vingt-cinq jours, trois femmes choréiques, tandis que le service des hommes ne présente pas un seul cas de danse de Saint-Guy, et cela depuis quatre ans que le service de la clinique m'est confié. Je n'ai pas taxé, en effet, de chorée proprement dite cet homme que vous avez vu au n° 15 de la salle Sainte-Agnès, qui depuis longtemps exerçait la profession de fouleur de feutre, et se trouvait ainsi appelé à manier le nitrate de mercure; je reviendrai d'ailleurs sur son compte. Le fait important est celui-ci : j'ai soigné depuis quatre ans quinze cas environ de chorée chez les femmes, et pas un seul chez les hommes.

Si nous ne considérions la maladie que chez les enfants, peut-être trouverions-nous un chiffre de jeunes garçons choréiques égal à celui des petites filles; mais, après l'âge de quinze ans, la chorée qui demeure très fréquente chez la jeune fille et la très-jeune femme, devient une rareté, une exception chez les jeunes gens. Les quinze malades qui ont été traitées ici, depuis mon entrée dans cet hôpital, avaient toutes de quinze à vingt ans.

La chorée (de χορεια, danse) est une maladie caractérisée par des mouvements désordonnés, analogues à de certaines danses. Le mot *danse* vous surprend peut-être; mais sachez, pour votre gouverne, qu'en médecine il y a beaucoup de danses. Lorsqu'on était jadis piqué par un arachnide, et que l'on venait à remuer et à s'agiter violemment, savez-vous ce que l'on avait l'habitude de dire? « Il est piqué de la tarentule, il a la danse de la tarentule. Je vous engage à lire de très-intéressantes pages dans l'ouvrage d'un bien recommandable médecin, M. le docteur Calmeil, médecin en chef de Charenton, sur les danses hystériques; vous y verrez que dans l'antiquité et au moyen âge toutes les jeunes filles, dans certains villages, se mettaient tout à coup à danser, soit sous l'influence de l'imitation la plus bizarre, soit d'une façon presque épidémique, et qu'elles se livraient aux exercices chorégraphiques les plus déraisonnables quant à l'expression intellectuelle.

Il est des individus affectés de tics bien drôles : celui-ci ferme les yeux et fait une grimace; celui-là porte rapidement la tête d'un certain côté, l'un incline le cou ou élève le bras, l'autre imprime au tronc des mouvements saccadés ou pousse un petit cri. Ces tics ont été souvent confondus avec la chorée. Je me souviens à ce propos que j'avais au lycée d'Orléans un de mes camarades, devenu plus tard médecin, qui avait un tic très-singulier : en marchant, il sautait sur un pied, poussait un cri, puis était pris de hoquet. Je ne vous dirai pas quelles furent toutes les moqueries que nous envoyâmes à son adresse. En 1827, je traversais un jour l'une des galeries du Palais-Royal, lorsque j'entendis très-distinctement derrière moi le cri en question. « Cela ne peut être qu'un tel! » m'écriai-je aussitôt. Je me retournai, c'était bien lui.

Je connais, dans le département du Rhône, une dame affligée d'un tic assez bizarre; ses trois filles ont le même tic. C'est, si vous le voulez, une chorée d'une nature spéciale, une nuance de chorée, mais ce n'est pas la chorée.

Vous connaissez la danse alcoolique, ce tremblement particulier qui survient chez les individus adonnés à la boisson; eh bien, dans ce cas, la faculté d'ordonner les mouvements n'est pas abolie. Vous avez vu également des chorées alcooliques aiguës avec tendance au suicide et tremblement très-prononcé, le *delirium tremens* enfin, puis des danses mercurielles avec accidents nerveux, la *paralysis agitans* des Allemands, cette maladie étrange qui s'accompagne de tremblements incoercibles dans tous les membres, dans les mâchoires et la langue, qui imprime à la physionomie un cachet d'hébétude profonde, et qui fait succomber les malades en proie à des phénomènes morbides plutôt du côté des organes internes que du côté du cerveau. Mais de toutes les chorées, la chorée par excellence, c'est la danse de Saint-Guy.

Pourquoi dit-on danse *de Saint-Guy?* Probablement parce que saint Guy avait la réputation d'être très-fort sur les maladies convulsives, au même titre sans doute que saint Emygdius, qui guérissait les tremblements de terre! Toujours est-il qu'on s'empressait d'adresser les choréiques à saint Guy, et que de là les médecins ont dénommé la maladie *chorea sancti Viti*. Cette appellation est prodigieusement ridicule, mais c'est à cause de cela qu'elle est excellente. Chorée ne veut rien dire; danse de Saint-Guy est un terme spécifique que l'on n'applique qu'à une seule chose, et qui ne désigne rien que l'objet. En médecine, les mots faits et les mots qui resteront sont les mots les plus ridicules, ceux qui ne s'appliquent que *uni et toti definito*. Quoi de plus étrange que d'appeler *coqueluche* cette maladie convulsive de la poitrine dont je vous entretenais naguère! Peut-on laisser une maladie tirer son nom d'un coqueluchon, d'une espèce de capuce, de chaperon rouge dont on se couvrait pendant les épidémies du moyen âge? Cela passera néanmoins de siècle en siècle, envers et malgré Stoll, qui avait appelé la coqueluche *pertussis*.

Quel admirable mot que celui de *vérole!* C'est le plus synthétique de tous les mots connus; il place devant les yeux et rappelle les phases nombreuses que parcourt la maladie, et c'est ainsi que trois syllabes équivalent à six mètres de mots. Dans la science, on ne se sert que de ces mots-là; ils persistent et persisteront toujours : jamais on ne les changera.

La jeune fille du n° 30 *bis* de la salle Saint-Bernard a une hémichorée; c'est un exemple précieux, et j'ai rarement vu de cas aussi bien borné à l'une des moitiés du corps. Il y a deux ans, nous a-t-elle dit, depuis l'époque de sa première attaque de chorée, que le côté droit est le siége de la danse de Saint-Guy, et qu'elle y a remarqué une grande mobilité et des désordres. Le côté gauche est intact. Il existe une diminution notable dans la motilité, et de plus, lorsqu'on pince la malade, on remarque que la sensibilité au côté droit est émoussée relativement à la sensibilité du côté gauche. L'hémiplégie choréique, par conséquent, est manifeste; et, ce qui rend encore tout à fait palpable cette chorée unilatérale, ce sont les troubles qui se sont produits dans la vue du côté droit.

La jeune fille du n° 2 de la même salle est atteinte de danse de Saint-Guy avec endocardite aiguë, caractérisée par du bruit de souffle au premier temps; elle a eu un mouvement de fièvre assez vif, mais qui a fini par disparaître. Nous n'avons pas observé de chlorose. Cette malade est extrêmement agitée, ses mouvements sont désordonnés; l'insomnie a été à son comble il y a quelques jours, et l'intelligence a menacé de se troubler gravement. L'opium à haute dose a procuré du sommeil; les bains sulfureux dirigés contre la chorée n'ont servi absolument à rien; les préparations de strychnine ont seules apporté l'amélioration que je constatais tout à l'heure avec vous en examinant la malade.

La jeune fille du n° 28 n'a rien du côté du cœur; c'est sous l'influence d'une peur qu'elle est devenue choréique. Elle descendait de son atelier par un escalier obscur, lorsque tout à coup un homme l'enlaça dans ses bras; elle a été immédiatement prise de danse de Saint-Guy, et son état est le même depuis ce temps-là.

Cette malade ne peut pas tenir le plus petit objet sans qu'elle le laisse aussitôt tomber; veut-elle saisir quelque chose sur un meuble, elle le renverse bientôt et le jette à terre. Est-elle debout, vous la voyez cherchant un point d'appui, puis, au bout de quelques secondes, la voici qui gambade, saute et retombe. Les difficultés très-grandes qu'elle éprouve dans la phonation l'empêchent de parler; elle ne peut pas mastiquer ses aliments, aussi est-elle obligée de les boire. En un mot, les désordres musculaires généraux sont d'une intensité assez peu commune.

Regardez dans leurs lits le vieillard atteint de *paralysis agitans*, le malade affecté de chorée alcoolique ou celui qu'une chorée mercurielle a envahi, vous observez chez eux la convulsion et la contracture alternative des muscles de la vie de relation; l'allure est toujours la même, le bras est agité de la même façon, de telle sorte qu'on peut prévoir les mouvements et les indiquer d'avance: que l'un de ces hommes prenne une bouteille, il écartera son bras tremblant, la saisira d'une main malhabile, la tendra en branlant le bras, mais il ne la renversera pas, parce que l'empire de la volonté subsiste encore. Les mouvements sont convulsifs, mais non pas désordonnés; ils sont au contraire ordonnés.

Que se passe-t-il chez cette dernière jeune fille? Elle met ses bras le long du lit, puis les jette en avant; elle se déchire la poitrine avec ses ongles; il n'y a rien de prévu dans ses mouvements, le défaut d'harmonie est complet; la volonté n'est maîtresse d'aucune direction. Voilà ce qui constitue le caractère de la danse de Saint-Guy.

Tout récemment, dans une consultation, je discutais un diagnostic avec mon honorable collègue dans les hôpitaux, M. le docteur Béhier. C'était à l'occasion d'un jeune homme de seize ans, agile comme un chamois, escaladant les escaliers avec une souplesse rare, mais dont les mouvements étaient bien bizarres. Il lui arrivait souvent, lorsqu'il était assis dans un fauteuil, à l'extrémité d'une chambre, de se détendre tout à coup comme un arc et de voler comme une flèche à l'autre extrémité. Le fait se produisait sans la participation de la volonté du malade. C'est de la chorée, disait M. Béhier; c'est une chorée, lui ai-je répondu; c'est une danse, mais ce n'est pas la danse de Saint-Guy. Interrogez-le plutôt, il vous raconte qu'il saute à la corde. Or, il y a de l'harmonie et de l'ordination dans ses mouvements, deux choses dont le vrai choréique est souverainement incapable.

Je viens de donner des soins à un jeune Anglais dont la tête décrivait à chaque instant des inclinaisons assez étranges. Pour remédier à ce tic, je lui ordonnai la gymnastique, mais d'une certaine manière. L'accident a d'abord cessé, mais les inclinaisons ont bientôt reparu d'un autre côté.

Le point spécifique de la diagnose de la danse de Saint-Guy, c'est le défaut d'ordination. Voyez notre jeune fille du n° 28; elle veut parler, mais elle n'émet qu'un son voyelle, que le son qu'émettent le pharynx et la bouche; car les muscles du larynx sont contractés. Veut-elle coordonner dans le larynx plusieurs syllabes, vous remarquez son embarras. Au milieu de son expiration, elle prend une inspiration subite; il se fait un bruit dans le larynx, mais rien n'est prononcé, ce qui prouve qu'il lui est aussi impossible de commander aux muscles de la vie de relation interne qu'aux muscles de la vie de relation externe.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL St-ANDRÉ DE BORDEAUX. — M. E. GINTRAC.

Pneumonie et rhumatisme terminé par suppuration.

Pierre T..., âgé de seize ans, boulanger, d'une assez forte constitution, éprouve, à la suite d'un refroidissement, de la toux, de l'oppression, des douleurs dans les épaules, le coude gauche, le genou du même côté, et de la fièvre. Une saignée du bras, des sangsues sur le coude, ne produisent aucun amendement; les phénomènes morbides semblent même augmenter d'intensité.

Lors de l'arrivée de ce malade à l'hôpital, le 14 février 1856, c'est-à-dire six jours après l'invasion de la maladie, on constate l'état suivant: coloration vive de la face; chaleur de la peau; pouls large, à 104 pulsations; toux fréquente; expectoration rare, visqueuse; dyspnée (46 inspirations par minute); point de douleur sur les côtés de la poitrine, mais sensation d'un poids au niveau du sternum; percussion sonore sous chaque clavicule, matité à la base, et surtout en arrière; respiration bronchique au sommet de chaque poumon, râle crépitant sous les aisselles, souffle tubaire à l'angle inférieur des omoplates; battements du cœur irréguliers, avec un bruit de frottement péricarditique. Les articulations des épaules sont tuméfiées, douloureuses à la pression, ainsi que celles du coude et du genou gauches. Les organes digestifs ne présentent aucun mode d'altération. — Saignée du bras; caillot dense recouvert d'une couenne épaisse. Potion avec tartre stibié, 0,30, et extrait thébaïque, 0,03.

Le 15, vomissements et diarrhée; pouls à 108; dyspnée plus grande; bruit de frottement à la région précordiale très-évident; souffle tubaire à la base de la poitrine; toux fréquente, expectoration visqueuse et sanguinolente; gonflement et gêne extrême des mouvements des articulations déjà indiquées. — Quatre ventouses scarifiées sur la région précordiale; vésicatoires autour du coude et du genou; même potion stibiée.

Le 16, nul amendement. — Vésicatoire au-devant du cœur.

Le 17, délire; petitesse et fréquence du pouls (130); oppression très-grande; expectoration brunâtre; tuméfaction plus considérable des articulations affectées; sécheresse de la langue. — Potion avec extrait mou de quinquina, 4,0; vésicatoires aux jambes.

Le 18, même état. Mort le 19.

Nécropsie. — Les poumons sont sains au sommet. Vers la partie moyenne, ils sont imperméables à l'air, se précipitent au fond de l'eau. Divisé, leur tissu est rougeâtre, non crépitant, dur, compacte, dense, mais se déchire avec facilité, et tout à fait à la base, le parenchyme pulmonaire a pris une teinte grisâtre; il est plus friable encore, et laisse suinter un liquide épais, opaque, d'un blanc jaunâtre. Le péricarde offre en divers points de sa surface une véritable rougeur. Son feuillet viscéral est recouvert de pseudo-membranes réticulées; elles affectent la forme de villosités, d'aréoles assez régulièrement disposées. Le cœur n'a point subi d'augmentation de volume, mais sa membrane interne, surtout dans les cavités gauches, a une teinte rougeâtre très-prononcée, qui se retrouve encore à l'origine de l'aorte; les valvules et les orifices sont exempts d'altération, ainsi que les organes de la cavité abdominale. Les articulations scapulo-humérale, cubito-humérale et tibio-fémorale gauches sont remplies par un pus véritablement phlegmoneux, épais, jaunâtre. La membrane synoviale présente en divers points une rougeur intense. En dehors de ces cavités, tout est resté dans l'état normal. Les fibres musculaires, les tendons, le tissu cellulaire, n'offrent aucune modification morbide.

Ainsi, sous l'influence du froid, se développent simultanément une pneumonie et un rhumatisme. Cette identité de cause ne permettrait-elle pas d'admettre une identité de nature?

Depuis longtemps on discute sur la nature du rhumatisme, sur ses divers modes de terminaison, et malgré les débats récents de l'Académie de médecine de Paris, la question n'est pas encore jugée. Le fait rapporté plus haut doit avoir, sous ce rapport, une grande valeur. D'une part, il vient sanctionner la loi de coïncidence des inflammations des enveloppes du cœur avec le rhumatisme; d'autre part, il met en relief les caractères incontestables d'une phlegmasie légitime, et la possibilité qu'a celle-ci de se terminer par suppuration, car rien, ni dans les symptômes ni dans les lésions anatomiques, ne peut faire admettre l'existence d'une diathèse ou d'une infection purulente.

(*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

HYDROPISIE ENKYSTÉE DE L'OVAIRE DROIT

prise pour une ascite et traitée par les injections iodées. — Sondes à demeure, amélioration considérable de l'état de la malade. Mort à la suite d'un accident.

Au moment où l'Académie de médecine vient de reprendre la discussion si importante du traitement des kystes ovariques par les injections iodées, nous croyons qu'on ne lira pas sans intérêt l'observation suivante, qui nous a été adressée par un praticien distingué de Roubaix, M. le docteur Philippart.

Cette observation est intéressante au point de vue du diagnostic et au point de vue du traitement. Au point de vue du diagnostic, elle prouve la facilité qu'il y a à confondre l'hydropisie de l'ovaire avec l'ascite, puisque dans ce cas particulier beaucoup de médecins très-instruits ont pensé, après plusieurs ponctions et même après des injections iodées, que la maladie qu'ils avaient à traiter était une ascite, tandis que c'était une hydropisie de l'ovaire. Au point de vue du traitement, cette observation vient démontrer que dans certains cas rebelles aux ponctions et aux injections iodées répétées le traitement par les sondes laissées à demeure peut avoir des avantages, et qu'il n'a pas toujours les inconvénients et les dangers que l'on s'est efforcé de lui attribuer dans la dernière discussion de l'Académie et dans presque tous les organes de la presse médicale. En effet, ce fait est une preuve que l'introduction de l'air dans l'intérieur d'un kyste, que la suppuration de ce kyste ne sont pas toujours la cause d'accidents mortels si des lavages et des injections iodées sont faits convenablement et en temps opportun. Déjà M. Boinet, l'auteur de la méthode des injections iodées dans les hydropisies ovariennes, a fait connaître plusieurs succès obtenus par ce procédé, qu'il ne conseille et auquel il n'a recours, bien entendu, que lorsque la guérison radicale de l'hydropisie n'a pu être obtenue par les ponctions et les injections iodées répétées.

Voici cette intéressante observation:

J. B..., modiste à Roubaix, d'un tempérament lymphatico-nerveux, bien réglée depuis l'âge de seize ans, jouissant d'une bonne santé, à part quelques attaques d'hystérie survenant de temps à autre, est âgée de vingt-trois ans.

Dans le courant de janvier 1852, les attaques d'hystérie, très-fréquentes à cette époque, disparaissent tout à coup; la malade s'aperçoit que son ventre prend de l'embonpoint; elle n'éprouve aucune douleur, l'appétit se maintient.

Je diagnostique une hydropisie ascite essentielle.

Après avoir employé inutilement une foule de remèdes contre cette affection, j'adressai la malade à M. Scrive, alors chirurgien de l'hôpital militaire de Lille. M. Scrive porta le même diagnostic que moi, et prescrivit un traitement mercuriel *intus et extra*. Une forte salivation apparut, et le ventre prit des proportions énormes. La malade suffoquait: c'est alors que, voyant ses jours en danger, elle se décida à se soumettre à l'opération de la paracenthèse, qu'elle avait jusqu'à ce moment repoussée avec une répugnance invincible.

Le 25 septembre 1852, je fis une première ponction, qui laissa écouler environ 25 litres d'eau albumineuse.

Depuis cette époque jusqu'au 18 octobre 1855, je fis 35 ponctions, en retirant toujours presque autant de liquide que la première fois.

Du mois de septembre 1852 au mois d'octobre 1855, la malade avait consulté plusieurs médecins distingués dans différentes villes, et tous avaient diagnostiqué une hydropisie ascite. Des traitements de toute nature furent conseillés et suivis inutilement. Enfin, elle succombait au découragement, sentait sa santé s'altérer; l'appétit diminuait, elle maigrissait, et les règles avaient disparu depuis quelques mois. A bout de ressources, j'employai l'électro-puncture avec l'appareil Le Breton, en enfonçant deux aiguilles de chaque côté du bas-ventre. A la deuxième séance, la malade fut soulagée; elle évacua en moins de dix heures plus de 15 litres d'eau. Cet heureux résultat ne fut pas de longue durée; le ventre reprit son volume énorme quelques jours après, malgré 23 séances d'électro-puncture. J'abandonnai ce moyen.

Fatiguée de vivre dans une pareille position, notre malade me supplia en grâce de faire l'opération dont je lui avais parlé dans le temps, c'est-à-dire une *injection iodée*.

Après avoir averti ses parents de la gravité de l'opération, je me rendis chez elle le 18 octobre 1855, accompagné de mes confrères les docteurs Thunot et Liagre, qui déclarèrent, comme tous les autres médecins, que nous avions affaire à une hydropisie ascite essentielle; en effet, le ventre, enflé d'une manière uniforme, n'a jamais laissé apercevoir aucune bosselure, aucune tumeur après l'évacuation du liquide. La malade avait été ponctionnée plusieurs fois des deux côtés et même sur la ligne blanche; elle n'avait jamais accusé de douleurs dans les hypochondres.

Confiants dans notre diagnostic, nous procédons à l'évacuation du liquide en faisant une ponction du côté gauche. Nous injectons aussitôt après la solution suivante:

Teinture d'iode.	30	grammes.
Iodure de potassium.	4	—
Eau.	250	—

La malade ne ressent aucune douleur après l'injection, qui est faite vers neuf heures du matin. A cinq heures du soir, le ventre est un peu sensible, la face est rouge, le pouls est à 120.

Le 19, la sensibilité du ventre disparaît, la malade accuse une faiblesse générale, le pouls est à 90.

Le 20, la malade est très-bien, elle se lève et s'occupe de son état.

Le 26, nouvelle ponction du même côté, à dix heures du matin; il ne s'écoule qu'un peu de sang par la canule. On fait la ponction du côté droit. On retire dix litres d'eau albumineuse avec odeur iodée. On injecte 60 grammes de teinture d'iode, sur 250 grammes d'eau et 4 grammes d'iodure de potassium. La malade, qui avait déjeuné vers huit heures, est prise de nausées. Deux heures après l'injection, elle vomit plusieurs fois. Le soir, il y a une réaction assez forte. Le pouls est à 120. Le ventre est sensible. On comprime le ventre, on donne pour boisson une infusion de sauge. Diète.

Le 27, les symptômes diminuent. Deux jours après, la malade reprend ses occupations.

Le 3 janvier 1856, nouvelle ponction sur la ligne blanche. On retire 4 litres d'eau. J'injecte 85 grammes de teinture d'iode, sur 250 grammes d'eau. La malade ne ressent aucune douleur après cette injection; pas de réaction pendant la journée. Deux heures après l'opération, la malade ressent une grande faim. On lui permet un bouillon.

Pendant les huit premiers jours, la malade va bien. Le ventre ne gonfle pas, les urines sont plus abondantes, elles ont une odeur d'iode très-prononcée. Un peu de diarrhée.

A dater du neuvième jour, le ventre gonfle; le 19 janvier, on constate une fluctuation profonde. Le ventre est météorisé. Nouvelle ponction sur la ligne blanche; on retire 1 litre et demi d'eau glaireuse, de couleur jaunâtre, sans aucune odeur d'iode. Injection avec 25 grammes de teinture d'iode, sur 250 grammes d'eau. On laisse la canule à demeure jusqu'au lendemain. Point de sensibilité ni de réaction.

Le 20, injection avec 100 grammes de teinture d'iode sur 400 gr. d'eau. Cette injection n'amène aucune douleur dans le ventre. Dans le courant de la journée, il survient une soif ardente, de la diarrhée. Vers le soir, la malade vomit plusieurs fois, après avoir bu, malgré mes recommandations, une jatte de café au lait. Pas de sommeil pendant la nuit, pouls à 160. Les urines ont une forte odeur d'iode. Diète, limonade, eau de Seltz, compression du ventre.

Le 23, la langue est humide, le pouls à 110, la malade a dormi, pas de douleur dans le ventre, elle urine bien, une selle pendant la nuit, la soif continue. Bouillon, eau de Seltz, limonade.

Le 24, la malade va mieux.

Quelques jours après, l'hydropisie reparaît de nouveau. La malade perdait tout courage, de mon côté j'étais entièrement démoralisé quand l'idée me vint d'écrire à M. Boinet, à qui je racontai à peu près tout ce qui vient de se passer.

Mon honorable confrère me répondit que je n'avais pas affaire à une hydropisie ascite, mais bien à un kyste de l'ovaire. Il avait raison.

Je suivis ses conseils, et le 6 mars, je fis encore sur la ligne blanche une nouvelle ponction, qui amena environ 12 litres d'eau. Immédiatement après la ponction, je fis une injection de 200 grammes de teinture d'iode pure. Je laissai, comme d'habitude, l'injection pendant dix minutes dans le ventre. Après l'évacuation de l'injection, je plaçai une sonde à demeure.

La malade ne ressentit aucune douleur, seulement elle fut assoupie pendant plus de vingt-quatre heures. Elle était brisée. Elle répondait aux questions qu'on lui adressait presque en sommeillant. Le pouls était à 90, la langue était un peu sèche, il y avait soif, inappétence.

Quarante-huit heures après, la malade était mieux.

Pendant les six premiers jours, on débouchait la sonde trois fois par jour, pour faire évacuer le liquide, puis je faisais des lavages tantôt

avec de l'eau tiède, tantôt avec de l'eau à laquelle j'ajoutais un peu de teinture d'iode.

Le septième jour, en palpant le ventre, je sentis dans l'hypochondre droit quelque chose comme une tumeur vide, ayant une circonférence de 46 à 50 centimètres environ. C'était bien là, comme l'avait écrit M. Boinet, le kyste ovarique qui revenait sur lui-même.

Le huitième jour, je plaçai une nouvelle sonde. Le liquide diminuait considérablement, mais il devenait séro-purulent. Du reste, la malade se portait bien; elle était fort gaie, avait bon appétit, faisait plusieurs promenades; en un mot, tout allait pour le mieux.

Le pus, de séro-purulent, devint tout à fait d'une odeur infecte; je continuai plus que jamais les lavages tantôt à l'eau iodée, tantôt avec le chlorure de chaux.

Le kyste revenait considérablement sur lui-même, car la sonde que j'avais placée le 13 mars, et qui fut remplacée par une autre le 20 du même mois, ne pouvait plus pénétrer qu'à 13 ou 14 centimètres.

A dater du 20 mars, il s'écoulait à peine 60 grammes par jour d'un liquide purulent. Je continuai toujours les mêmes lavages, trois fois par jour.

Notre malade prenait une forte nourriture; elle sortait chaque jour. La sonde, qui le 20 mars pénétrait jusqu'à 14 centimètres, avait toujours une tendance à sortir, à ce point que, le 27, je la remplaçai par une autre qui ne pénétra plus qu'à 8 ou 9 centimètres. Le liquide qu'on retirait était moins infect; on en retirait à peine 45 à 60 grammes par aspiration dans la journée.

Je considérais cette jeune femme comme tout à fait en voie de guérison, quand une circonstance malheureuse, et dont je suis peut-être la cause, vint l'enlever en quelques heures.

C'était le 6 avril; après avoir fait une petite promenade, elle rentre vers huit heures du soir. Je devais être absent de la ville pendant toute la soirée, et j'avais recommandé à la sœur de la pauvre malade de faire elle-même le lavage.

La sœur tire le fausset de la sonde et veut aspirer le liquide; mais comme il ne venait rien, elle croit s'apercevoir que la sonde est bouchée. Elle la retire et la replace elle-même. Elle fait alors une injection d'eau chlorurée; au même instant la malade jette un cri. Elle accuse une forte douleur dans le ventre; des nausées surviennent, la face se grippe, une sueur froide couvre le corps de la malade.

On vint me chercher; je ne pus la voir que vers onze heures du soir. Je fus effrayé de voir cette pauvre femme, qui avait eu tant de courage et que j'avais encore vue pleine de vie vers deux heures de l'après-midi dans les rues de Roubaix. La peau était froide, le pouls imperceptible, le ventre excessivement douloureux, des nausées continuelles, la figure toute grippée, les yeux caves et moribonds. Elle mourut à quatre heures du matin.

Soit que la sonde fût mal introduite, soit que l'injection fût poussée avec trop de force pour produire une perforation du sac, il est évident que cette malade est morte d'une péritonite traumatique. Elle aurait certainement guéri si, par une imprudence que personne ne me pardonnera, je n'avais pas permis à la sœur de faire le lavage elle-même.

C. PHILIPPART (de Roubaix).

NÉCROSE DE L'OS MAXILLAIRE SUPÉRIEUR,

par M. le docteur G. BEYDLER.

La nommée Anne D..., âgée de trente-huit ans, mère de quatre enfants, dont le plus jeune est âgé de deux ans, d'une constitution lymphatique, gagne, le 9 mars 1855, sans cause connue, une douleur au-dessous de l'orbite de l'œil gauche. Cette douleur, d'abord obtuse et sourde, devint bientôt intolérable et même *atroce*, au dire de la malade, se propagea à toute la tempe, à la face et aux dents du même côté. A ces douleurs ne tarda guère de succéder un gonflement qui envahit toute la joue et l'œil gauches.

Cette affection fut en premier lieu combattue par un traitement antiphlogistique sévère, par des déplétions générales et locales réitérées, des cataplasmes émollients, puis par des vésicatoires appliqués à la nuque et derrière l'oreille.

Plus tard, d'après les explications de la malade, il paraît qu'on passa à l'administration assez continuée de l'antipériodique ordinaire, du sulfate de quinine et des préparations opiacées. Malgré tous ces moyens, la douleur au-dessous de l'orbite, ainsi qu'à la tempe, persistait toujours dans toute son étendue. La peau à la région sous-orbitaire, rouge pourpre, devint plus foncée et livide; une douleur continue et pulsative ne tarda guère à se manifester, et une tumeur molle, facilement dépressible, de peu d'étendue et offrant une fluctuation évidente, se présenta aussi au-dessous de l'orbite de l'œil gauche. Un abcès fut ouvert par la lancette, mais il ne fournit qu'une petite quantité de matière purulente; l'évacuation du pus ne produisit qu'un faible affaissement de la tumeur. Les douleurs, après cette ouverture, devinrent plus supportables; cependant la fièvre et l'insomnie continuaient toujours.

Après un traitement de dix-sept semaines, la malade se voyant au bout de ses ressources, et ne pouvant plus supporter les frais d'un traitement à domicile, se décida à se rendre à l'hôpital civil le 3 juillet 1855. Dans l'intention de favoriser l'évacuation du pus, on appliqua sur l'ulcère livide, sanieux, à bords calleux, pendant son séjour dans cet établissement, un caustique d'un petit diamètre: l'eschare s'en détacha le quatrième jour.

En voyant la grande sécrétion purulente qui se fit jour par l'ouverture, et en apprenant la longue durée du mal, on ne lui donna que peu d'espoir d'améliorer sa position et on la renvoya.

Quelques jours après sa sortie de l'hôpital (20 juillet), le mari vint me prier de rendre visite à sa femme et de délivrer un certificat d'incurabilité, puisque comme médecin du bureau de bienfaisance, ma signature était nécessaire pour faciliter son admission à l'hospice des Incurables. J'étais charmé de trouver une occasion de vérifier les assertions si positivement avancées par M. Van den Broeck, dans son ouvrage récemment présenté à notre Société de médecine. Je commençai par rassurer cette malade, et j'osai lui affirmer que tout espoir de guérison ne me paraissait pas encore perdu. Je me mis donc le lendemain à instituer soigneusement les pansements de la manière indiquée dans l'ouvrage précité.

Je n'avais nullement besoin d'élargir graduellement l'ouverture à l'aide de cylindres d'éponge préparée, car je trouvais l'ulcère suffisamment abordable par l'application du caustique effectué à l'hôpital. J'explorai attentivement cet ulcère, en y introduisant un stylet; au moyen de ce dernier, je trouvai l'os dénudé, et le choc donnait un son creux manifeste. Je pus donc immédiatement commencer par faire frictionner deux fois par jour les environs de cette solution de continuité avec le baume Opodeldoch. Au moyen d'une petite seringue, des injections répétées deux fois par jour furent instituées à raison d'un gros de ce baume étendu d'une once d'huile de lin, et le pansement se termina par l'application d'un gâteau de charpie imbibé de cette même solution.

Le lendemain, je lavai au moyen d'une éponge la partie extérieure et environnante de l'ulcère, pour enlever le vernis de la veille. D'après le conseil de M. Van den Broeck, la quantité d'huile de lin fut progressivement diminuée tous les cinq ou six jours; je restai à cette proportion du double de l'huile sur le baume Opodeldoch. Les pansements se renouvelèrent régulièrement deux fois par jour. Une douleur névralgique existant à la partie latérale droite du front sans présenter aucune intermittence régulière, revenait souvent plusieurs fois dans la même journée; elle fut promptement enlevée au moyen de frictions répétées trois ou quatre fois par jour d'une solution de chloroforme étendu d'esprit de vin (trois gros sur trois gros d'esprit de vin.)

Soupçonnant une cause interne, et même qu'un vice syphilitique caché n'était pas étranger à cet état pathologique; réfléchissant que ce virus attaque surtout les os du crâne, l'apophyse mastoïde, les os palatins et ceux du nez, informé que la malade avait exercé longtemps la profession de cabaretière, malgré ses dénégations à toutes mes interpellations, je lui prescrivis dès le troisième jour de mes pansements, l'hydriodate de potasse, en commençant par un gros sur six onces d'eau distillée, en ayant la précaution d'augmenter chaque nouvelle solution de dix grains d'iodure de potassium; la patiente en prenait trois cuillerées à bouche par jour, en mettant une distance de six heures d'intervalle à chaque cuillerée.

Le seizième jour de ce traitement, un premier séquestre s'offrit à l'orifice de l'ulcère sous-orbitaire. L'extraction en fut assez douloureuse, et se fit avec quelque difficulté au moyen de la pince à pansement.

Dix jours après cette élimination (16 août), un deuxième séquestre fut extrait de la même manière que le premier.

Enfin un troisième séquestre se présenta à l'orifice dix-sept jours après (3 septembre). Ce dernier fut éliminé spontanément. La malade s'empressa de me le montrer à mon arrivée; il pouvait avoir le volume d'une pièce de cinquante centimes.

Deux mois de traitement interne et de pansements au moyen du baume Opodeldoch ont suffi pour cicatriser complétement cette ulcération. On peut estimer la dose d'iodure de potassium que la malade a prise pendant ce laps de temps à trois onces.

Depuis la cicatrisation, aucune douleur ne s'est plus manifestée à la tête, à la joue ni à la région sous-orbitaire. Les variations de température n'ont aucune influence sur ces parties antérieurement affectées. Toutes les fonctions ont repris leur rythme normal: la menstruation, d'irrégulière qu'elle était, se fait actuellement à des périodes fixes et naturelles; l'appétit a repris toute sa vigueur et le sommeil est bon et tranquille. (*Bulletin de la Soc. de méd. de Gand.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 janvier 1857. — Présidence de M. MICHEL LÉVY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet:

1° Un rapport de M. le docteur Gaune, médecin en chef de l'hospice de Niort, sur une épidémie de congestion et de méningite rachidienne qui a régné dans cet établissement en septembre 1856 sur les enfants trouvés du sexe féminin.

2° Un rapport de M. le docteur Lomoine, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Château-Chinon (Nièvre), sur une épidémie d'angine qui a régné dans les communes de Saint-Hilaire et de Chatin en 1855.

3° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans les départements de la Loire-Inférieure et du Rhône. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

MM. Devergie, A. Tardieu et Duchesne demandent à être inscrits sur la liste des candidats pour la place vacante dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale.

— M. da Costa (de Rio-Janeiro) communique deux observations relatives: l'une à un cancer du testicule gauche qui a nécessité l'ablation; l'autre à une ligature de l'iliaque externe pour un anévrisme de la fémorale. (Commission nommée.)

— M. Rebillon, pharmacien à Paris, adresse un mémoire sur un mode de préparation qui permet d'obtenir l'iodure de fer et de quinine à l'état de pureté. (Commissaires: MM. Boudet, Bussy et Bouchardat.)

— M. Nadault de Buffon, ingénieur en chef des mines, adresse un mémoire sur le filtrage des eaux destinées aux usages domestiques. (Commissaires: MM. Chevallier, Robinet et Guérard.)

— M. Delenda, médecin à Santorin (Grèce), adresse un mémoire intitulé *Tocologie hellénique*. (M. Desportes, rapporteur.)

— M. Suzeau (de Thiers) adresse une lettre sur un nouveau mode de traitement des kystes ovariques. (Commission nommée.)

— M. le docteur Rotureau prie l'Académie d'accepter un paquet cacheté. Le dépôt est accepté.

— M. Bourjeaurd adresse une note sur le traitement des kystes ovariques par la compression. (M. Barth, rapporteur.)

— M. Maisonneuve présente un serre-nœud destiné à la ligature en masse, et surtout à la ligature par écrasement. (Commission nommée; M. Bégin, rapporteur.) Nous aurons à revenir sur ces deux communications.

DISCUSSION.

Kystes ovariques. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les kystes de l'ovaire.

La parole est à M. J. Guérin.

M. LE PRÉSIDENT, après avoir exprimé, au nom de l'Académie, le vœu que la discussion conserve son caractère exclusivement scientifique, rappelle que M. Malgaigne était inscrit pour prendre la parole à la dernière séance; aujourd'hui la parole appartenant de droit à M. Jules Guérin, pour répondre à l'argumentation de M. Velpeau, le tour d'inscription de M. Malgaigne sera réservé pour l'ouverture de la prochaine séance.

M. J. GUÉRIN. Messieurs, Bacon a dit quelque part: « Toute vérité nouvelle est une personnalité pour les contemporains. » J'ajouterai que la personnalité est d'autant plus grande qu'elle s'adresse à ceux qui étaient le mieux placés pour découvrir cette vérité. A la façon dont les propositions que j'ai introduites dans la discussion ont été reçues, je suis tenté de croire qu'elles ont produit l'effet des personnalités dont parle Bacon. En effet, l'Académie ne doit pas avoir oublié l'attaque assez vive, ou, si l'on veut, la réaction de M. Velpeau contre l'argumentation que j'avais soutenue dans l'avant-dernière séance. J'accepte cette réaction; car, si on devait mesurer la valeur de mes observations à la vivacité de l'attaque elle-même, je devrais m'en tenir pour fort honoré. Dans ce qui va suivre, mon but est de démontrer jusqu'à l'évidence que ce qu'on a taxé d'hérésie renferme bien évidemment des vérités nouvelles.

L'Académie se rappelle que je m'étais efforcé d'établir la possibilité de l'introduction de l'air lors de la ponction des kystes, et la théorie de son action nuisible. Il existe en effet, dans l'opération de la ponction des kystes, des accidents qui ont passé à peu près inaperçus. J'ai attribué ces accidents à l'action de l'air; j'ai insisté sur leurs caractères; j'ai donné enfin l'explication de l'action nuisible de l'air dans ces circonstances. J'ai insisté aussi sur la réalité de l'introduction de l'air dans le péritoine par les injections. Enfin j'ai indiqué une méthode nouvelle d'opération pour les kystes ovariques, et j'ai montré en quoi cette méthode se rattache à une méthode générale que je désigne sous le nom de sous-cutanée.

Mon collègue a successivement réfuté chacune de mes assertions, et surtout quant au caractère nuisible de l'air introduit dans les kystes ovariques ou dans le péritoine. Voici le sommaire de l'argumentation de mon honorable et savant collègue: les kystes, en raison de leurs parois molles et dépressibles, obéissent à la pression atmosphérique sur l'abdomen, et ne peuvent admettre l'introduction de l'air par un mécanisme analogue à celui du soufflet. Mon adversaire s'est borné à une négation pure et simple de la pénétration de l'air dans le péritoine. Il m'a attribué enfin une physique particulière, différente de celle qui est admise par tous.

Il arrive souvent dans les discussions, messieurs, qu'on se place à un point de vue absolu pour contredire son adversaire. C'est ce qui est arrivé à M. Velpeau. Mon collègue a substitué à mes paroles et à mes pensées des paroles et des pensées qui ne sont plus conformes à mes opinions réelles. M. Velpeau vous a dit que quand il critiquait quelque chose il se préoccupait beaucoup plus de la pensée que de la parole de ses adversaires. J'avais émis cette même idée dans une discussion que j'ai soutenue ici même, il y a quinze ans, devant M. Velpeau. Mon honorable et savant collègue, quand il m'a cité, s'est malheureusement plus préoccupé de la pensée qu'il m'a supposée que de la mienne propre, faute de m'avoir lu peut-être. Je veux faire en sorte de rétablir mes opinions personnelles.

Quand on fait la ponction d'un kyste, il faut s'occuper, non pas seulement d'un principe général d'opération, mais aussi du cas particulier dans lequel on doit la faire. Tout le monde sait que les kystes de l'ovaire sont constitués par des poches plus ou moins souples, plus ou moins mobiles; ils obéissent généralement à la pression atmosphérique qui les déprime au fur et à mesure que le liquide s'échappe.

Mais il n'en est pas toujours ainsi; il faut avoir égard à la constitution de la poche elle-même, qui ne lui permet pas de se rétracter à mesure que le liquide s'écoule. Il se rencontre très-souvent des conditions telles que la pression puisse déterminer les adhérences de la poche. Il y a aussi, dans certains cas, des conditions qui empêchent la pénétration de l'air extérieur; aussi voyons-nous quelquefois des accidents presque instantanés et d'une gravité extrême, tandis que d'autres fois il ne se produit que des accidents de nature bénigne. J'ai comparé l'action aspiratrice des kystes à celle du soufflet, et je maintiens mon observation; je ne dis pas que cela soit toujours, mais cela existe assurément.

Voici une poche qui renferme de l'air et qui communique avec une série de petits ballons. Quand je la presse, l'air est expulsé en grande partie; mais la poche, en revenant plus ou moins à sa forme première par le fait de son élasticité, exerce une action aspiratrice sur l'air contenu dans les ballons qui sont en communication avec elle.

Si nous avons affaire à des parois de kyste adhérentes à l'abdomen, il arrive que, sous l'influence de la pression extérieure et de la succion exercée par le kyste, l'air s'introduit dans la poche par un mécanisme analogue à celui du soufflet. Je crois mettre en évidence la condition qui préside au phénomène indiqué. Mon confrère s'est borné purement et simplement à une négation du fait que j'ai avancé et que je démontre ici.

Les paroles de M. Velpeau ont un caractère de sentence; et c'est une chose grave de me voir accusé par lui d'avoir une physique particulière. J'ai peut-être, en effet, une physique différente de celle de mon honorable et savant collègue, moins brillante que la sienne, mais vulgaire, acceptée par tous. La conclusion de la première partie de mon argumentation est celle-ci: il n'est pas réel que les parois des kystes s'appliquent toujours exactement l'une sur l'autre, de manière à ne pas permettre l'introduction de l'air lors de la ponction.

Il est réel que dans certaines conditions données il y a une aspiration dont j'ai indiqué le mécanisme.

Quelle action exerce cet air qui a pénétré dans un kyste? J'ai eu soin d'apporter, dans l'expression de mon opinion à cet égard, toutes les réserves commandées par la difficulté du sujet et la variabilité des faits. J'ai dit que l'action de l'air était surtout considérable sur les liquides, et variait nécessairement avec leur caractère, leur nature.

L'Académie se rappellera que M. Velpeau s'est fort étonné de cette action nuisible que j'attribue à l'air, ce gaz benin qui nous baigne et nous pénètre de toutes parts ; il nous a cité ces énormes emphysèmes qui succèdent à certaines fractures de côtes ; il a parlé de ces conscrits peu belliqueux qui remplissent d'air leur scrotum pour simuler une maladie grave, il a été jusqu'à nous rapporter l'histoire de cet individu insufflé par des garçons bouchers. M. Velpeau est convenu cependant que l'air agit à la manière d'un irritant direct quand il est en contact permanent avec certains liquides de l'économie. Mon savant collègue me permettra de lui dire qu'avant que j'eusse exposé mes idées sur ce point, en 1839, l'introduction de l'air dans les plaies était considérée comme sans influence ; je suis heureux de voir que M. Velpeau m'accorde au moins cette action de l'air sur les liquides.

Or jamais on ne parvient à vider un kyste en totalité ; donc l'air peut agir sur cette plus ou moins grande quantité de liquide demeurée dans le kyste. Je suis donc obligé de maintenir que la question de l'influence nuisible de l'air sur les liquides des kystes demeure hors de contestation.

J'arrive à la partie la plus délicate de mon argumentation : Lorsque j'ai voulu fixer l'attention sur l'action de l'air introduit dans le péritoine, j'ai eu soin de dire que cette action n'était pas très-nuisible ; c'est ce que je pouvais déduire d'expériences sur les animaux. Relativement à l'homme, il n'y avait pas jusqu'ici de faits qu'on pût invoquer. J'ai cité cependant le fait de l'introduction de l'air par le vagin, la matrice et les trompes pendant des injections vaginales. C'est ici que mon honorable et savant collègue a interprété ma pensée à sa façon plutôt qu'il ne l'a comprise. Il n'y a pas de raison, a-t-il dit, pour qu'en marchant, en dansant, les dames ne soient exposées à voir l'air s'introduire dans le péritoine par la même voie. Mais n'ai-je pas précisé, au point de départ, qu'il fallait des conditions spéciales de maladie ? Il faut, ai-je dit aussi, que la tension de la colonne de liquide ou d'air extérieurs soit plus forte que la pression ordinaire. Le caractère de l'attaque de M. Velpeau a été absolu ici ; il n'a pas pris la peine de discuter les conditions que j'avais précisées. Examinons quelles objections mon savant collègue a élevées contre ce que j'avais avancé. M. Velpeau, dont les connaissances anatomiques sont certainement supérieures aux miennes, a établi l'impossibilité de la pénétration du liquide dans le péritoine par le vagin, à cause de l'étroitesse de l'isthme placé à la partie supérieure du col utérin, isthme toujours fermé, a-t-il dit, alors même que l'orifice du museau de tanche est entr'ouvert. Il a parlé aussi de l'exiguïté de la trompe, où l'on pénètre avec peine avec une soie de sanglier, et dont l'orifice est entouré d'une membrane muqueuse qui lui forme une sorte de valvule. Je prends d'une manière générale toutes ces impossibilités anatomiques. Il y a de certaines choses qui passent du vagin aux ovaires ; le sperme, par exemple, dans la reproduction, et plus tard l'ovule qui repasse par la même voie pour arriver dans la matrice. Le diamètre des globules de l'air serait-il plus considérable que celui des globules du sperme ou l'ovule lui-même ? Tous les mois le sang des menstrues passe parfaitement à travers l'isthme de l'orifice utérin. Dans le catarrhe utérin, les mucosités, le pus traversent également cet orifice.

Relativement à la troisième impossibilité formulée par M. Velpeau, je suis un peu embarrassé ; je crois cependant devoir accepter l'attaque dans ce qu'elle a de favorable pour moi. Non, la science n'est pas faite, et nous ne devons pas imiter cet auteur qui répondit à quelqu'un qui lui apportait des documents : Mon siége est fait. Si un fait se présente, il faut l'examiner avec attention ; s'il faut avoir des égards pour la science faite, il faut en avoir aussi pour la science à faire. Voilà donc pour les impossibilités arguées par M. Velpeau ; voyons maintenant les réalités que j'affirme.

M. Velpeau m'a rangé dans la catégorie des hommes extra-scientifiques qui rêvent le bouleversement de la science, parmi les homœopathes, les inventeurs de la quadrature du cercle, etc. Lorsqu'un homme vient dire : J'ai observé tel fait, dans telles conditions, il faut vérifier ce qu'il avance avant de le rejeter. M. Velpeau a prononcé une sentence absolue, sans admettre la moindre discussion des faits que j'avais avancés ; il s'est borné à les condamner comme une hérésie. J'ai rapporté l'histoire de plusieurs personnes qui avaient éprouvé des accidents sérieux par le fait d'injections vaginales pratiquées au moyen d'une pompe foulante. La première fois, ce fait m'a surpris ; mais quand j'ai pu constater six, huit, dix fois des faits analogues, j'ai cherché dans la science comment il était possible de les expliquer.

Il existe dans les rapports de l'extérieur avec la cavité abdominale des faits qui expliquent comment, sous une pression considérable, la cavité abdominale peut aspirer un gaz ou un liquide. Et ceci n'est pas de la physique à moi, mais de la physique vulgaire. Il existe entre les deux atmosphères une tension différente. En examinant des enfants de dix à onze ans, chez qui la tunique vaginale était en communication avec l'abdomen, j'ai vu à chaque mouvement d'inspiration et d'expiration le testicule monter et descendre dans l'anneau. J'ai observé un fait du même genre dans certaines hernies réductibles. J'ai été conduit à conclure que, dans l'abdomen, il y avait certaines conditions que j'avais constatées dans la poitrine, les cavités séreuses, les articulations, etc., c'est-à-dire des alternatives de tension différente. Mes collègues de la section de médecine vétérinaire m'ont rapporté, à l'appui de cette manière de voir, que, dans la castration des vaches, on entendait quelquefois un sifflement particulier qui indiquait la pénétration de l'air dans la cavité abdominale. Dans plusieurs expériences sur les animaux, j'ai constaté un mouvement d'ascension dans un tube de Walther introduit dans une plaie abdominale. Voilà donc des faits, des expériences qui indiquent la possibilité de la pénétration de l'air par le vagin et les trompes. Le fait du passage du pus dans l'abdomen par les trompes, dans certaines métrites, s'ajoute à ceux que je viens d'exposer ; M. Velpeau aurait pu, au lieu de le nier purement et simplement, examiner dans quelles conditions la pénétration a lieu. Je maintiens ce fait, comme pouvant jeter du jour sur le sujet en discussion, à cause de son caractère d'analogie et d'étiologie. Voici pour les impossibilités anatomiques, physiques et physiologiques ; voyons maintenant les réalités pathologiques.

J'ai eu occasion de rencontrer un certain nombre de confrères qui avaient observé des faits de même nature que ceux que j'ai constatés moi-même. Le premier fait appartient à M. le docteur Giraud-Teulon, et se trouve rapporté dans le dernier numéro de la *Gazette médicale.* Il s'agit d'une dame, chez qui des souffrances très-aiguës, simulant une métro-péritonite légère à son début, se développèrent de la façon la plus subite, dans le cours d'une injection vaginale pratiquée avec une canule en caoutchouc et sous l'action d'un irrigateur. M. Giraud-Teulon s'est contenté de livrer ce fait, sans formuler de conclusions.

Après ce fait particulier, j'emprunterai à une lettre de M. Laurès, médecin des eaux de Néris, le passage suivant : « A Néris, où j'ai occasion d'employer chaque jour 15 ou 20 injections d'eau minérale, des malades ont été prises presque subitement d'accidents dont l'explosion était tellement violente, qu'elle avait le droit d'inquiéter et les patientes et le médecin. Des douleurs intolérables dans le bas-ventre d'abord, puis s'irradiant rapidement dans toute l'étendue de l'abdomen, de la pneumatose intestinale, des boquets, du frisson, de la fièvre, tels sont les principaux symptômes qui se manifestaient. Pour discuter leur valeur suivant leur mode d'apparition et de succession, pour établir surtout leur importance au point de vue du pronostic, il faudrait toute une dissertation qui serait ici hors de propos. » M. Laurès attribue ces accidents à l'hystéralgie avec pneumatose intestinale. Quoi qu'il en soit, ces faits se rangent à côté de ceux-là même que j'ai cités.

Un autre savant confrère, M. le docteur Laborie, ancien chef de clinique, a constaté deux fois des accidents encore plus remarquables. « Madame R... avait eu deux accouchements à la fois pénibles et difficiles, à la suite du premier, une métrorrhagie très-inquiétante. Depuis étaient survenus des symptômes d'une affection utérine assez grave, qui exigèrent un traitement local et général longuement suivi. Dans le cours de cette maladie, deux fois se sont reproduits les accidents suivants : pendant que la malade pratiquait une injection avec l'irrigateur, elle a subitement ressenti une violente douleur dans le ventre, ayant son siége primitif dans la région ovarique droite ; cette douleur instantanée, comme si elle était le résultat d'une action traumatique, s'est ensuite irradiée dans tout l'abdomen. En même temps se montraient des envies de vomir, une vive anxiété ; le ventre était gonflé, et, sous la moindre pression, présentait une insupportable exaspération de douleur. L'état du pouls n'était pas de nature à diminuer les appréhensions. Cinq ou six mois après, dans les mêmes conditions et avec les mêmes symptômes, apparut une nouvelle crise. La production de la douleur fut dans ces deux cas tellement instantanée, que la malade l'attribuait à l'introduction du liquide de l'injection dans le ventre. Depuis ce temps, j'ai recommandé l'usage d'une canule à extrémité imperforée. » Dans la lettre qui accompagne l'envoi de cette observation, M. Laborie me dit qu'il est disposé à admettre mon explication. La question théorique reste à décider nettement ; j'ai établi du moins la possibilité anatomique et physiologique du fait en lui-même.

Il reste un dernier fait à mettre en évidence, le mode de terminaison de ces sortes d'accidents. Je demande la permission de relire les quatre lignes qui sont l'expression extrêmement exacte de ma communication : « Puis, après un ou deux jours de date, diminution des symptômes par évacuation de gaz par la bouche et par le rectum. » Ici, mon honorable et savant collègue a usé de son procédé d'interprétation pour me faire dire des choses que je n'ai pas dites. Il a demandé ce que c'était que ces quantités copieuses de gaz qui s'échappaient par la bouche et le rectum, tandis qu'il n'en avait été introduit que quelques centilitres cubes. Je me suis borné à exposer un fait, cependant je ne veux pas avoir l'air de reculer devant aucune des conséquences de mon observation ; je ne veux pas rester sous le coup des foudres de mon savant collègue.

Je chercherai à expliquer comment il se fait que ces gaz viennent à s'échapper ainsi. M. Velpeau a rappelé ces emphysèmes considérables du tissu cellulaire sous-cutané ; quelle idée se forme-t-il de l'emmagasinement de l'air de cet emphysème lorsqu'il vient à abandonner peu à peu les mailles du tissu cellulaire ? J'ai toujours pensé et j'ai professé depuis longtemps que les surfaces cutanée, pulmonaire et intestinale sont des voies d'évacuation pour tout ce qui est nuisible dans l'économie. Je n'ai pas besoin de citer beaucoup de faits à l'appui de cette opinion ; quand on a fréquenté des lieux infects, on a des évacuations infectes ; il en est de même dans certaines maladies qui donnent lieu à des gaz qui peuvent être résorbés ; dans ces cas, la voie intestinale est certainement une des voies excrétoires qui servent à l'expulsion. En se renfermant dans l'expression de ma pensée, on ne doit pas supposer que j'aie fait passer directement l'air de l'abdomen dans l'estomac.

Voilà l'explication que j'avais à donner relativement aux faits d'introduction de l'air dans l'abdomen et aux accidents qui en sont la conséquence ; j'avais à donner cette explication pour défendre la science. J'ai cru bien faire en maintenant avec toute l'autorité des faits l'argumentation que j'avais soutenue.

J'ai proposé pour éviter l'introduction de l'air dans les kystes une application de la méthode sous-cutanée. Toujours disposé à prendre l'expérience pour guide, je demanderai à l'Académie la permission d'exposer quelles sont ici les données de l'expérience et d'examiner jusqu'où l'application de cette méthode est utile. M. Velpeau m'a concédé que, si l'air entrait, il pouvait avoir de fâcheuses conséquences. J'ai montré la possibilité de l'entrée de l'air et ce que son action pouvait avoir de nuisible. Mais il est un autre phénomène dont j'ai voulu doter la méthode sous-cutanée, à supposer, bien entendu, que le kyste ne soit pas excessivement dépressible, qu'il ait, en un mot, les conditions ordinaires des kystes ; il s'agit de la fluxion des parois internes du kyste déterminée par l'aspiration de la seringue après l'évacuation du kyste. M. Velpeau a dit que la succion ne pouvait s'opérer qu'à l'extrémité de la seringue et seulement sur la partie en contact avec cette extrémité. C'est le contraire de ce que j'ai observé dans 4 ou 500 cas, où j'ai vidé des poches par la succion avec la seringue. Aussi ai-je avancé qu'à mesure que la succion est faite, la pression intérieure diminue, tandis que la pression atmosphérique exerce toujours une même action. J'ai fait disposer un petit appareil pour montrer à l'Académie comment le fait se passe. Je répète toutefois que l'expérience est une espèce de cas absolu, tandis que l'observation contient au contraire une multitude de faits relatifs. L'appareil se compose d'une poche de caoutchouc en communication avec un tube en S, dont la grande branche contient de l'eau qui intercepte la communication directe avec l'air extérieur. En faisant la succion au moyen d'une seringue, on voit le vide s'opérer dans la poche de caoutchouc sans que les parois arrivent précisément au contact ; lorsque la diminution de pression intérieure est devenue trop considérable, on voit l'air traverser avec bruit le tube en S pour passer dans la vessie de caoutchouc. Cette expérience démontre qu'à la fin de la succion il y a diminution de la pression et pénétration de l'air atmosphérique.

Maintenant, je dois démontrer le caractère de la méthode sous-cutanée appliquée au traitement des kystes. J'ai déjà exposé le caractère de cette méthode dans ce cas particulier ; mais, puisqu'il reste du vague à ce sujet dans l'esprit de M. Velpeau, je lui dois des remercîments de m'avoir donné l'occasion de le formuler ici en quelques mots.

J'ai d'abord montré un instrument particulier : c'est celui qui me sert habituellement pour vider les cavités séreuses ; il est du ressort de la deuxième section de la méthode sous-cutanée. Voici maintenant le mode opératoire qui a été bien des fois l'occasion de méprises de la part de M. Velpeau, et voici en quoi il réalise un principe nouveau. Le principe en vue c'est d'éviter l'entrée de l'air dans la cavité avant, pendant et après l'opération. Si l'on fait à la peau un pli aussi large que possible pour pénétrer aussi loin qu'il se peut faire de l'ouverture de la peau, lorsqu'on a ôté l'instrument la distance entre l'ouverture extérieure et l'ouverture intérieure est considérable, 7 à 8 centimètres et plus, de sorte que les parties profondes forment une soupape, un plan de fibres celluleuses qui s'appliquent sur l'ouverture intérieure. S'il est vrai, comme je crois l'avoir démontré, que l'air peut pénétrer dans la cavité par les changements de l'ampliation de la cavité séreuse, on aura donc évité son introduction par ce manuel opératoire. Son but est d'éviter le contact de l'air, d'éviter aussi que les plaies qui suppureraient ne suppurent ; et, dans les kystes de l'ovaire, cette méthode trouve une utile application. M. Velpeau n'a-t-il pas établi lui-même que la canule à demeure déterminait l'inflammation suppurative des kystes de l'ovaire ? J'ai opéré, par le procédé que j'ai indiqué, des kystes de l'ovaire chez des malades, dans des conditions générales désavantageuses, alors même qu'il y avait une altération profonde des ovaires eux-mêmes ; et, si je n'ai pu sauver les malades, du moins j'ai prolongé de deux ou trois ans leur existence.

Deux mots pour terminer. M. Velpeau a demandé que la méthode sous-cutanée vînt exhiber ses titres et se présenter à la discussion. Je me bornerai aujourd'hui à exposer de la façon la plus sommaire ce que j'entends par méthode sous-cutanée. Une plaie sous-cutanée est celle qui est pratiquée sous la peau de manière qu'il n'y ait pas de parallélisme entre l'ouverture extérieure et l'ouverture intérieure qui correspond à une cavité normale ou pathologique. La section, les ponctions, les piqûres sous-cutanées ont pour but l'extraction des liquides de ces cavités, toujours en vue d'empêcher la pénétration de l'air. La méthode sous-cutanée n'est que la généralisation de ces faits particuliers. Si l'Académie le permet, et si M. Velpeau conserve son excellente intention, je présenterai à l'Académie un exposé général de la méthode sous-cutanée dans une de ses prochaines séances.

M. VELPEAU. Je demande à présenter immédiatement quelques observations au sujet de l'argumentation de M. Guérin. D'abord, au point de vue de l'entrée et de la sortie de l'air lors de la ponction de certaines cavités. Je n'ai pas nié que cela ne fût possible dans certains cas déterminés ; j'ai rappelé moi-même que dans certains abcès par congestion occupant la gaîne aponévrotique du psoas, par exemple, des membranes tendues entre des attaches solides permettent l'accès de l'air dans le foyer purulent. Les réserves faites aujourd'hui par M. J. Guérin établissent peu de différence entre nous. Seulement M. Guérin a dit qu'il était enchanté de me voir ramené à son opinion, puisque dès 1839 il professait l'action fâcheuse de l'air sur les liquides pathologiques contenus dans les cavités séreuses. Il me permettra de lui faire remarquer que dès 1828 ou 1829 j'avais fait les mêmes observations. D'ailleurs, ces opinions n'appartiennent ni à lui ni à moi ; elles sont communes et générales. Il y a eu un point de mon discours qui a vivement touché M. Guérin. J'avais cru remarquer une ou deux hérésies dans la communication de M. Guérin, et j'avais cru devoir les signaler ; l'Académie appréciera les explications de M. Guérin. Je ferai remarquer seulement, relativement à la pénétration de l'air dans le péritoine, que M. Guérin n'a pas constaté la présence de cet air dans la cavité péritonéale. Il a cité des faits qu'on lui a donnés de différents côtés ; mais tout le monde a vu des faits semblables. Une explication qui paraît plus naturelle que la sienne, est celle qui consiste à voir dans ces cas des phénomènes d'hystéricisme. On sait qu'il se forme chez les hystériques des développements instantanés de gaz. Il faudrait, pour que l'explication de M. Guérin fût admissible, que celui-ci eût constaté que les gaz rendus par les femmes qu'il a citées étaient réellement dans le péritoine et non pas dans l'intestin. M. Guérin ne m'a pas semblé, d'ailleurs, soutenir aussi formellement aujourd'hui que l'air passait du péritoine dans l'intestin.

Il y a encore un autre point sur lequel je reste en désaccord avec lui : c'est la succion exercée sur les parois des cavités vidées par l'aspiration, succion qui s'exercerait sur la totalité des parois et qui serait de nature à déterminer leur adhésion ; il ne me paraît pas avoir démontré suffisamment la réalité de ce phénomène.

Reste la méthode sous-cutanée elle-même, sur laquelle nous aurions à nous entendre ; il y a là des points à discuter ; j'attendrai l'exposé que nous promet M. Guérin.

M. JULES GUÉRIN. Il y a entre M. Velpeau et moi un malentendu et une opposition. Le malentendu est relatif aux gaz introduits dans le péritoine, et évacués par la bouche ou par le rectum ; il y a dans la succession des faits une telle instantanéité, qu'il m'a semblé y voir une liaison. Je crois qu'il y a plutôt une véritable tympanite qu'un développement spontané de gaz intestinaux.

Relativement à l'action de l'air, voici ce que j'ai dit, ce que je maintiens, ce que l'expérience démontre : j'ai dit qu'à mesure que le liquide s'évacue il y a diminution de la pression intérieure, d'où résulte la succion des parois. Il faut, quand un auteur émet une opinion qui peut être interprétée d'une manière raisonnable ou déraisonnable, lui prêter de préférence l'opinion qui a le sens commun.

— La séance est levée à cinq heures moins dix minutes.

Le Gérant,
Paris, — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 10. — SAMEDI 24 JANVIER 1857. (30e ANNÉE.) N° 10. — SAMEDI 24 JANVIER 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » | POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois moi 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Traitement de la colique de plomb par la méthode dite anodine. — Association de la belladone et de l'opium.

« Il serait étonnant, dit l'auteur d'une excellente monographie sur la colique de plomb, M. le docteur Brachet (de Lyon), que les calmants eussent été négligés dans une maladie qui est caractérisée par des douleurs atroces, par des spasmes ou des convulsions, en un mot, par un ébranlement nerveux général. » Aussi ne l'ont-ils pas été, tant s'en faut, et l'on sait que les narcotiques et les calmants soit seuls, soit combinés entre eux ou associés aux purgatifs, constituent toujours un élément essentiel du traitement de cette affection. Huxham et Stoll avaient pour cette médication une prédilection qui lui a fait attacher leur nom : *Doses opii largas hic morbus exigit, et frequenter repetitas et diù*, dit ce dernier. Cependant la méthode calmante exclusive ne réussit pas toujours. Admirablement appropriée à l'élément douleur, elle reste le plus habituellement impuissante contre la constipation, qui semblerait même jusqu'à un certain point la contre-indiquer, si l'observation toutefois n'avait montré que dans quelques cas le ventre se relâche spontanément à la suite de l'administration de l'opium.

De là l'utilité si bien reconnue d'associer les purgatifs aux narcotiques, association qui constitue la méthode de traitement le plus généralement usitée. Mais, si par une rare exception, la constipation venait à manquer, ne serait-ce pas le cas de s'en tenir alors exclusivement à la médication *anodine*, et n'y aurait-il pas lieu d'espérer qu'elle pourrait suffire ? On eût pu presque répondre *à priori* à cette question, mais il est plus sage de ne le faire qu'avec l'expérience. Or, voici un fait qui vient de se passer tout récemment dans le service de M. Trousseau, et qui fournit cette réponse expérimentale.

Un homme de quarante-cinq ans, ancien militaire, d'une constitution vigoureuse, bien musclé, d'un tempérament sanguin, jouissant habituellement d'une bonne santé, n'a jamais eu d'autre affection qu'une fièvre intermittente contractée en Afrique, et dont il a eu encore un accès l'année dernière. Depuis son retour, ayant embrassé l'état d'ouvrier cérusier, il a été pris l'année dernière, pour la première fois, d'un accès de colique de plomb, s'accompagnant de tremblement des bras et des jambes et de faiblesse générale. Cet accès dura, avec une très-grande violence, pendant un mois ou cinq semaines; mais les phénomènes morbides persistèrent à un moindre degré pendant trois mois environ. Le malade ne consulta personne, et se mit de lui-même à un régime lacté, le seul traitement qu'il ait opposé à sa maladie. Depuis cette époque, il n'a jamais été bien portant; il a toujours conservé des douleurs d'estomac, liées à un goût fade, à de l'amertume de la bouche, des nausées, et quelquefois même des vomissements qui se reproduisaient jusqu'à trois et quatre fois dans la journée. Cependant l'appétit était conservé, alors même que les coliques étaient le plus violentes. Les ingesta ne modifiaient en aucune façon les douleurs gastralgiques et n'étaient jamais rejetés; les vomissements, composés exclusivement de matières verdâtres et ne contenant jamais d'aliments, se produisaient deux à trois heures après le repas. A ces phénomènes gastriques s'ajoutaient une gêne constante de la respiration et une toux incessante. Enfin les gardes-robes étaient en général régulières, sauf toutefois aux époques où le malade avait ses coliques; il avait alors deux ou trois selles diarrhéiques par jour.

Depuis cette première attaque, le malade a continué de travailler au blanc de céruse, tantôt à la fabrique de Clichy, tantôt en province. Mais ce travail, souvent interrompu, ne durait en moyenne que trois mois environ, la faiblesse du malade le forçant à de longs repos. Depuis cinq mois, il avait tout à fait abandonné ses dangereuses occupations, lorsque, il y a six semaines, il fut repris d'accidents plus violents encore que la première fois.

Ces accidents consistèrent cette fois en tranchées ou douleurs tormineuses de toute la région abdominale, plus fortes à l'hypogastre, et qui se calmaient sous l'influence d'une compression exercée à l'aide d'un mouchoir en ceinture. Ces coliques étaient exaspérées lorsque le malade allait à la garde-robe, et il avait chaque jour trois, quatre et même cinq évacuations. Bien que la miction fût libre, elle s'accompagnait de picotements dans l'urètre; les urines, plus abondantes que d'habitude, étaient d'un rouge très-vif. L'amertume et le goût fade de la bouche étaient plus prononcés qu'auparavant; il s'y joignait des envies de vomir, suivies de vomissements verdâtres deux ou trois heures après les repas, comme dans le premier accès. L'appétit était diminué.

Tel était l'état du malade lorsqu'il est entré à l'hôpital le 26 décembre dernier. A cette époque, il n'avait pas mangé, dit-il, depuis vingt-trois jours la valeur d'une livre de pain. Quand il avait mangé, si peu que ce fût, il éprouvait des pesanteurs d'estomac insupportables.

Enfin, aux symptômes que nous venons d'énumérer se joignaient les phénomènes suivants, que l'on constata lors de son admission dans les salles :

Une gêne de la respiration, de la toux sans expectoration, des crampes dans les jarrets et une gêne dans le pli du coude telle qu'il ne pouvait porter sa main à la tête. La faiblesse des jambes rendait la marche difficile, les jarrets fléchissaient sous le poids du corps; la position qu'affectionnait le malade, la seule dans laquelle il se trouvait bien, était la position assise. La sensibilité était abolie aux jambes et aux avant-bras, à ce point qu'on pouvait le piquer sans qu'il s'en aperçût. L'anesthésie était si complète aux mains qu'elles lui semblaient mortes. La vue et l'odorat étaient affaiblis, et parfois il y avait des bourdonnements dans les oreilles qui rendaient l'ouïe plus dure. Le sommeil était difficile et troublé par des cauchemars. Le malade éprouve quelquefois des vertiges, et, lorsqu'il est debout, il sent sa tête lourde et il lui semble que tout tourne autour de lui. L'intelligence n'a jamais cessé d'être nette.

Dès son arrivée à l'hôpital, cet homme a été soumis à l'usage de la belladone et de l'opium. Il a pris tous les jours 2 centigrammes de chaque en extrait.

Le 15 janvier, il éprouvait déjà une amélioration considérable. Il avait bien encore quelques coliques, mais très-légères. Depuis douze à quinze jours ses garde-robes étaient naturelles. Les vertiges, les pesanteurs de tête avaient diminué. Cependant la vue et l'odorat restaient encore aussi affaiblis, et il y avait presque autant de surdité. Le sommeil et l'appétit étaient revenus. Les forces augmentaient notablement de jour en jour; le malade se tenait solidement sur ses jambes; il n'avait plus de tremblement; les mouvements des bras étaient redevenus libres.

Ce malade est aujourd'hui en pleine convalescence.

Du traitement de la gale par la méthode belge.

Nous avons entretenu déjà plusieurs fois nos lecteurs de la méthode de traitement de la gale instituée dans les hôpitaux militaires belges. Elle consiste, comme on le sait :

1° A faire une friction générale au savon noir d'une demi-heure;

2° A faire prendre un bain tiède simple durant le même temps;

3° A faire une seconde friction générale avec le sulfure de calcium liquide, qu'on laisse sécher sur la peau pendant un quart d'heure;

4° Enfin à pratiquer une immersion et un lavage de tout le corps dans l'eau du bain : le tout exécuté dans l'espace de deux heures.

Cette méthode, qui se recommande sous le triple rapport de la simplicité, de l'économie et de la rapidité, tend à se généraliser en France. M. le docteur Legroux, en particulier, a eu plusieurs fois l'occasion d'en faire l'essai dans son service de l'Hôtel-Dieu, et il a pu constater les divers avantages que nous venons de signaler.

Il y aurait peu d'intérêt à rapporter des cas particuliers, la démonstration de ces avantages reposant déjà sur des masses considérables de faits. Mais il nous a paru qu'il pourrait y avoir quelque utilité pratique à signaler les circonstances particulières qu'ont présentées deux malades sur lesquels nous désirons appeler un instant l'attention de nos lecteurs, et qui sont relatives, chez l'un à une complication que l'on eût pu considérer comme exclusive du traitement, et qui néanmoins n'en a nullement entravé les effets; chez le second, à un accident dépendant d'une contre-indication à l'application rigoureuse de la méthode, méconnue par la personne chargée de l'exécution du traitement.

Parmi les malades soumis à l'emploi de cette méthode dans le le service des hommes de M. Legroux, il en était un affecté de gale compliquée de nombreuses pustules d'ecthyma. Après quelques bains pour calmer l'inflammation pustuleuse, le traitement fut appliqué. Les pustules n'en furent pas sensiblement exaspérées; le prurit persista, mais avec moins d'intensité. Cependant M. Legroux se borna à prescrire chaque jour un bain simple prolongé. Les pustules se calmèrent, le prurit cessa, et le malade sortit au bout de huit à dix jours, guéri de sa double affection, sans qu'il

---

LETTRE SUR LES PRÉDISPOSITIONS (1).

« On voit bien l'âne marcher, mais on ne sait pas ce qu'il a au pied. »

Mon bon ami,

Vous voici entré dans la troisième année de vos études médicales; outre les lettres, vous connaissez les sciences accessoires, et de plus l'anatomie et la physiologie.

Vous allez vous livrer à la médecine proprement dite : *c'est la pathologie.* Vous allez pénétrer au chœur du temple; il n'y aura plus de secrets pour vous. Permettez, je vous prie, que moi, simple médecin de campagne, homme des champs peu ou point savant, je vous présente des observations et vous arrête un instant sur le seuil que vous allez franchir. Je vous aborde avec crainte, car en médecine c'est le contraire de ce qui a lieu en agriculture : on y croit sur la parole du maître, tandis que le paysan n'a de confiance qu'en ses pareils; il n'écoute le savant qu'avec un doute plus ou moins respectueux. Ne l'imitez pas; ouvrez vos deux oreilles, et la bouche s'il le faut, pour tout entendre;

Intentique ora tenebant. (VIRGILE.)

(1) Voir les numéros des 4 mars, 6 mai et 4 juillet 1856.

Descendons ensemble au puits où, suivant Héraclite, la Vérité était cachée; ne nous occupons pas de pathologie proprement dite, et vous allez voir que l'on peut utilement circumnaviguer sur l'immensité de la science.

D'abord, quel est l'esprit avec lequel on va vous instruire, et sous quel point de vue l'école de Paris envisage-t-elle la pathologie pour le quart d'heure? Sachez qu'il y a des modes en médecine, et que le goût du jour y règne avec un despotisme sans frein. Lisez l'histoire de la science et de l'art; vous serez surpris de toutes ses contradictions : un système renverse l'autre, et ce dernier est bientôt détruit à son tour, puis remplacé par un troisième. Chacun croit avoir raison, et j'en ai vu y mettre un tel feu qu'ils injuriaient grossièrement quiconque n'approuvait pas leurs erreurs (1).

Chaque siècle a vu naître *un Traité complet de médecine,* commençant à peu près par ces mots : Aujourd'hui que la science et l'art sont enfin arrivés à leur dernier degré de perfection, etc. Il était cependant toujours possible de faire, à l'aide de ces ouvrages, deux bons livres; l'un avec ce qui n'y était pas, l'autre avec ce qui y était et ne devait pas y être.

Voyez et entendez tout cela froidement, et, dans les cas douteux, appelez-en à votre bons sens, à l'observation et à la méditation des anciens auteurs.

On va vous dire (c'est ainsi que l'on parle actuellement à Paris, à quelques exceptions près) qu'il n'y a que des organes sains et des organes malades, des fonctions saines et des fonctions malades. Je vous l'avouerai, tant que cette formule s'adresse à un végétal, cela est assez conforme aux faits, mais au fur et à mesure que l'on monte l'échelle des êtres, et surtout quand on arrive à l'homme civilisé, la proposition devient insoutenable.

L'école de Paris enseigne donc pour le moment la médecine par *nécromancie ;* elle ressuscite les morts comme fit Apolonius de Tyane envers Achille, comme la Pythonisse en présence de Saül. C'est l'évocation d'Erichtho faisant renaître un défunt, pour prédire à Pompée l'issue de la bataille de Pharsale. Elle a la prétention étrange d'inculquer la science de la vie par la mort; mon ami, la vie, selon Pascal, est un mot incapable d'être défini, la nature supplée à ce défaut de définition par une idée pareille qu'elle en a donnée à tous les hommes munis du sens commun, c'est comme espace, temps, mouvement, égalité et autres que le monde entend de soi-même.

Mais je me suis laissé entraîner; revenons aux causes prédisposantes.

Si vous prenez un livre classique, à toute description de maladie vous rencontrez la litanie des causes, qui est toujours la même; coupons court à cette kyrielle, et rappelez-vous ceci : Pour produire une maladie, il faut *ou une cause physique, ou une cause prédisposante,* hors

(1) Ce que dit là notre spirituel confrère était vrai sans doute il y a un certain nombre d'années, et il l'a probablement écrit de souvenir. Nous croyons cette opinion beaucoup moins fondée aujourd'hui.

(*Note du rédacteur.*)

y ait eu lieu de recourir à une seconde lotion au sulfure de calcium.

Le second fait appartient à la pratique de la ville. Voici en quels termes le rapporte M. Legroux, dans une petite note qu'il a bien voulu nous remettre, et qui en fait suffisamment ressortir l'enseignement clinique.

Récemment, j'ai été consulté pour un enfant galeux, dont la mère avait été traitée antérieurement par la pommade sulfuro-alcaline. Je lui donnai le conseil d'user, pour son enfant, de la friction au savon noir et de la lotion au sulfure de calcium, qui fait la base du traitement belge.

La friction, faite un peu trop rudement et trop consciencieusement, donna lieu à des douleurs très-vives, à des excoriations suivies d'écoulement de sang, ce qui n'empêcha pas la mère de la continuer durant la demi-heure prescrite, et de la faire suivre, après le bain, de la lotion au sulfure de calcium, qui exaspéra cruellement les douleurs. Il est résulté de ce traitement de larges excoriations sur le dos, aux aines, sur les bras, semblables à des brûlures au second et au troisième degré, qui torturent cruellement ce pauvre enfant, mais qui sont néanmoins en voie de guérison.

En publiant ce fait malheureux, j'ai le désir, ajoute M. Legroux, d'appeler l'attention des médecins sur les inconvénients de ce traitement à un âge où la peau, trop fine, ne supporte pas sans inconvénient de rudes frictions, et où des moyens employés avec innocuité chez l'adulte, peuvent être pour cette membrane délicate une cause d'irritation et même d'excoriation. La conséquence de ce fait est qu'il convient, pour le traitement de la gale dans l'enfance, de mitiger l'activité des moyens thérapeutiques, et de diminuer la durée de leur application.

Glossite aiguë idiopathique, rapidement guérie par des incisions et par le tartre stibié.

Nous avons eu l'occasion de voir tout récemment dans le service de M. Velpeau, à la Charité, un exemple d'une affection locale qui est peu commune, du moins à l'état idiopathique; nous voulons parler de l'engorgement inflammatoire aigu de la langue, de la glossite proprement dite. Il n'est pas rare d'observer l'engorgement de la langue avec l'engorgement général des gencives et de tous les tissus muqueux de la bouche dans la stomatite mercurielle; on voit quelquefois aussi la glossite se manifester comme l'un des symptômes des affections charbonneuses ou de certaines autres affections virulentes; mais la glossite simple, idiopathique, nous le répétons, est une chose assez rare pour que nous ne devions point perdre l'occasion de la signaler et de faire connaître les moyens de traitement qui lui conviennent. Or tel était le cas du malade de M. Velpeau, jeune homme de vingt ans, qui a vu survenir brusquement et spontanément, sans cause connue, un gonflement considérable de la langue et de tous les tissus sublinguaux, sans aucun autre symptôme concomitant. Ce n'était pas précisément une inflammation franche, c'était une inflammation œdémateuse: il y avait au moins autant de sérum que de sang infiltré dans les tissus: c'était une inflammation autant lymphatique que sanguine. La muqueuse buccale même était malade, elle était tapissée de plaques diphthéritiques. On s'est assuré d'ailleurs que ce jeune homme n'avait jamais eu d'affection vénérienne et qu'il n'avait point fait usage d'un traitement mercuriel. Sa maladie datait de trois jours seulement lorsqu'il est entré à l'hôpital; l'engorgement de la langue s'était opéré, comme on le voit, assez rapidement, et la tuméfaction paraissait devoir aller toujours croissant. On comprend, de quelque bénignité d'ailleurs que puisse être cette phlegmasie en elle-même, tout le danger d'un pareil engorgement que rien ne limite et qui peut croître rapidement jusqu'à gêner la respiration et produire même l'asphyxie, alors même que l'inflammation œdémateuse ne menacerait pas d'envahir la glotte et de compliquer ainsi la glossite d'une angine œdémateuse. C'est donc une médication active et énergique qu'il convient d'opposer à cette affection.

Deux indications se présentent de suite ici à l'esprit: diminuer immédiatement l'engorgement et enrayer la marche à tendance progressive et envahissante de la phlegmasie. La première indication, c'est le bistouri qui la remplit le plus sûrement et le plus promptement. C'est aussi le moyen auquel M. Velpeau a eu recours tout d'abord. De larges et profondes incisions ont aussitôt produit un dégorgement notable de la langue. C'est ici surtout que le bistouri est un excellent *résolutif*, suivant l'expression de M. Velpeau. Cependant il peut ne pas suffire; ces incisions, toujours utiles pour parer au danger immédiat, soit qu'on ait affaire à une inflammation séreuse ou à une inflammation sanguine, et de quelque nature qu'elle soit, peuvent très-bien ne pas empêcher la phlegmasie de gagner et de s'étendre en arrière du côté du larynx. C'était en particulier ce qu'il y avait à craindre ici. Il y avait donc autre chose à faire, une seconde indication à remplir. Le meilleur moyen de la remplir, c'est l'administration d'un émétique immédiatement après le dégorgement de la langue par l'instrument tranchant. Il est malheureusement quelquefois impossible de faire avaler un émétique; dans ce cas, M. Velpeau conseille d'y suppléer par un purgatif; en tout état de cause même les purgatifs peuvent être utiles, mais leur action n'est ni aussi rapide ni aussi énergique que celle du vomitif, qui produit un ébranlement des plus favorables dans cette circonstance et qu'aucun autre moyen ne saurait remplacer. Ici la déglutition était encore possible. Ce fut donc un émétique qui fut prescrit *illico*, sauf à le faire suivre d'un purgatif comme moyen adjuvant secondaire, si cela paraissait nécessaire.

Enfin, comme moyen local, on prescrivit des applications émollientes, se réservant de recourir, en cas d'insuffisance, au chlorate de potasse en topique et même à l'intérieur, si la résolution n'arrivait pas rapidement.

Telle a été la médication instituée par M. Velpeau chez ce malade. Mais l'emploi de ces derniers moyens a été superflu. L'émétique administré à la dose de 1 décigramme, à la suite des incisions, a produit un tel effet que dès le lendemain les choses étaient presque ramenées à leur état normal. La guérison a été si prompte qu'on a perdu cette occasion d'éprouver pour ce cas spécial l'action topique du chlorate de potasse. Il n'y a pas, du reste, grand mal à cela.

Sur un cas de testicule tuberculeux ayant nécessité l'ablation de cet organe.

Dans notre avant-dernière *Revue clinique*, nous avons rapporté une observation de testicule tuberculeux recueillie dans le service de M. Velpeau, et nous avons émis à ce sujet quelques considérations sur la bénignité relative de cette affection, et sur la réserve très-fondée qu'apportent aujourd'hui les chirurgiens dans les opérations qu'elle peut nécessiter. M. le docteur Delasiauve nous communique à cette occasion la relation d'un cas de dégénérescence tuberculeuse du testicule beaucoup plus grave qu'il a eu l'occasion d'observer quand il exerçait la médecine en province, et pour laquelle il a dû pratiquer l'ablation de cet organe. Les circonstances toutes particulières qui ont nécessité l'opération dans ce cas, loin d'infirmer notre proposition, lui viennent au contraire en aide, ainsi qu'on en jugera par les détails mêmes du fait, que nous laissons raconter à notre honorable confrère:

« Le malade était âgé de vingt-trois ans lorsque, pour la première fois je fus appelé auprès de lui, dans le commencement de 1836. Il serait difficile de se figurer un état aussi déplorable. L'organe générateur droit était le siége d'un engorgement qui, datant de l'âge de la conscription, avait progressivement acquis le volume du poing. Sur une portion largement ulcérée de sa surface s'élevaient des végétations fongueuses et suppurantes.

» Les désordres ne s'arrêtaient pas là. Le conduit déférent, dans toute sa longueur accessible, était converti en un cordon induré plus gros que le petit doigt. De nombreux ganglions, durs et tuméfiés, remplissaient le creux de l'aine. Une fistule, aboutissant au testicule gauche, plus gros lui-même qu'à l'ordinaire, traversait de ce côté la poche scrotale. Trois ulcérations blafardes, saignantes, à bords amincis et décollés, fournissant une sanie abondante, existaient en outre, soit à la partie interne et supérieure des cuisses, soit au périnée. Une fièvre ardente minait enfin le patient, réduit pour ainsi dire au marasme.

» D'où provenait ce mal; quelle était sa nature; par quels moyens le combattre?

» Se procurer par des lésions artificielles l'exemption du service militaire est dans certaines provinces une coutume assez répandue. J'ai toujours soupçonné que des manœuvres exercées dans ce but sur la région scrotale avaient déterminé les accidents. Leur origine coïncidant avec l'époque du tirage; ce qu'ils avaient d'insolite dans une campagne isolée, à un âge aussi peu avancé et chez un garçon d'une santé jusque-là vigoureuse; les réticences des parents, tout confirmait à mes yeux cette présomption.

» Quoi qu'il en soit, après des soins longuement continués dans la localité, sa famille avait pris le parti de le conduire à la capitale. Mais là, pendant un séjour de deux mois à l'hospice, dans le service d'un chirurgien célèbre, on n'avait osé rien tenter de sérieux contre une altération qui paraissait au-dessus des ressources de l'art.

» On ne me dissimula point le motif qui faisait réclamer mon intervention. L'opération était le vœu formel, suprême du malade et des siens. Je ne voyais point que dans la nature de la lésion il y eût contre-indication irrévocable. Le cancer est rare dans la jeunesse, et les engorgements du testicule en affectent souvent l'apparence sans en avoir la réalité.

» Néanmoins, en présence des désordres concomitants, je n'aurais pu, sans témérité, céder à leurs pressantes sollicitations. Sans donc repousser d'une façon absolue l'idée d'une opération, je déclarai qu'elle ne deviendrait praticable que si l'on réussissait à modifier favorablement l'état général et à restreindre les phénomènes locaux.

» En conséquence, après avoir excisé l'espèce de bourrelet fongueux excédant le niveau de la tumeur, je me bornai à prescrire, indépendamment des anti-scrofuleux à l'intérieur, des frictions et des topiques iodurés.

» Cette médication produisit son effet. Dès les premières semaines la tumeur s'affaissa visiblement; conduit déférent et ganglions perdirent de leur dureté et de leur volume; la fièvre se modifia; l'appétit revint, et dans une certaine mesure l'embonpoint et les forces.

» Plus tard, malheureusement, la situation demeura stationnaire, et de nouveau l'on insista pour que je prisse une résolution décisive.

» Je ne m'en sentais pas très-éloigné. Toute présomption de malignité semblait exclue par la reproduction du mal. J'avais d'ailleurs présente encore à l'esprit la confiance avec laquelle Dupuytren enlevait les sarcocèles, ces sortes de tumeurs, liées à un vice strumeux plutôt qu'à une diathèse carcinomateuse, étant, aux yeux de ce maître illustre, peu sujettes à récidive.

» Au surplus, les chances de voir disparaître les complications après la destruction du principal foyer morbide étaient si précaires, que je ne voulus rien entreprendre sans l'avis et la participation d'un confrère.

» Notre regretté confrère M. le docteur Fourcault fut appelé; mais ce savant praticien fut loin de s'associer à mes tendances. Effrayé des ramifications qu'avait jetées le mal, et dont il ne pouvait, comme moi, juger par comparaison de l'état antérieur, il considérait le cas comme incurable, et partant, toute opération comme inutile et compromettante.

» Devant une opinion si nettement formulée, je n'eus, on le conçoit, qu'à m'incliner. Cependant, environ six mois après on revint à la charge. Ma répugnance avait paru moins vive, et on ne désespérait pas d'en triompher. Les symptômes, du reste, n'avaient point empiré. L'estomac même supportait mieux les aliments, et le mouvement fébrile était moindre. Un nouvel entretien avec M. Fourcault modifia ses premières dispositions: qui pouvait nous retenir? N'était-il pas rationnel de mettre en faveur du patient une chance si minime fût-elle? Quels risques avions-nous à courir? Si une issue funeste devait avoir lieu, rien ne faisait craindre que ce fût immédiatement, et la famille était suffisamment avertie des conditions extrêmes dans lesquelles nous agissions.

» Ainsi résolue l'ablation du testicule fut exécutée; et, ce que nous n'osions espérer, la plaie aboutit sans obstacle, quoiqu'avec lenteur, à une bonne cicatrisation. En même temps le canal déférent se dégorgea, les ganglions se fondirent et la fistule scrotale se ferma.

» Les ulcérations offrirent une résistance plus opiniâtre, mais elles finirent elles-mêmes par éprouver l'influence de l'amélioration générale et par guérir, grâce à des cautérisations réitérées de nitrate d'argent et des topiques appropriés: styrax, poudre de quinquina et iodure de mercure.

» Malgré l'apparence extérieure, le tissu de la tumeur n'avait rien du caractère squirrheux ou lardacé des dégénérescences encéphaloïdes. Composé d'une sorte de magma informe dans lequel se confondaient le testicule et ses enveloppes, il semblait se rapprocher, par sa légèreté et sa coupe crayeuse, des parties infiltrées de produits tuberculeux. L'aspect atonique des ulcères concomitants et les bons effets de la médication spéciale en confirmeraient la nature scrofuleuse.

» Ce fait est assez significatif pour dispenser de longs commentaires. Nul n'est plus propre à appuyer l'opinion de la *Gazette des Hôpitaux* et celle conforme de Dupuytren, sur la bénignité relative des dégénérations testiculaires. L'étendue des complications

---

de là, rien. Je défie le plus savant pathologiste de faire à point nommé une maladie quelle qu'elle soit, je le défie également d'empêcher à coup sûr le développement d'une affection venue spontanément et par les seules prédispositions individuelles, la nature est toute-puissante en santé comme en maladie, elle fait ce qui lui plaît, *medicus minister non magister*.

Ceci convenu, vous voyez là part qui reste à l'anatomiste et au microscopiste, son compagnon. Je sais qu'il vous diront après la mort (et c'est toujours bon à savoir): Le malade a succombé à telle affection anatomique; ou bien: Ses organes contenaient telle ou telle substance, normale ou anormale, morphe ou amorphe, etc.

Voilà tout; de là à la vraie cause, il y a une distance qu'ils ne mesureront jamais. Il résulte de ceci que l'anatomo-pathologiste pur est comme le chien de La Fontaine, il lâche la proie pour l'ombre, et s'il est bien établi qu'il se trompe, l'autre qui part des mêmes principes armé d'un microscope, sera trois ou six mille fois plus.... abusé, son erreur augmentant en raison directe de la puissance de son instrument. Ne croyez pas qu'en parlant ainsi je méconnaisse les services rendus par l'anatomie pathologique et la micrographie; il est impossible de nier qu'elles n'aient été très-utiles au diagnostic et souvent au traitement des maladies, mais de là à en faire un système exclusif, il y a loin; et une semblable pensée ne peut trouver place que dans des cerveaux sans jugement, puisqu'elle conduit à la médecine du symptôme, au matérialisme.

Je ne vous prémunis donc contre ces idées que jusqu'à concurrence de ce qui est déraisonnable. Il faut étudier ces sciences avec le même soin que les autres; mais, malgré le respect que vous leur devez, vous vous défierez d'elles comme de choses décevantes et sujettes à erreur.

Maintenant, il faut que je vous dise pourquoi je viens vous prémunir; je n'y ai certes aucun intérêt apparent ou caché; que la science et l'art suivent ou non le chemin de la raison, cela devrait m'inquiéter peu, pourvu que mes légumes poussent, que mes récoltes prospèrent, et que mes clients se portent bien; je ne puis cependant me garder d'un vif sentiment d'amour pour la médecine, je tiens à ce que tout y soit à sa place, et puis le médecin a besoin de savoir tant de choses utiles, qu'il est injuste de lui faire perdre son temps en vaine science.

En vérité, je suis si avare du temps, que je voudrais trouver un journal assez consciencieux pour m'arriver quelquefois en blanc. Cela voudrait dire: Vous avez besoin de l'utile, je n'en ai pas à vous fournir pour aujourd'hui..... bonsoir; et ainsi des livres...... A propos de livres, je me propose de vous dire bientôt comment ils se font. Mais comme ce sera chose triste (*lamentabile*), je renvoie cela à plus tard. Vous aurez pour lors un vrai mets de carême.

AMÉDÉE JOUX.

dont il fournit l'exemple tend également à montrer que l'opération ne comporte pas tout le péril qu'on pouvait craindre, et qu'on aurait tort peut-être de s'en laisser détourner par des lésions secondaires qui, subordonnées à l'altération primitive, disparaissent souvent avec la cause qui les alimentait.

» Chez ce sujet d'ailleurs, aucun signe ne dénotait la présence de tubercules dans les poumons; comment une action toute locale aurait-elle pu faire naître une diathèse constitutionnelle?

» J'ai eu tout récemment des renseignements sur le malade, dont je n'avais pas entendu parler depuis lors; il vit et se porte bien. »

DÉCHIRURES DU PÉRINÉE.

Nouveaux moyens pour les prévenir.

Par M. le Dr Mattei.

J'ai eu, dans ces derniers temps, occasion d'observer un cas intéressant de déchirure du périnée. Je vais, avant de le faire connaître, entrer dans quelques détails sur les moyens que je mets en usage pour prévenir cet accident, assez fréquent pendant l'accouchement.

Les déchirures du périnée peuvent être rangées en cinq classes :
1° déchirure du repli muqueux situé à l'entrée du vagin ;
2° déchirure de la fourchette, sans lésion des muscles ;
3° division du septum ano-vulvaire ;
4° Déchirure du sphincter anal ;
5° perforation du périnée.

La prophylaxie de ces lésions varie suivant les causes qui y prédisposent ou qui les déterminent. Ainsi, plusieurs de ces causes dépendent du fœtus ; d'autres viennent de la mère ou du mode selon lequel se fait le travail. Les points sur lesquels je veux insister ici sont le ralentissement de la marche de la tête, et ce que j'appellerai la *flexion* et le *dégagement artificiels*.

Lorsque la tête a franchi le détroit inférieur et qu'elle n'a plus à franchir que des parties molles, l'accoucheur reste le maître d'arrêter ou de faire avancer la tête, suivant le temps qu'il faut aux parties pour qu'elles se dilatent sans se déchirer.

Les efforts volontaires de la femme sont une des causes les plus fréquentes de ces déchirures ; aussi faut-il les éviter en l'engageant à les modérer ; mais un des meilleurs moyens d'obtenir ce résultat est d'émousser la douleur par les inhalations anesthésiques, sans les pousser jusqu'à l'insensibilité et au relâchement complets.

L'application de la main sur le périnée, décrite dans tous les livres, n'a en définitive d'autre résultat que d'arrêter la progression trop prompte de la tête. Sans attribuer à cette manœuvre ni les avantages qu'ont cru lui trouver les anciens, ni les inconvénients que lui trouvent quelques modernes, il nous paraît évident que l'on peut mieux arrêter la tête en appuyant directement la main sur le cuir chevelu, à travers l'orifice vulvaire ; cette manœuvre se combine avec la flexion et l'extension artificielles que nous allons décrire.

Flexion artificielle. — La tête traverse d'autant plus facilement le vagin et la vulve qu'elle est plus fortement fléchie, à tel point que l'occiput vient en avant et en dehors des pubis avant que la face ait franchi tout à fait le détroit inférieur. C'est seulement lorsque l'arcade repose sur la partie cervico-occipitale que la tête doit commencer le mouvement d'extension. Dans ces cas, en effet, les bosses pariétales qui offrent un diamètre de 9 à 10 centimètres franchissent la vulve en même temps que le diamètre sous-occipito-bregmatique, qui offre à peu près les mêmes dimensions; puis viennent les diamètres sous-occipito-frontal et mentonnier, qui ne dépassent guère 10 à 11 centimètres. Si le travail n'est pas précipité, la vulve se dilate ordinairement assez pour laisser passer, sans se déchirer, la tête ainsi fléchie.

Il n'en est pas de même si la tête s'avance dans la demi-extension, et que le mouvement de dégagement commence avant que l'occiput ait franchi l'arcade. — Dans ce cas, l'orifice vulvaire, d'abord dilaté transversalement par le diamètre bi-pariétal, doit livrer passage aux diamètres occipito-frontal et occipito-mentonnier, plus grands que le précédent de 2 à 4 centimètres. C'est en ce moment que les déchirures ont lieu.

Pour les conjurer, il faut faire ici ce que fait la nature dans les cas heureux ; il faut faire fortement fléchir la tête, et voici comme on y parvient : on glisse les doigts entre l'angle supérieur de la vulve et l'occiput ; quelquefois même, on peut passer entre cette partie et l'arcade pour accrocher la tête et la refouler en bas et en avant. Pendant qu'on fait cette manœuvre d'une main, on applique la paume de l'autre sur la région périnéo-coccygienne, où se trouve la face que l'on refoule en haut. De cette manière, on fléchit facilement la tête. Cette manœuvre est exécutée pendant la contraction utérine, qui fait alors avancer la tête et la fixe dans la flexion. C'est dans cette position fléchie qu'elle doit faire le plus de chemin possible. Enfin vient le temps du dégagement.

Extension artificielle. — Pour opérer ce temps, l'opérateur se place sur un des côtés de la malade et passe une main sous la cuisse correspondante fléchie, pendant que l'autre passe au-dessus.

La paume de la main supérieure est appliquée directement sur l'occiput, et empêche, au besoin, la progression de la tête. Les doigts de cette main, rapprochés les uns des autres, sont appliqués sur le sommet de la tête et côtoient la commissure postérieure de la vulve; ces doigts fortement appuyés servent de poulie de renvoi à la tête à mesure qu'elle s'avance, et soulagent d'autant le bord vulvaire qui menace de se déchirer.

La main inférieure, pendant ce temps, fait l'extension en appuyant sur la région périnéo-coccygienne où se trouve la face. De cette manière, l'accoucheur fait avancer la tête ou l'arrête selon le besoin.

Quand on veut la faire avancer, on a toujours les yeux fixés sur la commissure vulvaire. Si cette partie est très-distendue et qu'elle commence à s'érailler, on arrête la progression; si elle se distend facilement, on continue le dégagement. Ce mouvement de progression doit être très-lent, et, pour que les efforts de la femme ne viennent pas le contrarier, on l'exécute dans l'absence des contractions utérines ou l'on résiste à ces contractions.

Un moyen très-simple de faire le dégagement artificiel consiste à embrasser à pleine main la saillie périnéale pour la presser au-devant des ischions, et à l'*exprimer* en quelque sorte; on fait alors sortir la tête comme on chasserait le noyau d'une cerise.

Quant à la sortie des épaules, qui est aussi une cause fréquente de déchirure, il ne faut jamais la laisser s'opérer avec l'engagement simultané des deux épaules. Il faut dégager la première qui se présente, pendant qu'on empêche l'autre d'avancer.

Voilà la méthode que j'emploie aujourd'hui, et je puis dire qu'en agissant ainsi je garantis même le plus souvent le repli muqueux de l'orifice vaginal.

Malgré toutes ces précautions cependant il y a des cas où la rupture se fait, et le cas suivant est de ce nombre.

Obs. — Une femme grêle, d'une taille au-dessous de la moyenne, âgée de vingt-six ans, primipare, me fit appeler, le 7 juillet, pour me consulter sur sa grossesse.

Elle était alors enceinte de huit mois environ; ses règles avaient paru pour la dernière fois du 20 au 23 septembre 1855. Elle devait donc accoucher du 20 au 23 juin.

Après m'être assuré par le palper abdominal qu'elle avait un seul enfant en présentation du sommet (première position), j'ai conseillé pour les indispositions qu'elle éprouvait une ceinture, quelques bains et un exercice modéré.

Ce n'est que le 20 juillet que le travail s'est déclaré, c'est-à-dire à la dixième époque cataméniale et non à la neuvième après la fécondation, comme cela a lieu ordinairement.

Le 20 juillet, dans l'après-midi, commencent les douleurs, et à cinq heures la poche des eaux se rompt. Je la vois à une heure après minuit, et le travail est très-prononcé : col entr'ouvert et effacé, les contractions sont à six minutes d'intervalle, la tête est très-élevée.

Les choses marchent ainsi sans profit jusqu'à six heures du matin. La tête et le col restent à peu près au même état, les contractions se ralentissent au lieu de se rapprocher et la femme n'a plus de force. Vers dix heures, je lui donne 1 gramme de seigle ergoté sans plus de succès; le col a fini par présenter une dilatation presque complète; une bosse sanguine très-forte s'est produite sur la tête de l'enfant; la tête est immobile pendant les contractions; tout démontre un obstacle de la part des parties dures. A midi et demi, j'applique le forceps au-dessus du détroit supérieur.

Les tractions que j'ai dû faire pour engager la tête dans ce détroit ont été très-vives, et, chose remarquable, à mesure qu'elle descendait dans l'excavation elle poussait devant elle la vessie et le rectum. Cependant la malade avait uriné, et il n'y avait pas de matières dans l'intestin. Il existait seulement un paquet hémorroïdal extérieur et intérieur énorme, datant d'une époque bien antérieure à la grossesse.

Je ralentis autant que je le pus la descente de la tête, espérant que les parties déplacées n'iraient pas plus loin. Il en est ainsi pour l vessie; mais le rectum continue à faire une espèce de pli qui venait se placer à la commissure vulvaire postérieure. J'essaye de refouler ce pli, mais inutilement, et, à mon grand étonnement, je vois, avant d'avoir engagé l'occiput sous le pubis, le périnée se fendre brusquement de bas en haut sans avoir paru être très-fortement distendu.

L'accouchement fut bientôt terminé, et l'enfant, très-vivace, offrit les dimensions d'un fœtus qui a dépassé le terme.

Ici plusieurs conditions fâcheuses favorisaient la rupture.

Les suites de couches furent heureuses; mais ce qui me préoccupait c'était la rupture du périnée.

Je fis garder à la malade la position horizontale, défendant toute flexion et tout écartement des jambes, me proposant, si la réunion n'était pas spontanée, de faire la suture pendant la suppuration des surfaces, ce que j'ai désigné sous le nom de réunion secondaire immédiate dans un mémoire que j'ai lu à l'Académie de médecine en mars 1853.

Le quatrième jour, j'examine la plaie, et je constate qu'une réunion par première intention s'est opérée; une sorte de pont existe à la fourchette.

Cette réunion spontanée a marché d'avant en arrière, et sans aucun moyen local autre que des lotions de vin aromatique, quelques toniques à l'intérieur; j'ai dû passer plusieurs fois le nitrate d'argent dans le trajet fistuleux qui existait entre le *pont* et le sphincter, et qui a fini par s'oblitérer.

Le 17 août, la malade était complètement guérie.

La déchirure, qui intéressait tout le septum ano-vulvaire, sans cependant avoir divisé le sphincter anal, s'est cicatrisée, et la malade présente maintenant un périnée de 4 centimètres d'étendue.

NOTE SUR L'EMPLOI D'UN APPAREIL DE COMPRESSION

comme moyen auxiliaire de la ponction des kystes de l'ovaire;

Par M. Bourjeaurd, ancien chirurgien de marine.

(Lue dans la dernière séance de l'Académie de médecine.)

Dans la discussion sur le traitement chirurgical des kystes de l'ovaire, un point secondaire, mais qui cependant me paraît avoir quelque importance, a été à peine indiqué: je veux parler de la compression. M'occupant spécialement et exclusivement depuis dix ans du perfectionnement des appareils élastiques de compression et de contention dont l'application est indiquée dans un si grand nombre d'affections médicales et chirurgicales, j'ai eu de fréquentes occasions d'expérimenter les effets d'une compression méthodique sur les kystes ovariques, et les résultats obtenus me semblent assez satisfaisants pour mériter l'attention des chirurgiens.

La compression peut être employée dans deux buts:
1° Comme traitement curatif ou palliatif direct;
2° Comme moyen propre à régulariser, à favoriser, à assurer les résultats des diverses opérations, soit curatives, soit palliatives, que le chirurgien peut être appelé à pratiquer.

Quant au premier point, je ne m'y arrêterai pas. Bien que plusieurs faits m'aient démontré la possibilité de réduire beaucoup, et même de faire presque entièrement disparaître, par la seule compression méthodiquement exercée, des tumeurs ovariennes d'un volume considérable, je ne possède pas des observations assez nombreuses ou assez complètes pour émettre sur la valeur de ce mode de traitement une opinion définitive.

Mais quant au second point, c'est-à-dire à l'emploi de la compression comme adjuvant des opérations pratiquées sur l'ovaire, je crois être autorisé, par des expériences répétées, à accorder à ce moyen, employé comme je vais l'indiquer, une influence marquée sur les suites de l'opération.

Ne pouvant pas exposer, dans cette courte note, les principes de la méthode générale que j'ai adoptée pour l'emploi de la compression dans les divers cas qui la réclament, ni décrire les appareils dont je me sers, je me bornerai à relater une seule observation, dans laquelle on trouvera une indication suffisante et de la méthode et des appareils, et de la manière de les appliquer, et des résultats qu'on en peut attendre.

Il s'agit d'une femme de quarante-six ans, dont l'ovaire gauche avait acquis le volume de la tête d'un enfant. L'opération ayant été jugée nécessaire et urgente, l'éminent chirurgien qui la traitait, le docteur Bransby Cooper, voulut bien m'inviter à coopérer au moyen d'un appareil de compression approprié au succès de l'opération qu'il se proposait de faire. Cette opération était une ponction évacuatrice suivie d'une injection iodée.

La circonférence de l'abdomen, distendu par la tumeur, mesurée au niveau du point le plus saillant, était de 120 centimètres. Une ceinture en tissu de soie élastique, sans couture, à élasticité latérale, et dont la circonférence n'était que de 90 centimètres, c'est-à-dire 30 centimètres de moins que celle de l'abdomen, et assez large pour embrasser toute la région abdominale depuis la pointe du sternum jusqu'au pubis, fut passée de bas en haut par les pieds et appliquée sur le corps. L'abdomen et la tumeur se trouvaient ainsi soumis à une pression égale, constante et très-forte. Cela fait, le chirurgien plongea par une petite ouverture faite à la ceinture un trocart à canule dans le kyste. La ponction faite et le trocart étant retiré, la canule, restée en place, donna immédiatement issue à un liquide clair, de couleur citrine, qui s'échappait par un jet plein et soutenu, sans interruption ni saccades, et qui se continua pendant cinq ou six minutes. Cette projection du liquide était évidemment opérée par la pression constante et incessamment renouvelée de la ceinture, qui par son élasticité suivait en le provoquant le retrait de la paroi du kyste et de l'abdomen. On obtint ainsi sans violence, sans secousses, sans tâtonnements, et au degré de force voulu, l'effet de pression que les mains du chirurgien ne peuvent produire que par des malaxations successives, inégales et douloureuses.

Tout récemment, ce procédé a été appliqué sur une femme de trente-quatre ans, opérée le 2 décembre dernier par MM. les docteurs Piogey et Morpain. Il a été fait deux ponctions sur deux kystes. L'appareil compressif, disposé comme dans le cas précédent, a réalisé complétement le résultat attendu, l'écoulement continu et complet du liquide et le retrait simultané de la paroi abdominale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 janvier 1857. — Présidence de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeur fibro-plastique de la cuisse. — M. Larrey montre guéri le malade qu'il avait opéré quelques mois auparavant d'une énorme tumeur fibro-plastique de la cuisse, et il en résume succinctement l'observation, en ... la complétant de la manière suivante :

Ce malade, sous-officier d'artillerie, est entré au Val-de-Grâce, le 10 juin 1856, portant à la cuisse droite une tumeur dont l'origine, déjà ancienne de plusieurs années, était due à une cause toute mécanique. Son développement progressif était parvenu à un volume tel que la base de sa circonférence mesurait 80 centimètres. L'ensemble de ses caractères l'avait justement fait considérer comme étant de nature fibro-plastique.

Présenté le 18 juin à la Société, le malade paraissait devoir être amputé de la cuisse, plutôt que soumis à l'extirpation de la tumeur; mais l'amputation aurait dû alors être faite près de l'articulation de la hanche, sinon dans l'articulation elle-même, et le résultat en eût été plus probablement funeste. C'est pourquoi je me décidai pour l'extirpation, en me tenant prêt à amputer le membre, s'il le fallait; et, pour diminuer autant que possible les difficultés d'exécution, j'exerçai le malade lui-même, pendant deux mois, à mouvoir sa tumeur en différents sens, afin de détacher une partie de ses adhérences et de la mobiliser ainsi davantage.

L'opération, pratiquée le 19 août, a mis la tumeur à nu par deux longues incisions courbes partant d'un point rapproché du pli de la cuisse pour se terminer près du genou. L'énucléation n'a pu être faite que dans une certaine étendue; il a fallu disséquer les muscles, resciser une portion hypertrophiée de l'un d'eux (le couturier), ménager le nerf sciatique dénudé, détacher enfin de la gaîne des vaisseaux fémoraux les adhérences de l'enveloppe de la tumeur, qui du reste n'avait aucun rapport avec le fémur.

La pièce anatomique, examinée le lendemain à la Société, puis soumise au microscope, a fait reconnaître les caractères essentiels du tissu fibro-plastique. M. Verneuil particulièrement s'en est assuré.

Voici maintenant quelles ont été les suites de l'opération, assez promptement faite d'ailleurs.

L'emploi du chloroforme avait été suspendu par prudence, et, quoiqu'il n'y ait pas eu d'hémorrhagie, la faiblesse du malade est extrême pendant les premiers jours, avec tendance continuelle aux syncopes. Du bouillon pour tisane et du vin sucré raniment peu à peu ses forces défaillantes. L'appareil de la réunion immédiate, laissé d'abord en place, est modifié le lendemain, et enlevé complétement le 26 (septième jour). La plaie se trouve dans des conditions très-satisfaisantes; l'adhésion de ses bords s'est effectuée en grande partie, principalement dans les tiers supérieur et inférieur. Le pus s'écoule librement par le tiers moyen. Il n'y a point de douleurs, si ce n'est à la racine du membre où existe un peu d'empâtement. La crainte d'un érysipèle nous fait remplacer les bandelettes de diachylon par des bandelettes de linge fenêtré enduites de styrax (c'est, pour le dire en passant, un moyen qui me semble avantageux, en général, même comme agglutinatif).

Les pansements, du reste fort simples, aidés de la position convenable du membre, favorisent aussi la suppuration, qui devient très abondante, et tend à refluer vers les angles de la plaie. Des pressions méthodiques l'en éloignent, mais l'empâtement douloureux du pli de la cuisse augmente, de l'œdème survient au pied, ainsi qu'à la jambe, et une tuméfaction circonscrite apparaît à la face antérieure de l'avant-bras droit, avec rétraction non douloureuse des doigts.

L'état général s'améliore cependant; le sommeil et l'appétit reviennent; il n'existe ni frissons ni diarrhée. Un foyer purulent, formé depuis quelques jours dans la profondeur de la région interne et supérieure de la cuisse, vient se vider au dehors par une ouverture spontanée, au niveau de la branche descendante du pubis et de l'insertion du muscle droit interne; et le lendemain (4 septembre), une seconde fistule s'ouvre un peu au-dessous de la première, dans le sillon génito-crural, d'où un dégorgement sensible de la partie supérieure du membre.

Quant à la tuméfaction de l'avant-bras, indéterminée d'abord dans sa nature, elle se révèle tout à coup, le 6 septembre, sous la forme d'un phlegmon profond, gonflement, tension, chaleur, douleur vive, flexion forcée des doigts, œdème circonscrit, frisson et fièvre. Cet état fébrile continue pendant quelques jours, mais sans symptômes de résorption purulente.

La suppuration de la cuisse, toujours très-abondante, s'écoule entièrement par les deux fistules ouvertes en haut, et le pus semble fuser le long de la gaîne du muscle droit interne, qui est décollé à son origine. Les bords de la plaie sont ulcérés à la partie moyenne, mais sans conséquence fâcheuse.

Le 13 septembre, la fluctuation, devenue manifeste à l'avant-bras, me décide à inciser la tumeur. Il s'en écoule une grande quantité de pus séreux; et, pour prévenir sa stagnation, l'ouverture est agrandie deux jours après. Les douleurs cessent; l'engorgement diminue, le foyer se déterge, et peu à peu la suppuration s'arrête. Elle est devenue en même temps beaucoup moindre dans la cuisse.

La réunion se maintient vers la moitié inférieure de la plaie, et la cicatrice s'établit solidement sur les parties profondes. Elle est plus tardive dans la moitié supérieure, par la persistance des fistules en haut, et au-dessous par l'ulcération de la peau, qui montre une portion des muscles à découvert. Mais enfin, du 15 septembre au 1er octobre, des pansements contentifs bien faits rétrécissent le foyer de la suppuration, rapprochent les téguments et favorisent la cicatrisation, qui s'établit progressivement et tend à devenir définitive.

L'œdème du membre diminue peu à peu, et nous avons soin d'exercer de plus en plus les mouvements de l'articulation du genou, pour en prévenir l'ankylose, ainsi que la flexion de la cuisse sur le bassin, et l'extension graduelle des doigts rétractés. L'opéré seconde nos efforts en s'accoutumant aussi aux mouvements du tronc, devenus difficiles par une immobilité prolongée, et vers la fin d'octobre il commence à se lever, en reprenant des forces de jour en jour.

La cicatrice enfin est à peu près complète dans le courant de novembre. Une malaxation douce et journalière de la cuisse prévient les adhérences profondes, assouplit les muscles, et les rend aptes à reprendre leur contractilité. Deux petites ulcérations persistantes disparaissent à leur tour vers le milieu de décembre; la marche devient plus facile; les forces augmentent par l'exercice au grand air. La cicatrice se consolide, se régularise, sans présenter la moindre trace de la tumeur ni l'apparence d'une récidive. La cuisse a repris sa forme normale, sans atrophie, et tel qu'il se présente aujourd'hui à l'examen de la Société, notre intéressant malade semble parvenu à une guérison radicale et il se trouve en état de reprendre prochainement son service de maître poudrier.

M. Larrey, en résumant ainsi cette observation, qui a été recueillie dans tous ses détails par le docteur Gaujot, aide de clinique au Val-de-Grâce, montre de nouveau le dessin de la tumeur, pour en rappeler les proportions considérables.

M. DEMARQUAY cite une tumeur à peu près semblable, dont il a fait l'extirpation avec M. Monod.

M. HUGUIER. J'ai vu place Laborde une malade portant une pareille tumeur tenant à la face postérieure de la cuisse. J'essayai ce que M. Larrey a fait très-heureusement dans le cas qu'il nous a présenté, c'est-à-dire de pédiculiser la tumeur. J'employai à cet effet une compression au pourtour de la tumeur à l'aide d'une bande de caoutchouc. Au bout d'un mois j'avais obtenu un notable résultat; mais la femme refusa l'opération.

M. DEMARQUAY désire savoir si M. Larrey est bien l'auteur de la méthode qui consiste à pédiculiser, à mobiliser ainsi les tumeurs.

M. LARREY. Je répondrai à la question de M. Demarquay sur la mobilisation préalable des tumeurs à enlever, que l'on ne doit pas confondre ce procédé avec celui de la torsion pratiquée au moment de l'extirpation. La torsion, employée par M. Baudens pour les tumeurs ganglionnaires du cou, a pour but de les pédiculiser afin de les détacher plus facilement. La mobilisation, comme le mot l'indique, est un autre moyen que j'essaye à l'avance, dans la plupart des cas où des tumeurs diverses doivent être extirpées, pour détacher ou diminuer leurs adhérences et simplifier l'opération; mais je n'en revendique point la priorité.

M. CHASSAIGNAC. L'opération de M. Larrey est très-heureuse: une des choses que j'aurais le plus redoutées chez son malade eût été la dissection de tous les muscles de la cuisse, et, partant, la production d'abcès inter et sous-musculaires, dont la gravité est extrême. Pour ce qui concerne la mobilisation préparatoire des tumeurs, il y a plus de vingt-cinq ans que j'ai entendu Lisfranc préconiser cette pratique.

— M. MARJOLIN présente, de la part de M. Houzelot, une femme amputée de la portion transversale de la mâchoire, dont la pièce fut présentée à la Société par M. Giraldès le 12 novembre 1856.

M. Houzelot demande à la Société si une prothèse paraît applicable à ce cas.

— M. MARJOLIN montre une enfant atteinte d'atrésie et d'oblitération congéniales du conduit auditif externe.

La petite malade (la nommée Lavranty, quatre ans) que j'ai l'honneur de soumettre à votre examen offre ceci d'intéressant: c'est qu'elle présente deux vices de conformation congéniaux assez rares.

Du côté droit, l'ouverture du conduit auditif externe est complétement oblitérée par un prolongement cutané légèrement déprimé au centre au niveau de la conque, et s'étendant du tragus jusqu'à l'anthélix; de ce côté, l'ouïe paraît nulle.

A gauche, bien qu'on observe un vice presque semblable de conformation, il y a cette différence, c'est qu'il existe un petit pertuis très-étroit donnant écoulement à un peu de suppuration qui ne ressemble pas à du cérumen. Un stylet enfoncé dans la direction de ce pertuis pénètre à peine à deux lignes de profondeur; mais comme l'ouïe, bien qu'un peu dure, existe de ce côté, je suis porté à croire qu'il ne s'agit que d'une simple atrésie. Dans cette circonstance, j'ai cru devoir m'abstenir de toute opération, dans la crainte que des accidents inflammatoires ne fissent perdre complétement l'ouïe; j'ai pensé que, pour l'instant, il fallait se contenter de pratiquer des injections et de dilater lentement le petit pertuis pour prévenir son oblitération. »

— Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. CHASSAIGNAC présente quelques observations sur le fait d'amputation de la verge par M. Verneuil, qui a mis à l'ordre du jour de la Société la question de l'écrasement linéaire. Je trouve, dit-il, que ce fait est tout à fait étranger à la nouvelle méthode dont je crois avoir enrichi l'art opératoire.

M. Verneuil a fait simplement une *ligature*, car j'ai toujours reconnu qu'un fil pouvait couper les tissus; mais l'action du fil est bien différente de celle de l'écraseur, qui, agissant à la manière d'une scie tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, condense et *tasse* les parties vivantes avant d'en faire la section.

Les plaies par broiement dont on a parlé n'ont aussi que des ressemblances très-éloignées avec celles que produit mon instrument: celui-ci épuise ses effets sur le plan de section; au contraire, les tissus broyés par une violence traumatique le sont à des hauteurs inégales et avec une diffusion qui fait leur danger.

Dans cette question, du reste, je veux que mes collègues n'aient à me reprocher aucune vivacité. Je me contente d'appeler, de solliciter leur contrôle loyal. Mais parcourez le livre de Mayor dont il vous a été parlé dernièrement; vous n'y trouverez rien qui ressemble à ma méthode. Jamais Mayor n'a séparé une tumeur séance tenante. Il a employé un serre-nœud avec un treuil; seulement, mieux que d'autres chirurgiens, il a raisonné cet instrument et l'a appliqué à bon nombre de cas nouveaux. Quant aux instruments improvisés et destinés à séparer les tumeurs par striction, et qu'on vous a montrés ici, je me demande l'utilité de pareilles tentatives surtout faites sur des malades, quand moi j'ai passé six années à confectionner les miens.

M. VERNEUIL dit que l'opération qu'il a pratiquée ne lui paraît plaider ni pour ni contre l'écrasement linéaire; au point de vue de la nouvelle méthode, il la considère comme non avenue.

CORRESPONDANCE.

M. MARJOLIN donne lecture d'une lettre de remercîments adressée par M. James Paget à l'occasion de sa nomination de membre correspondant étranger.

LECTURE.

M. CHASSAIGNAC, remplacé au fauteuil par M. Bouvier, continue la lecture de son mémoire sur l'opération des tumeurs hémorrhoïdales à l'aide de l'écrasement linéaire.

La lecture des conclusions de ce travail est renvoyée à la séance prochaine.

(Nous donnerons cette analyse dans un prochain numéro.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. VERNEUIL montre un rétrécissement de l'urètre qui vient du service de M. Michon. M. Mauriac, interne du service, a bien voulu abandonner cette pièce et communiquer sur les antécédents les renseignements suivants:

Le malade a eu une blennorrhagie il y a vingt ans. Depuis six années seulement il se plaint de dysurie; jamais il n'a subi de traitement, on a seulement passé deux bougies quelques jours avant la mort, occasionnée accidentellement par une affection thoracique aiguë.

L'obstacle est situé à la région du bulbe. On trouve en ce point deux rétrécissements; le plus considérable siége précisément au milieu de la région bulbaire, c'est-à-dire à distance égale du commencement antérieur et de la terminaison postérieure de ce renflement; il a environ 2 millimètres de diamètre, paraît circulaire et épais de 1 à 2 millimètres. A 12 millimètres en avant, c'est-à-dire vers la terminaison de la région spongieuse proprement dite, on voit un autre point rétréci, épais de 1 millimètre à peine, et qui fait à la surface libre du canal un relief transversal peu élevé.

Entre ces deux rétrécissements, la cavité urétrale a la forme olivaire. La surface est réticulée, présente une petite colonne étendue entre deux points voisins, mais libre dans tout son corps, de manière que l'on peut engager un stylet entre elle et la paroi urétrale.

En arrière des rétrécissements, la muqueuse offre un aspect réticulé dû à la saillie de plusieurs faisceaux musculo-fibreux sous-jacents à la muqueuse. La même disposition s'observe dans l'intervalle des deux rétrécissements; mais on constate de plus la dilatation extrême d'une lacune urétrale. Au premier abord, on croirait à l'existence d'une fausse route. En effet, on peut introduire une bougie de 2 millimètres de diamètre parallèlement à l'axe du canal et jusqu'à une profondeur de 12 millimètres au moins. Mais l'hypothèse d'une fausse route n'est pas soutenable, par la raison que le cathéthérisme n'a été fait que deux fois sans accidents, peu de jours avant l'autopsie, et que la voie anormale n'offre nullement les caractères d'une solution de continuité traumatique.

Tout le reste de l'urètre, au devant et en arrière des rétrécissements, est entièrement sain. Partout, même au point rétréci, la muqueuse paraît absolument saine. Le corps spongieux est dans le même cas; il ne semble ni induré ni enflammé. La pièce ayant macéré depuis fort longtemps, tous les tissus sont décolorés et un peu ramollis; on ne peut donc juger exactement des lésions qui existaient pendant la vie.

Rien de particulier aux régions prostatique et membraneuse. La vessie est hypertrophiée et de petite dimension. On observe sous la muqueuse, particulièrement vers le bas-fond, une très-grande quantité de saillies très-petites et qui ressemblent à un sablé fin. L'examen microscopique y reconnaît sans peine les glandules vésicales un peu hypertrophiées: on en compterait sans peine plus de deux cents.

Cette pièce est surtout destinée à élucider la question du siége des rétrécissements. Ici deux coarctations existent précisément dans la région du bulbe. Mais si on fend l'urètre par sa face supérieure, le rétrécissement le plus profond paraît siéger au commencement de la portion membraneuse, ce qui se comprend sans peine, cette dernière région ayant beaucoup plus de longueur en avant qu'en arrière. Peut-être en était-il de même dans un bon nombre de faits où l'on place le siége du rétrécissement au commencement de la portion membraneuse.

M. Verneuil fait remarquer, à ce propos, que dans un bon nombre de descriptions anatomiques, le siége des rétrécissements est indiqué d'une manière extrêmement vague. Tantôt on note seulement qu'il est à telle ou telle distance du méat urinaire ou du col de la vessie, ou bien on se contente de dire qu'il réside *à la courbure*, *ou vers le bulbe*, ou vers la portion membraneuse. Ces indications suscitent beaucoup d'embarras; on les éviterait facilement, car les régions de l'urètre sont si bien séparées, qu'avec un peu d'attention et une dissection même grossière, on peut facilement reconnaître le lieu précis qu'occupe la lésion.

M. ALPH. GUÉRIN remercie M. Verneuil de la présentation qu'il vient de faire. Il prie la Société de remarquer:

1° Que la membrane muqueuse n'est le siége d'aucune lésion au niveau des points rétrécis;

1° Que les rétrécissements ont leur siége dans les tissus sous-jacents à la membrane muqueuse.

Ces deux faits ont une grande importance; il les a constatés dans tous les cas de rétrécissement qa'il a eu l'occasion d'examiner.

La pièce présentée par M. Verneuil vient à l'appui de l'opinion de M. Alph. Guérin, qui admet que si l'inflammation de la membrane urétrale est la cause des rétrécissements, elle ne leur donne naissance qu'en se propageant aux tissus sous-jacents à la membrane muqueuse, et non par la production du tissu inodulaire développé sur cette membrane.

Le secrétaire, A. RICHARD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 14 janvier 1857, M. Schlagdenbauften, agrégé près de l'Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg, est chargé de la suppléance de la chaire de toxicologie et de physique à ladite Ecole, en remplacement de M. Béchamp, professeur adjoint, appelé à d'autres fonctions.

— La lecture des compositions des candidats à l'agrégation a été terminée dans la séance de mercredi; hier, à quatre heures, ont commencé les épreuves orales, après trois heures de préparation.

La question suivante: *De la scarlatine*, a été traitée par MM. Charcot et Lorrain.

Les autres candidats passeront dans l'ordre suivant:

Aujourd'hui 24, MM. Hérard et Hervieux; mercredi 28, MM. Chauffard et Axenfeld; jeudi 29, MM. Empis et Montanier; vendredi 30, MM. Duriau et Barnier; samedi 31, MM. Tholozan et Racle.

Pour la chirurgie: mercredi, 4 février, MM. Legouest et Boulard; jeudi 5, MM. Legendre et Fano; vendredi 6, MM. Baucbet et Morel-Lavallée; samedi 7, MM. Jamain et Béraud; mercredi 11, MM. Houel et Trélat; jeudi 12, MM. Duchaussoy et Foucher; vendredi 13, M. Olier.

Pour les accouchements: samedi 14, MM. Desrivières et Blot.

RÉPONSE A PLUSIEURS ABONNÉS.

L'envoi par la poste d'une année RELIÉE de la *Gazette* coûte 3 fr. 25 c. Ceux de nos abonnés qui habitent des communes privées de relieurs peuvent donc nous faire parvenir leurs numéros de l'année écoulée (les occasions pour Paris sont fréquentes, même dans les plus petites localités), et quelques jours après nous les leur renverrons RELIÉS.

Joindre à l'envoi un mandat de 5 fr. 25 c. savoir: pour reliure, 2 fr.; pour port par la poste, 3 fr. 25.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité d'anatomie topographique médico-chirurgicale, considérée spécialement dans ses applications à la pathologie, à la médecine légale, à l'art obstétrical et à la chirurgie opératoire; par J. E. PÉTREQUIN, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur à l'Ecole de médecine de la même ville. — Deuxième édition, corrigée, augmentée et en partie refondue. Un beau volume grand in-8° de 780 pages. Prix, 9 fr. — Paris, chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

De la respiration tubaire et amphorique dans la pleurésie et des indications de la thoracentèse, par M. le professeur LANDOUZY. Broch. in-8°. — Paris, chez J. B. Baillière et Germer Baillière.

LE GÉRANT.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 11. — MARDI 27 JANVIER 1857. (30e ANNÉE.) N° 11. — MARDI 27 JANVIER 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois moi 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 26 JANVIER 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'action anesthésique du gaz oxyde de carbone paraît devoir occuper en ce moment l'attention des expérimentateurs. La communication de M. Ozanam, que nous avons signalée dans l'un des précédents numéros, a donné l'occasion à M. Tourdes de rappeler des essais déjà anciens qui lui ont fait classer l'oxyde de carbone parmi les gaz anesthésiques, avec l'hydrogène proto-carboné, l'acide carbonique et l'hydrogène bi-carboné. Les deux faits fondamentaux que l'honorable professeur de Strasbourg a constatés sont l'innocuité du gaz oxyde de carbone et son action anesthésique analogue à celle du chloroforme et de l'éther. L'application thérapeutique en a été faite dans un cas de cancer ulcéré de la matrice inutilement traité auparavant par les injections d'acide carbonique; d'où il semblerait résulter que le gaz oxyde de carbone jouit d'une action anesthésique plus prononcée que l'acide carbonique. Il est à désirer que ces expériences soient continuées, mais avec tous les ménagements et toute la prudence qu'exige le maniement de semblables agents, que leur forme gazeuse rend encore plus difficiles et plus dangereux à manier.

Nous ne saurions laisser échapper cette occasion de faire droit à une observation — nous ne voudrions pas nous servir ici du mot réclamation — qui nous a été adressée récemment au sujet du bruit qui s'est fait depuis quelque temps autour de certaines expériences d'application topique du gaz acide carbonique. Bien que la note qui nous a été communiquée soit anonyme, comme il ne s'y agit que d'une simple constatation de fait, nous ne voyons aucun inconvénient à lui donner de la publicité ; nous ne ferions même aucune difficulté d'en assumer la responsabilité.

Voici ce que nous écrit notre correspondant anonyme :

« Depuis deux ou trois mois, le monde médical parisien paraît en émoi au sujet du gaz acide carbonique employé comme agent thérapeutique. Déjà l'on agite la question de priorité. Mais comment se fait-il qu'au milieu du débat aucun médecin ne semble se rappeler que l'année dernière plusieurs journaux de médecine ont publié une note sur les bains et douches de gaz acide carbonique, dans laquelle on lit, entre autres choses, ceci :

« Il existe *depuis plusieurs années* en Allemagne des établissements où l'on administre le gaz acide carbonique en bains, en douches, en injections, ainsi que par la déglutition et par l'inhalation.

» Plusieurs faits particuliers avaient depuis *longtemps* attiré l'attention des médecins allemands sur le gaz acide carbonique.

» Le docteur Hufeland, dans son *Examen pratique des eaux minérales de l'Allemagne*, parle des bons effets du gaz acide carbonique dans certaines affections des organes respiratoires. »

» Ainsi, tandis que les médecins de Paris en sont encore à tâtonner dans l'essai du gaz acide carbonique, les Allemands depuis longtemps déjà l'ont employé de toutes les manières et contre des maladies très-variées.

» Pour mon compte, ajoute notre correspondant, je me rappelle avoir lu dans un livre imprimé il y a peut-être plus de cinquante ans, un passage où l'on recommandait l'usage de l'acide carbonique pour les maux de jambes. On citait un certain nombre de guérisons.

» Pour l'application, on renfermait la jambe dans un sac d'un tissu de soie huilé, et l'on y amenait l'acide carbonique dégagé dans une bouteille où l'on avait mis *une partie de marbre en poudre, une partie d'acide muriatique et quatre parties d'eau.*

» Ce pauvre sac huilé, qu'on serait honteux d'employer aujourd'hui, aurait peut-être mieux réussi à M. le docteur X....... pour le pied du malade de la salle Saint-Jean que l'appareil dont il s'est servi, ce manchon élastique qui gêna la circulation veineuse superficielle et profonde au point de faire augmenter considérablement la rougeur et le gonflement, tant il est vrai que le *mieux est l'ennemi du bien*, et que parfois le luxe ne vaut pas la médiocrité.

» Rien n'est plus simple d'ailleurs que l'application de l'acide carbonique en bien des cas. Pour les jambes, quand on peut les tenir dans une situation qui ne soit pas horizontale, on a une boîte où l'on dégage de l'acide carbonique qui s'y trouve retenu par sa pesanteur spécifique. En y plongeant une lumière qui s'éteint ou se conserve, on reconnaît la hauteur de la colonne d'acide carbonique. On y met la jambe soit nue, soit avec ce qui la revêt, fût-ce même une botte, car ce n'est pas un obstacle à l'action thérapeutique, pourvu d'ailleurs que le niveau de l'acide dépasse le bord de la botte, afin qu'elle puisse se remplir de gaz. On pourrait se contenter même dans certains cas de verser tout simplement le gaz dans les bottes, si elles étaient assez larges, sans s'inquiéter d'avoir un autre appareil. En Allemagne, on prend de ces sortes de bains tout habillé.

» On a dit qu'en faisant des expériences sur les téguments sains et revêtus d'épiderme on n'avait jamais obtenu l'anesthésie. On peut répondre à cela par des faits contraires.

» En voici un qui a fait quelque sensation en Allemagne. Il est consigné dans la note précitée :

» Le docteur S... ne pouvait marcher depuis plusieurs années qu'avec des béquilles. Il avait les glandes et les vaisseaux lymphatiques de la cuisse et de la jambe durs et enflammés, le foie engorgé et des hémorrhoïdes. Pendant qu'il prenait les eaux de Marienbad (Bohême) pour son affection qui le faisait beaucoup souffrir, il s'assit sur le bord d'un bassin où le gaz carbonique formait sur l'eau une couche de plusieurs décimètres, et il laissa pendre sa jambe malade dans le gaz; c'était la jambe gauche. Il éprouva d'abord un fourmillement et une chaleur agréable, puis une transpiration abondante au membre malade. En sortant de là il ne sentait plus aucune douleur, et il pouvait marcher sans le secours des béquilles et de son domestique sur lesquels il s'était appuyé pour venir, en se traînant avec beaucoup de peine et avec de vives douleurs. Il continua pendant quelque temps ces bains locaux, et s'en alla guéri.

» Depuis lors, il a joui d'une santé excellente, sans rechute et sans renouvellement de ses douleurs.

» Il est bon de faire remarquer que la jambe devait être dans une situation verticale, ce qui est plus commode, qu'elle n'était qu'en partie dans le gaz, et que ce gaz n'était pas stagnant, mais formait un courant.

» Cette réflexion n'est pas sans utilité pratique : elle porte à se demander si l'on ne pourrait pas se contenter de l'appareil le plus simple pour les bras, et même pour la jambe, quand elle n'exige point une situation horizontale; s'il suffirait d'appliquer le bain local seulement d'une manière partielle; si l'acide carbonique a besoin d'être renouvelé; ou s'il peut rester le même pour un temps quelconque; s'il faut en faire varier la température ainsi que l'état hygrométrique?

» La pesanteur spécifique de l'acide carbonique, qui le retient dans le fond des vases ouverts, en rend l'usage très-simple en bien des cas, mais elle est un obstacle pour d'autres. Ainsi, M. Verneuil se plaint de l'appareil peu convenable qu'il fut obligé d'employer pour traiter un priapisme par l'acide carbonique. Assurément, si cet appareil devait s'appliquer de manière à couvrir seulement les parties génitales, il était bien difficile qu'il ne laissât pas écouler l'acide carbonique. Il eût été plus sûr et plus commode de recourir au bain de siége. »

Nous nous demanderons maintenant, avec notre correspondant, comment il se fait qu'on n'ait pas plus tenu compte, dans tous ces essais et dans les discussions auxquelles ils ont donné lieu, des détails pleins d'intérêt et d'une grande importance thérapeutique que renferme sur tous ces points le travail de M. Herpin (de Metz), dont nous avons publié dans le temps une analyse. On a sans doute pensé que les diverses applications signalées par cet honorable praticien ne pouvaient être faites qu'aux sources d'eaux minérales, ou qu'ailleurs il en coûterait trop pour se le procurer artificiellement en quantité suffisante. Notre correspondant fait remarquer, à ce sujet, que l'acide hydrochlorique, le carbonate de chaux, et même le bi-carbonate de soude que certaines sources contiennent en si grande abondance, pourraient fournir à peu de frais les quantités d'acide carbonique nécessaires pour les besoins de la pratique. — Dr BROCHIN.

A PROPOS D'UN PROJET DE FONDATION

d'une caisse de retraites, de rentes viagères, etc.

Nous avons inséré le 16 décembre dernier un projet de M. le docteur Malatier, sur la fondation d'une caisse de retraites, de rentes viagères et de crédit personnel pour le corps médical. Ce projet a produit une certaine sensation, et nous avons reçu plusieurs communications à son sujet. Il a été, de la part de M. le docteur Simon, maire de Ribérac, l'objet d'un travail fort intéressant, que nous aurions publié avec grand plaisir, en le faisant suivre de notre appréciation personnelle ; mais les questions de ce genre ayant un rapport un peu trop immédiat avec l'économie sociale, nous devons nous incliner devant la loi qui interdit aux journaux scientifiques toute discussion de cette espèce, et nous borner à exposer sans réflexions le contre-projet de M. Simon.

I. Le projet de M. le docteur Malatier restera, comme tout ce qui a été fait en ce genre, sans résultat, tant que les médecins ne se seront pas sérieusement constitués en corps.

— II. Jusqu'aujourd'hui, la médecine n'offre dans ses représentants aucune homogénéité; partout l'individu, nulle part la corporation. L'*esprit de corps* manque, et sans lui aucun projet touchant aux intérêts généraux ne peut avoir de succès.

— III. A l'exemple des avocats, des avoués, des notaires, des agents de change, des courtiers, des huissiers, la famille médicale devrait se constituer en corps et créer une *chambre générale* des médecins, avec laquelle correspondraient d'autres *chambres* établies dans les départements.

— IV. Au chef-lieu de chacun des 86 départements et des 275 arrondissements, on établirait une *chambre* des médecins, comme il y a celle des notaires.

— V. Elle serait composée d'un nombre déterminé de membres nommés à l'*élection*.

VI. Un *comité central et général* — comme celui du génie, de l'artillerie —, aurait son siége à Paris.

VII. Tous les ans on tiendrait dans chaque arrondissement une *assemblée générale*. A cette réunion, chacun des membres pourrait émettre des propositions qui seraient transmises au comité central.

VIII. Les propositions ainsi portées devant le *comité central* seraient par lui soumises aux autres chambres, et par conséquent au corps médical tout entier.

IX. Les *sociétés de médecins*, qui tendent à se multiplier considérablement en France, semblent indiquer la facilité d'exécution de ce projet, qui ne demanderait plus pour exister que la création du *comité central*, destiné à donner le mouvement à toute cette organisation, et à servir de moyen d'union entre toutes les sociétés isolées.

Espérons que la réalisation de ce projet établirait enfin entre nous cet *esprit de corps* dont nous avons si grand besoin !

HOPITAL COCHIN. — M. GOSSELIN.

Hydrocèle avec épaississement pseudo-membraneux, traitée sans succès par l'injection iodée, et guérie par la décortication de la fausse membrane.

On se rappelle que M. Gosselin a, depuis quelques années, expliqué les épaississements de la tunique vaginale qui accompagnent l'hydrocèle et l'hématocèle par la présence d'une fausse membrane qui se forme à la suite d'une vaginalite lente, et qui double le feuillet pariétal de la séreuse, sans lui adhérer très-intimement. Il a de plus démontré, par plusieurs observations concluantes, que le mode de traitement le plus efficace dans ces cas était une opération consistant dans l'ablation de la fausse membrane. Le fait suivant, qui est un exemple non pas d'hématocèle, mais d'hydrocèle avec fausse membrane, est une nouvelle preuve des avantages de ce mode opératoire; il prouve en outre une fois de plus que la simple ponction et l'injection peuvent, en pareil cas, provoquer une inflammation suppurative inquiétante.

Florentin C..., journalier, âgé de soixante-douze ans, entré le 28 septembre 1856, porte au côté gauche du scrotum, depuis un grand nombre d'années, une hydrocèle qui a été ponctionnée au moins quinze fois, sans que le malade ait jamais consenti à l'emploi du traitement curatif. Il ajoute que trois ou quatre fois, à la suite d'un effort ou d'une chute, la tumeur s'est déchirée sous la peau, et a donné lieu à un œdème bientôt résorbé et suivi d'une guérison momentanée.

Aujourd'hui la tumeur est plus grosse que les deux poings, assez résistante en quelques endroits et à une petite distance de la peau pour nous faire croire à un épaississement notable. Elle offre d'ailleurs une transparence difficile à constater, et qu'on ne trouve bien qu'en plaçant le malade dans un endroit obscur et en se servant du stéthoscope.

Le 2 octobre, M. Gosselin fait la ponction. Après l'évacuation de la sérosité, il constate que les parois sont épaisses; mais comme elles

sont encore assez flexibles pour revenir sur elles-mêmes, il pense que la fausse membrane doit être mince et ne s'opposera pas nécessairement à la guérison par inflammation adhésive. En conséquence, il pousse une injection iodée, à parties égales d'eau et de teinture d'iode.

Les jours suivants, le scrotum gonfle sans devenir douloureux, mais présente une sonorité et un gargouillement qui indiquent la présence de gaz.

Le 12, la tumeur liquide et gazeuse augmentant toujours, M. Gosselin fait une nouvelle ponction, qui donne issue à beaucoup de gaz et à de la sérosité citrine fétide.

Le 13 et le 14, le malade n'éprouve pas de douleur, mais il y a une rougeur inflammatoire avec de nouveaux gaz et un mouvement fébrile qui n'avait pas existé jusque-là.

Le 17, la persistance de la fièvre, l'augmentation de volume, la rougeur et la fluctuation avec clapotement gazeux ne laissent aucun doute sur l'existence d'un foyer purulent dans la cavité vaginale. M. Gosselin fait à la partie antérieure de la tumeur une longue incision qui donne issue à une grande quantité de pus et de gaz. Examinant ensuite la surface interne de la poche, il la trouve formée par un feuillet d'aspect réticulé, peu épais, mais d'une consistance assez graudo, qui présente tout à fait l'aspect des fausses membranes. Il saisit alors ce feuillet avec une pince à disséquer, écarte avec une seconde pince les autres enveloppes, et détache ainsi très-facilement, d'abord un premier, puis un second, et ensuite plusieurs autres lambeaux de cette fausse membrane. Il arrive jusqu'au niveau du testicule, sur lequel la présence de la fausse membrane est indiquée par un aspect réticulé et une consistance analogues. Mais la décortication ne peut être faite de ce côté, sans doute à cause de l'adhérence trop grande de la couche pseudo-membraneuse, comme dans les autres faits observés par M. Gosselin. — Pansement avec de la charpie et un cataplasme.

Le 20, la fièvre traumatique est très-modérée. Le malade, quoique affaibli et amaigri par les accidents qui ont précédé l'opération, se sent cependant mieux; la plaie commence à se déterger.

Le 22, la surface de la plaie devient granuleuse, excepté au niveau du testicule, dont la couleur grisâtre et le gonflement font craindre la gangrène de cet organe.

Le 24, on reconnaît que la croûte jaunâtre qui ressemble à une eschare n'est autre chose que la fausse membrane testiculaire qui tend à s'éliminer.

Le 27, cette eschare se détache, et laisse à nu une surface rosée qui est évidemment formée par la tunique albuginée, et nullement par les vaisseaux séminifères.

Les jours suivants, on remarque que le scrotum se retire en arrière en se recroquevillant, et laisse à nu le testicule, qui fait de plus en plus hernie. Pour remédier à cet inconvénient, M. Gosselin fait faire un pansement avec des bandelettes de diachylon, qui maintiennent relevés et au-devant du testicule, les bords de la plaie scrotale.

Le 15 novembre, la plaie, partout granuleuse, suppure convenablement et se resserre.

Le 25, la tendance à la hernie n'existant plus, on cesse le pansement avec des bandelettes, et on conduit au fond de la plaie des bourdonnets de charpie imbibés de vin aromatique.

La plaie diminue de jour en jour. Le fond se rapproche de la surface; les granulations réunissent évidemment la tunique albuginée et la tunique vaginale. Les forces augmentent chaque jour, et enfin le malade sort guéri le 15 décembre.

HOTEL-DIEU DE TOULOUSE. — M. Ripoll.

Polype volumineux intra-utérin ; issue spontanée dans le vagin; ligature partielle; chute totale.

Les polypes de l'utérus sont assez fréquemment observés, et, d'une manière générale, ne constituent pas une maladie grave, surtout lorsqu'ils sont reconnus de bonne heure. Le chirurgien en vient presque toujours à bout assez facilement soit par l'excision, soit par la ligature; cependant d'assez nombreuses exceptions ont malheureusement été observées, dans lesquelles les femmes atteintes de cette affection ont succombé, lorsque le polype était volumineux, soit aux hémorrhagies dont il était le siége, soit aux désordres fonctionnels que sa présence déterminait, soit à l'opération elle-même tentée pour le guérir.

Sous ce dernier point de vue, tous les auteurs sont assez généralement d'accord que l'excision, lorsqu'elle peut être faite, est de beaucoup préférable à la ligature, d'abord parce qu'elle est bien moins douloureuse, en second lieu parce qu'elle est suivie de moins d'accidents. Elle n'expose guère qu'à un seul, l'hémorrhagie; mais on ne l'observe que rarement, et, quand elle se produit, on la réprime assez facilement par un tamponnement bien fait.

Pour ma part, dans le courant de l'année dernière, j'ai excisé deux polypes insérés dans le col de l'utérus; M. Dieulafoy en a excisé un troisième. Dans les trois cas, l'opération a été facile : il n'y a pas eu d'hémorrhagie, et les malades n'ont éprouvé aucun accident. La malade de M. Dieulafoy, opérée à l'Hôtel-Dieu, est sortie à pied le lendemain sur sa demande, et des deux miennes, opérées en ville, l'une d'elles ne s'est pas même alitée. M'en rapportant à l'opinion générale et à ma propre observation, je suis donc d'avis que l'excision doit être préférée le plus souvent. Mais je pense aussi qu'on ne saurait trop se garantir des tendances à l'exclusivisme; il y a évidemment des cas dans lesquels la ligature doit être préférée, soit parce qu'elle peut être plus facilement exécutée, soit parce que l'excision est elle-même, en définitive, impossible. C'est surtout lorsque les polypes sont volumineux, lorsque leur pédicule est large, leur insertion trop élevée, que la ligature présente des avantages comparatifs. Elle est ellemême dans ces cas d'une exécution difficile, mais les résultats en sont [illegible]llibles. Si aucun accident ne vient contrarier l'application de la ligature, toute la partie située au-dessous du fil meurt et tombe; il ne s'agit plus dans une opération secondaire que de détruire ce qui reste par le fer rouge.

Dans quelques cas même, on observe un phénomène extrêmement remarquable et non moins heureux, c'est que la constriction exercée par la ligature ne borne pas son action à faire périr la partie de la tumeur située au-dessous d'elle, mais l'étend aussi à sa partie supérieure, de telle sorte que le polype tout entier est étouffé et se détache en masse au point même de l'utérus où il était implanté.

Ce fait, déjà signalé par quelques chirurgiens, est cependant assez rare pour que j'aie pu penser qu'on trouverait de l'intérêt dans l'observation suivante :

Au n° 25 de la salle Saint-Martin est couchée la nommée Breil (Françoise), brassière, atteinte d'un polype de l'utérus. Cette femme, âgée de quarante-cinq ans, d'une constitution robuste, a toujours joui d'une bonne santé avant l'invasion de la maladie qui l'a fait entrer à l'hôpital. Les menstrues ont toujours été abondantes et régulières. Elle a eu il y a vingt ans, et à cinq ans d'intervalle, deux enfants du sexe féminin; ses grossesses ont été heureuses, et ses couches, naturelles, ne furent suivies d'aucun accident. C'est donc au milieu de la santé la plus parfaite en apparence que cette femme fut prise, il y a six ans, de pertes blanches abondantes, que l'emploi d'injections astringentes ne put faire disparaître.

Au bout de deux ans, des pertes blanches accompagnées de douleurs lombaires violentes se déclarèrent, et leur abondance effraya tellement la malade qu'elle se soumit dès lors à un examen qu'elle avait repoussé jusque-là.

A la suite de cette visite, divers traitements furent mis en usage; elle eut à subir tour à tour des émissions sanguines générales et locales fréquentes, des cautérisations avec les acides et le cautère actuel, des douches, des injections plus ou moins astringentes, etc.: le tout sans résultat heureux. Elle se décida alors à demander un lit à l'Hôtel-Dieu, où elle entra le 16 novembre 1855.

A son entrée, la malade se plaint de vives douleurs dans les reins et le bas-ventre, de pertes rouges et blanches abondantes, de constipation, d'une sensation de poids insupportable vers l'anus. Sa constitution est fortement ébranlée par la médication précédemment mise en usage et par les pertes sanguines qui, de plus en plus abondantes, se répètent à de plus courts intervalles.

La palpation abdominale et le toucher vaginal et rectal font reconnaître une tumeur utérine du volume de la tête d'un fœtus à terme. En outre, le doigt introduit dans le vagin trouve le col dilaté comme dans une grossesse à terme, et la cavité utérine remplie par une tumeur élastique, indolente; le doigt contourne une portion de la tumeur, et annonce ainsi que la moitié antérieure au moins est libre dans l'utérus. Ces diverses manœuvres d'exploration donnent lieu à un écoulement sanguin assez considérable.

Le spéculum introduit confirme entièrement les prévisions fournies par le toucher : c'est d'un polype intra-utérin qu'il s'agit.

Quelques tentatives sont faites pour amener la tumeur au dehors, mais sans aucun résultat. Une hémorrhagie considérable en est la conséquence, et nécessite le tamponnement.

Vu l'impossibilité de l'excision et la difficulté que présenterait la ligature dans l'utérus d'une tumeur aussi volumineuse, dont on ne sent pas d'ailleurs le pédicule, on se résout à l'attaquer par le cautère, qui dans des cas analogues a donné dans les mains de M. Dieulafoy des résultats étonnants. Des cautérisations énergiques au fer rougi à blanc sont pratiquées tous les cinq ou six jours, mais ne produisent d'autres effets que de creuser un sillon au centre du polype et d'arrêter les hémorrhagies, qui ne se sont plus produites spontanément pendant toute la durée du séjour de la malade à l'hôpital.

Vers le mois de janvier, une indisposition passagère força à suspendre les cautérisations pendant quelques jours, et je fus bien étonné, au nouvel examen auquel je procédai, de trouver la tumeur remplissant le vagin. La malade avait accouché de son polype.

Une exploration attentive donna les résultats suivants : l'excavation du petit bassin est complétement remplie par la tumeur; l'introduction du spéculum n'est plus possible. Le doigt fait le tour de la tumeur, mais n'est pas assez long pour arriver jusqu'à l'utérus. La sonde utérine pénètre dans le vagin jusqu'au manche, et son extrémité, promenée autour du polype, ne donne nullement la sensation d'un bourrelet circonscrivant le pédicule de la tumeur, bourrelet qui constitue dans les cas ordinaires le signe différentiel des polypes et du renversement de l'utérus. Mais il y a d'autres faits qui éloignent cette dernière idée; ainsi, le souvenir des cautérisations antérieures faites sans accidents et ayant même déterminé une perte de substance centrale. En outre, le doigt introduit dans le rectum perçoit une tumeur solide. Enfin, une sonde introduite dans la vessie pénètre difficilement, et se dirige du côté de l'ombilic. Il n'y a pas de doute possible : la tumeur est constituée par un polype, et un polype très-gênant, car il porte obstacle à la défécation et à l'excrétion de l'urine; il provoque de la douleur et de la faiblesse dans les jambes par suite de son volume considérable. Quelques tentatives sont faites pour amener le polype hors du vagin. On le déchire, mais il ne bouge pas. Une hémorrhagie foudroyante se déclare, et la malade, tamponnée, est rapportée exsangue dans son lit.

Elle fut longtemps à reprendre ses forces, et ce ne fut que vers le milieu du mois de février que l'on songea à débarrasser la malade. La ligature sur place, malgré les difficultés qu'elle présentait, fut résolue et fixée au 26 février 1856.

Cependant, au moment d'opérer, je me laissai encore séduire par l'espoir d'en venir plus facilement à bout, en attirant la tumeur au dehors. J'essayai donc de l'amener, après l'avoir saisie dans les cuillers d'un petit forceps, dont la concavité était hérissée de petites dents. Le forceps déchira la surface du polype, provoqua une hémorrhagie abondante, et le polype ne bougea pas. Des érignes, des pinces de Museux, etc., successivement appliqués, ne firent qu'augmenter l'hémorrhagie. La malade pâlissait à vue d'œil, et se plaignait de souffrir horriblement, il y avait plus d'une demi-heure que les manœuvres duraient, je me hâtai de pratiquer la ligature sur place.

Les porte-nœuds, l'un droit, l'autre courbe, armés d'un cordonnet de soie de deux tiers de millimètre de diamètre, sont introduits à 15 centimètres de profondeur, mais le volume excessif du polype gêne singulièrement la manœuvre, et cette première tentative échoue complétement. Je remplace alors le porte-nœud courbe par un second droit; tous les deux, introduits au niveau de la commissure supérieure de la vulve, pénètrent à la même profondeur que tout à l'heure; enfin, après des efforts considérables, faisant exécuter à chacun d'eux un demi-tour à droite et à gauche, je les ramène à la commissure postérieure. Cette fois, le polype est saisi; un serre-nœuds de Græfe, de 22 centimètres de longueur, est mis en place et pénètre aux trois quarts; une constriction modérée est opérée à l'aide de la vis de rappel : un tampon est placé à l'orifice du vagin, et la malade est rapportée dans son lit.

Prescription. — Diète, eau sucrée, extrait thébaïque, 10 centigrammes en dix pilules.

Le 27 février, quelques douleurs légères dans le vagin, mais paraissant résulter surtout de la malaxation que les parties ont subie la veille pendant l'opération; pouls petit, filiforme; décoloration complète de la malade; face grippée, affaiblissement extrême des forces.

Prescription. — Bouillon, eau sucrée, 10 centigrammes extrait thébaïque, le tampon est enlevé, le fil serré de nouveau, injection émolliente.

Le 28 février, état général inquiétant, état anémique complet; pouls misérable, douleurs vives dans les fosses iliaques, écoulement de sanie fétide par le vagin.

Prescription. — Onctions sur l'abdomen avec l'onguent napolitain belladoné, cataplasme, lavement émollient, bouillon, une cuillerée de vin sucré; un verre infusion de quinquina à froid, potion tonique par cuillerées. Le fil est un peu lâché, injection émolliente légèrement chlorurée.

Le 20 février. A partir de cette époque, les menaces d'inflammation du ventre se dissipent, les douleurs disparaissent, les forces reviennent, les aliments sont de mieux en mieux supportés; après l'administration d'un léger purgatif, qui débarrasse le tube intestinal, l'appétit s'éveille; la ligature est serrée tous les jours, des injections émollientes et légèrement détersives, sont faites matin et soir.

Enfin, le 4 mars, l'état général est des plus satisfaisants; mais, en opérant une nouvelle constriction, la ligature se rompt au niveau de son entrée dans le serre-nœuds. Celui-ci est extrait, et je constate que l'anse qui embrassait le polype n'a plus que 2 centimètres à peine de diamètre.

Le 5 mars, la malade se sentant assez forte, demande à se lever pour prendre un bain.

Le 6, le mieux continue. La malade se lève, et, en se promenant dans la salle, sent tomber quelque chose; c'est le polype, dont la chute a eu ainsi lieu, le neuvième jour après l'opération.

Le 7, je procède à une exploration de l'utérus. Il est à peu près revenu sur lui-même; le col, légèrement entr'ouvert, permet un examen facile et complet de la cavité utérine : elle est parfaitement libre. Ces recherches ne provoquent qu'un peu de fatigue.

Le 9, nouvelle exploration. L'utérus est à peu près à l'état normal. Le col est presque fermé. L'état général est aussi bon que possible. La malade demande sa sortie, qui lui est accordée.

Quant au polype, l'examen qui en est fait démontre les faits suivants : Il est de texture fibro-vasculaire.

Tout flétri qu'il est, il a encore le volume et la forme d'une grosse poire de 8 centimètres de diamètre à sa base.

La ligature a été placée juste sur le pédicule, d'apparence beaucoup plus fibreuse que la partie renflée. Un commencement de section existe au point où la ligature a été appliquée.

Le pédicule est réduit au volume du pouce; il a une longueur de 2 centimètres environ au delà du point où la ligature a été placée. Il se termine en forme de cône.

La base de la tumeur est percée à son centre, par suite des cautérisations qui avaient été pratiquées.

Quoique flétrie, sa décomposition est peu avancée.

(*Journal de médecine de Toulouse.*)

OBSERVATION D'UN CAS DE GAMÉNOMANIE

ou monomanie du mariage,

Par M. le Dr Legrand du Saulle.

Monomanie du mariage; amélioration; récidive; hypertrophie du cœur; mort; autopsie; réflexions.

En employant ce mot *gaménomanie*, nous ne prétendons pas nous donner le mince plaisir de créer un néologisme, et nous ne voulons pas plus essayer de le faire accepter dans la science, déjà trop surchargée de son volumineux bagage d'appellations diverses empruntées aux langues mortes ou vivantes; mais nous hasardons cette expression parce qu'elle nous paraît indispensable pour bien caractériser le genre de délire de cet aliéné curieux, qui était atteint de la monomanie de l'hymen, qui demandait en mariage la première femme venue, sans distinction d'âge, d'avantages physiques et de qualités morales.

Denis G..., issu de parents pauvres, a reçu, dans le village de Véronne-les-Grandes (Côte-d'Or), où il est né, un peu d'éducation; il lit, compte et écrit bien. Mis en apprentissage chez un menuisier ébéniste, il apprit rapidement son état, fit preuve d'une certaine intelligence, et montra beaucoup de goût dans la confection de plusieurs objets de son art. Il commença son tour de France à l'âge de vingt ans, et s'acquit partout une réputation de rare probité.

Denis travaillait à Paris, et avait alors vingt-trois ans, quand il donna le premier signe de folie. Tourmenté par une irrésistible envie de se marier, et ayant de lui-même et de ses propres talents l'opinion la plus ridiculement exagérée, il résolut de n'épouser qu'une femme jeune, riche et belle.

Après avoir vainement cherché dans la capitale, et s'être fait plu-

sieurs fois rudoyer, Denis écrivit à l'impératrice Marie-Louise, en 1826, une lettre curieuse dans laquelle il s'évertuait à donner de ses avantages physiques la plus flatteuse opinion, énumérait avec emphase tous ses talents, et terminait en ces termes : « Oui, madame, si vous avez » régné sur la France, si vous avez possédé pour mari le plus grand » capitaine de tous les siècles, réfléchissez bien qu'il manque encore un » fleuron à votre couronne, une gloire à votre gloire, et que Dieu veut » que vous épousiez Denis G... (de Véronne-les-Grandes), afin que par » ses talents et la réussite du petit commerce qu'il a le dessein d'en- » treprendre, il vous assure une position stable, et vous fasse devenir » l'arbitre des destinées du monde. »

Pendant plusieurs mois, il attendit la réponse à cette lettre, et comme il n'avait pas un seul instant douté du succès de sa démarche, il avait épuisé toutes ses économies à se faire élégamment habiller pour le jour de son mariage. Las d'attendre, manquant d'argent, et ne voulant plus rentrer dans son ancien atelier, il prit le parti d'écrire, de faire imprimer et de vendre sur la voie publique ce qu'il appelait pompeusement *ses Mémoires philosophiques.*

Arrêté et jugé en police correctionnelle pour avoir signé de folles élucubrations hostiles au gouvernement de la Restauration, *qui n'appréciait point ses talents*, Denis fut condamné à la prison. La révolution de 1830 l'en fit sortir. Devenu libre à ce moment d'effervescence populaire, Denis, dont le caractère était doux et très-pusillanime, eut peur ; il quitta Paris et se fit colporteur.

Pendant treize ans, il voyagea, faisant partout les plus singulières demandes en mariage, et finissant toujours par avoir maille à partir avec la police et les gendarmes.

En traversant le département qui l'avait vu naître, il fut conduit par hasard dans une maison de prostitution, et y demanda la main de la première fille qui vint à sa rencontre. Croyant à une plaisanterie, cette femme accepta d'un air fort sérieux, et poussa la comédie jusqu'à donner ses noms et prénoms, et à promettre pour le soir même les papiers indispensables à la célébration de son mariage.

Heureux d'avoir enfin trouvé une femme, Denis se rendit à l'hôtel de ville pour la publication de ses bans. Son langage bizarre excita d'abord la curiosité; mais l'immoralité de sa démarche mit bientôt sur la trace de son état mental, et séance tenante il fut arrêté et dirigé sur l'asile public d'aliénés de Dijon, où il arriva le 29 mars 1843.

Denis a maintenant quarante ans, il est d'une taille moyenne, d'une assez faible constitution, d'un tempérament lymphatico-nerveux. Ses cheveux sont châtains et épais, ses yeux sont bruns : sa peau est très-blanche.

A son entrée dans l'asile, il entretient qui veut l'entendre de ses projets de mariage, de ses voyages, de ses procès, de sa captivité, de ses écritures en prose et en vers, mais ne présente pas la plus petite trace d'excitation ou de dépressinn.

Soumis pendant un certain temps à la minutieuse et habile observation du médecin distingué de l'établissement, M. le professeur Dugast, Denis a présenté les particularités suivantes : il est propre, soigneux, et s'occupe un peu aux travaux de la menuiserie, qu'il a une grande tendance à délaisser pour se livrer à ses écritures, auxquelles il attache une grande importance, et qu'il distribue sans cesse à toutes les personnes qui viennent visiter l'asile ; il n'abandonne point ses projets de mariage, et toujours il s'adresse ou veut s'adresser aux plus riches héritières. Ce malade s'énonce avec beaucoup de facilité et conserve des sentiments affectueux pour les membres de sa famille ; il a une grande vénération pour le soleil, qu'il ne manque jamais de saluer plusieurs fois par jour, et devant lequel il se prosterne souvent.

On le voit de temps à autre quitter sans cause connue l'atelier où il travaille, se diriger sur un point où il puisse apercevoir le soleil, le saluer, faire une génuflexion, revenir, et se livrer de nouveau à ses travaux, comme s'il avait accompli un acte important, ce qui ne l'empêche pas de croire en Dieu ou les *dieux*, qu'il invoque toujours dans tous ses écrits. Il est nourri d'un grand désir de reconquérir sa liberté : aussi ses paroles et ses écrits ont-ils toujours pour objet sa mise en liberté et son mariage.

Les antispasmodiques, les moyens fournis par l'hygiène, le traitement moral furent très-utilement employés, et, bien que l'amélioration obtenue ne fût pas de nature à faire croire à une guérison, Denis, sur la demande de sa famille, quitta l'asile le 28 octobre 1845.

Surveillé et même gardé à vue dans un atelier d'ébénisterie où il fut placé, Denis ne commit aucun acte déraisonnable pendant un certain temps ; mais de nouveau poursuivi par ses projets matrimoniaux, auxquels il lui était *par trop difficile* de renoncer, il alla demander en mariage Mlle de C..., puis très-peu de temps après Mlle de L..., fille d'un riche magistrat. Dans ces deux maisons, il se présenta en sabots et couvert de haillons. Les coups de canne, les coups de cravache, les coups de fouet qu'il reçut dans maintes circonstances analogues, ainsi que les avertissements de la police et du procureur du roi restant sans effet, Denis fut réintégré à l'asile de Dijon le 11 août 1846.

Dans l'état actuel de sa monomanie, ce malade n'offre aucune lésion générale des facultés. Il raisonne très-sainement sur toutes les choses étrangères à son délire, soutient une conversation avec beaucoup de facilité, emploie des expressions choisies, recherchées; nous pouvons presque ajouter qu'il a une certaine élévation dans l'esprit. Si la corde sensible est agitée, il divague de suite. L'idée première qu'il émet est erronée, illogique, il part d'un principe faux ; mais il discute très-sainement à son point de vue, et arrive toujours à prendre une conclusion irrationnelle. De même qu'à sa première entrée, Denis n'a jamais présenté d'excitation ni de dépression, et ce fait est caractéristique.

L'état physique est cette fois beaucoup moins bon qu'auparavant, et bien que le malade ait les voies digestives en bon état, qu'il mange avec beaucoup d'appétit, il est atteint d'une affection de cœur très-grave. Pendant les neuf ou dix mois qu'il a été hors de l'asile, il a cruellement souffert, nous dit-il, mais il n'a tenté aucun moyen pour se soulager.

Voici les symptômes généraux que nous remarquons tout d'abord : le malade est promptement essoufflé; il éprouve de la dyspnée et parfois un peu de toux; le pouls, rarement irrégulier, est fort, plein, tendu; il se renfle et s'étend largement sous la pression du doigt; point d'infiltration séreuse.

L'examen des symptômes locaux nous ayant fait reconnaître un épaississement des parois avec ampliation simultanée des cavités, nous diagnostiquâmes une hypertrophie excentrique. En effet, chez notre malade l'*impulsion* se compose de chocs brusques et violents; elle se perçoit dans toute l'étendue de la main, et à chaque contraction du cœur toute la poitrine en est comme ébranlée.

Les battements sont visibles au loin; ils retentissent jusqu'à l'épigastre.

A la percussion, nous remarquons de la matité sur une surface de 10 centimètres carrés; elle s'étend transversalement et en bas, et le doigt qui percute éprouve une certaine sensation de résistance.

Les bruits du cœur sont éclatants, sonores, et l'oreille appliquée jusque sous la clavicule droite les distingue encore clairement.

Denis vécut dans cet état pendant plusieurs années; mais sa fragile existence ne se prolongea qu'à force de précautions, de soins, d'artifices. Nous éloignâmes de lui le plus possible toutes les causes d'excitation, le travail manuel, les longues promenades, la vue des femmes, et nous lui prescrivîmes un régime alimentaire exceptionnel, duquel furent bannis tous les stimulants.

Assez souvent nous pratiquions à Denis une petite saignée du pied, et de temps à autre nous lui faisions prendre des préparations de digitale.

Au printemps de l'année 1852, la position du malade s'aggrave, les extrémités inférieures s'œdématient, le ventre se météorise.

Denis G... meurt le 19 juin.

Autopsie trente-deux heures après la mort.

Infiltration générale du cadavre.

Tête. — Les os du crâne sont minces. Le cerveau s'affaisse sur lui-même s'il est placé sur une surface plane.

La dure-mère est violacée, son épaisseur est peu commune.

La pie-mère est injectée, rouge; elle s'enlève facilement.

Les circonvolutions du cerveau sont très nombreuses, et elles présentent à leur surface quelques gouttelettes de sang.

La substance grise n'est point sensiblement colorée, peut-être est-elle en plusieurs endroits d'une légère teinte jaunâtre.

La substance blanche est injectée.

Cervelet. — Un peu de ramollissement.

Thorax. — Les poumons sont adhérents à la plèvre, ils contiennent de la matière tuberculeuse en petite quantité; une ou deux cicatrices de cavernes s'aperçoivent facilement. Du reste, les poumons sont tellement ratatinés, qu'ils n'ont guère que la moitié de leur volume normal.

Le péricarde est fortement dilaté, il contient au moins 1,500 grammes d'une sérosité citrine.

Le cœur offre les dimensions de celui du bœuf; son poids est de 600 grammes. Il est arrondi, placé transversalement dans la poitrine, et refoule les poumons à droite et à gauche. — La substance musculaire est plus ferme et plus rouge. — L'épaisseur des parois est considérable, car elle peut être évaluée à 4 centimètres au moins, et les cavités sont distendues par des caillots volumineux et fibrineux. — Le ventricule gauche a acquis une telle ampleur que l'on pourrait presque y renfermer le poing du sujet.

Abdomen. — Le foie est d'une belle couleur; il est considérablement hypertrophié.

Nous bornons là cette énumération anatomo-pathologique, car la minutieuse inspection des autres organes ne nous a rien fait découvrir d'extraordinaire.

RÉFLEXIONS. — Si l'on se met à parcourir les œuvres des plus éminents aliénistes, on ne trouve point d'observations qui aient une complète analogie avec celle que nous venons de rapporter. C'est presque un cas à part que cette monomanie de demander toutes les femmes en mariage, et si nous ne nous étions pas permis d'employer l'expression de *gaménomanie* pour définir cette variété de délire, nous ne voyons pas à quel genre particulier de monomanie nous aurions rattaché l'affection mentale de Denis.

L'aurions-nous présenté comme un érotomaniaque ? Non, l'érotomanie, d'après Esquirol, consiste dans un amour excessif, tantôt pour un objet connu, tantôt pour un objet imaginaire. Notre malade de l'asile de Dijon n'était jamais plongé dans ces douces rêveries si pleines de charme pour l'adolescent au cœur épris: ce n'était pas un Antiochus Soter se mourant d'amour pour une Stratonice. Denis n'était pas non plus atteint de délire érotique pour un objet inanimé, comme Alkidias, de Rhodes, pour la statue de Cupidon, de Praxitèles; il n'avait point au fond du cœur une de ces violentes passions qui ne se tempèrent que par la possession de l'objet adoré, il était seulement poursuivi par l'irrésistible désir de s'attacher une compagne.

C'est un cas de satyriasis, dira-t-on alors ? Erreur encore. Denis ne recherchait nullement les rapprochements sexuels, et en convoitant une épouse, il songeait bien peu aux voluptueux plaisirs qu'il eût pu légitimement s'accorder.

Le satyriasiaque se livre à un libertinage effréné; il tient des propos grossiers, obscènes, commet les actes les plus avilissants; notre malade, au contraire, est chaste, décent, très-réservé en paroles sur tout ce qui touche à l'amour physique, et malgré la surveillance la plus active prescrite à ce sujet, il ne se laisse jamais surprendre en flagrant délit d'onanisme, habitude si fréquente, si invétérée chez les aliénés.

Le satyriasiaque a souvent un développement anormal des organes génitaux; chez notre *gaménomaniaque* l'appareil sexuel est peut-être légèrement atrophié, et si nous l'en croyons, il est depuis son enfance atteint d'anaphrodisie.

Que de fois Denis ne nous a-t-il pas entretenu de sa virginité ! Il en parlait avec un tel accent de vérité, de candeur, de conviction, qu'il parvenait presque à toucher le plus incrédule. Comme nous avions par devers nous la connaissance approfondie de son caractère respectueux, craintif et poltron, de ses allures pusillanimes, et que l'examen de ses parties génitales tendait à faire supposer l'absence de tout désir vénérien, nous n'hésitâmes pas beaucoup à croire que Denis pouvait prendre rang dans cette phalange clairsemée d'hommes vierges, à côté de Newton, de Fontenelle.

Si nous nous remémorons les circonstances principales de l'existence vagabonde de Denis, ce marchand cosmopolite; si nous tenons compte de toutes ses angoisses, ne nous sera-t-il pas permis de reconnaître que les émotions de sa vie ont déterminé l'affection grave du cœur qui l'a fait mourir jeune encore ? En effet, il a beaucoup souffert de voir repousser par toutes les femmes les sentiments tendres qu'il se plaisait à leur exprimer si souvent.

Ses demandes en mariage, il les prenait tellement au sérieux, qu'il lui en coûtait réellement bien des soupirs et bien des pleurs quand, en réponse à ses propositions, il ne recevait qu'injures et plaisanteries.

Plusieurs fois même il fut frappé à outrance; il n'en parlait qu'avec dépit et la rougeur au front.

Injustement soupçonné, tantôt il était arrêté et conduit en prison pour quelques heures, jusqu'à ce qu'un fonctionnaire de l'ordre administratif ou judiciaire l'eût fait élargir à la suite d'un interrogatoire; tantôt sa conduite bizarre, ses offres ridicules, son langage original, donnant lieu à des quiproquo, à des mésaventures, il se voyait tout à coup entouré d'agents de la force publique, réprimandé par eux, et le conflit se dénouait, après une foule de pourparlers, au milieu d'un *fou rire* général qui suivait le pauvre colporteur jusqu'à ce qu'il eût quitté la localité qui avait ri à ses dépens.

La vie de Denis n'a été, en un mot, qu'une longue souffrance morale, qu'un état permanent d'angoisses, de tortures, d'émotions diverses, qu'une catastrophe inattendue, que des péripéties toujours nouvelles ne faisaient chaque jour qu'accroître.

Nous nous expliquons dès lors la production de fréquentes palpitations du cœur, et consécutivement l'hypertrophie considérable de cet organe.

Denis G... avait trop aimé !...

CUIVRE. — MEILLEURS ANTIDOTES.

M. Schrader (de Gœttingue) a publié un travail dans lequel il fait une critique expérimentale des meilleurs antidotes du cuivre.

Ce travail, fondé sur seize expériences, se termine par le résumé suivant:

1° La magnésie hydratée est aussi peu un antidote contre les empoisonnements par le cuivre que les carbonates alcalins. L'oxyde de cuivre hydraté qui se produit est peu à peu dissous par les acides de l'estomac et de l'intestin. La magnésie peut retarder la marche aiguë de l'inflammation, mais elle ne peut pas l'arrêter entièrement;

2° Le sulfure de fer hydraté décompose aussitôt les sels de cuivre, et le sulfure de cuivre est à peu près insoluble. Cependant, il s'agit de rechercher par des expériences si le sulfure de fer peut devenir nuisible par le dégagement qui a lieu de gaz sulfhydrique;

3° L'action réductible du sucre marche trop lentement à la température de notre corps, pour qu'elle puisse entrer en ligne de compte dans les empoisonnements aigus par le cuivre;

4° Le meilleur agent pharmaceutique à employer dans ces cas aigus d'empoisonnement est le cyanure ferroso-potassique, qu'on peut donner à de très-fortes doses; il décompose instantanément les sels de cuivre, et le ferro-cyanure de cuivre qui se forme n'exerce aucune action nuisible, à cause de son peu de solubilité;

5° Le lait et le blanc d'œufs sont à recommander, parce qu'ils réussissent quelquefois à neutraliser le sel vénéneux; mais ils ne sont efficaces qu'autant qu'on a soin d'éliminer le plus promptement possible l'albuminate ou le caséate de cuivre qui s'est formé.

(*Deutsche Klinik. et Journ. de chim. méd.*)

NOUVEAU SERRE-NOEUD

destiné à pratiquer la ligature par écrasement.

Voici la description du nouveau serre-nœud destiné à pratiquer la ligature par écrasement, que M. Maisonneuve a présenté à l'Académie de médecine dans sa dernière séance. Cet instrument, sorti des ateliers de M. Charrière fils, est construit sur le principe du serre-nœud de Graefe, dont il ne diffère que par un volume plus considérable, et surtout une disposition particulière de l'anneau terminal.

Son mécanisme, aussi simple que puissant, permet d'opérer sans effort la constriction et l'écrasement des tissus les plus résistants avec les ligatures les plus usuelles.

Les cordons de soie ou de chanvre, les fils de fer, de laiton, d'argent ou de platine, les chaînes métalliques de différentes formes, s'y appliquent avec la même facilité, et peuvent presque indifféremment servir à exécuter toutes les opérations chirurgicales auxquelles s'applique la ligature par écrasement. C'est ainsi qu'à l'aide d'une simple ficelle M. Maisonneuve a pu couper en peu d'instants et sans hémorrhagie la lèvre inférieure affectée de cancroïde, des bourrelets hémorrhoïdaux volumineux, des lambeaux étendus de peau décollée, des tumeurs ganglionnaires cancéreuses ou autres, des lipomes, des polypes utérins, etc; que dans ses nombreuses expériences nécropsiques cet humble agent de constriction lui a suffi pour couper la langue, le cordon testiculaire, la peau des bourses, la verge même, et la plupart de nos tissus; qu'au moyen du fil métallique, qui, plus ferme, permet de former des anses permanentes, il a pu scier et couper avec la plus grande facilité le col utérin, les amygdales et toutes les parties molles, y compris la peau.

Description de l'instrument. — Le serre-nœud de M. Maisonneuve se compose:

1° D'un tube métallique fendu en gouttière dans toute sa longueur

et renforcé dans sa partie moyenne d'un manche fusiforme en bois ;

2° D'une tige pleine articulée en baïonnette à l'une des extrémités du tube, et terminée par un anneau aplati représentant une fente allongée et légèrement oblique ;

3° D'une longue tige cylindrique rodée en vis dans toute sa longueur, et qui porte à l'une de ses extrémités un crochet mousse disposé commodément pour recevoir toute espèce de ligatures ;

4° Enfin d'un volant libre qui roule sur la vis et la fait glisser dans le tube en prenant son point d'appui sur l'extrémité de ce dernier.

Mode d'action de l'instrument. — Quand on veut opérer la constriction d'une tumeur, on embrasse, suivant les règles de l'art, la base de cette tumeur dans une anse (ficelle, fil métallique ou chaîne) dont les deux bouts sont passés dans l'anneau terminal de l'instrument et viennent s'attacher solidement au crochet de la vis, puis on fait mouvoir le volant sous l'influence de ce mouvement ; l'autre, qui embrasse les tissus, les resserre peu à peu, les condense en les étreignant contre l'anneau, puis, quand la pression arrive au point de dépasser leur résistance, ces tissus se trouvent broyés par le lien ou par le pourtour de l'anneau métallique.

Pour donner à son instrument une puissance de trituration encore plus considérable, M. Maisonneuve a eu l'idée de disposer les bords de l'anneau écraseur de manière que l'un des bords fût aussi plus élevé et plus tranchant que l'autre. (Il faut avoir soin de tourner le bord mousse du côté des parties à conserver.) Alors, quand les tissus embrassés par la ligature sont attirés violemment contre l'anneau, leur section, au lieu de s'opérer des deux côtés à la fois, a lieu de préférence du côté tranchant, et toute la portion comprise entre le bord mousse et le bord tranchant se trouve soumise à une trituration beaucoup plus puissante, et par conséquent plus efficace contre l'hémorrhagie.

Description de la figure.

A Tube métallique fendu en gouttière.
B Tige cylindrique rodée en vis dans toute son étendue.
C Volant roulant sur la vis.
D Tige fenêtrée dans laquelle s'engage toute sorte de fil.
E Coulant unissant les pièces démontantes.
F Fil, ficelle ou corde.
G Autre tige démontée courbe.
J Chaîne articulée de Jeffrey mousse.
K Fil métallique de fer ou d'argent.
L Crochet où s'attachent toutes les pièces de constriction.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 janvier 1857. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Ligature par écrasement et instrument constricteur destiné à son exécution. — M. Maisonneuve présente sous ce titre un mémoire sur ce sujet, dont il a fait déjà l'objet d'une communication à l'Académie de médecine, qui est résumé plus haut. (Le mémoire de M. Maisonneuve est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Velpeau, Morin et Jobert.)

Action anesthésique du gaz oxyde de carbone. — M. G. Tourdes, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, soumet à l'Académie un mémoire dans lequel il a pour but d'établir la spontanéité de ses recherches en constatant par les bulletins autographiés de son cours à la Faculté de médecine, qu'à la date du 15 février 1853, il avait déjà classé l'oxyde de carbone parmi les gaz anesthésiques, avec l'hydrogène proto-carboné, l'acide carbonique et l'hydrogène bi-carboné. Le 18 décembre dernier, il a répété ses expériences en public ; le 31 décembre, une première application à la thérapeutique a été faite, comme conséquence de ses recherches, à une des cliniques de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Le point de départ de mes recherches, ajoute M. Tourdes, a été le fait suivant : essayant de déterminer l'action de différentes proportions d'oxyde de carbone, j'ai constaté qu'un certain nombre d'animaux, plongés dans un état de mort apparente, se remettaient facilement et pouvaient ainsi servir à de nouvelles expériences.

Les expériences sont faites soit dans une cloche sur la cuve pneumatique, soit au moyen d'un appareil en caoutchouc, qui permet de prolonger et de suspendre à volonté l'action du gaz. On a expérimenté sur des lapins et sur des pigeons.

Les deux faits fondamentaux sont l'innocuité du gaz et son action anesthésique, analogues à celles du chloroforme et de l'éther. Un animal peut être anesthésié plusieurs fois de suite, et il se remet, après chaque expérience, promptement et complétement. Cette épreuve peut être répétée pendant plusieurs jours sur le même animal, sans que sa vie soit compromise. Les animaux soumis à l'action de l'oxyde de carbone sont plongés dans une anesthésie complète qui peut aller jusqu'à la mort apparente : insensibilité, résolution des membres, ralentissement de la respiration, aucun trait ne manque au tableau ; on peut prolonger cet état en continuant l'action du gaz.

Quand on prolonge l'action du gaz, l'animal succombe. Il faut s'arrêter dès que l'anesthésie est complète. La mort peut être brusque, avec cris et convulsions ; le plus souvent elle est douce. La transition est insensible du sommeil à la mort ; la respiration s'arrête, l'oxyde de carbone paraît tuer en paralysant les muscles respirateurs.....

L'observation a déjà constaté que l'homme peut supporter sans périr l'action du gaz oxyde de carbone. Dans les hauts fourneaux où l'oxyde de carbone est employé pour certaines opérations métallurgiques, d'après le procédé d'Ebelmen, on a vu des ouvriers frappés d'asphyxie, c'est-à-dire d'anesthésie subite, revenir promptement à eux. Le 31 décembre 1856, comme application de mes recherches à une des cliniques de la Faculté, M. Léon Coze, agrégé, employa les douches utérines d'oxyde de carbone sur une femme atteinte de cancer ulcéré de la matrice et traitée inutilement par les injections d'acide carbonique. Sept douches d'oxyde de carbone ont été successivement appliquées. La malade a éprouvé quelques vertiges, les douleurs ont été calmées, l'injection n'a pas été suivie d'hémorrhagie, comme on l'avait observé par l'acide carbonique.

En constatant l'action anesthésique de l'oxyde de carbone, c'est un devoir de signaler en même temps les dangers qui résultent de la forme gazeuse et de la difficulté de l'application de cet agent, afin de ne point porter la responsabilité des accidents qui pourraient survenir un jour. (Commissaires : MM. Flourens, Cl. Bernard et J. Cloquet.)

Séton filiforme. — M. Bonnafont adresse une note en réponse à une réclamation de priorité soulevée par M. Alquié, relativement à l'emploi du séton filiforme dans le traitement des bubons.

M. Alquié, dit l'auteur de cette note, déclare n'avoir commencé qu'au mois de novembre 1852 à faire usage du séton filiforme, et je puis prouver que dès le mois de mars 1851, j'ai eu recours à cette méthode à l'hôpital du Gros-Caillou..... A cette époque, je me servais d'une aiguille à suture ordinaire armée d'un simple fil comme celle que recommande aujourd'hui M. Alquié..... Vers la fin de 1852, j'ai trouvé qu'il y avait avantage à employer une aiguille plus longue, qui permet de porter les deux piqûres au delà du décollement de la peau et de passer dans le trajet quatre petits fils au lieu de deux. (Commissaires précédemment nommés : MM. J. Cloquet, Jobert (de Lamballe.)

— M. Guillon adresse pour le prochain concours Montyon (médecine et chirurgie) une note sur la stricturotomie ou urétrotomie. (Réservé pour la future commission des prix de médecine et de chirurgie.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 décembre 1856. — Présidence de M. Bossu, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL annonce la mort de M. Moret, l'un des doyens de la Société, qui a succombé à la fin de novembre à l'âge de 76 ans.

MM. Caron et Terrier ont prononcé sur sa tombe, au nom de la Société, deux discours dont il est donné lecture.

Emploi du chlorate de potasse dans l'angine pseudo-membraneuse. — M. THORE, membre correspondant, adresse un travail sur ce sujet. (Voir le numéro du 15 janvier.)

Un dernier mot sur les érysipèles après les opérations par instrument tranchant. — M. GUERSANT, à l'occasion du dernier procès-verbal, dit un dernier mot sur la fréquence des érysipèles à la suite des plaies produites par l'instrument tranchant. Il persiste dans cette opinion, que les érysipèles, après les plaies de tête, reconnaissent le plus souvent pour cause des pansements vicieux, et surtout l'emploi du diachylum, que proscrivaient, dans ces circonstances, Dupuytren et Lisfranc, aussi bien que les aiguilles. Lisfranc, non-seulement ne cherchait pas à obtenir une réunion immédiate, mais, dans le pansement de ces sortes de plaies, évitait un rapprochement exact et laissait même un certain écartement entre les bords des plaies. Quant à lui, M. Guersant redoute moins les aiguilles que les bandelettes de diachylum.

M. CARON pense que les érysipèles sont plus fréquents à la suite de plaies de tête provenant d'opérations, que quand elles proviennent de causes accidentelles. Il cite le cas d'un homme auquel il a enlevé par l'instrument tranchant, et sans l'avoir prévenu de ce qu'il devait faire, une tumeur ayant son siége derrière une oreille ; l'opération a parfaitement réussi, et la cicatrisation de la plaie n'a été traversée par aucun accident. M. Caron croit qu'il y a peut-être quelque avantage de pratiquer ces sortes d'opérations, qui sont d'ailleurs peu longues et peu douloureuses, à l'improviste, et en quelque sorte par surprise, l'état d'appréhension et de crainte où se trouve pendant plusieurs jours un malade qui a été prévenu, pouvant avoir sur son état général une influence prédisposante aux accidents qui viennent entraver la guérison de la plaie.

M. GUERSANT, tout en reconnaissant la justesse des idées sur lesquelles se fonde M. Caron quant aux heureux résultats des opérations pratiquées immédiatement et sans que le malade soit prévenu, pense qu'il ne faut cependant pas donner trop d'extension à ce principe ; une foule de circonstances, soit actuelles, soit antérieures ou constitutionnelles, pouvant guider le chirurgien sur l'opportunité de l'opération ou sur les inconvénients qu'il y aurait à la pratiquer.

Déchirures du périnée et moyens de les prévenir. — M. MATTEI lit sur ce sujet le travail suivant. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 24 janvier.)

M. DUHAMEL a remarqué que la rupture du périnée est rare dans les accouchements naturels. Cet accident ne s'observe guère que chez les primipares, et principalement chez celles qui sont d'un âge un peu avancé. L'application du forceps peut amener cette rupture. Sans doute il faut temporiser autant que possible dans l'emploi de ce moyen ; cependant on est bien forcé d'y recourir quand la tête séjournant trop longtemps dans l'excavation du bassin, on a lieu de craindre des accidents consécutifs, tels que fistules vésico-vaginales, gangrènes, etc. Du reste, dans les cas de rupture du périnée qui se sont présentés à lui dans sa pratique, M. Duhamel a toujours vu la guérison survenir par une position convenable et sans le secours d'aucune opération. Une fois seulement, par le fait d'indocilité de la malade, il est survenu un chevauchement des lèvres de la plaie.

M. MASSON rapporte le fait d'une jeune personne qui, ayant dissimulé sa grossesse à ses parents et à lui-même, accoucha seule et sans secours ; bien que l'accouchement eût été prompt et naturel, il y eut cependant une rupture du périnée que la position seule suffit pour guérir.

Ophthalmoscopie. — M. COURSSERANT fait passer sous les yeux de la Société deux dessins représentant deux lésions organiques rendues visibles sur le vivant à l'aide de l'ophthalmoscope.

Voici les observations de ces deux malades :

1er FAIT. — *Déchatonnement traumatique du cristallin dans la demi circonférence inférieure.* — Une femme de Montrouge, âgée de cinquante ans environ, reçut, il y a plusieurs mois, un violent coup de poing sur la région temporale du côté gauche. La perte de la vision fut complète vers le huitième jour qui suivit l'accident. En ce moment, le seul symptôme anatomique appréciable à l'œil nu consiste en un effacement complet de l'iris dans sa moitié supérieure ; en bas, la présence de ce voile se traduit par la persistance d'un liséré demi-circulaire d'une largeur d'un millimètre environ, et qui tend à s'effacer insensiblement à mesure qu'il se rapproche de la demi circonférence supérieure. L'examen ophthalmoscopique permet de reconnaître les particularités suivantes :

En arrière du liséré iridien se voit une ligne courbe noire, parallèle pour ainsi dire au bord de l'iris, et qui se perd en haut en même temps que ce dernier ne devient plus visible ; au-dessus et au-dessous de la ligne courbe, la lumière arrive au fond de l'œil et permet de reconnaître la teinte rosée de cet organe ; quelques vaisseaux sanguins rétiniens, dont le calibre est considérablement réduit ; et enfin la papille du nerf optique, décolorée et offrant tout au plus la dimension d'une tête d'épingle ordinaire. Comme le cristallin présente une légère suffusion, ce n'est qu'avec une attention et une persévérance extrêmes que l'œil de l'observateur découvre et la papille du nerf optique et les vaisseaux rétiniens très-grêles qui en émergent.

Si un mouvement est imprimé au globe oculaire, surtout en haut, des corpuscules d'une teinte noire assez prononcée s'agitent et dans le corps vitré et dans le système cristallinien. Ceux du corps vitré retombent au fond de l'œil, au-dessous de la ligne courbe rétro-iridienne ; ceux qui sont intra-capsulaires ne dépassent pas dans leur chute la limite tracée par la ligne courbe noire dont il a déjà été question. Cette dernière circonstance met hors de tout doute l'existence du déchatonnement en bas et du retrait en haut subis par la capsule et le cristallin. L'exiguïté des vaisseaux rétiniens et de la papille du nerf optique, jointe à un manque de résistance du globe sous la pression du doigt est pour M. Courssserant un signe d'atrophie commençante de l'organe visuel.

2e FAIT. *Foyers apoplectiques rétiniens résorbés.* — M. X..., papetier, rue Saint-Jacques, pouvait à peine se conduire de l'œil gauche. Cet organe, soumis à l'examen ophthalmologique, présente les altérations suivantes :

La papille du nerf optique se trouve encadrée, du côté externe, dans un demi-cercle de même couleur que la papille ; en un mot, il y a là ce que l'école allemande appelle la scléro-choroïdite postérieure. En prenant les vaisseaux rétiniens à leur émergence papillaire, et en les suivant vers l'ora-serrata, on en voit plusieurs arriver à des cercles opaques d'un contour assez régulier, tangents entre eux, et d'un diamètre d'une ligne à une ligne et demie environ. Ces cercles offrent une hyperémie notable vers leur circonférence. Des corpuscules noirâtres de la dimension d'une fine tête d'épingle s'observent dans quelques-uns au centre, dans d'autres à la circonférence ; ils paraissent réfléchir la lumière avec une grande intensité, et expliquent pourquoi les malades chez lesquels on les observe sont éblouis au grand jour : circonstance utile à connaître dans le traitement de ces affections, pour ne pas attribuer à un éréthisme, soit nerveux, soit sanguin, la difficulté avec laquelle ces malades supportent l'impression du grand jour.

Pour M. Coursserant, les cercles désignés ci-dessus sont les traces de foyers apoplectiques rétiniens résorbés, et jouent au fond de l'œil l'office de véritables miroirs réflecteurs.

Le secrétaire annuel, Dr RAMON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les deux candidats de l'agrégation qui ont subi leur épreuve samedi dernier ont eu à traiter la question suivante : *De la colique hépatique.*

— Le concours ouvert à la Faculté de médecine de Strasbourg, pour deux places d'agrégés stagiaires, l'une dans la section de médecine, l'autre dans celle de chirurgie, est arrivé à sa dernière phase. Nous ne nous permettrons aucun jugement sur le mérite relatif des candidats. Mais nous ne pouvons nous empêcher de dire que les épreuves ont été brillamment soutenues.

Le jury est composé de MM. Coze, Forget, Sédillot, Rigaud, Schützenberger et Stœber, professeurs, et de M. Herrgott, agrégé.

Les concurrents sont au nombre de cinq : MM. Bamberger et Hecht, pour la médecine ; Aubenas, Bœckel et Lauth pour la chirurgie.

La première épreuve, commune à tous les candidats, était la question suivante : « Des ovaires, anatomie et physiologie. »

Pour la seconde, consistant en une leçon de trois quarts d'heures, les candidats en médecine ont eu pour sujet : « Le diabète. »

Les candidats en chirurgie ont eu à traiter, (MM. Bœckel et Lauth) : « De l'étranglement dans les hernies abdominales ; » (M. Aubenas) : « Des plaies du canal intestinal et des anus contre nature. »

La troisième épreuve se compose d'une leçon après vingt-quatre heures de préparation. Les candidats en médecine ont traité : « De l'inflammation. »

Les chirurgiens ont eu pour sujets (MM. Bœckel et Aubenas) : « Des hémorrhagies traumatiques ; » (M. Lauth) : « Des maladies des veines. »

Le règlement institue une épreuve pratique, mais en abandonne la nature au choix du jury, qui a fait faire une leçon clinique aux médecins et des opérations aux chirurgiens.

La dernière épreuve consiste dans la rédaction d'une dissertation sur un sujet tiré au sort, et dans l'argumentation de cette thèse pendant une heure, par deux candidats.

Les questions échues par le sort aux différents candidats sont : M. Hecht, « Des causes et des symptômes de la coagulation du sang dans les veines et dans les artères. »

M. Bamberger, « Des maladies dites spécifiques. »

M. Lauth, « De la suppuration et de ses rapports avec la cicatrisation. »

M. Bœckel, « Apprécier les avantages et les inconvénients de l'amputation de la jambe au lieu d'élection, comparés aux amputations sus-malléolaire, sous-malléolaire et partielle du pied. »

M. Aubenas, « Des causes et des effets de l'infection putride dans les affections chirurgicales. » (*Gaz. méd. de Strasb.*)

Le Sous.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 12. — JEUDI 29 JANVIER 1857. (30e ANNÉE.) N° 12. — JEUDI 29 JANVIER 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 • Un an. . 30 •

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (M. L. Orfila). Causes de l'empoisonnement; des poisons; définition; classification. — Observation d'artérite; traitement par le soufre et l'acide nitrique. — Emploi du collodion dans les ulcères du col utérin. — Strychnine; antidote. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 27 janvier. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 28 JANVIER 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur les kystes ovariques est close... L'ordre du jour indiquait bien que la discussion devait continuer encore sur ce sujet, mais elle a suivi en réalité un autre cours. Ce que nous avions qualifié d'incident dans la dernière séance est devenu le sujet principal, le fond du débat. La méthode sous-cutanée, mise en cause par M. Velpeau, a fourni à elle seule le texte de presque tout le discours de M. Malgaigne. Si bien qu'au moment où l'orateur a quitté la tribune, M. le président, voyant que les kystes n'étaient plus qu'un prétexte, et qu'il n'en était plus question que pour mémoire, a déclaré la discussion close. Aucune voix ne s'est élevée contre cette décision, qui était dans les vœux et dans la pensée de l'Académie tout entière. Ce ne sera donc plus des kystes ovariques qu'il s'agira désormais, mais de la méthode sous-cutanée, mise à l'ordre du jour à leur place.

Cependant, avant de passer brusquement d'un sujet à l'autre, il nous resterait une tâche à remplir : ce serait de résumer en quelques mots les résultats de la longue et utile discussion qui vient d'être terminée. Mais le temps et l'espace nous manquant en ce moment, nous demandons à nos lecteurs la permission d'ajourner l'accomplissement de ce devoir à l'un des prochains numéros. Nous nous bornerons, pour aujourd'hui, à quelques courtes réflexions sur la partie philosophique du discours de M. Malgaigne, qui forme comme la transition naturelle d'une discussion à l'autre.

Ce n'aura peut-être pas été sans surprise que quelques-uns des assistants, les plus novices sans doute, auront entendu dès le début de ce discours évoquer les grands noms de Descartes et Bacon et les grands mots de *méthode*. S'en étonner serait méconnaître à la fois les prétentions hautement avouées de M. Malgaigne à l'élucidation des plus hautes questions de la philosophie des sciences, et la portée réellement philosophique des faits et des principes qui ont conduit à la constitution de la méthode sous-cutanée. Nous ne devons donc ni nous émouvoir ni nous plaindre de ce que le débat a été ainsi, dès son début, élevé à la hauteur des grands principes scientifiques. Mais pour bien apprécier la part d'utilité que pourra avoir cette intervention de la philosophie dans la discussion qui va se dérouler devant l'aréopage médical, il serait bon peut-être de chercher tout d'abord à en bien fixer les termes et l'esprit.

M. Guérin avait dit, au sujet du litige survenu entre lui et M. Velpeau sur le fait de l'introduction de l'air dans le péritoine, « que, s'il n'y avait de possible en fait d'étiologie des maladies que la constatation directe, matérielle des causes ; s'il n'était permis de conclure, comme en matière d'empoisonnement juridique, qu'après la revérification de l'agent toxique, il faudrait fermer la porte à toute induction, condamner l'esprit au silence sous prétexte que les yeux, le goût et le toucher ne lui ont pas permis de parler. » De là l'anathème contre l'hypothèse, et l'épithète de *cartésien* jetée à la face de M. Guérin. Or il est bon de dire, si quelqu'un pouvait l'ignorer, que pour M. Malgaigne cette qualification équivaut à l'injure la plus grave qu'on puisse infliger à un adversaire; ce serait celle sans doute qu'il emploierait s'il avait un ennemi; mais il n'y a ici en présence, Dieu merci, que des antagonistes scientifiques, ainsi que le prouve assez le ton général de parfaite convenance et de respectueuse confraternité employé jusqu'ici de part et d'autre.

Et d'abord le mot hypothèse est-il bien le mot propre pour exprimer le procédé logique impliqué dans le passage cité ? Nous ne le pensons pas. Si nous en avons bien saisi le sens, ce procédé n'est autre en réalité que celui que nous appliquons tous les jours au diagnostic des lésions cachées dans les profondeurs de l'organisme, et que nous reconnaissons, non pas à leurs caractères physiques matériels, puisqu'elles sont soustraites à nos regards, mais à certains signes ou caractères rationnels qui traduisent leur existence à notre esprit Il n'y a de différence qu'en ce que, appliqué au diagnostic étiologique, c'est-à-dire à la détermination d'une cause souvent absente au moment où l'on observe les effets, ou plus profondément cachée encore que les lésions dont nous venons de parler, ce procédé a quelque chose de plus abstrait que celui qui s'applique au diagnostic de la lésion.

Mais poursuivons : Si ce n'est point une hypothèse, ce procédé n'en est pas moins cartésien, puisqu'il s'agit d'un fait dont l'esprit seul a conçu la réalité, et c'est tout ce qu'il faut à M. Malgaigne pour en repousser d'avance toutes les conséquences, le *criterium* de la vérité étant tout entier pour lui et exclusivement dans l'observation et l'expérience, suivant Bacon, son maître. Nous ne nous dissimulons pas toute la valeur de l'objection qui a déjà été faite depuis longtemps à la méthode cartésienne, de prendre pour *criterium* d'une découverte réelle la conception de l'idée claire qu'on s'en fait, car l'imagination peut voir clairement des choses qui ne sont pas. Mais est-ce à dire parce qu'on peut abuser de cette méthode, et que Descartes tout le premier en a si souvent abusé lui-même, qu'elle doive être à jamais condamnée et rejetée du domaine philosophique, comme passible de toutes les erreurs et de toutes les bévues scientifiques qui auront pu être commises depuis, et que tout progrès ne soit possible et vrai qu'à la condition d'être issu de toute pièce de la méthode expérimentale et inductive ? Il y a là évidemment une exagération et un exclusivisme qui rappellent presque les disputes de la vieille scolastique.

Nous demandons bien pardon à nos lecteurs de parler avec autant d'irrévérence de Bacon et de Descartes, et avec tant d'insuffisance des grandes choses et des grandes idées que leurs noms seuls rappellent; mais nous y avons été provoqué : on sera indulgent pour nous. Lorsque ces deux grands génies, qui sont grands l'un et l'autre précisément parce qu'ils résument sous leurs deux aspects principaux les procédés divers qu'emploie l'esprit humain dans la recherche de la vérité et dans la découverte des lois scientifiques, lorsque, dis-je, ces deux grands génies ont formulé les principes de leur méthode, ils n'ont sans doute pas pensé qu'ils allaient apprendre à l'humanité le secret de faire des découvertes. Ils ont pu nous apprendre comment elles se font; par quels procédés divers l'esprit arrive à la découverte de faits nouveaux; comment il peut s'assurer de leur réalité, en contrôler l'exactitude, en féconder les conséquences; mais l'esprit humain ne les avait pas attendus pour créer ces œuvres du génie antique que nous ne cessons d'admirer. Et, depuis que ces deux lumières ont brillé sur le monde, nous ne sommes pas bien sûr que tous les esprits inventifs se soient rigoureusement astreints à suivre les préceptes de leur philosophie scientifique, ou qu'ils se soient même toujours bien rendu compte des procédés intellectuels qu'ils ont mis en usage. M. Malgaigne est-il bien sûr lui-même de n'avoir pas adultéré son baconisme si sévère d'un peu de cartésianisme dans ses recherches sur la cause et le siége des étranglements herniaires (ce qu'il aurait pu faire peut-être sans s'en douter, comme il a fait jadis de la révulsion sans le savoir!)

Les procédés baconien et cartésien s'excluent-ils d'ailleurs, et sommes-nous dans la nécessité d'opter entre l'un et l'autre, ainsi qu'un de nos maîtres nous mettait en demeure de le faire hier à l'issue de la séance? N'est-il pas possible de s'inspirer alternativement de chacun d'eux et de les faire concourir également à un même ordre de recherches? Ecoutez plutôt ce que dit un homme dont la compétence en cette matière ne sera assurément récusée par personne, M. Chevreul, dans ses *Lettres sur la méthode* : « Un phénomène frappe vos sens ; vous l'observez avec l'intention d'en découvrir la cause, et pour cela vous en *supposez une* dont vous cherchez la vérification en instituant une *expérience.* Si l'hypothèse n'est pas fondée, vous en faites une nouvelle, que vous soumettez à une nouvelle expérience, et cela jusqu'à ce que le but soit atteint, si toutefois l'état de la science le permet. »

Non, nous n'admettons pas que ces deux méthodes s'excluent; s'il est vrai que l'une offre plus de garantie d'exactitude dans la vérification et le contrôle des faits, l'autre n'est-elle pas plus favorable à la spontanéité de l'esprit, qu'elle ne charge pas du *plomb* et des *entraves* que veut y attacher le chancelier de Verulam? Laissons à l'esprit le choix de ses moyens et de ses procédés dans la recherche et l'étude des faits, ne lui demandons compte que de la démonstration et de la preuve de ce qu'il avance.

Nous avons cru utile de présenter ici ces quelques réflexions rapides à l'occasion de la partie philosophique du discours de M. Malgaigne, parce qu'il nous a paru que derrière sa conviction bien arrêtée en matière de méthode scientifique il y avait une sorte de piége contre lequel il était bon de se défendre. Il est évident que pour tous ceux qui adopteraient la manière de voir de l'habile critique, la valeur d'un fait ou d'une doctrine scientifique serait jugée d'avance par la méthode philosophique qui aurait concouru à l'établir. Il importe que ce préjugé ne soit pas admis et que chacun reste libre d'apprécier les faits d'après leur valeur intrinsèque, abstraction faite des procédés dont on a pu se servir pour les connaître, sauf à leur accorder d'autant plus de confiance si ces procédés eux-mêmes paraissent offrir une garantie suffisante, surtout par le bon usage qu'on en aura fait. C'est avec cette disposition d'esprit que nous entendons apprécier la discussion qui va s'engager sur la méthode sous-cutanée et cette méthode elle-même.

Sur la demande de M. Guérin, mis en demeure d'exposer ses doctrines sur ce sujet, la reprise de la discussion est renvoyée à quinze jours. — Dr Brochin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. L. ORFILA, professeur-agrégé.

Causes de l'empoisonnement. — Des poisons. — Définition. Classification (1).

Dans la leçon précédente, je vous ai laissé pressentir que les expériences nous fourniraient le contingent le plus considérable de connaissances en toxicologie ; je me suis d'ailleurs appliqué à vous montrer que nous pouvions avoir pleine confiance dans les notions qu'elles nous fournissent. Quant aux observations, elles sont beaucoup moins utiles qu'on ne serait tenté de le croire au premier abord; sans compter que les occasions d'observer l'empoisonnement chez l'homme sont heureusement trop rares pour l'étude, il y a encore bien d'autres raisons pour diminuer l'importance de cette source d'enseignement : les évacuations, le traitement, mille circonstances troublent la marche naturelle de la maladie produite par le poison, ou dérobent à l'observateur des documents précieux. Ces restrictions ne doivent pas vous empêcher de recueillir et d'étudier avec soin toutes les observations qui se présenteraient. Rarement vous aurez à regretter votre peine; presque toujours votre instruction gagnera quelque chose à ce travail.

Ces courtes réflexions terminent les préliminaires. Maintenant nous pouvons aborder le fond de notre sujet, et pour nous conformer à notre programme, nous commencerons par l'étude des *causes de l'empoisonnement.*

Un puritain passionné, esclave du dictionnaire de l'Académie, n'accepterait pas le mot *empoisonnement* dans le sens que nous lui assignons ici. Je n'ai pas cru, pour un motif puisé dans cette circonstance, devoir renoncer à un mot si commode et consacré dans la science; je me suis donc rangé à l'exemple des auteurs qui ont écrit sur le sujet. Pour moi comme pour vous, le mot *empoisonnement* désigne non-seulement l'*action d'empoisonner, mais encore la maladie produite par un poison.* C'est dans ce dernier sens que nous l'employons en ce moment. Par la suite, du reste, vous verrez que rarement la double signification du mot empoisonnement peut entraîner la confusion.

Il n'est pas nécessaire d'être bien familier avec la science pour

(1) Suite. — Voir les nos des 23 décembre 1856 et 8 janvier 1857.

savoir ou pour deviner que la *cause de tout empoisonnement est un poison.* La difficulté commence lorsqu'on cherche à bien préciser les caractères d'un poison. Vous trouverez autant de définitions que d'auteurs de toxicologie. Eh bien, après les avoir bien examinées, je dois vous déclarer qu'aucune ne m'a pleinement satisfait, et au risque de paraître bien présomptueux, je vais vous en proposer une qui, tout en étant composée de lambeaux empruntés à quelques-unes des définitions déjà émises, diffère de toutes celles que je connais.

Il me semble inutile de passer en revue avec vous toutes les définitions et de les repousser toutes successivement avant de vous énoncer celle que je préfère. Allons droit au but. D'ailleurs, les commentaires que je me propose d'ajouter à ma définition suffiront pour vous faire comprendre pourquoi j'ai cru devoir en tenter une nouvelle. Permettez-moi aussi d'ajouter que je ne crois pas avoir atteint la perfection.

Suivant moi, le nom de poison peut et doit être donné *à toute substance qui, prise à l'intérieur ou appliquée sur le corps de l'homme ou des animaux, détruit la santé ou anéantit la vie, et cela agissant en vertu de sa nature.*

De cette longue définition, dans laquelle l'élégance a été sacrifiée à l'exactitude, les derniers mots seuls, il me semble, demandent une explication. Ces mots ont été introduits afin de rejeter de suite les substances dont l'action est due à une condition physique, ou mécanique, ou autre, qui n'en modifie pas la nature, l'essence. Au nombre de ces substances doivent être rangés l'eau bouillante ou très-froide, le verre pilé, le charbon ardent, etc. Quoique l'eau bouillante et l'eau très-froide puissent déterminer des accidents très-graves et même la mort, on ne doit pas considérer ces substances comme des poisons. Les effets qu'elles produisent ne peuvent être attribués qu'à leur température, et la température est une condition physique passagère; elle n'est pas inhérente à la nature du corps. L'eau est aussi bien de l'eau à 10 degrés qu'à 100 degrés. Pourquoi le verre pilé produit-il des accidents? Parce que les angles et les bords des petits morceaux déchirent et enflamment les parois de l'intestin; c'est si vrai, qu'une petite boule de verre traverserait le tube digestif sans déterminer aucun trouble. C'est une action mécanique indépendante de la nature du verre qui fait du verre pilé une substance nuisible. Toute autre substance dure présentant des pointes aiguës et des bords tranchants serait aussi nuisible que le verre pilé. Maintenant vous avez bien saisi ma pensée; je n'insisterai donc pas pour vous montrer qu'un fer rouge, un charbon incandescent, ne doivent pas être considérés comme des poisons.

Vous comprenez d'ailleurs facilement que les aliments, qui par la masse peuvent déterminer des effets comparables à ceux des poisons, ne doivent pas être confondus avec ceux-ci, puisque leur action est indépendante de leur nature.

Beaucoup d'auteurs se sont préoccupés d'établir une distinction entre les médicaments et les poisons. Vous voyez que nous n'avons rien fait pour les imiter. C'est qu'en effet la distinction ne doit pas être tentée, puisque ce sont les mêmes substances: l'opium poison est exactement le même que l'opium médicament. Il faut bien se résigner à ne pas établir de distinction, puisqu'il n'y en a pas. La substance reste toujours la même; la différence des effets dépend du mode d'administration, de l'état de l'organisme, en un mot, de circonstances qui ne sont pas liées le moins du monde à aucun des attributs essentiels de la substance.

Vous êtes peut-être étonnés de ne pas voir figurer dans notre définition la condition de la dose. Presque tous les auteurs indiquent qu'une substance, pour constituer un poison, doit agir *à petites doses*, et vous comprendrez, quand vous lirez Orfila, que je n'ai retranché ces mots qu'après mûr examen: je dois même dire que ce sont les considérations développées à ce sujet par Orfila lui-même qui m'ont décidé. En effet, à quoi bon introduire un élément aussi vague? Qu'est-ce qu'une petite dose? Personne n'oserait le dire; on est vraiment surpris de l'élasticité de la locution lorsqu'on sait que jusqu'à présent on considère comme une petite dose 40 ou 50 grammes. Pour moi, la dose ne doit entrer en ligne de compte que quand elle est, si je puis m'exprimer ainsi, cause officieuse, c'est-à-dire alors que la masse peut expliquer les accidents produits.

Quelques auteurs ont cru devoir établir une distinction entre les poisons et les virus: au point de vue purement scientifique, cette tendance n'est pas fondée. Au contraire, tout ce que nous connaissons sur les virus et sur les poisons établit une analogie telle qu'il est rationnel de ne pas les séparer au point de vue de la loi; la distinction doit être faite, mais quand nous nous occuperons des applications médico-légales, nous verrons qu'il faut apporter à notre définition des modifications que commande la pratique de la justice. Pour le moment, nous faisons de la spéculation, de la science, notre définition doit être aussi large que possible.

Classification. — Le nombre des poisons est si considérable que l'on a dû songer à les classer. Je ne vous ferai pas l'injure de vous démontrer les avantages de la classification. Réunir dans un même groupe les poisons qui présentent des analogies, c'est le meilleur moyen d'aider l'intelligence et la mémoire, et aussi d'éviter des répétitions inutiles et fastidieuses. Ces avantages sont tellement grands à mon avis, que je n'hésite pas à consacrer d'assez longs développements à ce chapitre. Je me propose de vous indiquer les bases des principales classifications qui ont été indiquées, quoique toutes soient mauvaises. Celles que nous possédons ne peuvent guère être considérées que comme, passez-moi le mot, des expédients d'étude; la science et la pratique ne peuvent en retirer qu'un médiocre profit: ce sont des instruments; je vous en laisserai le choix, mais je tâcherai de vous faire comprendre les avantages de celui que je préfère, sans vous cacher du reste ses imperfections.

C'est précisément parce qu'elles ne sont fondées sur aucune notion importante, que je repousse ces classifications, dont les bases sont l'origine de l'état des poisons.

Y a-t-il un avantage réel à distinguer les poisons en minéraux, végétaux, animaux? Quelle utilité peut-on retirer en groupant les poisons suivant qu'ils se trouvent à l'état solide, liquide, gazeux?

La meilleure classification, la plus utile pour l'étude et pour la pratique, serait, sans contredit, celle dont le *mode d'action* serait le point de départ. On l'a tentée, et on a divisé les poisons en chimiques, anti-vitaux.

Malheureusement le mode d'action nous est parfaitement inconnu, et cette tentative ne repose que sur une hypothèse et une doctrine dont la justesse n'est rien moins que démontrée.

Dans l'état actuel de nos connaissances, le plus sage est de grouper les poisons d'après les principaux phénomènes morbides qu'ils déterminent, d'après les principales lésions qu'ils occasionnent; en un mot, d'après le caractère général de la maladie qu'ils produisent.

Partant de ces données, on a proposé de réunir les poisons en deux groupes: hyposthénisants et hypersthénisants.

Quel dommage qu'une classification aussi simple, aussi nette et aussi utile pour la thérapeutique soit en désaccord si flagrant avec les faits qu'elle ne puisse pas être acceptée! L'arsenic serait un hyposthénisant; mais malheureusement les expériences les plus concluantes ont prouvé, ainsi que les observations, du reste, que dans la plupart des cas, il agit, au contraire, à la manière des hypersthénisants. Je pourrais multiplier les exemples, mais je le crois inutile.

Faute de mieux, nous nous déciderons à distinguer quatre classes de poisons: irritants, narcotiques, narcotico-âcres et septiques.

Les *poisons irritants* sont ceux qui pour l'ordinaire enflamment les parties qu'ils touchent, et qui en outre, étant absorbés, exercent une action délétère sur les centres nerveux, sur les organes de la circulation, de la respiration, etc. Cette action devra dans beaucoup de cas être attribuée à la fois à la portion absorbée et à l'altération locale. Dans certains cas elle pourra dépendre aussi d'une action sympathique sur les organes essentiels à la vie, occasionnée par l'inflammation des tissus mis en contact avec les toxiques. Les acides; les composés d'arsenic, d'antimoine, de mercure, de plomb, de cuivre; les renoncules, l'euphorbe, les cantharides figurent dans cette classe.

Les *poisons narcotiques* déterminent la stupeur, l'assoupissement, la paralysie ou des mouvements convulsifs, et rarement ils enflamment les tissus avec lesquels ils ont été mis en contact. L'opium et quelques-uns de ses principes immédiats, l'acide cyanhydrique sont rangés dans la classe des narcotiques.

Les *narcotico-âcres* déterminent des symptômes analogues à ceux que produisent les narcotiques. Les organes qui ont été pendant quelque temps en contact avec certains poisons de cette troisième classe sont le siége d'une inflammation plus ou moins intense. La belladone, la nicotine, la digitale, la strychnine, le curare, les champignons, les spiritueux, l'oxyde de carbone font partie de ce groupe.

Dans la quatrième classe, on a réuni sous le nom de poisons *septiques* ceux qui déterminent surtout une faiblesse générale et des syncopes. Les humeurs, d'ailleurs, sont plus fluides qu'à l'état normal après l'action des substances qui appartiennent à cette classe. L'acide sulfhydrique, le gaz qui se dégage des fosses d'aisances, le venin de la vipère sont des poisons septiques.

Les imperfections de cette classification sautent aux yeux. Quel vague dans les caractères de chaque classe; que de fois on serait embarrassé pour déterminer à quelle classe appartiendrait un poison en supposant que son action fût constante! Et, pour comble de difficulté, beaucoup de substances agissent différemment, suivant les conditions dans lesquelles elles pénètrent dans l'économie, suivant les points du corps sur lesquels elles sont appliquées. L'acide oxalique, quand il est concentré, détermine des symptômes et des lésions qui appartiennent aux poisons irritants. Quand il est étendu, il produit des lésions peu importantes, et, par les symptômes qu'il produit, il se rapproche des poisons narcotico-âcres beaucoup plus que des irritants. Mais l'opium, qui devrait être le type des narcotiques, l'opium est loin de déterminer toujours le narcotisme. Vous connaissez tous la fameuse exclamation: *Opium me-hercle non sedat!* et vous en savez la justesse.

Malgré ces graves imperfections, c'est encore cette classification que nous adoptons, parce qu'elle éveille dans l'esprit des idées importantes pour l'étude et pour la pratique; elle réunit dans les mêmes groupes les substances qui, d'après nos connaissances actuelles, présentent les plus grandes analogies; elle permet de reconnaître souvent à quelle classe appartient le poison dont on a à déterminer la nature d'après les symptômes, et met à même d'appliquer sans crainte un traitement qui ne peut pas nuire et qui peut être très-profitable. Ce sont ces avantages qui lui ont valu d'être acceptée par les auteurs les plus estimés de toxicologie.

OBSERVATION D'ARTÉRITE.

Traitement par le soufre et l'acide nitrique.

Par M. le Dr Bertrand (de Grenoble).

Je fus appelé, le 19 septembre 1856, auprès d'un cultivateur âgé de trente-huit ans, qui, marié à vingt-six ans, avait toujours joui d'une excellente santé, lui et tous les membres de sa famille. Quelques jours auparavant, après un travail pénible et encore tout en sueur, il s'était couché à l'ombre, les membres supérieurs touchant la terre nue. Le lendemain, ayant éprouvé un peu de lassitude, il se fit transpirer; mais bientôt une très-grande faiblesse se déclara dans les membres supérieurs, avec engourdissement et sensation de froid. Céphalalgie, insomnie presque complète. L'appétit bien conservé du reste, et aucun trouble dans les autres fonctions.

Ce fut sur ces entrefaites qu'appelé près du malade, je pus constater les phénomènes suivants: faiblesse dans les deux membres supérieurs, engourdissement et fourmillement insupportables, crampes violentes, élancements douloureux, extrêmes par moments et arrachant des cris au malade. Partis des doigts, ces élancements se propagent jusque vers l'aisselle. Refroidissement complet, la main est froide comme le marbre. La peau est ridée, terne, les veines superficielles sont effacées. Le malade est couvert de sueurs froides: il accuse des vertiges et des éblouissements. Son pouls est à 90 ou 100 pulsations larges et pleines. Parfois cet état se calme, il y a rémittence et frisson. Le facies est alors moins anxieux. L'état fébrile que je viens de mentionner ne peut se constater qu'à l'artère humérale, car le doigt ne rencontre plus de battements ni aux cubitales ni aux radiales: sur le trajet de ces dernières, on ne découvre ni rougeur, ni tuméfaction, ni *nodosités.*

Le diagnostic ne pouvait être douteux: nous avions affaire à une inflammation artérielle, dont le siége pouvait être fixé au point de division de la cubitale et de la radiale.

Le traitement fut institué en conséquence, c'est-à-dire qu'il fut antiphlogistique: sangsues, cataplasmes, frictions avec liniments anodins; chaleur entretenue autour des deux membres supérieurs au moyen de sachets de son ou de sable chaud; diète absolue; boissons émollientes, etc.

Le 24 septembre, le malade est mieux; il éprouve moins de faiblesse dans les avant-bras, qui sont moins engourdis. Toutefois le fourmillement persiste, la chaleur est un peu revenue; les élancements douloureux sont moins fréquents; le facies est meilleur; il y a moins de fièvre; on constate 80 pulsations à l'artère humérale; on ne peut encore percevoir aucune pulsation aux artères de l'avant-bras.

Par une circonstance indépendante de ma volonté, il me devint impossible de continuer mes soins à ce malade; ce fut M. Belthlé, ancien chirurgien-major, qui fut appelé à me remplacer, et c'est à cet honorable confrère que nous devons la fin de cette relation.

Quelques jours après ma dernière visite, l'état du malade devint tellement grave qu'il lui fut impossible d'exécuter le moindre mouvement; sa femme était obligée de le servir comme un enfant. En même temps vint à se déclarer une fièvre intermittente, dont les accès, commencés au déclin du jour, ne se terminaient que le lendemain par une sueur froide générale. Pendant le paroxysme, le fourmillement et les douleurs lancinantes devenaient insupportables. La fièvre céda à l'administration de 4 grammes de quinine. Les douleurs lancinantes et le fourmillement duraient toujours. A cette époque, les ongles, qui étaient restés jaunes jusque-là, devinrent noirs; la peau se rida.

Le docteur Belthlé se souvient alors d'une expérience qui consiste à maintenir pendant un mois à l'état liquide du sang saturé avec un mélange de soufre et d'acide nitrique et renfermé dans un flacon hermétiquement bouché. Ce souvenir lui donna l'idée de faire une prescription — de son propre avis — tout empirique. Il ordonna donc au malade 12 pastilles soufrées et un litre d'eau contenant une cuillerée à café d'acide nitrique, à prendre chaque jour.

Le surlendemain de cette médication, la chaleur revenait dans la partie supérieure des avant-bras.

Le huitième jour, la chaleur était descendue jusqu'aux articulations radio-carpiennes.

Pendant un mois, mon honorable confrère soumit son malade à ce mode de traitement: le mieux continuait, et aujourd'hui il travaille comme par le passé, conduit sa voiture, et ne ressent plus de cette grave et terrible affection qu'un léger fourmillement dans les deux derniers doigts de la main gauche.

Réflexions. — L'étiologie de l'artérite est encore plongée dans une profonde obscurité; on ne sait pas d'une manière certaine les causes qui peuvent lui donner naissance. Outre les artérites qui se déclarent à la suite d'une intervention chirurgicale, on a cherché ses causes dans l'abus des liqueurs; on les a constatées au déclin de fièvres typhoïdes, à la suite d'angines. Ici, peut-on trouver dans *le refroidissement, le corps étant tout en sueur*, une cause suffisante pour expliquer une artérite, et ne faut-il pas chercher une prédisposition dans l'état de décomposition du sang? La maladie cède un instant sous l'influence anti-phlogistique, mais bientôt elle donne lieu à des accidents très-sérieux, et c'est alors qu'est institué le traitement de M. Belthlé. Comment donc a opéré cette thérapeutique? Pour moi, je crois qu'il y a eu par cette administration une défibrination du sang; qu'elle a empêché la formation de caillots propres à obstruer les artères, qui auraient fini par s'organiser. De plus, le sang ainsi modifié n'a plus eu autant d'action sur la séreuse des artères, et partant la résolution de leur état inflammatoire a pu mieux s'opérer. Il n'est pas douteux, en effet, que la composition du sang dans ses éléments vient influer sur les solides de l'économie.

EMPLOI DU COLLODION

dans les ulcères du col utérin.

Par M. le docteur Emile Delpeuch (de la Corrèze).

Les ulcérations du col de l'utérus sont souvent extrêmement rebelles; aussi combien de médications n'a-t-on pas dirigées contre elles? Combien de fois n'a-t-on pas cru devoir les combattre par la cautérisation employée sous toutes les formes? Nos lecteurs nous sauront gré sans doute de leur faire connaître un nouveau moyen qui ne présente aucun des inconvénients attachés aux cau-

térisations, surtout à celles qui sont pratiquées à l'aide d'un fer incandescent; car, il faut le dire, souvent l'appréhension des malades est une des causes qui empêchent d'y recourir.

Une femme de vingt-huit ans, mère de trois enfants, habituellement bien portante, mais devenant chloro-anémique à la suite de leucorrhée, dyspepsie, subit, après un an de cet état maladif, des cautérisations au nitrate d'argent pour trois légères ulcérations siégeant sur la lèvre antérieure du col utérin, rouge et tuméfié. Six cautérisations à des intervalles de dix jours furent ensuite pratiquées avec le nitrate acide de mercure pour suppléer à l'inefficacité des premières. Pendant ce temps, la malade était soumise à un régime analeptique, à l'emploi de petits bains froids, d'injections astringentes, de ferrugineux, etc.

Cinq mois se passèrent ainsi, et, malgré les cautérisations suivies ou alternantes avec le nitrate d'argent ou l'azotate acide de mercure, les ulcérations ne guérirent point, et l'une d'elles, notablement agrandie, avait près de deux centimètres d'étendue. Ce fut dans cet état que, pour employer un moyen ni douloureux ni effrayant pour la malade, comme eût pu l'être l'application du cautère actuel, le médecin appliqua plusieurs couches de collodion autour du col tuméfié, principalement sur les ulcérations.

Cinq jours après, amélioration sensible, surtout dans l'engorgement; nouvel emploi du collodion. Douze jours plus tard (l'amélioration a continué), troisième application du remède.

Une petite récidive ou aggravation eut lieu pendant un voyage aux eaux que fit alors la malade. A son retour, le collodion fut pour la quatrième fois appliqué sur le col, où existait encore une ulcération d'un centimètre. Dès lors l'état ne cessa de s'améliorer rapidement, et dix-huit mois après l'emploi du collodion, la guérison complète ne s'était pas démentie.

Indépendamment de la réussite obtenue dans ce cas rebelle, M. le docteur Delpeuch reconnaît aux applications de collodion qu'il a pratiquées les avantages suivants:

1° Elles produisent un refroidissement subit;

2° Elles resserrent les tissus et les compriment;

3° Elles mettent les ulcères à l'abri du contact de l'air et des liquides irritants sécrétés dans leur voisinage. (*Bull. de Thér.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 janvier 1857. — Présidence de M. MICHEL LÉVY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet:

1° La relation d'une épidémie de fièvre jaune qui a régné en 1856 à bord de la corvette *la Fortune*, par M. le docteur Dupuy, chirurgien-major de la marine (commissaires, MM. Louis, Gérardin et Beau);

2° Un rapport de M. le docteur Fouquet (de Vannes), sur des épidémies de fièvre typhoïde et de dyssenterie qui ont régné en 1856 dans l'arrondissement de Vannes;

3° Un rapport de MM. Dehée et Fuzellier, sur des épidémies de scarlatine et de fièvre typhoïde qui ont régné en 1856 dans les arrondissements d'Arras et de Montreuil-sur-Mer;

4° Un rapport final de M. le docteur Judrin (de Semur), sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans la commune de Millery (Côte-d'Or) en 1856. (Commission des épidémies);

5° Des rapports sur les travaux établis à la source de Marina (Haute-Marne), pour le captage des eaux de cette source, conformément aux conclusions de la commission des eaux minérales. (Commission des eaux minérales.)

—Un modèle d'un nouveau *pessaire* TÉLÉGRAPHIQUE de l'invention de Mme Coquillard, sage-femme, à Belleville. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

MM. Becquerel, Bouchut, Boudin, Grassi et Vernois, demandent à être inscrits au nombre des candidats pour la place vacante dans la section d'hygiène, médecine légale et police médicale. (Renvoi à la section.)

M. LE PRÉSIDENT annonce, à cette occasion, à l'Académie que la section d'hygiène est constituée en commission d'élection.

— M. le docteur Ancelet (de Vailly-sur-Aisne) transmet une note sur l'emploi des fumigations intra-pleurales après l'opération de la thoracentèse. (Commissaires, MM. J. Guérin et Trousseau.)

— MM. Deleuil, ingénieurs mécaniciens, adressent une note sur des modifications apportées à la construction de l'appareil magnéto-électrique de M. le docteur Duchenne (de Boulogne).

— M. H. Larrey fait hommage à l'Académie d'un exemplaire de son rapport lu à la Société de chirurgie sur le travail de M. le docteur Clot-Bey relatif à l'éléphantiasis des Arabes.

Kystes ovariques. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les kystes de l'ovaire.

La parole est à M. Malgaigne.

DISCUSSION.

M. MALGAIGNE. Si la discussion sur le traitement chirurgical des kystes de l'ovaire n'était pas sortie du cercle où elle s'était renfermée tout d'abord, je n'aurais pas pris la parole. M. Velpeau a dit avec plus d'autorité que je n'eusse pu le faire dans quelles circonstances il convient de s'abstenir. Je crois que les praticiens sont suffisamment autorisés désormais à pratiquer des injections iodées dans des kystes uniloculaires à produits liquides. Pour les autres, il y a moins à espérer qu'à craindre de cette pratique chirurgicale. Voilà pour la première partie de la discussion.

Mais la discussion a pris un autre cours. Comme toute opération a ses chances désastreuses, on a fait le compte des guérisons et des morts. On a cherché les causes de ces morts et les moyens d'y parer: question délicate, difficile. Un orateur nouveau a entrepris cette tâche. La chirurgie ne peut que gagner à la solution de ces questions. Après avoir considéré les circonstances dans lesquelles on avait laissé une libre entrée à l'air, il a cru voir, dans cette pénétration de l'air, la cause à peu près unique des accidents observés, et il a donné le moyen de prévenir cette introduction.

L'orateur a accompagné cette théorie d'une série d'idées et de faits en dehors de la discussion, je veux parler de l'introduction de l'air dans le péritoine par des injections d'air dans le vagin, de la succion exercée à l'intérieur des kystes ovariques pour modifier la sécrétion de la membrane interne et en favoriser l'agglutination.

Il paraît, car je n'y étais pas, que ces assertions ont excité quelque surprise. Pour mon compte, je n'en ai été nullement étonné. L'auteur a dit lui-même qu'il fallait se placer sur son terrain, et il a expliqué quel était ce terrain. Il a dit que le débat engagé entre M. Velpeau et lui n'était autre chose que la manifestation, dans un cas isolé, de l'opposition médicale, générale, qui existe entre les deux ordres de procédés logiques qui se partagent la science.

Les uns veulent la constatation directe et matérielle, ils veulent que l'œil rende témoignage à l'esprit; et parce qu'on n'a pas vu, palpé, analysé l'air, ils refusent d'admettre sa présence.

Les autres pensent que c'est faire abnégation de l'intelligence, et qu'on ne doit pas condamner l'esprit au silence parce qu'on n'a pas vu ni touché. On confesse que dans l'espèce la constatation demandée par M. Velpeau serait d'une grande valeur, mais comme elle est impossible, cela ne saurait empêcher de conclure.

Ces idées générales demandent une grande attention. Ces deux procédés logiques, ou, pour parler plus clairement, ces deux méthodes philosophiques ne sont pas d'hier; elles ont un nom qu'il importe de leur restituer: l'une est la méthode philosophique de Descartes, l'autre est celle de Bacon.

L'Académie se souvient qu'en cherchant à définir l'inflammation, j'ai montré le caractère propre de la chirurgie du dix-huitième siècle, qui fit sa puissance et sa faiblesse, en attendant que Hunter la poussât dans d'autres voies et que le dogme cartésien fût supplanté par la méthode baconienne. Aujourd'hui, la lutte est encore entre ces deux principes; c'est toujours Descartes contre Bacon, l'évidence en matière scientifique opposée à la démonstration; c'est l'imagination à la place des faits, le roman à la place de l'histoire; c'est le vieux spectre édenté du dix-huitième siècle qui veut s'opposer à la génération virile du dix-neuvième. Les drapeaux sont déployés, que chacun reconnaisse le sien et s'y range.

Je me félicite de cette position: le débat y gagnera en portée et en grandeur; nous échappons ainsi à la lutte périlleuse des personnalités, et nous luttons principes contre principes.

Que dire maintenant de l'introduction de l'air dans le péritoine par le vagin et les trompes utérines; de la succion exercée à l'intérieur des kystes? Rien; si ce n'est qu'au point de vue de la méthode cartésienne tout cela est superbe, et, s'il m'est permis de le dire, plus beau que nature. Mais, au point de vue baconien, c'est tout différent. Bacon a dit quelque part: « Ces assertions sans preuves, sans possibilité de preuves, ressemblent fort à ces bulles de savon que les enfants s'ingénient à faire miroiter au soleil. » M. Velpeau a cru devoir souffler sur ces bulles; il aurait pu s'en dispenser, et les laisser crever d'elles-mêmes.

Il y a cependant un point qui semblerait mieux établi que les autres: c'est le danger de la pénétration de l'air; c'est le moyen d'y parer. Mais est-il vrai que cet air puisse s'introduire ainsi, et devenir une cause de mort? Cela se rattache à une soi-disant méthode sous-cutanée, qui a fait grand bruit dans le monde, parce qu'elle est appuyée sur des semblants d'expériences; et, quand M. Velpeau s'est écrié: Qu'est-ce c'est que la méthode sous-cutanée? beaucoup se sont étonnés et récriés. Je me propose d'examiner ici les principes de la méthode sous-cutanée. Si je ruine les principes, l'application se trouvera ruinée aussi. Je veux calmer les craintes des chirurgiens, et montrer l'inanité du procédé proposé pour les kystes de l'ovaire. Je laisserai autant que possible les personnes pour m'occuper des choses, et j'espère que la question, ainsi traitée, ne perdra entre mes mains rien de sa portée ni de sa grandeur.

Sous ce nom de méthode sous-cutanée, il y a deux choses: les sections sous-cutanées, qui sont une des belles conquêtes de la chirurgie moderne, et ce que j'appellerai l'*aérophobie*, qui s'est implantée dans la science à la faveur du nom de cette même méthode. La valeur de cette théorie est une des plus graves questions qui puissent s'émouvoir en chirurgie. Tous les chirurgiens ont été frappés de la différence de gravité que présentaient les plaies selon qu'elles étaient exposées ou soustraites au contact de l'air. Ainsi, les fractures simples sont des blessures légères; les fractures compliquées sont chose grave. Il en est de même des luxations et des hernies. Si on pouvait ramener les lésions à ciel ouvert au degré d'innocuité des autres lésions, ce serait une grande conquête; mais là est la difficulté. Dès les origines de la médecine, le vulgaire a accusé l'air d'exercer sur les plaies une fâcheuse influence. Mais, à cette époque même, la science ne donnait pas toujours raison au vulgaire. Hippocrate dit, à propos des luxations, qu'il redoutait bien plus le tétanos et la gangrène que le contact de l'air. J. L. Petit concédait en apparence quelque chose au vulgaire, et proposait déjà de débrider les hernies sans ouverture du sac. C'est, je crois, la première mention scientifique des sections sous-cutanées.

Dès 1771, et même dès 1758, A. Monro, homme d'une portée plus qu'ordinaire, s'empara de cette idée du danger de la pénétration de l'air. Pour lui, dans les plaies, les symptômes les plus graves doivent être rapportés bien plutôt à l'action de l'air qu'à la division des parties molles. C'est en 1788 seulement qu'il publia ses recherches; mais depuis dix-sept ans il avait propagé ses principes par la pratique et par la parole. Sur quoi s'appuyait sa théorie, à laquelle le dix-neuvième siècle n'a rien ajouté? Sur des expériences et des observations. Et, en ceci, A. Monro s'écartait un peu de la méthode philosophique suivie à son époque. Pour ne pas m'écarter de la chirurgie, je veux montrer comment l'Académie royale de chirurgie entendait les observations et les expériences.

Dans un mémoire couronné en 1738, Lecat, qui avait déjà obtenu plusieurs prix, s'exprime ainsi: « Quand l'Académie recommande les observations, ce n'est pas qu'elle statue sans réserve sur ce fond; elle sait le cas qu'elle doit faire des observations qui ne seraient pas éclairées de principes, ou qui y seraient contraires. Elle ne les souhaite que pour venir à l'appui des raisonnements, comme par surabondance de droit..., puisque les principes d'un art, d'une science doivent être au-dessus des observations même. » Et l'Académie de chirurgie couronnait ce mémoire, en priant l'illustre candidat de ne plus concourir, de peur de décourager les autres.

Examinons maintenant les expériences de Monro. La première est relative à un cochon d'Inde auquel on ouvrit le thorax, et qui mourut en trente-six heures. Dans la seconde, il est question d'un cochon d'Inde qui succomba à l'ouverture du thorax et de l'abdomen; nuls détails d'ailleurs. Monro conclut enfin d'une série de six expériences sur des cochons d'Inde, que la pression du cerveau, la lésion de la dure-mère et la pénétration de l'air augmentent beaucoup le danger de la trépanation.

Voilà toutes les expériences, voyons maintenant les observations. Un homme reçoit un coup de fleuret rougi au feu; il éprouve peu de douleurs pendant trois jours: mais alors apparaissent des symptômes graves, et le malade meurt le douzième jour. On trouva cinq onces de pus dans le péricarde, et pas d'air. Monro conclut cependant que cela vient de l'existence de l'air dans le péricarde. Le même auteur cite trois cas de rupture d'intestin suivis de tympanite et de mort rapide; c'est l'air encore qu'il accuse. Enfin, Smith ayant perdu 8 opérés sur 18 dans la taille sus-pubienne, Monro attribue ces cas malheureux à la pénétration de l'air: plus il y a de calculs et de manœuvres, dit-il, plus il y a d'air et de danger.

De ces principes, A. Monro tirait les applications suivantes:

1° Dans toutes les tailles, écarter l'air le plus possible; dans la taille sus-pubienne, faire la suture de la plaie, ce qui tuerait évidemment le malade.

2° Dans l'opération césarienne, éviter l'air le plus possible, et réunir les lèvres de la plaie au moyen d'une suture; un de ses adhérents, Aitken, conseilla d'opérer sous l'eau.

3° Dans la trépanation, ne pas scier l'os en entier pour l'enlever avec des pinces.

4° Dans l'épanchement d'air dans la plèvre, faire la ponction et maintenir une canule avec un bouchon.

5° Dans les corps étrangers des articulations, tirer fortement la peau, faire l'incision; extraire le corps étranger, puis ramener la peau et appliquer un bandage: c'est l'opération proposée en 1773 par Bromfield, qu'il ne nomme même pas.

Les cartésiens, comme on voit, se souciaient peu de ce qui avait été fait avant eux. Ils recommandent la suture dans l'opération césarienne, sans rappeler qu'elle était pratiquée déjà au dix-septième siècle. Monro indique, sans le citer, l'opération conseillée huit ans auparavant par Bromfield. Il n'était pas possible, quand on ne rencontrait pas d'air dans le péricarde et qu'on y trouvait cinq onces de pus, d'attribuer la mort à l'introduction de l'air; mais faut-il que le témoignage des yeux empêche l'esprit de conclure?

Mais une autre génération s'élevait; John Hunter introduit enfin la méthode baconienne en chirurgie, et John Bell n'eut pas de peine à démontrer l'ignorance de Monro, ce faiseur de théorie. Il fit voir, comme J. L. Petit l'avait prouvé déjà, que l'air ne peut pas s'introduire dans le bas-ventre par une petite plaie, et qu'il est absurde, lorsque la plaie est grande, d'attribuer au contact de l'air ce qu'on peut attribuer aussi bien à la large lésion du péritoine. John Bell rappela que l'air est innocent pour lui-même, dans l'emphysème qui suit la fracture des côtes, par exemple, alors même qu'il gonfle le corps entier; de même aussi dans l'emphysème provoqué. M. Velpeau vous a rappelé ces faits bien connus de conscrits qui s'insufflent le scrotum; l'histoire de cet homme ivre gonflé d'air par des bouchers, de cet enfant que son père insufflait pour exciter la commisération publique; sans que jamais il soit résulté de suppuration de cette pénétration de l'air au milieu de cavités closes.

John Hunter n'avait pas pris part à cette discussion; il disait ceci: « Les plaies exposées à l'air suppurent non par l'air, mais par la nécessité de se recouvrir d'une cicatrice, de former un tissu inodulaire; elles suppureraient de même dans le vide. » C'est l'inflammation qui détermine la suppuration, ainsi que le prouve la formation des abcès, qui a lieu en dehors du contact de l'air. Hunter rappelle des exemples d'emphysème sans suppuration; si, dans ces cas, on pratique une plaie pour donner issue à l'air, il y a inflammation, et la suppuration s'établit.

Dès lors, il y eut deux camps, les *aérophobes* et ceux plus touchés de la logique de Hunter.

Desault, pour l'extraction des corps étrangers, reprit le procédé de Bromfield, et il témoigna que c'était pour empêcher l'introduction de l'air; en 1784, il traita cette crainte de préjugé. Bichat, dans les *Œuvres posthumes de Desault*, revient à l'incision ordinaire. Boyer avait hérité de la crainte de Desault pour l'air, mais il était déjà observateur avec son siècle, et il avait reconnu que si l'air était une cause générale d'insuccès dans certaines opérations, ce n'était pas du moins la seule; il avait reconnu que les plaies articulaires étroites qui n'avaient pas donné entrée à l'air pouvaient suppurer, tandis que dans d'autres cas la pénétration de l'air n'empêchait pas leur réunion immédiate; il avait conclu que l'air n'est nuisible qu'à la condition d'une exposition prolongée.

En 1816, Delpech, voulant couper le tendon d'Achille pour opérer un pied-bot, respecta la peau; il se borna à une incision étroite de chaque côté du tendon pour éviter l'entrée de l'air et par là la suppuration et l'exfoliation du tendon. L'idée de Monro n'avait donc pas été perdue. Il faut que je vous montre maintenant une autre série d'observateurs.

Ch. Bell, en 1807, propose pour la première fois l'incision sous-cutanée des ligaments du pouce avec une aiguille à cataracte pour faciliter la réduction de la luxation; il ne donne d'ailleurs aucune théorie à l'occasion de ce procédé. Sept ans plus tard (1814), Brodie imagina pour la guérison des varices de couper les veines sous la peau pour les soustraire au contact de l'air et des corps étrangers. En 1822, A. Cooper proposa et fit exécuter la section sous-cutanée des brides de l'aponévrose palmaire et de l'aponévrose plantaire. Cette même année, Dupuytren, qu'on peut bien citer à côté d'A. Cooper, fit la section sous-cutanée du sterno-mastoïdien dans un cas de torticolis pour éviter une grande cicatrice; c'était chez une femme. La doctrine baconienne offre une

grande lacune, c'est de ne pas tenir compte de l'observation antérieure.

En 1830, l'opération de Dupuytren était vulgaire en Allemagne; Dieffenbach la pratiquait pour éviter les cicatrices difformes. Stromeyer, en 1831, accepta l'indication de Delpech pour opérer les pieds-bots; il veut qu'on fasse des plaies extérieures aussi petites que possible pour empêcher l'entrée de l'air, l'exfoliation des tendons et la suppuration; seulement il rejette le procédé lui-même de Delpech, et il divise le tendon d'Achille avec un couteau très-étroit glissé sous la peau. A partir de ce moment, la section sous-cutanée se répand outre mesure; en 1839, Dieffenbach, qui ne se préoccupait d'ailleurs nullement d'une théorie au sujet de l'air, comptait plus de quatre cents opérés.

En juillet 1839, un mémoire sur les plaies sous-cutanées fut lu à l'Institut; l'auteur reconnaissait que, quant aux procédés empiriques, il n'y avait plus rien à faire, mais que tous ceux qui avaient admis la méthode n'en avaient pas donné la démonstration. Il cherchait à combler cette lacune avec des expériences et des démonstrations.

Première expérience. — Une incision longitudinale ayant été pratiquée le long du rachis, on excisa chez un chien la masse des muscles sacro-lombaires; la plaie fut réunie par une suture; la guérison eut lieu sans inflammation locale ni générale. Une incision sous-cutanée fournit le même résultat. Que conclure de ceci, si ce n'est que les plaies sous-cutanées et les plaies réunies par première intention conduisent au même résultat? La conclusion de l'auteur fut que les incisions sous-cutanées évitent l'inflammation et la suppuration.

Quant aux observations, l'auteur déclare n'avoir jamais vu la suppuration survenir dans ses opérations; deux chirurgiens, M. Velpeau et Lisfranc, eurent de la suppuration après la section du tendon d'Achille; ils avaient fait d'assez larges ouvertures à la peau. « Je crus trouver dès lors, dit à ce propos l'auteur du mémoire, dans l'étendue de l'ouverture des plaies un obstacle à l'adhésion immédiate de leurs bords, une voie nécessaire ouverte à l'air extérieur et une communication permanente entre ce fluide et le fond des parties divisées. Cette opinion, confirmée dans mon esprit par une foule de considérations dont j'émets plus bas les plus décisives, le fut surtout par l'expérience de ce que j'avais fait. »

Dans la méthode cartésienne, ce qui est possible est considéré comme ayant nécessairement lieu.

L'auteur expose alors de nouvelles expériences; des sections sous-cutanées très-étendues pratiquées sur deux chiens furent suivies de guérison. Une section sous cutanée ayant été faite sur l'homme et l'air ayant été soigneusement expulsé après la petite ponction, il ne s'écoula pas du tout de sang, et l'ouverture de la plaie, recouverte avec un morceau de diachylon, se referma sans suppuration.

Dans un autre cas, l'air ayant pénétré par une grande ouverture, il y eut suppuration; contre-épreuve décisive.

Avec ces seules expériences, ces seules observations, la théorie fut fondée.

1° L'air est cause de tout;

2° Dans les plaies sous-cutanées, l'organisation se fait immédiatement et sans inflammation. John Hunter, qui avait admis deux modes de réunion, proclamait que, dans le plus grand nombre de cas, la réunion avait lieu par une inflammation adhésive. Pour déclarer qu'il n'y a pas d'inflammation, il faudrait autre chose qu'une vague assertion. Il est dit encore dans cette théorie que les bouts des vaisseaux ouverts dans la plaie sucent le sang épanché; qu'une partie de ce sang est absorbée, et que l'autre partie s'organise; ç'a été là aussi une des erreurs du grand Hunter. Toute la chirurgie baconienne se révolte contre cette organisation du sang. Il n'y a pour la prouver ni fait ni expérience. Comme conséquence de cette théorie, l'auteur admettait que, pour la réunion immédiate des plaies, il fallait enlever l'air; s'il est enlevé, il y a réunion; s'il en reste, il y a suppuration.

S'applaudissant légitimement de sa découverte, l'auteur du mémoire poursuivait: « Ainsi, soustraire exactement les surfaces des plaies à tout contact de l'air atmosphérique, c'est la condition capitale et certaine d'un résultat qui a préoccupé les chirurgiens depuis près de deux siècles. Dans son mémoire sur les plaies des articulations publié en 1840, l'auteur cite des expériences semblables et formule les mêmes idées. Il avait raison en supposant que le progrès se fût réalisé; n'avons-nous pas tous tenté la réunion immédiate; mais il y a une autre cause, une inconnue qui s'oppose souvent à cette réunion. Aussitôt que l'inventeur de la théorie voulut appliquer la doctrine qu'il avait fait éclore, il arriva toujours à des insuccès; mais peut-être les principes lui restaient; il pensa qu'on ne chassait pas assez l'air. Il essaya de faire le vide entre un moignon et la peau; le sang ruisselait de tous côtés et cependant il y eut suppuration. Il proposa alors une opération césarienne sous-cutanée, une trachéotomie sous-cutanée, l'abaissement de la cataracte par la méthode sous-cutanée, comme si l'air pouvait s'introduire par le chemin d'une mince aiguille. Il y eut des imitateurs; l'un d'eux imagina la ligature sous-cutanée des artères; un autre, dans ses *Juvenilia*, alla jusqu'à proposer des amputations sous-cutanées.

L'auteur, qui tient à la propriété de sa méthode, écrivait à la page 19 de son mémoire: « Le procédé de la section sous-cutanée des tendons, considéré comme fait pratique circonscrit, avait acquis à peu près tous ses développements et perfectionnements empiriques; mais, comme fait physiologique particulier, servant de point de départ à la méthode sous-cutanée générale, il n'avait été ni vu, ni formulé, ni établi. »

J'ai voulu vérifier, en 1843, continue M. Malgaigne, par quelques expériences sur des animaux, la valeur des assertions qui forment la base du mémoire que je viens de passer en revue.

1° J'ai insufflé un lapin, et je lui ai fait une incision sous-cutanée; il y a eu guérison;

2° J'ai fait des incisions sous-cutanées des muscles chez un animal que j'avais insufflé jusqu'au double de son volume; guérison;

3° J'ai coupé chez un autre les muscles postérieurs de la cuisse et du dos, tout ce qu'on peut couper en pareille matière; trois jours après l'incision était guérie, et l'animal, préalablement insufflé, était resté emphysémateux.

4° J'ai incisé les ligaments du genou et j'ai insufflé de l'air dans l'articulation; il y a eu guérison;

5° J'ai fracturé la cuisse d'un chien, et j'ai insufflé de l'air au foyer de la fracture; guérison;

6° J'ai pratiqué des plaies de poitrine, et j'ai insufflé la plèvre, et la guérison s'en est encore suivie.

Voilà des contre-expériences décisives, de nature à ébranler quelque peu la théorie en question, qui mène à une conclusion aussi fausse que dangereuse, parce qu'elle cache au chirurgien les autres causes de non-réussite. Mes expériences furent adressées à l'Institut; l'auteur les accepta, mais il déclara alors que le contact permanent de l'air était nécessaire pour produire des accidents; que si on prenait soin de permettre l'action continuelle de l'air, la suppuration était inévitable; mais quel est donc le chirurgien qui prend cette précaution? Nous fûmes donc d'accord sur l'innocuité de l'entrée de l'air dans la méthode sous-cutanée; du moins, j'y avais fait quelques brèches qui méritaient d'être réparées; j'avais établi qu'il n'était pas utile de faire les plaies à l'abri du contact de l'air.

Mais la méthode sous-cutanée fut appliquée à une autre branche de la chirurgie; elle voulut avoir inventé l'issue des liquides des cavités closes. On nous a dit, dans la dernière séance: « C'est pour prévenir l'accès de l'air que l'on a proposé, dans la paracentèse de la poitrine, les canules à soupapes, munies de baudruche, etc., tous moyens dont l'invention est postérieure à celle de la méthode sous-cutanée. »

Il y a ici une petite inexactitude historique. Dès le dix-huitième siècle on s'était aperçu que le contact de l'air rendait le pus fétide (Quesnay); John Hunter avait été plus loin; il avait avancé que lorsque l'air communique par une très-petite ouverture avec le foyer d'un abcès, il détermine la corruption du pus. En 1792, M. A. Petit recommandait, pour cette raison, de faire une ouverture aussi petite que possible, et d'appliquer une ventouse pour éviter la pénétration de l'air; il se servait tantôt d'une aiguille étroite et tranchante, tantôt d'un trocart rougi au feu. Boyer resta dans ces idées; il employait une aiguille à cataracte ou un bistouri très-étroit, et faisait une ponction très-oblique. Récamier, de 1816 à 1820, avait imaginé un trocart à soupape; du moins il déclarait, en 1836, dans cette même enceinte, l'avoir inventé depuis quinze ou vingt ans. En 1827, M. Reybard proposait pour l'empyème une canule à vessie ou à impasse, et une autre avec clef et robinet. Il disait même, à propos de ces instruments: « On pourra également munir d'une vessie les trocarts avec lesquels on voudra faire la ponction lors d'hydropisies ascite ou enkystée, ou lorsqu'on voudra ouvrir des dépôts froids dans lesquels il importe de ne pas laisser entrer d'air. » C'est la première mention, à moi connue, d'un procédé pour évacuer le liquide des hydropisies à l'abri du contact de l'air. M. G. Pelletan, en 1831, se servait, dans un cas d'hydrothorax, d'un trocart à pompe et à robinet. En 1836, M. Bouvier imaginait aussi un trocart mécanique. Enfin, en 1841, M. Sédillot indiquait en outre Massiat, Stanski et M. J. Guérin. Voilà l'histoire de la méthode sous-cutanée et de l'invention des trocarts.

Ainsi, comme question pratique, ce qu'il y a de vrai, c'est qu'il faut éviter l'accès de l'air dans les foyers purulents, parce que l'air exerce sur le pus une action spéciale; c'est ce que nous savons depuis le dix-huitième siècle. Le pus contracte au contact de l'air une fétidité implacable. J. L. Petit avait déjà recommandé de larges ouvertures; là est le vrai remède. Ici, pas d'ambages; c'est une chose venue depuis le dix-septième ou le dix-huitième siècle. Mais est-il bien vrai que l'air introduit dans les grandes cavités puisse vicier les sécrétions? Qui est-ce qui l'a montré? Personne. On nous promet des expériences inédites; nous verrons bien. Ceci me paraît ressembler à ces bulles de savon dont parlait Bacon, il n'est pas nécessaire de souffler dessus. Nous attendrons que les expériences soient publiées; mais je déclare que si elles disent que l'entrée de l'air dans les grandes cavités est funeste, je m'inscris en faux. Quand je pratiquais au Val-de-Grâce, sous le professeur Fleury, je lui ai vu plusieurs fois opérer l'ascite par son procédé, qui consistait à introduire dans la canule du trocart un tube de caoutchouc et à laisser le liquide s'écouler goutte à goutte; je n'ai jamais vu survenir d'accidents. Un jour, je fis la ponction d'une hydarthrose; l'air entra dans la plaie, ce dont je pus m'assurer par la crépitation qu'il était facile de constater dans l'articulation. Je prescrivis un repos complet, j'appliquai un bandage simple; il n'y eut pas d'accidents.

On nous a dit que dans les kystes de l'ovaire il y avait nécessité, indispensabilité de l'entrée de l'air. Mais il y a une chose certaine pour tous les chirurgiens, c'est que la ponction simple dans les kystes de l'ovaire est absolument bénigne. Si donc l'air y pénètre, il faut qu'il soit absolument bénin. Est-il donc bien nécessaire de prévenir l'entrée de l'air par les moyens d'ailleurs très-ingénieux, je me plais à le reconnaître, qu'on nous a indiqués? Une chose m'a frappé: sur 17 malades opérées par l'auteur, il n'y a pas eu de suppuration; il n'y en a pas eu non plus chez mes opérés, quoique je me sois abstenu de toutes ces précautions. Toutes ses malades sont mortes; était-ce bien la peine de prendre de pareilles précautions pour en arriver là.

Je crois être arrivé à la fin de ma tâche. Il me semble qu'on a fait jouer à l'air un rôle qui n'est justifié par rien, et les chirurgiens y regarderont à deux fois, en voyant les résultats, avant d'orner leur arsenal de l'instrument ingénieux qu'on nous a montré. Je me mets à la place pour le moment, parce qu'il est dans le principe de la méthode baconienne de ne pas se prononcer avant l'expérience. Quant à présent, je proposerais volontiers de substituer de grandes incisions aux incisions et aux sections sous-cutanées. C'est là d'ailleurs un de ces grands problèmes que le dix-huitième siècle a légués au dix-neuvième, et que nous léguerons peut-être à l'avenir.

Je terminerai par un appel à la jeunesse: je dirai aux jeunes chirurgiens qu'il faut savoir comment on procède et sous quel drapeau on marche; qu'ils tâchent d'abord d'apprendre la chirurgie, d'élucider à fond les questions qu'ils veulent résoudre, et qu'ils ne croient pas qu'il suffise, pour résoudre un problème, de ne l'avoir pas compris.

M. JULES GUÉRIN. J'ai écouté avec intérêt l'honorable préopinant, et je le remercie du ton de parfaite convenance qu'il a mis dans tout son discours. Il a engagé le débat sur la science en général, et en particulier sur la science d'un de ses collègues. J'accepte la lutte sur le terrain des principes scientifiques, et j'aurai soin d'agir comme lui. Aujourd'hui, je veux seulement fixer le caractère de ce débat. L'Académie a pu remarquer que rien qu'en s'en tenant à des énonciations, l'honorable préopinant a passé en revue deux séries d'hommes et de travaux; il s'est préoccupé successivement de deux points de vue différents. Depuis longtemps beaucoup de chirurgiens s'étaient préoccupés de l'action de l'air, considéré comme agent principal de la suppuration des plaies; d'autres, au contraire, ont contredit cette assertion.

Cette question a donc été prise, reprise, abandonnée, ce qui démontre que la science est loin d'avoir été fixée sur ce point. Lorsqu'un homme vient de nouveau reprendre une pareille question, il peut à bon droit considérer comme neuve une solution définitive, basée sur de nouvelles expériences, de nouveaux faits, dont il a tiré une méthode nouvelle. Relativement à ce qui concerne les recherches modernes et celles qui me sont propres, je dois déclarer que je n'ai pas trouvé l'énoncé exact de ce qui constitue la méthode sous-cutanée dans ce qui vient d'être dit. Je prie l'Académie de surseoir à son jugement, jusqu'à ce que j'aie exposé devant elle quelque chose de plus réel, puisque c'est sur mes travaux que le débat a été porté. Je ne m'attendais pas que la discussion dût s'engager aussitôt sur cette grande et magnifique question, mais je serai prêt pour le jour et l'heure que l'Académie voudra bien fixer. Pour répondre au désir de la méthode baconienne, au lieu d'une série innombrable d'assertions, je me bornerai à présenter une série de faits bien déterminés, et chacun en tirera la conséquence qui lui paraîtra logique. Si on étend la discussion à une autre série de faits, j'accepterai de même le débat sur ce nouveau terrain. Quand l'Académie voudra bien m'accorder la parole, j'apporterai un premier travail sur un point, et j'énoncerai les principes qui caractérisent la méthode sous-cutanée. Je me soumets aux ordres de l'Académie.

M. VELPEAU est d'avis que, puisque la discussion est engagée, elle se poursuive immédiatement jusqu'au bout.

M. LE PRÉSIDENT propose de clore la discussion sur le traitement chirurgical des kystes de l'ovaire, la liste des orateurs étant épuisée, et de fixer une séance pour discuter la grande question de la méthode sous-cutanée.

Cette proposition est acceptée par l'Académie.

M. J. GUÉRIN demande que la discussion sur la méthode sous-cutanée soit fixée à quinze jours ou trois semaines.

M. VELPEAU voudrait que le délai fût le plus court possible.

M. JULES GUÉRIN déclare qu'il se met entièrement à la disposition de l'Académie; cependant, puisqu'il s'agit de discuter le principe même de la méthode sous-cutanée, il désire qu'elle puisse se présenter avec le caractère d'une démonstration, et il demande quinze jours pour préparer l'exposé qu'il se propose d'apporter à l'Académie.

M. LE PRÉSIDENT, avec l'assentiment de l'Académie, fixe à quinzaine l'ouverture de la discussion sur la méthode sous-cutanée.

— La séance est levée à cinq heures moins dix minutes.

La séance générale annuelle de l'Association médicale de la Seine a eu lieu dimanche 25 janvier, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine, sous la présidence de M. le baron Paul Dubois.

L'assemblée était nombreuse, malgré le mauvais temps. M. le docteur Cahanellas, secrétaire général, a lu le compte rendu de l'année 1856. Après avoir fait connaître les pertes regrettables qu'a subies l'Association dans le cours de l'année, les nombreuses adhésions nouvelles qu'elle a reçues, l'honorable secrétaire a exposé les services que l'Association a rendus et l'état prospère de cette utile institution.

Avant de procéder à la distribution de la belle médaille d'Orfila, M. Perdrix, secrétaire général honoraire, dans une courte allocution que l'assemblée a couverte d'applaudissements, a fait l'éloge d'Orfila, fondateur et bienfaiteur de l'Association, et il a compris dans cet éloge les noms des personnes qui à divers titres ont rendu des services à cette institution. Dans le but d'honorer à la fois la mémoire d'Orfila et de reconnaître ces services, le bureau, au nom de l'assemblée, a décerné:

A Me Paillard de Villeneuve, conseil judiciaire de l'Association depuis sa fondation, une médaille d'or.

Des médailles ordinaires:

A MM. Béchard, avocat de l'association près la Cour de cassation;

De Gisors, architecte du palais du Luxembourg (M. de Gisors, à qui l'on doit l'exécution du beau tombeau d'Orfila, a refusé de recevoir les honoraires qui lui étaient attribués);

Amédée Latour, qui par ses efforts n'a cessé de concourir aux progrès de l'Association;

Enfin, à Mme Veuve Orfila.

L'assemblée a procédé ensuite au renouvellement de son bureau pour l'année 1857.

Ont été réélus à l'unanimité:

MM. le baron Paul Dubois, président;
les professeurs Adelon et Bérard, vice-présidents;
le docteur Cahanellas, secrétaire général;
le docteur Vosseur, trésorier;
le docteur Perdrix, archiviste;
le docteur Ménière, secrétaire de la commission;
Me Paillard de Villeneuve, conseil judiciaire.

Les membres de la commission générale sont MM. les docteurs:

1er arrondt Gimelle fils, Ley, Canuet, Contour;
2e — Barth, Josat, Veillard, Lecointe;
3e — Peronaux, Trèves, Jauin, Gros;
4e — Haguette, Léger-Fleurus, Dop, Godard;
4e — Ponstier, Thibault, Bréon, Pertus;
6e — Ledescbault, Ségalas, Nicol, Mayer;
7e — Duclos, Feulard, Vasseur, Suasso;
8e — Brierre de Boismont, Augouard fils, Archambault, Augouard père;
9e — Charpentier, Deville, Boulard père, Aubrun;
10e — Boyer (Lucien), Masson, Lecoq, Fournet;
11e — Regnier, Langlehert, Laurin, Brochin;
12e — Vergnes, Ménière, Alquié, Gasc d'Hadancourt;
Saint-Denis. Moreau de Saint-Ludgère, Leroy des Barres, Lemarchand, Acassal;
Sceaux. Josias, Angot, Thore, Lacroix (de Fontenay).

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 13. — SAMEDI 31 JANVIER 1857. (30e ANNÉE.) N° 13. — SAMEDI 31 JANVIER 1857.

Ce journal parait trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois moi 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nouveau cas d'ictère grave ou malin suivi de mort.

Nous avons rapporté dans l'une des *Revues cliniques* du mois de novembre dernier (numéro du 15), deux cas d'ictère grave : l'un observé dans le service de M. Cl. Bernard, à la Charité; l'autre recueilli dans les salles de la clinique de M. Wieger, à Strasbourg, et communiqué par M. Fritz, chef de clinique. Un nouvel exemple de cette affection vient de se présenter dans le service de M. Vigla, à l'Hôtel-Dieu. L'extrême gravité de cette affection, qui se termine le plus souvent par la mort; sa rareté, relativement du moins à la fréquence de l'ictère bénin, avec laquelle elle a de commun l'origine, presque toujours la même, et le phénomène pathologique de la jaunisse; les questions encore si obscures de physiologie pathologique qu'elle implique, et enfin les difficultés et l'insuffisance de la thérapeutique, tout concourt à donner à ces faits un grand intérêt clinique, et à leur étude un stimulant tout particulier. C'est pourquoi, après avoir exposé le fait de M. Vigla, nous chercherons si en le rapprochant des faits antérieurement publiés et des rares recherches qui ont été entreprises sur ce sujet il serait possible d'y jeter quelque jour. En un mot, nous essayerons de faire le bilan de la science et de la pratique sur ce point.

Voici cette observation :

Une femme, Adèle B..., âgée de vingt ans, est entrée le 12 janvier dans le service de M. Vigla. Cette femme était malade depuis huit jours. Voici quel a été le début de sa maladie :

Elle avait ses règles. A la suite d'une émotion morale vive, ses règles se sont brusquement supprimées; elle a été prise de vomissements accompagnés de douleurs d'estomac et d'inappétence, d'un peu de céphalalgie et d'abattement. Elle est restée trois jours dans cet état indécis, qui n'était que la période prodromique de sa maladie actuelle. Le quatrième jour un ictère s'est manifesté, et le septième jour, la veille de son entrée à l'hôpital, elle a été prise de convulsions, suivies de perte de connaissance, de délire, épistaxis, et elle n'a pas tardé à tomber dans l'état de coma et de résolution où elle était au moment de son admission à l'hôpital.

La nuit qui a suivi son entrée s'est passée tout entière dans le délire et le coma. Le lendemain matin à la visite, voici ce que l'on constate :

Teinte ictérique générale, plus prononcée sur le ventre qu'ailleurs; abdomen ballonné, région hypogastrique distendue. Résolution des membres, perte complète de la sensibilité et de l'intelligence, paralysie de tous les sens; pupilles dilatées; contracture des mâchoires, qui ne permet pas de constater l'état de la langue. Respiration régulière et calme, mais entrecoupée de temps en temps de soupirs; 20 respirations par minute. L'auscultation fait entendre un murmure vésiculaire pur; bruits du cœur normaux. Pouls à 100, dépressible, égal, régulier; température de la peau normale. Point de gardes-robes, plus de vomissements, urines rares et rougeâtres, laissant déposer de l'albumine par la chaleur.

Ainsi, en résumé, toute la symptomatologie se réduit actuellement à trois séries de phénomènes : l'ictère, le coma et le délire.

En présence de ces symptômes, il y avait sans doute lieu à se demander au premier abord si l'on n'avait point affaire à une affection encéphalique, à une méningite, par exemple. La succession des deux périodes d'excitation, puis de paralysie et de coma, entre lesquelles les convulsions semblaient avoir servi de transition, reproduisait assez bien, en effet, la marche habituelle de la méningite. Mais, en remontant au début de la maladie, à ses prodromes et à sa cause, on était détourné de cette idée. La cause était une émotion morale et les premières manifestations morbides des troubles digestifs, et ce n'est qu'au bout de sept ou huit jours que surviennent les phénomènes nerveux, les convulsions, le délire, le coma et la résolution.

Il s'agissait donc ici non d'un état cérébral organique essentiel ou primitif, mais de phénomènes cérébraux purement fonctionnels et sympathiques; en d'autres termes, d'un état ataxique comme on en voit survenir dans le cours de certaines fièvres graves, dans l'affection typhoïde, ou dans le cours d'une pneumonie, d'un érysipèle ou même d'une lésion traumatique quelconque.

Il y avait d'ailleurs ici un autre élément morbide dont il importait surtout de tenir compte, l'ictère, ictère évidemment lié à l'émotion morale qui avait été le point de départ de toute la scène morbide, bien qu'il ne se fût manifesté que le quatrième ou le cinquième jour.

En considération de ces faits, M. Vigla n'hésita pas à rattacher toute la série des phénomènes présentés par cette malade à l'ictère, et à reconnaître dans ce fait un nouvel exemple de cette forme que l'on a qualifiée d'ictère *grave* ou *malin*.

Le pronostic était en conséquence des plus sérieux, et l'on ne fonda que très-peu d'espoir sur la médication, qui fut instituée néanmoins avec une grande énergie. M. Vigla prescrivit : application de sinapismes sur les jambes, sur les cuisses et sur le devant de la poitrine; un large vésicatoire sur la tête, qui devait être pansé ensuite avec la pommade stibiée, l'essai de l'électricité dans le but d'exciter la sensibilité générale et de combattre l'état comateux, et enfin, s'il était possible de faire prendre quelque chose à la malade, une potion avec 4 grammes d'alcoolature d'aconit.

Mais à peine eut-on le temps de mettre en œuvre quelques-uns de ces moyens; les phénomènes allant toujours s'aggravant, la malade ne tarda pas à succomber.

Voici le résultat de l'autopsie :

Tête. — On trouve un peu de sérosité dans l'arachnoïde; le cerveau est très-injecté, ses membranes minces, transparentes, s'enlevant difficilement; les circonvolutions et les méninges ont une teinte rosée; la substance blanche est sablée. Les corps striés sont moins injectés que les circonvolutions; le cervelet est plus mou que le reste de l'encéphale.

Le foie n'offre rien d'anormal à la première inspection. Le canal cholédoque et les canaux cystiques et hépatiques sont perméables dans toute leur étendue. La vésicule biliaire est petite et ne renferme qu'une minime quantité de bile décolorée.

A la partie convexe du foie, il y a une ou deux ecchymoses sous-péritonéales : on trouve les traces d'anciennes adhérences de cet organe avec le diaphragme. Le foie n'est pas très-coloré; il est ferme, sans injection.

Dans les reins, on trouvait une congestion du tissu cellulaire péritonéal. Le rein droit était injecté, arborisé, congestionné; le sang était fourni surtout par le bassinet et par les calices; il existait une ecchymose du tissu cellulaire qui double la membrane du bassinet et des calices; hémorrhagie interstitielle du rein. Rien de semblable n'existait dans le rein gauche.

La rate était d'un volume et d'une consistance ordinaires.

Les poumons étaient ecchymosés à leur surface et un peu congestionnés.

Rien d'anormal au cœur, ni dans l'utérus et les intestins.

(Nous examinerons, dans la *Revue clinique* prochaine, les points d'histoire et de pathologie que soulève ce fait.)

Des éruptions et des eschares de la région sacrée dans les fièvres graves. — Soins et moyens de traitement qu'elles réclament.

En parcourant un de ces jours les salles du service de M. Piorry, à la Charité, nous nous sommes arrêté devant le lit d'une jeune fille en pleine évolution d'une fièvre typhoïde grave. Elle était découverte, couchée sur le côté, et laissait voir sur la région sacrée cette éruption spéciale aux fièvres graves, et qui n'est que le début ou la première période de ces mortifications, de ces eschares profondes qui compromettent si souvent d'une manière directe la vie du malade, indépendamment des autres phénomènes morbides concomitants et de l'état général lui-même, dont elles ne sont qu'une émanation et un symptôme. Cette éruption était formée d'une assez grande quantité de pustules, la plupart ulcérées à leur sommet, et présentant une coloration grisâtre particulière, que nous n'avons pas tardé à reconnaître comme l'effet d'une cautérisation récente par le nitrate d'argent.

Il y a dans ce simple fait tout un enseignement clinique, toute une théorie physiologico-pathologique et tout un ordre d'indications thérapeutiques d'une très-grande importance. Nous ne voulons pas examiner et discuter en ce moment la question, très-intéressante cependant, de la nature et du mode de développement de cette éruption, de ses rapports avec l'affection générale et avec l'altération des liquides de l'économie qui en constitue l'un des principaux phénomènes. Le seul point sur lequel nous désirons appeler l'attention, c'est le fait essentiellement pratique, les indications qui ressortent des diverses phases que parcourt cette éruption, et les moyens de traitement locaux qui leur conviennent.

Bien que nous ne partagions pas, on le sait, la manière de voir de M. Piorry sur les unités morbides, et que nous ne comprenions pas l'affection typhoïde, par exemple, dépouillée de cette unité qui rattache tous ses phénomènes complexes et divers à un fait pathologique initial commun, et comme morcelée en autant d'états anatomo-pathologiques indépendants et existant par eux-mêmes de leur vie propre en quelque sorte ; nous n'en sommes pas moins parfaitement d'accord avec cet honorable professeur sur l'importance qu'il y a, en pratique, à prendre en grande considération chacun de ces états et à les combattre un à un par des moyens appropriés, à défaut d'un remède suffisant pour combattre leur cause commune, et eussions-nous même ce remède.

Parmi ces lésions, ces états secondaires, l'éruption de la région sacrée et la mortification qui en est trop souvent la conséquence, est certainement l'une des plus dignes d'intérêt. Or, personne, que nous sachions, n'a étudié avec plus d'attention cette lésion que M. Piorry, personne n'apporte plus de zèle et plus d'active sollicitude que lui dans les soins minutieux et de presque tous les instants qu'elle nécessite, si l'on veut en prévenir les funestes effets.

Aussi croyons-nous qu'on nous saura gré de rappeler ici, en peu de mots, à l'occasion de cette malade, les principaux résultats de ses recherches sur ce sujet, et particulièrement les préceptes pratiques qu'il a formulés.

Voici, d'après M. Piorry, les diverses phases que parcourt cette éruption depuis son début jusqu'à sa terminaison la plus grave, la mortification complète de tous les tissus de la région sacro-coccygienne.

Dans les premiers jours du développement de l'affection typhoïde, il se déclare vers le sacrum, quelquefois vers la région fessière, ou même un peu plus haut vers la région lombaire, de petites taches rouges, saillantes, d'une forme arrondie, acuminée, dont le sommet ne tarde pas à être surmonté d'une petite phlyctène remplie d'une gouttelette de sérosité lactiforme et qui plus tard prend l'apparence du pus. Lorsque les fèces viennent à être en contact avec ces petites pustules, et que les points qui en sont le siége continuent à être soumis à la pression, on voit cette petite phlyctène se déchirer, la partie sous-jacente devenir grisâtre, noirâtre, se couvrir de fausses membranes, s'élargir, se creuser, se transformer, en un mot, en un ulcère, qui ne tarde pas à prendre les caractères gangréneux et à devenir le point de départ d'une résorption d'éléments putrides qui aggravent la maladie et la précipitent vers la terminaison fatale.

Les diverses phases de cette dermite septicémique, comme la désigne M. Piorry, sont d'ailleurs en rapport avec les divers degrés de l'affection générale, dont elles traduisent la gravité.

Il faut distinguer deux ordres principaux d'indications dans le traitement de l'éruption sacro-coccygienne des fièvres graves et de la mortification ou de l'escharification de cette région, qui correspondent aux deux phases principales de cette série d'accidents, savoir : les indications de la première période ou de l'éruption dont nous venons d'indiquer les principaux caractères, et que M. Piorry désigne sous le nom de dermite septicémique, et celles de la seconde période ou de l'escharification.

Le traitement de l'éruption ou de la dermite septicémique consiste principalement dans de grands soins de propreté. Tant que les petites pustules sont intactes et non ulcérées, elles peuvent être abandonnées à elles-mêmes sans de graves inconvénients; mais, dès que des ulcérations viennent à se former, le premier soin doit être de prévenir le contact de l'air, d'enlever les liquides à mesure qu'ils se déposent, et surtout d'avoir soin que les fèces et les urines ne restent en contact avec les parties altérées. Ici commence la médication active et la série de moyens tant hygiéniques que thérapeutiques recommandés par M. Piorry.

Arrêter les progrès et l'extension de la maladie à son début, empêcher la décomposition putride des parties frappées de mort, prévenir la résorption des matières putrides qui s'échappent des parties mortifiées, favoriser la chute des eschares, protéger les parties contre l'action des corps étrangers; enfin combattre les états généraux qui peuvent précéder, accompagner ou suivre les accidents locaux, telles sont les indications principales que M. Piorry remplit par les moyens qui suivent :

Aussitôt que l'on aperçoit à la peau une tache gangréneuse ou une ulcération présentant à son centre une tache jaune grisâtre avec des bords renversés et d'une rougeur livide, ou qu'une sérosité roussâtre déposée sous l'épiderme forme une tache brune recouverte de vésicules, il cautérise dans tous les cas, et de suite, toute la surface malade. Il agit de même toutes les fois que l'odeur gangréneuse vient à se manifester, ou que la peau devient noire et

insensible. Si le mal est très-superficiel, il se borne à toucher la partie malade avec un crayon d'azotate d'argent, en ayant le soin de l'y laisser appliqué quelques secondes, ou même une minute. Ce caustique a non-seulement l'avantage de détruire les tissus malades, mais encore de former une eschare qui s'oppose au contact de l'air et prévient jusqu'à un certain point la putréfaction des parties sous-jacentes.

Lorsque les plaques frappées de mortification sont plus larges et plus profondes, lorsqu'elles sont entourées d'un engorgement œdémateux de mauvais caractère, et que le mal paraît tendre à gagner les parties voisines et à se propager surtout vers les tissus profonds, M. Piorry substitue à l'azotate d'argent le fer rougi à blanc qu'il porte sur tous les tissus mortifiés, jusqu'à la limite des parties saines.

Les eschares sont-elles formées, M. Piorry cherche à en arrêter la décomposition, soit par la cautérisation, soit en prévenant le contact de l'air, soit enfin en y appliquant des liquides antiseptiques, tels que la créosote, l'alcool, le tannin ou l'oxyde de sodium. Enfin, pour empêcher l'absorption, et partant le transport dans le torrent circulatoire des molécules de détritus organique qui recouvrent les ulcères de cette région, il a recours à des lavages multipliés enlevant incessamment les liquides putrides.

Il se propose encore d'empêcher cette résorption en incisant les eschares et en les détachant des parties adhérentes, non sans prendre soin toutefois d'éviter la déchirure des vaisseaux, ce qui au lieu d'empêcher la résorption, la favoriserait au contraire. Si, malgré ce soin, il survient une hémorrhagie, il revient de nouveau à la cautérisation de la surface saignante avec l'azotate d'argent ou avec le fer rouge et aux lotions aqueuses. Que si l'existence de foyers nécessite de pratiquer une contre-ouverture, la surface de la plaie faite par l'instrument tranchant est cautérisée immédiatement et les parties sont détergées par de nombreuses injections.

La chute des eschares est favorisée par des moyens très-simples, sur lesquels il serait superflu de s'arrêter ici. Mais il est nécessaire d'insister de nouveau, à cette occasion, sur l'importance qu'il y a à ne point exercer des tiraillements trop forts sur les parties mortifiées, afin de ne point produire de dilacérations, et à s'abstenir autant que possible de faire des incisions sur les téguments vivants qui tiennent aux eschares, dans le but d'en favoriser la chute, cette pratique offrant le plus grand danger d'exposer la surface de la plaie à la pénétration des liquides putrides.

Enfin, pour protéger les parties contre l'action des agents extérieurs, M. Piorry a recours à des applications soit d'emplâtres de diachylum, de diapalme ou de toute autre substance emplastique et agglutinative, soit de poudres inertes, telles que la sciure de bois, la poussière de charbon très-fine, la poudre de lycopode, et surtout de quinquina. Il recommande, de quelque poudre qu'on se serve, d'en appliquer une couche assez épaisse pour former un plan très-doux au contact et incapable de produire des frottements douloureux.

Du chlorate de potasse dans le croup, l'angine couenneuse et dans diverses affections diphthéritiques.

Depuis que nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur l'emploi du chlorate de potasse, l'une des médications les plus utiles et les plus efficaces dont la thérapeutique se soit enrichie dans ces dernières années, l'usage de ce médicament tend de plus en plus à s'étendre, et les faits de guérison à se multiplier. Nous avons reçu depuis peu plusieurs communications qui confirment, à cet égard, l'espérance qu'avaient fait concevoir les expériences déjà nombreuses dont les résultats ont été consignés dans ces colonnes. Nous pensons que nos lecteurs verront avec intérêt quelques-unes de ces observations.

M. le docteur Garasse (de Calais) nous apprend que durant une épidémie d'angine couenneuse et de croup qui a régné pendant les derniers mois de 1856 dans plusieurs villes du département du Pas-de-Calais, notamment à Boulogne, Saint-Omer et Calais, il a eu l'occasion d'employer plusieurs fois, et avec la plus grande efficacité, le chlorate de potasse, et de vérifier ainsi l'exactitude des faits que nous avons relatés. Voici, comme spécimen des résultats obtenus par notre confrère, l'observation d'un jeune enfant atteint de croup et uniquement traité par le chlorate de potasse aidé des vomitifs.

« Le 1er novembre 1856, une jeune fille, M. B..., âgée de cinq ans, est prise de symptômes de croup ; appelé en toute hâte par la famille, je trouve l'enfant dans l'état suivant : face rouge, violacée ; respiration fréquente, anxieuse ; agitation, décubitus dorsal impossible, accès répétés de suffocation ; toux et voix croupales caractéristiques ; langue blanche, épaisse ; amygdales, voile du palais et piliers antérieurs tapissés de fausses membranes ; pouls petit, 140 pulsations. Le diagnostic ne me paraissant pas douteux, je prescris 8 grammes de chlorate de potasse dans 1000 grammes d'eau d'orge miellée ; bains de pieds sinapisés. Recommandation est faite aux parents de faire boire l'enfant le plus possible.

» Le lendemain matin, il y a une amélioration peu sensible encore ; la respiration est difficile, et s'accompagne de râles muqueux et sibilants dans la poitrine. L'auscultation du larynx y laisse percevoir comme un bruit de drapeau, principalement à l'expiration ; pouls à 170 pulsations. Je parviens, vers le soir, à détacher, à l'aide de l'extrémité d'un stylet, une plaque membraneuse sur le pilier antérieur gauche du voile du palais. — 4 grammes de chlorate de potasse dans 500 grammes d'eau d'orge ; bain de pieds sinapisé ; tartre stibié, 0,02 centigr.

» Au bout de dix minutes les vomissements se produisent, et l'enfant expulse plusieurs fausses membranes, dont une, déployée, représente exactement la forme d'un Y.

» Le 3, respiration plus facile ; pouls à 120. — On continue le chlorate de potasse ; tartre stibié, 0,02.

» L'enfant ne vomit pas ; plusieurs selles liquides se produisent pendant la journée.

» Le soir, pouls à 100 ; décubitus dorsal possible, quelques râles muqueux dans la poitrine, le bruit de drapeau persiste dans le larynx ; la cavité buccale et le pharynx offrent encore quelques plaques membraneuses de petite dimension, dont deux semblent se détacher. — Chlorate de potasse, *ut suprà* ; tartre stibié, 0,03.

» L'enfant vomit et expulse plusieurs fausses membranes.

» Le 4, la nuit a été calme ; l'auscultation du larynx ne révèle rien que de normal ; respiration libre ; les plaques membraneuses de la bouche ont disparu, les parties qu'elles recouvraient offrent une teinte d'un rouge foncé. — 2 grammes de chlorate de potasse dans 250 grammes d'eau d'orge ; bain de pieds sinapisé ; insufflations dans la bouche de poudre d'alun calciné.

« Le 5, le mieux se continue. L'enfant joue sur son lit, et demande à manger. — Bouillon de poulet ; orge miellée pour boissou ; insufflations d'alun *ut suprà*.

» Le 6, pouls à 80 ; respiration normale. Convalescence rapide. Guérison complète le 12 novembre. »

L'observation suivante nous est communiquée par M. le docteur A. Petit (de Lille). Elle est relative à un cas d'angine pseudo-membraneuse, dont le chlorate de potasse, aidé aussi des vomitifs et de la cautérisation avec le nitrate d'argent, a eu également prompte justice.

Le 14 décembre 1856 au matin, M. Petit fut appelé auprès de la petite G..., âgée de quatre ans, d'un tempérament lymphatique et sanguin, et d'une santé habituelle excellente. Un enfant habitant la même maison était très-malade d'un croup dont il est mort quelques jours plus tard. Le temps depuis plusieurs jours était froid et pluvieux. Cette enfant avait eu pendant la nuit un peu de fièvre, elle se plaint d'un mal de gorge, a des nausées et des vomissements de matières filantes et incolores ; le pouls médiocrement fréquent et un peu dur.

En examinant l'arrière-gorge, on voit le pharynx rouge, et l'amygdale droite augmentée de volume, fait une légère saillie entre les piliers du voile du palais. Pas de trace de fausses membranes. (Prendre par cuillerées à bouche toutes les cinq minutes la potion suivante : — Ipécacuanha, 50 centigr. ; tartrate antimoine de potasse, 3 centigr. ; potion gommeuse n° 1 ; tisane d'orge ; diète.)

Le lendemain, on trouve sur l'amygdale droite des petites taches blanc grisâtre, opalines, enfoncées dans la muqueuse. L'amygdale gauche a augmenté de volume, elle affleure aux piliers. Suivant la méthode de M. Trousseau, M. Petit pratique sur l'amygdale droite une cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent, et fait prendre par cuillerées à café dans les vingt-quatre heures le sirop suivant : — Chlorate de potasse, 4 grammes ; sirop, 40 gr. ; tisane d'orge miellée ; diète.

Le 15 au matin, absence de fièvre, la malade a eu pendant la nuit quelques selles fétides. Les fausses membranes se sont un peu étendues. Sous l'angle de la mâchoire inférieure est un ganglion lymphatique douloureux à la pression. L'amygdale gauche a augmenté un peu de volume. (Cautérisation de l'amygdale droite avec le crayon de nitrate d'argent ; continuation du chlorate de potasse à la même dose ; orge, diète.)

Le 16, il y a eu de nouveau un peu de fièvre pendant la nuit ; l'amygdale droite est augmentée de volume, boursouflée ; l'amygdale gauche est enrobée par une fausse membrane blanc grisâtre, terne, non opaline et très-mince, s'enfonçant derrière le pilier antérieur, et disparaissant derrière l'amygdale. On voit, au fond du pharynx, quelque chose de grisâtre. (Sont-ce des fausses membranes, ou des crachats ?) Il y a un peu de coryza. La respiration est à peine gênée, la voix très-peu enrouée ; point de toux. — Cautérisation avec le nitrate d'argent sur l'amygdale gauche ; continuation du traitement.

Le 17, le boursouflement des amygdales a diminué ; la fausse membrane gauche commence à se soulever par son bord antérieur ; celles du côté droit, d'un gris terne, plus épaisses, ressemblent à du tissu mortifié et infiltré de pus. — Pas de cautérisation ; même traitement.

Le 18, les fausses membranes antérieures du côté droit sont tombées, ainsi que la moitié antérieure de la fausse membrane du côté gauche. Il n'y a plus de coryza. L'enfant demande à manger. — Pas de cautérisation ; continuation du sirop chloraté ; un potage ; orge.

Le 19, toutes les fausses membranes sont tombées ; les amygdales sont toujours gonflées, et semblent taillées à facettes par des ulcérations très-superficielles ; le ganglion sous-maxillaire gêne dans l'action d'ouvrir la bouche. — Application de deux sangsues sur le ganglion ; sirop avec 2 grammes de chlorate de potasse ; potage, orge.

Le 21, le ganglion lymphatique a diminué ; les amygdales sont toujours gonflées. — Porter deux fois par jour avec le doigt de la poudre d'alun calciné sur les amygdales ; supprimer le sirop chloraté ; deux potages.

Le 31, la petite malade est presque entièrement guérie. Les amygdales affleurent aux piliers ; le ganglion a presque entièrement disparu par résolution. — On cesse tout traitement.

Dans les premiers jours de janvier, on apprend que la guérison est définitive.

— Nous avons reçu tout récemment, et depuis ces deux communications, une note de M. le docteur Delpierre, qui renferme plusieurs observations : l'une d'angine couenneuse avec œdème de la glotte, guérie par la cautérisation énergique avec l'acide chlorhydrique fumant et l'administration répétée du tartre stibié, qu'il sera intéressant de rapprocher des faits qui précèdent ; une observation d'angine laryngée œdémateuse, suivie de mort ; et une observation de fièvre typhoïde grave avec production diphthéritique dans toute la cavité buccale, dans laquelle le chlorate de potasse paraît avoir exercé la plus heureuse influence.

Enfin, nous lisons aujourd'hui même, dans un journal de médecine, une intéressante relation d'empoisonnement par l'ammoniaque liquide, et dont un des effets, une abondante sialorrhée, a été heureusement combattu par le chlorate de potasse.

Toutefois, en signalant ces faits comme autant de témoignages en faveur de cette médication, nous n'entendons pas les présenter tous comme des preuves également irrécusables de son action, et moins encore prétendre que le chlorate de potasse soit un médicament sur lequel on puisse toujours compter et que l'on doive préférer dans tous les cas aux autres moyens de traitement. Ainsi, un de nos confrères de Paris, M. le docteur Triquet, nous a récemment confié une observation de croup dans lequel le chlorate de potasse a complétement échoué et qui n'a guéri que par la trachéotomie ; et nous avons nous-même été témoin d'un échec complet dans un cas semblable. Il importe donc de recueillir tous les faits et de tenir compte, surtout dans leur relation, des circonstances qui établissent et démontrent l'action du remède, et de celles qui peuvent en montrer et peut-être en expliquer dans certains cas l'insuffisance. C'est là un travail d'analyse qui ne pourra être fait avec quelque fruit que lorsque les observations seront assez nombreuses et recueillies dans des circonstances assez variées. Nous publierons prochainement l'observation de M. Triquet ainsi que celle de M. Delpierre, et nous saisirons probablement cette occasion de revenir sur cette importante question de thérapeutique.

NOUVELLES APPLICATIONS DE LA GALVANO-CAUSTIQUE.

Dans l'avant-dernière séance de la Société de chirurgie, M. le docteur Broca a donné lecture de l'extrait suivant d'une lettre de M. Middeldorpf (de Breslau). Cette lettre, qui a pour but de faire connaître les nouvelles applications que M. Middeldorpf a faites de la galvano-caustique depuis la publication de son livre, sera certainement lue avec intérêt.

« ...... Depuis 1854, époque où a été publié le livre dont vous avez présenté l'analyse à la Société de chirurgie, j'ai eu l'occasion de pratiquer, au moyen de la galvano-caustique, un grand nombre d'opérations, qui sont venues confirmer tout ce que j'avais dit de cette méthode. Je vous adresse sur ces opérations une note que je serais heureux de pouvoir communiquer par votre intermédiaire à la Société de chirurgie.

» Je me suis plusieurs fois servi des cautères galvaniques pour arrêter les *hémorrhagies* après les opérations pratiquées avec l'instrument tranchant, et notamment après la résection de l'une ou l'autre mâchoire. Deux fois j'y ai eu recours, mais sans succès, contre des *névralgies*. L'une de ces névralgies occupait le nerf sciatique, et j'ai cautérisé l'oreille, comme cela a été conseillé ; l'autre occupait les nerfs dentaires, et c'est sur les gencives que la cautérisation a été appliquée. J'ai pleinement et promptement réussi dans un cas de *gangrène d'hôpital*. Plusieurs *ulcères atoniques*, qui avaient résisté aux autres traitements, ont été guéris par la cautérisation galvanique.

» Le galvano-cautère, qui se manie comme un bistouri, m'a servi à enlever plusieurs *tumeurs carcinomateuses*. J'ai ainsi extirpé sans accident un carcinome fibro-plastique de l'extrémité inférieure du rectum. Deux autres malades, atteints d'épithélioma du rectum ou de l'anus, ont été opérés de la même manière ; l'un d'eux est encore bien guéri, mais l'autre a déjà une récidive. C'est également avec le galvano-cautère que j'ai extirpé un épithélioma volumineux du talon d'un vieillard qui a bien guéri.

» J'ai traité avec succès plusieurs *fistules* par la cautérisation. Mais dans deux cas de fistule lacrymale, j'ai vainement essayé de faire oblitérer le canal naso-lacrymal ; je n'ai pu obtenir une oblitération complète.

» Sur un enfant âgé de quatre ans, et atteint d'hypospadias, j'ai creusé à travers le gland un *urèthre artificiel*. La guérison est complète, et c'est un succès dont je me réjouis.

» J'ai guéri encore par la cautérisation galvanique plusieurs *épulis* et plusieurs *télangiectasies*. Je citerai entre autres une très-volumineuse tumeur érectile de l'oreille d'un enfant, complétement guérie par une seule opération.

» J'ai cautérisé et excisé de la même manière diverses excroissances ou *végétations* de l'anus.

» Deux fois j'ai pratiqué l'amputation de la verge avec une innocuité surprenante. Ces deux observations sont rapportées dans la thèse de M. Kirchner (*De amputationis penis galvano-caustica, comparati cum cœteris hujus operationis methodis*. Breslau, 1856).

» Je rapprocherai de ces deux faits un cas d'amputation du clitoris, nécessitée par une tumeur éléphantiasique du volume du poing.

» J'ai réussi également à extirper complétement, en ménageant les testicules, les cordons spermatiques et la verge, un éléphantiasis vraiment énorme du scrotum. Malgré l'étendue considérable de la plaie, le malade s'est très-bien rétabli.

» J'ai pratiqué deux fois la castration ; l'un de ces deux malades avait une tumeur testiculaire du poids de 3 kilogrammes. Je commençai par couper le cordon au moyen de l'anse coupante galvano-

caustique, puis j'achevai de séparer la tumeur avec le galvano-cautère. (Guérison.)

» Les résultats que j'ai obtenus dans le traitement des polypes des diverses régions me paraissent très-encourageants. Je me bornerai à mentionner trois polypes de l'oreille que j'ai enlevés avec l'anse coupante. Mais j'insisterai davantage sur six nouvelles opérations de polypes naso-pharyngiens que j'ai excisés depuis la publication de mon livre. Ces six opérations ont été pratiquées sur quatre individus, tous en récidive. Trois d'entre eux avaient été opérés une première fois par la galvano-caustique, et j'ai déjà publié le commencement de leurs observations. Le nommé Sacker, sur lequel j'avais fait deux ans auparavant la première application de la méthode galvano-caustique, avait une tumeur assez volumineuse qui s'était reproduite, surtout dans les fosses nasales; afin de couper le pédicule le plus haut possible, je commençai par pratiquer à la racine du nez une ouverture à travers laquelle je fis passer les fils de platine. Cette opération a été décrite dans la thèse de M. Théod. Jahn (*De polypis narium*; Breslau, 1855). Le second malade, nommé Wurche, a subi sa seconde opération dix-huit mois après la première. La tumeur n'occupait que le pharynx, et fut extirpée sans la moindre effusion de sang. Le troisième malade était le nommé Gottfried Kochale, déjà opéré plus de deux ans auparavant. La tumeur récidivée était limitée au pharynx, et je l'enlevai au moyen de l'anse coupante sans répandre une goutte de sang. Le quatrième malade était en récidive, comme les trois autres, et même en seconde récidive, car il avait déjà été opéré à deux reprises par l'instrument tranchant; chaque fois les chirurgiens, pour se faire du jour, avaient commencé par fendre le nez dans toute sa longueur; l'hémorrhagie dans ces deux cas avait été très-considérable, et le malade était resté anémique au plus haut degré. Lorsque cet homme vint me trouver pour sa troisième récidive, sa tumeur était plus grosse que le poing; tous les os de la face étaient écartés; les traits étaient défigurés, et la voûte palatine, considérablement déviée, faisait dans la bouche une saillie hémisphérique. La tumeur occupant à la fois les fosses nasales et le pharynx, je ne crus pas pouvoir l'enlever en une seule séance. Le premier jour, je me contentai donc de passer l'anse coupante autour de la masse pharyngienne, que je coupai d'arrière en avant. Onze jours plus tard, je procédai à la section de la racine nasale; mais, au lieu d'introduire les fils et l'instrument par le nez, je les introduisis par derrière, en les faisant contourner le voile du palais, de telle sorte que l'anse coupa le pédicule nasal d'avant en arrière. Ces deux opérations se firent sans hémorrhagie, et le malade, considérablement soulagé, s'améliora rapidement. Mais je m'aperçus que la racine nasale du polype n'avait pas été entièrement enlevée, et qu'il restait encore plusieurs fragments au niveau de l'implantation. Cette fois il n'était plus possible d'employer l'anse coupante, puisqu'il n'y avait plus de tumeur saillante. Je fis donc construire un galvano-cautère en forme de pelle, à manche très-mince, et, l'introduisant à travers la narine, j'allai détacher directement les derniers restes du polype. Cette troisième et dernière opération fut pratiquée dix-neuf jours après la seconde et trente jours après la première. C'est ainsi que j'ai pu guérir au moyen de la galvano-caustique un individu épuisé qui avait difficilement résisté à une opération sanglante.

» J'ai excisé par la même méthode deux polypes utérins descendus dans le vagin sur deux femmes affaiblies par des hémorrhagies répétées. La guérison a été très-prompte. L'une de ces malades était vierge, et il me fut possible d'introduire les instruments et d'achever la section sans sacrifier la membrane hymen. Mais, lorsque la tumeur fut détachée, il fut très-difficile de la faire passer à travers la vulve.

» C'est encore au moyen de l'anse coupante que j'ai enlevé une énorme tumeur cancéreuse du col de l'utérus. On fit des injections froides pendant l'opération pour empêcher le rayonnement de la chaleur. La plaie se cicatrisa, et la malade, délivrée des hémorrhagies et de la suppuration ichoreuse qui l'épuisaient, reprit promptement des forces. Mais elle mourut plus tard d'une récidive.

» J'ai plusieurs fois employé le cautère à porcelaine pour la cautérisation du col de l'utérus, et ce moyen m'a paru plus commode que l'application du fer rouge.

» Dans un cas de *prolapsus de la membrane urétrale*, chez une jeune fille, j'ai introduit une sonde en gomme dans l'urètre, et j'ai coupé à la fin, au moyen du fil de platine incandescent, la tumeur et la sonde.

» M. Harpeck a rapporté dans sa thèse l'observation d'un malade atteint de *polype du rectum*, et opéré par moi au moyen de l'anse coupante (*De polypis recti*, Breslau, 1855). J'ai opéré de la même manière plusieurs malades atteints de *prolapsus anal*; tous ont guéri, même une jeune fille de dix-sept ans, chez laquelle la tumeur du prolapsus avait une longueur de plusieurs pouces.

» C'est avec le cautère à porcelaine que j'ai cautérisé un grand nombre de bourrelets bémorrhoïdaux. Cette méthode jusqu'ici a été constamment couronnée de succès, et me semble préférable aux autres, sous le rapport de l'innocuité, aussi bien que sous le rapport de la facilité de l'opération.

» J'ai opéré dernièrement, au moyen du séton incandescent, une *pseudarthrose de l'humérus*, qui avait déjà été traitée sans succès par les chevilles d'ivoire de Dieffenbach. J'ai passé un fil de platine entre les fragments, et je l'ai ensuite chauffé au rouge. Il n'est pas survenu d'accidents, mais je ne puis dire encore quel sera le résultat de cette opération.

» Outre les trois thèses que j'ai citées plus haut, il a été soulevé à Breslau, l'année dernière, une dissertation de M. Zande, intitulée *Methodus galvano-caustica et écrasement linéaire inter se comparentur*, Breslau, 1856.

» Vous avez cru devoir faire dans votre rapport, quelques réserves sur la question des pyohémies, et vous vous êtes demandé si la galvano-caustique mettait bien à l'abri de cet accident. Je vous écrirai bientôt sur ce sujet... »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 janvier 1857. — Présidence de M. CHASSAIGNAC.

M. DANYAU présente un enfant né naturellement depuis cinq jours, et qui offre un enfoncement du crâne.

Il n'y a que quinze jours, dit M. Danyau, que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société l'enfant nouveau-né d'une femme rachitique, extrait par la version, et dont la partie antérieure et inférieure du pariétal gauche avait été enfoncée et fracturée par la pression contre la saillie sacro-vertébrale.

Les cas de ce genre ne sont pas excessivement rares; ils ne sont pourtant pas très-communs, et voici que, pour confirmer une remarque tant de fois faite déjà dans les services des hôpitaux, il s'est présenté dans le nôtre, depuis notre dernière communication, un nouveau cas d'enfoncement avec fracture du crâne produit par la même cause, bien que dans des circonstances un peu différentes.

L'enfant que je mets sous les yeux de la Société est le sixième d'une femme de quarante et un ans, dont le bassin vicié n'a que 0m,09 de diamètre sacro-pubien. Cet enfant est né naturellement. Il en a été de même des deux premiers et du cinquième. Ces trois enfants étaient dans de bonnes conditions, et ne présentaient, dit la mère, aucune lésion des os du crâne; ils ont succombé plusieurs mois après leur naissance. Le troisième et le quatrième, extraits à l'aide du forceps, sont nés morts. Peut-être les enfants étaient-ils très-volumineux; peut-être les contractions utérines ne furent-elles pas suffisamment énergiques. Au reste, les renseignements nous font absolument défaut. Ce qui est certain, c'est que dans l'un de ces accouchements, qui eut lieu à la Clinique, l'assistance la plus habile dut être donnée à la femme.

L'enfant que je présente à la Société est né il y a cinq jours, après un travail long dans la première période, très-rapide, au contraire, dans la seconde. Après la dilatation complète de l'orifice utérin, une demi heure de bonnes et vigoureuses contractions a suffi pour l'expulser. C'est cependant un enfant fort, qui ne pèse pas moins de trois kilogrammes et demi, et dont les dimensions sont en rapport avec ce poids un peu au-dessus de la moyenne. Ainsi, la tête a 0,13 dans son diamètre occipito-mentonnier, et 0,12 dans le diamètre occipito-frontal. Le pariétal droit, il est vrai, a été enfoncé et fracturé contre l'angle sacro-vertébral. La dépression qui occupe la partie antérieure et supérieure de cet os a un demi-centimètre de profondeur; au niveau de ses bords, l'os est fracturé. Du fond de la dépression, à la partie inférieure du pariétal gauche, il y a 0m,078.

Quant à l'état de l'enfant, il est des plus satisfaisants. Aucun accident ne s'est manifesté depuis sa naissance, et rien ne fait craindre qu'il en survienne ultérieurement.

Il ne faudrait pas conclure des deux cas que j'ai eu l'honneur de montrer à la Société que l'issue est toujours aussi heureuse. Je rappellerai seulement, pour démontrer le contraire, que dans un mémoire publié en 1843, j'ai fait connaître quatre cas de fracture avec enfoncement des os du crâne chez des enfants nés naturellement, et que dans trois de ces cas, compliqués d'épanchement intra-crânien, les enfants étaient nés morts.

M. GOSSELIN demande si M. Danyau a revu ces enfants, et ce qui arrive de l'enfoncement. Pour lui, après avoir accouché une femme à l'aide du forceps, il constata, chez le nouveau-né, plusieurs fractures de l'occipital accompagnées à la moindre pression d'une crépitation très-sonore. M. Gosselin a pu suivre cet enfant. La consolidation s'est faite, et la tête offre une conformation entièrement régulière.

M. HUGUIER demande s'il s'agit, chez le petit malade présenté, d'une fracture ou d'un enfoncement.

M. DANYAU répond qu'avant d'avoir fait des autopsies, il pensait que dans des cas pareils il s'agissait d'enfoncements simples, mais que les dissections qu'il a faites lui ont toujours révélé l'existence d'une fracture.

M. CAZEAUX. J'avoue que je ne partage pas cette opinion, au moins pour le cas qui vient de nous être présenté, et je suis disposé à croire qu'ici il n'y a pas de fracture. Vous remarquerez, en effet, que la dépression a lieu au niveau de l'angle postérieur inférieur du pariétal, et les saillies que l'on constate semblent appartenir à l'os sain.

Pour ce qui est du pronostic, je crois que cela disparaîtra avec le temps. J'ai vu plusieurs faits pareils qui se sont terminés sans laisser de traces.

M. BROCA. J'ai observé un cas semblable qui s'est terminé par un redressement complet. Une femme rachitique admise à l'hôpital de Lariboisière avait été accouchée deux fois à l'aide du céphalotribe. Il s'agissait de l'accoucher pour la troisième fois. Ayant introduit le forceps, je le fis serrer par plusieurs aides si fortement, que je ne comptais guère amener l'enfant vivant. Il vivait pourtant, mais offrait un enfoncement du crâne avec plaie, causé par l'action de l'instrument. La plaie se cicatrisa, les fragments se relevèrent, et toute déformation disparut.

M. DANYAU répond à M. Cazeaux qu'il existe chez son petit malade un peu d'écartement au niveau de la fracture, qui en masque les bords. S'il n'y a pas fracture à la table externe, au moins en existe-t-il à la table interne. Je ferai remarquer à M. Broca que très-probablement la lésion qu'il attribue à la pression du forceps a été produite par l'angle sacro-vertébral. C'est une règle très-générale.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur L. Ciniselli, chirurgien en chef du grand hôpital de Crémone, adresse à la Société un mémoire sur l'emploi de l'électro-puncture dans le traitement des anévrismes. (Commissaires : MM. Broca, Guérin, Giraldès.)

— M. le docteur C. de Bordes, secrétaire de la Société médico-chirurgicale d'Amsterdam, adresse au nom de la Société la 1re livraison du second tome de ses *Mémoires*, et demande qu'un échange régulier des Mémoires soit fait entre la Société médico-chirurgicale d'Amsterdam et la Société de chirurgie de Paris.

M. LE PRÉSIDENT charge M. le secrétaire d'adresser une lettre de remerciments, et de dire en même temps que la Société de chirurgie sera très-heureuse d'établir des relations suivies avec la savante Académie d'Amsterdam.

— M. Larrey fait hommage à la Société des *Œuvres complètes d'Hippocrate*, traduites par de Mercy.

— M. Giraldès fait hommage de la traduction (par Delpech) du *Traité de l'anévrysme* de Scarpa.

LECTURES.

M. CHASSAIGNAC lit les conclusions de son travail sur l'opération des tumeurs hémorrhoïdales à l'aide de l'écrasement linéaire.

La discussion est ouverte sur cette lecture.

M. HUGUIER. Il y a dans cette discussion deux points, la section linéaire en général, et en particulier l'ablation des hémorrhoïdes à l'aide de l'écraseur.

En juin 1852, j'ai fait construire un serre-nœuds en acier, pour enlever séance tenante un polype utérin formé par l'hypertrophie du tissu propre de l'utérus, polypes qui habituellement sont extrêmement vasculaires, et ne peuvent être enlevés à l'aide de l'instrument tranchant sans un sérieux danger d'hémorrhagie. Le serre-nœud de Græfe en argent s'était faussé entre mes mains.

Pour les hémorrhoïdes, deux fois j'ai employé l'instrument de M. Chassaignac. Une première fois chez un homme, pour une tumeur petite; les choses ont été d'une extrême simplicité. La seconde opération date aujourd'hui de quinze jours, c'était une femme qui portait une tumeur hémorrhoïdale beaucoup plus volumineuse et occupant tout le pourtour de l'anus. L'opération s'est très-bien faite, et n'a été suivie que d'une perte de sang insignifiante. Mais, depuis lors, une rétention d'urine s'est déclarée, laquelle persiste encore aujourd'hui. Cette suite fâcheuse et si persistante m'étonne d'autant plus qu'il s'agit d'une femme.

M. MAISONNEUVE. Il n'est jamais entré dans mon esprit de vouloir en aucune manière déprécier les travaux d'un de nos collègues; et si, dans une précédente séance, en parlant de la méthode qui consiste à diviser extemporanément nos tissus à l'aide d'une ligature, j'ai dit que cette méthode n'était pas nouvelle dans la science, c'est que j'avais la certitude de ne rien avancer qui ne fût parfaitement exact.

En effet, sans remonter bien loin, si l'on ouvre l'un des ouvrages classiques les plus répandus, *le Traité de médecine opératoire* de Sabatier, revu par Dupuytren, on y voit que ce grand maître établit, de la manière la plus nette et la plus précise, à l'occasion de la ligature en général, la distinction entre la ligature qui produit la *section instantanée*, et celle qui produit la section lente ou par gangrène.

« On supplée quelquefois, dit-il, aux instruments tranchants par la » ligature. Celle-ci consiste dans la constriction exercée avec un fil mé» tallique ou non, qui embrasse fortement une partie dans l'intention » de la *couper immédiatement* ou de la faire tomber après l'avoir pri» vée de la vie.

» Il résulte de là, ajoute-t-il avec cette forme magistrale qui lui est » si familière, que la ligature a deux manières d'agir : dans l'une, *les » parties sont divisées comme elles le seraient par un instrument tran» chant qui n'agirait qu'en pressant*; dans l'autre, la constriction ne » fait qu'interrompre la circulation dans les tissus embrassés, et ce » n'est qu'après y avoir déterminé la gangrène qu'elle provoque leur » chute. Il faut avoir sans cesse présent à la pensée, continue-t-il, ces » *deux* manières d'agir des ligatures, soit qu'on étudie leurs effets, soit » qu'on veuille choisir pour *les* pratiquer les moyens les plus convena» bles aux cas particuliers. »

Un peu plus loin, après avoir décrit les divers instruments propres à l'exécution des ligatures : fils métalliques ou autres serre-nœuds divers, etc., il ajoute : « Ces instruments servent à exécuter toutes les » *solutions de continuité que la ligature peut produire*. Il suffit même, si » l'on a affaire à des tumeurs superficielles et pédiculées, telles que » ficus, lipomes à base étroite, susceptibles d'être coupées et de tom» ber aussitôt, il suffit de simples fils de soie, lesquels, semblables au » tranchant d'un bistouri qui n'agirait qu'en pressant, coupent les par» ties en les contondant. »

Cette distinction, qu'on retrouve dans presque tous les ouvrages de médecine opératoire, était donc véritablement classique. Seulement, de ces deux modes d'action des ligatures, *section instantanée* et section lente, le second était considéré comme de beaucoup le plus utile; l'autre n'était recommandé que pour les tumeurs dont les vaisseaux peu volumineux n'ont pas besoin pour s'oblitérer d'une puissance hémostatique énergique et prolongée.

Cependant, il faut en convenir, la ligature comme moyen de division de nos tissus était singulièrement délaissée, quand Mayor (de Lausanne) s'efforça d'en généraliser l'usage; on peut même dire qu'il apporta à cette œuvre de toute sa vie une sorte d'acharnement. Comme tous les chirurgiens ses prédécesseurs, il accorda, il est vrai, une préférence marquée à la ligature par étranglement, sur la ligature par écrasement; mais les efforts qu'il fit pour multiplier les applications de ligature en général, les perfectionnements notables qu'il apporta aux procédés usités de son temps, s'appliquent d'une manière évidente à l'une et à l'autre méthode.

C'est ainsi que dans son mémoire sur la ligature en masse, après s'être étendu avec détails 1° sur le choix du fil, « qui, dit-il, ne saurait » jamais être trop fort et devra être formé de cordons de soie écrue » d'une grosseur plus ou moins considérable, de fils de platine ou » d'argent d'un diamètre convenable, ou de quelque chose de mieux » encore, s'il y en a »; 2° sur le choix d'un tube constricteur, « qui » de préférence sera en métal et de calibre varié, suivant les circon» stances »; sur la machine à serrer, « qui sera ou bien un des tourni» quets ordinaires usités en chirurgie, s'il s'agit de grosses tumeurs, » ou bien une espèce de treuil ou cabestan, ou bien enfin un simple » cylindre en bois », cet auteur ajoute « que, par le fait même du mé» canisme, l'anse de la ligature, attirée violemment sur le bout du tube, » serait forcée d'y entrer si elle n'embrassait pas un corps étranger, » et qu'alors c'est celui-ci qui se trouve pressé et comme écrasé contre » le tube par le lien constricteur.

» C'est ainsi, continue-t-il, que peut s'opérer une constriction gra» duée qu'il est facile de porter à l'extrême. Elle est capable d'étran» gler en peu d'instants un pédicule assez volumineux, de déchirer » promptement les tissus, de les *couper* même de la même manière » que le marchand de savon coupe ce dernier avec le fil métallique.

» D'autres fois, ajoute-t-il, s'il s'agit de tumeurs arrondies, on peut, » après avoir incisé la peau, les entourer d'un lien constricteur, et » celui-ci, formé d'un cordon passablement épais, pour propre, par con» séquent, à couper un corps sphérique, poussera la tumeur devant lui » et déchirera bien plus tôt le tissu cellulaire et les parties adjacentes,

» qui sont d'ordinaire moins denses et moins résistantes que la tumeur » elle-même ; il arrivera, de cette manière, que le corps étranglé, libre » par devant au moyen de la section de la peau, pourra être expulsé » comme un noyau de cerise. »

Un peu plus loin, le même auteur, posant les règles de la ligature en masse, dit : *« Poussez d'abord la constriction aussi loin que vous le » pourrez sans risquer de rompre le lien.* Par ce moyen, vous détachez » ou disséquez la tumeur, si elle est entourée de tissus mous et faciles » à rompre ; ou bien vous l'étranglez, aussitôt vous la privez de ses » moyens d'existence, si elle est formée au contraire de tissus durs, » résistants, difficiles à pénétrer ou à comprimer. »

Comme on le voit, entre les mains de Mayor, la ligature par écrasement *avait déjà pris une extension remarquable.* Mais en perfectionnant les moyens de constriction, en leur donnant surtout plus de puissance, on pouvait étendre plus loin encore son domaine ; c'est ce qu'a fait en partie notre collègue dans son *Traité de l'écrasement linéaire.*

Je dirai plus ; elle était, selon lui, le but auquel devait tendre le chirurgien, mais que l'insuffisance seule des moyens de constriction ne permettait pas d'atteindre toujours. Cette insuffisance n'empêchait pas cependant Mayor de donner à ce qu'il appelle sa nouvelle méthode le nom de *Nouvelle méthode d'amputation*, et d'en préconiser l'usage pour l'extirpation complète de la langue, pour son amputation partielle ; pour la ligature des paquets d'hémorrhoïdes ; pour l'extirpation des tumeurs érectiles ; pour l'extirpation des goîtres : pour l'amputation de la verge, pour celle des polypes utérins ; et même, à ce sujet, il plaisante sur les serre-nœuds de son temps, qui, dit-il, pourraient à la rigueur suffire à cette facile besogne, tout en recommandant son *constricteur* à ceux qui tiendront *à expédier promptement* la destruction de ces tumeurs.

Il est à regretter seulement que des deux procédés admis dans la science pour opérer l'écrasement linéaire, ce soit justement le moins avantageux qu'il ait choisi pour base de ses travaux. En effet, d'après ce que nous venons de voir, la ligature par écrasement peut être exécutée de deux manières : ou bien par la constriction simple de la ligature, ou bien par la pression beaucoup plus puissante de ce lien lui-même contre l'anneau du serre-nœud. Or, dans l'instrument de M. Chassaignac, le lien constricteur formant un anneau complet avant de rentrer dans son tube, c'est seulement suivant le premier mode qu'a lieu la constriction ; ce qui fait que notre collègue, pour donner à son instrument une puissance suffisante, s'est trouvé dans la nécessité d'adapter exclusivement la chaîne articulée, qui est bien loin de se prêter aussi facilement que les ligatures ordinaires aux diverses exigences de la pratique. D'une autre part, si l'on considère que le mécanisme à cliquets adopté par M. Chassaignac pour son serre-nœud est de beaucoup inférieur comme puissance, comme régularité d'action et comme facilité de manœuvres à la vis du serre-nœud de Graeffe, on comprendra que la supériorité du serre-nœud de M. Chassaignac sur les serre-nœuds ordinaires ne tient en réalité qu'au volume de cet instrument. Or, en donnant plus de volume aux serre-nœuds anciens, non-seulement on obtient le même résultat, mais encore on arrive, à volume égal, à un degré de puissance beaucoup plus considérable, comme on peut s'en assurer en jetant les yeux sur le serre-nœud que j'ai l'honneur de soumettre à la Société, et qui, construit sur le principe du serre-nœud de Græffe, permet d'opérer la constriction et l'écrasement des tissus les plus résistants avec les ligatures les plus usuelles, tels que cordon de soie ou de chanvre, fils de fer, d'argent, de laiton ou de platine.

Ainsi donc, pour me résumer :

1° La ligature par écrasement, ou l'écrasement linéaire, était depuis longtemps connue dans la science et décrite dans les livres classiques.

2° Ses applications se sont étendues à mesure que les moyens de constriction se sont perfectionnés.

3° Mayor (de Lausanne) est un de ceux qui ont fait le plus d'efforts pour généraliser cette méthode.

4° M. Chassaignac lui a fait faire un nouveau progrès en donnant plus de volume et, partant, plus de force aux instruments constricteurs, quoique, sous le rapport de son mécanisme, l'instrument qu'il a adopté soit inférieur aux instruments déjà connus.

M. CHASSAIGNAC. Je vous prie de remarquer, messieurs, que si la question qui s'agite en ce moment a été placée sur le terrain de la chirurgie instrumentale ou des luttes de priorité, ce n'est pas moi qui lui ai donné ce caractère. Je connais votre éloignement pour les discussions de ce genre, qui sont plus industrielles et personnelles que scientifiques.

Toutefois, puisque par une insistance fatigante et peu habile, on me force à prouver, pièces en main, la fausseté des allégations produites à cette tribune, je vais citer les textes auxquels il a été fait allusion.

Prenons d'abord le serre-nœud de Mayor (fig. 23, pl. II, de la *Chirurgie simplifiée*) ; c'est ce petit instrument connu de tous les chirurgiens, et dont les plus simples notions d'histoire de la chirurgie auraient suffi pour montrer l'origine. De quoi se compose-t-il? D'un tube métallique, de petites boules ressemblant à un chapelet, d'un treuil ou tourillon.

Eh bien, le tube appartient à Fallope, le chapelet à Roderic, et quant au treuil, je ne pense pas qu'on en fasse honneur à l'invention de Mayor.

Voilà pour l'instrument. Voyons la méthode.

Je cite textuellement. Si je procédais par affirmations, sans preuves, je pourrais être accusé de mauvaise foi, surtout s'il s'agissait de dépouiller quelqu'un de ce qui lui appartient.

T. I, p. 468 de la *Chirurgie simplifiée* : « ... Un seul lien, quand il est bien appliqué, peut faire *sphacéler* une énorme tumeur... L'étranglement par un vigoureux constricteur ne tarde pas à enrayer la circulation dans la tumeur et à lui donner l'aspect, l'odeur et le froid qui caractérisent la *gangrène.* »

C'est donc bien positivement par *sphacèle*, par *gangrène* que Mayor fait tomber les parties qu'il embrasse dans son serre-nœud.

Dans tous les cas sans exception, l'écrasement linéaire fait tomber la tumeur sur-le-champ.

T. I, p. 471 : « Ai-je besoin de dire qu'il faut *toujours découvrir* la tumeur avant de l'étrangler ? Car on ne la lie *jamais* sur les téguments. »

Et plus bas :

« On fera toujours aux téguments, suivant les règles de l'art, les incisions nécessaires pour pouvoir *disséquer*, isoler et mettre *largement* à nu le corps qu'on veut lier. »

Comment, après des déclarations aussi explicites, peut-on assimiler un procédé qui fait une aussi large part à l'instrument tranchant, à une méthode qui l'exclut d'une manière positive.

Pour Mayor, l'agent de constriction c'est un *fil* (soie, argent ou platine) ; pour l'écrasement linéaire, c'est une *chaîne* à pièces articulées.

De ce que dans l'un ou l'autre cas on veut exercer une forte constriction, conclure à l'identité des instruments et de la méthode, c'est quelque chose d'aussi étrange que d'assimiler entre eux tous les instruments de la litbotritie, par cela seul qu'ils ont pour objet le broiement d'un calcul.

(T. I., p. 462).... « La plaie ne tarde pas à se déterger, et les téguments qu'on aura eu soin de *disséquer* préalablement.

Ainsi dissection préalable, emploi du bistouri dans le système de Mayor, tandis que dans l'écrasement rien de semblable. Pour exemple, je citerai l'amputation du sein. Je fais passer sous la tumeur au moyen d'un trocart, une chaîne qui la divise en deux moitiés ; chaque moitié est enlevée ensuite avec le seul secours de la chaîne, il n'y a donc intervention du bistouri ni au commencement ni à la fin de l'opération.

Je sectionne toujours sur-le-champ et j'attends un fait, un seul où il soit établi que Mayor ait jamais, avec son serre-nœud, opéré la section immédiate.

S'agit-il de l'amputation d'une moitié latérale de la langue, voici ce que dit Mayor, p. 494.

« On commencera par *séparer* la moitié malade au moyen d'un trait de *bistouri*..... »

Tous ceux qui ont bien voulu prendre connaissance de mon livre savent très-bien que dans aucun des procédés que j'ai proposés pour l'amputation, soit partielle, soit totale de la langue, je ne fais absolument aucun usage du bistouri.

Pour les hémorrhoïdes, voici le texte de Mayor : « Après avoir soumis les parties à une facile et forte constriction, elles se sphacèlent en *24 ou 36 heures*..... »

Vous comprenez tout ce qu'a de pénible la position du patient, obligé de garder pendant 24 ou 36 heures l'instrument de son supplice, et qui, au bout de ce temps, ne se trouve même pas encore débarrassé de sa tumeur.

Dans l'écrasement, au contraire, c'est au bout de 9, 10 ou 12 minutes au plus que la chute du bourrelet hémorrhoïdal le plus volumineux s'accomplit, sans s'accompagner de la moindre trace de sphacèle, ce complément obligé de l'emploi du serre-nœud.

Si nous tenons compte des résultats cliniques, en regard d'un nombre considérable d'observations publiquement recueillies, les procédés de Mayor ne sont pas démontrés cliniquement par une seule observation complète et authentique.

Je me trompe, il en existe une, et c'est un modèle dans le genre de ces exécutions que des hommes connus pour le peu de solidité de leur jugement, prennent pour le beau idéal de la chirurgie.

Le fait est rapporté p. 454. Il a pour sujet une jeune fille ayant un goître peu volumineux. Incision longitudinale ; hémorrhagie épouvantable qui arrête net l'opérateur ; lien passé sous la tumeur, un premier, un deuxième, un troisième, et les jours suivants, un quatrième. Bref, dit en terminant l'opérateur, je ne réussis qu'après avoir rompu mon fil à plusieurs reprises, et *tourmenté* longtemps ma malade..... je le crois bien.

Voilà ce qu'on a osé présenter comme un exemple d'ablation de goître par l'écrasement linéaire.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. BROCA montre un doigt atteint d'éléphantiasis dont il a fait l'extirpation. L'opéré est mort d'infection purulente. La dissection ne montre qu'une hypertrophie considérable de la couche sous-cutanée.

Cancer du col de l'utérus enlevé à l'aide de l'écraseur linéaire. — M. DEMARQUAY présente une tumeur du volume du poing ; elle est formée par le col de l'utérus dégénéré.

L'observation de la jeune femme qui a subi cette opération est intéressante. Elle est âgée de vingt-huit ans, avait toujours eu une santé parfaite, lorsque, il y a six mois, elle a commencé à souffrir dans le bas-ventre et à éprouver des hémorrhagies utérines graves. Les médecins appelés à lui donner des soins constatèrent une altération du col, pour la guérison de laquelle on fit des cautérisations répétées. Le mal faisant des progrès, la malade vint à Paris, et fut confiée aux soins de M. Demarquay, qui a reconnu un cancer énorme du col utérin, saignant au moindre contact, mais parfaitement indépendant des parties voisines ; il avait en quelque sorte la forme d'un chou-fleur, dont la continuité avec le corps de l'utérus était délimitée par une espèce de col. Le toucher n'était point douloureux, mais il occasionnait une perte de sang considérable.

Le doigt pénétrait facilement au milieu de la masse cancéreuse, et en amenait des fragments au dehors. M. Demarquay, après avoir pris l'avis de M. Monod, se décida à enlever la tumeur à l'aide du ligateur linéaire.

Des pinces-érignes furent implantées dans la partie saine du col. L'utérus fut ainsi abaissé et la chaîne d'un écraseur placée au-dessus des érignes. En moins de trois minutes cette masse était enlevée en présence de M. Monod. M. Demarquay ne donna point de chloroforme à cause de la faiblesse de la malade. Aucune hémorrhagie n'eut lieu ni pendant ni après l'opération. La malade a bien guéri, quant à présent. Il s'est passé depuis cette opération un fait assez curieux : l'écraseur avait fait une large plaie au fond du vagin, au centre de laquelle on sentait l'utérus. Il n'y avait plus vestige du col. A mesure que la plaie se cicatrisait, on voyait en quelque sorte renaître le museau de tanche. Maintenant que la malade est guérie, il y a un petit col utérin qui s'est reformé.

Le deuxième secrétaire, A. RICHARD.

SIROP PECTORAL CALMANT.

Sirop de baume de Tolu.	200 grammes
Sirop de fleurs d'oranger.	100 —
Extrait thébaïque.	15 centigr.
Extrait de belladone.	15 —

F. S. A. par simple solution et filtration au papier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêtés du 20 janvier 1857, M. le docteur Bertulus, professeur suppléant attaché à la chaire d'anatomie et de physiologie de l'Ecole préparatoire de Marseille, est nommé professeur adjoint de clinique interne près de ladite Ecole, en remplacement de M. d'Astros, dont la démission est acceptée.

M. le docteur Pirondi est nommé professeur suppléant près la même Ecole ; il sera attaché en cette qualité à la chaire d'anatomie et de physiologie en remplacement de M. Bertulus.

— Par décret du 21 janvier 1857, M. le docteur Auguste Duméril est nommé professeur de zoologie (reptiles et poissons) au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Duméril père, démissionnaire, et nommé professeur honoraire.

— Le jury du concours pour deux places de médecin au Bureau central, qui doit s'ouvrir à Paris le 11 février prochain, vient d'être nommé. Il se compose de MM. Bouchut, Becquerel, Legendre, Piedagnel et Guersant, *juges titulaires*, et de MM. Piorry et Jarjavay, *juges suppléants.*

— L'un des plus vénérables médecins de la province, M. le docteur Roux (de Nîmes), père de notre confrère M. le docteur Louis Roux, vient de mourir dans cette ville, à l'âge de quatre-vingt-cinq ans. M. Roux, ancien médecin des armées, exerçait depuis longues années la médecine à Nîmes, où il avait su se concilier la confiance et l'estime de ses concitoyens, ainsi que l'affection et le respect de tous ses confrères. Il a laissé divers mémoires sur plusieurs sujets de médecine pratique, notamment sur la peste, les ophthalmies, les fièvres intermittentes, la dyssenterie, etc. Il était membre de l'ancienne Société académique des sciences, qui siégeait au Louvre, et de la Société de médecine pratique de Paris. Les journaux du Midi témoignent des regrets universels que sa mort a inspirés dans le pays.

SOUSCRIPTION

en faveur des veuves et des orphelins des médecins et pharmaciens de l'armée et de la flotte morts en Orient.

Sommes nouvelles reçues par M. le docteur MAHEUX, *secrétaire de la commission.*

Souscription ouverte dans les bureaux de l'*Union médicale de la Gironde*, à Bordeaux, 380 fr. ; souscription envoyée par la Société de médecine et de pharmacie de Poitiers, 100 fr.

Sommes reçues par M. le docteur SENARD, *membre de la commission.*

Souscriptions des officiers de santé présents à Cherbourg, 123 fr. 20 c. souscriptions des chirurgiens de la division navale du Levant, au Pirée : MM. Villette, chirurgien de 1re classe, 30 fr. ; Géry, id. de 2e classe, 10 fr. ; Combe, id. de 3e classe, 10 fr. ; Paul, id., id., 10 fr. ; Tousseux, id., id., 5 fr. ; Henseling, id., id., 10 fr. ; Aube, chirurgien auxiliaire de 2e classe, 5 fr. ; Cordier, id. de 3e classe, 5 fr. ; Reymonenq, id., 5 fr. Souscriptions recueillies par la *Revue des Médecins des Armées*, 25 fr. ; souscriptions recueillies par l'*Abeille médicale* jusqu'au 5 janvier, 55 fr. ; souscriptions recueillies par la *Gazette médicale de l'Algérie*, 195 fr ; souscription ouverte par le *Journal de médecine de Bordeaux*, 100 fr. ; souscription ouverte parmi les membres de la Société de pharmacie de Nantes, 110 fr. ; souscription envoyée par l'Association de prévoyance des médecins du Rhône, 100 fr. ; souscription envoyée par la Société de médecine de Lyon, 100 fr. ; souscription ouverte dans le sein de la Société médicale de la Rochelle, 147 fr. ; souscription organisée dans le département de la Moselle par les soins de M. le docteur Scoutetten, médecin principal à l'hôpital militaire de Metz, 735 fr.

Souscriptions nouvelles reçues au bureau de la *Gazette des Hôpitaux* : MM. Raichon, médecin-major aux zouaves de la garde, 10 fr. ; Mouret, méd. a.-maj., id., 5 fr. ; Chocus, D.-M. à Attéchy, 10 fr. ; Bourjeaurd, D.-M., 20 fr. ; Maubec, D.-M. à Paris, 20 fr. ; Chauvin, D.-M. à Pontvallain (Sarthe), 5 fr. ; Guérignon, à Courtenay, 5 fr. ; Lhommée, ancien chirurgien militaire, à Saint-Dié, 5 fr. ; P. Aronssohn, D.-M. à Strasbourg, 5 fr. ; J. Aronssohn, aide-major au 9e de ligne, 5 fr. ; collecte recueillie par les soins de MM. Liandon et Begon, méd. au 2e régiment de chasseurs à cheval, au Mans, 34 fr. 75 c. ; Rennes, D.-M. à Bergerac, 10 fr. ; Cayla, id., 10 fr. ; Renoule, pharmacien, 5 fr. ; Lecomte, méd.-major au 4e d'artillerie, 5 fr. — Total, 454 fr. 50 c.

Le total général des sommes reçues jusqu'au 20 janvier 1857 s'élève à 20,674 fr. 75 c.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères. Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Manuel de pathologie et de clinique médicales, par M. Ambroise TARDIEU, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière, etc. 2e édit., corrigée et augmentée. Un vol. gr. in-18 de 792 pages. Prix, 7 fr.

Commentaires historiques, critiques et pratiques sur la suette, par M. Marc BROCHARD, docteur en médecine des Facultés de Halle et de Paris, médecin-adjoint de l'hôpital Saint-André de Bordeaux. Brochure in-8° de 1,000 pages. Prix : 1 fr. 50 c. — Ces deux ouvrages se trouvent chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Sens.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois moi 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 FÉVRIER 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

Considérant, d'une part, que la présence du sucre dans l'économie est indispensable à l'entretien de la vie, et d'autre part, que les malades affectés de diabète perdent d'énormes quantités de sucre, et « que par conséquent les priver, dans » ces conditions, de substances sucrées, c'est leur ôter les » moyens de réparer les pertes qu'ils font sans cesse d'un » principe utile, » M. Piorry a conçu l'idée de combattre cette affection par une médication toute différente, à certains égards du moins, de celles qui ont été mises en usage jusqu'ici. Cette médication consiste à faire prendre tous les jours aux malades une certaine quantité de sucre, à les nourrir de viande et à les priver de boissons.

S'il faut s'en rapporter aux théories admises sur le rôle du sucre dans l'économie et sur les causes du diabète, il serait difficile de concilier l'idée de M. Piorry avec l'idée que l'on se fait généralement des phénomènes de la glycosurie. Ainsi, on comprendra difficilement comment, lorsque sous l'influence d'une perturbation fonctionnelle encore mal déterminée, le sucre de l'économie, au lieu d'être brûlé dans les poumons, s'échappe tout entier par les émonctoires urinaires, l'ingestion d'une nouvelle quantité de sucre pourrait avoir pour double effet de diminuer la quantité de sucre éliminé et de réparer les pertes éprouvées.

A cela, il serait aisé de répondre qu'au lieu d'objecter la théorie au fait, c'est le contraire qu'il faudrait faire, et que de la réalité du fait il faudrait conclure à l'insuffisance de la théorie. Sans doute il devrait en être ainsi, mais à une condition : c'est que le fait fût complet, exactement observé dans toutes ses conditions, et rigoureusement analysé dans tous ses éléments. Or, nous ne sommes à même de juger que très-imparfaitement de ces diverses conditions par l'analyse un peu sommaire de l'observation rapportée dans le *Compte rendu*. Comment, par exemple, discerner dans le résultat la part qui revient à l'action du sucre ingéré et celle qui appartient au régime auquel le malade a été soumis? Tout au plus pourrait-on conclure de ce fait que, malgré l'ingestion d'une certaine quantité de sucre, la quantité absolue de sucre excrété a diminué. Du reste, nous devons nous hâter d'ajouter que M. Piorry n'a nullement prétendu que ce fait dût éclairer tout ce qu'il y a d'obscur encore dans l'histoire et le traitement du diabète; il le présente simplement pour prendre date et comme un essai qui a besoin d'être poursuivi avant d'en tirer une conclusion quelconque.

M. Ancelet a pensé qu'il pourrait être avantageux, dans quelques circonstances, de remplacer les injections médicamenteuses liquides que l'on pratique dans les plèvres à la suite de la thoracentèse, par des injections gazeuses, qui auraient sur celles-ci l'avantage, grâce à la force d'expansion des gaz, de se mettre plus facilement en rapport avec toute l'étendue de la surface séreuse qu'on se propose de modifier, sans toutefois opposer l'expansion du poumon une résistance insurmontable.

Quelque rationnelle que puisse paraître cette idée, M. Ancelet a eu la sagesse de la soumettre à l'expérimentation sur des animaux avant de songer à en faire l'application sur l'homme. Mais les expériences faites sur des animaux sains n'ont permis d'apprécier que très-incomplétement les effets des injections gazeuses dans les plèvres ; le seul fait qui en soit ressorti, c'est l'innocuité des fumigations iodées. Ce sont donc des expériences à continuer et dont les résultats seront dans tous les cas utiles à consigner, surtout si l'auteur pouvait parvenir à les faire dans des conditions approchant de celles où il serait indiquée de les faire sur l'homme.

L'Académie a reçu dans cette même séance une communication de M. Guillet sur un point de physiologie peu exploré jusqu'ici : savoir la détermination des quantités d'air dépensées pour la production des sons de la voix, dans la parole ou le chant. L'idée de cette étude lui a été inspirée par son spiromètre, qui lui en fournissait naturellement les moyens. On trouvera dans le compte rendu quelques-uns des résultats généraux auxquels ces essais l'ont conduit.

Nous mentionnerons enfin, parmi les communications relatives à la médecine, commuuications assez nombreuses, comme on le voit, dans cette séance, le court exposé des modifications que MM. Deleuil ont fait subir à l'appareil électro-magnétique de M. Duchenne (de Boulogne). — Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Orchite chronique.

(Leçon recueillie par M. J. BIEBUYCK.)

Au n° 27 de la salle des hommes, est couché un malade portant une affection ancienne du testicule. Cette affection, obscure dans ses manifestations morbides, présentait d'assez grandes difficultés de diagnostic. Cependant, la discussion successive des signes propres aux diverses tumeurs du testicule a fait voir qu'il s'agissait ici d'un cas très-curieux, en ce qu'il offre un exemple d'une maladie rare et mal étudiée jusqu'ici : je veux dire l'engorgement chronique du testicule.

Cogner (Charles), âgé de vingt-six ans, paraît très-robuste. Il exerce une profession qui exige beaucoup de force : il est bateleur. Son principal exercice consiste à manœuvrer une de ces grosses boules pesant vingt-cinq à trente livres, et qu'il fait monter avec les pieds sur un plan incliné.

Il y a environ quatre ans, il contracta une chaude-pisse. Cette circonstance est bonne à relater, car elle n'est probablement pas tout à fait étrangère à la maladie qu'il porte aujourd'hui. Cette chaude-pisse dura quatre semaines à peu près, et fut suivie d'une épididymite. Depuis cette époque, le testicule est toujours resté gros, et le malade, quoiqu'il n'ait pas eu de nouvelle blennorrhagie, a constamment éprouvé un peu de douleur en urinant; puis cette douleur est devenue plus vive ; enfin il lui est arrivé quatre ou cinq fois depuis de rendre quelques gouttes de sang à la fin de la miction.

Il y a un mois environ, une violence extérieure est venue s'ajouter à son mal. Dans l'établissement où il est, on montre des animaux. Il était occupé à soigner une autruche, lorsque tout à coup celle-ci lui lança un coup de pied dans la région hypogastrique. Un coup de pied d'un pareil animal peut certainement produire des accidents graves : aussi notre malade n'hésite-t-il pas à attribuer à ce coup la recrudescence de son mal. Il ajoute qu'il y a un an il a fait une chute où les bourses ont été atteintes. Tout cela doit être pris en considération quand il s'agit d'une affection testiculaire obscure comme celle-ci. Je dis obscure, et il sera aisé de s'en convaincre par l'examen des parties affectées.

Le testicule droit (c'est le seul côté malade) a augmenté de volume, mais dans des proportions peu considérables : il n'a pas tout à fait la grosseur d'un œuf de poule. Au premier abord, il paraît assez régulier ; mais si on le palpe avec soin, si on cherche à découvrir ses divers accidents de formes, on reconnaît bientôt qu'il n'est pas d'une régularité parfaite. Sa consistance n'est pas non plus tout à fait uniforme : il y a des parties plus dures; d'autres sont plus molles. Cependant il est impossible de bien délimiter les parties dures, engorgées. Avec la plus grande attention et la plus grande persévérance dans ces recherches, on n'arrive point à dissiper ces doutes. Il y a des noyaux engorgés dans l'épididyme; il y en a également dans le corps du testicule, et il est impossible d'établir une démarcation entre les parties engorgées et celles qui ont conservé leur consistance normale. A la partie antérieure, on trouve une petite dépression plus molle que tout le reste de l'organe, dépression qui pourrait loger l'extrémité du petit doigt. A cette plus grande souplesse et au cercle induré qu'on sent tout autour, il est facile de reconnaître une éraillure de la tunique vaginale. Les cordons sont souples et non réunis par une infiltration plastique. La sensibilité du testicule est légèrement augmentée; en comprimant, même médiocrement, on ne tarde pas à produire de la douleur. Cette compression médiocre est moins bien supportée que du côté sain.

Qu'est-ce donc que cet engorgement datant de trois ans et demi? Ce n'est certes pas là la marche de l'orchite blennorrhagique. L'orchite blennorrhagique a existé comme point de départ, mais on ne peut pas admettre qu'elle ait persisté pendant trois ans et demi.

Je me suis demandé si nous n'aurions pas affaire à une hypertrophie testiculaire. Et en effet, les symptômes de cette hypertrophie testiculaire ressemblent assez bien à ceux que nous observons chez notre malade. Mais l'hypertrophie du testicule est ordinairement double; ensuite elle diffère encore de ce que nous avons ici par l'invariable uniformité de sa consistance. De plus, elle est excessi-

FEUILLETON.

Histoire de deux parasites. — Une pile sèche. — Le télégraphe transatlantique et la vérification des dépêches télégraphiques.

Avez-vous vu quelquefois, dans une soirée de juin, voltiger au milieu des blés un insecte qui ressemble beaucoup à un cousin jaune? Ce petit animal est pour nous un ennemi sérieux qui s'attaque à un de nos aliments de première nécessité, et qui parfois a causé de grandes famines. Mais je veux vous dire l'histoire de ce terrible destructeur du blé, qui vient d'être — de la part d'un savant observateur, M. Chapelle — l'objet d'une communication à la Société d'agriculture de la Charente.

Quand le temps est couvert ou que la nuit approche, on voit se détacher de la partie inférieure des tiges de blé — où il s'était tenu pendant le jour — un petit insecte qui prend son vol et va se poser sur les épis. C'est la *cécidomyie du froment* (*cecidomyia tritici* de Latreille). Elle est jaune, et rappelle assez bien la forme du cousin. Elle présente antérieurement une petite antenne; en arrière, elle est dotée d'une longue tarière d'une si grande ténuité, qu'on la dirait formée par un fil de ver à soie. Un corps de deux millimètres, des yeux noirs, très-grands, très-visibles ; enfin des ailes longues et transparentes, constituent les caractères suffisants pour reconnaître notre individu.

La cécidomyie fuit la lumière et ne se livre à ses courses que le soir. Elle va se poser sur un épi de froment — jamais sur celui de seigle — et là, au moyen de sa tarière, qu'elle glisse entre la glume et l'épillet, elle dépose ses œufs à l'endroit même où le grain doit se développer. Cette petite opération se fait toujours avant la floraison ; car à ce moment l'insecte terminé sa ponte, et les œufs ainsi protégés donnent alors naissance à des larves qui doivent exercer de terribles ravages. Placées au centre même de l'épi, ces larves, qu'on trouve quelquefois au nombre de vingt ensemble, se livrent à leurs banquets de parasite. Bientôt on voit l'épi passer du vert au jaune ; et si l'on veut rechercher le grain, on trouve quelques monstres contournés, amaigris, bosselés, et souvent même, si les larves se sont réunies en trop grand nombre, on ne trouve pas même ce grain dénaturé.

Leur œuvre de destruction une fois terminée, les larves de la cécidomyie descendent jusqu'à terre, et se creusent un petit abri. Elles y passent l'été, l'automne et l'hiver, dans un état de torpeur et d'immobilité complète. Mais bientôt les chaleurs du printemps les trouvant complétement développées, les larves commencent leurs métamorphoses; on les voit nymphes, et enfin insectes ailés, les cécidomyies recommencent cette série d'actions que nous venons de passer rapidement en revue.

On se rend facilement compte des funestes ravages que ce méchant parasite exercerait si à côté de lui ne s'était trouvé un autre insecte, qui doit non-seulement le gêner dans ses opérations, mais qui, lui aussi, en véritable parasite, doit se nourrir de la propre substance de la cécidomyie.

En effet, après s'être considérablement multiplié pendant les deux ou trois premières années de son apparition, on est tout étonné de voir notre animal destructeur disparaître peu à peu. C'est qu'à mesure qu'il se développait, son ennemi se développait aussi près de lui.

On voit, non plus le soir, mais dans le milieu du jour, un insecte entièrement noir, aux pattes fauves, se déposer comme la cécidomyie sur les épis de blé. Nees lui a donné le nom d'*inostemma punctiger*. Il est pourvu d'ailes courtes et peu développées, mais en revanche il offre un exemple de la plus grande mobilité. Toujours allant, toujours venant, à droite, à gauche, sans se reposer. L'inostemma porte une fort longue tarière terminée en fer de lance, dont il se sert pour écarter la glume et l'épillet et déposer ses œufs, à l'instar de la cécidomyie, au milieu des larves de notre destructeur. Au moment de l'éclosion, la larve de l'*inostemma* s'attache à la larve de la *cécidomyie*, y pénètre, se nourrit de sa substance, et fait si bien qu'après l'avoir détruite, elle s'empare du corps de sa victime, qui servira d'abri et de tente au nouveau défenseur du blé.

Et remercions l'inostemma d'être un parasite qui entende si bien nos intérêts, car sans lui on verrait se renouveler ces immenses destructions de récoltes qui ont désolé l'Angleterre, l'Amérique septentrionale, et en France, la Picardie et le département de l'Yonne.

Ce fait si singulier du parasite vivant aux dépens d'un autre parasite n'est pas un exemple isolé dans l'histoire des insectes.

Ne voit-on pas tous les jours une plante potagère bien vulgaire, le chou, devenir la proie d'une multitude de chenilles qui pullulent d'une

vement rare dans notre pays. A une certaine époque, j'ai recherché tous les cas connus d'hypertrophie, et j'ai reconnu que cette affection ne s'observe presque jamais en France; elle est, au contraire, très-commune dans l'autre hémisphère, et surtout dans l'Amérique du Sud. En feuilletant les recueils périodiques, on rencontre au moins quinze cas dans ce dernier pays, contre un seul en Europe. Ce ne serait pas là une raison de rejeter cette supposition d'une manière absolue. Mais cette considération vient concorder avec les raisons que nous avons données plus haut; le doute n'est plus possible. Ajoutons encore que cette hypertrophie se serait montrée un peu tard chez notre malade; presque toujours elle se manifeste à l'époque où l'homme se forme, à sa sortie de l'adolescence.

Mais ne pourrions-nous pas avoir affaire à une affection tuberculeuse du testicule? Rien dans l'étude de ce jeune homme, soit que l'on considère l'état général, soit que l'on examine la partie malade, rien, dis-je, ne porte à admettre cette supposition. C'est un jeune homme robuste; tout chez lui respire la force: il n'est jamais malade; jamais il n'a toussé. Comme la plupart des gens de ces sortes de professions, il vit au milieu d'excès de toute espèce, et il supporte tout cela très bien. Si ce n'était la difficulté qu'il éprouve en urinant, il ne se serait nullement préoccupé de son mal. L'état local, disions-nous, ne porte pas davantage à admettre l'existence d'une affection tuberculeuse du testicule. Cette affection, on le sait, se présente sous deux formes parfaitement distinctes:

1° A l'état de masses isolées, disséminées, d'un certain volume;

2° A l'état de granulations répandues dans l'intérieur même de l'organe. Ces granulations, grosses comme des têtes d'épingles, s'accumulent en quantité innombrable et finissent par donner à l'organe un volume exagéré.

Avons-nous ici l'une ou l'autre de ces variétés? Pour la dernière forme, nous ne devons pas nous y arrêter; car cette forme d'affection tuberculeuse du testicule marche généralement avec une rapidité extrême, comme la phthisie galopante, qui, elle aussi, est caractérisée par l'apparition subite d'une immense quantité de tubercules à l'état de granulations isolées. Cette éruption abondante et rapide de tubercules est très-rare; mais lorsqu'elle survient, elle trompe presque toujours. On croit avoir affaire à une orchite aiguë; ce n'est qu'au bout de quelques jours que la maladie revêt les formes qui lui sont propres. Mais ici l'engorgement date de 3 ans et demi; il n'y a pas à penser à cette forme d'affection tuberculeuse du testicule. Serait-il atteint de la première variété? Je ne le crois pas non plus. En effet, lorsqu'il y a de ces masses tuberculeuses au milieu de parties saines du testicule, la santé n'est généralement point dans un état parfaitement satisfaisant; rarement on voit des sujets affectés de ce mal jouir d'une constitution aussi forte, aussi bien conservée que celle de notre malade. De plus, ces masses tuberculeuses ne seraient pas restées trois ans et demi sans se ramollir, sans produire des adhérences. Toutes ces raisons m'ont fait écarter l'idée d'une affection tuberculeuse, comme déjà nous avions rejeté l'idée d'une orchite blennorrhagique ou d'une hypertrophie testiculaire.

Il nous reste encore trois hypothèses possibles. Serait-ce une affection syphilitique? serait-ce une tumeur encéphaloïde? ou enfin une orchite chronique? Nous allons discuter successivement ces trois points.

Pouvons-nous admettre l'existence d'une affection syphilitique? Mais nous n'avons pas là les symptômes du testicule syphilitique. Dans les accidents tertiaires portant sur le testicule, il y a généralement un peu d'épanchement dans la tunique vaginale; il est même bien rare que cet épanchement manque. De plus, quand on peut explorer l'enveloppe du testicule, soit à travers le liquide, quand l'épanchement est peu considérable, soit après la ponction, quand l'abondance du liquide y fait recourir, on reconnaît que sa surface est inégale, bosselée; ce ne sont pas de grosses bosselures, ce sont seulement des petits grains gros comme des demi-grains de blé, déposés de distance en distance sur la surface de la coque testiculaire. Puis on trouve cette forme si caractéristique du testicule qui se trouve en grande partie enveloppé dans l'épididyme, et comme perdu dans son épaisseur. On l'a comparé tantôt à un œuf dans un coquetier, tantôt à un gland largement enveloppé dans sa cupule. Ici nous n'avons rien de tout cela, ni épanchement, ni bosselures, ni enveloppe épididymaire. En outre, rien n'est rare comme une affection syphilitique restant unilatérale pendant longtemps; généralement au bout de quatre, six ou huit mois au plus, le second testicule est pris à son tour. Ajoutons un dernier signe, sur lequel M. Notta a le plus particulièrement appelé l'attention. Il a remarqué que, dans les cas d'affection syphilitique tertiaire du testicule, celui-ci perd sa sensibilité spéciale; c'est-à dire que si on le comprime entre les mains ou les doigts, cette compression, que le testicule sain ne pourrait supporter, le testicule malade la supporte très-facilement. On est même effrayé du degré de compression qu'on peut exercer dans ces cas, sans que les malades le sentent. Ici, au contraire, la sensibilité du testicule malade est exagérée. Cet homme, du reste, n'a, dit-il, jamais eu d'accidents vénériens, ni primitifs, ni secondaires; il ne porte actuellement aucun accident tertiaire. Ce n'est pas qu'il faille tenir trop compte de ces assertions des malades; mais après toutes les raisons que nous venons de donner pour rejeter l'idée d'une affection syphilitique, ces assertions peuvent être prises en considération pour nous confirmer dans notre opinion. Nous pouvons donc affirmer qu'il ne s'agit pas ici d'un testicule syphilitique.

Serait-ce une dégénérescence cancéreuse? Cela n'est pas impossible. Cependant les affections de ce genre marchent généralement avec beaucoup plus de rapidité. Une tumeur encéphaloïde du testicule prend en quatre ou cinq mois un volume triple de celui que nous avons. Cela seul suffit pour faire rejeter l'idée d'une tumeur encéphaloïde. Ajoutons que ces tumeurs encéphaloïdes présentent toujours une surface plus inégale, plus bosselée, et s'accompagnent souvent d'un engorgement du cordon ou des vaisseaux lymphatiques qui l'entourent.

Reste maintenant cette dernière question: Avons-nous ici une orchite chronique? Et d'abord, qu'est-ce qu'une orchite chronique? C'est là un des points de pathologie qui ont été le moins étudiés, et sur lesquels les travaux les plus modernes laissent encore beaucoup de doutes. Lisez le traité de Curling sur les maladies du testicule, et vous serez convaincu que son orchite chronique n'est autre chose qu'une affection tuberculeuse du testicule. Le principal caractère anatomique de cette forme d'inflammation, dit-il, est le dépôt d'une matière jaune particulière, homogène et inorganique (1). Il décrit ensuite les deux formes sous lesquelles cette matière se présente à l'observation, et qui ne sont que les formes que nous avons signalées en parlant du testicule tuberculeux. Il décrit le siége primitif de cette matière, et conclut que c'est dans l'intérieur des tubes séminifères qu'elle est déposée dans son origine. Il ajoute que dans un cas où il extirpa le testicule malade, l'épididyme était fortement engorgé; sa tête était remplie d'une matière molle, mais concrète, qui tapissait une cavité irrégulière avec laquelle communiquait un trajet fistuleux.

Sa queue renfermait une matière semblable, sans ouverture à l'extérieur. Ces dispositions sont, du reste, très-bien indiquées dans une figure annexée au texte. Cependant l'auteur prévoit l'objection qu'on va lui faire. Aussi a-t-il bien soin de dire que ce n'est pas là la tuberculisation, mais bien quelque chose de tout différent. Cette matière jaune, dit-il, a été appelée *tubercule jaune du testicule*; mais comme il diffère du dépôt tuberculeux qui se développe également dans le testicule, ce terme est répréhensible et pourrait conduire à l'erreur. Néanmoins toute sa description est un tableau complet des symptômes de l'affection tuberculeuse du testicule: il parle de l'organe, du ramollissement de la matière tuberculeuse (car il ne rejette pas même cette dénomination qu'il a condamnée); des trajets fistuleux qui s'établissent, des adhérences que l'organe contracte avec le scrotum.

Mais Curling ne se borne pas à faire la description de la tuberculisation du testicule: il ajoute encore les symptômes des accidents tertiaires de la syphilis, du testicule syphilitique. Il parle de la perte de sensibilité de l'organe, d'un épanchement dans la tunique vaginale. Ce n'est pas tout: il y ajoute la description de ce qu'on a désigné sous le nom de fongus du testicule, affection du corps du testicule dans laquelle le travail inflammatoire détermine la rupture de la tunique albuginée, et l'issue au dehors des canaux séminifères: ces canaux viennent végéter à l'extérieur et former une variété de fongus. Dans cette description de l'orchite chronique, il y a donc un peu de tout: affection tuberculeuse, testicule syphilitique, fongus de cet organe; ce qui certainement est bien plutôt de nature à embrouiller les choses, qu'à nous éclairer sur les signes de cette affection.

Aussi, malgré toute la bonne volonté que l'on peut y mettre, n'y trouve-t-on qu'une confusion extrême et rien qui caractérise l'orchite chronique. Cependant je crois à l'existence de cette orchite chronique; mais je dois ajouter que je la crois très-rare. Dans certains cas, le testicule s'enflamme, il se fait une infiltration plastique différente de la tuberculisation. La matière infiltrée peut se résorber sans s'abcéder: mais elle peut aussi persister pendant un temps considérable, comme nous le voyons pour les engorgements de l'épididyme, et alors l'engorgement persiste dans la totalité du testicule, et c'est là ce qui constitue l'orchite chronique. Je crois que c'est une affection de cette nature que nous avons ici sous les yeux. L'inflammation du testicule a été entretenue par l'irritation du canal de l'urètre, et a amené cet engorgement chronique du testicule que nous avons pu reconnaître.

Il est un fait bizarre que l'on remarque quelquefois chez les sujets atteints de cette affection. Chez quelques-uns, en effet, la sécrétion spermatique est modifiée dans ses qualités physiques. Ils éjaculent du sperme rouge ou rosé, ressemblant beaucoup à de la gelée de groseille. Ce fait était assez curieux pour que je ne m'en tinsse pas à cette seule notion. J'ai suivi de près certains de ces malades. Je ne savais pas trop ce qui adviendrait. Voici ce que j'ai pu constater:

Cette modification dans la couleur du sperme dure habituellement deux ou trois mois sans empêcher les rapports sexuels; puis elle disparaît peu à peu, et le sperme reprend son aspect normal. Cette altération ne paraît pas entraîner l'impuissance; car certains malades, qui n'ont point renoncé aux rapports maritaux, ont pu donner le jour à des enfants, malgré cette disposition du sperme. On ajoute même que les enfants engendrés dans ces conditions présentent ordinairement quelques particularités, telles que peau colorée en rouge, etc., etc.

Ce sont là des contes qui n'ont évidemment aucun fondement. J'ai fait des recherches pour voir si pareille chose avait été observée par d'autres médecins, et j'ai trouvé cette particularité relatée par Sweidaur, qui dit avoir vu des malades qui en étaient très-effrayés.

Que faire à cela? Je crois qu'il faut s'adresser ici à la cause de l'engorgement, qui me paraît être dans l'urètre. Nous avons étudié l'état de cet organe: il n'y a pas de rétrécissement; il y a seulement un peu de douleur dans l'émission de l'urine. La vessie ne paraît pas non plus profondément affectée; il n'y a pas de dépôt muqueux dans les urines.

Nous avons combattu l'inflammation de l'urètre par une application de sangsues: quinze ont été appliquées au périnée; nous avons prescrit des bains tièdes; ces bains seront continués tous les jours.

Nous agirons maintenant par les révulsifs cutanés; nous emploierons de préférence la pommade stibiée, et non pas la pommade aux cantharides, qui aurait ici le grand inconvénient de produire des accidents du côté de la vessie.

Il y a tout lieu de croire que cette médication fera disparaître l'irritation urétrale et l'engorgement chronique du testicule qui en est la conséquence.

---

(1) Curling, *Traité des maladies du testicule*, p. 289.

---

manière effrayante, et cependant la plante ne succombe pas sous les rudes atteintes que lui portent ces hôtes incommodes. C'est que là aussi, à côté du mal, se trouve le remède, qui prend la forme des *microgasters*. Ceux-ci, à l'aide de leur tarière, transpercent la peau de la chenille, y déposent leurs œufs, et bientôt se renouvelle la série des phénomènes que nous avons décrits plus haut. La larve vit aux dépens de l'insecte, le détruit insensiblement, et les myriades de chenilles disparaissent. Les microgasters, restés seuls, meurent enfin à leur tour, quand ils ne trouvent plus de sujets propres à recevoir leurs œufs et à alimenter leur jeune progéniture.

C'est ainsi qu'heureusement pour nous la multiplication si effrayante de ces insectes parasites qui viennent s'attaquer au froment, la base de notre alimentation, est enrayée, puis complétement détruite dans cette opération silencieuse et intime, où l'un succombe toujours sans pouvoir opposer la moindre résistance, et où l'autre trouve enfin la mort faute de victimes et par conséquent d'aliments nécessaires à sa propre existence.

— Il y a quelque temps, j'enregistrais ici la description d'une pile qui présentait un phénomène assez curieux. Ces questions si remplies d'intérêt sont toujours l'objet d'études nouvelles et de recherches laborieuses, et il est peu de parties de la science qui aient été aussi ardemment élaborées. Aujourd'hui deux physiciens viennent ajouter un nouvel élément à la grande étude de l'électricité. Il s'agit d'une pile sèche qui offre ce fait singulier, que loin de représenter une dépense, elle donne au contraire naissance — pendant son action — à des métaux qui non-seulement couvrent ses frais, mais encore procurent un bénéfice.

Voici la disposition que MM. Lacassagne et Thiers donnent à leur pile:

Chaque couple se compose de quatre pièces pouvant s'emboîter les unes dans les autres. Dans un vase réfractaire contenant du chlorure de sodium, on introduit un cylindre de fer, qui lui-même reçoit un diaphragme en terre ou en porcelaine dégourdie. Enfin un bâton d'or, de platine ou de carbone plonge dans le chlorure de strontium, de magnésium, d'aluminium, etc., dont on a garni l'intérieur du diaphragme.

Une fois le couple ainsi disposé, on le soumet dans un fourneau à la température rouge cerise. D'une part, nous avons placé dans le vase réfractaire du chlorure de sodium, qui doit exciter l'élément positif, représenté par le fer; de l'autre, les chlorures d'aluminium, de magnésium, etc., se trouvent dans le diaphragme avec l'élément négatif. Aussitôt que les deux sels ont atteint l'état de fusion ignée, il suffit de faire communiquer les conducteurs pour qu'instantanément vienne à se produire un courant électrique assez énergique pour aimanter fortement l'électro-aimant placé dans sa direction.

Que se passe-t-il dans l'action de cette pile? Le fer, soumis à l'action corrosive du chlorure de sodium, est détruit; le chlorure d'aluminium entre en décomposition, et l'on peut constater le dégagement du chlore et le dépôt au fond du diaphragme d'une quantité plus ou moins considérable d'aluminium.

Il n'est pas nécessaire d'employer précisément le chlorure d'aluminium, car non-seulement on arrive au même résultat avec les phosphures et les sulfures de ce métal, mais on peut encore, sans compromettre l'action de la pile, employer d'autres bases, comme le magnésium, le strontium, le calcium, etc. On comprend facilement qu'on peut agir sur un sel double pour hâter sa décomposition. C'est ainsi que l'on peut s'adresser au phosphure double de potassium et de sodium. Enfin, si on veut rendre plus énergique la destruction de l'élément positif, on mêle au sel marin du nitrate de potasse, du chlorate de cette même base, ou bien on remplace le chlorure de sodium par un agent plus corrosif: le chlorure de potassium, ou le sulfure de potassium.

Les divers éléments de cette pile peuvent être mis en communication, comme tous les appareils de ce genre, et alors on obtient une puissance considérable, qui peut s'appliquer soit à l'éclairage, soit au chauffage, soit comme force motrice.

Tandis que je suis en train de parler de la pile, ceux qui s'occupent de cette importante question me sauront peut-être gré de leur communiquer une petite note d'un physicien de Francfort, M. Bœttger. Quand on se sert de la pile de Bunsen, il est bon de charger la pile en dedans et en dehors des vases poreux avec une eau légèrement acidulée par 5 pour 100 d'acide sulfurique; puis, avant de plonger dans les vases poreux les cylindres de charbon, on les soumet à un bain d'acide nitrique concentré; après quoi on les laisse sécher pendant douze heures environ. L'emploi de ce procédé assure, dit son auteur, à cette pile toute l'intensité et toute la constance désirables.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. BAILLARGER.

Paralysie générale survenant pendant la grossesse. — Influence de l'allaitement. — Délire hypochondriaque des déments paralytiques.

Louise M..., trente-trois ans, passementière. Cette femme jusqu'au mois de janvier 1856, n'avait jamais présenté aucun symptôme d'aliénation mentale. Elle est l'aînée de quatre enfants ; elle a un frère sain et bien portant, deux sœurs sourdes-muettes.

Il y a quinze mois, en octobre 1855, elle devint enceinte ; c'était sa cinquième grossesse en l'espace de douze ans. Les trois premiers mois se passèrent sans accident. Au commencement du quatrième, elle donna tout à coup des signes d'aliénation : elle faisait des dépenses exagérées et folles, achetait des robes, des bijoux, empruntait de l'argent pour en acheter davantage. Deux fois en quinze jours elle s'enfuit de chez elle : une première fois on la rattrapa dès le lendemain aux environs de Versailles ; une deuxième fois à Saint-Leu-Taverny, trois jours après sa disparition. Elle avait marché nuit et jour, s'était couchée dans la boue, avait ses vêtements en lambeaux et tout le corps couvert de contusions.

A cette époque, au dire de son mari, elle n'aurait encore présenté aucun symptôme physique de paralysie : pas de tremblement des membres supérieurs, aucune vacillation dans la marche, nul embarras dans la parole ; elle dormait bien, avait un appétit vorace, plusieurs fois elle mangea de la viande et des légumes crus.

Ces premiers symptômes durèrent six semaines ; puis la malade devint parfaitement calme, et pendant les derniers mois de la grossesse elle passait ses journées dans l'atelier de son mari. Sa raison toutefois était encore très-faible, et il fallait la surveiller comme un enfant. Un mois avant sa couche, on s'aperçut même qu'elle bégayait.

L'accouchement eut lieu au terme régulier, dans le courant de juillet 1856. Il fut on ne peut plus facile ; il se fit en quelques minutes sans l'aide d'aucune sage-femme, sans que la malade eût poussé un seul cri. L'enfant était bien conformé, et vit encore aujourd'hui. Les suites de couches furent normales ; la malade avait beaucoup de lait, elle allaita elle-même son enfant.

Immédiatement après l'accouchement on constate chez la femme M... une remarquable amélioration : les idées deviennent très-nettes, tout embarras de parole disparaît ; elle s'occupe de son ménage, arrange elle-même son enfant. Ainsi en fût-il pendant trois mois. A la fin du quatrième mois, au contraire, en l'espace de quinze jours, la sécrétion du lait diminue, puis s'arrête ; la malade est forcée de sevrer, et aussitôt sa raison se trouble de nouveau ; la mémoire se perd, l'agitation, le bégaiement reparaissent. De nouveaux symptômes se produisent : M... devient silencieuse et triste, il faut la questionner plusieurs fois pour obtenir une réponse. Parfois elle mange assez volontiers, plus souvent elle repousse tout aliment : « Parce que, dit-elle, elle n'a plus de ventre, elle n'a plus de pieds, plus de bras, plus de tête ; elle n'a plus besoin d'aller à la garde-robe. » Cinq jours après avoir sevré, elle est devenue gâteuse.

Au moment de son entrée (27 décembre 1856), six semaines après le sevrage, la malade présente tous les caractères d'une démence paralytique très-avancée : stupeur de la face, vacillation de la marche, affaiblissement des mains, embarras de la parole, etc. ; elle répète ce que nous avons déjà dit, qu'elle n'a pas de ventre, pas de pieds, etc., et il est impossible de la faire manger.

Les jours suivants, elle répète encore qu'elle n'a pas faim, dit qu'elle n'a jamais mangé ; elle ne repousse plus cependant les aliments.

Depuis lors, ni les symptômes généraux de la paralysie, ni cette forme spéciale de délire hypochondriaque ne se sont un seul instant arrêtés ; ils ont au contraire été en s'aggravant toujours. Pendant trois ou quatre jours, au moment d'une période menstruelle, il s'est manifesté une agitation assez intense ; mais à cette agitation a succédé un état de stupeur qui va en s'accroissant.

Aujourd'hui, la malade ne marche plus seule, et peut à peine se tenir sur ses jambes ; assise, elle se courbe et s'affaisse sur elle-même. Elle a la figure extrêmement altérée et amaigrie, ne connaît plus personne, ne fait pas la moindre attention aux questions qu'on lui adresse, et prononce à peine quelques mots incohérents et sans suite.

Ainsi, depuis l'époque du sevrage, tels ont été les progrès de la maladie, qu'en l'espace de deux mois cette femme se trouve transportée à une période que n'atteignent pas parfois des paralytiques après trois ou quatre ans de maladie, et que sa mort est assurément très-prochaine.

Dans cette observation, il est deux faits que nous voulons faire ressortir :

1° La coïncidence d'une grossesse et d'une paralysie générale ; l'influence de l'allaitement sur la marche de la paralysie.

2° La complication d'un délire hypochondriaque chez une aliénée paralytique.

Les observations de grossesse avec paralysie générale sont rares ; nous croyons même qu'il n'en a jamais été publié. Depuis vingt ans, c'est le troisième fait de ce genre que M. Baillarger ait rencontré ; mais dans les deux cas antérieurs, la paralysie avait précédé la grossesse. Chez la femme M..., il y a ceci de remarquable, que la maladie qui s'est déclarée pendant la grossesse subit, au moment de l'accouchement, une notable amélioration. Pendant quatre mois cette amélioration persiste tout le temps que la malade allaite son enfant. Elle perd son lait, sèvre, et aussitôt la maladie reparaît plus intense, plus rapide que jamais dans ses progrès. M... avait toujours été propre ; cinq jours après le sevrage elle est devenue gâteuse. Tout le temps de l'allaitement elle marchait très-bien, sans aucun tremblement, portait, habillait elle-même son enfant ; elle sèvre, et quelques jours après elle a perdu toutes ses forces, ne peut plus s'habiller, se soutient à peine sur ses jambes.

Le second fait, le délire hypochondriaque, mérite aussi d'être noté. Cette forme de délire n'est pas très-rare chez les aliénés paralytiques. M. Baillarger en a recueilli 12 ou 15 observations, qui offrent entre elles assez d'analogie pour qu'on puisse assigner à ce symptôme une place à part dans l'histoire de la paralysie. Le délire, en effet, est presque uniformément le même : ce sont les mêmes idées qu'on retrouve ; les malades n'ont plus de ventre, d'intestins ; les aliments ne vont plus dans leur estomac, ou bien ils ont l'anus bouché, ou ils prétendent qu'ils sont pourris. Presque constamment aussi ils refusent de manger, et quelquefois on est obligé d'avoir recours à la sonde œsophagienne.

En général, chez les sujets atteints de cette forme de délire, la maladie marche très-vite et ne suit pas les phases ordinaires ; ils maigrissent en peu de temps et succombent à une diathèse gangréneuse, qui se manifeste chez eux de très-bonne heure, quelquefois même avant qu'ils soient alités.

Ainsi qu'on l'a vu, ce pronostic fâcheux s'applique à la femme M....

J. D.,
Interne des hôpitaux.

RÉSUMÉ D'UN MÉMOIRE

sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales par la méthode de l'écrasement linéaire,

Par M. le Dr E. CHASSAIGNAC, chirurgien à l'hôpital Lariboisière.

(Lu à la Société de chirurgie dans la séance du 21 janvier.)

La méthode que je viens soumettre à vos délibérations ne date que de quelques années. Elle compte déjà en sa faveur un nombre de faits que je considère comme suffisant pour motiver des conclusions applicables à la pratique.

Le nombre de ces faits, depuis le 1er janvier 1855, s'élève au chiffre de 47. Sur ce chiffre de 47 malades, opérés depuis le 1er janvier 1855, je n'en ai pas perdu un seul, et j'établis la preuve de mes assertions sur des observations authentiques recueillies avec soin, et qui seront placées sous vos yeux.

Une partie de ces observations a été publiée dans le traité de l'écrasement linéaire. Les autres peuvent, sans aucune exception, être mises à la disposition de chacun de vous.

En disant que la méthode dont je viens vous entretenir est entièrement nouvelle, je m'appuie sur tous les témoignages que l'histoire de l'art chirurgical a pu me fournir. Nulle part, en effet, je n'ai trouvé la moindre trace qui indiquât que, par l'emploi d'une chaîne métallique, on eût jamais fait tomber, en quelques minutes et sans hémorrhagie, une tumeur hémorrhoïdale volumineuse.

J'ai bien vu que les chirurgiens qui ont traité les hémorrhoïdes par la méthode de la ligature, ont quelquefois obtenu le sphacèle de la tumeur au bout d'une journée et plus, mais je ne connais aucun exemple de séparation plus rapidement obtenue.

Veuillez me permettre de vous citer le texte d'un auteur qui n'a pas fait faire le moindre progrès au traitement des tumeurs hémorrhoïdales, mais qui a plagié le serre-nœud de Roderic ; je veux parler de Mathias Mayor.

Je trouve, p. 492, t. Ier de la *Chirurgie simplifiée*, le passage suivant : « La ligature des paquets hémorrhoïdaux exige que ces tumeurs » soient d'abord expulsées hors de l'anus, avec une ou deux érignes, » vers l'endroit où l'on veut les extirper, et que l'anse du fil soit en» suite poussée au delà des crochets. Après avoir soumis les parties à » une facile et forte constriction, elles se sphacèlent en 24 ou 36 heu» res. Le chirurgien enlève alors son constricteur, et abandonne à la » nature et à quelques soins de propreté le complément de la cure. »

Ainsi, vous le voyez, c'est d'un *fil* que Mayor se sert ; ce fil, il le laisse pendant *24 ou 36 heures* ; il fait tomber la tumeur hémorrhoïdale par le *sphacèle*. La meilleure preuve que ce n'est pas son instrument qui opère la séparation, c'est qu'il le retire au bout de 24 ou 36 heures, ce qu'il n'aurait pas besoin de faire, puisque le fil tomberait de lui-même, si au bout de ces 36 heures de souffrance, la tumeur se détachait. Ce fait est pour moi une preuve irréfragable que Mayor n'a ni connu ni pratiqué l'écrasement linéaire. Il faisait des ligatures, il ne pratiquait pas l'écrasement.

En regard de cette manière d'opérer, je vous présente un livre, mon *Traité de l'écrasement linéaire*, qui renferme vingt et quelques observations de tumeurs hémorrhoïdales. Il y est établi que toutes les ablations ont été faites avec une chaîne, tandis que Mayor emploie un fil, que les bourrelets hémorrhoïdaires les plus volumineux n'ont jamais exigé plus de douze minutes pour leur ablation complète ; que l'instrument, au lieu d'être une copie du serre-nœud de Roderic, comme l'est le serre-nœud de Mayor, est un appareil constitué par des leviers, des crémaillères, et une chaîne dont aucun fil métallique suffisamment souple ne pourrait égaler le volume et la force.

Voilà donc deux systèmes qui diffèrent par la construction de l'instrument, par sa manière d'agir, par la durée de l'opération et les suites de cette opération.

Eh bien ! si en présence de textes aussi explicites, quelqu'un venait dire que Mayor opérait les tumeurs hémorrhoïdales comme je les opère, et que les deux systèmes sont identiques, de quel nom faudrait-il qualifier d'aussi étranges affirmations ?

Mais laissons de côté ces tristes discussions de priorité pour ne nous occuper que de science et de pratique.

Ici M. Chassaignac discute un certain nombre de questions que nous ne ferons que signaler, l'espace nous manquant pour reproduire les développements que l'auteur leur a donnés.

Indications de l'opération.

A quelle période de la maladie et dans quelles conditions convient-il d'opérer les sujets atteints de tumeurs hémorrhoïdaires ?

La guérison spontanée est-elle possible, et dans quels cas ?

Que faut-il penser du danger de la suppression des tumeurs hémorrhoïdaires ?

Structure intime de ces tumeurs.

Catégories diverses de tumeurs hémorrhoïdaires.

Accidents liés à la présence des tumeurs hémorrhoïdaires.

Complications possibles de ces tumeurs, savoir :

1° Fistules à l'anus ;

2° Abcès à l'anus ;

3° Fissures anales avec ou sans spasme du sphincter ;

4° Dilatations angulaires considérables du rectum ;

5° Hernies abdominales simples ou multiples ;

6° Désordres anatomiques ou fonctionnels dans l'appareil génito-urinaire, rétrécissement urétral, dysurie passagère, hypertrophie de la vessie, ténesme vésical, hypertrophie prostatique.

Étude comparative des méthodes thérapeutiques employées contre les tumeurs hémorrhoïdales.

Examen critique :

1° De la cautérisation par le fer rouge ;

2° De l'emploi des caustiques, et notamment du caustique de Vienne.

Avantages attachés à l'emploi de l'écrasement linéaire.

Dispositions préparatoires à l'opération.

De l'anesthésie pendant l'ablation des tumeurs hémorrhoïdales.

Procédé opératoire.

Appareil instrumental de l'écrasement linéaire.

Pédiculation de la tumeur avant son écrasement.

Écrasement proprement dit.

Durée de l'opération.

Suites de l'opération.

Pertes de sang après l'écrasement appliqué aux tumeurs hémorrhoïdales.

Forme de la cicatrice.

Pansement, régime des opérés.

Conclusions générales du mémoire :

1° Les malades qui vont être soumis à l'ablation de tumeurs hémorrhoïdales par la méthode de l'écrasement doivent toujours être amenés à l'état de tolérance anesthésique par l'emploi du chloroforme ;

2° On ne doit jamais appliquer l'écrasement linéaire aux tumeurs hémorrhoïdales sans les avoir préalablement pédiculisées ;

3° On peut pédiculiser les tumeurs hémorrhoïdales latérales sans autre secours que l'extrémité des deux doigts indicateurs, dont l'un, courbé en manière de crochet, ramène la tumeur du dedans au dehors, tandis que l'autre fait contre-appui à la limite cutanée du bourrelet hémorrhoïdal ;

4° La ligature préalable pour la pédiculisation des tumeurs qui vont être soumises au broiement linéaire est non-seulement utile, mais indispensable ;

5° Chez tous les sujets qui doivent être soumis à l'ablation de tumeurs hémorrhoïdales, il importe de recourir à un cathétérisme urétral préalable, cela dans le double but d'une exploration, puis d'une préparation utile pour les cas où le cathéter deviendrait indispensable ;

6° L'ablation des bourrelets hémorrhoïdaux circulaires se fait d'une manière complète, en une seule fois, par le concours de l'érigne à branches multiples et de l'écraseur ;

— Nous avons entretenu, il y a quelque temps, nos lecteurs de ce projet grandiose qui ne tend rien moins qu'à mettre en rapport direct les deux mondes. Nous avons donné les points où doivent être posées les deux extrémités du fil télégraphique et le procédé par lequel on doit l'établir. Dans l'étude de ce projet, on a soulevé une question fort intéressante : il s'agissait du phénomène observé, il y a quelques années, par le professeur Faraday et plusieurs autres savants. Parvenu à une certaine distance, le courant électrique non-seulement diminuait de vitesse, mais encore revenait sur lui-même. Si cette proposition était vraie, le télégraphe transatlantique était frappé de mort, et il était complétement inutile d'en continuer les préparatifs ; il y avait donc là une question essentielle à résoudre.

Pour éclaircir le point contesté, on choisit une nuit où la transmission des dépêches télégraphiques fut suspendue, et, dans une des principales administrations de télégraphie de Londres, on relia entre elles dix des lignes souterraines qui vont porter les dépêches dans les diverses parties du royaume. On avait obtenu de cette manière un fil d'une longueur de 2,000 milles, plus étendu par conséquent que ne le sera le fil du télégraphe transatlantique, puisque ce dernier, placé dans les mêmes conditions d'isolement, ne mesure qu'une longueur de 1,640 milles.

Deux ingénieurs qui se sont livrés à une sérieuse étude de cette matière, MM. Bright et Witehouse, assistés de M. Morse, le célèbre physicien américain, présidaient et dirigeaient les expériences, qui ont obtenu le succès le plus complet.

On a pu constater que le conducteur adopté par la télégraphie ordinaire pouvait en trois minutes transmettre un message de vingt mots de la côte d'Irlande à Terre-Neuve. Partant de là, une heure suffirait pour la transmission à travers l'Océan de 20 messages de 20 mots chacun, et on obtiendrait 480 messages, ou 14,400 mots, dans l'espace de vingt-quatre heures. M. Morse pense qu'on pourrait facilement doubler cette moyenne par l'adoption de quelques nouveaux signes et d'une meilleure disposition de ceux qu'on emploie en ce moment.

Pendant que nous parlons télégraphie, il ne sera pas déplacé de signaler une invention nouvelle qui répond à un des *desiderata* de la transmission des dépêches. Souvent il arrive qu'une erreur a été commise dans l'envoi des dépêches ; on désirait savoir s'il n'était pas possible de reconnaître l'origine de ces erreurs. Un inspecteur des lignes télégraphiques, M. Ailhaud, a répondu par le procédé suivant :

Sur une plaque de cuivre communiquant avec le fil de la ligne, on trace les signes de l'alphabet Morse avec une plume métallique mise en communication avec la pile au moyen d'un fil conducteur. Un tube en verre entoure la plume et l'isole de la main de l'employé.

Veut-on maintenant obtenir sur une feuille de papier ce qui a été écrit sur la plaque, il suffit d'employer l'encre sympathique sur les plaques.

Ce procédé si simple et si ingénieux est en ce moment à l'étude, et l'administration des lignes télégraphiques le soumet à l'expérimentation.

Dr E. RENAUD.

7° Lorsque l'écrasement est conduit avec les précautions que nous avons indiquées, on peut obtenir la séparation des tumeurs hémorrhoïdales sans effusion de sang;

8° L'absence d'hémorrhagie primitive à la suite de cette opération est un fait très-général, mais non absolu;

9° L'absence d'hémorrhagie consécutive doit être considérée comme un fait absolu à la suite de l'écrasement linéaire, quand celui-ci est pratiqué avec les précautions dont nous avons parlé;

10° La suppuration de la plaie qui succède à l'écrasement linéaire est presque nulle; elle consiste dans le suintement très-faible d'une humidité muqueuse;

11° La douleur qui succède à l'ablation des tumeurs hémorrhoïdales par l'écrasement linéaire est beaucoup plus courte que celle qu'on observe après les diverses méthodes de cautérisation;

12° Au bout de vingt-quatre heures après l'opération, il est nécessaire de s'assurer de la perméabilité de l'intestin, soit en opérant le décollement avec le doigt, soit en introduisant une algalie;

13° Dans la tuméfaction du ventre qui succède chez certains sujets à l'ablation d'un bourrelet hémorrhoïdal volumineux, il importe de distinguer ce qui peut dépendre de la rétention d'urine, à laquelle on remédie sur-le-champ par le cathétérisme, ce qui peut tenir à la distention par inertie intestinale, distension qu'on fait cesser par l'introduction d'une sonde élastique propre à favoriser l'issue des gaz;

14° Les difficultés qui s'observent dans l'exercice de la défécation après l'amputation des bourrelets hémorrhoïdaux par l'écrasement ne sont ni sérieuses ni durables; elles se dissipent par une simple dilatation;

15° La très-grande majorité des malades opérés de tumeurs hémorrhoïdaires peut se dispenser de garder le lit au bout des quatre premiers jours après l'opération. Au huitième jour au plus tard, ils peuvent sortir.

STYCHNINE. — ANTIDOTE.

D'après le docteur Pindell, la graisse jouirait de la propriété de neutraliser, ou du moins d'atténuer l'action toxique de la strychnine. Un quart à un demi-grain de cet alcaloïde, donné seul à des chiens, suffirait pour amener l'empoisonnement; tandis qu'associé à de la graisse, on peut en administrer jusqu'à trois grains sans obtenir ce résultat. C'est là, s'il se vérifie, un fait qui nous semble digne au plus haut point d'attirer l'attention des toxicologues et des thérapeutistes. (*Americ. Journ.* et *Journ. de chim. méd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 janvier 1857. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Classification des races humaines. — M. d'Omalius d'Halloy, en présentant à l'Académie une note sur la classification des races humaines, s'exprime en ces termes :

Je me suis principalement attaché, dans ce petit travail, à faire connaître les motifs qui me font persister à maintenir les Turcs et les Finnois dans la race blanche, ainsi que le faisait Cuvier, tandis que beaucoup d'ethnographes actuels les rangent dans la race jaune. J'y fais connaître également les motifs qui me portent à évaluer maintenant la population de la terre à 1 milliard, chiffre plus élevé que ceux que j'avais admis précédemment.

Nouveau système de médication employé avec succès dans le diabète sucré. — M. Piorry communique sous ce titre l'observation suivante :

« Une malade de mon service à la Charité (salle Sainte-Anne, n° 19), est atteinte de diabète avec production très-abondante de sucre.

» Du 2 au 12 janvier elle a rendu, par jour, 10 litres d'urine. Les reins, le foie et tous les organes, à l'exception de la rate, légèrement hypertrophiée, étaient de volume normal et ne présentaient aucun symptôme de maladie.

« Des accès fébriles survenant le soir cédèrent rapidement à un gramme de quinine dissoute dans l'alcool étendu d'eau.

» Le 12, on soumet la malade à l'abstinence presque absolue des boissons et des aliments liquides; on lui donne 125 grammes de sucre candi et deux portions de viande.

» Le 13, l'urine sécrétée est dans la proportion de 10 litres, et contient 58 pour 1,000 de sucre, comme les jours précédents.

» Les jours suivants le même traitement est continué, et la quantité d'urine sécrétée n'est plus que de 2 litres et demi par jour, et ne contient pas plus de sucre que 2 litres et demi de ce liquide formés avant le traitement.

» Au 2 janvier, la perte de sucre avait été de plus de 500 grammes en vingt-quatre heures. Du 12 au 24 janvier, et bien que la malade ait pris du sucre candi, elle n'a plus été que de 135 grammes par jour. Le poids du liquide est resté à peu près à 1,060, comme il était avant le commencement du traitement.

» Les analyses faites par M. Schauffele, interne en pharmacie, et par deux chimistes habitués à ce genre d'expérimentation, ont été faites avec tout le soin désirable.

» L'idée qui m'a conduit à employer cette médication, très-différente de tous les moyens jusqu'ici employés, est celle-ci :

» Depuis les beaux travaux de MM. Dumas et Cl. Bernard, il est reconnu que la présence du sucre dans l'économie est indispensable à l'entretien de la vie. La manière dont presque tous les animaux recherchent cette substance en est une preuve de plus. Or, dans l'état maladif dit diabète sucré, les malades perdent d'énormes quantités de sucre, et les recherches si nombreuses et si remarquables des hommes les plus habiles n'ont pas encore pu empêcher qu'il en fût ainsi.

» Oter aux diabétiques le sucre et les fécules, c'est les priver des moyens de réparer les pertes qu'ils font sans cesse d'un principe utile; il semble même indiqué d'en rendre par l'alimentation.

» Le fait précédent tendrait, d'une part, à confirmer l'exactitude de cette idée, et de l'autre, à démontrer que l'abstinence des boissons est, dans le diabète sucré, d'une importance extrême. J'avais déjà tiré quelque parti de la privation des liquides sur un malade qui rendait en un jour 30 litres d'urine non sucrée.

» Cette privation de boissons, d'ailleurs très-pénible à supporter, avait réduit à un litre la proportion de liquide urinaire évacué dans les vingt-quatre heures.

» J'étais encore conduit à avoir recours à cette abstinence des boissons dans le diabète par les résultats si utiles que j'avais obtenus fréquemment de ce moyen dans les cas d'urines albumineuses.

» Je suis loin de croire que le fait actuellement soumis à l'Académie juge la question du traitement du diabète; je dis seulement qu'il est convenable de faire des expérimentations dirigées dans la voie nouvelle vers laquelle ce même fait conduit. Mon intention est ici de prendre date des premiers résultats obtenus, et je ne manquerai pas de soumettre à l'Académie ceux qu'ultérieurement j'aurai l'occasion d'obtenir. »

Emploi des fumigations intra-pleurales. — M. Ancelet (de Vailly-sur-Aisne), adresse un mémoire intitulé *De l'emploi des fumigations intra-pleurales consécutives à l'opération de la thoracentèse.*

Grâce aux travaux modernes, dit M. Ancelet, la thoracentèse, trop longtemps délaissée, prend chaque jour une place plus large dans la pratique et semble appelée à devenir une opération usuelle. Mais il ne suffit pas toujours d'évacuer le liquide; il importe, dans certains cas, de modifier les surfaces. Or les injections liquides, seul moyen qu'on ait proposé jusqu'ici, ne sont pas toujours applicables, du moins immédiatement, et on hésiterait presque toujours à y recourir dans le cas de suffocation imminente, c'est-à-dire dans le plus fréquent des cas qui conduisent à pratiquer l'opération. L'injection liquide, faite en grande quantité, comprimerait le poumon; en petite quantité, elle n'agirait que sur une étendue très-limitée et toujours la même de la surface malade. Les gaz sont loin de présenter les mêmes inconvénients; par leur force d'expansion, ils doivent se mettre en rapport avec toute la surface de la cavité dans laquelle ils pénètrent; par leur densité moindre que celle de l'eau, ils n'opposent pas à l'expansion du poumon une résistance insurmontable. Comme d'ailleurs les expériences de MM. Trousseau et Leblanc et l'observation clinique démontrent l'innocuité de la pénétration de l'air dans la cavité pleurale, j'ai pensé qu'il en serait de même de plusieurs des gaz ou vapeurs qu'on pourrait avoir intérêt à injecter. C'est pour vérifier ces conjectures que j'ai entrepris les expériences qui font l'objet de ce mémoire. On y trouvera la description de ma méthode opératoire et de l'appareil dont je me suis servi. Agissant sur des animaux sains, je n'ai pu jusqu'ici constater que l'innocuité des fumigations iodées et non leur action thérapeutique; mais il y a lieu de penser que l'action de ce corps, sous forme gazeuse, sera, à l'intensité près, la même que sous forme de solution. (Commissaires: MM. Chevreul, Rayer et Bernard.)

Mesure des quantités d'air dépensées pour la production des sons de la voix. — M. Guillet adresse un mémoire dans lequel il a consigné les résultats de ses recherches sur les quantités d'air dépensées pendant la production des sons et sur les variations que peut offrir cette dépense suivant les circonstances relatives à la hauteur, à l'intensité et aussi à la nature des sons émis.

Le procédé de mesure consiste à faire chanter ou parler dans un petit masque embrassant à la fois la bouche et le nez dans une cavité qui communique avec l'atmosphère par un tube de caoutchouc très-court, qui porte un spiromètre. L'observateur examine le mouvement de l'aiguille, qui lui fournit des renseignements sur la rapidité variable du courant d'air pendant que l'on parle ou que l'on chante...

M. Guillet a pu étudier ainsi la dépense d'air d'un chanteur qui vocalise en donnant aux sons qu'il émet approximativement la même intensité, et en se tenant dans des limites peu éloignées de son *medium;* la dépense d'air nécessaire pour l'émission des notes très-hautes d'une voix donnée; la quantité d'air dépensée pour l'émission des notes très-basses d'une voix donnée; la variation de la dépense avec l'intensité des sons, etc.

Ces données nouvelles lui paraissent confirmer l'opinion de Félix Savart, que la hauteur des sons fournis par l'organe vocal dépend à la fois de la grandeur des orifices du larynx, de la pression de l'air dans le poumon et de la tension des ligaments de la glotte. Toutefois, il n'a pas cru devoir adopter l'hypothèse au moyen de laquelle l'illustre physicien explique l'origine du mouvement vibratoire dans le réclame, qui, comme on sait, présente avec l'organe humain une grande analogie de disposition.

L'origine du mouvement vibratoire lui paraît devoir être rattachée aux chocs qui se produisent dans le fluide lorsque celui-ci passe par un brusque rétrécissement, etc.

— MM. Deleuil présentent l'appareil magnéto-électrique à double courant auquel ils viennent de faire subir des modifications importantes. (Voir le compte rendu de l'Académie de médecine du 27 janvier.)

On se rappelle que cet appareil, sur lequel l'Académie de médecine a entendu dans la séance du 1er avril 1851, un savant rapport de M. Soubeiran, possède deux courants de deux ordres, dont la différence des propriétés physiologiques et thérapeutiques a été démontrée par M. Duchenne (de Boulogne).

Chacun de ces courants arrivait séparément à des boutons excitateurs spéciaux auxquels on devait fixer les conducteurs pour les recueillir isolément; il en résultait que l'on ne pouvait passer d'un courant à un autre sans perdre du temps, parce qu'il fallait déplacer les conducteurs, ce qui rendait difficiles les expériences comparatives sur l'action différentielle de deux courants. Une sorte de *commutateur* que nous avons adapté à l'appareil d'après les indications de M. Duchenne (de Boulogne) nous permet de passer rapidement de l'un à l'autre courant sans déplacer les conducteurs. L'auteur espère aussi par là que l'usage plus facile de ces courants fera moins négliger leur application spéciale.

M. Duchenne (de Boulogne) nous a aussi fait ajouter à l'appareil que nous présentons un mécanisme qui permet de produire le phénomène de l'induction, ou seulement par l'influence du contact ou par l'influence simultanée de celui-ci et des solutions faites dans le fil inducteur. Les avantages de cette nouvelle disposition de l'appareil au point de vue de la pratique et de la démonstration de certains phénomènes physiques ont été exposés dans le *Traité d'électrisation* de ce médecin.

En résumé, les améliorations que nous avons fait subir à l'appareil magnéto-électrique de M. le docteur Duchenne (de Boulogne), et sur lesquelles nous appelons l'attention de l'Académie, consistent :

1° En un commutateur qui permet d'employer successivement et rapidement le courant de premier ordre et le courant de second ordre, sans déplacer les conducteurs ;

2° En un mécanisme qui, au moyen d'un bouton que l'on tourne à droite ou à gauche, donne séparément les courants d'induction développée, comme dans les appareils ordinaires, ou de l'induction résultant seulement de la rotation du contact en face de l'aimant.

3° Enfin en quelques changements de construction qui nous ont permis de diminuer le volume, le poids et le prix de l'appareil.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons de M. Edouard Robin la lettre suivante, que nous nous empressons de publier.

Paris, le 25 janvier 1857.

Monsieur le rédacteur,

Dans votre numéro du 20 janvier dernier, vous présentez à vos lecteurs l'*amylène* comme un bon anesthésique, et vous en attribuez la découverte à un médecin anglais, M. Snow. Permettez, monsieur, que je rectifie une légère inexactitude. Il est vrai que l'amylène est un excellent anesthésique, probablement supérieur à l'éther et moins dangereux que le chloroforme; mais il n'est pas vrai que la découverte appartienne à M. Snow.

Une de mes notes, adressée l'Académie des sciences de Paris, le 28 avril 1851 (*Comptes rendus*, t. XXXII, p. 649), reproduite par l'*Union médicale* du 24 juin suivant, et insérée dans mon opuscule ayant pour titre : *Mode d'action des anesthésiques par inspiration; moyens de prévoir quels agents peuvent en jouer le rôle, d'en composer de nouveaux et de modifier leurs propriétés suivant les indications* (1), signale l'amylène comme un bon anesthésique.

Plus d'une année avant, j'avais déjà reconnu le pouvoir de cet hydrocarbure; le fait est à la connaissance parfaite de M. Flourens, l'honorable secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences. Si, plus tard, je n'insistai davantage, c'est que l'amylène était d'un prix très-élevé, et que, soit dans l'association des anesthésiques connus, soit dans leur fixation, j'avais cru trouver des liqueurs satisfaisant aux indications les plus variées.

Agréez, etc. Edouard Robin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial du 17 janvier 1857, ont été nommés à trois emplois de médecin-major de 2e classe, les médecins aides-majors de 1re classe dont les noms suivent : MM. Brainque, Houneau et de Compigny.

— Une *Société médicale hellénique* vient d'être fondée à Paris. Un des avantages de cette Société sera de devenir un guide fidèle pour ceux des jeunes Grecs qui viennent faire ici leurs études médicales. Une circulaire invite à se grouper autour de ce centre scientifique les jeunes médecins grecs qui résident à Paris; elle est signée de MM. LITTRÉ, de l'Institut; Dr CH. DAREMBERG; ΞΕΝΟΦΩΝ ῬΩΤΑΣ; ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΦΟΡΜΙΟΝ; Dr R. BRIAU, bibliothécaire de l'Académie de médecine; ΦΩΚΙΩΝ ῬΩΚ; ΠΙΚΚΟΛΟΣ.

— Le concours pour deux places de médecin à l'Hôtel-Dieu de Lyon, s'est ouvert hier 2 février. Le jury se compose de MM. Colrat, Girin, Dime, Pointe, Brachet, Gromier, Teissier, Valette, Candy, Desgranges, Lacour et Rougier. — Les candidats sont MM. les docteurs Bourland, Chavanne et Drutel.

— La Société de médecine de Bordeaux, qui s'était associée l'année dernière à la création d'établissements alimentaires dans cette ville en souscrivant pour une somme de 300 fr., vient de donner une nouvelle preuve de sa sympathie à cette institution en votant une somme de 200 fr.

— M. le docteur Conilh vient de mourir à Bordeaux à l'âge de soixante-neuf ans. M. Conilh avait occupé pendant plus de trente ans diverses chaires à l'Ecole de médecine de cette ville, et depuis quelques années en avait été nommé professeur honoraire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Vautrin, né à Paris (Seine) ; *De l'adhérence anormale des paupières entre elles et avec le globe de l'œil.*

Molinié, né à Séverac-le-Château (Aveyron) ; *Du traitement de l'érysipèle.*

Schloss, né à Paris (Seine) ; *Importance pratique des classifications naturelles des affections cutanées.*

Choquart, né à Offoy (Oise); *De l'utilité des corps gras dans l'alimentation.*

Il ne nous reste plus un seul exemplaire des nos de la *Gazette des Hôpitaux*, année 1856, mentionnés ci-dessous :

Janvier, nos 8, 9; — février, nos 18, 21; — mars, n° 39; — avril, nos 45, 46, 48, 50; — mai, nos 52, 53; — juillet, nos 79, 81, 84, 86.

Nous serions bien reconnaissants à ceux de nos abonnés qui ne font pas collection de nous renvoyer ces numéros.

(1) Paris, 1852. Chez J. B. Baillière.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 15. — JEUDI 5 FÉVRIER 1857. (30e ANNÉE.) N° 15. — JEUDI 5 FÉVRIER 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 • Un an. . . 30 •

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois moi 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 4 FÉVRIER 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

Une lecture de M. Leblanc a soulevé une grosse question de pathologie comparée. Les maladies qui se transmettent des animaux à l'homme se transmettent-elles de toute pièce, avec leurs caractères primitifs et leur marche ordinaire, ou se transforment-elles sur ce nouveau terrain en une maladie nouvelle, différente de celle d'où elle procède?

Cette question a naturellement surgi sous la plume de M. Leblanc, à propos du fait de production de la vaccine par les eaux aux jambes, communiqué il y a quelques mois à l'Académie par MM. Maunoury et Pichot, et dont l'honorable académicien vient de faire l'objet d'une nouvelle enquête.

Relevée par M. Trousseau, qui paraît disposé à la résoudre dans le dernier sens, contrairement à l'opinion de M. Leblanc, la question n'a été que posée faute de nouveau survenant dans la discussion, et elle est retombée de tout son poids dans les profondes catacombes des innombrables inconnues de la médecine.

Quant au fait de la transmission de la vaccine par les eaux aux jambes, M. Leblanc n'y croit pas, sans pouvoir dire comment le fait doit être interprété.

M. Bertillon, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale, a occupé la seconde moitié de la séance par la lecture d'un travail sur l'influence de la vaccine sur la mortalité, que l'Académie a écouté avec un vif intérêt. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la chorée (1).

Les désordres des mouvements prennent une proportion quelquefois extraordinaire. Les malades sont tellement agités qu'ils ne peuvent se tenir debout, qu'ils se jettent de tous côtés et se blessent souvent. Lorsqu'ils sont placés dans des lits garnis avec des planches et des oreillers, on les voit faisant de vrais sauts de carpes, s'agitant, tombant et retombant sans cesse.

J'ai donné des soins à une jeune personne dont l'agitation était tellement prodigieuse, qu'il n'était pas possible de la contenir ; on la gardait à vue, on s'efforçait de prévenir ses mouvements et d'en modérer la violence, mais elle parvenait néanmoins à tromper l'attention, et elle se jetait en avant avec une soudaineté inouïe ; elle s'est couverte de contusions et de blessures.

Beaucoup de médecins ont l'habitude, en présence de cas pareils, de conseiller l'application de la camisole de force et des entraves aux pieds. Ce moyen peut entraîner un immense péril : il ne convient déjà pas dans la fièvre putride qui s'accompagne de délire sévère et en général dans toutes les maladies qui nécessitent une position récombante prolongée, à cause des eschares, des contusions et des plaies qu'il provoque au-dessus du pied et aux mains, mais à plus forte raison est-il inapplicable dans la danse de Saint-Guy. Les délirants se tiennent encore un peu tranquilles, leur excitation n'est pas continuelle, mais les choréiques étant toujours en mouvement, il arrive qu'ils s'agitent dans leur camisole et leurs entraves, et qu'ils se font à la peau des excoriations qui vont toujours s'aggravant, si bien qu'ils finissent par avoir les coudes, les poings et les talons usés, excoriés, déchirés. Laissez-les deux ou trois jours dans cet état, et vous aurez bientôt des plaies profondes, qui suffiront pour déterminer la mort. N'assujettissez donc pas les choréiques, abandonnez leurs mouvements à une liberté pleine et entière ; c'est un mal, sans doute, mais un mal beaucoup moins fâcheux que le remède de la camisole et des entraves.

A l'époque où j'étais médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, j'avais imaginé pour les choréiques un lit spécial. C'était une grande boîte en chêne ou en bois blanc, ayant 2 mètres de longueur, 1 mètre 50 centimètres de largeur, et 1 mètre 25 centimètres de hauteur, matelassée partout. Au-dessus de ce lit étaient fixées deux fortes couvertures. J'emboîtais là-dedans les enfants tout nus, ou vêtus d'une chemise, et je les laissais se débattre. Les coups étaient amortis, et ils ne se faisaient point de mal. Lorsqu'il faisait très-froid, je priais la religieuse de la salle de placer des boules d'eau chaude sous les matelas, et de les renouveler souvent. Ce lit-boîte m'a été d'un secours énorme.

A Argenteuil, ayant eu à traiter une jeune fille de treize ans d'une danse de Saint-Guy extraordinairement exagérée, je m'étais vu dans la nécessité de la faire placer toute nue dans un cabinet matelassé du haut en bas, et chauffé par des bouches de chaleur. Elle ne pouvait rien conserver, et brisait tout. Cette malade est restée pendant vingt jours dans cette situation, et elle a parfaitement guéri. C'est à cette occasion là que l'idée du lit-boîte me vint dans l'esprit.

En serrant un peu les couvertures et les draps sur le cou et la poitrine des choréiques, on les empêche bien de sauter; mais avec les coudes, les poignets, les genoux et les talons, ils ratissent bientôt et mettent tout à fait hors de service une paire de draps. A l'hôpital des Enfants-Malades, j'ai vu jusqu'à deux paires de draps usées dans la même journée. Mais vous pressentez ce qui arrive : c'est que la peau ne subit pas de tels frottements sans s'user elle-même ; aussi les excoriations ne tardent-elles pas à paraître.

A l'hôpital Necker, il est entré dans mon service une fille publique qui, à la suite d'un très-grand nombre d'excès, avait été prise de danse de Saint-Guy. Cette malheureuse se couvrait de meurtrissures. Nous lui mîmes la camisole ; mais la peau des coudes et des genoux s'usa bien vite. Nous la lui ôtâmes alors; mais elle troua deux paires de draps par jour, se mit à nu l'olécrâne, la rotule et le calcanéum, puis succomba bientôt dans les plus horribles souffrances! Si j'avais eu à cette époque-là le lit-boîte à ma disposition, j'aurais pu éviter tous ces accidents, et probablement sauver la vie de la malade.

Arrivons à d'autres désordres parallèles. La chorée est également caractérisée par des troubles de l'intelligence. Voyez notre malade du n° 30 *bis*, aussitôt que nous la faisons lever, elle regarde d'un air tout hébêté ce qui se passe autour d'elle. Au dire des personnes qui viennent la voir ici les jours de visite, ses facultés ont baissé et sa mémoire a périclité. C'est qu'en effet la perte de mémoire est un phénomène presque constant dans la chorée, et qui va presque jusqu'à la démence, en accordant à ce mot la signification que lui reconnaissait Esquirol, c'est-à-dire l'abolition graduelle de l'intelligence. Il y a chez le plus grand nombre des choréiques une *amaurose intellectuelle* qui rappelle la démence sénile, cet état d'enfance du vieillard; je l'appelle la *démence choréique.*

Il n'est pas toujours bien facile de constater le moment de l'invasion et les progrès de cette démence choréique ; mais, dans les familles même les plus indulgentes, vous entendrez des mères qui, en vous présentant leurs enfants, vous tiendront à peu près ce langage : « Il me semble que mon garçon a moins de mémoire » qu'autrefois, et puis je ne sais pas pourquoi il rit ou pleure sou» vent sans motif; voyez donc comme il est *innocent!* » En remplaçant le mot innocent par celui de dément, vous aurez tout le secret de ce genre d'innocence.

Dans les pensionnats, la comparaison est très-facile : c'est au médecin à savoir profiter de cet avantage. Interrogez le chef d'institution, et il vous apprendra bientôt que tel élève, autrefois à la tête de sa classe, est aujourd'hui le dixième ou le quinzième; que, de semaine en semaine on voit sa composition devenir de plus en plus mauvaise; qu'il fait des fautes grossières d'orthographe et de syntaxe, qu'il ne sait plus ses leçons par cœur, et qu'en un mot il paraît ne plus jouir des mêmes *moyens.*

Avec cette mobilité extraordinaire, ce désordre des mouvements et cet affaiblissement des facultés intellectuelles, j'ai encore à vous signaler dans la chorée un phénomène d'une certaine gravité du côté de la motilité, je veux parler du trouble qu'apporte la maladie dans la capacité du mouvement, de la *paralysie* choréique. Il y a presque toujours faiblesse prédominante d'un côté. C'est en général du côté où les mouvements sont les plus violents que la paralysie est le plus prononcée; le côté le moins envahi par la danse de Saint-Guy se ressent habituellement à peine de cette diminution de l'action musculaire.

Je connais deux femmes qui ont été choréiques à l'âge de treize ou quatorze ans, et qui aujourd'hui sont encore hémiplégiques. L'hémiplégie peut donc dans certains cas accompagner ou suivre la chorée, non pas comme elle accompagne ou suit l'hémorrhagie cérébrale, ce serait trop dire, mais enfin de façon à laisser un côté plus faible que l'autre et à persister pendant très-longtemps, pendant toute la vie peut-être. Y a-t-il une lésion, un ramollissement du cerveau? La chose serait bien possible, mais je l'ignore complétement. Je vous disais dans la dernière conférence que la jeune fille du n° 30 *bis* avait éprouvé des troubles dans la vue du côté droit depuis l'époque de sa première attaque de chorée, qui remonte à deux ans; eh bien, à dater de ce moment, elle n'a jamais récupéré toute la netteté de la vision. C'est avec intention que j'insiste beaucoup sur ce triple point qu'on n'a fait qu'effleurer jusqu'à présent, à savoir : l'altération des mouvements, de l'intelligence et de la sensibilité.

Beaucoup de médecins regardent la chorée comme une bagatelle, et cependant on peut très-bien en mourir; la preuve en est que j'ai vu des malades succomber les uns à la suite des accidents propres de la maladie, tels que des phénomènes cérébraux ou des troubles fonctionnels quelconques; les autres consécutivement à des accidents extérieurs, tels que les excoriations de la peau, les dénudations des os, les érysipèles phlegmoneux. Du reste, il est vrai d'ajouter que ces derniers désordres ne sont qu'une dépendance éloignée, indirecte de la danse de Saint-Guy, car ils résultent du traumatisme, tandis que l'hébétude, la stupeur sont intimement liées à la maladie et qu'elles sont provoquées par l'exagération des manifestations nerveuses locales. Les cas de chorée suivis de mort sont rares, je n'ai pas besoin de vous le dire, et ils ne se produisent que lorsque l'affection est singulièrement sévère.

Au début de la maladie, on constate habituellement de l'insomnie; les jeunes filles des nos 2 et 30 *bis* ont été dans ce cas. Si le manque de sommeil se prolonge, vous le voyez bientôt prendre des proportions considérables, très-inquiétantes même, car le choréique arrive à ne pas dormir une heure sur vingt-quatre. Les enfants, vous le savez, ont de douze à quinze heures de sommeil, tandis que les adolescents se contentent fort bien de neuf. Or, une insomnie aussi prononcée que celle dont je viens de parler, outre qu'elle indique un état tout à fait anormal, devient rapidement une cause d'affaiblissement et d'excitation.

La privation du sommeil peut durer de trois à six jours. Les symptômes nerveux prennent concurremment une exagération très-grande, et la fièvre s'allume. Aussi je vous engage à toujours vous méfier lorsque vous aurez constaté l'insomnie, la fièvre et le délire, car le pronostic est des plus graves; vous échouerez la plupart du temps dans tout ce que vous tenterez, et l'issue fatale sera proche.

Au moment où nous nous sommes approchés ensemble tout à l'heure du lit de la jeune fille du n° 28, la malade dormait. Vous avez pu remarquer cette quiétude absolue, cette absence de tout mouvement et cette invariable tranquillité que le sommeil avait apportées avec lui. Eh bien, l'exemple que vous avez eu sous les yeux est une loi générale : les choréiques, quand ils dorment, jouissent du plus paisible sommeil, et s'ils viennent à se remuer et à changer de place, mais sans s'éveiller, leurs mouvements ne sont pas désordonnés. Ce fait n'a pas d'exceptions.

Parmi les causes de la chorée, l'âge joue un grand rôle, et nous avons vu que cette maladie était l'apanage de l'enfance, et qu'elle devenait de plus en plus rare vers l'âge adulte. Le sexe a bien son influence aussi, comme je vous le disais en commençant; mais il est une cause très-remarquable que M. le docteur Sée a mise en lumière, c'est la cause rhumatismale.

Déjà Bright avait parlé de la coïncidence des danses de Saint-Guy avec les péricardites aiguës ou chroniques, et d'autres observateurs avaient dit aussi que les affections du cœur étaient assez communes chez les choréiques, lorsque M. Sée a pris la la question. Il a vu qu'il existait réellement une relation entre les maladies du cœur préparant à la chorée et le rhumatisme articulaire aigu. En effet, le rhumatisme articulaire aigu avait frappé de jeunes choréiques à l'hôpital des Enfants-Malades, et nous avions remarqué ensemble qu'il était parfois entré dans nos salles, pour une danse de Saint-Guy, des enfants ayant préalablement été atteints d'un rhumatisme articulaire, comme aussi il nous était arrivé de traiter des petits malades affectés pour la première fois de rhumatisme, mais ayant été choréiques auparavant.

Comme le rhumatisme articulaire aigu peut précéder la danse de Saint-Guy, comme la danse de Saint-Guy peut précéder le rhumatisme articulaire, comme la danse de Saint-Guy peut s'accompagner d'endocardite (et la jeune fille du n° 28 de la salle Saint-Bernard vous en fournit un exemple) ou parfois de péricardite, vous voyez qu'on est bien autorisé à dire qu'il y a là une connexion, l'affection rhumatismale étant d'ailleurs très souvent la cause de l'endocardite ou de la péricardite.

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 janvier.

M. Sée a mis tous ces faits en lumière, avec un peu d'exagération peut-être. Les connexions existent, c'est à n'en pas douter; mais la remarque de Bright et des autres observateurs (de M. le professeur Bouillaud principalement) n'en est pas moins digne d'attention.

Souvenez-vous donc de cette grande loi pathologique qu'*il y a des connexions entre le rhumatisme articulaire aigu et la danse de Saint-Guy*. Le fait est tellement vrai qu'il m'est maintes fois arrivé (et je vous prie de croire que je n'avais aucun mérite à cela) de prédire d'avance à des familles l'invasion d'une chorée ou d'un rhumatisme.

Ces recherches m'intéressaient grandement, et je devais d'autant plus chercher à les vérifier que la fièvre scarlatine est très-souvent suivie de danse de Saint-Guy. C'est que les fièvres éruptives prédisposent à la chorée. Bright et M. Sée nous ont encore montré les relations qui existent entre ces deux états.

La fièvre scarlatine et le rhumatisme sont liés ensemble par une corrélation bien manifeste. Dans le tiers des cas de scarlatine, il y a des douleurs rhumatismales, et cette remarque, par exemple, est de moi, j'en revendique la paternité. Un individu scarlatineux deviendra rhumatisant sans que parfois vous vous en doutiez. Les deux scarlatines que nous avons traitées cette année, depuis l'ouverture du cours de clinique, ont été suivies de rhumatisme. Si vous, médecin, vous n'y faites point attention, le rhumatisme pourra passer inaperçu; mais interrogez vos malades, et ils vous diront qu'ils souffrent du poignet; examinez-les, et vous trouverez de l'enflure aux clavicules, à l'épaule, au coude; mais la douleur sera quelquefois si peu vive que, je le répète, les rhumatisants n'en parleront point. Dans d'autres cas, mais beaucoup plus rares, le rhumatisme prendra une forme très-grave, les articulations seront frappées violemment; l'affection ne sera pas alors omise. Que ce fait ne vous échappe pas non plus de la mémoire : *dans le tiers des cas de fièvre scarlatine, il y a des douleurs rhumatismales.*

Dans une maladie où l'appareil respiratoire n'est pas mis en question, vous voyez que l'on retrouve des accidents cardiaques. Un praticien recommandable, M. le docteur Thore (de Sceaux), a fait un travail sur la péricardite accompagnant la scarlatine ou consécutive à la scarlatine. Or, la même chose s'observe pour l'endocardite. Le fait est commun, et il a été démontré par M. le professeur Bouillaud. En résumé, la danse de Saint-Guy, le rhumatisme articulaire et la fièvre scarlatine, sont trois états pathologiques qui vont très-bien ensemble; le rhumatisme leur sert de trait d'union.

Si la chorée se revêt quelquefois de symptômes alarmants, tels que la fièvre, le délire, la stupeur, on peut dire qu'elle est le plus ordinairement sans gravité. En abandonnant la danse de Saint-Guy à la nature, en priant avec ferveur pour les malades ou en vouant ces derniers à des saints, on peut arriver à la guérison. Les choréiques sont donc susceptibles de guérir seuls et sans l'intervention de la médecine. Ce n'est pas à dire que le rôle du médecin dans le traitement de la chorée soit complétement inutile; car c'est à lui qu'il appartient de prévenir les phénomènes graves, de modérer les accidents, d'abréger la durée de l'affection, mais toujours est-il qu'elle peut guérir, dans les cas simples et peu intenses, sans le secours de l'art.

Je vous ai dit que l'insomnie préparait au délire et à la stupeur; occupons-nous donc maintenant de parer à cette complication. Lorsque les bains tempérés n'auront pas amené de sommeil, ayez recours à l'opium, dans la même mesure que dans le *delirium tremens*, non pas à une certaine dose d'opium, non pas à une haute dose d'opium, mais à la dose qui convient au malade. Cela pourrait paraître bizarre; je m'explique. Chaque année, en parlant de l'opium, l'un de mes prédécesseurs à la chaire de thérapeutique de la Faculté, M. le professeur Peyrilhe, avait l'habitude de dire : Quand un homme est éveillé comme dix et que vous lui donnez de l'opium comme neuf, il est éveillé comme un; mais s'il est éveillé comme dix et que vous lui donniez de l'opium comme onze, il dort comme un. Il n'y a donc point de dose d'opium proprement dite.

Dans le *delirium tremens*, on prescrit jusqu'à 1 et 2 grammes d'opium, ce qui vous prouve que la résistance du malade à l'agent toxique doit servir de règle et constitue le manomètre de la médication. Le mode d'administration, par exemple, a quelque chose de sacramentel. Il faut donner, de demi-heure en demi-heure ou d'heure en heure, 5 centigrammes, soit en pilule, soit en sirop, et continuer ainsi jusqu'à ce que le sommeil arrive, cas auquel vous suspendez immédiatement l'emploi du médicament. S'il faut 2 grammes d'opium pour faire dormir votre malade, faites-lui en prendre 2 grammes; l'essentiel est qu'il dorme. Si vous êtes craintif, si vous n'osez pas prendre sur vous la responsabilité d'une dose pareille, qu'arrivera-t-il? En vous arrêtant en chemin et en ayant prescrit une dose déjà élevée, mais qui n'aura point procuré de sommeil, vous verrez votre malade, sous l'influence de l'opium, s'agiter de plus en plus. Vous n'aurez alors obtenu qu'une aggravation du mal.

Si le malheur voulait que vous oubliassiez un jour ces préceptes, et que vous prescrivissiez d'un coup une dose aussi élevée d'opium, votre malade serait empoisonné. Suivez, au contraire, la méthode successive, graduelle, que je viens de vous indiquer, provoquez le sommeil, et votre client jouira à son réveil des bienfaits précurseurs d'une guérison très-prochaine.

Il entra une fois dans mon service, à l'hôpital Necker, une malheureuse femme dont la vie n'était depuis longtemps qu'une interminable série d'excès vénériens et qu'une ivresse permanente. C'était une digne émule de cette fille publique dont je rapportais l'observation au commencement de cette conférence. Elle était atteinte de danse de Saint-Guy, et présentait des désordres nerveux épouvantables; il y avait du délire, et elle n'avait point dormi depuis cinq fois vingt-quatre heures. Je priai M. Bouchut, mon interne, d'administrer *lui-même* 5 centigrammes de sulfate de morphine en pilule, ce qui répond à 15 centigrammes d'extrait d'opium. M. Bouchut resta toute la journée à l'hôpital, et renouvela sa pilule de demi-heure en demi-heure, tant et si bien que la malade s'endormit après la quatorzième pilule. Elle avait donc pris 70 centigrammes de sulfate de morphine, ou, si vous aimez mieux, 2 grammes 10 centigrammes d'extrait d'opium! Cette femme eut sept heures consécutives de sommeil, et nous pûmes, à son réveil, procéder à la guérison par d'autres moyens.

Il n'y a point de doses déterminées d'opium. Nous donnâmes des soins, M. le professeur Andral et moi, à un jeune homme en proie à des accidents saturnins accompagnés de phénomènes nerveux d'une telle intensité que nous redoutâmes l'imminence d'une épilepsie. Nous prescrivîmes une pilule de 5 centigrammes d'opium toutes les heures, jusqu'à production de sommeil. Le malade prit trente-six pilules et dormit. Nous continuâmes la médication, en diminuant la dose d'opium au fur et à mesure que les accidents nerveux diminuèrent eux-mêmes.

J'ai été souvent consulté par un marchand brossier de la rue du Vieux-Colombier, qui éprouvait de très-cruelles douleurs de tête. Il me raconta qu'il était arrivé à prendre graduellement de l'opium jusqu'à boire à la fois un grand verre ordinaire (environ 250 gr.) de laudanum de Rousseau. Or, vous n'ignorez pas que le laudanum de Rousseau est fort énergique, puisque 7 gouttes contiennent 5 centigrammes d'opium, ce qui fait qu'il est trois fois plus actif que le laudanum de Sydenham. J'envoyai cet homme prendre les eaux d'Enghien; mais un jour qu'il était à bout de tortures, il avala d'un coup 750 grammes de laudanum de Rousseau! Il arriva qu'il dormit pendant douze heures, et qu'il ne fut nullement empoisonné. Ce malade avait amassé dans son commerce une jolie aisance, mais ses achats d'opium et de laudanum le conduisirent très-rapidement à sa ruine. J'ignore ce qu'il est devenu.

J'ai connu une dame d'Anvers qu'une très-douloureuse névralgie convulsive de la face obligeait à avoir recours à l'opium. Elle commença par en prendre 40, 50, 60 centigrammes, puis à force d'augmenter la dose, elle arriva à un gramme de sulfate de morphine! Elle me dit alors qu'elle se trouvait soulagée, mais qu'étant dans une position de fortune modeste, et que venant de dépenser pour douze cents francs d'opium, elle ne pouvait plus continuer à se traiter ainsi, sous peine d'être bientôt ruinée par les pharmaciens. Je lui remis aussitôt une lettre pour M. Mialhe, conçue à peu près dans ces termes : « Donnez au prix coûtant (44 francs) » un kilogramme d'opium brut à madame X... » Je recommandai alors à la malade de faire elle-même des pilules de la contenance d'un gramme d'opium brut (50 centigr. d'extrait), et d'en prendre en raison directe de l'intensité de ses douleurs. A dater de ce jour, elle se passa de médecin et de pharmacien, et elle se rendit maîtresse de ses souffrances. J'ai appris plusieurs fois depuis qu'elle était dans de très-bonnes conditions, et que sa santé et sa bourse s'étaient merveilleusement trouvées de ma recette.

Je ne puis rien vous dire de rigoureux relativement à l'opium, et je ne saurais dans le traitement de la chorée vous établir des règles fixes. La jeune fille du n° 2 de la salle Saint-Bernard, qui a été tourmentée par une insomnie rebelle, n'a dormi qu'avec 70 centigrammes d'extrait d'opium; M. Peyrilhe aurait dit qu'elle était alors éveillée comme soixante-neuf. La malade du n° 30 *bis*, au contraire, a retrouvé le sommeil après l'administration de 6 centigrammes d'extrait d'opium.

Appliquez-vous donc toujours à tâter le degré de résistance du sujet, surveillez bien activement l'emploi de votre médication, et ne manquez pas d'en suspendre l'action aux approches du sommeil.

Dans la prochaine conférence, je m'occuperai avec vous des divers traitements de la chorée. Dr LEGRAND DU SAULLE.

DE L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DES BAINS D'EAU,

Par M. le Dr Frédéric DURIAU.

Les modifications auxquelles est exposé le corps de l'homme lorsqu'on le soumet à une immersion plus ou moins prolongée dans un milieu de nature variable, ont été à toutes les époques l'objet de travaux remarquables. Mais quelque importantes qu'aient été les recherches des physiologistes et des cliniciens, elles ne sont pas considérées comme la dernière expression de la science. La plupart des questions de l'hydrologie médicale soulèvent encore la controverse la plus vive, et ce n'est pas sans réserve qu'on se permet de poser des conclusions sur cette matière. Pourtant on voit, malgré cette sévérité d'examen, certaines pratiques entachées d'erreur survivre à l'épreuve du temps, tandis que l'oubli a été maintes fois le sort de formules thérapeutiques sanctionnées par la raison et l'expérience. Nous ne voulons pas rechercher ici la cause de ce paralogisme du sens commun, nous venons seulement, avec l'appui de la statistique, parler en faveur de pratiques à peu près délaissées.

Déjà l'action physiologique des bains a été l'objet d'un mémoire dans lequel nous avons exposé l'influence que les bains exercent dans l'état de santé sur les principales fonctions de l'économie : absorption et exhalation cutanées, circulation, respiration et calorification (1). Le travail que nous publions aujourd'hui est la suite naturelle de ces premières recherches; il contient le résumé d'expériences nombreuses que nous avons établies dans le but d'étudier l'influence que les bains d'eau peuvent avoir dans l'état de maladie comme agent thérapeutique. Nous examinerons successivement :

1° Les fièvres graves;

2° Les fièvres éruptives;

3° La névropathie générale; et nous verrons le rôle que les bains sont appelés à remplir dans ces différentes circonstances.

1° *Fièvres graves.* — Parmi les caractères les plus constants des fièvres graves ou typhoïdes, l'accélération du pouls avec sécheresse et élévation de la température de la peau, ou, en d'autres termes, les phénomènes fébriles occupent le premier rang. On ne pourrait, il est vrai, établir d'après ces symptômes le diagnostic de la maladie; aussi n'entre-t-il pas dans notre pensée de vouloir en faire des signes pathognomoniques. Mais, étudiées en elles-mêmes et isolément, ces manifestations d'une affection qui offre un vaste champ aux investigations de la thérapeutique, ne laissent pas que de mériter l'attention.

Ce n'est pas seulement, comme l'ont prescrit plusieurs auteurs, dans la forme ataxique ou la forme inflammatoire de la fièvre typhoïde que ces bains ont été expérimentés; cette pratique a d'ailleurs depuis longtemps donné les meilleurs résultats entre les mains de M. Chomel. Mais, quelle que soit la forme de la maladie, on a dirigé ce traitement contre l'accélération du pouls, la sécheresse et l'élévation de la température de la peau, toutes les fois que ces phénomènes présentaient une intensité notable. Nous ne reproduirons ici que quelques-unes de nos observations, nous bornant à faire ressortir ensuite dans un résumé les modifications qui ont été amenées par les immersions dans des bains d'eau simple, et au-dessous de la limite thermique (2). (On ne mentionnera dans ces observations que les phénomènes relatifs au sujet qui nous occupe.)

OBS. I. — *Fièvre typhoïde.*

Michel C..., âgé de vingt-huit ans, journalier, né en Savoie, est entré à l'hôpital de la Charité le 16 novembre, n° 15, salle Saint-Charles, service de la Clinique).

Cet homme habite Paris depuis deux mois seulement; point de maladies antérieures.

Il a de la diarrhée depuis dix jours, a eu une épistaxis abondante six jours avant son entrée.

Etat actuel. — Le 17 novembre, courbature générale, céphalalgie violente, facies stupide; peau sèche et brûlante; 100 pulsations. Le ventre est ballonné; gargouillement dans la fosse iliaque droite; la pression n'y détermine aucune douleur; sonorité tympanique de tout l'abdomen.

Le 18, même état; on prescrit un bain à 27°. Voici les résultats de ce bain :

	Pulsations.	Température prise dans la main.	Inspirations.
1° Avant le bain.	140	33°5	30
2° Au moment de l'immersion.	160	34°1	30
3° 15 minutes après l'immersion	120	33°1	28
4° 25 minutes après l'immersion	100	31°5	26
5° 15 minutes après le bain. . .	130	29°6	26

Le 19, le pouls est à 130; il est régulier. Le dévoiement persiste; la peau est sèche. — Un bain, administré comme la veille, donne les mêmes résultats. Après la sortie de l'eau, le pouls est resté à 120.

Le 20, point de changement.

Le 21, on donne de nouveau un bain à 27°, et l'on obtient :

1° Avant le bain, 120 pulsations; 37°9 dans l'aisselle.
2° Après le bain, 100 — 36°7 —

Le 22, 80 pulsations. Le malade se sent mieux et demande à manger; le ventre est moins tendu.

Le 23, même état. Le pouls est à 76. Redoublement de fièvre le soir. — Bain à 28°. Le pouls est resté à 70 après le bain; la peau a repris sa moiteur.

Le 24, point de modification.

Le 25, le ventre est affaissé; la diarrhée a presque cessé; 72 pulsations; respiration normale. — Un bain à 27° a été donné.

Le 26, 70 pulsations. Point de redoublement fébrile. La température de la peau est normale. Le malade continue à mieux aller.

OBS. II. — *Fièvre continue.*

Urbain L..., âgé de dix-neuf ans, faïencier, né à Desnec (Jura), est entré le 10 janvier au n° 10 de la salle Saint-Charles (service de la clinique).

Cet homme habite Paris depuis neuf mois; il couche seul dans un cabinet; point de maladies antérieures; vacciné.

Il y a huit jours, il a été pris de céphalalgie sus-orbitaire et de diarrhée; celle-ci s'est brusquement arrêtée hier.

11 janvier. *Etat actuel* : stupeur de la face, peau sèche et brûlante; pouls dur, 90 pulsations. Le malade se plaint de douleurs dans les hypochondres et de céphalalalgie sus-orbitaire. Langue humide, blanche et bordée de rouge; inappétence. Quelques taches rosées sur le ventre; douleur dans la fosse iliaque droite provoquée par la pression. Point de gargouillement dans cette région.

Le 12, le malade paraît plus abattu que la veille. Un bain à 29° donne les résultats suivants :

1° Avant l'immersion,	100	pulsations;	37°,1	sous l'aisselle.
2° Vingt minutes après,	90	—	36°,8	—
3° Quarante minutes après,	85 à 90	—	36°,8	—
4° Après la sortie du bain,	90	—	36°,5	—

Le 13, la céphalalgie et les douleurs vers les hypochondres persistent; le pouls est dur, 90; le ventre ballonné et sonore dans toute son étendue. — Un bain : mêmes résultats.

(1) V. *Arch. gén. de méd.*, février, 1855.

(2) Voir pour la limite thermique les *Arch. gén. de méd.*, *loc. cit.*

Le 14, pouls à 85 ; langue humide, peau sèche, érytbème des fesses ; la diarrbée a reparu ; insomnie.

Le 15, même état ; la face et les muqueuses se décolorent, les gencives présentent plusieurs tacbes blanchâtres ; la diarrhée continue ; râles sibilants en arrière. — Bain à 28°.

Le 16, le malade a été très-agité ; peau sèche et brûlante ; 90 pulsations. Après le bain, la peau est plus souple, le malade est somnolent, le pouls à 84.

Le 17, même état ; 80 pulsations ; la respiration moins embarrassée ; le ventre est souple.

Le 18, le malade est mieux.

Le 19, depuis ce jour, il ne s'opère aucune modification désavantageuse.

Obs. III. — *Fièvre continue.*

Désiré N..., âgé de vingt-trois ans, tailleur de pierre, né à Vilars (Haute-Marne), entre le 15 juillet au n° 2 de la salle Saint-Charles (service de la clinique). Il babite Paris depuis un an environ ; point de maladies antérieures ; vacciné.

A la visite du 16, on le trouve dans l'état suivant : décubitus dorsal, face vultueuse, pupilles dilatées, langue recouverte d'enduits noirâtres desséchés ; il en est de même des dents. L'abdomen présente quelques tacbes rosées ; gargouillement dans la fosse iliaque droite. Pouls dicrote, 120 pulsations ; peau sèche. Un bain donne les cbangements suivants :

1° Avant le bain, 120 pulsations ; 36°,9 sous l'aisselle.
2° 20 minutes après l'immersion, 100 — 36°,7 —
3° Après la sortie du bain, 110 — 36°,6 —

Le 17, le malade a moucbé un peu de sang ; le bain a déterminé de la diarrhée. Céphalalgie. — Un bain : mêmes résultats.

Le 18, le dévoiement persiste ; redoublement de fièvre le soir. — Un bain à 28° donne :

1° Avant le bain, 115 pulsations ; 37°, sous l'aisselle.
2° 15 minutes après l'immersion, 110 — 36°,4 —
3° Après le bain, 110 — 36°,1 —

Le 19, la céphalalgie est moins violente, la diarrhée moins abondante ; 90 pulsations. La peau est humide.

Le 20, même état ; insomnie. — Bain.

Le 21, le malade a reposé ; point de fièvre. Il demande à manger.

Le 22, point de changement.

Le 23, le mieux se déclare, et s'est maintenu.

Nous croyons inutile d'ajouter un plus grand nombre d'observations dans lesquelles les phénomènes se sont reproduits à peu près de la même façon.

D'après ce qui précède, et en tenant compte des éléments qui nous occupent, on voit que les bains ont duré, en moyenne, trente minutes, et que toujours ils étaient au-dessous de la moyenne thermique. Or, dans ces circonstances, le pouls a diminué de fréquence (on ne doit pas prendre en considération l'accélération du pouls qui accompagne toujours le moment où le malade se plonge dans un bain), le thermomètre est descendu de plusieurs dixièmes de degré, et la peau, perdant sa sécheresse, est devenue plus souple et moins âpre au toucher. Le tableau suivant indiquera d'une manière précise les phases par lesquelles sont passés les malades.

La moyenne a été prise sur 32 observations.

MOMENT DE L'OBSERVATION.	TEMPÉRATURE de la main.	TEMPÉRATURE de l'aisselle.	PULSATIONS.	INSPIRATIONS.
1° Avant le bain.	33°,5	37°,28	126	30
2° 15′ après l'immersion.	33°,1	36°, 9	111	32
3° 30′ *id.*	31°,5	37°, 1	103	26
4° 15′ après la sortie du bain. . .	21°,6	36°,74	112	26

Il s'agissait bien, dans tous ces cas, de malades atteints de fièvres graves continues de types très-divers. Quel est donc l'effet du bain en pareille circonstance ? Certes, on ne peut admettre que le bain possède une action spécifique contre cette affection ; car si l'on se reporte aux résultats que l'on constate dans l'état physiologique, on voit aussi le pouls et la température des baigneurs subir constamment des modifications analogues ; et si les variations étaient absolument les mêmes, il n'y aurait pas un avantage signalé à faire usage de ces immersions. Mais cette identité absolue n'existe point, et les oscillations sont beaucoup plus prononcées dans l'état morbide. Ainsi, tandis que chez l'homme sain le thermomètre ne baisse que de 1°,6, dans le résumé qui précède on peut constater un abaissement de 3°,9 ; aussi est-on en droit d'établir que dans les fièvres graves, quelle que soit leur forme, les bains prolongés déterminent toujours une sédation qui persiste après la sortie de l'eau ; le malade tombe dans une somnolence qui contraste avec l'état dans lequel il se trouvait d'abord, et jamais il n'est survenu d'accidents du côté du tube digestif, ni de complication pulmonaire qui ait diminué les chances de succès.

(*La fin à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance publique annuelle du 2 févier 1857. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Lundi dernier, à deux heures, a eu lieu, dans la grande salle de l'Institut, la séance publique annuelle de l'Académie des sciences.

Cette séance a été ouverte par la proclamation des prix accordés par l'Académie pour l'année 1856, et l'annonce des prix proposés pour les années 1857-1858.

— Nous publierons dans un prochain numéro un extrait du rapport des commissions de physiologie et de médecine ; nous nous bornerons pour aujourd'hui à donner le programme des prix décernés, pour les sciences physiques, la physiologie expérimentale, la médecine et la chirurgie.

Grand prix des sciences physiques. — Ce prix, proposé par l'Académie en 1847, et remis successivement au concours pour 1849, 1853, et de nouveau pour 1856, avait pour objet l'*Etude du développement de l'embryon.* Ce prix a été accordé à M. Lereboullet, professeur à la Faculté des sciences de Strasbourg.

Un autre *grand prix des sciences physiques*, relatif à la *distribution des corps organisés fossiles dans les terrains tertiaires*, a été décerné à M. Bronn, professeur d'histoire naturelle à Heidelberg (grand-duché de Bade).

Prix de physiologie expérimentale. — L'Académie a accordé à M. Waller une somme de 2,000 fr., pour ses expériences sur les *ganglions des nerfs rachidiens ;* à M. Davanne, une somme de 1,500 fr., pour ses études de l'*anguillule du blé ;* et à M. Fabre (d'Avignon), une somme de 1,000 fr., pour ses recherches relatives à l'étude des mœurs des *cerceris.*

Prix relatifs aux arts insalubres. — M. Schrotter est l'auteur de la découverte du phosphore rouge, qui, n'ayant ni les propriétés toxiques ni la grande inflammabilité du phosphore ordinaire, sera avantageusement substitué à ce dernier dans la fabrication des allumettes chimiques. L'Académie a récompensé cette découverte par un prix de 2,500 fr.

M. Caumont, qui est inventeur d'une machine propre à séparer les *jarres* ou gros poils des peaux de lapin, des poils courts et fins qui sont exclusivement employés à la fabrication des feutres pour chapeau, a obtenu un encouragement de 2,000 fr. *L'éjarrage* fait à la main est fort insalubre, parce que l'ouvrier ou l'ouvrière qui l'exécute est constamment exposé à respirer un air chargé de poussière et de débris de poils. La machine de M. Caumont fait disparaître en grande partie cette cause d'insalubrité.

Prix de médecine et de chirurgie fondés par Montyon. — La commission de l'Académie nommée pour examiner les ouvrages et mémoires envoyés pour ce concours, a décerné les récompenses suivantes :

Un prix de 2,000 fr. à M. Simpson, qui, après les belles expériences de M. Flourens, a introduit l'anesthésie par le chloroforme dans la pratique chirurgicale et dans celle des accouchements.

Un prix de 2,000 fr. à M. Malgaigne pour son grand ouvrage sur les fractures et les luxations.

Un prix de 2,000 fr. à M. Jules Guérin pour avoir généralisé la méthode sous-cutanée.

Une récompense de 1,200 fr. à M. Stelling pour ses recherches anatomiques microscopiques sur le pont de Varole, la moelle allongée et la moelle épinière.

Une récompense de 1,000 fr. à M. Eugène Renault, directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, pour ses nombreuses expériences sur plusieurs maladies contagieuses, telles que la morve, la clavelée, la rage.

Une récompense de 1,000 fr. à M. Filhol, professeur à Toulouse, pour diverses observations chimiques contenues dans son ouvrage sur les eaux médicales des Pyrénées.

Une récompense de 1,000 fr. à M. Galtier pour diverses observations de chimie toxicologique contenues dans son *Traité de toxicologie.*

Une récompense de 1,000 fr. à M. Middeldorpff pour l'emploi du courant électrique comme moyen chirurgical de cautérisation.

Une récompense de 1,000 fr. à M. Brown-Séquard, pour ses observations sur le résultat des lésions de la moelle épinière chez les mammifères.

Une récompense de 1,000 fr. à M. Ch. Robin, pour la découverte et la description d'un tissu accidentel ayant une structure d'apparence glanduleuse et se développant chez l'homme, dans des parties du corps dépourvues de glandes.

Une récompense de 1,000 fr. à M. Boinet, pour ses recherches et ses expériences sur la valeur des injections iodées dans le traitement des kystes de l'ovaire.

Une récompense de 1,000 fr. à M. Guillon, pour son procédé de dilatation des rétrécissements de l'urètre à l'aide de bougies olivaires en baleine ou en gomme élastique.

Un encouragement de 800 fr. à M. Faure, pour ses recherches expérimentales sur l'asphyxie, et particulièrement sur l'anesthésie, qui en est la conséquence.

Un encouragement de 800 fr. à M. Colombe, pour avoir démontré la possibilité de changer avantageusement, dans certains cas, la position vicieuse du fœtus pendant l'accouchement.

Un encouragement de 700 fr. à M. Hiffelsheim, pour ses recherches et ses expériences sur les mouvements du cœur chez les animaux.

Un encouragement de 700 fr. à M. Philippaux (de Lyon), pour avoir étudié, à des points de vue nouveaux, l'action variée des différents caustiques appliqués aux opérations de la chirurgie.

Un encouragement de 600 fr. à M. Legendre, pour avoir donné les préparations et les figures d'un grand nombre de coupes faites sur des cadavres congelés, dans le but de montrer les rapports exacts des tissus et des organes.

Un encouragement de 600 fr. chacun, à MM. Goubaux et Follin, pour avoir constaté que chez plusieurs mammifères et chez l'homme, dans les cas de cryptorchidie double, le liquide prolifique est infécond.

Un encouragement de 500 fr. à M. Godart pour avoir observé chez l'homme un certain nombre de faits semblables.

Un encouragement de 500 fr. à M. Collin, chef de service d'anatomie à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, pour s'être livré à des recherches expérimentales nombreuses et variées sur les animaux dans le but d'éclairer certaines questions de physiologie.

Un encouragement de 500 fr. à M. Louis Figuier pour avoir constaté, après M. Schmidt (de Dorpat), dans le sang de l'homme vivant, à l'état de santé, la présence du sucre dans des conditions semblables à celles qui avaient été déterminées par M. Claude Bernard chez les animaux.

Un encouragement de 500 fr. à M. Duplay pour ses recherches sur la persistance des zoospermes chez les vieillards.

Un encouragement de 500 fr. à M. Gosselin pour ses recherches et ses expériences sur l'absorption par la cornée transparente de diverses dissolutions salines mises en contact avec le globe de l'œil et leur mixtion avec l'humeur aqueuse.

Un encouragement de 500 fr. à M. Verneuil, pour avoir décrit avec une grande exactitude les différents kystes de la région sus-hyoïdienne.

Un encouragement de 500 fr. à M. Delpech pour avoir fait connaître les accidents que développe, chez les ouvriers travaillant en caoutchouc, l'inhalation du sulfure de carbone.

Prix Cuvier. — L'Académie a décerné aujourd'hui, pour la troisième fois, le prix Cuvier, qui avait été accordé en 1851 à M. Agassiz pour ses grands travaux sur les poissons fossiles, et en 1854 à M. Muller pour ses belles et profondes recherches sur la structure et le classement des échynodermes.

Le prix Cuvier a été donné cette année à M. Richard Owen (de Londres), qui depuis plus de vingt ans, par des travaux de l'ordre le plus élevé, a tant agrandi le champ de l'anatomie comparée et de la paléontologie.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 février 1857. — Présidence de M. Michel Lévy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements du Loiret et du Var en 1856 ;

2° Un rapport de M. Gestin, chirurgien de marine, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné en 1856 dans le canton de Pont-Aven (Finistère) [commission des épidémies] ;

3° Un rapport sur le service médical de l'hôpital thermal militaire de Bourbonne-les-Bains pendant l'année 1856, par M. le docteur Cabrol, médecin en chef de cet bôpital. (Commission des eaux minérales.(

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

MM. Bertillon, Champouillon et Réveil se présentent comme candidats à la place vacante dans la section d'hygiène, médecine légale et police médicale. (Renvoi à la section.)

— M. Jeannel, professeur à l'Ecole de médecine de Bordeaux, adresse un mémoire intitulé *Recherches comparatives sur les alcalis et les carbonates alcalins considérés comme agents destructeurs de la glycose.* (Commissaires : MM. Caventou, Lecanu et Poggiale.)

— M. le docteur Delarue (de Bergerac) envoie une note sur un nouveau cas de bernie étranglée traitée avec succès par la belladone sous forme de potion. (Commission déjà nommée.)

— M. E. Barth, médecin à Berstett (Bas-Rhin), adresse une lettre relative au traitement de la gale par la benzine. (Commissaires : MM. Gibert, Renault et Robinet.)

— M. Pons (de Bez, près le Vigan) communique un travail sur l'*exactitude thérapeutique.* (M. Trousseau, rapporteur.)

— M. le docteur F. A., de Souza (Brésil), présente un nouvel ophthalmostat.

En voyant pratiquer les opérations dans les dispensaires et les hôpitaux, dit l'auteur, je me suis toujours préoccupé du moyen de fixer l'œil et les paupières de manière à rendre le secours des aides le moins indispensable possible. Ayant passé en revue les différents ophthalmostates employés dans ces derniers temps ; je les ai trouvés insuffisants pour remplir ce but. J'imaginai donc un ophthalmostat ayant le double avantage de fixer par son propre ressort les deux paupières à la fois et le globe de l'œil.

L'instrument se compose de deux parties, à l'extrémité desquelles sont fixées deux petites plaques recourbées qui servent à fixer les paupières à un millimètre de distance. A la partie interne sont disposées deux petites pinces qui obéissent à un levier placé sur le manche ; ces pinces sont destinées à fixer le globe de l'œil. L'élasticité des branches de l'instrument en permet l'application même chez les individus dont l'ouverture palpébrale est très-étroite. L'application en est très-simple, et l'on peut, avec cet instrument, pratiquer toutes les opérations qui réclament l'immobilité de l'œil, avec le secours d'un seul aide qui maintient la tête du malade.

RAPPORT.

M. Robinet lit au nom de la commission des remèdes secrets un rapport officiel sur des pilules de M. B..., désignées sous le nom d'anti-périodique français. M. le rapporteur propose de répondre au ministre que les expérimentations faites par la commission ne sont ni assez nombreuses ni assez concluantes, vu la rareté des fièvres intermittentes à Paris, et qu'il y aurait lieu de l'inviter à transmettre la formule du sieur B... au ministre de la guerre, qui pourrait faire instituer des expériences en Afrique. (Adopté.)

LECTURES.

M. Leblanc lit une note ayant pour titre : *Quelques nouvelles réflexions à l'occasion du fait communiqué à l'Académie par MM. Maunoury et Pichot sur la production de la vaccine par les eaux aux jambes du cheval.*

On se rappelle que dans la séance du 10 juin dernier, M. Leblanc avait dit que le fait de la production de la vaccine par les eaux aux jambes, communiqué à l'Académie par MM. les docteurs Pichot et Maunoury, lui paraissait si extraordinaire et si insolite, qu'il ne fallait rien négliger pour examiner avec soin toutes les circonstances qui le constituaient. Le but de la communication actuelle est d'ajouter à ce que l'Académie sait déjà quelques nouveaux documents sur ce fait.

Des renseignements qui lui avaient été transmis par M. Bonsergent, vétérinaire à la Loupe (qui a examiné le cheval atteint d'eaux aux jambes, lequel aurait transmis la vaccine à Brissot, d'après la version de MM. Pichot et Maunoury, *voir* le numéro du 12 juin dernier), et par M. Houelbecq, médecin à Belhomert, résidence de Brissot, il résulte que les eaux aux jambes du cheval ferré par Brissot dataient de six mois au moins, et que la maladie était locale, deux circonstances qui sont tout à fait défavorables à la production de la vaccine par les eaux aux jambes. Il en résulte en outre cet autre fait, que des vaches et des génisses qui habitaient la même écurie que ce cheval, et qui étaient en contact presque continuel avec lui, dans des conditions bien

plus favorables à la transmission, n'ont jamais rien contracté de semblable. D'où M. Leblanc a été conduit à conclure qu'il serait au moins très-difficile d'établir à ses yeux la preuve que l'éruption vaccinale présentée par Brissot fut le résultat de l'inoculation des eaux aux jambes dont ce cheval était atteint.

M. Leblanc rappelle ensuite les nombreuses recherches auxquelles il s'est livré pour démontrer que l'on a accusé à tort plusieurs maladies du cheval, très-distinctes, très-différentes même, d'être la cause de la vaccine, ce dont il a trouvé la preuve non-seulement dans la variété des noms de ces maladies, mais surtout et bien mieux dans les caractères différentiels indiqués dans les descriptions; puis il se livre à une longue discussion sur ce sujet, sur les origines diverses attribuées à la vaccine, et sur les transformations que subissent, suivant quelques auteurs, les maladies transportées des animaux à l'homme. Il manque, suivant lui, à tous les faits publiés sur la prétendue génération de la vaccine par les eaux aux jambes ou par les javarts, quelques conditions pour qu'ils puissent être considérés comme concluants et positifs, sans en excepter même le fait communiqué par MM. Maunoury et Pichot.

En résumé, dit M. Leblanc en terminant, je pense que le fait de ces deux médecins, ainsi que tout ce qui a été dit auparavant, est loin de décider la question de la production de la vaccine par les eaux aux jambes, et que tout porte à croire que cette maladie du cheval ne se transmet ni à l'homme ni aux animaux, sous quelque forme que ce soit.

M. TROUSSEAU rappelle, à cette occasion, les expériences faites depuis plus de dix ans par M. Maunoury, et souvent répétées depuis, sur la communication de diverses maladies des animaux à l'homme et de l'homme aux animaux. On sait qu'il en résulte que certaines maladies transportées des animaux à l'homme s'y transforment et se manifestent avec des caractères spéciaux tout différents de leurs caractères primitifs. Or, dans ce que vient de dire M. Leblanc, il y a une proposition qui paraît une hérésie. M. Leblanc dit qu'une maladie communiquée d'un animal à l'homme s'y transmet avec tous ses caractères; c'est même là l'argument principal sur lequel repose la thèse qu'il soutient.

Voici une des expériences faites par M. Maunoury. Il a fait venir des moutons d'un département voisin où ne règne point le sang de rate. Ces moutons, très-sains et très-bien portants, ont été nourris et entretenus avec beaucoup de soins; puis, quand il a eu à sa disposition un animal atteint du sang de rate, il les a inoculés. Ils ont tous contracté la maladie, et sont morts en moins de 40 heures, avec les mêmes symptômes et les mêmes lésions exactement que les animaux qui avaient fourni le sang d'inoculation. Le sang de rate transmis entre animaux de même espèce produit toujours le sang de rate, et jamais autre chose: cela est bien constant. Mais personne n'ignore, et M. Leblanc assurément ne le contestera pas, que les équarrisseurs, les bergers, les garçons de ferme, et en un mot, tous ceux qui ont soigné ou manié ces animaux, n'ont jamais les symptômes du sang de rate, mais qu'ils sont très-sujets à la pustule maligne, et qu'ils en sont atteints presque toutes les fois que la maladie de sang de rate règne parmi les moutons. Il est donc évident qu'il y a un rapport étroit entre ces deux affections, et qu'elles procèdent l'une de l'autre; que la pustule maligne, en un mot, n'est autre chose que le sang de rate transformé, modifié par la transmission du mouton à l'homme.

Voilà un premier fait établi, contrairement à la proposition émise par M. Leblanc. Une maladie propre à une certaine espèce animale transmise à l'homme, se traduit chez lui par une maladie essentiellement différente.

Autre point. Je n'oserais pas affirmer que ce que les Anglais appellent le *greas* soit la même chose que les eaux aux jambes du cheval. M. Leblanc dit qu'il n'est pas sûr non plus que ce soit la même chose.

M. LEBLANC. Je suis certain, au contraire, que ce n'est pas la même chose.

M. TROUSSEAU. Soit. Toujours est-il qu'on a essayé d'inoculer le produit des eaux aux jambes au pis des vaches, et que dans quelques circonstances très-exceptionnelles on est parvenu à faire naître ainsi le cowpox, qui, transmis à l'homme, a donné le vaccin. Mais je défie M. Leblanc de parvenir jamais à transmettre le cowpox de l'homme à la vache. Sur mille tentatives de ce genre, on n'est peut-être pas parvenu une seule fois à inoculer la vaccine à la vache. M. de Puységur, après de nombreux essais, n'a jamais pu y parvenir. M. Bretonneau a essayé à tous les âges de la vaccine; il n'a pu non plus y réussir une seule fois, et cependant personne ne conteste que le cowpox soit bien réellement l'origine de la vaccine.

Dans quelques circonstances, on voit avec une forme chronique d'une affection cutanée bien caractérisée, sur les limites mêmes de l'éruption spéciale, d'autres accidents d'une nature différente ou beaucoup moins caractérisée. Ne pourrait-il pas se faire que, dans quelques circonstances où l'on avait cru avoir affaire à l'affection chronique désignée sous le nom d'eaux aux jambes, il y eût en réalité à côté autre chose de plus aigu et de plus susceptible d'être inoculé. S'il en était ainsi, on concevrait la possibilité d'interpréter le fait de Brissot autrement que ne le fait M. Leblanc.

M. BOUSQUET. De quoi s'agit-il? De savoir quelle est l'origine primitive du vaccin. Vient-il du cheval ou de la vache? J'ai dit qu'il y avait deux époques dans la vie de Jenner: la première où il faisait provenir la vaccine du cowpox de la vache, la seconde où il la faisait procéder des eaux aux jambes du cheval. Le fait de M. Maunoury semble venir à l'appui de cette dernière opinion de Jenner. Mais il s'agirait, avant de conclure dans ce sens, de savoir si dans l'écurie où était placé le cheval en question, il n'y avait pas en même temps des vaches affectées de cowpox. Dans ce cas, le fait n'aurait plus la signification qu'on lui a prêtée.

M. Trousseau a dit qu'il était sans exemple qu'on eût fait passer le vaccin de l'homme aux vaches. Je répondrai à cela que j'y ai réussi toujours. Il y avait telles conditions où je ne réussissais pas non plus dans les premières expériences que j'ai tentées, mais c'est parce que je m'adressais à des vaches qui avaient déjà eu le cowpox. Mais depuis que, prévenu de cette cause d'insuccès, j'ai renouvelé tous mes essais sur des génisses, j'ai réussi constamment. Si M. Trousseau voulait parler de la transmission de la variole, c'est différent, il aurait parfaitement raison; je n'y ai jamais réussi non plus. Sacco prétend avoir obtenu la transmission de la variole de l'homme à la vache, mais je suis convaincu qu'il s'est complétement trompé et qu'il a trompé ses lecteurs.

M. TROUSSEAU. Je ferai remarquer à M. Bousquet que MM. de Puységur et Bretonneau ont fait leurs expériences sur des génisses et de jeunes veaux, et qu'ils n'ont réussi ni l'un ni l'autre une seule fois.

M. DELAFONT. M. Trousseau a dit qu'en inoculant le sang de rate à l'homme, on produisait une pustule maligne; cela est vrai. Mais ce que M. Trousseau n'a pas dit, c'est qu'en prenant sur l'homme du pus de la pustule maligne, et en le transportant de nouveau à l'animal, on reproduisait sur celui-ci le sang de rate; ce qui prouve qu'il n'y a pas transformation, comme il le dit, d'une maladie en une autre différente; mais identité des deux maladies.

Quant à la transmission du vaccin, je m'en suis occupé aussi dans le temps. M. Gérardin, alors rapporteur de la commission de vaccine, m'avait apporté des tubes contenant du vaccin pris sur des enfants. Je transmis ce vaccin à des génisses, chez lesquelles il produisit des pustules tout à fait semblables à celles des enfants; je reportai l'humeur de ces pustules sur d'autres enfants, qui eurent des pustules semblables aux premiers.

M. LEBLANC. M. Delafont vient de répondre beaucoup mieux que je n'aurais pu le faire aux observations de M. Trousseau. Il n'est donc pas exact de dire que les maladies se transforment en se transmettant des animaux à l'homme, et réciproquement.

M. RENAULT prend la parole pour rappeler que les expériences de M. Maunoury dont vient de parler M. Trousseau, avaient été faites bien avant lui par des vétérinaires, et qu'il les a faites lui-même il y a longtemps à Alfort.

Influence de la vaccine sur la mortalité. — M. Bertillon lit un travail dans lequel il s'est proposé de démêler quelle peut avoir été l'influence de la vaccine sur la mortalité qui pèse à chaque âge.

Depuis un demi-siècle, dit-il, l'espèce humaine s'est soumise à une pratique hardie, originale, et dont le résultat incontesté a été de la délivrer d'une terrible affection, la variole. Mais cette vaste et vigoureuse expérimentation n'a-t-elle pas eu d'autres résultats sur la santé publique?

Ce problème ainsi largement posé, ne nous paraît pas soluble par les seules forces de la logique ou par celles de la médecine.

On a dit, et il n'a semblé absurde à personne, qu'il y avait antagonisme entre le miasme paludéen et les affections tuberculeuses; pourquoi n'y aurait-il pas antagonisme, sinon absolu, au moins partiel, entre la variole et certaines autres affections? Ce sont là des questions appartenant à la même série, et aussi dignes d'examen les unes que les autres. Dans la partie de mes travaux déjà adressée à l'Académie, j'ai prouvé, il est vrai, que la mortalité avait diminué à tous les âges du 18e au 19e siècle; mais j'explique que cette diminution peut-être attribuée aux effets bienfaisants de la grande révolution qui, en restituant la terre aux mains du paysan, en divisant la propriété, a augmenté le bien-être, et les travaux modernes ont appris la grande importance de l'augmentation de l'aisance sur la vie humaine. Il aurait fallu que la vaccine fût un bien funeste poison pour masquer l'énergique influence de la révolution sociale qui s'est opérée entre le dix-huitième et le dix-neuvième siècle. Pour dégager plus sûrement les effets de la vaccine, je veux comparer la mortalité de la période 1816-25, où l'influence de la vaccine sur les adultes était encore nulle, avec la période 1840-52, pour laquelle cette influence, si elle existe, doit être très-marquée.

Mais l'administration française n'ayant malheureusement publié aucune table mortuaire (1), je suis obligé de me servir de celles dues à de laborieux particuliers, dignes d'ailleurs de la plus grande confiance; celle de Demonferrand pour la période 1817-31, et celle de M. Heuschling, pour 1840-49. J'ai dressé des tables de population sur ces mortuaires.

Eh bien, je l'annonce sans hésiter, parce que c'est la vérité que je cherche et non la victoire de telle opinion, la comparaison des deux époques qui, pour les premiers âges, de 0 à 15 ans, est d'abord favorable à notre époque, cesse de l'être pour les âges suivants. Ainsi, sur 1,000 vivants de chaque âge, on compte annuellement 210 décès de 0 à 1 an, sous la Restauration, et aujourd'hui 175. 67 décès de 0 à 2 ans, et maintenant 61. En bloc, toujours sur 1,000 vivants, on trouve 30 décès de 1 à 15 ans, et aujourd'hui 26. Mais à partir de cet âge, un mouvement contraire se prononce. Ainsi de 20 à 25 ans, sur 1,000 vivants, il y avait 11 décès, il y en a maintenant près de 12.

De 25 à 30 ans, il y avait 9 décès, on en trouve 10, et ainsi de suite aux âges suivants, dont on trouve la mortalité augmentée de 1/10 à 1/12, jusqu'à 50 ans. A cette période de la vie, l'amélioration qui s'était fait sentir pour les premiers âges reparaît de nouveau.

Ce résultat de la comparaison des mortuaires françaises, qui semble d'abord si favorable aux adversaires de la vaccine, leur avait pourtant échappé.

Étonné de ce résultat et sachant les desiderata des tables de population calculées, j'ai soumis ces mortuaires aux diverses méthodes indiquées par la science, et j'ai constamment trouvé les mêmes résultats. Par exemple, si on compare le nombre moyen des conscrits de chaque époque au nombre des décès de leur âge, on trouve que dans la période 1817-31, 1,000 jeunes gens ne fournissaient pas 11 décès (10,8), ils en fournissent aujourd'hui plus de 13 (13,4)!

Il est donc impossible d'en douter, la mortalité a augmenté d'une époque à l'autre, et les adversaires de la vaccine qui ne l'avaient pas démontré (2), ne manqueront pas, au nom de la logique *post hoc, ergo propter hoc*, d'en accuser l'influence vaccinale.

Mais j'ai poussé plus loin mes recherches. Les auteurs qui ont publié les deux mortuaires françaises, ont pris soin de séparer les sexes; j'ai donc pu déterminer la mortalité qui pèse séparément sur chaque sexe, et j'ai été dédommagé de ce long travail par des résultats tout à fait inattendus, et qui prouvent combien la vaccine est étrangère à cette aggravation de mortalité des âges adultes. En effet, quand on sépare les sexes, l'augmentation de mortalité reste tout entière sur le sexe masculin, tandis que les femmes qui sont soumises à la vaccine au moins autant que les hommes, sont pourtant affranchies de cette aggravation du nombre relatif (aux vivants) de leurs décédés de 20 à 30 ans et aux âges suivants.

J'ai recherché ensuite quelles pouvaient être les causes de cette singulière et inquiétante divergence dans la mortalité des sexes.

Il existe au nord de l'Europe une nation à laquelle aucun genre de gloire n'est inconnu, et chez laquelle des recensements par âge, des relevés mortuaires sont *depuis un siècle* régulièrement institués, périodiquement publiés. Cette nation a adopté avec ardeur la vaccine; elle nous en offre la preuve, car elle relève par une double enquête et publie le nombre annuel de ses vaccinations. Il est aujourd'hui presque égal au nombre des nouveau-nés qui survivent aux premiers mois. C'est la patrie des Linné, des Schell, des Berzélius, qui nous fournit ce modèle de statistique humaine.

En travaillant sur ces documents officiels, j'ai calculé la mortalité propre à chaque âge et à chaque sexe:

D'abord au siècle passé (1755-63), avant toute influence vaccinale;

Ensuite vers 1820 (1816-25), c'est-à-dire avec l'influence sur les enfants *et non sur les adultes;*

En troisième lieu, vers 1845 (1841-50), c'est-à-dire avec l'influence sur l'enfance *et aux âges de fécondité.*

Sur 1,000 vivants masculins de chaque groupe d'âge, il y avait de 0 à 1 an 289 décès dans le siècle passé, 210 vers 1820, et 188 aujourd'hui de 1 an à 3 ans; il trouve successivement 57 décès, puis 42, enfin 33, et ainsi de suite pour l'enfance.

Sur 100,000 adultes, à chaque groupe d'âge, il trouve successivement d'une époque à l'autre: de 20 à 30 ans, 957 décès, puis 835, enfin 805 de nos jours; de 30 à 40 ans, 1,220 décès, puis 1,125, enfin 1,110; de 40 à 50 ans, 1,927 décès, puis 1,760, aujourd'hui 1,735.

Même résultat et encore plus caractérisé sur le sexe féminin.

Il résulte des divers examens auxquels nous venons de nous livrer, ajoute M. Bertillon, que la vaccine, qui entre évidemment pour une large part dans la consolidation *constante* de la vie de l'enfance, n'est pour rien dans les évolutions *variables* suivant les lieux et les sexes de la mortalité des adultes.

Si nous nous en étions tenu à la France, l'imperfection des matériaux, l'absence regrettable des documents les plus indispensables obstinément célés par nos bureaux pouvaient peut-être laisser une vue inattentive flotter dans un demi-jour. Mais à la lumière qui nous vient de Stockholm, la dernière ombre du doute disparaît. Et il est évident que, si la statistique française eût été aussi riche en documents que celle de Suède, ou seulement si ceux de ce pays eussent été connus de M. Carnot, il lui aurait été donné d'apprécier la vaccine comme un inestimable bienfait, et il se serait épargné le chagrin de faire fausse route, d'y entraîner quelques fidèles, et de calomnier la plus précieuse découverte des temps modernes.

Le travail de M. Bertillon est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Villermé, Guérard et Bousquet.

— La séance est levée à cinq heures.

(1) La table mortuaire indique le nombre des décédés à chaque âge.

(2) En effet, les adversaires de la vaccine avaient avancé, en s'appuyant sur la comparaison de la mortalité des rentiers du dix-huitième siècle avec celle du soldat de nos jours, que la mortalité de 20 à 30 ans *avait doublé* du dix-huitième au dix-neuvième siècle, et M. Bertillon a fait voir, par ses travaux antérieurs, que du dix-huitième au dix-neuvième siècle, la mortalité avait diminué à tous les âges.

M. le préfet de police fait publier dans le *Moniteur* d'aujourd'hui la note suivante, que nous nous faisons un devoir de reproduire:

Paris, le 3 février 1857.

On construit depuis quelques années des appareils de chauffage qui ne sont pourvus d'aucun moyen de communication avec l'air extérieur, et qui laissent échapper dans la pièce où ils sont placés tous les gaz résultant de la combustion.

Ce mode de chauffage est extrêmement dangereux, et a déjà causé de graves accidents.

Le conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine croit donc devoir rappeler à ce sujet l'instruction annexée à l'ordonnance de police du 23 novembre 1853, concernant la salubrité des habitations; le paragraphe relatif au chauffage et aux opérations de cuisine est ainsi conçu:

« *Mode de chauffage.* — Les combustibles destinés au chauffage et à la cuisson des aliments ne doivent être brûlés que dans des cheminées, poêles et fourneaux qui ont une communication directe avec l'air extérieur, même lorsque le combustible ne donne pas de fumée. Le coke, la braise et les diverses sortes de charbons qui se trouvent dans ce dernier cas sont considérés à tort, par beaucoup de personnes, comme pouvant être impunément brûlés à découvert dans une chambre habitée. C'est là un des préjugés les plus fâcheux; il donne lieu tous les jours aux accidents les plus graves, quelquefois même il devient cause de mort. Aussi doit-on proscrire l'usage des braseros, des poêles et des calorifères portatifs de tous genres qui n'ont pas de tuyau d'échappement au dehors. Les gaz qui sont produits pendant la combustion de ces moyens de chauffage, et qui se répandent dans l'appartement, sont beaucoup plus nuisibles que la fumée de bois.

» On ne saurait trop s'élever aussi contre la pratique dangereuse de fermer complétement la clef d'un poêle ou la trappe intérieure d'une cheminée qui contient encore de la braise allumée: c'est là une des causes d'asphyxie les plus communes. On conserve, il est vrai, la chaleur dans la chambre, mais c'est aux dépens de la santé, et quelquefois de la vie. »

Le préfet de police, PIETRI.

Par arrêté de M. le ministre de la guerre, il a été créé dans la province de Constantine une dixième circonscription médicale à Filfila, près Philippeville. Le service en sera provisoirement assuré par un médecin de l'armée. (*Gaz. méd. de l'Algérie.*)

Le Gérant, ...

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 16. — SAMEDI 7 FÉVRIER 1857. (30e ANNÉE.) N° 16. — SAMEDI 7 FÉVRIER 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » | POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Résumé de la discussion sur les kystes ovariques. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Ictère malin; nouvel exemple suivi de mort. — Enorme éléphantiasis du scrotum; ablation pratiquée avec succès. — Femme chloro-anémique morte à 33 ans sans jamais avoir été réglée; nécropsie. — Recherches comparatives sur les alcalis caustiques et les carbonates alcalins, considérés comme agents destructeurs de la glycose. — Application de l'électricité et du magnétisme. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 28 janvier. — Chronique et nouvelles.

RÉSUMÉ
DE LA DISCUSSION SUR LES KYSTES OVARIQUES
A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La discussion sur les kystes ovariques qui a été close dans la dernière séance, après une durée de plus de trois mois, est loin d'avoir été stérile ; et si l'on a pu dire souvent avec raison des discussions académiques qu'elles laissaient les esprits dans les mêmes dispositions après qu'avant, chacun gardant intactes les opinions qu'il y avait apportées, sans avoir modifié celles de ses contradicteurs, on ne saurait assurément le dire de celle-ci. Pour avoir la mesure de son importance réelle et juger des lumières qu'elle a jetées sur la question, il suffit de se rappeler où en était l'opinion au début de cette discussion, les hésitations, les incertitudes, les tâtonnements nombreux qui en ont marqué les premières phases, et la confusion dans laquelle on a pu craindre même un instant de la voir s'abîmer; puis de la suivre dans les transformations successives qu'elle a subies à mesure que les faits se sont produits, et que les nombreux éléments du sujet ont été mieux connus. On verra alors la question se dégager peu à peu de toutes les préventions, de tous les malentendus, de toutes les difficultés même qui l'obscurcissaient, et les opinions se rapprocher et finir par converger, sauf de rares dissidences, vers des conclusions presque généralement adoptées aujourd'hui au dehors comme au dedans de l'Académie. Qu'on se rappelle, en effet, les premières paroles qui ont accueilli la communication de M. Barth:

« Il n'est guère de questions d'un intérêt plus général que celle de l'état actuel de la chirurgie relativement au traitement des kystes ovariques, disait M. Malgaigne..... » Faut-il abandonner ces tumeurs à elles-mêmes? Faut-il les soumettre aux ponctions palliatives? Là semblait se résoudre pour lui toute la question. La ponction palliative, inoffensive le plus souvent, mais quelquefois mortelle, devait néanmoins être autorisée dans les cas d'imminence de suffocation. Quant aux méthodes curatives, les injections iodées en particulier, M. Malgaigne les trouvait pleines de difficultés et de dangers; les guérisons annoncées lui paraissaient mériter d'être vérifiées ; il les croyait très-rares, si même il en existait; et en attendant que l'opportunité de ce traitement fût bien établie, on devait s'en tenir à la ponction simple.

M. Moreau, plus défiant encore à l'égard de toute tentative de traitement curatif, déclarait formellement que le meilleur était de ne pas toucher aux kystes de l'ovaire, et que le chirurgien n'était autorisé à intervenir que dans les cas seulement où la tumeur acquérait un volume assez considérable pour gêner les fonctions et compromettre la vie; la seule chose à faire alors était la ponction palliative.

M. Velpeau lui-même, qui ne pouvait rester indifférent au procès intenté à une méthode qu'il a tant contribué à édifier, n'a-t-il pas montré une très-grande réserve au commencement de cette discussion à l'égard de l'application des injections iodées au traitement des kystes de l'ovaire ; n'a-t-il pas déclaré qu'il était jusque-là assez peu partisan de ce mode de traitement, et que s'il y avait des arguments à faire valoir en sa faveur, il y en avait au moins tout autant à invoquer contre!

Telles étaient les dispositions d'esprit qui accueillirent tout d'abord la communication de M. Barth; et n'était M. Cazeaux, qui s'est constitué dès la première séance le défenseur des injections iodées, assez vivement attaquées d'un côté, un peu mollement défendues de l'autre, le nouveau traitement des kystes ovariques courait le risque de n'être que bien imparfaitement jugé et de rester livré, comme il l'avait été jusque-là, aux appréciations et aux tentatives individuelles. Mais l'espèce de protestation énergique de M. Cazeaux en faveur de cette méthode, dont il avait été à même de constater les effets, de suivre et d'étudier les progrès, devait imprimer par la suite à la discussion la vie et l'animation qui semblaient lui manquer à son origine. La contradiction, élément essentiel de toute discussion, était dès ce moment nettement posée, et chacun était mis en demeure d'apporter le tribut de son expérience, de ses recherches ou de ses réflexions, à l'appui de l'expectation ou de l'intervention chirurgicale, des méthodes palliatives ou des méthodes curatives. En un mot, le débat était ouvert.

Ce fut à partir de ce moment, en effet, que la discussion prit cette ampleur et ce caractère d'étude et de recherches, qui l'ont rendue peut-être un peu pénible et laborieuse pendant quelque temps, mais en réalité utile et fructueuse jusqu'à la fin. C'est M. Trousseau d'abord qui, payant d'érudition à défaut d'une expérience personnellle suffisante, fait intervenir les documents empruntés à l'étranger, et particulièrement les statistiques anglaises et américaines.

MM. Jobert et Gimelle apportent ensuite les premiers des faits en faveur de la méthode des injections iodées, et commencent à discuter, avec l'autorité de leur expérience pratique, les questions d'indications et de procédés opératoires. Puis MM. Piorry, Cruveilhier, Huguier et Robert, prenant la question de plus haut, l'étudient dans tous ses détails et sous ses divers aspects, dans des communications écrites ou de vrais mémoires mûrement élaborés, dont la réunion constituerait une des monographies les plus complètes sur la matière. Origine, évolutions de la maladie, étude anatomo-pathologique des parois de la tumeur et de son contenu, diagnostic, pronostic, indications thérapeutiques, méthodes et procédés opératoires ; tout y est examiné, discuté et contrôlé avec la plus scrupuleuse attention. De ce concours d'éléments scientifiques ainsi apportés presque à profusion, pourrait-on dire, est résulté une somme de connaissances sur l'histoire pathologique des kystes, qui devait jeter plus tard une vive lumière sur la question, et permettre de diriger désormais avec plus de sûreté le débat vers la solution des points pratiques qu'il s'agissait principalement d'éclairer. On connaissait mieux, en effet, qu'on n'avait été à même de le savoir jusqu'alors, les conditions réelles de succès ou d'insuccès des divers modes de traitement, et la cause de ces différences dans les résultats, si choquants pour l'esprit et si effrayants parfois pour la conscience du chirurgien, que l'expérience empirique seule ne pouvait nous révéler.

Mais, pour que ces notions scientifiques eussent toute la portée qu'elles devaient avoir, pour qu'on pût en recueillir tous les fruits, il fallait des faits. Ceux de MM. Jobert et Gimelle étaient d'un grand poids assurément. M. Huguier, qui, bien que principalement préoccupé des points de vue scientifiques de la question, n'en avait point négligé cependant le côté pratique, et M. Robert surtout qui s'était à peu près exclusivement appesanti dans son excellente et consciencieuse argumentation sur le côté thérapeutique, en apportaient encore quelques-uns qui venaient également à l'appui de l'utilité de l'intervention chirurgicale. Et cependant ces faits paraissaient encore insuffisants. Il en était bien résulté un certain ébranlement dans l'opinion mieux disposée déjà à accueillir une méthode qui semblait d'abord n'avoir inspiré que doute et défiance, mais point encore de convictions nettes et arrêtées. Soit qu'il n'y eût pas entre ces faits une concordance assez parfaite dans les procédés mis en usage, comme dans les résultats, soit qu'ils ne parussent pas encore suffisamment nombreux, et que les termes de comparaison avec les résultats des anciennes méthodes manquassent eux-mêmes, toujours est-il que, suivant l'expression même d'un des orateurs, il régnait encore à ce moment dans les esprits un vague et une incertitude tels qu'en présence d'un kyste offrant même les conditions les plus favorables à l'opération un jeune praticien se fût trouvé plus indécis peut-être qu'il ne l'aurait été avant cette discussion.

Mais un appel avait été fait à tous les chirurgiens à même d'apporter le tribut de leurs observations et de leur expérience, et il y avait d'ailleurs hors de l'Académie des praticiens qui ne pouvaient rester étrangers à ce débat.

M. Boinet, dans une note communiquée pour la circonstance à l'Académie, résuma le fruit de son expérience spéciale sur ce point de thérapeutique, et exposa l'analyse de 45 cas de kystes ovariques traités par les injections iodées. M. Demarquay, de son côté, fit connaître les faits de M. Monod, son maître, et les siens propres. M. Schnepf adressa un document d'une grande valeur pour la question en litige, le résumé des recherches de Fock sur le traitement chirurgical des kystes ovariques et sur les résultats comparatifs des diverses méthodes, y compris les injections iodées. Enfin quelques autres communications d'une moindre importance parvinrent également à l'Académie.

Dès ce moment, on peut le dire, la savante Compagnie était en mesure de fixer son jugement et celui du public médical qui l'écoutait avec la plus constante attention. C'est alors que M. Cazeaux fit ce résumé brillant qui dut mettre un terme à beaucoup d'indécisions et entraîner un grand nombre de convictions; c'est alors aussi que M. Velpeau, mieux éclairé lui-même, monta à la tribune non plus pour discuter, mais pour dicter magistralement les préceptes pratiques qui ressortaient de ce débat, modérant d'une main ce qu'il y avait d'ardeur un peu juvénile encore dans les conclusions de son collègue, et achevant d'entraîner de l'autre par l'autorité de sa parole ce qu'il pouvait y avoir encore d'esprits hésitants autour de lui.

C'est ainsi que s'est terminée cette discussion, qui aura eu ce rare résultat d'aboutir à une conclusion formelle et pratique, de faire admettre en principe l'utilité du traitement actif des kystes ovariques, et en particulier des injections iodées ; et ce résultat, bien plus rare encore, de faire adopter ces conclusions par ceux-là mêmes qui avaient suscité la discussion par l'expression de leurs doutes et de leur défiance à l'égard de cette méthode. Nous venons d'en esquisser rapidement la marche et les phases principales depuis son début jusqu'à l'incident qui en a précipité la solution. Mais ce n'est là que la plus faible partie de notre tâche.

Il nous reste maintenant à reprendre les deux grands points de vue principaux de la question, l'histoire pathologique des kystes de l'ovaire et leur thérapeutique, et à résumer sur ces deux points les enseignements qui ressortent de cette longue et fructueuse étude. C'est ce que nous ferons dans un prochain article.

Dr Brochin.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Ictère malin. — Nouvel exemple suivi de mort.

Au moment où nous nous proposions de reprendre la question de l'ictère malin, au sujet de l'observation que nous avons publiée dans la dernière *Revue clinique*, et d'entrer dans quelques considérations historiques et critiques sur cette affection, notre honorable et savant confrère M. le docteur Champouillon nous communique un nouveau cas de même genre qui vient de se présenter dans son service du Val-de-Grâce, et qui s'est terminé, comme les précédents, par la mort.

Ce nouveau fait ne peut qu'accroître encore l'intérêt qui s'attache à cette question, d'autant qu'il présente, ainsi qu'on va en juger, quelques circonstances particulières qui le distinguent, à certains égards, de ceux que nous avons fait connaître, et qui en font en quelque sorte une variété dans l'espèce. Le voici :

G....., jeune soldat, doué d'une constitution saine et robuste, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce pour un ictère simple. Cette affection, très-commune chez les militaires pendant les temps secs et froids, offrait dans le cas présent si peu de gravité qu'elle semblait devoir s'épuiser et disparaître en quelques semaines. Telle était la marche que suivait, en effet, la maladie, lorsqu'au dixième jour de son apparition, tout à coup et sans causes connues, la peau prit une teinte jaune orangé tellement éclatante, que les yeux en étaient éblouis. G... fut pris en même temps de fièvre, de vomissements avec tendance continue à l'assoupissement. Bientôt les vomissements, qui ne consistaient que dans le rejet des tisanes, cessèrent, mais le mouvement fébrile s'accrut, et à la stupeur succéda un violent délire avec état typhoïde. La langue, les dents, les lèvres étaient encroûtées de fuliginosités, comme dans la fièvre typhoïde de forme putride. Ces désordres, énergiquement combattus, se terminèrent par la mort.

A l'autopsie, on trouva 10 grammes environ de sérosité jaunâtre, limpide, entre l'arachnoïde et la dure-mère; point de fausses membranes; épanchement de même nature dans les ventricules cérébraux. Les sinus sont fortement gorgés de sang épaissi. Aucune altération morbide dans la substance cérébrale, si ce n'est une injection sanguine prononcée.

Rien d'anormal ni dans le volume, ni dans la couleur, ni dans la consistance du foie ; les canaux sont libres dans toute leur étendue; la vésicule renferme environ 120 grammes de bile verdâtre, visqueuse, filante. Congestion marquée des reins. La rate, le cœur, n'offrent rien de particulier.

La muqueuse gastrique est uniformément teintée de jaune, et sous cette teinte se montrent des arborisations qui se remarquent aussi dans toute l'étendue du tube digestif. Vers la fin de l'intestin grêle la muqueuse ramollie s'enlève çà et là sans grande difficulté. Quelques plaques de Peyer se dessinent dans cette région.

M. Champouillon se demande si dans ce cas la méningite et le délire sont dus à la qualité de la bile? Si c'est à une modification dans la composition de ce liquide, à son excessive proportion dans le sang qu'il faut attribuer les accidents mortels et si inattendus observés chez G..., de même que le délire presque constant dans la pneumonie bilieuse? Et il pense que des analyses chimiques com-

paratives, si elles étaient possibles, seraient peut-être propres à résoudre cette question. C'est un des points que nous aurons à examiner.

L'histoire de l'ictère malin, nous entendons l'histoire complète de cette affection, est encore à faire. On ne trouve, à cet égard, dans les auteurs anciens que des notions très-vagues, très-imparfaites, et les contemporains ont généralement négligé de s'en occuper. Cependant, quelques louables efforts ont été tentés dans ces derniers temps pour jeter quelque jour sur cet obscur sujet de pathologie. Nous devons signaler notamment, parmi les travaux récents les plus importants dont cette maladie a été l'objet, l'excellente dissertation de M. le docteur Ch. Ozanam, soutenue en 1849, ayant pour titre : *De la forme grave de l'ictère essentiel.* C'est à ce travail, le plus complet que nous connaissions jusqu'à présent sur ce sujet, et qui repose sur près d'une vingtaine d'observations toutes recueillies récemment, que nous allons emprunter quelques-uns des principaux traits de la maladie.

M. Ozanam distingue deux formes ou plutôt deux manières d'être différentes de l'ictère grave: l'une, dans laquelle le début est bénin et insidieux; le fait que nous venons de rapporter en est un exemple remarquable. L'autre, dans laquelle la maladie est grave dès le commencement; c'est le cas le plus commun, et en particulier celui du fait de M. Vigla et les deux observations que nous avons précédemment publiées.

Dans le premier cas, dit M. Ozanam, la maladie ne diffère aucunement de la forme commune. Le malaise général peut même apparaître plusieurs jours avant la couleur jaune de la peau; le plus souvent cependant l'apparition de la jaunisse coïncide avec les symptômes généraux, plus rarement elle les devance tous. Parmi ces symptômes très-variés, les plus constants sont la céphalalgie, la prostration des forces, la douleur épigastrique.

Ainsi l'ictère grave commence quelquefois d'une manière tout à fait semblable à l'ictère bénin, circonstance importante à signaler, en ce qu'elle tend à démontrer l'identité d'origine de ces deux formes d'ictère si différentes d'ailleurs à tous autres égards. Mais au bout d'un temps variable, on voit se développer les accidents nerveux qui caractérisent la forme grave.

M. Ozanam divise ces accidents en deux périodes, une période d'excitation et une période de collapsus.

La période d'excitation consiste en un appareil fébrile plus ou moins intense, mais de courte durée; une cardialgie très-vive, une grande anxiété précordiale, des étouffements, des défaillances, du hoquet, des vomissements, des épistaxis; enfin le délire et quelquefois des convulsions.

La période de collapsus a pour premier et principal caractère le coma, avec ou sans agitation; puis la dépression des forces vitales accusée par l'abaissement de la température, la petitesse et le ralentissement du pouls, qui ne redeviendra d'une fréquence extrême un peu plus tard, que pour cesser quelques instants après pour toujours; les excrétions involontaires, les hémorrhagies se généralisant, et devenant de plus en plus sensibles; les congestions sanguines passives, ou pour parler plus exactement, les extravasations dans les divers tissus de l'économie; la dilatation de la pupille, des paralysies partielles tendant à se généraliser; la résolution et la mort, qui en est la terminaison la plus habituelle.

Dans les cas où la maladie s'est terminée par la guérison, une amélioration subite s'est manifestée, au milieu des phénomènes les plus graves; les paralysies ont cessé brusquement, la vessie et le rectum ont retrouvé tout à coup leur contractilité; les malades se sont réveillés en quelque sorte tout d'un coup. M. Ozanam a fait, en outre, la remarque que cette amélioration a paru coïncider avec les jours critiques, et qu'elle a succédé quelquefois à des crises assez singulières, telles qu'un dépôt sédimenteux blanc dans les urines, par exemple, dans un cas; dans un autre, une parotite énorme, etc.

La convalescence dans tous ces cas a été longue et difficile, et souvent entravée par des retours fréquents d'accidents que provoquent les moindres écarts de régime.

Parmi les phénomènes de la convalescence, il en est un que M. Ozanam a constaté une fois: l'affaiblissement de la vue, qui est digne d'attention, à cause de la relation étroite avec la dilatation de la pupille, notée dans la plupart des cas. Nous ferons remarquer à cette occasion une autre particularité qui ressort de l'analyse des observations consignées dans son intéressant travail, c'est que les trois sens du toucher, du goût et de la vue, sont souvent altérés dans l'ictère; tandis que l'ouïe, l'odorat ne paraissent nullement affectés.

Quant à la marche et à la durée de la maladie, elles se sont montrées trop variables pour pouvoir être fixées même approximativement. Sur treize observations où il en a été tenu compte, deux fois la maladie s'est terminée au deuxième jour; une fois, le troisième; une fois, le dixième; six fois, du treizième au quinzième; trois fois, du vingt et unième au vingt-quatrième jour. Enfin, sur seize cas consignés dans ce travail, quatorze se sont terminés par la mort, et deux seulement par la guérison.

Parmi les phénomènes morbides principaux qui caractérisent l'ictère malin, et dont nous n'avons fait plus haut qu'une simple énumération, il en est quelques-uns qui méritent une attention toute spéciale; aussi ont-ils été l'objet d'une étude particulière de la part de M. Ozanam. Tels sont l'état de la pupille, le pouls, les éruptions concomitantes de l'ictère et les hémorrhagies.

On a vu que dans plusieurs cas la pupille devenait dilatée et insensible pendant la période comateuse de la maladie. Or dans les cas où l'examen cadavérique a été fait, il n'y avait ni lésion du cerveau, ni méningite, ni compression produite par un épanchement de sang ou de sérosité. Il faut donc chercher la cause de ce phénomène ailleurs que dans des lésions matérielles des centres nerveux, c'est-à-dire dans un trouble fonctionnel de l'innervation elle-même. Ce que nous disons de la paralysie de l'iris s'applique également à toutes les autres paralysies; la preuve en est d'ailleurs dans la prompte réintégration des diverses fonctions momentanément enrayées, lorsque la maladie se termine d'une manière favorable.

La dilatation de la pupille a ici, en outre, une valeur séméiologique et pronostique qu'il ne faut point négliger, car, ainsi que le fait remarquer M. Ozanam, elle indique les autres paralysies partielles, qu'elle précède le plus ordinairement, et parfois même l'abolition plus ou moins complète des forces vitales.

Les caractères du pouls sont très-compliqués : d'abord fréquent dans la première période, il devient lent et irrégulier dans la période comateuse, mais avec cette particularité qu'il importe de connaître, qu'il s'accélère souvent tout à coup soit spontanément et sans cause appréciable, soit par la moindre excitation. Enfin, il devient régulier et très-fréquent dans les derniers moments de la maladie. Ces divers états du pouls et leur ordre de succession sont des signes extrêmement utiles pour le diagnostic et pour le pronostic.

Diverses éruptions, le plus souvent des roséoles, se manifestent pendant le cours de l'ictère grave comme dans l'ictère commun ou bénin. Ces éruptions, qui ne sont d'ailleurs qu'un épiphénomène de peu d'importance, n'ont paru dans aucun cas influer d'une manière sensible sur la gravité de la maladie.

Les hémorrhagies méritent surtout l'attention comme constituant un des accidents les plus communs et les plus graves à la fois de l'ictère malin. De toutes les hémorrhagies, la plus commune est l'épistaxis; l'hématémèse est beaucoup plus rare, elle n'est consignée que dans deux observations. La congestion pulmonaire a été poussée dans quelques cas jusqu'à l'hémoptysie, et a constitué alors une complication très-grave. L'hémorrhagie cérébrale a été observée deux fois; elle a déterminé parfois la mort au moment le plus inattendu.

On a observé dans quelques cas aussi le purpura. L'hématurie n'a été notée dans aucune des observations rapportées dans le travail de M. Ozanam. On se rappelle qu'elle a été constatée dans l'observation de M. Vigla.

Tels sont les phénomènes principaux de l'ictère malin, leur ordre de succession, leur valeur diagnostique et pronostique, d'après l'analyse des observations réunies dans ce travail, et le petit nombre de celles qui ont été recueillies depuis.

Mais il y aurait bien d'autres points à examiner maintenant pour compléter cette esquisse. Il y aurait notamment à rechercher dans l'ensemble de ces phénomènes, ce qui peut constituer cette gravité ou cette malignité particulière qui est le caractère de cette variété de l'ictère. C'est ce que nous nous efforcerons d'étudier dans une des prochaines *revues*.

Énorme éléphantiasis du scrotum. — Ablation pratiquée avec succès.

Nous recevons de notre honorable correspondant de Bucharest, M. le docteur Tournesko, à qui nous devons la relation intéressante d'un cas d'hydrocéphale, traité avec succès par la ponction suivie de l'injection iodée, une nouvelle communication que nous nous empressons de porter à la connaissance de nos lecteurs. Il s'agit d'un cas d'oschéolasie ou éléphantiasis du scrotum, qu'il a opéré avec un succès complet à l'hôpital Koltsa de Bucharest, et qui est également remarquable sous le point de vue de la rareté de l'affection, du volume de la tumeur et du procédé opératoire qui a été mis en usage.

Voici le fait :

Diuka Rado, de Tsokauesti, âgé de soixante-huit ans, d'une bonne constitution, d'une stature très-élevée, portait depuis sept ans une tumeur du scrotum, dont le volume allait chaque jour en augmentant. Au moment où il a été admis à l'hôpital, il ne marchait qu'avec beaucoup de peine et en décrivant des arcs de cercle. Il ne pouvait monter dans une voiture qu'en se faisant aider; il fallait que quelqu'un soulevât son énorme scrotum. Lorsqu'il était debout, la tumeur, régulièrement ovoïde, descendait jusqu'à la partie inférieure des mollets.

En mesurant le scrotum, on lui trouve 2 mètres moins 12 centimètres dans sa circonférence verticale, et 1 mètre 32 centimètres dans sa périphérie horizontale. Les testicules, qui étaient comme perdus au milieu de cette masse énorme, et dont le siége ne pouvait être décelé que par la sensibilité spéciale qu'éveillait une forte pression, étaient à peu près situés à la partie moyenne de la tumeur. Le prépuce, ainsi que les téguments qui recouvrent la verge, fortement tiraillés, décrivaient une courbe à coucavité supérieure, et cachaient ce dernier organe à une profondeur telle qu'à peine sentait-on le sommet du gland en introduisant, dans cette espèce de fourreau, le doigt indicateur presque en entier.

M. Tournesko a pratiqué l'ablation de cette tumeur en présence de ses confrères, MM. les docteurs Kariadi et Georganta. Voici de quelle manière il y a été procédé, et ce qu'elle a présenté de plus essentiel.

L'opérateur a dû de nouveau s'assurer d'abord du siége exact des testicules. Puis, pour reconnaître la direction de l'urètre, il a fait une incision transversale de 3 centim. environ sur la concavité du fourreau tégumentaire dont il vient d'être parlé, et tout près du sommet du gland; par cette incision, une sonde a été introduite dans le canal urétral.

Cela fait, il a pratiqué deux incisions circonscrivant la petite extrémité de la tumeur et intéressant toute l'épaisseur de la peau. Chacune de ces incisions est légèrement convexe en bas et s'unit à celle du côté opposé en arrière, à quelques centimètres en deçà du périnée, et en avant au niveau de la base du gland. Les deux lambeaux ont été disséqués à grands traits de bistouri et renversés en haut. Le tissu lardacé sous-cutané a été incisé ensuite profondément jusqu'à la partie inférieure du siége présumé du testicule, en suivant le trajet du cordon spermatique. En disséquant à droite et à gauche les deux lèvres très-épaisses qui en ont résulté, M. Tournesko s'est assuré que les testicules n'étaient qu'atrophiés. Il s'est décidé, en conséquence, à les conserver, quoiqu'ils fussent fortement tiraillés en bas, et n'a emporté avec la tumeur que le tissu altéré qui environnait ces glandes. Afin de mieux adapter les téguments autour de la verge, il a excisé une portion de la partie supérieure de ses lambeaux tégumentaires, et sur les côtés de cet organe deux petites portions semi-lunaires de peau. Enfin, il a réuni la plaie d'avant en arrière en employant tout autour de la verge de fortes serres-fines, et dans le reste de la division la suture entrecoupée.

La réunion par première intention n'a été obtenue que dans une très-petite étendue de la plaie, et l'individu opéré le 30 août 1856, n'a vu sa plaie considérable complétement cicatrisée que tout récemment, dans les derniers jours de janvier. Quant aux testicules, ils n'ont pas manqué de reprendre à peu de chose près leur position normale. D'où il s'ensuit que l'allongement considérable des cordons spermatiques ne nécessite pas, comme quelques chirurgiens l'ont prétendu, l'extirpation des glandes séminales saines du reste.

Nous avons déjà eu l'occasion de signaler plusieurs cas d'éléphantiasis du scrotum d'un volume très-considérable. Tout le monde connaît notamment les belles opérations de Delpech, de Larrey et de M. Clot-Bey pour des tumeurs de ce genre d'un volume et d'un poids extrêmement considérables. Mais ce qui nous paraît particulièrement digne d'être signalé dans le fait de notre confrère M. le docteur Tournesko, c'est le bonheur avec lequel il a pu ménager dans leur intégrité les organes génitaux.

FEMME CHLORO-ANÉMIQUE

morte à 33 ans sans jamais avoir été réglée. — Nécropsie.

Par M. le docteur Leclerc, professeur à l'École de médecine de Caen.

Une femme Lemonnier, habitant depuis peu une rue de mon dispensaire, me fait appeler le 4 août. Je la trouve couchée, toussant, respirant avec peine, offrant en apparence les symptômes d'une phthisie avancée.

Interrogée sur ses antécédents, voici ce qu'elle raconte :

Elle est âgée de trente-trois ans, mariée depuis deux; sa santé a été florissante jusqu'à l'âge de vingt ans, époque où elle commença à s'affaiblir, à perdre de son embonpoint, à tousser, sans cependant cesser de vaquer à ses affaires. Ce n'est que l'an dernier, c'est-à-dire un an après son mariage, que les forces l'ont abandonnée; elle gardait fréquemment le lit, toussait et expectorait abondamment, avait parfois la diarrhée, et vomissait souvent les aliments qu'elle prenait. Elle n'avait jamais été réglée, et, bien que mariée depuis deux ans, la menstruation ne s'était pas établie, contrairement à ce qu'on lui avait fait espérer de cette nouvelle position.

Le tempérament de cette femme paraît éminemment lymphatique; sa peau est décolorée, les lombes, les cuisses et les jambes sont œdématiées et de couleur blanc mat; le ventre est saillant, douloureux à la pression; le pouls est petit, mou, dépressible; les mamelles sont très-peu développées, les urines rares et difficiles.

L'auscultation démontre que le poumon gauche est perméable à l'air, quoique le bruit vésiculaire soit difficile à percevoir; le poumon droit, au contraire, ne fait entendre aucun bruissement, pas même celui de quelque fonte tuberculeuse.

Les battements du cœur sont réguliers, mais faibles, comme ceux de l'artère radiale.

Le ventre étant infiltré, il est difficile de s'assurer s'il existe quelque affection de l'utérus.

J'ai vu dans ce cas une chloro-anémie avec engorgement du poumon droit.

Les diurétiques à l'intérieur et en frictions, les décoctions blanches, même les ferrugineux mis en usage n'empêchèrent pas la persistance de la diarrhée, des vomissements, de la dysurie.

Le mari, ouvrier cordonnier, étant fatigué des soins incessants exigés nuit et jour par sa femme, je délivrai à la malade, qui le désirait, un billet pour entrer à l'Hôtel-Dieu.

Admise le 3 septembre, elle y mourut le 13 à neuf heures du matin.

Comme je tenais à constater l'état de l'utérus, je priai M. Vastel, médecin en chef de l'établissement, de me faire prévenir pour l'autopsie; ce médecin, forcé de s'absenter ce jour-là, m'invita à présider à cette opération, faite vingt-quatre heures après le décès par M. Aubray, l'un de ses internes.

Nécropsie. — Le corps est amaigri sauf les lombes, le ventre et les membres inférieurs, qui sont infiltrés; la peau est d'une pâleur semblable à celle de la cire; les mamelles sont presque entièrement effacées; le pubis est recouvert d'un simple duvet; la cavité thoracique ouverte, le poumon droit apparaît très-gorgé de sang et ne contenant aucune masse tuberculeuse; il est adhérent à la plèvre, qui renferme dans quelques points un demi-litre environ de sérosité; des concré-

tions calcaires obstruent l'orifice de plusieurs vaisseaux ; des morceaux de ce poumon, plongés dans l'eau, tombent au fond du vase.

Le poumon gauche, au contraire, est exsangue et surnage : il a peu d'adhérences à la plèvre.

Le cœur n'offre rien de particulier, si ce n'est qu'il est moins volumineux qu'à l'état normal, sans adhérences au péricarde, ni d'épanchement séreux.

L'utérus mis à découvert est du volume de celui d'une jeune fille de quinze ans.

Les ovaires ont une couleur violacée, un aspect granuleux ; un kyste de la grosseur d'une cerise tient au droit par un court pédicule ; un autre, gros comme un pois, est fixé au gauche ; ces deux ovaires fendus, l'un et l'autre présentent un kyste de la forme et de la dimension d'une prune moyenne, rempli de sang brun poisseux ; de deux points de l'utérus, divisé en plusieurs sens, s'écoule du pus filandreux, dont le tissu est imprégné ; le museau de tanche est court, un peu rouge, son entrée étroite ; les trompes sont très-petites, les conduits presque imperceptibles.

La cavité abdominale n'a pas été examinée.

La femme Lemonnier a succombé à une chloro-anémie, par insuffisance de l'oxygénation du sang ; à vingt ans, âge extrême où la menstruation doit en général être établie, le rôle physiologique des vaisseaux utérins n'ayant pas pu s'accomplir, le retentissement de cette sorte d'anomalie s'est fait sentir sur tout l'organisme ; il n'y a pas eu transport d'un sang *sui generis*, quant à l'organe qui devait le sécréter, organe qui, faute de remplir sa fonction, est devenu malade ; mais absence d'une élaboration qui doit s'accomplir chez toutes les femmes, sans quoi il ne peut y avoir harmonie, c'est-à-dire santé.

On me cite cependant une dame que je connais, qui a l'apparence d'une belle constitution, et qui n'a jamais eu les attributs qui promettent la maternité. Celles, du reste, qui en sont privées, gardent leur secret et souvent le célibat.

Ces réflexions sont bien hasardées ; aussi je les abrége faute de pouvoir leur donner le cachet d'une plus grande certitude.

Des confrères plus compétents pourront les compléter ou les rectifier à leur aise ; je serai heureux de leur avoir fourni cette occasion.

RECHERCHES COMPARATIVES

sur les alcalis caustiques et les carbonates alcalins, considérés comme agents destructeurs de la glycose,

Par M. le Dr Jeannel, pharmacien principal à l'hôpital Mre de Bordeaux.

(Présentées à l'Académie impériale de médecine.)

On se souvient de la discussion soulevée, il y a quelques mois, à propos de la théorie de M. Mialhe, sur la pathogénie du diabète, et sur la destruction organique du sucre. M. Poggiale est intervenu dans cette discussion avec des expériences chimiques et physiologiques qui démontraient que le carbonate de soude ne détruit nullement la glycose, à la température de l'organisme, ni même à une température beaucoup plus élevée, et que la glycose injectée dans les veines n'est point détruite dans l'économie, malgré l'injection simultanée d'une solution de carbonate de soude.

Les recherches de M. Jeannel viennent confirmer les résultats chimiques annoncés par le savant professeur du Val-de-Grâce, et elles ajoutent des faits nouveaux à ceux qu'on connaissait déjà. Ainsi, les bi-carbonates de potasse et de soude et le carbonate de soude n'exercent une action destructive qu'à la température de l'ébullition ; mais le carbonate de potasse et la potasse détruisent la glycose à une température bien moins élevée. C'est un caractère qui pourrait servir à distinguer la potasse et la soude.

Un autre fait qu'il est important de noter, c'est que la présence de l'air n'est pas indispensable pour la transformation de la glycose en produits ulmiques sous l'influence des alcalis et des carbonates alcalins. Seulement le contact de l'air favorise beaucoup la réaction.

Reste la question thérapeutique. Les chimistes prouvent que les bicarbonates alcalins et le carbonate de soude n'ont d'action sur la glycose que vers la température de l'ébullition. Les cliniciens affirment que, par suite de phénomènes inconnus qui se passent dans l'organisme vivant, les carbonates alcalins diminuent la proportion de sucre contenue dans l'urine des diabétiques. Si les alcalis jouent un rôle dans la destruction de la glycose, il est à présumer d'après les expériences de M. Jeannel, que l'action du bi-carbonate de potasse serait supérieure à celle du bi-carbonate de soude.

APPLICATION DE L'ÉLECTRICITÉ ET DU MAGNÉTISME,

Par M. le docteur Hiffelsheim.

Aujourd'hui que nous sommes séparés par un temps déjà assez long de l'Exposition universelle des produits de l'industrie, on se reporte avec plaisir vers ces chefs-d'œuvre de l'art et de la science, et l'on est heureux de parcourir les publications où ont été consignées ces grandes conquêtes de l'esprit humain. Mais l'intérêt est d'autant plus grand, que les appréciations en ont été faites par des hommes sérieux et consciencieux, comme la plupart de celles qui se trouvent dans un livre fort curieux intitulé le *Travail universel*, que nous avons sous les yeux.

Une des branches de la science qui depuis quelques années a été l'objet de recherches importantes, d'expériences sévèrement instituées et souvent heureuses, l'électricité appliquée à la médecine, a trouvé dans M. le Dr Hiffelsheim un juge naturel et des plus compétents. Nos lecteurs nous sauront gré de lui emprunter une page de l'ouvrage que nous citions tout à l'heure, dans laquelle il trace l'histoire scientifique d'un instrument de physique qui, au milieu des tâtonnements du début, a rendu et rend tous les jours des services remarquables entre les mains de praticiens distingués.

L'électricité a reçu de si larges et si nombreuses applications à la médecine dans ces dernières années, que nous devions forcément trouver à l'Exposition des appareils aussi ingénieux que variés. Tout le monde médical a eu occasion de connaître l'appareil du docteur Duchenne (de Boulogne) ; l'appareil de M. Breton ; appareils à courants induits, et qui servent à titre de premiers essais dans les hôpitaux, ainsi que dans la pratique privée.

En regard de la sonnerie électrique se trouvait une vitrine, qu'en notre qualité de médecin de l'Exposition, nous dûmes fréquemment visiter, examiner, et finalement étudier : c'est l'ensemble des objets exposés par M. Pulvermacher.

Les piles de ce physicien, par la simplicité de leur construction, leur facile maniement, influeront peut-être beaucoup sur la future électrothérapie. C'est, on le sait, une pile de Volta étonnamment simplifiée, et que M. Pouillet, dans son Traité, a déjà avantageusement jugée sous le titre de pilules Pulvermacher.

Comme elles offrent deux qualités très-distinctes, reposant sur deux propriétés très-précieuses pour les applications médicales, nous allons les esquisser rapidement, en arrivant ainsi à un parallèle entre les divers appareils mentionnés.

Les appareils d'induction sont électro-magnétiques et magnéto-électriques.

Dans les appareils magnéto-électriques, l'électricité est produite par un mouvement communiqué à un système d'aimants. Dans l'appareil électro-magnétique, l'effet électro-chimique d'un élément galvanique est l'origine de l'électricité, transformée en un état de tension à l'aide de bobines entourées de fils conducteurs, rivées par de la soie. L'état naturel de l'électricité produite dans ces appareils est nommée *intermittence*, c'est-à-dire que le courant se compose d'une série d'impulsions qui ont la propriété de contracter les muscles.

L'effet électro-chimique de ces courants est presque nul, à cause de la courte durée de chaque fermeture du circuit et des changements de direction des courants ; et cette absence de la continuité uniforme du courant ne permet pas l'application de ces appareils dans tous les cas pathologiques variés qui réclament ce genre de médication, tel que, par exemple, tous les cas de surexcitation du système nerveux.

Cet effet de la continuité du courant, la pile seule pouvait le réaliser, tout en restant en même temps propre aux courants intermittents, que l'on peut produire à volonté moyennant un petit instrument auxiliaire.

Jusqu'à l'invention de M. Pulvermacher, les praticiens les plus éminents, parmi lesquels MM. Rayer, Tanquerel, les plus anciens en date, se servaient de la pile à auges pour obtenir le courant continu.

On se rappelle quelle perte de temps occasionnait la préparation de cette pile, soit pour remplir, soit pour vider chaque auge ; la mauvaise odeur, le volume, le poids de cet instrument, même son prix élevé (1).

On sait aussi que pour arriver à une tension telle que l'électro-thérapie la réclame, il faut un nombre d'éléments qui va jusqu'à 100, et par conséquent autant d'auges à préparer.

Tous ces inconvénients disparaissent d'un coup par l'apparition de cette invention des piles portatives.

A l'aide d'un fil de zinc et de cuivre enroulés sur un petit bout de bois, et séparés par un petit intervalle, on obtient une grande surface active pour le liquide excitateur, et par là on a construit un élément galvanique, dont la quantité électrique est en raison de la surface des fils.

Un grand nombre d'éléments sont réunis à l'aide d'anneaux en forme d'une chaîne, de manière que le bout du fil de zinc est mis en contact médiat avec le bout du fil de cuivre de l'élément voisin, et ainsi de suite.

Il ressort de là que ces éléments, quoique mobiles entre eux, sont toujours en contact parfait, et cette disposition permet de charger la chaîne en la passant simplement à travers un liquide excitateur, qui est absorbé par la large surface qu'on lui offre. Le liquide choisi par l'inventeur est le vinaigre, parce qu'il est inoffensif et d'un facile usage domestique.

Une chaîne de cent éléments ainsi construite, donne des secousses violentes au moment de la fermeture du circuit. A côté des chaînes figurent des instruments auxiliaires inventés et fabriqués pour produire ces secousses d'une manière continue et régulière. C'est d'abord un petit cylindre en verre, muni de deux capsules métalliques, dont les deux anneaux sont attachés aux pôles opposés de deux chaînes. Un ressort à boudin est placé dans l'axe de ce tube à l'une des capsules, tandis que l'extrémité libre porte un renflement qui peut toucher la capsule opposée par une simple vibration.

Ainsi le circuit est fermé avec autant de fréquence qu'il a de rapidité dans les mouvements vibratoires.

Le courant intermittent ainsi engendré, peut satisfaire aux exigences de l'électro-thérapie dans des cas où il suffit de courants modérés.

Dans les cas où il faut des courants plus énergiques, les contractions que l'on veut obtenir sont forcément accompagnées d'effets caloriques qui produisent une brûlure insupportable sur la peau, et c'est là précisément que repose la source de l'analogie avec les divers effets des courants de divers ordres des appareils d'induction.

Pour produire, réaliser et diriger ces divers effets caloriques et contractiles, ce physicien a inventé un instrument mécanique dit *modificateur* électro-physiologique qui permet de produire avec une seule et même source électrique, c'est-à-dire la pile, les effets contractiles isolés, sans brûlure ou irritation de la rétine, et ainsi la régularisation des secousses, depuis l'intermittence isochrone jusqu'à la continuité des contractions les plus rapides.

Cet appareil, en apparence très-compliqué, n'a, ainsi qu'on a pu en juger, qu'un petit volume, et peut être comparé aux instruments de poche les plus usuels, car il ne dépasse guère la plus ordinaire des tabatières.

De plus, l'invention de ces piles a créé une forme d'application mille fois désirée et vainement tentée par les Récamier et autres célébrités médicales.

Nous voulons parler de l'application permanente d'un courant continu, d'une électricité portative, fixée à demeure, engendrée et mise en liberté sur le lieu même qui est en souffrance.

(1) On a pu juger récemment de ces difficultés à l'occasion des expériences de M. Remak.

Ce topique, avec sa forme si simple, qui ressemble dans la vitrine à un bijou plutôt qu'à un médicament, produit tous les effets de la pile, c'est-à-dire décompose l'eau, dévie l'aiguille aimantée, les feuilles d'or de l'électroscope, produit sur la peau un effet calorique qui va jusqu'à l'éruption, et donne, à l'aide d'un trembleur interrupteur, des secousses très-sensibles aux personnes nerveuses.

Des chaînes-batteries que l'on peut disposer dans une boîte de la dimension d'une trousse ordinaire, engendrent une force qui peut rivaliser avec les appareils d'induction très-puissants, et, ainsi que nous l'avons fait ressortir, elles offrent les mêmes avantages sans en avoir les inconvénients.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 janvier 1857. — Présidence de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Fracture traumatique de l'extrémité inférieure du fémur observée chez un amputé de la jambe. — M. MARJOLIN. Bien que les fractures de l'extrémité inférieure du fémur ne soient pas très-rares, j'ai cru cependant devoir vous présenter ce jeune malade, qui en offre un exemple assez curieux. Ce garçon, qui est âgé de quatorze ans, d'une taille élevée, et présentant aujourd'hui toutes les apparences d'une forte constitution, entra l'année dernière dans mon service pour une tumeur blanche du pied qui nécessita l'amputation de la jambe au lieu d'élection. La cicatrisation était à moitié faite et le malade se levait, lorsqu'en jouant il fit une chute sur son moignon et se fractura la cuisse tout à fait à la partie inférieure.

Lorsque je le revis le lendemain, il me fut plus facile de constater que le fragment inférieur était formé par les deux condyles et la portion inférieure du fémur située derrière l'extrémité du droit antérieur. Ce fragment, très-court, formait une saillie bien prononcée au-dessus du genou. On le réduisait facilement avec la main ; mais aussitôt que la pression cessait, le déplacement se reproduisait. Quant au fragment supérieur, son extrémité se terminait en arrière dans l'espace intercondylien.

Si la plaie de la jambe eût été entièrement cicatrisée, j'aurais pu faire une extension sur le moignon et peut-être arriver ainsi à la réduction de la fracture ; mais comme j'avais encore près de la moitié de la cicatrice à obtenir, je dus songer à un autre moyen. Et ce fut cette complication qui me fit employer un autre appareil que je vais décrire, et le résultat a été tel que, si je ne vous avais prévenu de l'existence d'une fracture, je crois qu'il serait aujourd'hui impossible de reconnaître son véritable siége.

Je fis placer le membre sur une large attelle s'étendant depuis le bassin jusqu'au delà du moignon, laissé libre pour les pansements ; seulement je pris soin de le relever fortement à l'aide d'un coussin en forme de coin, de telle sorte qu'il existait une sorte de vide sous le jarret. En même temps je réduisis le fragment inférieur, et je le fixai fortement dans cette position à l'aide d'un coussinet et de plusieurs tours de bande.

La cicatrisation de la plaie marcha en même temps que la consolidation de la fracture ; et, lorsqu'au bout d'une quarantaine de jours j'enlevai l'appareil, qui avait toujours été surveillé avec le plus grand soin par M. Dayot, mon interne, j'eus le plaisir de voir que non-seulement la coaptation des deux fragments était aussi exacte que possible, mais que, de plus, aucun travail inflammatoire n'était survenu dans l'articulation du genou, et que ses mouvements étaient conservés.

M. BROCA. Je m'étonne moins que M. Marjolin de la consolidation parfaite et régulière survenue chez son jeune malade, malgré l'étendue du déplacement. J'en trouve la raison dans le repos prolongé auquel, avant la fracture, l'enfant avait été contraint et qui avait mis les muscles dans un état habituel de relâchement. Pour moi, je puis dire que je n'ai vu qu'un seul cas de parfaite consolidation d'une fracture de cuisse, et j'en pus juger pièces en main, car le malade succomba ; il n'y avait aucun raccourcissement, et le cal avait une régularité parfaite. Eh bien, ce malade était alité depuis très-longtemps.

A propos de la présentation faite par M. Marjolin, je suis amené à dire un mot des fractures de l'extrémité inférieure du fémur : chacun connaît la façon dont Boyer décrit et explique le déplacement de ces fractures. M. Malgaigne dit n'avoir trouvé ni dans les observations connues, ni dans les faits de sa pratique, rien qui ressemble à la description de Boyer. Je citerai à la Société un fait qui rentre pourtant tout à fait dans cette description classique.

Un homme, que je soignai à la Charité pour une fracture siégeant immédiatement au-dessus des condyles fémoraux, présentait une mobilité extrême du fragment inférieur, sans douleur et sans qu'on perçût de crépitation. Le déplacement indiqué par Boyer était là exagéré, c'est-à-dire que la portion condylienne avait basculé en arrière, au point même que la surface de la fracture regardait directement dans le jarret.

Pour réduire, je mis la cuisse et la jambe dans la flexion forcée ; je fis faire l'extension. Les fragments vinrent au contact, ou au moins je perçus la crépitation, preuve qu'en partie au moins les fragments se correspondaient. Je maintins le membre fléchi sur un double plan plus incliné qu'à l'ordinaire, et j'obtins une consolidation sans ankylose. J'ajouterai qu'un coussin que je plaçai dans le jarret ne me parut avoir aucune utilité.

M. RICHET. En lisant M. Malgaigne, j'ai été bien surpris de voir apprécier comme il le fait ce qu'il nomme la théorie de Boyer pour les déplacements dans les fractures de l'extrémité inférieure du fémur. Car tous les sujets que j'ai vus sont parfaitement conformes à ce que dit Boyer. En ce moment, j'ai dans mon service un homme chez lequel les choses se passent de la même manière. Chez ce malade toute réduction a été impossible, malgré tout ce que j'ai pu faire. Il n'a pu supporter aucun appareil. Il en est présentement aux environs du cinquantième jour, et j'espère, néanmoins, qu'il conservera les fonctions du membre.

M. LARREY. A l'appui de cette difficulté de réduction dont parle M. Richet, je citerai l'exemple d'un officier que j'ai en ce moment dans mon service. Ce malade s'est cassé la cuisse au tiers inférieur par la

simple action de retirer sa botte, mais par suite d'un état général que vous allez connaître; le dégât a été tel que le fragment supérieur est venu déchirer la peau. J'ai été pendant plusieurs jours sur le point de l'amputer. Ce malheureux est amaurotique et a perdu la sensibilité des membres inférieurs; mais le mouvement y persiste, et l'action musculaire conserve une telle énergie que toute coaptation est demeurée impossible. A deux reprises, j'ai réséqué le fragment supérieur. Aujourd'hui la consolidation paraît s'avancer.

M. FOLLIN. Je possède une pièce recueillie dans le service de M. Nélaton à l'hôpital Saint-Antoine, qui montre dans une fracture sus-condylienne le déplacement indiqué par Boyer. Le malade était un vieillard qui avait fait une chute sur le genou et qui avait succombé un mois après l'accident.

M. VERNEUIL. Il existe au musée Dupuytren une pièce que j'y ai déposée et qui montre un déplacement inverse, c'est-à-dire le fragment condylien basculé en avant. Je crois que la description de Boyer répond à bon nombre de cas; mais il avait peu vu de ces fractures, car les cas assez communs dans lesquels il y a séparation des deux condyles lui sont inconnus.

M. HUGUIER. Les choses se passent, en effet, d'une manière très-variable suivant les cas, suivant la direction de la fracture, suivant le sens de la cause vulnérante. Le déplacement de Boyer se fait si la fracture est oblique en bas et en avant. Il a lieu en sens inverse, si l'obliquité est inverse. Si, chose assez commune, il existe trois fragments par la séparation des deux condyles, chacun des condyles est tiré par les jumeaux, et le fragment supérieur vient soulever en avant la peau.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Fabbri fait hommage du mémoire suivant: *Alcune considerazioni ostetriche intorno alla pelvi.* (Commissaires: MM. Cazeaux, Laborie et Danyau.

— M. Broquier fait hommage de sa thèse *sur les avantages des pansements rares après les amputations.*

— M. LARREY dépose sur le bureau son rapport *sur l'éléphantiasis du scrotum.*

— A la suite de la correspondance, il est donné lecture de la lettre suivante:

« Paris, ce 28 janvier 1857.

» Monsieur le secrétaire général,

» Les travaux de M. Middeldorpf, sur lesquels M. Broca a fait un rapport d'une lucidité si remarquable, ont vivement excité l'intérêt de la Société de chirurgie, et il devait en être ainsi à une époque de réaction, pour ainsi dire, contre l'instrument tranchant. Je me suis demandé dès lors s'il serait possible de se servir de fil de platine chauffé par la pile pour pratiquer l'amputation des membres. En parcourant le livre de M. Middeldorpf, j'ai vu que l'auteur ne doute point de la possibilité de cette sorte d'opérations; mais il ne m'a point paru ressortir du passage où il est question des amputations que M. Middeldorpf ait fait des essais à cet égard. Il est vrai que l'ingénieux chirurgien de Breslau a coupé des pattes de lapin au moyen du cautère électrique; mais cela ne démontre nullement qu'un segment de membre du volume du bras ou de la cuisse puisse être amputé par le même procédé.

» Quoi qu'il en soit de cette question de priorité, à laquelle je n'attache aucune importance, les expériences que j'ai pu faire le 25 de ce mois, grâce à l'obligeance de M. Rhumkorff, et avec la coopération de M. le professeur Masson, m'ont donné la conviction que l'amputation d'un segment de membre quelconque est une opération qui peut s'exécuter facilement au moyen d'un fil de platine chauffé au blanc par le courant d'une forte pile. Il est bien entendu que les os doivent être coupés avec la scie.

» En nous servant d'une pile composée de 18 éléments de Bunsen, nous avons pu, en un quart d'heure environ, faire une amputation de l'avant-bras; une amputation du bras n'a guère exigé plus de temps. La méthode à lambeaux nous a paru préférable pour ce genre d'opérations; les lambeaux obtenus sont d'une régularité qui ne le cède en rien à celle que donne le couteau manié par la main la plus habile; la surface traumatique est sèche et porte à peine des traces de carbonisation. Avant de scier l'os, nous avons toujours enroulé le fil de platine autour de lui, afin de détruire complétement les parties molles au niveau du point où devait agir la scie.

» Il est bien entendu que je m'abstiens de toute espèce de conclusions relativement aux avantages et aux inconvénients que pourraient présenter les amputations faites avec le cautère électrique; j'ai voulu simplement démontrer que ces opérations sont exécutables; j'ignore quel avenir leur est réservé.

» Recevez, etc.

» M. SÉE,
» Aide d'anatomie. »

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ÉCRASEMENT LINÉAIRE.

M. DEMARQUAY. M. Maisonneuve préfère l'écraseur de M. Charrière à celui de M. Chassaignac; mais, en substituant à la chaîne de ce dernier un simple fil métallique ou une ficelle, on emploie un compresseur nouveau qui agit comme la ligature; or M. Demarquay a vu employer la ligature par Récamier et Blandin dans des cas très-divers, tels que des tumeurs du rectum, de la langue, du voile du palais, des polypes utérins, des amygdales hypertrophiées. En général, les résultats étaient déplorables. Les malades souffraient horriblement; tantôt ils mouraient rapidement, tantôt ils succombaient plus tard à l'infection putride ou à l'infection purulente.

Depuis quinze mois, au contraire, M. Demarquay a employé ou a vu employer l'écraseur linéaire par ses collègues, par M. Monod en particulier; les résultats ont été très-heureux; il a enlevé ainsi deux tumeurs de la langue, des polypes du col utérin, du rectum, etc. Les malades ont guéri, sans accident, de leur opération. Une fois, à la suite d'une amputation du col de l'utérus, un suintement sanguin s'est montré au dixième jour; un tamponnement léger en a fait justice.

M. Demarquay opère plus vite que M. Chassaignac, et il n'a pas eu à s'en repentir; la douleur ne lui a pas paru être très-forte en général.

Quand on songe aux dangers extrêmes qui accompagnaient autrefois les opérations pratiquées dans les cavités muqueuses, on apprécie les immenses avantages de la méthode nouvelle.

En résumé, M. Demarquay est émerveillé des résultats de l'écrasement linéaire, et il croit que M. Chassaignac mérite une juste reconnaissance.

On a parlé de l'action de la chaîne. Voici ce qu'on observe: les tissus commencent à se tasser, à se condenser, puis la section commence; elle est très-nette, très-propre, aussi régulière que celle que le bistouri pratique. S'il y avait un écrasement dans le vrai sens du mot, on devrait, soit immédiatement, soit le lendemain, trouver des détritus, du sphacèle à la surface de la plaie; c'est ce qui ne s'observe pas. Le mot d'*écrasement linéaire* n'est donc pas très-exact.

M. Chassaignac a substitué l'écraseur linéaire au fer rouge dans le traitement des hémorrhoïdes à cause des accidents qui ont été observés à la suite de ce dernier moyen: ainsi on a noté des phlegmons, des abcès, des phlébites, des rétrécissements du rectum à la suite de la cautérisation actuelle.

A la vérité, ces suites fâcheuses proviennent souvent de l'emploi trop énergique du fer rouge. M. Demarquay a cautérisé plus de trente fois des tumeurs hémorrhoïdales sans observer le moindre accident; mais voici comment il procède: la tumeur est d'abord soulevée avec un fil et isolée des parties voisines, ensuite le cautère est promené lentement à sa surface. Il se propose non de détruire complétement les tumeurs, mais de les enflammer, d'y faire coaguler le sang, d'arrêter les hémorrhagies, en un mot de métamorphoser les tumeurs de manière qu'elles deviennent indolentes.

L'innocuité de la cautérisation ainsi pratiquée ne veut pas dire que l'écrasement ne soit pas meilleur.

M. BROCA déclare d'abord qu'après avoir scrupuleusement examiné les textes, il n'a pu trouver aucune ressemblance, même lointaine, entre les idées de Mayor et la méthode de M. Chassaignac. Il désirerait ensuite s'éclairer sur deux points:

1° On a avancé que les plaies faites par l'écraseur étaient moins graves que les plaies faites par l'instrument tranchant, et qu'abstraction faite de l'écoulement sanguin, qui manque dans les premières, elles avaient encore des caractères d'innocuité tout à fait propres. M. Chassaignac a cité 47 cas d'amputation d'hémorrhoïdes; il y a eu 47 guérisons. Ce résultat est très-beau, mais il ne serait pas impossible à la cautérisation de fournir une série aussi satisfaisante. En est-il de même pour les autres opérations pratiquées sur d'autres tissus et dans d'autres régions? M. Broca adresse donc une première question: *Toutes choses égales d'ailleurs, les plaies produites par l'écrasement linéaire sont-elles moins graves, guérissent-elles plus vite que la solution de continuité faite par le bistouri?*

2° Le principal avantage de l'écrasement linéaire est de prévenir l'effusion du sang. Mais doit-on y compter d'une manière absolue? M. Broca a enlevé une tumeur du rectum à pédicule très-épais; il y a consacré cinquante minutes, afin de se mettre plus sûrement à l'abri de l'hémorrhagie, et cependant il s'est fait après la section un écoulement de sang, modéré, il est vrai. L'instrument employé se composait d'une chaîne rentrant d'un seul côté, et on pourrait dire que, faute de la pression alternative de l'instrument de M. Chassaignac, il n'y a pas eu un véritable écrasement.

De là une seconde question: *La méthode de M. Chassaignac, exécutée par lui et avec son écraseur, a-t-elle quelquefois donné lieu à des hémorrhagies?*

M. CHASSAIGNAC, en ce qui concerne l'hémorrhagie, a vu quelquefois un léger écoulement sanguin survenu une demi-heure ou une heure après l'écrasement, quelquefois même plus tard, jamais passé douze heures. Il ne garantit donc nullement contre les chances de l'hémorrhagie primitive; tout ce qu'il peut dire, c'est que jusqu'à ce jour il n'a jamais observé de pertes de sang inquiétantes; des moyens très-simples ont toujours été suffisants. En revanche, jamais il n'a vu se produire l'hémorrhagie après douze heures: l'écoulement sanguin consécutif est donc au moins fort rare, s'il existe. Peut-être le mécanisme de son instrument y est-il pour quelque chose. L'oscillation alternative reproduirait les conditions de la torsion.

2° M. Chassaignac a la conviction que le traumatisme par l'écrasement est beaucoup moins dangereux que celui de l'instrument tranchant. Sur le très-grand nombre d'opérations qu'il a pratiquées, il n'a vu qu'un seul cas d'infection purulente. Un malade a succombé aux suites de l'extirpation d'un cancer du rectum, mais le délabrement produit avait été considérable.

Il n'a pas souvenir d'un seul érysipèle, mais il ne veut pas juger d'après les simples impressions générales. Il possède toutes ses observations détaillées, et il les met à la disposition de la Société ou de ceux de ses collègues qui voudraient eux-mêmes en examiner les détails.

Les surfaces traumatiques produites par l'écraseur ont d'ailleurs un cachet tout spécial. Quelles que soient les parties intéressées, la plaie est toujours homogène; elle ne ressemble à aucun tissu connu: ni peau, ni muqueuse, ni plaie ordinaire. Il serait important que des études spéciales fussent faites sur ces surfaces et sur l'état des tissus au niveau de la section. Elles ne diffèrent pas moins par les phénomènes consécutifs qui s'y développent. On ignore encore si l'adhésion primitive y est possible; mais la suppuration y manque presque complétement. Ainsi une plaie peut rester quinze jours à se cicatriser, et cependant rester sèche et sans sécrétion purulente. Après l'opération de la fistule anale par l'écraseur, les surfaces restent molles, rosées, sans suintement quelconque jusqu'à la cicatrisation complète. Pour tout pansement, M. Chassaignac emploie la poudre d'amidon.

Peut-être même la plaie de l'écraseur n'est-elle pas inoculable, si l'on en juge par des opérations de phimosis qui ont été faites sur des individus affectés de chancre, sans que la solution de continuité ait été infectée et sans que la cicatrisation en ait été empêchée.

Quelquefois, à la suite de l'opération des hémorrhoïdes, les lèvres de la plaie paraissent se réunir, et on pourrait craindre un rétrécissement, mais cette adhésion est tout à fait fugace; une simple dilatation avec le doigt suffit pour la faire évanouir.

M. Chassaignac termine en remerciant sincèrement M. Broca de la justice qu'il a rendue à ses travaux.

M. FORGET. Notre collègue nous a dit, sur l'état des plaies par écrasement, des choses très-intéressantes et très-nouvelles. Cependant quelques points restent encore à élucider. Il est difficile, à la vérité, de savoir exactement ce qui se passe dans les surfaces traumatiques cachées au fond des cavités muqueuses: mais l'étude est bien plus facile sur des parties exposées au regard comme la mamelle, par exemple. Que se passe-t-il lors de l'amputation d'une tumeur du sein par l'écrasement linéaire? A ce propos, M. Forget remarque que la nouvelle méthode, indépendamment de ce qu'elle sacrifie très-largement la peau, fait disparaître tous les avantages qu'on retire de la réunion immédiate, en supprimant complétement ce précieux mode de traitement des plaies. Quels avantages l'écrasement linéaire offre-t-il en compensation?

Chassaignac reconnaît qu'à la suite de sa méthode il peut y avoir un écoulement sanguin, ce qui est fort important. M. Forget désirerait, de plus, avoir des renseignements précis sur un malade dont l'histoire lui a été racontée de la manière suivante:

Une personne délicate fut opérée d'hémorrhoïdes par l'écrasement linéaire. La section terminée, la plaie fournit une palette de sang, un disque d'agaric fut appliqué, et réussit à arrêter l'écoulement. Mais, le troisième jour, une hémorrhagie consécutive était survenue et une palette de sang s'était encore écoulée. M. Forget, ne s'en rapportant à nul autre plus qu'à l'opérateur lui-même, voudrait être éclairé. Si ces détails étaient exacts, l'écrasement ne rassurerait pas contre l'hémorrhagie. Ayant à opérer prochainement un malade très-affaibli par des hémorrhoïdes, M. Forget préférerait peut-être recourir à la cautérisation.

M. CHASSAIGNAC se rappelle fort bien le cas auquel M. Forget fait allusion. Quelques minutes après la fin de l'opération, lors du réveil chloroformique, il y a eu en effet deux ou trois ondées de sang rendues par l'anus. Mais ce fut tout; la tumeur était profonde et très-vasculaire. Quelque temps après, il y eut trois selles sanguinolentes, mais qui tenaient sans doute à la rétention du sang primitivement épanché.

Quant à une hémorrhagie consécutive survenue au troisième jour et ayant amené une syncope, c'est un fait entièrement inexact. Le malade, du reste, était très-épuisé, à ce point que M. Louis, qui l'avait visité, l'avait dissuadé de toute opération.

L'hémorrhagie primitive du début a, du reste, été tout à fait insignifiante et sans danger. L'opéré est aujourd'hui dans de bonnes conditions de santé.

L'amputation du sein, ajoute M. Chassaignac en terminant, n'est pas une application heureuse de l'écrasement linéaire; il faut revenir au moins, dans la généralité des cas, à l'extirpation par le bistouri.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, A. RICHARD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Velpeau vient d'être élu membre honoraire de la Société royale médico-chirurgicale de Londres.

— Les épreuves du concours pour l'agrégation à la Faculté de médecine de Montpellier se continuent sans interruption.

Les leçons, après trois heures de préparation, ont porté sur les sujets suivants:

Médecine. — MM. Espagne et Guinier, « de la chlorose; » MM. Pécholier et Cavalier, « de la gastralgie; » MM. Farrat et Ronzier-Joly, « de la dyssenterie; » M. Barbaste, « de la chorée. »

Chirurgie. — MM. Estor et Saurel, « des maladies de la prostate; » MM. Cellarier et Gailleton, « des maladies de la cornée transparente. »

Les leçons, après vingt-quatre heures de préparation, ont commencé le 24 janvier; elles ont eu lieu dans l'ordre suivant:

Médecine. — M. Pécholier, « de l'albuminurie dans ses rapports » avec les autres maladies; » M. Espagne, « de la convalescence et » des suites des fièvres éruptives; » M. Barbaste, « de l'asthme et ses » diverses espèces; » M. Farrat, « de l'affection tuberculeuse des séreuses; » M. Guinier, « des diverses espèces d'angines; » M. Cavalier, « diagnostic différentiel des maladies de l'encéphale; » M. Ronzier-Joly, « distinguer les affections inflammatoires, catharrales et » rhumatismales. »

Chirurgie. — M. Saurel, « de l'affection scrofuleuse au point de vue » chirurgical; » M. Gailleton, « diagnostic différentiel des maladies de » la mamelle; » M. Estor, « diagnostic différentiel des maladies du » testicule. »

Les leçons cliniques ont dû être terminées le 6 février. Les sujets de thèse seront donnés le 7 ou le 9. (*Revue thérap. du Midi.*)

— Nous avons annoncé, dans le numéro du 23 août 1855, que M. le docteur Ferrus avait généreusement offert à la Société médico-psychologique, dont il est un des membres fondateurs, un prix de 500 fr., à décerner en 1857 à l'auteur du meilleur travail sur le *crétinisme*. La Société médico-psychologique a nommé dans sa dernière séance (26 janvier) une commission composée de MM. Ferrus, Baillarger, Cerise, Archambault et Delasiauve, afin d'examiner les mémoires qui sont parvenus au secrétaire général. Le rapport sur le prix Ferrus sera présenté dans la séance du mois de juin prochain.

— M. le docteur Hippolyte Blot, ex-chef de clinique d'accouchements à la Faculté, commencera son cours public d'accouchements le 16 février à midi, amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera à la même heure les lundis, mercredis et vendredis.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM.:

Thuillier, né à Amiens (Somme); *Des épanchements sanguins de cause traumatique situés dans le tissu cellulaire.*

Labadie de Lalande, né à Bordeaux (Gironde); *De l'occlusion complète du conduit vulvo-utérin, et de ses rapports avec la menstruation.*

Guibet, né à Amiens (Somme); *De l'avortement.*

Cazaubon, né à la Bastide (Hautes-Pyrénées); *Question d'hygiène et d'économie rurale.*

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 17. — MARDI 10 FÉVRIER 1857. (30e ANNÉE.) N° 17. — MARDI 10 FÉVRIER 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

RÉSUMÉ DE LA DISCUSSION SUR LES KYSTES OVARIQUES A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (1).

Des kystes au point de vue médical et anatomo-pathologique.

Bien qu'une discussion académique ne soit point astreinte à la méthode, à l'ordre logique et aux développements réguliers et successifs des divers points d'une question, comme doit l'être une exposition didactique dans un livre ou dans une chaire, et qu'habituellement chaque orateur vienne exposer ce que son expérience et ses études lui ont appris sur le sujet du débat, sans trop se préoccuper si ce qu'il va dire sera le complément naturel ou la conclusion des prémisses contenues dans les discours précédents, il faut convenir cependant que, s'il était toujours possible d'y introduire cet ordre, les discussions ne pourraient évidemment qu'y gagner en clarté et en résultats utiles pour l'enseignement qui en doit ressortir. Or c'est à peu près là ce qui a eu lieu dans la discussion sur les kystes de l'ovaire. Sauf un petit nombre de membres qui de prime saut ont abordé la question thérapeutique, la plupart au contraire ont senti la nécessité d'en appeler d'abord aux notions pathologiques et anatomiques du sujet, comme aux lumières naturelles qui devaient dissiper une partie des obscurités de la question, avant de s'engager dans les nombreuses difficultés qui se dressaient en présence de la solution demandée.

Nous suivrons aussi cet ordre dans le rapide résumé que nous allons faire de cette discussion.

L'origine, le mode de formation, la composition des kystes, leur marche naturelle, leurs évolutions et leurs divers modes de terminaison, ont été étudiés par plusieurs membres ; et dans presque tout ce qui en a été dit, non-seulement il n'y a nul sujet de dissidence, nulle contradiction, mais sur presque tous les points, au contraire, les faits successivement exposés n'ont fait que se compléter et se confirmer les uns les autres ; de telle manière qu'il en est résulté un ensemble de documents des plus instructifs pour l'histoire pathologique de cette affection, et des plus utiles pour les déductions pratiques que nous aurons à en tirer. Il nous suffira en quelque sorte de grouper ces faits dans un cadre étroit, pour en faire ressortir tout l'enseignement qu'ils renferment.

Nous avons dit dans l'exposé historique rapide que nous avons présenté dans le dernier numéro, que l'un des premiers orateurs intervenus dans le débat, M. Trousseau, avait apporté des documents étrangers, qui étaient comme un premier élément d'instruction tout acquis, et dont il y avait lieu de tenir compte, sauf contrôle. De ces documents, il est résulté ce premier fait important pour l'histoire des kystes, que la nature fait quelquefois à elle seule les frais de la guérison ; que dans quelques cas, très-rares il est vrai, il s'opérait une résorption spontanée de leur contenu ; que d'autres fois, il se faisait une rupture du kyste, et une évacuation naturelle, soit dans le péritoine, soit par l'une des voies naturelles d'excrétion, avec lesquelles il s'était établi une communication ; que dans quelques circonstances enfin, une inflammation également spontanée est le moyen que semble employer la nature pour amener la guérison définitive de ces tumeurs. Mais si ce sont là quelquefois des moyens naturels de guérison, il faut dire aussi que ce sont plus souvent des accidents mortels ; de sorte qu'il ne faut ni trop y compter ni trop les désirer, et encore moins s'en autoriser pour se croiser les bras et ne rien faire.

Mais laissons ces faits exceptionnels, et voyons, d'après le témoignage des médecins qui ont été à même d'observer plus souvent cette affection et d'en étudier d'une manière plus particulière toutes les phases, soit sur le vivant, soit après la mort, quelle est sa marche, quels sont ses caractères les plus habituels.

C'est à MM. Piorry, Huguier, Cruveilhier, mais à M. Cruveilhier surtout, que nous devons les notions les plus complètes et les plus utiles sur ce point. Le discours du savant professeur d'anatomie pathologique va nous fournir la plus grande partie de ce qui va suivre :

Les hydropisies enkystées de l'ovaire ne constituent pas une espèce anatomique toujours identique avec elle-même. L'anatomie pathologique démontre qu'elles présentent entre elles des différences importantes, auxquelles est en grande partie subordonnée la solution de la question thérapeutique. Ces différences se rapportent, les unes à la qualité du liquide contenu, les autres à la disposition du kyste, à sa division en loges ou cavités distinctes, à sa structure.

Sous le rapport de la qualité du liquide, les kystes de l'ovaire sont séreux, contenant une sérosité tantôt parfaitement limpide, tantôt diversement coloré, albumineux ou gélatineux.

Sous le rapport de leur disposition, il y a à distinguer les kystes uniloculaires, les kystes multiloculaires, les kystes aréolaires ou vésiculaires, et les kystes composés. Ces derniers résultent de l'association d'un kyste uniloculaire avec un kyste multiloculaire, ou de l'un et de l'autre avec l'aréolaire ou le vésiculaire.

Sous le point de vue de leur structure, les kystes uniloculaires sont constitués par un sac fibro-séreux complétement enveloppé par le péritoine ; leur surface interne, assez semblable à une séreuse, est souvent rugueuse, hérissée de papilles, de végétations épidermiques verruqueuses d'une consistance cornée.

M. Cruveilhier a pu séparer le kyste ovarique en deux lames superposées bien distinctes, l'une superficielle, l'autre profonde, entre lesquelles sont ordinairement placées de très-grosses veines.

Enfin, il y a une variété de kystes ovariques uniloculaires cloisonnés, c'est-à-dire constitués par une poche unique, divisée en un nombre considérable de compartiments par des cloisons incomplètes, qui permettent entre eux une communication facile.

Le liquide contenu dans les kystes uniloculaires simples ou cloisonnés est le plus ordinairement séreux, quelquefois filant et visqueux comme du blanc d'œuf.

Le liquide des kystes multiloculaires est quelquefois séreux, mais beaucoup plus souvent visqueux.

Les kystes multiloculaires conduisent par degrés insensibles aux kystes vésiculaires, que M. Cruveilhier regarde comme une variété de kystes aréolaires.

Dans cette dernière variété, l'ovaire est transformé en une masse aréolaire, à mailles communicantes, remplies par une matière albumineuse, d'une consistance plus ou moins épaisse, et qui ne s'écoule que très-difficilement et le plus souvent même pas du tout par la ponction.

Si à ces notions anatomo-pathologiques si bien exposées par M. Cruveilhier, et avec lesquelles concordent sur presque tous les points les détails fournis par les autres membres qui ont traité cette partie de la question, on ajoute les considérations émises : — par M. Piorry sur les rapports et les connexions anatomiques et physiologiques des kystes ovariques avec les organes voisins, sur les perturbations fonctionnelles et les symptômes morbides qui en résultent, tels que divers états névropathiques, les divers effets du refoulement du diaphragme et de la compression des kystes sur les viscères, les vaisseaux et les nerfs, les effets de l'épuisement produit par la déperdition d'une grande quantité de liquide, les péritonites partielles ou générales, l'inflammation, la suppuration des kystes, celle des annexes de l'utérus, de l'utérus lui-même, la métrorrhagie, etc. ; — par M. Huguier sur la gravité relative des kystes de l'ovaire, suivant l'âge des malades et l'époque de leur développement, sur leur pronostic différentiel suivant leurs éléments constitutifs, suivant qu'ils sont développés aux dépens des vésicules de Graaf, les plus fréquents et les plus difficiles de tous à guérir, dans la gangue ou la trame celluleuse qui unit les vésicules entre elles, etc. ; sur les diverses espèces de kystes développés aux dépens des parties voisines de l'ovaire, que l'on confond presque inévitablement avec les kystes de cet organe, tels que les kystes séreux des ligaments larges, les kystes embryonnaires de ces mêmes ligaments, les kystes péri-utérins, les kystes interstitiels de la matrice, les kystes du corps de Wolff et certaines hydropisies plus ou moins circonscrites et enkystées du péritoine pelvien, tous se rapprochant par leur organisation des membranes séreuses et cellulo-vasculaires et généralement susceptibles d'être facilement oblitérés ; — si, disons-nous, on réunit toutes ces données de l'anatomie pathologique et de l'observation médicale, on aura déjà un grand nombre des éléments nécessaires pour arriver, sinon à la solution, du moins à la position de la principale question thérapeutique, c'est-à-dire l'indication, l'opportunité d'agir ou de ne point agir.

En effet, sous le rapport de l'âge, par exemple, M. Huguier a fait ressortir la très-grande et très-importante différence qui existe au double point de vue de la gravité et de l'utilité du traitement, entre les kystes qui ne se développent qu'après l'âge de la ménopause, chez des femmes âgées de quarante-cinq à cinquante ans et au-dessus, et ceux qui se manifestent à une période beaucoup moins avancée de la vie, ou même dans ses premières périodes, de vingt à quarante ans, par exemple.

Dans le premier cas, les kystes, ne marchant d'ordinaire que très-lentement et ne causant que peu d'incommodités ou d'accidents, peuvent sans grand inconvénient être livrés à eux-mêmes ; tandis qu'au contraire, chez les femmes de la seconde catégorie, les kystes ovariques, indépendamment de leur nature propre, deviennent généralement la source de perturbations fonctionnelles beaucoup plus considérables, d'accidents beaucoup plus graves, et leur marche est habituellement beaucoup plus rapide et plus promptement mortelle ; l'intervention de l'art est par conséquent plus utile et plus nécessaire.

Nous ne saurions mieux résumer toute la partie de la discussion qui a trait à l'histoire anatomo-pathologique, à la marche, l'évolution, la terminaison des kystes ovariques et aux indications pratiques qui en résultent, qu'en rappelant quelques-unes des conclusions du discours de M. Cruveilhier.

Les hydropisies de l'ovaire sont une affection purement locale, qui ne comporte qu'un traitement chirurgical (nous dirons plus tard les très-petites réserves qu'il y aura à faire sur la seconde partie de cette proposition).

Il y a des hydropisies de l'ovaire qui sont absolument incurables et qui ne comportent ni traitement curatif ni traitement palliatif : ce sont les kystes aréolaires, les kystes vésiculaires et les kystes multiloculaires à cellules très-multipliées et non communicantes.

Il est, au contraire, des hydropisies de l'ovaire qui sont susceptibles d'un traitement palliatif et même d'un traitement curatif ; tels sont les kystes uniloculaires séreux, les kystes uniloculaires albumineux, dont le contenu peut être évacué par les ponctions, et les kystes multiloculaires à cellules communicantes.

Sont susceptibles seulement d'un traitement palliatif, les kystes composés, en partie uniloculaires, en partie aréolaires, ou vésiculaires ou multiloculaires.

Enfin, si l'on tient compte des considérations émises par M. Huguier sur l'âge des malades, il faudra encore ajouter les indications et les contre-indications suivantes :

Ne devront pas être opérés tous les kystes qui se manifestent vers l'âge de cinquante ans, et à plus forte raison ceux qui se montrent chez les vieilles femmes (sauf de rares exceptions cependant, quelques chirurgiens, MM. Boinet et Monod entre autres, ayant opéré avec succès des malades qui avaient plus de soixante ans) ; ceux qui, chez des femmes beaucoup moins âgées, ne font plus de progrès et ne causent aucun trouble fonctionnel important.

Devront être opérés, au contraire, tous les kystes qui existent chez des femmes jeunes, qui causent des incommodités sérieuses et des accidents ; ceux qui, bien qu'ils ne causent pas d'accidents, ont un accroissement rapide et continuel.

Ainsi cette première question, posée dès le début de la discussion : La chirurgie doit-elle s'abstenir ou doit-elle intervenir dans le traitement des kystes de l'ovaire, est déjà en partie éclairée, on le voit, par les seules données de la pathologie et de l'anatomie pathologique. On sait déjà que la marche naturelle de la maladie, d'une part, ses divers modes de terminaison, l'inefficacité ou du moins l'insuffisance de la thérapeutique médicale, tout tend à démontrer l'utilité de l'intervention chirurgicale.

Ces données permettent en outre de préciser davantage les questions, et de préparer en quelque sorte la solution que l'expérience devra leur donner définitivement. On peut, par exemple, dès à présent, se demander quels sont les kystes qui ne doivent pas être opérés, quels sont ceux qui pourront ou devront l'être. Quels sont ceux qui ne sont susceptibles que d'un traitement palliatif, ceux qui comportent ou réclament un traitement curatif ?

Non-seulement la pathologie et l'anatomie permettent de poser ces questions, mais elles donnent même pour quelques-unes les éléments d'une solution que la pratique, ainsi que nous le verrons par la suite, n'a fait que sanctionner.

Voyons maintenant ce qu'a appris l'expérience. C'est ce que nous examinerons dans un dernier article. — Dr Brochin.

(1) Suite. — Voir le numéro précédent.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

Phlegmon péri-utérin. — Ponction de l'abcès par le vagin. — Issue d'une quantité considérable de pus. — Guérison. — Emploi d'un nouvel instrument.

Les tumeurs contenant des liquides qui peuvent se former dans la région péri-utérine sont assez nombreuses, et toujours elles méritent qu'on s'en occupe avec la plus grande attention, en raison de leur importance et surtout des suites graves qu'elles peuvent avoir. Ces tumeurs sont de diverse nature; quelquefois elles contiennent du pus, comme, par exemple, dans ces abcès des ligaments larges, dans ces phlegmons péri-utérins, si fréquents depuis qu'on sait les reconnaître, et qui peuvent être produits, comme l'inflammation de l'utérus lui-même, par toutes les causes physiologiques ou pathologiques de nature à exagérer la vitalité ou à arrêter les fonctions du système utérin.

D'autres fois, ce ne sont plus des collections de pus; ce sont des épanchements sanguins, ces hématocèles rétro-utérines dont l'histoire ne date que de quelques années, et qui sont liées à des causes encore assez souvent obscures, mais qui dépendent cependant le plus ordinairement ou de fatigue, de marches forcées, de violences extérieures, ou encore (et ce n'est pas le cas le plus rare) d'excès vénériens, de fatigue des organes génitaux.

Enfin les kystes de l'ovaire peuvent être tellement disposés, qu'au lieu de s'élever dans la cavité abdominale ils affectent une position tout à fait déclive; on sait la nature des liquides qui peuvent y être contenus, depuis la sérosité la plus limpide jusqu'aux liquides visqueux, mielleux même, les plus troubles et les plus colorés.

Souvent il arrive que ces collections font saillie dans le vagin, et que le toucher permet de reconnaître très-aisément la fluctuation.

Dans ces cas, il est fréquemment indiqué de les évacuer, soit que l'on se borne à une simple ponction, soit que l'on fasse suivre la ponction d'une injection irritante, soit enfin que l'on juge convenable de pratiquer une plus large ouverture pour faciliter l'écoulement du contenu et provoquer une inflammation adhésive.

Lorsque l'ouverture de l'abcès péri-utérin se fait par le rectum, ce qui est, pour le dire en passant, la condition la plus avantageuse, car le passage du pus par le vagin ne détermine qu'une légère irritation qui cesse rapidement, l'évacuation spontanée se fait toujours par de très-petites ouvertures, qui se referment facilement. L'abcès peut alors se remplir de nouveau, et le cortége des phénomènes locaux et généraux qui accompagnaient la première collection purulente se reproduire, jusqu'à ce que de nouvelles ouvertures se fassent et que le liquide soit expulsé. Il est évident que, dans ce cas, il vaudrait mieux, toutes les fois que cela sera possible, faire l'ouverture de l'abcès avec l'instrument tranchant, et la faire assez large pour que l'on n'ait plus de crainte de la voir s'oblitérer.

S'agit-il d'un kyste de l'ovaire, on se trouvera souvent très-bien de l'ouvrir avec le trocart par le vagin; conseillé par M. Velpeau en 1831 dans sa *Médecine opératoire*, ce procédé a été depuis appliqué par plusieurs chirurgiens; et plus d'une fois aussi il arrivera que l'on retirera d'excellents effets de l'injection iodée dans la cavité du kyste. Les exemples n'en sont plus extrêmement rares aujourd'hui, et la discussion récente de l'Académie montre la valeur que peut avoir cette méthode dans beaucoup de cas.

Dans plus d'une circonstance, et malgré les raisonnements les plus logiques, malgré les investigations les plus patientes et les plus minutieuses, il peut arriver que le chirurgien se trouve en face d'un cas où il lui est impossible de se prononcer sur la nature de la tumeur et surtout sur celle du liquide qu'elle contient.

Il est donc alors nécessaire de pratiquer une ponction exploratrice, et suivant le résultat obtenu, de faire rapidement choix d'une médication. Mais alors le chirurgien se trouve forcé quelquefois de changer l'instrument dont il s'est servi, d'introduire un bistouri pour agrandir la plaie, ou un trocart à robinet, et d'un certain calibre, pour faire une injection, etc.

Pour obvier à cet inconvénient résultant de la nécessité de changer d'instrument, M. Demarquay a fait construire un instrument avec lequel il peut sur-le-champ parer à toutes les éventualités et remplir toutes les indications. En voici une description sommaire, à laquelle nous ajoutons un dessin qui permettra de la mieux comprendre.

L'instrument se compose d'un manche en bois de 8 centimètres de long, supportant une tige d'acier bien trempée, de 20 centimètres de long, plate, et terminée par une pointe triangulaire excessivement acérée. Sous cette tige, on en glisse une autre à bords et à extrémité mousse, dont la course, bornée à 1 centimètre et demi environ, est limitée par deux petits clous implantés dans la tige principale.

Le but de cette seconde portion de l'instrument est de protéger les parties molles du contact de la pointe, lorsque la tige protectrice est élevée à son maximum, ou de laisser la pointe libre lorsqu'on attire vers soi, avec un des doigts de la main droite, le bouton qui termine inférieurement la tige mousse.

Au-dessus de la tige acérée et soudée avec elle, d'une part près du manche, d'autre part près de la pointe, se trouve couchée une canule en maillechort, légèrement aplatie, munie d'un robinet; cette canule, coupée obliquement à son extrémité supérieure, de manière que ses bords se continuent insensiblement avec ceux de la pointe acérée, se relève au contraire à angle aigu, non loin du point le plus rapproché du manche auquel elle est soudée à la tige principale et au-dessous du robinet. Le pavillon de cette canule est cylindrique, de manière à recevoir l'extrémité d'une seringue ou d'une poire en caoutchouc.

Enfin, entre la tige qui supporte la pointe et la canule plate qui est couchée sur elle, se trouve une mince lame d'acier tranchante sur un de ses bords, qui se trouve complétement cachée lorsque l'instrument est fermé, et qui au besoin fait saillie et s'écarte de l'axe de l'instrument, à la volonté de l'opérateur, par le même mécanisme à bascule que celui du lithotome caché, muni d'un curseur destiné à régler cet écartement.

L'instrument fermé est du calibre d'une grosse plume d'oie, et se manœuvre facilement d'une seule main de la manière suivante :

Un doigt de la main gauche étant introduit dans le vagin jusqu'au point où l'on sent la fluctuation, l'instrument, mousse à la pointe, est glissé sur ce doigt comme sur un conducteur; lorsque la pointe est sur l'endroit fluctuant, le chirurgien attire à lui le bouton terminal de la tige mousse, met ainsi à découvert la pointe acérée, et enfonce dans la tumeur l'instrument, qui pénètre avec la plus grande facilité. Parvenu dans la cavité, il tourne le robinet de la canule qui donne issue au liquide.

Dès qu'il a constaté la nature de ce liquide, s'il juge qu'il est préférable de le laisser dans la tumeur, il ferme le robinet et retire l'instrument.

Est-ce un kyste, rempli d'un liquide séreux, et juge-t-il convenable de faire une injection iodée dans sa cavité, le liquide du kyste est évacué entièrement, et cette injection est faite au moyen d'une seringue préparée d'avance, et qui contient la solution médicamenteuse.

Enfin, est-ce du pus qui s'écoule, et le chirurgien veut-il agrandir l'incision pour faciliter la sortie de ce pus, il dispose le curseur de manière à limiter la sortie de la lame, appuye sur la bascule en retirant l'instrument, et à la place d'une ponction, se trouve une ouverture aussi régulièrement faite que par le bistouri, mieux même, car le bistouri devrait agir de dehors en dedans, tandis que la lame cachée, introduite d'abord dans l'abcès, agira de dedans en dehors.

Nous avons vu dernièrement, dans le service de M. Demarquay, une malade atteinte de phlegmon péri-utérin; c'est une des premières chez lesquelles ce chirurgien ait fait usage de son instrument, dont l'application a parfaitement réussi. Voici le fait, dont nous devons les détails à M. Gibert, interne du service.

Madame V..., âgée de trente-six ans, d'une bonne constitution, réglée pour la première fois à vingt-deux ans, s'est toujours bien portée jusqu'à l'époque de son mariage; elle s'est mariée à vingt-six ans; jusqu'à ce moment, les règles étaient venues très-abondamment et très-régulièrement.

Les premières approches conjugales ont été excessivement douloureuses, et peu de jours après son mariage, des accidents aigus locaux et généraux forcèrent la malade de se mettre au lit. D'après ce qu'elle raconte, on peut supposer qu'elle eut alors une métro-péritonite. Elle resta sept mois malade ou souffrante, et pendant un an elle n'eut aucun rapport avec son mari. Depuis cette époque jusqu'aujourd'hui, c'est-à-dire pendant l'espace de neuf ans, elle a eu à trois reprises des accidents pareils, avec moins d'acuité toutefois, et le plus souvent à la suite du coït.

Depuis deux ou trois ans, elle souffre habituellement d'une douleur sourde du bas du ventre, qui s'exaspère par moments, soit à la suite de fatigues, soit à la suite d'accès de colère, auxquels est très-portée.

Le dimanche, 17 août 1856, elle se portait parfaitement bien; dans la journée, elle entra dans un violent accès de colère, et dans la nuit, vers le matin, elle fut prise d'une douleur très-vive du bas-ventre, qui augmenta encore dans la journée, et s'accompagna de quelques vomissements.

Le mardi 19, on applique des sangsues au bas-ventre, sans soulagement notable. Nouveaux vomissements dans la journée.

Le 20 et 21, douleurs tellement vives dans le bas-ventre, les reins et les aines, que la malade pousse des cris jour et nuit. Vomissements abondants.

Le vendredi 22, elle entre à la Maison de Santé dans l'état suivant :

Face pâle, traits contractés, lèvres décolorées.

Langue blanche, un peu sèche, soif vive, vomissements bilieux peu abondants. Le ventre est gros, sensible au toucher dans toute la partie sous-ombilicale. (Cette sensibilité n'est pas celle de la péritonite, les tissus sont empâtés, il n'y aucune apparence de fluctuation.

Le vagin est chaud. Le col de la matrice est plus chaud encore, entr'ouvert et douloureux. Le corps de la matrice est tout à fait immobile; le plus petit ébranlement qui lui est communiqué est très-douloureux. On a la sensation d'une masse compacte remplissant le petit bassin.

Les fosses iliaques sont le siége d'une tuméfaction très considérable, et qui se continue avec la masse du petit bassin. Le pouls est fréquent, petit, presque filiforme.

Dans la soirée, *application de 30 sangsues sur le bas-ventre, cataplasmes, lavements; glace à l'intérieur.*

Les vomissements s'arrêtent, et ne se reproduisent pas de la nuit.

Le 23 au matin, la malade se trouve mieux; le pouls a repris de la force; douleurs encore vives, qui augmentent le soir.

Le 24, un grand bain, qui soulage beaucoup la malade. Les vomissements sont complétement arrêtés.

Le 27, elle se plaint très-vivement d'une douleur dans le côté droit du bas-ventre et dans la cuisse droite. Cette région est en effet plus tuméfiée que le reste de l'abdomen, et plus douloureuse au toucher. — *Large vésicatoire* sur l'abdomen; la malade éprouve un peu de soulagement.

Le 29, il devient évident qu'il se fait un travail phlegmoneux vers le côté droit du petit bassin. La matrice est tout à fait immobile, de plus en plus douloureuse au toucher. Tout le tissu cellulaire péri-utérin est pris. La tuméfaction du bas-ventre, vers le côté droit surtout, augmente sensiblement. Vers le soir, il survient de véritables crises de douleurs, pendant lesquelles la malade souffre horriblement. Sensation habituelle d'un grand poids sur le rectum. M. Monod fait poser un cautère sur le côté droit, au-dessus du ligament de Poupart.

Le 30, douleurs de plus en plus vives dans le bas-ventre et la cuisse droite; pouls très-petit; peau moite, sueur froide.

Le 31, la tumeur du côté droit a encore augmenté de volume. Au toucher vaginal, on trouve une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule dans le cul-de-sac vaginal postérieur, repoussant la matrice en avant; cette tumeur est fluctuante.

Dans la journée, les douleurs sont tellement vives que la malade pousse continuellement des cris. Peau froide, pouls filiforme, face grippée.

A deux heures et demie de l'après-midi, M. Demarquay ponctionne la tumeur par le vagin avec l'instrument que nous avons décrit plus haut, et fait sur la paroi postérieure du vagin, en arrière du col, une large incision. Il s'écoule une quantité considérable de pus fétide. Un mieux sensible se manifeste dans la journée; la nuit est bonne et sans souffrance.

Le lendemain, 1er septembre, nouvelles douleurs très-vives; le pus a cessé de couler; l'orifice s'est oblitéré. Une mèche introduite dans le vagin et poussée dans l'incision rétablit l'écoulement du pus et le maintient.

A partir de ce moment, la malade va de mieux en mieux. Les forces reviennent avec l'appétit. La tuméfaction de l'abdomen disparaît, et le 15 septembre tout écoulement purulent par le vagin a cessé. La malade quitte la maison de santé pour aller à la campagne.

Elle rentre à la fin du mois, huit jours après sa sortie, à cause de nouvelles douleurs qu'elle ressent dans le bas-ventre. Au toucher, on sent le col utérin abaissé et fixé en arrière vers le rectum; le corps de la matrice n'est pas mobile; mais aucun travail phlegmasique nouveau n'a reparu. F.

DEUX CAS D'URÉTRORRHAGIE

déterminés par l'injection d'une solution mitigée de perchlorure de fer.

Par M. le Dr J. VENOT, chirurgien en chef de l'hospice Saint-Jean.

J'ai récemment publié une observation de cysto-péritonite rapidement mortelle, qui reconnaissait pour cause l'emploi d'une solution concentrée de perchlorure de fer en injections pour combattre une blennorrhée chronique. Sans avoir la gravité de ce premier fait, en voici deux nouveaux qui méritent, je crois, d'être mis en ligne de compte dans l'évaluation thérapeutique d'un moyen dont certains praticiens cherchent à généraliser les propriétés un peu au delà de leur véritable portée. Ce n'est pas que je prétende restreindre à une seule indication, déjà parfaitement établie par une foule de preuves, l'agent médicamenteux dont le docteur Pravaz a doté la pharmacologie; mais il importe de faire le bilan juste, exact et consciencieux des tentatives essayées en dehors des premières vues curatives attribuées au sel de fer, et de lui faire sa part réelle d'action dans le bénéfice pratique qu'on en peut retirer.

Pour ce qui tient aux écoulements urétraux, par exemple, il demeure prouvé pour moi, jusqu'à nouvelles expériences, que le perchlorure de fer, surtout à forte dose, doit être banni de leur traitement. A dose modérée, son action me paraît aussi devoir être appréciée avec une extrême réserve. Cette défiance m'est, du reste, commandée par les deux cas suivants :

OBS. I. — M. M..., vingt-quatre ans, commis, est atteint d'une blennorrhagie aiguë. Dans les dix premiers jours, son médecin calme l'irritation par les antiphlogistiques usités, moins les sangsues, qu'il ne croit pas convenable d'employer.

Le onzième jour, aux capsules gélatineuses de copahu, notre confrère associe, comme semi-abortive d'un écoulement épais, verdâtre, assez abondant, l'injection formulée ainsi qu'il suit :

Eau distillée.	200 grammes.
Perchlorure de fer.	6 gouttes.

Deux injections sont faites dans les vingt-quatre heures, avec la précaution de faire asseoir le malade, les jambes écartées, sur un bourrelet placé au périnée. Une vive cuisson suit le premier usage du remède. La seconde injection est mieux supportée. Dans la nuit, le malade urine plus douloureusement que de coutume, et aperçoit quelques gouttes de sang dans son vase. L'injection du lendemain matin est néanmoins pratiquée, et la douleur qu'elle détermine oblige les parents à solliciter un entretien consultatif auquel on me convoque.

A notre arrivée avec le confrère, nous trouvons M. M... en proie à une grande anxiété. Depuis deux heures, il urine du sang; l'hémorrhagie, sans être abondante, est pourtant assez copieuse. Le sang vient évidemment de la muqueuse; il est rutilant, semi-caillé, et sort en donnant au malade le sentiment d'une pénible miction. Des irrigations froides dans l'urètre, un demi-bain à basse température et quelques gorgées d'eau de pin gemmé arrêtèrent ce flux sanguin, qui néanmoins ne fut totalement supprimé que le soir tard.

Depuis, M. M... s'est bien trouvé des onctions camphrées sous le tube urétral, des bains amidonnés, des boissons légèrement nitrées, et surtout des pilules au cubèbe et au baume du Canada. Ce traitement a mis fin à la blennorrhagie en moins d'un mois; mais le malade n'a voulu essayer aucune autre espèce d'injection pour accélérer la conclusion de sa cure, l'effroi des premières lui faisant, sans motif, craindre celles par lesquelles nous voulions terminer son traitement.

Obs. II. — Le 17 octobre 1856, se présente à ma clinique de l'hospice Saint Jean un jeune compagnon menuisier, dont la chemise et le pantalon, souillés de sang, annonçaient une perte abondante. Ayant découvert ses organes, il me fut facile de voir que le sang venait de l'urètre, sortait par regorgements et sous forme de petits caillots. Ce garçon, robuste et décidé, était cependant pâle et faible; son pouls était petit et déprimé. L'effroi pouvait bien être pour quelque chose dans cette débilité, qui s'expliquait ainsi par deux causes évidentes. Interrogé, le malade nous apprit que pour couper une chaude-pisse qui l'ennuyait depuis deux mois, il s'était injecté avec une eau qu'il était allé chercher chez un pharmacien. Il nous exhiba le flacon dûment revêtu de l'étiquette d'un de nos honorables praticiens, et accompagné de la formule du liquide qu'il contenait. Cette formule, la voici :

Eau de tilleul. . . . . 300 grammes.
Thrydace. . . . . 10 —
Perchlorure de fer. . . . . . 0,50 centigr.

Le consultant avait fait impunément quatre injections; à la cinquième, le sang avait commencé à paraître; à la sixième, l'hémorrhagie s'était déclarée *en grand*. Toute la nuit précédente, il avait *saigné*, et il venait nous prier d'arrêter cette *perte*.

Admis immédiatement dans notre service, le malade fut assujetti au traitement suivant : lotions froides, injections d'eau légère d'acétate de plomb, sinapismes aux jambes, potion avec :

Eau de pin gemmé. . . . . 50 grammes.
Sirop de grande consoude. . . 40 —
Eau de Rabel. . . . . . . 0,5 centigr.
Extrait thébaïque. . . . . . 0,15 —
Camphre purifié. . . . . . 0,5 —

Mêlez, pour donner par cuillerée.

Frictions avec l'huile de jusquiame camphrée sur le pénis, petit-lait nitré pour boisson, repos.

Le sang continua de jaillir par gouttes un jour ou deux encore, avec intervalles de muco-pus, qui finit par couler seul et remettre la blennhorragie sur son véritable terrain.

Ces deux faits, comme on le voit, sont de nature à rendre tout à fait circonspect le praticien qui voudrait renouveler des essais semblables. Pour ma part, malgré le vif désir d'entrer en voie d'expérimentation pour un agent nouveau, actif, sérieux, je suis arrêté par de telles déconvenues, non que l'urétrorrhagie ainsi provoquée puisse, toutes choses égales d'ailleurs, devenir une grave complication, mais parce qu'il n'est pas rationnel de se mettre ainsi en contradiction avec les faits, quelque modération nouvelle qu'on veuille donner à l'agent médicamenteux ainsi jugé dans ses effets.

Et puis, il est d'autres circonstances qui semblent corroborer cette répulsion. Ces circonstances sont toutes pratiques, et c'est par elles que je finirai. Certes, nul ne conteste au perchlorure de fer la vertu hémostatique par excellence. D'assez concluantes preuves s'élèvent en faveur de cette propriété mille fois déjà expérimentée. Eh bien, au milieu de ce concours universel d'approbations, devant ce titre de *coagulateur du sang* si unanimement accordé au sel de fer, voilà des cas d'hémorrhagie bien franchement déterminés par son usage. De plus, son emploi, dans certaines hémorrhagies utérines, nous a souvent déçu et obligé de recourir aux méthodes généralement connues et pratiquées; enfin, dans certains autres cas, le perchlorure de fer, au lieu de coaguler le sang et d'en arrêter l'effusion, l'a excitée au contraire et a dû céder la place à d'autres moyens. Je n'en veux pour exemple qu'un fait récent d'épistaxis chez une jeune personne soignée par un de nos confrères. Le perchlorure de fer auquel il eut recours activa très-visiblement cette hémorrhagie, et après l'avoir vainement employé, après avoir constaté non-seulement son inefficacité, mais encore sa fâcheuse intervention, il s'empressa d'en abandonner l'usage et de pratiquer avec mon aide le tamponnement des fosses nasales au moyen de la sonde de Belloc.

Ces exceptions si frappantes au succès constant du perchlorure de fer ne sont-elles pas dues à un mode particulier d'action de ce sel sur les surfaces muqueuses? La propriété de coaguler le sang sur presque tous les tissus anatomiques ne s'arrête-t-elle pas ou ne prend-elle pas une direction contraire lorsqu'il s'agit du tissu muqueux? L'urétrorrhagie produite par les injections précitées, l'inefficacité du moyen dans la perte utérine, et ce fait d'épistaxis exaspérée, feraient presque croire à cette antipathie organo-chimique. On présume bien qu'en exprimant ces doutes, je n'ai pas la prétention de les lever, dans les rapides considérations qui forment la matière de cet article. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

DE L'EXTIRPATION DE L'OEIL,

Par White Cooper, F. R. C. S., etc.

Actuellement, dans les hôpitaux ophthalmiques de Londres, on a généralement renoncé, pour l'extirpation du globe de l'œil, à l'emploi du bistouri, auquel on préfère les ciseaux, et c'est la méthode de M. Critchett qui a remplacé l'ancienne. Toutefois, MM. W. Cooper et Pollock ont apporté à ce procédé une modification qui en rend l'exécution si simple et si facile, qu'il me paraît intéressant de la faire connaître à nos lecteurs.

Les instruments dont on a besoin sont : un *speculum oculi* pour maintenir les paupières écartées, des ciseaux droits, de forts ciseaux courbes à pointe mousse, un crochet mousse à strabisme et des pinces.

Voici comment l'opération s'exécute : on incise l'angle externe des paupières d'un coup de ciseaux droits, et l'on maintient les paupières largement écartées à l'aide du spéculum en laiton. L'opérateur, saisissant alors la conjonctive avec des pinces, l'incise circulairement tout contre la cornée avec des ciseaux droits; il attaque ensuite le fascia sous-jacent, ce qui a pour résultat de mettre à nu les tendons des muscles droits. Il remplace alors la pince par le crochet à strabisme, et se sert de celui-ci pour soulever successivement chaque tendon qu'il coupe avec les ciseaux dans l'ordre suivant : droit supérieur, droit externe, droit inférieur, droit interne. L'œil peut alors être attiré en avant et un peu en dedans, et les ciseaux courbes être introduits derrière lui, le long de la paroi externe de l'orbite. On coupe alors rapidement, à l'aide de deux ou trois coups de ciseaux, les muscles obliques, le nerf optique, le tissu cellulaire, etc., et *le globe oculaire* se trouve dès lors séparé de toutes les attaches.

Il suffit de deux à trois minutes pour exécuter convenablement cette opération, et il s'échappe à peine quelques gouttes de sang; je suis convaincu qu'après l'avoir essayée, aucun chirurgien ne voudra plus recourir à l'ancien procédé du bistouri.

Cette opération est surtout applicable aux cas dans lesquels le volume de l'œil n'est pas fort augmenté, et alors que la maladie n'a point largement envahi le reste des parties contenues dans l'orbite. Le peu de sang qui s'échappe permet d'apercevoir facilement et d'enlever toute portion malade qui resterait après l'ablation de l'œil.

J'ajouterai quelques données pratiques que m'a suggérées l'expérience. L'usage de crochets ou de pinces, munies de fortes dents pour saisir l'œil, présente des inconvénients. Ces instruments lacèrent fréquemment l'œil dont le contenu s'échappe, et alors cet organe s'affaisse brusquement au moment où il s'agit de couper le nerf optique. Cet accident arrive surtout lorsque l'on opère des cas de mélanose, dans lesquels les tuniques externe sont toujours plus ou moins amincies et ramollies par la maladie. Deux fois il m'est arrivé que l'œil s'est ainsi déchiré, et j'ai vu l'orbite et la joue inondés par un fluide noir ressemblant à celui que laisse échapper la *sæpia* ou *doligo*.

L'œil enlevé, si quelque vaisseau saigne fortement, il vaut mieux le lier; la ligature ne détermine aucune irritation, épargne le sang du malade et le temps du chirurgien.

Je nettoie toujours complétement l'intérieur de l'orbite à l'aide d'eau froide que j'y injecte au moyen d'une forte seringue, ce qui le débarrasse complétement et permet d'apercevoir tout point ou tout vaisseau qui donne du sang.

On ne place rien dans l'orbite après l'opération. On peut rapprocher à l'aide de la suture l'angle externe des paupières que l'on a divisé, et les recouvrir d'une compresse mouillée. Ce pansement est agréable au malade, qui accuse généralement une douleur brûlante dans l'orbite. Ce symptôme, ainsi que la céphalalgie, cesse graduellement, huit ou dix heures après l'opération, pour ne plus reparaître.

La convalescence s'établit au bout d'une semaine environ, et l'on a maintenant à Londres l'habitude de placer de très-bonne heure une coque artificielle, afin de conserver parfaitement la forme des paupières. M. Gray, l'un de nos meilleurs fabricants d'yeux artificiels, en place avec succès le troisième jour après l'extirpation; mais je pense qu'il est préférable d'attendre jusqu'au septième jour.

M. W. Cooper a obtenu, dans sa pratique, des résultats très-encourageants de l'extirpation du globe de l'œil dans les cas de mélanose bornée à l'intérieur de l'organe, et dans ceux d'ophthalmie sympathique pour prévenir la destruction du second œil.

(*Annales d'oculistique.*)

DE L'AVANTAGE DE FAIRE INTERVENIR LE MIEL comme excipient dans les masses pilulaires.

Par M. C.-J. Thibault, pharmacien à Saint-Etienne.

Le nombre des pilules officinales usitées dans la vieille pharmacie a bien diminué de nos jours; l'emploi de ce qui nous en reste encore tend à tomber de plus en plus en désuétude. Parmi celles qui ont joui d'une certaine vogue, bien peu se trouvent aujourd'hui dans les officines, car elles ne sont jamais prescrites par le médecin.

Mon intention n'est pas de réhabiliter ces vieilles panacées, mais j'ai voulu rechercher la cause qui en a fait tomber dans l'oubli plusieurs qui doivent avoir une action incontestable; je crois l'avoir trouvée en grande partie dans le mode vicieux de leur préparation. En effet, ces pilules, récemment faites, sont molles, peuvent se dissoudre facilement dans les sucs de l'estomac, et produire l'action que l'on est en droit d'attendre des substances qui entrent dans leur composition; mais elles ne conservent ces propriétés que très-peu de temps : un mois et à plus forte raison une année après, on trouve qu'elles sont devenues inactives.

D'où provient donc cette anomalie? Elle doit exister tout entière, je crois, dans ce que ces pilules ne peuvent plus se dissoudre dans les sucs de l'estomac, et qu'elles traversent alors le tube intestinal pour arriver dans les déjections telles qu'elles ont été prises.

Examinons les pilules de cynoglosse pour exemple, et nous verrons si les choses doivent se passer ainsi que je l'indique. Ne trouvons-nous pas que, très-peu de temps après leur préparation, ces pilules sont devenues tellement dures qu'on peut comprendre facilement qu'elles doivent nécessairement résister à l'action dissolvante des sucs de l'estomac. Aussi voyons-nous des médecins vanter leur action et d'autres la nier, contradiction qui a sa raison d'être, l'action de ces pilules devant être subordonnée à leur préparation plus ou moins récente.

Nous trouvons dans le miel un excipient qui fait disparaître tous ces inconvénients, et dont l'emploi sera un progrès dans l'art de formuler. Des pilules, dans la composition desquelles on le fait intervenir, conservent indéfiniment les qualités qu'elles doivent avoir pour se dissoudre dans l'estomac, car elles restent toujours molles. J'ai préparé, il y a deux ans, des pilules de cynoglosse avec le miel pour excipient, et elles sont aujourd'hui dans le même état qu'elles étaient au moment où elles ont été faites, c'est-à-dire qu'elles sont restées molles.

Il y aurait un avantage égal à faire entrer le miel dans les pilules magistrales; car assez fréquemment le médecin formule un nombre de pilules dont l'emploi doit durer souvent un mois et plus; ces dernières sont donc exposées à l'inconvénient que j'ai signalé, et qu'une bonne thérapeutique a tout intérêt à éviter, si elle veut compter sur les agents qu'elle emploie.

La révolution à opérer ne sera pas bien grande; en attendant la révision si désirée du Codex, il n'y aura qu'à remplacer dans les formulaires le mot sacramentel de : *Sirop, quantité suffisante*, par celui de : *Miel, quantité suffisante*. Les médecins en feront autant dans leurs prescriptions : de son côté le pharmacien aura le soin de suppléer à l'oubli que quelques-uns pourront faire, et un véritable service sera ainsi rendu à la thérapeutique par cette modification facile.

M. Breton ajoute que cette méthode, que l'on retrouve dans quelques auteurs anciens, est du reste une mesure non-seulement très-favorable dans la plupart des cas, mais qu'elle serait surtout d'une application très-heureuse dans les localités où règnent les fièvres, et où les pilules de sulfate de quinine pourraient être préparées à l'avance, sans les inconvénients graves qui peuvent, pour le malade, résulter du peu de solubilité des pilules actuelles, devenues parfaitement sèches.

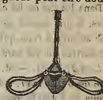
SUSPENSOIR BOURJEAURD.

Sous le titre de *Nouvelles inventions relatives à la médecine et à la chirurgie pratiques*, le journal anglais *the Lancet* publie, dans un de ses derniers numéros, un article fort intéressant sur les appareils de M. Bourjeaurd. Nous reproduisons ici ce qu'il dit au sujet du suspensoir inventé par ce médecin :

» Le suspensoir est certainement un des bandages dont la bonne ou mauvaise application peut donner lieu aux effets les plus opposés. On sait tout le bien-être que le malade éprouve lorsque l'appareil est bien appliqué. Mais malheureusement la plupart du temps les suspensoirs pèchent par quelque côté de leur structure. C'est donc avec le plus grand soin qu'on devrait les préparer, étudier les indications à remplir et les inconvénients à éviter.

» La première indication d'un suspensoir consiste à détruire l'effet de traction sur le cordon, dans les inflammations, les varicocèles ou les affections chroniques du testicule. Mais ce résultat doit être obtenu sans compression directe ou indirecte de l'organe.

» L'appareil dont nous donnons ici la figure remplit parfaitement ces données. La bourse, en caoutchouc lissé, est faite suivant l'état du malade. Les liens élastiques qui tournent autour des cuisses sont d'une élasticité telle que leur longueur peut être doublée. A la partie antérieure de la bourse, on a ajouté un petit cordon élastique qui se dirige directement en haut, et va s'attacher au gilet de flanelle ou à tout autre vêtement. De cette manière, les testicules sont soutenus sans que les moyens de support puissent venir à manquer, et le malade n'éprouve ni malaise ni douleur. La compression est douce; l'appareil, bien maintenu, ne peut glisser et supporte réellement l'organe malade.



» Il est facile de se rendre compte des résultats obtenus par ce suspensoir. L'expérimentation a pu en être faite sur une vaste échelle, car depuis quelques années, sur l'ordre du directeur général, les hôpitaux de la marine anglaise ont été mis à même d'étudier ce nouveau mode de suspension. Si l'on jette maintenant les yeux sur les rapports des chirurgiens, on peut se convaincre des bons résultats obtenus. Le malade lui-même demande le suspensoir en caoutchouc, qui ne lui cause jamais le malaise attaché au suspensoir ordinaire. L'application du caoutchouc à la fabrication des bandages rend tous les jours de grands services, et on peut encore mieux apprécier ses avantages quand il s'agit d'établir une compression légère mais permanente, comme dans les affections qui nous occupent. »

Après avoir vu les effets obtenus en Angleterre, nous ne saurions trop recommander aux praticiens de notre pays d'étudier à leur tour ce suspensoir, pour faire jouir nos malades d'un appareil ingénieux qui peut leur épargner bien des souffrances.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Suite de la séance publique annuelle du 2 février 1857.

Sciences physiques. — *Grand prix des sciences physiques* : « 1° Étudier le mode de formation et de structure des spores et des autres organes qui concourent à la reproduction des champignons, leur rôle physiologique, la germination des spores, et, particulièrement pour les

champignons parasites, leur mode de pénétration et de développement dans les autres corps organisés vivants.»

Ce prix consistera en une médaille d'or de 3,000 fr.

2° « Etudier d'une manière rigoureuse et méthodique les métamorphoses et la reproduction des infusoires proprement dits. (Polygastriques de M. Ehrenberg.) »

Prix de physiologie expérimentale, fondé par M. de Montyon. — L'Académie adjugera une médaille d'or de la valeur de 805 fr. à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Divers prix du legs Montyon. — Conformément au testament de feu M. Auget de Montyon, et aux ordonnances du 29 juillet 1821, du 2 juin 1824 et du 23 août 1829, il sera décerné un ou plusieurs prix aux auteurs des ouvrages ou des découvertes qui seront jugés les plus utiles à l'*art de guérir*, et à ceux qui auront trouvé le *moyen de rendre un art ou un métier moins insalubre*.

Prix Cuvier. — L'Académie décernera, dans la séance publique de 1860, un prix à l'ouvrage qui sera jugé le plus remarquable entre tous ceux qui auront paru depuis le 1er janvier 1857 jusqu'au 31 décembre 1859, soit sur le règne animal, soit sur la géologie. Ce prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 1,500 fr.

Prix Alhubert, pour les sciences naturelles. — « Etudier le mode de fécondation des œufs et la structure des organes de la génération dans les principaux groupes naturels de la classe des polypes ou de celle des acaléphes. »

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 2,500 fr.

Prix Bordin. — L'Académie propose pour le sujet de ce prix la question du *métamorphisme des roches*. Ce prix sera une médaille d'or de la valeur de 3,000 fr.

Prix quinquennal fondé par feu M. de Morogues, à décerner en 1863. — M. de Morogues a légué, par son testament, une somme de 10,000 fr. pour faire l'objet d'un prix à décerner tous les cinq ans, alternativement : par l'Académie des sciences physiques et mathématiques, à *l'ouvrage qui aura fait faire le plus grand progrès à l'agriculture en France*, et par l'Académie des sciences morales et politiques, au *meilleur ouvrage sur l'état du paupérisme en France et le moyen d'y remédier*.

Legs Bréant. — Par son testament en date du 28 août 1849, M. Bréant a légué à l'Académie des sciences une somme de 100,000 fr. pour la fondation d'un prix à décerner « à celui qui aura trouvé le moyen de guérir du choléra asiatique ou qui aura découvert les causes de ce terrible fléau. »

Prévoyant que ce prix de 100,000 fr. ne sera pas décerné de suite, le fondateur a voulu, jusqu'à ce que ce prix soit gagné, que l'intérêt du capital fût donné à la personne qui aura fait avancer la science sur la question du choléra ou de toute autre maladie épidémique, ou enfin que ce prix pût être gagné par celui qui indiquera le moyen de guérir radicalement les dartres ou ce qui les occasionne.

Les concurrents devront satisfaire aux conditions suivantes :

1° Pour remporter le prix de 100,000 fr., il faudra :

« Trouver une médication qui guérisse le choléra asiatique dans l'immense majorité des cas; »

Ou :

« Indiquer d'une manière incontestable les causes du choléra asiatique, de façon qu'en amenant la suppression de ces causes on fasse cesser l'épidémie; »

Ou enfin :

« Découvrir une prophylaxie certaine, et aussi évidente que l'est, par exemple, celle de la vaccine pour la variole. »

2° Pour obtenir le prix annuel de 4,000 fr., il faudra, par des procédés rigoureux, avoir démontré dans l'atmosphère l'existence de matières pouvant jouer un rôle dans la production ou la propagation des maladies épidémiques.

Dans les cas où les conditions précédentes n'auraient pas été remplies, le prix annuel de 4,000 fr. pourra, aux termes du testament, être accordé à celui qui aura trouvé le moyen de guérir radicalement les dartres ou qui aura éclairé leur étiologie.

Legs Trémont. — M. le baron de Trémont, par son testament en date du 5 mai 1847, a légué à l'Académie des sciences une somme annuelle de 1,100 fr. pour aider dans ses travaux tout savant, ingénieur, artiste ou mécanicien à qui une assistance sera nécessaire « pour atteindre un but utile et glorieux pour la France. »

Les concurrents pour tous les prix sont prévenus que l'Académie ne rendra aucun des ouvrages envoyés aux concours; les auteurs auront la liberté d'en faire prendre des copies au secrétariat de l'Institut.

M. Elie de Beaumont, secrétaire perpétuel de l'Académie, a ensuite prononcé l'éloge historique de Corriolis, et la séance s'est terminée par une lecture intéressante de M. Brongniart sur les changements des êtres organisés aux diverses époques géologiques, à propos du grand prix proposé par l'Académie sur ce sujet.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 8 janvier 1856. — Présidence de M. Bossu, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

La correspondance comprend :

1° *Repertorio botanico preceduto de una prefazione bibliografico-critica*, per G. Gulia, Malta, 1855-1856. Ce travail est adressé avec la demande du titre de membre correspondant. (M. Magne, rapporteur.)

2° *Documents sur la position faite par l'administration publique à la Faculté de médecine de Genève, recueillie et publiée par la Société médicale.*

3° *De l'influence du chagrin sur l'homme, hygiène de l'affligé*, par M. le docteur Bidat (d'Arras).

CHIRURGIE. — **Tumeur située à la petite lèvre du côté droit.** — M. DUPERTUIS soumet à la Société une tumeur qu'il croit fibro carcinomateuse, et qui a été excisée par M. Rapatel. Cette tumeur, dure, rugueuse, laissant écouler un suintement continuel, existait depuis deux ans à la petite lèvre du côté droit chez une femme de quarante-deux ans. Elle avait débuté par une espèce de crête de coq, qui avait déterminé de fortes démangeaisons à la vulve. Puis les ardeurs et les démangeaisons avaient augmenté au contact du liquide sécrété par la tumeur, laquelle était fixée par un pédicule oblong et avait excorié la cuisse du côté correspondant, où elle offrait une forme lisse; les excoriations étaient dues à l'âcreté du liquide fourni par la tumeur.

L'opération a été pratiquée il y a deux jours. Elle a été peu douloureuse; un seul coup de ciseaux a suffi pour détacher le pédicule. Une hémorrhagie en nappe s'étant manifestée et la ligature d'une artériole n'arrêtant pas le cours du sang, j'employai le perchlorure de fer, dit M. Dupertuis; il en résulta de violentes douleurs, et le sang continuant de couler, je l'arrêtai par la compression associée à la cautérisation à l'aide de l'azotate d'argent. Les règles ont apparu le jour même; la malade, d'ailleurs, se trouve pour le moment dans de bonnes conditions. Je pense que l'inefficacité du perchlorure de fer, en cette circonstance, peut être attribuée à ce qu'il n'était pas suffisamment bien préparé.

M. COURSSERANT pense qu'il existait de l'induration des tissus entourant l'artériole, ce qui l'aura empêché de se rétracter.

M. MASSON. Il est facile d'expliquer pourquoi le perchlorure de fer a échoué; le poids considérable de la tumeur avait énormément distendu les vaisseaux, qui après l'opération sont revenus sur eux-mêmes, se sont retirés et n'ont pas été atteints par le liquide.

M. DUPERTUIS constate que la tumeur n'offre pas d'induration, ni de cellules, ni de ramollissement; elle semble fibreuse. Son tissu lardacé crie sous le bistouri. Elle présente une espèce de raphé, et ressemble à un énorme testicule engorgé. Cette pièce sera examinée au microscope, et les résultats obtenus communiqués à la Société.

MÉDECINE. — **Diarrhées cholériformes.** — M. DUHAMEL. J'ai observé, il y a quelques mois, un grand nombre de diarrhées accompagnées de vomissements et même de crampes simulant presque le choléra; les déjections seules étaient différentes. J'attribuai aux grandes chaleurs et à l'usage de fruits non mûrs cette espèce d'épidémie. Mais voilà que depuis quinze jours je suis appelé à constater les mêmes phénomènes. J'ai traité plus de vingt malades atteints de vomissements et de crampes, et aujourd'hui même quatre cas nouveaux se sont présentés dans ma clientèle. Je m'empresse d'ajouter qu'aucune de ces affections n'a eu de terminaison fâcheuse. Le repos et un régime sévère jugulent pour ainsi dire la maladie dans l'espace de trois, quatre ou six jours. Je désire savoir si quelqu'un de nos collègues a fait les mêmes observations que moi.

M. FOUCART. Depuis les mois de juin et de juillet, j'ai eu considérablement de malades atteints de diarrhées bilieuses et de vomissements de même nature. En décembre, j'ai observé deux cas de choléra sporadique, avec crampes, refroidissement, excavation des yeux, et chez une jeune femme, j'ai même constaté la cyanose. Aucune terminaison funeste.

M. CARON. J'ai fait les mêmes observations que nos collègues. Tout dernièrement encore, j'ai traité avec succès, par les purgatifs, un malade atteint de crampes, de diarrhée et de vomissements bilieux.

Quant à la cause de ces affections, je pense qu'elle est due à l'usage des boissons et des cidres artificiels, qui remplacent actuellement le vin devenu rare et cher. J'ai avantageusement substitué à ces boissons nuisibles de l'eau panée.

M. DUHAMEL. Mes malades ont été traités avec de l'eau de gomme et de riz; je dirai presque qu'en pareil cas, on guérit avec, sans et malgré le médecin. Bien que je sache tout ce qui a été écrit sur les purgatifs, j'avoue que je ne comprends pas leur action dans le cas dont a parlé M. Caron.

M. CARON. Si la langue est saburrale, s'il y a dépression des forces, les purgatifs réussissent, par cette raison qu'alors il n'existe pas d'irritation de la muqueuse, mais une véritable atonie; je traite le choléra de la même manière. Il y a analogie entre cette action et celle de l'ergot de seigle dans l'atonie de la matrice.

M. FOUCART. Toutes les fois que les accidents dont il vient d'être question sont dus à un état bilieux, voici ma pratique habituelle : vomitif le premier jour, purgatif le deuxième, diète, et le troisième jour la guérison est obtenue.

M. TERRIER. Pour répondre à la pensée de M. Duhamel sur la question des crampes, qui donnent une certaine analogie avec le choléra, aux accidents qu'il a remarqué sur les voies digestives, je dirai que j'ai vu deux cas dans lesquels les crampes ont été le premier symptôme. Chez une malade, il existait des douleurs abdominales, des vomissements; l'émétique fut prescrit. Il s'agissait d'une péritonite, la terminaison fut mortelle. L'autre malade avait aussi une péritonite, et les crampes coïncidaient avec de la constipation. Il résulte de ces faits que les crampes, dans les dérangements des fonctions digestives, ne sont peut-être pas un caractère propre en particulier au choléra épidémique, puisqu'on les rencontre dans des affections différentes.

De l'ergot de seigle dans les rétentions d'urine. — M. DUHAMEL. L'ergot de seigle dont a parlé tout à l'heure M. Caron, me rappelle que cette substance a été conseillée dans les rétentions d'urine. M. Guersant en a fait usage à Bicêtre. Je donnai dernièrement des soins à une dame atteinte d'une péritonite subaiguë occupant tout le ventre. Survint une rétention d'urine; je sondai la malade et prescrivis 18 centigrammes d'ergot de seigle d'heure en heure. La malade commença à uriner et continua ainsi pendant cinq jours. Huit jours après, la rétention d'urine recommence; je sonde de nouveau; on revient à l'ergot de seigle; on le continue encore aujourd'hui, et les urines ont reparu naturellement. Je considère l'ergot de seigle comme très-utile toutes les fois qu'il n'existe pas de lésion organique de la vessie.

Sur cinq enfants qui pissaient au lit, le même moyen m'a réussi quatre fois.

Du chlorate de potasse dans l'angine diphthéritique.—M. CHALUT. Il y a dix jours, je suis appelé près d'une jeune fille de cinq ans, forte et bien constituée. J'observe le râle croupal; la fièvre est intense, les glandes sous-maxillaires tuméfiées; la langue, les amygdales, la luette et les piliers sont couverts de plaques diphthéritiques. Je voulus pratiquer une cautérisation avec l'azotate d'argent. Je dus m'abstenir en présence de l'opposition invincible de la jeune malade. Je prescrivis le tartre stibié, puis 4 grammes de chlorate de potasse dans 60 grammes de liquide.

Le lendemain, les plaques se détachaient, et, comme la potion n'avait pas été entièrement prise, j'y ajoutai 60 grammes de sirop.

Aujourd'hui l'engorgement sous-maxillaire a disparu, la guérison est complète, et, bien que pendant la durée du traitement j'aie obtenu deux vomissements par jour avec le tartre stibié, je crois que la plus grande partie de la guérison doit être attribuée au chlorate de potasse, d'autant plus que je n'ai jamais pu obtenir de cautériser.

M. RAMON. Il y a quelquefois tolérance de l'émétique chez les enfants, ceci résulte de mes observations pratiques; aussi je compte plus sur les cautérisations. L'enfant ouvrira toujours la bouche si vous lui fermez les narines, et la bouche sera maintenue ouverte si vous avez le soin d'appliquer un bouchon entre les mâchoires; la cautérisation est alors facile.

Ophthalmoscopie. — De la pulsation de l'artère centrale de la rétine. — M. COURSSERANT appelle l'attention de la Société sur la valeur de ce signe diagnostique dans les affections oculaires de nature congestive. Comme cette pulsation, pour ainsi dire, n'est spontanée que dans le glaucome commençant, et qu'en tout autre cas il est nécessaire pour obtenir le *pouls rétinien*, d'exercer une pression, ordinairement modérée sur le globe oculaire; le degré de pression employé en pareille circonstance, l'étendue des battements de l'artère et l'hyperémie plus ou moins avancée de la papille du nerf optique, traduisent à l'examen ophthalmoscopique l'état de la circulation sanguine choroïdo-rétinienne, et fournissent pour le traitement les indications les plus précieuses.

Le secrétaire annuel, AL. MAGNE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Chaque année, l'on voit se réunir à Bruxelles un congrès; l'année dernière, nous avons eu un congrès douanier, cette année nous aurons un congrès d'ophthalmologie. On ne peut contester que la réunion d'hommes éminents de tous les pays n'ait une grande importance lorsqu'il s'agit d'élucider une question encore controversée; là, il n'y a pas de parti pris d'avance, les passions sont mises à l'écart, la discussion devient dès lors entièrement scientifique, et produit tous les fruits que l'on est en droit d'en attendre. Aussi, accueillons-nous l'idée d'un congrès d'ophthalmologie avec le plus grand plaisir; nous lui promettons le concours de notre publicité. (*Presse méd. Belge.*)

— La Suisse romande ou française, l'ancienne Franche-Comté et la Savoie, n'avaient jusqu'aujourd'hui aucun organe destiné aux sciences médicales, et cela malgré l'existence dans ce pays de plusieurs sociétés médicales, d'une Faculté de médecine, d'une Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie, de nombreux hôpitaux généraux et spéciaux. M. le docteur Cornaz, médecin et chirurgien en chef de l'hôpital Pourtalès de Neufchâtel, vient de remplir cette lacune en publiant, sous le titre de *l'Echo médical*, un journal qui paraîtra tous les mois.

— Un nouveau journal qui se rattache à l'art médical par un côté qui ne manque pas d'importance, vient d'être fondé par MM. Fowler et Préterre, dentistes américains à Paris, sous le nom de l'*Art dentaire, revue de la chirurgie et de la prothèse dentaires*. Le premier numéro contient plusieurs articles fort intéressants, dus à un jeune docteur, M. H. Godet, dont nos lecteurs n'ont peut-être pas oublié la thèse.

— La prochaine séance de la Société médicale du Panthéon aura lieu demain mercredi 11 février, à 8 heures très-précises du soir, à la mairie, place du Panthéon.

L'ordre du jour est ainsi composé :

1° Exposition des procédés de lithotripsie, par le baron Heurteloup; 2° nouveau serre-nœud et ses applications, par M. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital de la Pitié; 3° traitement des kystes de l'ovaire par les injections iodées, par M. Boinet; 4° du progrès dans la méthode en botanique, par M. F. Plée.

Un de nos abonnés nous prie d'annoncer que, faute de place, il est obligé de vendre sa collection de la *Gazette des Hôpitaux*, qui date de 1840. — Tous les volumes sont reliés uniformément; ils sont en état de conservation parfaite.

Nous remercions sincèrement ceux de nos abonnés qui ont bien voulu nous envoyer les numéros qui nous manquent dans l'année 1856. Si quelques-uns pouvaient nous en fournir encore, ce sont les numéros 8 et 9 de janvier; — 18 et 21 de février; — 39, 45, 46, 48 et 50 d'avril; — 52 et 53 de mai; — 79, 81, 84 et 86 de juillet.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Bonnefoy, né à Lyon (Rhône); *Des présentations du tronc.*

Panas, né à Céphalonie (Grèce); *Quelques observations ajoutées à l'histoire du chlorate de potasse.*

Guyal, né à Nogent-le-Roi; *Considérations sur la péritonite par propagation.*

Ernoul, né à Saint-Brelade (Ille-et-Vilaine); *Des déchirures du périnée dans l'avortement.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Dacq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de Biologie. Tomes I et II de la 2e série. Deux forts volumes in-8°. Paris, 1855 et 1856. Chez J. Hamel, libraire, rue Racine, 10.

Etudes sur les corps à l'état sphéroïdal, nouvelle branche de physique, par M. BOUTIGNY (d'Evreux). 3e édition considérablement augmentée. 1 vol. in-8°, avec figures dans le texte. Prix : 7 fr. Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Gérant,
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 18. — JEUDI 12 FÉVRIER 1857. (30e ANNÉE.) N° 18. — JEUDI 12 FÉVRIER 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 11 FÉVRIER 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

On s'attendait à entendre aujourd'hui l'exposé de la méthode sous-cutanée. Quoique M. Guérin fût prêt, et qu'il eût même manifesté le désir d'être entendu dans cette séance, la lecture a dû être ajournée à la séance prochaine, afin de permettre à quelques savants étrangers à l'Académie, inscrits depuis longtemps, et à des rapporteurs en retard, de prendre la parole. L'Académie a ainsi successivement entendu : un rapport de M. Boutron sur les analyses chimiques, et les recherches médico-légales dont l'acide cyanhydrique et ses composés ont été l'objet de la part de MM. O. Henry fils et E. Humbert ; — la commission a vérifié l'exactitude de tous les faits annoncés par ces deux savants chimistes, et a demandé l'insertion de leur procédé dans le *Bulletin* de l'Académie ; — le résumé d'un mémoire de M. Duchesne, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène et médecine légale, sur l'influence qu'exercent les chemins de fer sur la santé des mécaniciens et des chauffeurs ; — une note de M. Adolphe Richard sur les kystes tubo-ovariens, et enfin un travail de M. E. Robiquet, sur l'emploi thérapeutique du pyro-phosphate de fer.

Parmi les nombreuses professions nouvelles qu'ont créées les chemins de fer, il en est deux en particulier qui devaient entraîner inévitablement des effets spéciaux sur la santé ; ce sont celles des chauffeurs et des mécaniciens, exposés incessamment aux vicissitudes atmosphériques les plus variées, et à de nombreuses influences inhérentes soit à la rapidité de la traction, soit au voisinage de la machine et de son foyer. Il y avait une étude nouvelle et intéressante à faire au point de vue de l'hygiène professionnelle. M. Duchesne, en sa qualité de membre du conseil d'hygiène publique et de salubrité, a été à même de faire cette étude. Les résultats auxquels il est arrivé et qu'il a communiqués à l'Académie, accusent une double influence, l'une générale et qui semble être favorable d'abord à l'entretien des forces nutritives, l'autre spéciale plus tardive, et qui se traduit à la longue, par quelques lésions des sens, telles qu'une diminution de la vue, la perte de l'ouïe, et par des désordres organiques affectant plus particulièrement les os et les articulations des membres inférieurs, et qui paraissent dus à la station verticale prolongée, et à la trépidation incessante des machines ; c'est ce que M. Duchesne désigne sous le nom de maladie des mécaniciens.

La note de M. Adolphe Richard se rattache par son sujet à la discussion sur les kystes ovariques. Elle a pour objet de faire connaître une variété de ces kystes qu'il désigne sous le nom de kystes tubo-ovariques. Le mode de formation de ces kystes est extrêmement intéressant à connaître ; il se rattache au fait physiologique de l'ovulation spontanée, dont il est en quelque sorte une manifestation pathologique et comme une démonstration indirecte.

Cette étude présente un autre genre d'intérêt au point de vue pratique ; elle explique, par exemple, de prétendues hydrométries dont l'existence est très-contestable, et qui ne seraient probablement, dans la plupart des cas, que de véritables kystes tubo-ovariens. Elle fournit, en outre, une explication toute naturelle de ces évacuations spontanées par les voies génitales, qui ont été observées dans quelques cas.

Enfin, M. E. Robiquet a appelé l'attention de l'Académie sur un produit nouveau, le pyro-phosphate de fer, qu'il a étudié sous le double point de vue chimique et thérapeutique. Les lecteurs trouveront une analyse détaillée de ce travail dans le compte rendu. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Observations d'hémorrhagies de l'urètre.

OBS. I. — Un homme de cinquante-huit ans, d'une forte constitution, n'ayant jamais eu d'hémorrhoïdes, se livra à des excès de table et à des marches prolongées durant cinq à six jours consécutifs, dans les vives chaleurs de l'été. Il fut pris, dans les lombes et dans toute la région du sacrum, d'une douleur gravative qui s'étendait vers les aines et à la partie supérieure des cuisses. Cette douleur obtuse ne l'empêchait pas de marcher ; il la considérait comme rhumatismale, parce qu'il avait, en effet, éprouvé plusieurs fois des douleurs lombaires qu'il avait toujours regardées comme étant de cette nature.

Il souffrait ainsi depuis trois jours, lorsqu'il sentit en urinant une ardeur très-vive sur toute la longueur du canal de l'urètre, et s'étendant jusqu'au périnée. Quelques instants après, il s'aperçut que des gouttes de sang s'écoulaient par le meat et se succédaient lentement. Ces gouttes de sang continuèrent à se présenter pendant toute la nuit suivante, durant laquelle une chaleur avec douleur intense, et comme pulsative, plus gênante que cuisante, se faisait sentir sur tout le trajet du canal de l'urètre, et surtout au périnée. Les urines déterminaient une douleur ardente sur la muqueuse urétrale, et exigeaient, pour leur expulsion, une sorte d'effort insolite. Le lendemain matin, le sang avait cessé de se montrer ; la douleur dans le trajet du canal de l'urètre était fort affaiblie. Le malade se leva, mais les accidents revinrent dans la journée et firent de tels progrès, que le soir il ne pouvait uriner que goutte à goutte, avec une douleur ardente vers le col de la vessie. Le sang ne cessait de sortir par le méat urinaire, au point qu'on pouvait évaluer à plusieurs onces la quantité de liquide qui s'était écoulée en deux heures.

L'issue du sang n'était accompagnée d'aucun besoin d'uriner. Le malade continuait à ressentir une douleur gravative aux lombes, à la région du sacrum et vers les aines ; il n'éprouvait aucun mouvement fébrile ; mais le pouls était large et plein, les battements du cœur étaient vigoureux, la tête était lourde et la face colorée. Nous fîmes immédiatement pratiquer une saignée du bras et placer le malade dans un bain de siége froid. L'hémorrhagie cessa, les douleurs et l'ardeur dans le trajet de l'urètre, au moment de l'émission des urines, diminuèrent.

Le lendemain, tous les accidents revinrent avec autant d'intensité que la veille : l'hémorrhagie reparut même avec plus d'abondance. Une nouvelle saignée générale fut pratiquée, et vingt sangsues furent posées au périnée. De ce moment, la maladie cessa pour ne plus se renouveler.

Les symptômes observés chez ce malade se liaient évidemment de la manière la plus immédiate à une congestion sanguine prononcée de la muqueuse urétrale et à l'hémorrhagie survenant par exhalation à la surface de cette membrane.

Dans le cas suivant, les accidents ont eu une plus grande intensité, principalement due à ce que l'hémorrhagie avait son siége plus profondément.

OBS. II. — Un homme de soixante-cinq ans, habitué à une vie molle et aux excès de table, avait depuis l'âge de trente ans des hémorrhoïdes qui fluaient de temps en temps dans les efforts de la défécation. Depuis six mois le flux ne s'était pas renouvelé, mais les tumeurs hémorrhoïdales avaient pris un volume considérable et devenaient souvent le siége de douleurs vives. Cet homme fut pris dans la nuit, sans aucun accident précurseur, d'une hémorrhagie de l'urètre qui s'annonça par la sortie d'une quantité de sang peu considérable par le méat urinaire. Cet accident avait cessé le matin ; il se reproduisit quatre fois à l'intervalle de deux ou trois jours ; mais la quatrième fois il sortit une beaucoup plus grande quantité de sang par l'urètre, par gouttes et d'une manière continue.

Le lendemain, le malade s'aperçut que ses urines étaient rendues avec quelques efforts ; elles n'amenèrent point de sang. Le soir, les urines se supprimèrent ; elles s'accumulèrent dans la vessie. Dans le milieu de la nuit, l'hémorrhagie continuait de manière qu'il sortait une goutte de sang toutes les cinq à six minutes par le méat urinaire ; la vessie était distendue par l'urine et s'élevait presque jusqu'à l'ombilic. Une algalie introduite amena environ un litre d'urines rouges, dans lesquelles nageait une matière floconneuse brunâtre, qui se déposa au fond du vase en grande quantité, et, lorsque la vessie fut vide, on obtint environ une once de sang brun demi-liquide, se déposant dans les urines et s'en séparant avec une grande rapidité. Cependant l'hémorrhagie se suspendit après une saignée qui fut immédiatement pratiquée ; mais le malade conservait une douleur gravative à la base de l'urètre, avec une sensation de chaleur sur toute la longueur de ce canal. Les urines, accumulées de nouveau dans la vessie, furent extraites le soir par la sonde, qui ne fit sortir que des urines jaunes, brunâtres, assez odorantes, sans mélange de sang.

Les accidents diminuèrent progressivement, et deux ou trois jours après le rétablissement était complet. Il ne fut pas de longue durée, car au bout d'une semaine, après une nuit pendant laquelle il avait eu de la douleur gravative dans les lombes, à la région du sacrum et au périnée, cet homme s'aperçut, au sentiment d'ardeur qu'il ressentait dans l'urètre, que du sang sortait par le méat urinaire. Cette hémorrhagie dura vingt-quatre heures, pendant lesquelles on put évaluer à huit ou dix onces la quantité de sang qu'elle fit perdre. Les urines ne furent pas supprimées ; elles furent excrétées avec une sensation de cuisson et d'ardeur au col de la vessie et dans le canal. Une large saignée et l'application au périnée de trente sangsues mirent fin à ces accidents ; il ne resta qu'une douleur obtuse, qui disparut en quelques jours par l'usage des bains de siége froids administrés deux fois par jour.

Les observations qui précèdent vous montrent les formes sous lesquelles se manifestent les hémorrhagies de l'urètre. Ces affections se rencontrent presque exclusivement chez les hommes. P. Frank parle cependant de quelques cas survenus chez des femmes après la déviation des règles.

Les prodromes de ces hémorrhagies consistent dans une douleur gravative dans le trajet de l'urètre, au périnée, dans la région des lombes et du sacrum, se prolongeant vers les aines et jusque dans la partie supérieure des cuisses. Cette douleur s'accompagne souvent d'une vive ardeur dans le canal de l'urètre et au col de la vessie, augmentant surtout par le passage des urines. Au plus haut degré d'intensité de ces accidents, les urines ne sont excrétées qu'avec un certain effort ; elles finissent même par être retenues dans la vessie au point d'exiger l'introduction du cathéter.

On ne saurait méconnaître dans les prodromes de l'hémorrhagie de l'urètre les symptômes d'une congestion sanguine locale plus ou moins prononcée, déterminant la difficulté d'excréter les urines, par suite de l'engorgement des nombreux vaisseaux qui rampent dans l'épaisseur et au-dessous de la muqueuse, à la base de l'urètre et dans l'épaisseur de la prostate.

Dès que l'hémorrhagie se déclare, le sang sort avec plus ou moins de lenteur par le méat, sans cependant qu'il se manifeste aucun besoin d'uriner. Le sang excrété est pur et sans mélange avec les urines ; il provoque un sentiment d'ardeur qui va quelquefois jusqu'à la douleur vive, tandis que, chez quelques sujets peu irritables, ce n'est qu'une sensation de chaleur comme celle que produit un fluide chauffé. Le plus souvent le sang, qui s'extravase dans l'urètre, est rejeté successivement au dehors ; mais lorsque la maladie occupe surtout la base de l'urètre et le col vésical, le sang s'extravase dans la vessie. Cette circonstance est rare.

Les urétro-hémorrhagies ne parcourent pas habituellement toutes les phases d'une manière continue ; elles se reproduisent presque toujours comme par accès revenant à des intervalles rapprochés. Ces accès ont une durée très-variable ; tantôt elle n'est que de quelques instants, tantôt elle se prolonge pendant plusieurs jours. Dans les intervalles des accès, le malade éprouve le plus souvent les symptômes précurseurs de l'hémorrhagie ; quelquefois il les ressent à un plus haut degré d'intensité qu'au début même de l'affection ; d'autres fois, il ne conserve qu'un obscur sentiment de pesanteur et de chaleur sur le trajet et à la base de l'urètre.

L'hémorrhagie de l'urètre ne se termine jamais d'une manière funeste pour le malade, au moins n'avons-nous vu citer aucun exemple de fâcheuse issue. Elle n'est même jamais portée au point d'amener un certain degré de débilité dans l'économie, parce que la perte de sang est toujours peu considérable. L'accident le plus grave qui puisse survenir, c'est la rétention d'urine.

Les causes physiques irritantes dirigées vers les organes génitaux externes peuvent produire l'hémorrhagie urétrale. Ainsi les tentatives de cathétérisme sont fréquemment suivies d'hémorrhagie de l'urètre. Les coups, les chutes, les fatigues de l'équitation, presque toutes les causes qui disposent aux hématuries ou qui les déterminent, ont la même efficacité pour produire l'hémorrhagie de l'urètre ou du col de la vessie.

L'affection qui nous occupe se manifeste quelquefois comme symptôme des blennorrhagies intenses ; elle peut même, dans ces cas, produire une diminution dans l'intensité de la congestion sanguine, inflammatoire et, par suite, de la phlegmasie urétrale.

L'amélioration qui résulte de cette hémorrhagie est devenue l'indication d'une pratique barbare dont le but est de la provoquer violemment lorsque, dans certaines inflammations, le pénis en érection morbide est tenu renversé par la tuméfaction et le raccourcissement du canal de l'urètre. Ce moyen violent consiste à renverser ou à tordre brusquement le pénis. L'hémorrhagie de l'urètre qui se produit immédiatement est quelquefois très-abondante.

C'est de la même manière, et par l'influence de circonstances semblables, que les contusions exercées sur les organes génitaux pendant l'érection peuvent déterminer cette maladie. Nous en avons observé, à la clinique de Boyer, un exemple sur un homme qui reçut un coup de poing sur la verge en érection au moment

où il allait se livrer au coït. Il y eut une hémorrhagie urétrale qui fut abondante et qui se renouvela cinq ou six fois dans les trois ou quatre jours suivants, pendant lesquels il ne se manifesta cependant pas de phénomènes inflammatoires des organes génitaux. Les accidents locaux ne dépassèrent pas ceux d'une douleur modérée et d'une tuméfaction peu considérable dans le pénis. Il y eut néanmoins rétention d'urine et nécessité d'introduire un cathéter, ce qui renouvela deux fois l'hémorrhagie.

Les causes qui favorisent et provoquent la manifestation des urétro-hémorrhagies peuvent les reproduire et les faire ainsi persister dans l'économie comme maladies habituelles. C'est ainsi que quelques personnes qui ont eu des attaques intenses de ces maladies, en sont reprises à un léger degré, et sans qu'il en résulte d'accidents très-sérieux, toutes les fois qu'elles se livrent au coït, ou même par les seules érections du pénis. Les hémorrhoïdes sont généralement habituelles chez ces personnes-là.

Les seules urétro-hémorrhagies dont le pronostic ait de la gravité, sont celles qui sont produites par des violences physiques exercées sur le pénis en érection, ou sur le pénis maintenu dans un violent état de turgescence par l'inflammation du canal de l'urètre ; elles sont toujours dangereuses, moins par elles-mêmes que par les résultats immédiats de leurs causes. Elles peuvent se compliquer de rupture du canal de l'urètre, d'infiltration de sang ou d'urine, d'abcès, d'anévrismes des corps caverneux.

Le traitement curatif des urétro-hémorrhagies se règle d'après les indications qui résultent du degré de la pléthore générale. Il est rare que la maladie ait une certaine intensité sans se lier à un état pléthorique plus ou moins prononcé. Il faut alors avoir immédiatement recours au mode de traitement le plus applicable, c'est-à-dire à la saignée générale. Ce moyen suffit souvent pour faire aussi disparaître, ou au moins pour atténuer la congestion sanguine de l'urètre et du col de la vessie. Si cependant ce résultat heureux n'était pas obtenu, on y parviendrait par les saignées locales pratiquées au périnée, à l'anus, sur le trajet du pénis. L'emploi successif de ces moyens, secondé par des applications de topiques froids sur le périnée, sur le scrotum et sur le pénis, par des injections d'eau froide dans le rectum, est presque toujours suivi d'une rapide diminution des accidents.

Les congestions sanguines de l'urètre, du col de la vessie et de la prostate, qu'elles soient ou non suivies d'hémorrhagies, exigent qu'on mette quelque activité dans l'emploi des moyens de traitement que nous venons d'indiquer, quand elles entraînent la rétention des urines dans la vessie. Le cathétérisme est alors immédiatement indiqué pour extraire les urines. Il faut le renouveler autant de fois que leur accumulation l'exige; mais il ne peut remédier qu'à cet accident secondaire, et il est plutôt propre à entretenir et à favoriser la congestion sanguine et l'hémorrhagie qu'à les arrêter. L'introduction du cathéter exerce aussi sur la muqueuse vésicale une action irritante d'autant plus fâcheuse, que dans ces cas cette membrane est rendue plus irritable par la présence insolite d'une quantité considérable d'urine qui distend la vessie, et par l'état de congestion sanguine de la région prostatique, qui s'étend, en s'affaiblissant, à une certaine distance.

Il est très-rare que l'hémorrhagie urétrale soit assez considérable pour que l'extravasation du sang fournisse par elle-même des indications thérapeutiques urgentes. Toutefois si ce cas se présentait, l'application de compresses imbibées d'eau froide sur le pénis et le périnée, l'apposition de la glace sur ces parties, suffiraient toujours pour arrêter le sang.

Nous ne pensons pas qu'il puisse survenir d'urétro-hémorrhagie idiopathique qui exige que l'on ait recours, comme P. Franck le conseille, à la compression sur le trajet de l'urètre et sur le périnée, exercée à l'extérieur avec des compresses graduées, ou intérieurement avec une grosse sonde introduite dans l'urètre. Ces moyens seraient très difficiles à supporter, et pourraient déterminer de graves accidents sur des parties qui sont le siége d'une congestion hémorrhagique active.

Il serait tout au plus convenable, contre les hémorrhagies urétrales produites par des causes physiques ayant déterminé des ruptures du canal et quelquefois des corps caverneux, et encore, dans ces cas, les applications froides suffisent le plus souvent.

Quand l'hémorrhagie urétrale est modérée, si elle n'est pas liée à des accidents d'hyperémie très-prononcés, et si elle ne gêne pas le cours des urines, il suffit de tenir le malade en repos dans une position horizontale, et à l'abri de toute influence stimulante, pour que la perte de sang se termine en peu de temps sans aucun moyen actif.

Les hémorrhagies symptomatiques des phlegmasies de l'urètre et du col de la vessie sont quelquefois assez considérables pour donner de l'inquiétude. Leur influence utile sur la maladie primitive indique de les laisser s'accomplir jusqu'à ce que le malade ait perdu une assez grande quantité de sang. Il faut même, dans certaines circonstances, les favoriser. Les bains tièdes généraux et locaux, les cataplasmes émollients sur le pénis, le scrotum et le périnée, sont les meilleurs moyens d'y parvenir, et même d'assurer et de rendre plus complets les bons effets qui peuvent en être obtenus.

Les urétro-hémorrhagies qui sont liées ou substituées à des flux hémorrhoïdaux sont soumises, pour leur traitement, aux indications curatives qui résultent de ce fait particulier. Les saignées locales vers l'anus, pour dégorger les vaisseaux hémorrhoïdaux, les émissions sanguines spoliatives, pour atténuer la pléthore générale, les lotions et les injections froides sur l'anus et dans le rectum, les bains de siége froids, pour modérer la congestion sanguine, sont alors les moyens le plus immédiatement utiles.

Lorsque les urétro-hémorrhagies se reproduisent d'une manière chronique, et comme flux en quelque sorte habituel, le traitement doit consister, après qu'on a remédié aux accidents actuels de la maladie, dans l'emploi des moyens préservatifs, qui constituent aussi la prophylaxie de cette maladie. Ce traitement consiste dans la prescription d'un régime adoucissant, dans l'emploi des moyens propres à prévenir la pléthore sanguine générale, dans le soin d'éviter toutes les causes qui appellent l'hyperémie sur les organes urinaires, telles que les longues marches, la station verticale prolongée, l'exercice du cheval, l'excès du coït, etc.

Si les organes urinaires externes sont le siége continu d'une sorte d'hyperémie chronique qui reproduit l'hémorrhagie, quoiqu'à un faible degré, il faut prévenir ces récidives par des moyens propres à modérer l'activité de la circulation dans les capillaires des parties malades. C'est ainsi qu'agissent les lotions froides sur les organes génitaux et le périnée, mais il convient de les faire continuer pendant longtemps. Les bains de siége froids sont encore utiles dans ces cas. Les bains généraux froids, qui modifient si puissamment la circulation, et qui sont si efficaces contre les congestions sanguines chroniques, sont d'un grand secours chez les sujets affectés de ces urétro-hémorrhagies chroniques. Ils sont aussi éminemment propres à guérir l'état de débilitation générale et même de légère oligaimie, dans lequel certains sujets finissent par tomber, par la continuité et la fréquence des accidents.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

De la chorée (1).

Parmi les traitements qui ont été le plus préconisés contre la forme ordinaire de la danse de Saint-Guy, se trouve l'action du froid. Le calorique soustrait ou le froid est le type des sédatifs. Il s'oppose aux manifestations de l'activité vitale, enchaîne et déprime les phénomènes de réaction de la manière la plus simple et la plus directe, sans atteindre ce résultat par des opérations intermédiaires ; et on le conçoit, puisqu'il n'est autre chose que la suppression plus ou moins considérable de la condition à laquelle la vie se maintient, ou, si l'on veut, d'une des causes excitantes de la vie les plus prochaines.

Il agit d'abord sur la manifestation initiale de tout acte animal, l'impressionnabilité, qu'il rend moins susceptible de l'action des stimulus, et qu'il finit par émousser et éteindre complétement. Par elle, il agit sur la contractilité, dont il plonge les instruments dans la torpeur et l'inertie.

Les bains froids sont un puissant moyen dans la chorée. Est-ce comme sédatifs ou comme toniques qu'ils agissent dans ces cas? Je pense que ces deux médications combinées ont chacune part aux bons effets qu'on en retire. La perturbation y est aussi pour quelque chose; car, dans beaucoup de cas, la surprise et l'impression subite de l'immersion ou de l'affusion, paraissent être la condition la plus importante du traitement.

L'administration méthodique de l'eau froide a pris depuis douze ou quinze ans une très-grande importance sous le nom d'*hydrothérapie*. L'empirisme a fondé cette méthode curative par les mains d'un paysan de la Silésie, Priessnitz, dont la réputation est aujourd'hui européenne. Quand on connaît les difficultés intrinsèques et extrinsèques de la médecine, c'est-à-dire le nombre des maladies incurables, mortelles ou non; la rareté des malades raisonnables, et celle non moins grande des médecins capables de diriger moralement, politiquement et médicalement tout à la fois la cure d'une affection chronique, on s'explique la renommée de Priessnitz et l'affluence que cet homme attire à Graefenberg. C'est l'histoire de toutes les grandes nouveautés thérapeutiques. L'hydrothérapie réunit tout ce qui est nécessaire pour enthousiasmer les gens du monde. L'eau et le froid sont des agents naturels. On ne s'en défie pas. L'eau purifie le sang, le froid fortifie les nerfs, etc., enfin des sueurs abondantes, des éruptions furonculeuses, font naître l'idée de crise, d'évacuation des humeurs peccantes. En voilà plus qu'il n'en faut pour séduire le monde, et pour persuader à Priessnitz et à ses malades que rien n'est plus simple que la médecine, et que les médecins sont des rêveurs ou des hommes dangereux. Ajoutez à cela des cures réelles et très-sérieuses, et vous aurez la raison de cet enthousiasme hydriatique.

Dans le traitement de la chorée, on a conseillé les lotions, les immersions rapides, les affusions sur le corps. Au bout d'une minute, on essuye et on habille les malades, et deux ou trois fois par jour on a recours aux mêmes moyens. Voilà qui est bon chez soi, mais au dehors on a la ressource des bains de rivière et des bains de mer.

Les choréiques étaient aussi envoyés à de certaines eaux minérales, et on avait imaginé de les faire asseoir dans une espèce d'escarpolette placée au-dessus d'une grande piscine froide; à un moment donné ils entraient dans l'eau et en ressortaient par les pieds. Le bain à la lame, que vous avez sans doute vu mettre en usage à la mer, ressemble assez bien à cette manœuvre.

C'est presque exclusivement de cette manière que l'on traitait la danse de Saint-Guy, non pas qu'accessoirement on ne prescrivît de l'assa fœtida, du castoréum, ou d'autres antispasmodiques, mais généralement le froid était la base de toute médication. En somme, c'est un moyen inoffensif qui, ajouté à autre chose, peut vous donner d'excellents résultats.

Pour un motif incompréhensible, les bains sulfureux ont été mis en faveur à l'hôpital des Enfants-Malades pour guérir la chorée; on les prescrit pendant un mois ou six semaines. Vous aurez bientôt apprécié vous-mêmes la valeur thérapeutique de la médication par le sulfate de potassium.

M. le docteur Blache se trouve très-bien d'employer la gymnastique. Ce moyen avait été imaginé par Récamier, qui faisait faire à ses malades ce qu'il appelait de la gymnastique *ordonnée*. D'autres sont venus qui ont pensé rencontrer un bien plus grand avantage dans la gymnastique *non ordonnée*. Or, il faut vous dire que dans la gymnastique ordonnée, le gymnasiarque règle par sa volonté les mouvements des enfants, tandis que la gymnastique non ordonnée n'est autre qu'une gymnastique spontanée dans laquelle le malade, entièrement libre de lui-même, se livre à tous les mouvements qu'il peut faire, marche, saute, joue à l'escarpolette, etc. Dans la gymnastique ordonnée, le gymnasiarque se place au-devant des individus qu'il veut exercer, puis il fait un mouvement et il oblige sa troupe à le répéter après lui; s'il allonge le bras, s'il porte la tête en avant, s'il chante, s'il pousse un cri, les enfants aussitôt allongent le bras, portent la tête en avant, chantent ou poussent un cri, et tout cela se fait ou doit se faire en mesure. En s'aidant ainsi de la voix du gymnasiarque, de l'exemple de ceux qui vous environnent, on arrive à régulariser, à ordonner ses mouvements. Cette gymnastique, je ne la regarde que comme un moyen accessoire, purement accessoire, et qui ne saurait être utilement employé que dans la phase de déclin de la maladie.

Les gymnasiarques sont rares; nous n'en avons point à l'Hôtel-Dieu; vous n'en rencontrerez pas dans beaucoup de villes de France; et à plus forte raison vous feront-ils défaut dans les villages : il vous appartiendra donc d'y suppléer. La gymnastique doit être ordonnée par les parents eux-mêmes. Pour cela, faites acheter un métronome, ce balancier susceptible d'être agrandi ou diminué à volonté, réglé par un mouvement de pendule, et qui sert à marquer la mesure. Cet instrument, à chaque oscillation fait entendre un tictac très-fort; or, si vous le réglez de façon qu'il oscille quatre-vingt-dix fois par minute, vous aurez obtenu un bruit de plus en plus répété. Placez votre malade devant ce métronome, de manière que ses yeux et ses oreilles soient occupés par les oscillations et les tictac, puis ordonnez-lui de faire des mouvements identiques à ceux que vous faites vous-mêmes, mais en ayant soin de les faire concorder avec le tictac. La tâche est peut-être difficile; mais en répétant souvent l'expérience et en opposant ainsi votre propre volonté et celle de l'instrument, vous obtiendrez la régularisation des mouvements. En faisant asseoir le malade sur une chaise, vous pouvez exercer également les membres inférieurs et faire mouvoir les jambes en mesure. L'enfant s'habitue donc à diriger sa tête, ses bras, son tronc et ses jambes, à commander à sa volonté et à ses mouvements; et il fait de cette manière une gymnastique ordonnée très-utile; mais, je le répète, ce moyen n'est qu'accessoire, que complémentaire.

C'est principalement dans le tic que le métronome est appelé à vous rendre de signalés services. Forcez, par exemple, un individu à produire un son tic en même temps que le tictac de l'instrument, et vous arriverez promptement à le lui faire changer. Vous représentez-vous votre malade clignant de l'œil, faisant une grimace, portant rapidement la tête d'un certain côté, inclinant le cou, élevant le bras, imprimant au tronc des mouvements saccadés ou poussant un petit cri à volonté et d'accord avec le métronome? Il en aura bientôt assez. Le voyez-vous encore poussant en mesure le hoquet qui accompagne certains tics? La fatigue le fera bien vite changer. On arrive donc presque invariablement à modifier ces tics, mais non pas à les guérir; car ils sont très-rarement curables.

La danse de Saint-Guy est une des maladies dans le traitement de laquelle on obtient le plus de succès de l'emploi de la noix vomique. Lejeune l'avait dit assez vagement, Niemann, Cazenave avaient également, et en désespoir de cause, traité par la noix vomique une chorée qui avait été bien guérie. Moi-même, en 1831, j'avais employé cet agent chez un individu atteint en même temps de paralysie et de chorée, moins dans le but de guérir la danse de Saint-Guy que dans celui de remédier à la paralysie.

C'est en 1841 seulement que j'ai formulé nettement le traitement de la chorée par la noix vomique, et mes expériences se faisaient publiquement à l'hôpital Necker. A peu près à la même époque, et sans que nous eussions ni les uns ni les autres connaissance des essais qui se faisaient ailleurs, MM. Fouilhoux et Rougier (de Lyon) conseillaient l'emploi méthodique de la strychnine dans le traitement de la danse de Saint-Guy. Tandis que, de mon côté, je recueillais et faisais publier des observations de guérison par la noix vomique, M. Rougier rendait publics les résultats de ses travaux; seulement, au lieu de la noix vomique, il conseillait la strychnine.

Encouragés par ces exemples, un grand nombre de praticiens ont répété ces essais, et aujourd'hui l'emploi de la noix vomique dans le traitement de la chorée est devenu presque général.

Je fais maintenant préparer, pour les enfants, un sirop de strychnine, en dissolvant 5 centigrammes de sulfate de strychnine dans 100 grammes de sirop simple. 100 grammes de sirop contiennent à peu près 25 cuillerées à café : chaque cuillerée renferme donc 2 milligrammes de principe actif.

Le jeune malade prend d'abord une cuillerée à café, au milieu des deux repas principaux; on reste à la même dose deux ou trois

(1) Fin. — Voir les numéros des 22 janvier et 5 février.

jours, et s'il n'y a pas d'effets produits, on donne une cuillerée le matin à jeun et le soir au moment du coucher. On augmente ainsi graduellement jusqu'à ce qu'il survienne des démangeaisons à la tête; ces démangeaisons sont habituellement le premier symptôme que l'on observe. On donne alors à plusieurs reprises deux cuillerées à la fois, et l'on peut aller à trois, à quatre même, tant qu'il ne surviendra pas de spasmes violents. Mais il faut obtenir de la roideur dans le cou et dans les mâchoires, et de temps en temps des secousses convulsives légères dans les membres. Dès que les effets de la strychnine commencent à se montrer, l'agitation choréique décroît rapidement, et quelquefois la maladie semble dissipée après quinze ou vingt jours de traitement.

Il importe que le médecin soit prudent dans l'emploi du remède; jamais il n'aura d'accidents à redouter s'il suit la voie qui vient d'être tracée, mais il importe encore davantage qu'il ne se laisse pas effrayer par les spasmes que produit le médicament. Ces spasmes sont quelquefois fort incommodes; mais ils ne peuvent avoir de gravité que s'ils sont portés trop loin, ce qui n'arrive jamais tant que le sirop est administré convenablement.

Quand on veut faire usage de l'extrait de noix vomique, et je ne vous en donne pas le conseil, il faut faire préparer des pilules de 1 à 5 centigrammes et les administrer de la même manière que les cuillerées de sirop. Il est rare que pour un adulte il faille dépasser 80 centigrammes par jour; pour les enfants de quatre à dix ans, la dose ne devra jamais excéder 25 à 30 centigrammes.

S'il est encore une recommandation que je trouve utile de vous faire, c'est de prendre vos préparations de noix vomique toujours chez le même pharmacien. Si par hasard vous changez d'officine, tablez sur l'infidélité de l'apothicaire, et pour essayer prescrivez des doses moitié moindres que celles que vous donniez la veille. De même, dans le cas où vous auriez ordonné des pilules d'extrait, n'en faites jamais préparer que pour une huitaine de jours. L'expérience a prouvé que ces pilules, après un certain temps de préparation, perdent une partie de leur activité.

Lorsque les choréiques prennent depuis quelques jours du sirop de sulfate de strychnine, ils commencent à éprouver de la roideur dans les mâchoires, des maux de tête, des troubles de la vue, des vertiges et des démangeaisons du cuir chevelu; ce dernier signe est la soupape de sûreté du médicament. Les malades se grattent, et comparent ce qu'ils éprouvent à de petites piqûres d'aiguilles; puis, quand ils sont debout, ils viennent tout à coup à être pris de roideurs subites, très-vives, et ils sont lancés soit à droite, soit à gauche. Ces roideurs sont en général senties d'avance; aussi voyez-vous ces pauvres choréiques se tenir à un meuble, et dans certains cas s'accrocher à un support et pousser un cri. Approchez-vous alors de votre malade, couchez-le à terre ou portez-le sur son lit.

Il est impossible de savoir à quoi s'en tenir au juste sur l'effet produit par la strychnine, car vous obtenez aujourd'hui avec la même dose un résultat tout différent de celui que vous observerez demain, et vous serez maintes et maintes fois témoin de roideurs et de secousses violentes après l'administration d'une minime quantité de sirop de sulfate de strychnine, quand la veille ou l'avant veille vous n'aviez absolument rien déterminé avec une dose énorme. Il faut bien connaître cette particularité, autrement on s'expose à des mécomptes. Cherchez s'il n'y a pas derrière ce fait des influences thermométriques, barométriques, hygrométriques quelconques; quant à moi, je n'ai pas encore trouvé d'explication.

En terminant, je vous répéterai qu'en général il faut prescrire et continuer l'emploi des préparations de noix vomique de manière à produire de légères roideurs, mais voilà tout. En maniant la strychnine avec cette prudence que je vous souhaite dans la pratique de votre art, vous obtiendrez une notable et assez prompte diminution dans les accidents choréiques éprouvés par vos malades. Les trois jeunes filles des n°s 2, 28 et 30 *bis* de notre salle Saint-Bernard en sont là aujourd'hui, et sous peu de jours vous les verrez sortir de l'hôpital complétement guéries.

Est-ce à dire que la noix vomique doive remplacer tous les autres remèdes préconisés contre la danse de Saint-Guy? A Dieu ne plaise que je donne jamais le conseil de méconnaître les indications qui peuvent et doivent modifier quelquefois le traitement. La saignée, s'il y a fièvre ou pléthore; les martiaux, si la chlorose est évidente; les antispasmodiques et les immersions, si les accidents hystériques dominent la scène morbide, devront être employés avant tout, et la strychnine viendra apporter des secours efficaces dès que les premières difficultés pathologiques seront aplanies.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 février 1857. — Présidence de M. MICHEL LÉVY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1856, dans le département de la Vienne;

2° Un rapport de M. le docteur Jobert, de Guyonvelle, sur diverses affections qui ont régné en 1856, dans le canton de la Ferté-sur-Amance (Haute-Marne);

3° Un rapport de M. le docteur Carel sur une épidémie de dyssenterie observée dans l'arrondissement de Napoléonville (Vendée). (Commission des épidémies.)

4° Un rapport de M. le docteur Sales-Girons, sur les eaux minérales de Pierrefonds (Oise). (Commission des eaux minérales.)

5° Le tableau des vaccinations pratiquées à Versailles en 1856, par M. le docteur Boucher. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Heurteloup communique deux lettres : l'une relative à la *section mousse*, l'autre à un nouveau caustique au nitrate d'argent. (Commissaires : MM. Bégin et Poggiale.)

— M. Delfrayssé, de Pradines (Lot), adresse une lettre sur l'opération césarienne. (Mention au bulletin.)

— M. le docteur Bellentani, de Ouarville (Eure-et-Loir), une note sur le traitement de la fièvre typhoïde par le chlorate de potasse. (M. Grisolle, rapporteur.)

— M. le docteur Viallet (de Rhodez), une note sur un nouveau mode de propagation de la vaccine. (Commission de la vaccine.)

— M. Crosnier, un mémoire sur la préparation de l'iodure de fer et de quinine. (MM. Boudet, Bussy, Bouchardat.)

— M. J. B. George, dentiste, un travail intitulé : *Etude sur l'anesthésie locale dans ses applications à l'art du dentiste.* (Commissaires : MM. Oudet et Malgaigne.)

— M. Delenda, un mémoire sur la convalescence en Grèce. (M. Desportes, rapporteur.)

— M. Auguste Corlieu (de Charly), un rapport sur une épidémie de variole. (Commission de vaccine.)

— M. Boutet, secrétaire de l'association médicale d'Eure-et-Loir, écrit une lettre dans laquelle il rappelle que les expériences d'inoculation de la pustule maligne attribuées, dans la dernière séance, à M. Maunoury, ont été faites par une commission composée de membres de cette association.

— M. le président annonce à l'Académie la mort de M. Therrin (de Bourbonne), membre associé.

M. le président informe ensuite l'Académie que M. Larrey, qui a été adjoint à la commission chargée de faire un rapport sur les expériences de M. Bouley, relatives à la ligature de l'œsophage, met une partie du local du Val-de-Grâce à la disposition de la commission pour faciliter ses travaux. En conséquence, MM. Larrey et Bouley sont invités à vouloir bien s'entendre à cet effet. M. le président invite en même temps la commission à se réunir le plus prochainement possible.

Inoculation de la vaccine par les eaux aux jambes. — M. Trousseau demande la parole à l'occasion de la correspondance.

M. TROUSSEAU. Je n'abuserai pas de l'attention de l'Académie; j'ai seulement quelques mots à dire au sujet de la discussion de l'autre jour. M. Boutet a parfaitement raison dans la réclamation qu'il a élevée au nom de l'Association médicale d'Eure-et-Loir. Il est bien vrai que les expériences d'inoculation de la pustule maligne dont j'ai parlé ont été faites par les soins de cette société. Si j'ai parlé plus particulièrement de M. Maunoury, c'est que, dans une séance de l'Association médicale d'Eure-et-Loir, où je présidais en qualité de président honoraire, M. Maunoury est venu précisément exposer quelques recherches sur les effets de l'inoculation de la pustule maligne.

J'ai deux mots à dire maintenant relativement à l'inoculation de la vaccine au bœuf et à la vache. J'ai reçu une lettre de M. Bretonneau, dans laquelle il me fait part d'une manière précise des expériences qu'il a tentées à ce sujet. Ces expériences faites pendant un grand nombre d'années, répétées par Miquel et M. de Puységur, n'ont jamais fourni qu'un résultat négatif. Ni M. Bretonneau, ni M. de Puységur, en prenant du vaccin du sixième au huitième jour, n'ont réussi à l'inoculer à des vaches ou à des veaux par des piqûres pratiquées au pis des vaches, à l'aine, à l'oreille, etc. Toutefois, M. de Puységur a obtenu une fois une espèce de pustule à l'oreille d'un veau, qui se sécha dès le huitième jour. M. Bretonneau essaya de vacciner un enfant, non pas avec le pus de cette pustule (il ne s'en était pas formé), mais avec un fragment détaché de la croûte elle-même. La vaccine ne se manifesta pas. M. Bretonneau pense, en conséquence, qu'il ne s'était pas formé chez le veau mis en expérience une véritable pustule vaccinale, mais simplement une inflammation traumatique limitée, quelque chose d'analogue à ce qui a lieu quand on porte dans une incision du pus d'un ecthyma. Je ne prétends pas m'inscrire en faux contre M. Bousquet, qui nous a affirmé avoir maintes fois inoculé la vaccine à des génisses; mais je ferai observer toutefois qu'un très-grand nombre de médecins et un très-grand nombre de vétérinaires ont fait ces expériences, et le plus grand nombre ont échoué et ont obtenu seulement des pustules avortées.

J'arrive au fait beaucoup plus important de Brissot; j'ai obtenu des détails sur la pustulation de cet homme, qui porte encore des cicatrices semblables à celles qui résultent des pustules vaccinales. Le pus pris sur la face dorsale de la main de Brissot, inoculé au bras d'un enfant, a donné lieu à une vaccine légitime. Cet homme n'avait été en contact avec aucun enfant vacciné, et les médecins qui l'ont observé sont en droit d'affirmer qu'il a eu de véritables pustules vaccinales. Et, comme quelques observateurs ont vu, quoique très-rarement, les *eaux aux jambes* du cheval déterminer la vaccine, et que Brissot, blessé à la main, avait manié le pied d'un cheval atteint de cette maladie, il y avait lieu de supposer qu'il avait subi de cette façon l'inoculation vaccinale.

Il me reste à dire quelque chose d'un troisième point qui a été discuté. J'avais avancé que le *sang de rate* transmet très-souvent la pustule maligne à l'homme, et que l'inoculation de la pustule maligne pouvait reproduire le *sang de rate* chez les moutons, d'après les expériences de M. Boutet. Il y a là quelque chose de vrai et quelque chose d'erroné. Pas une fois, ni M. Garot ni M. Boutet, prenant l'ichor de la pustule maligne, n'ont pu déterminer le *sang de rate*. Mais, lorsqu'ils ont détaché la totalité de la peau gangrenée et qu'ils en ont introduit une fraction sous la peau des moutons, ils ont déterminé une maladie charbonneuse offrant la plus grande analogie avec le *sang de rate*. Ce qui vient en conformation de ce que j'avais dit des formes très-différentes que pouvaient affecter des maladies similaires.

M. LEBLANC. M. Trousseau vient de dire qu'on avait réussi à produire la vaccine en inoculant les *eaux aux jambes*. Je crois pouvoir affirmer qu'il n'en existe pas d'exemple. Sacco, dont j'entends prononcer le nom à M. Trousseau, n'a pas inoculé les *eaux aux jambes*, mais le javart, qui n'est qu'un simple furoncle.

M. MOREAU. Si ma mémoire me sert bien, il y a dans les deux premiers volumes publiés par l'ancien comité de vaccine des faits qui prouvent l'inoculation de la vaccine par les *eaux aux jambes*.

M. BOUSQUET. Je n'ai que deux mots à dire : je veux exposer brièvement dans quelles circonstances j'ai fait mes expériences relatives à l'inoculation de la vaccine chez les vaches. On craignait que la vaccine n'eût perdu de son efficacité primitive en passant par un grand nombre d'individus, et, comme il n'est pas facile de retrouver à volonté le cowpox naturel, il s'agissait de savoir si le vaccin, en passant par la vache, y reprendrait une certaine vigueur. J'ai fait à ce sujet un grand nombre d'expériences; dans une seule séance, j'en ai fait douze, qui ont toutes réussi. J'ai pris le pus des pustules ainsi produites, et j'ai vacciné avec cette matière des enfants chez lesquels la vaccine s'est très-bien développée. Jamais la vaccine n'a pris sur les enfants ainsi vaccinés; l'expérience et la contre-épreuve ne laissent pas de doute sur la possibilité d'inoculer la vaccine à l'espèce bovine.

Un ancien correspondant de l'Académie, que je puis bien citer puisqu'il est mort, M. James, faisait afficher qu'il vaccinait chez lui avec du vaccin naturel, et, comme bien entendu il n'en avait pas toujours, il fallait qu'il produisît par l'inoculation des pustules vaccinales chez les vaches.

Il est si vrai que la vaccine peut être inoculée à la vache que Sacco a pris des pustules ainsi obtenues pour du vaccin naturel.

Quant à Brissot, il est certain que ses pustules étaient réellement des pustules vaccinales; il n'avait pas approché des vaches, et, à moins qu'il ne se soit fait vacciner à dessein à la face dorsale de la main pour tromper les médecins, il faut bien admettre que la vaccine lui a été communiquée par les *eaux aux jambes* du cheval qu'il avait ferré.

Relativement à l'inoculation de la vaccine par les *eaux aux jambes*, je dirai que le plus grand nombre des expériences directes ont échoué; cependant quelques-unes ont réussi; Loy a réussi une fois.

L'incident est terminé.

RAPPORT.

Recherches médico-légales sur l'acide cyanhydrique et ses composés. — M. BOUTRON lit en son nom et au nom de M. Wurtz un rapport sur un mémoire de MM. les docteurs O. Henry fils et E. Humbert ayant pour titre : *Recherches médico-légales sur l'acide cyanhydrique et ses composés.*

La méthode analytique de MM. Henry fils et Humbert est fondée sur la propriété que possède l'iode, quand il est chauffé avec des cyanures ou des cyano-ferrures, de former des iodures de cyanogène qui se révèlent sous la forme d'aiguilles d'un blanc de neige. La réaction marche très-bien en présence d'un grand excès de chaleur, de bromure et d'iodure d'argent. La seule précaution à prendre est de ne pas employer un excès d'iode, dont les vapeurs violettes pourraient masquer la netteté du résultat. L'iodure de cyanogène, produit de l'opération, est d'une grande stabilité, ce qui permet d'essayer plusieurs réactions importantes et de conserver la preuve matérielle de la présence de l'acide cyanhydrique ou de fer composés dans les matières essayées.

Vos commissaires, dit en terminant M. Boutron, ont répété à plusieurs reprises le procédé de MM. Henry fils et Humbert; ils ont pu se convaincre de la facilité avec laquelle on obtient l'iodure de cyanogène, quelque minime que soit la quantité de cyanure d'argent sur laquelle on opère. Ils vous proposent, en conséquence, de remercier MM. Henry fils et Humbert de leur intéressante communication et d'insérer la description de leur procédé dans le *Bulletin* de l'Académie. (Adopté.)

LECTURES.

Des chemins de fer et de leur influence sur la santé des mécaniciens et des chauffeurs. — M. DUCHESNE lit un travail sur ce sujet.

Les nouveaux agents de locomotion, dit-il, créent des professions nouvelles, qu'il est intéressant de connaître. Parmi ces professions, il en est une dont l'origine remonte à peine à trente ans, et qui, par son extension immense, permet déjà d'être étudiée avec fruit. C'est celle des employés du service actif des chemins de fer, comme les mécaniciens, les chauffeurs, les conducteurs, aiguilleurs, etc.

L'auteur ne s'occupe actuellement que des mécaniciens et des chauffeurs.

Placés en tête d'un train et dans des conditions tout à fait exceptionnelles, exposés à des vicissitudes atmosphériques très-variées, à des dangers toujours nouveaux, ces hommes si utiles doivent éprouver certaines influences bonnes ou mauvaises de leurs occupations si actives.

M. Duchesne, comme membre du conseil d'hygiène publique et de salubrité, a pu entrer dans les gares, interroger les mécaniciens, les chauffeurs, les médecins des compagnies, les ingénieurs, et rassembler ainsi une grande quantité de matériaux, qui lui ont servi pour ce travail.

Originairement, le travail des mécaniciens et des chauffeurs était de courte durée, parce que les lignes étaient même peu étendues. Aujourd'hui les lignes se sont allongées, et le travail est devenu beaucoup plus considérable. Quelques mécaniciens font jusqu'à 350 kilomètres dans une journée, 6,000 kilomètres par mois, et ordinairement 30,000 kilomètres par année.

A peine les mécaniciens et les chauffeurs ont fait une année de service sur les locomotives, qu'on les voit prendre des forces et presque constamment un embonpoint considérable.

L'auteur établit que la construction des lignes, les différents ouvrages d'art, et surtout les souterrains, le combustible, la vitesse du trajet, le soleil, le froid, la pluie, le vent, la trépidation de la machine, la chaleur du foyer, la poussière, etc., ont toutes une influence notable sur leur santé.

Il cite des expériences thermométriques faites en septembre 1856 sur le chemin de fer de Rouen, et il démontre qu'en moins de 45 minutes, depuis Vernon jusqu'à Mantes, et sous le souterrain de Rolleboise, qui a 2,642 mètres de longueur, les mécaniciens et les chauffeurs ont éprouvé des variations nombreuses et très-brusques de température, qui ont fait descendre plusieurs fois le thermomètre de 23° 5/10e à 15° 5/10e. L'auteur attribue à ces variations de température quelques-unes de leurs maladies. Il passe successivement en revue les influences des chemins de fer sur les sens et sur les principales fonctions. Il a remarqué qu'après un certain nombre d'années de service, la vue s'affaiblissait, que l'ouïe s'altérait et se perdait même quelquefois complétement, que l'odorat devenait beaucoup plus fin.

L'auteur arrive enfin à parler des affections médicales des mécaniciens et des chauffeurs, au nombre desquelles il cite le lombago, la bronchite, les fièvres intermittentes, la pneumonie, la fièvre typhoïde, la névralgie faciale, surtout à droite, les douleurs rhumatismales, surtout dans le côté droit du corps, et enfin des douleurs d'une nature particulière, qui n'existent que dans les membres inférieurs et qui paraissent avoir leur siége dans la continuité des os.

Les affections chirurgicales sont les ophthalmies, les varices, le varicocèle, les hernies, les brûlures, les plaies, les contusions, les luxations et les fractures.

M. Duchesne termine la lecture sommaire d'un travail plus étendu et qui est actuellement sous presse, par les conclusions suivantes :

1° Les chemins de fer ont sur les mécaniciens et les chauffeurs une heureuse influence constatée par un meilleur état de santé et par une augmentation notable d'embonpoint.

2° Sans parler des accidents qui peuvent plus ou moins compromettre la vie des mécaniciens et des chauffeurs, les chemins de fer ont aussi sur leur santé une mauvaise influence qui se fait d'autant plus sentir que le nombre d'années passées sur les locomotives augmente.

Cette mauvaise influence se signale par une diminution notable de la vue, la perte de l'ouïe, des douleurs rhumatismales principalement à droite, et enfin par des douleurs sourdes, continues, persistantes, accompagnées d'un sentiment de faiblesse et d'engourdissement. Elles rendent la marche et la station debout très-pénibles, et finissent par rendre impossible tout service sur les locomotives. Elles paraissent avoir leur siége dans la continuité des os et dans les articulations des membres inférieurs seulement, à droite et à gauche indistinctement. Elles ont pour cause la station debout prolongée et la trépidation incessante des machines.

C'est à cette affection particulière à tous les mécaniciens et chauffeurs que M. Duchesne donne le nom de *maladie des mécaniciens*. (Renvoi à la section.)

Kystes tubo-ovariens. — M. ADOLPHE RICHARD lit une note sur les kystes tubo-ovariens, qu'il a le premier fait connaître.

Le vrai kyste de l'ovaire naît dans la vésicule de Graaf, et toutes les phases de son développement s'accomplissent d'ordinaire là où il a pris naissance. Dans les cas que j'ai fait connaître, une vésicule de Graaf, sans doute celle-là même qui va présider à la prochaine menstruation, est assaillie par l'effort morbide qui doit faire d'elle un kyste de l'ovaire : mais un œuf arrivé à maturation y est contenu. Pour le recueillir, le pavillon de la trompe s'applique à la vésicule, celle-ci se vide, et il semble qu'ici nous n'assistons qu'au merveilleux travail qui chaque mois provoque la ponte spontanée des ovules. Mais la scène change, la vésicule malade ne se referme pas; car, au lieu de former un corps jaune, elle continue à verser dans la trompe le liquide morbide qui la distend. C'est désormais un kyste de l'ovaire, et ainsi croissent ensemble d'un côté la tumeur ovarienne, de l'autre la trompe incessamment distendue par le liquide qu'elle reçoit. Tel est le mode de formation des kystes tubo-ovariens.

Au point de vue pratique, ces kystes, dont M. Adolphe Richard a observé onze cas, peuvent être, dit l'auteur, considérés comme des *kystes de l'ovaire en voie d'évacuation naturelle*. D'habitude l'étroitesse de la portion interne de l'oviducte s'oppose à l'issue du liquide par l'utérus et les voies génitales. Mais, dans certains autres cas, la dilatation tubaire se complète, et verse le liquide morbide dans la cavité utérine, et par là lui donne issue à l'extérieur.

Cette particularité remarquable explique la plupart des cas d'une affection très-contestable, l'hydrométrie.

Comme exemples d'évacuation par les voies génitales externes de kystes tubo-ovariens, l'auteur rapporte l'observation de deux malades qu'il a vues, l'une avec M. P. Dubois et l'autre avec M. Debout. (Commissaires: MM. P. Dubois, Moreau et Huguier.)

Emploi thérapeutique du pyro-phosphate de fer. — M. E. ROBIQUET lit une note sur ce sujet.

Le nombre des préparations ferrugineuses employées en médecine, dit-il, est déjà considérable, et leur action bienfaisante sur l'économie n'est plus à démontrer ; il m'a semblé cependant qu'il y avait encore quelques progrès à réaliser à cet égard, et je viens entretenir l'Académie des efforts que j'ai tentés. Mes expériences ont porté sur le pyrophosphate de fer.

Depuis que M. Trabam a fait connaître les transformations singulières que la chaleur fait subir à l'acide phosphorique, les chimistes ont étudié avec soin les combinaisons salines dans lesquelles l'acide, moléculairement modifié, est susceptible de s'engager. Les plus curieux de ces sels sont formés par simple fusion ignée, et ont reçu pour cette raison le nom de pyro-phosphates. Par cela même que l'acide pyro-phosphorique est à deux équivalents d'eau, il forme des sels à deux équivalents de base, tels que les pyro-phosphates d'or ou d'argent, dont les applications dans les arts sont bien connues ; en médecine on a essayé à plusieurs reprises d'employer le pyro-phosphate de fer, et cela se conçoit, car l'oxyde ferrique agit à n'en pas douter sur les éléments du sang, et l'acide phosphorique se retrouve dans les os.

Mais on a bientôt renoncé à ce nouveau sel à cause de la grande quantité de pyro-phosphate de soude qui est nécessaire pour le maintenir en dissolution dans l'eau; il m'a semblé que cet inconvénient pouvait être facilement évité sans enlever au sel ferrique aucune de ses propriétés essentielles. Pour le médecin, le type d'une bonne préparation ferrugineuse, c'est celle qui peut se dissoudre avec facilité dans les liquides de l'estomac, sans modifier en rien leurs fonctions digestives, qui est complétement assimilée par l'économie, et n'agit en aucune façon à la manière des astringents.

Le pyro-phosphate de fer possède précisément toutes ces propriétés. Sa résistance aux dissolvants est le seul obstacle qui reste à vaincre pour le faire admettre au premier rang parmi les ferrugineux. En étudiant la constitution moléculaire de ce sel remarquable, il est aisé de voir qu'il appartient à la classe des corps doués de polymorphisme, semblable au soufre, au phosphore, à l'acide arsénieux, et à bien d'autres substances polymorphes. Le pyro-phosphate de fer présente donc de grandes différences dans ses propriétés chimiques, suivant le procédé qui aura été adopté pour sa préparation, et la température à laquelle il aura été obtenu.

En précipitant l'une par l'autre des solutions de persulfate de fer et de pyro-phosphate de soude à une température ne dépassant pas 15°, on obtient un précipité gélatineux qui n'est autre chose que le pyro-phosphate de fer $2Fe^2O^3,3PhO^5$, se dissolvant avec la plus grande facilité dans une solution de pyro-phosphate de soude. Si le sel ferrique était obtenu au-dessus de 15°, et à plus forte raison dans des liqueurs en pleine ébullition, il faudrait des quantités considérables de pyro-phosphate de soude pour le dissoudre, et encore n'obtiendrait-on qu'une dissolution éphémère, se colorant en noir et prenant une saveur insupportable. Après quelques heures de repos, lorsqu'on a opéré à froid, la liqueur ferrugineuse se maintient quelque temps sans altération, et pourrait être convertie en sirop qui se conserverait assez bien pendant un ou deux mois. Toutefois, un pareil mélange contient une trop forte proportion de pyro-phosphate de soude qui lui donne une saveur salée fort peu agréable, et ne l'empêche pas, après un temps plus ou moins long, de noircir à l'air en prenant un goût métallique de plus en plus prononcé. Il fallait donc chercher un autre dissolvant; celui qui m'a le mieux réussi, c'est le citrate d'ammoniaque, sel qui a le double avantage de pouvoir être employé en très-petite quantité et de dissimuler le fer chimiquement aux réactifs.

La dissolution des pyro-phosphates de fer dans une liqueur citro-ammoniacale se conserve des mois entiers sans altération aucune, et donne un sirop n'ayant nullement la saveur insupportable des composés ferrugineux.

La potasse, l'ammoniaque, les carbonates alcalins, ne donnent pas, avec le pyro-phosphate de fer ainsi dissous, les réactions particulières aux sels ferrugineux. MM. Dumas, Laurent et Gerbardt, dans leurs belles recherches se rattachant à la théorie des substitutions, ont fait voir qu'on pouvait, dans une foule de composés organiques, substituer l'iode, le brome et le chlore à l'hydrogène, sans que l'équilibre moléculaire ni les réactions chimiques du composé fondamental fussent en rien changés. C'est ainsi que dans l'alcool chloré ou chloral le nitrate d'argent ne produit aucun trouble, parce que le chlore du chloral ne se comporte pas du tout comme le chlore de l'acide chlorhydrique ou d'un chlorure métallique, mais comme l'hydrogène dont il a pris la place. Détruisez maintenant le chloral, soit par combustion, soit par l'acide nitrique ou tout autre oxydant énergique, et vous retrouverez le chlore avec toutes ces réactions caractéristiques. De même dans le sel qui nous occupe, le fer est chimiquement dissimulé; sa présence n'est plus accusée par les réactifs les plus sensibles; la potasse ou l'ammoniaque ne le précipitent plus à l'état d'oxyde, et ses propriétés sont tellement masquées qu'il faut détruire complétement sa molécule pour pouvoir y doser le fer ou pour en retrouver les réactions. Si j'insiste un peu sur ces détails, c'est que je suis persuadé que la médecine tirera un jour le plus heureux parti des médicaments dont l'élément actif serait chimiquement dissimulé; de pareils composés sont si lentement désagrégés par le travail de la digestion, et l'économie les absorbant molécule à molécule, doit se les assimiler intégralement.

Le procédé de dissolution une fois trouvé, rien n'est plus facile que de transformer le pyro-phosphate de fer en dragées, sirop ou tablettes. L'état latent dans lequel il existe dans ce nouveau sel, permet même de le mêler au vin de quinquina et d'en faire un puissant tonique sans avoir à craindre cette coloration noirâtre et ce goût d'encre qui se produisent toujours lorsqu'on met en contact un sel ferrique avec des liquides plus ou moins chargés de tannin.

Quelle que soit la manière dont on administre le pyro-phosphate de fer citro-ammoniacal, sa saveur est complétement nulle, et les malades non-seulement le supportent avec facilité, mais encore en ressentent les plus heureux effets. Je l'ai vu particulièrement réussir dans les cas d'anémie, de chlorose et d'urétrite chronique bien caractérisées. Je ne veux cependant pas me laisser entraîner à donner le détail des observations que j'ai eu occasion de faire, de crainte d'être soupçonné de partialité; mais il me sera bien permis de dire que j'attends avec confiance le résultat des épreuves auxquelles l'Académie jugera à propos de soumettre le composé ferrique dont je viens d'avoir l'honneur de l'entretenir.

En résumé, le pyro-phosphate de fer considéré chimiquement est un sel polymorphe dans lequel la molécule métallique est dissimulée aux réactifs; il contient en poids 21,426 p. 0/0 de fer. Au point de vue thérapeutique, la facilité avec laquelle l'économie se l'assimile, l'absence de toute saveur styptique, sa parfaite solubilité dans l'eau, l'influence enfin qu'il exerce sur la composition des os et les fonctions du sang, autorisent à le ranger au premier rang parmi les ferrugineux.

Sirop ferrugineux.

Pyro-phosphate de fer citro-ammoniacal. . .	10 grammes.
Sirop simple.	900 —
Sirop de fleurs d'oranger.	100 —

F. S. A. un sirop par simple solution, et colorez avec Q. S. de teinture de cochenille ou d'orcanette; chaque gramme de ce sirop contient 0 gr., 01 centigr. de sel de fer, et chaque cuillerée à bouche environ 0 gr., 20.

Dragées ferrugineuses.

Pyro-phosphate de fer citro-ammoniacal. . 50 grammes.

A diviser en 500 dragées contenant chacune 0 gr., 10 centigr. de sel de fer.

Vin de quinquina ferrugineux.

Pyro-phosphate de fer citro-ammoniacal..	10 grammes.
Extrait de quinquina gris.	5 —
Vin blanc généreux.	1 kilogram.

Faites dissoudre à froid le sel de fer et l'extrait dans le vin, et filtrez au papier.

Chaque cuillerée à bouche de ce vin contient 0 gr., 20 de sel de fer et 0 gr., 10 d'extrait de quinquina.

PRÉSENTATION.

M. Simonneau présente un fœtus acéphale produit d'une grossesse gémellaire. L'autre enfant, bien conformé, a vécu sept jours. (M. Depaul, rapporteur.)

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La quatrième chambre du Tribunal de la Seine a, dans son audience du 7 février, statué sur une question qui intéresse nos lecteurs. Il a été décidé, sur la plaidoirie de Me Freslon, avocat du docteur G..., et conformément aux conclusions du ministère public, contre les héritiers S..., que *la prescription d'un an, opposable à l'action du médecin pour le payement de ses honoraires, ne courait que du jour de la mort du malade, lorsque celui-ci est mort de la maladie, ou du jour de la dernière visite ou du dernier pansement, lorsque le malade a été guéri ou que le médecin ou chirurgien a été congédié avant la fin de la maladie.*

— Le 10 septembre dernier, la réouverture de l'Ecole de médecine du Caire a eu lieu avec la plus grande solennité. L'assemblée était présidée par S. E. Ethem-Pacha, qui a déjà si bien mérité de l'instruction publique en Egypte. Le docteur Clot-Bey, l'organisateur de la première école il y a 30 ans, et le restaurateur de la seconde, après avoir lu en français un discours qu'un des professeurs avait d'abord traduit en arabe, a proclamé l'ouverture de l'Ecole. La réouverture de cette Ecole, sous les auspices d'un prince éclairé, est comme la résurrection officielle de la science et de l'intelligence en Egypte. Cet acte est un de ceux qui doivent attirer le plus l'attention de l'Europe civilisée, et mériter particulièrement son estime et sa sympathie.

— Le corps médical de Paris vient de perdre l'un de ses praticiens les plus distingués. L'honorable docteur Téallier, âgé de soixante-six ans, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien président de la Société de médecine de Paris et de la Société médicale du 3e arrondissement, chevalier de la Légion d'honneur, a succombé le 9 février, à la suite d'une longue maladie contractée dans l'exercice de ses pénibles fonctions.

— M. de Quatrefages, professeur au Muséum d'histoire naturelle, membre de l'Institut, commencera son cours d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme ou d'anthropologie, le mardi 17 février, à trois heures, et le continuera les mardis et samedis à la même heure.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Joseph, né à Château-Gonthier (Mayenne); *Des luxations du pied compliquées de plaies des téguments et de fracture de l'astragale.*

Lajoye, né à la Charité-sur-Loire (Nièvre); *De la péricardite aiguë.*

Jozanski, né à Saint-Romain-de-Benet (Charente-Inférieure); *Du sel marin comme aliment et comme médicament.*

Bailly, né aux Motteaux-Château-Renard (Loiret); *Recherches sur le diagnostic, la marche et le traitement des abcès de la fosse iliaque interne, consécutifs au mal de Pott.*

Landrot, né à Tulvy (Yonne); *Du traitement des kystes de l'ovaire.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Mémoires et comptes rendus des séances de la Société de Biologie. Septième année, 1855, 2e volume de la 2e série. Grand in-8° avec planches. Prix : 7 fr. — Ce volume renferme les mémoires originaux suivants :

1. Mémoire sur l'induration pulmonaire nommée carnification congestive ; par MM. Isambert et Charles Robin.
2. Rapport sur les expériences de M. E. Brown-Séquard relatives aux propriétés et aux fonctions de la moelle épinière; par M. P. Broca.
3. Recherches sur la voie de transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière; par M. E. Brown-Séquard.
4. Recherches expérimentales sur la distribution des fibres des racines postérieures dans la moelle épinière, et sur la voie de transmission des impressions sensitives dans cet organe; par M. E. Brown-Séquard.
5. Mémoire sur la production accidentelle d'un tissu ayant la structure glandulaire dans les parties dépourvues de glandes; par M. Charles Robin.
6. Mémoire sur l'hématoïdine et sur sa production dans l'économie animale; par MM. Charles Robin et Mercier.
7. Note sur des filaments floconneux de couleur orange qui se produisent dans certaines plaies récentes; par M. le professeur Zeis (de Dresde).
8. Hémorrhagie siégeant dans la protubérance annulaire; paralysie sans convulsions, résolution des membres; mort deux heures après l'accident; par M. A. Laboulbène.
9. Recherches sur les hydatides, les échinocoques et le cœnure, et sur leur développement; par M. C. Davaine.
10. Recherches sur l'action des poisons sur le cœur; par M. Ad. Moreau.
11. Note sur l'application de la glycérine à la thérapeutique externe; par M. Luton.
12. Quelques propositions sur les fibrômes, ou tumeurs formées par les éléments du tissu cellulaire, avec des remarques sur la nomenclature des tumeurs; par M. Verneuil.
13. Gangrène du pied et de la jambe gauche; dépôts fibrineux multiples dans les reins, la rate, le foie; engorgements hémoptoïques dans les deux poumons; par M. Charcot.
14. Note sur la composition des gaz qui infiltraient le tissu cellulaire dans un cas d'affection charbonneuse chez l'homme, et sur leur analogie avec le gaz des marais; par M. Adolphe Gubler.
15. Recherches sur la structure des amygdales et des glandes situées sur la base de la langue; par M. C. Sappey.
16. Paralysie des membres supérieurs seuls; conservation de la sensibilité; induration de la moelle épinière; ramollissement dans l'espace compris entre les 3e et 6e vertèbres dorsales; par M. A. Laboulbène.
17. Description anatomique d'un veau monstrueux du genre pygomèle (famille des pygoméliens); par M. Armand Goubaux.
18. Mémoire sur la sécrétion et la composition du lait chez les enfants nouveau-nés des deux sexes; par M. Adolphe Gubler.
19. De la cryptorchidie chez l'homme et les principaux animaux domestiques; par MM. Armand Goubaux et Follin.
20. Recherches expérimentales sur les voies de transmission des impressions sensitives et sur des phénomènes singuliers qui succèdent à la section des racines des nerfs spinaux; par M. E. Brown-Séquard.

Paris, chez J. Hamel, libraire, rue Racine, 10, et chez J. B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 19. — SAMEDI 14 FÉVRIER 1857. (30e ANNÉE.) N° 19. — SAMEDI 14 FÉVRIER 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

RÉSUMÉ
DE LA DISCUSSION SUR LES KYSTES OVARIQUES
A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (1).

Indications de l'opération et procédés opératoires.

On a vu ce que la discussion a appris sur les kystes de l'ovaire sous le double point de vue de leur texture, de leurs évolutions naturelles, de leur curabilité et des indications pratiques qui ressortent de ce premier ordre de renseignements. Il nous reste maintenant à accomplir la dernière et la plus importante partie de notre tâche : faire ressortir de cette discussion tout ce qu'elle renferme d'essentiel au point de vue de la thérapeutique.

Trois ordres de documents ont concouru à éclairer ce côté important de la question :

1° Les documents statistiques, qui, tout incomplets qu'ils sont, et inexacts même sans doute à certains égards, ont fourni néanmoins des données utiles pour l'appréciation soit de la marche naturelle des kystes, soit des effets des divers modes de traitement qui leur ont été opposés jusqu'ici ;

2° Les faits observés par les membres de l'Académie qui ont pris part à la discussion et ceux qui ont été communiqués du dehors.

Les documents historiques et statistiques invoqués à plusieurs reprises par plusieurs membres, ont été parfaitement résumés dans une note communiquée à l'Académie par M. Schnepf, d'après l'intéressant travail de M. Fock.

Voici ce qui ressort de ces documents :

La médication interne est à peu près nulle et illusoire, et il n'y a pas lieu, dans tous les cas, d'y compter assez pour risquer de perdre les chances favorables que pourraient offrir les procédés chirurgicaux.

La ponction simple, plus ou moins souvent répétée, est rarement curative, et lorsqu'elle guérit, c'est souvent au prix d'accidents dangereux. Dans le plus grand nombre des cas, elle n'a procuré qu'un soulagement temporaire, et a transformé presque constamment, quand elle a été souvent répétée, des kystes séreux en kystes purulents avec fièvre hectique. En somme, il paraissait résulter des faits nombreux accumulés dans cette statistique que, le plus souvent, la ponction accélère et les progrès du mal et la terminaison fatale ; qu'elle ne doit être employée par conséquent que lorsque la cure radicale ne peut être tentée.

La ponction avec canule à demeure paraît avoir eu pour résultat dans la plupart des cas, des péritonites et la dégénérescence partielle du kyste. Cette méthode ne serait d'ailleurs applicable que dans quelques circonstances particulières, quand la poche est uniloculaire et qu'elle présente de vastes adhérences qui ont résisté aux injections iodées, essayées auparavant.

La ponction combinée avec la compression méthodique à un traitement interne (mercuriaux et diurétiques) paraît avoir été utile dans les cas où l'hydropisie prend une marche rapide et qu'il y a prédominance de l'élément inflammatoire.

L'incision des kystes ovariques, employée seulement dans ces conditions extrêmes où les tumeurs, très-volumineuses, renferment une matière peu liquide qui ne s'écoule pas par la ponction, et où il existe des adhérences qui empêchent l'excision, n'a fourni que des insuccès.

L'extirpation ou l'ovariotomie aurait donné à elle seule plus de résultats heureux que toutes les autres méthodes réunies, particulièrement pour les kystes multiloculaires et non adhérents ; elle n'aurait amené qu'*un* décès sur *trois* opérations de tumeurs hydropiques, et *un* sur *deux* quand ces tumeurs sont solides.

Enfin, la ponction suivie d'injections iodées, indiquée pour les kystes uniloculaires à liquide séreux, a donné de bons résultats ; mais les faits ne paraissaient point encore suffisants pour permettre de décider si cette méthode méritait la préférence sur l'ovariotomie.

Il y avait déjà bien loin, comme on le voit, de pareils résultats au jugement très-sommaire, il est vrai, formulé au début de la discussion sur l'utilité de l'intervention chirurgicale. Il est juste d'ajouter aussi que cette statistique elle-même ne pouvait être acceptée que sous bénéfice d'inventaire ; il était difficile, en effet, de se défendre de l'idée qu'il y avait au moins quelque exagération dans l'extrême gravité attribuée, d'une part, à l'expectation, et dans l'efficacité, la bénignité même, s'il fallait en croire les chiffres, des opérations les plus hardies, les plus *radicales*, comme on l'a dit. Quoi qu'il en soit, on se trouvait ainsi en présence des opinions les plus extrêmes. Or la vérité, comme l'a dit avec beaucoup de raison M. Barth à cette occasion, se trouve presque toujours entre les extrêmes. Il y avait donc lieu de présumer qu'elle n'était ici ni dans le système de l'abstention systématique, ni dans celui de l'opération appliquée à tous les cas. C'est effectivement ce qui est ressorti de la suite du débat.

Ponctions palliatives.

Voyons d'abord ce qu'il en est de la ponction palliative. C'est surtout M. Cazeaux qui a instruit le procès sur ce point de la thérapeutique des kystes ovariques. Il en a examiné les avantages, les dangers et les résultats définitifs. C'est avec ce judicieux critique que nous allons résumer ce point.

Quels sont les avantages de la ponction palliative ? On a cité, MM. Moreau et Cloquet notamment, des exemples de guérison ou de prolongation considérable de l'existence par les ponctions palliatives répétées. Peut-on s'appuyer sur ces faits pour ériger en précepte l'utilité de ces ponctions ?

S'il est vrai que les ponctions palliatives soulagent quelquefois, elles ont été assez souvent suivies de la mort prompte des malades : ainsi M. Velpeau, dans une seule année, a vu succomber cinq ou six malades brusquement, le lendemain et le surlendemain d'une première ponction. (Il est vrai qu'avant d'observer cette série malheureuse de résultats, M. Velpeau avait pratiqué plus de 200 ponctions palliatives sans accidents, ce qui atténue considérablement la portée de ces cas funestes.) MM. Cruveilhier, Malgaigne, Huguier et Trousseau, ont cité des exemples de mort survenue très-peu de temps après une semblable ponction, et les statistiques de Southam, Savart-Lee et Kiwisch, souvent invoquées dans cette discussion, ont établi que 22 femmes sur 130 avaient péri quelques jours ou quelques heures après la ponction.

En dehors de ces dangers, la ponction palliative offre-t-elle la chance probable de prolonger notablement l'existence ?

Dans quelques cas, elle a été suivie de guérison radicale ; mais beaucoup plus souvent, dans l'immense majorité des cas, la récidive a eu lieu, de nouvelles ponctions sont devenues nécessaires, et les malades ont presque toujours fini par succomber aux suites de ces ponctions répétées.

Cependant il n'est pas démontré, en somme, que les ponctions répétées abrègent l'existence des malades, plus que ne le ferait la maladie livrée à elle même ; il paraît résulter au contraire des statistiques, qu'elles la prolongent un peu au delà de la durée moyenne. Ainsi, en résumé, la ponction palliative rend des services, mais elle est évidemment insuffisante et ne guérit que dans de rares circonstances. C'est en effet ce que nous verrons ressortir des témoignages apportés par la plupart des chirurgiens de l'Académie.

Injections iodées.

Passons aux injections iodées, qui ont été plus spécialement l'objet de la discussion. Nous aurons à tenir compte dans l'appréciation de cette méthode des divers procédés dont elle se compose, et en particulier de la ponction suivie d'injection avec canule à demeure et fistule persistante, et de la ponction et injection avec occlusion immédiate, le kyste conservant dans ce cas, suivant l'heureuse expression de M. Robert, ses caractères de cavité close. Ce qui va suivre s'applique plus particulièrement à ce dernier procédé. Nous réservons un paragraphe particulier pour ce qui concerne le procédé de la canule.

M. Jobert, le premier, a apporté des faits en faveur des injections iodées. Sur 30 opérations, il n'a jamais eu d'accident sérieux. Plusieurs fois les kystes ont récidivé après que la tumeur avait semblé complétement oblitérée ; mais, loin de déterminer des accidents inflammatoires, l'injection a toujours arrêté au contraire ceux qui existaient déjà, et dans plusieurs cas la guérison a été complète. En résumé, dans l'opinion de M. Jobert, les injections io-

(1) Fin. — Voir les numéros des 7 et 10 février.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique des maladies du testicule, du cordon spermatique et du scrotum ; par M. le Dr CURLING (de Londres), traduit par M. le Dr GOSSELIN, et avec de nombreuses notes et additions (1).

Dans les sciences, comme ailleurs, chaque époque a ses tendances, ses prédilections, ses modes. A la fin du dernier siècle et au commencement de celui-ci, la préférence était des traités généraux, en chirurgie comme en médecine. C'était le temps où les illustrations de la seconde moitié du dix-huitième siècle et les professeurs de la nouvelle Faculté publiaient leurs travaux et consignaient dans des livres d'ensemble les résultats d'une longue expérience et d'une pénible observation.

Pour ne parler que de la chirurgie, les J. L. Petit, les Desault, les Chopart, les B. Bell, les Boyer, et au second rang, mais non sans distinction, les Lamotte, les Belloste, Hévin, Lassus, et tant d'autres que nous pourrions rappeler, nous ont laissé des livres qui, s'ils ne sont plus aujourd'hui au niveau de la science, présentent un tableau fidèle et complet de l'état où elle se trouvait à leur époque. C'est à peine si de loin en loin on rencontrait alors quelque ouvrage traitant en particulier d'un appareil d'organes très-important, les *Maladies des voies urinaires* de Chopart, les *Maladies des yeux* de Scarpa ; on les compte.

Aujourd'hui, et depuis une trentaine d'années surtout, un changement complet en sens inverse s'est opéré. La science, comme l'art, tend à se morceler de plus en plus. La mode est aux monographies et aux spécialités. Plus de traités généraux, deux ou trois à peine, commencés depuis dix ans, et qui ne peuvent finir ; mais des monographies, et ces affreux petits livres qu'on appelle des manuels.

Chaque auteur prend un morceau du corps humain : celui-ci l'utérus, celui-là le sein, l'un le testicule, l'autre la vessie ou l'urètre, et ces derniers sont les plus nombreux, qui le larynx, qui l'oreille, etc.; tout comme en médecine chacun a tiré à soi son organe ; nous possédons des médecins du poumon, du cœur, des reins, du foie, du pancréas, de l'estomac, du cerveau, etc., en sorte qu'il ne sera bientôt plus possible d'avoir une maladie, si légère soit-elle, sans être obligé de convoquer autour de soi cinq ou six de ces spécialistes qui se sont attribué le monopole pathologique de chaque fraction d'appareil. Pour peu que cette manie continue, on aura dans une centaine d'années, le médecin du poumon droit et le médecin du poumon gauche, le chirurgien de l'entorse et celui de la fracture, etc.

Ce n'est pas cependant que nous condamnions d'une manière absolue et les monographies et les spécialités. Nous ne blâmons que l'abus et les fatales ou tout au moins ridicules conséquences qu'il peut avoir ; n'avons-nous pas entendu un jour un spécialiste des voies urinaires nous proposer de traiter conjointement un malade, nous d'un rhume, lui d'une cystite ? Mais d'autre part, et nous en conviendrons volontiers, il est évident que celui qui aura fait d'un organe ou d'un appareil l'objet de travaux spéciaux pendant un certain nombre d'années découvrira, sur les dispositions anatomiques, sur la structure, sur la pathologie de cet organe ou de cet appareil, des particularités intéressantes dont ne se seront point aperçus beaucoup d'autres, et qui n'auraient été constatées que beaucoup plus tard. Sous ce rapport, les monographies seront utiles aux progrès de l'art ; elles le seront d'autant plus que celui à qui on les devra possédera déjà dans les autres parties de la science qu'il cultive des connaissances plus complètes.

Nous le répétons, nous ne blâmons que l'abus. Nous constatons une tendance générale de notre époque, dont l'excès ne peut être que nuisible, en ce sens que chacun s'habitue à rester isolé dans la petite sphère où l'ont confiné ses études, perd de vue l'ensemble de la science et cesse d'être médecin dans l'acception propre du mot.

Ces réflexions une fois terminées, et nous ne regrettons pas d'avoir rencontré une fois l'occasion d'exprimer hautement notre façon de penser à ce sujet, revenons au livre à propos duquel elles nous sont venues, et qui rentre dans la catégorie des monographies faites non par des spécialistes, mais par de véritables chirurgiens : l'un, M. Curling, un des plus habiles praticiens de Londres, et professeur au Collége médical d'un des premiers hôpitaux de cette ville ; l'autre, son interprète distingué, M. Gosselin, chirurgien des hôpitaux de Paris, et dont les travaux ont si souvent passé sous les yeux des lecteurs de ce journal.

Le livre original de M. Curling sur les maladies du testicule, du cordon spermatique et du scrotum ne contient pas en lui-même, il faut bien le dire, un grand nombre de choses tout à fait nouvelles. Le plus grand et le plus complet éloge que l'on en puisse faire, c'est de dire qu'il a rassemblé avec soin, commenté avec sagacité, et contrôlé par son expérience personnelle, toutes les fois que cela lui a été possible, les travaux épars dans les traités de pathologie, les recueils périodiques, les journaux, les organes officiels des Académies, travaux relatifs à la pathologie des organes sécréteurs du sperme, et de leurs annexes.

Le véritable intérêt du livre est presque tout entier dans les notes et additions dont l'a enrichi le traducteur, qui, depuis plus de dix ans,

(1) Un vol. in-8, avec figures. Prix : 8 fr. Chez Labé.

dées sont inoffensives ou tout au moins exemptes d'inconvénients sérieux, et efficaces dans un assez grand nombre de cas. Quant à la ponction palliative, il ne lui a pas été donné de la voir suivie de succès après une seule opération; mais il a plusieurs fois obtenu la guérison à l'aide de ponctions multiples.

Ajoutons, pour compléter la pensée de M. Jobert, qu'il repousse en thérapeutique toute méthode exclusive, et que pour lui les ponctions successives et multiples, les injections iodées, la ponction palliative, l'incision ont leur opportunité suivant les circonstances. Aussi M. Jobert a-t-il insisté surtout, à propos des injections iodées en particulier, sur la recherche de l'époque de la maladie où il convient le mieux d'agir. Il est d'avis qu'on doit en général pratiquer l'opération de bonne heure, afin d'éviter la transformation morbide du kyste, sa rupture, les péritonites diffuses qui en sont le résultat, et il repousse cette temporisation dangereuse qui consiste à agir seulement lorsque les malades sont déjà épuisées et que le mal est arrivé au point de rendre la maladie incurable. Dans les cas où les kystes sont enflammés et dégénérés, il préfère la ponction simple.

Pour M. Gimelle, qui a également invoqué des faits de sa pratique à l'appui de l'utilité et de l'efficacité des injections iodées, l'opération est indiquée :

1° Lorsque le kyste ne présente aucune altération de texture anormale, qu'il n'est ni cartilagineux ni induré, et qu'il ne donne aucune sensation de corps durs ou squirrheux dans son intérieur ;

2° Lorsque son volume ne dépasse pas un certain diamètre, de 10 à 15 centimètres, sauf à ramener la tumeur à cette dimension par des ponctions successives, avant de pratiquer l'injection iodée, lorsque ce volume est plus considérable.

Sur neuf opérations de ce genre pratiquées par M. Huguier, il n'y a pas eu un seul décès à déplorer. Une seule malade a eu une péritonite grave dont elle a guéri. Deux fois la maladie a récidivé. Cinq malades ont guéri sans accidents sérieux. De ces faits et de ceux qui avaient été précédemment rapportés, M. Huguier concluait que la ponction et les injections iodées dans les kystes ovariques, sont propres, dans un grand nombre de cas, à amener la guérison de cette affection. Elles réussissent d'autant mieux qu'on n'a pas attendu une période trop avancée de la maladie.

M. Robert, sur six opérations pratiquées par cette méthode, a vu la récidive se produire deux fois; il n'a pas perdu un seul malade. Pour lui comme pour ses collègues, cette méthode est aussi celle qu'on doit préférer. Mais il n'admet l'opportunité de l'opération que dans les cas où il s'agit d'un kyste déjà volumineux ou en voie d'accroissement assez rapide, de telle sorte qu'on puisse dire que dans un temps peu éloigné il deviendra la source d'incommodités graves. La ponction simple lui a paru suffire, dans certains cas, pour amener la guérison. Quant à la ponction suivie d'injection iodée avec canule à demeure et fistule persistante, sur laquelle M. Robert a particulièrement insisté, nous verrons plus tard ce qu'il faut en penser.

Enfin, M. Velpeau analysant tous ces faits, auxquels il a joint les siens propres, a apporté aussi, en faveur de la méthode, le tribut de son jugement et de son expérience, qu'il a résumé dans cette conclusion un peu réservée, quoique déjà très-explicite, savoir : que les injections iodées sont applicables à tous les kystes séreux de l'abdomen appartenant à l'ovaire ou étrangers à cet organe ; qu'on peut en tenter l'emploi encore dans les kystes contenant un liquide gras, onctueux, hématique, si après plusieurs ponctions on parvient à transformer ces kystes en des collections séreuses; qu'il faut s'en abstenir dans les kystes multiples, aréolaires, compliqués de dégénérescences diverses.

Documents communiqués.

Tel est le contingent des faits apportés par les membres de l'Académie; il en ressortait déjà un ensemble assez respectable de témoignages favorables à l'intervention de la chirurgie dans le traitement des kystes ovariques, et particulièrement à la méthode des injections iodées. Mais les faits beaucoup plus nombreux venus du dehors devaient donner un appui plus solide encore à la nouvelle méthode. Tels sont, en particulier surtout, ceux de M. Boinet, de M. Nélaton, de MM. Monod et Demarquay. Dans un travail considérable dont nous avons publié un résumé, M. Boinet, faisant connaître les résultats de sa pratique, très-étendue sur ce point, établissait les propositions suivantes, toutes assises sur un grand nombre d'observations ; que les malades traités par des remèdes internes ou par des ponctions palliatives répétées, meurent presque toutes au moins aussitôt que si elles n'eussent pas été opérées; que les injections iodées peuvent sûrement et sans danger procurer la cure radicale; laquelle a lieu le plus habituellement comme celle de l'hydrocèle par rétraction graduelle des parois du kyste; que pour atteindre ce résultat, il faut opérer de bonne heure et avant que les kystes aient acquis un grand développement, les ponctionner du côté où ils ont commencé à paraître, et le plus près possible de leur lieu d'origine, et éviter surtout de se servir des sondes à demeure; qu'enfin, au lieu de recourir à plusieurs ponctions successives avant de pratiquer l'injection, comme l'ont proposé quelques chirurgiens, il est préférable de pratiquer l'injection immédiatement après une première ponction, quelle que soit l'étendue du kyste, quitte à répéter plusieurs fois cette opération.

Mais ce n'est pas le moment d'entrer dans les détails des procédés opératoires. Voyons plutôt ce que les faits communiqués à l'Académie ont apporté d'éléments nouveaux pour la solution de la question principale.

En additionnant les faits de M. Boinet, ceux de MM. Monod, Nélaton, Demarquay, Giraldès, Maisonneuve ; ceux de M. Simpson (d'Edimbourg), etc., et de quelques autres chirurgiens qui ont fait connaître les résultats de leur pratique à cet égard, M. Cazeaux a pu réunir un total de 117 cas de kystes ovariques dans lesquels on a eu recours aux injections iodées, tantôt en conservant au kyste son caractère de cavité close, c'est-à-dire en refermant immédiatement l'ouverture après l'injection; tantôt, au contraire, en provoquant la suppuration par la canule laissée à demeure. Or, de l'ensemble de ces faits, bien que réunissant des éléments hétérogènes, il ressort d'une manière manifeste qu'en général la méthode des injections iodées donne de meilleurs résultats que toutes les autres méthodes. Ainsi, sur ces 117 observations, pas une seule n'a présenté d'accidents sérieux. — 62 cas étaient des kystes séreux uniloculaires; sur ces 62, 48 ont guéri ; 14 ont été opérés sans succès, mais sans accidents ; et dans 4 cas seulement, les femmes sont mortes. — Enfin, parmi les non guéries, il en est bien peu qui n'aient retiré quelques avantages des injections iodées. Voici à cet égard quelques détails plus précis :

Sur 32 kystes uniloculaires opérés par M. Boinet, il y a eu 27 guérisons, 3 récidives, 2 morts ; sur 2 cas de kystes uniloculaires contenant un liquide gélatineux ou albumineux, 1 mort, une guérison. A côté de cela, 11 cas de kystes multiloculaires ont donné 6 morts, 5 insuccès.

M. Monod, sur 8 cas, compte 6 guérisons, 1 insuccès, 1 mort.

M. Nélaton, sur 9 opérations, a guéri 3 kystes séreux uniloculaires; il a échoué dans 6 cas de kystes multiloculaires ou contenant un liquide gélatineux.

M. Demarquay n'a eu que 1 mort sur 10 opérations.

M. Giraldès a employé 7 fois les injections iodées, il n'a jamais eu le moindre accident.

M. Maisonneuve a ponctionné et injecté 5 kystes uniloculaires séreux. 3 de ses malades ont guéri après une seule ponction et une seule injection. Une n'a été guérie qu'après deux ponctions et deux injections; une autre n'a pas été guérie.

D'où cette conclusion, d'accord avec la généralité des faits qui précèdent : que les kystes uniloculaires séreux guérissent presque tous par les injections iodées; que les kystes uniloculaires gélatineux ou albumineux peuvent guérir, mais dans des proportions infiniment moindres; que la méthode n'est point applicable aux kystes multiloculaires.

Un mot maintenant sur le procédé dit de la canule :

Si nous plaçons à côté des résultats généraux qui viennent d'être énoncés les résultats spéciaux dus au procédé de la canule, les désastreux effets de ce procédé font ressortir d'une manière plus évidente encore les avantages de la méthode des injections en cavité close.

Écoutons d'abord M. Robert qui, avec une honorable franchise, a commencé par exposer ses revers avant de faire connaître ses succès. Or, les revers, quels sont-ils? Ce sont justement les cas traités par la canule à demeure. Sur trois observations, trois insuccès, et plus que des insuccès, trois morts, sont venus le convaincre du danger de provoquer et d'entretenir l'inflammation suppurative des parois du kyste. Ses succès, au contraire, datent du moment où il a renoncé à l'usage de la canule pour n'employer exclusivement que la méthode par occlusion immédiate. Les premiers faits malheureux de M. Boinet, la statistique lamentable de M. Briquet, sont également dus à l'emploi de la canule, abandonnée depuis par eux. M. Maisonneuve, que nous avons vu tout à l'heure obtenir 4 guérisons sur 5 cas de kystes uniloculaires traités par l'injection suivie de l'occlusion, a vu 6 malades (atteintes de kystes multiloculaires, il est vrai), traitées par la canule, succomber toutes les six dans un espace de six semaines à six mois. Et le fait de M. Barth, qui a été le sujet et le point de départ de cette longue discussion, ne dépose-t-il pas contre l'emploi de ce moyen? Aussi M. Robert a-t-il loyalement déclaré que ce procédé, qu'il avait jadis préconisé, était complétement jugé, qu'il devait être abandonné sauf réserve pour quelques cas exceptionnels semblables à celui dont M. Huguier, par exemple, a entretenu l'Académie au début de cette discussion. Pareille proscription avait déjà été prononcée par M. Jobert; elle l'a été depuis par M. Gimelle et par quelques autres.

Résumé final.

Revenons un instant en arrière, et, reprenant la série des faits que nous venons de faire rapidement passer sous les yeux des lecteurs, essayons d'en résumer le résultat général. Nous pouvons d'autant mieux le faire maintenant, qu'indépendamment des lumières fournies par les documents venus du dehors et les faits produits pendant le cours de la discussion, nous avons encore pour nous éclairer les opinions mêmes des membres de l'Académie, opinions qui se sont raffermies chez les uns, modifiées chez quelques autres, de manière à converger et à se fondre en quelque sorte, ne laissant plus entre elles, sauf de rares exceptions, que des nuances sur des points accessoires. C'est ainsi, par exemple, qu'après avoir entendu atténuer outre mesure d'abord, puis exagérer peut-être, la gravité naturelle de la maladie, tous, ou presque tous, sont tombés d'accord pour reconnaître qu'en réalité l'affection livrée à elle-même menaçait le plus souvent sérieusement la vie des malades, qu'elle limiterait, suivant un calcul approximatif de M. Velpeau, à une moyenne de cinq à six ans. Le même accord règne sur l'insuffisance des ponctions palliatives, sinon sur leurs dangers, qui ont été exagérés aussi, il faut le dire, par les partisans les plus chaleureux de la méthode curative.

Unanimité absolue de toutes parts sur les indications qui se déduisent de la nature des kystes : indication d'opérer avec les plus grandes chances de succès les kystes uniloculaires séreux; même indication, mais avec des chances beaucoup moins favorables, pour les kystes uniloculaires à contenu séro-purulent et albumineux; contre-indication formelle pour les kystes, soit uniloculaires, soit multiloculaires, à contenu épais, non susceptible de s'écouler par la canule.

Le même accord ne règne point sur le moment le plus opportun

---

fait des maladies de l'appareil génital de l'homme une étude continuelle et sérieuse, et est arrivé, sur le mode de production de plusieurs de ses maladies, sur leur développement et leurs conséquences, à de réelles découvertes pleines d'intérêt.

Grâce à ces additions, qui constituent un second ouvrage dans le premier, le lecteur a sous les yeux, presque à la même page, les doctrines anglaises et les doctrines françaises ; dût en souffrir quelque peu l'amour-propre de la chirurgie, dont la prétention, on le sait, comparativement à la médecine, est d'être une science *certaine*, on pourra se convaincre que les doctrines des deux pays ne sont pas toujours tout à fait les mêmes. Du moins en est-il ainsi pour l'hydrocèle enkystée du testicule. Tandis que l'auteur anglais pense que, si l'on trouve du sperme dans le kyste, c'est qu'un vaisseau séminifère afférent s'y est rompu, M. Gosselin avait établi dans ses premiers travaux sur ce sujet que l'effusion du sperme au dehors était la cause et le point de départ de la formation du kyste ; il est cependant vrai de dire que M. Gosselin déclare avoir été quelque peu ébranlé par l'exposé des opinions de M. Curling, et regarde actuellement les deux manières d'opérer comme possibles.

Les principales additions de M. Gosselin portent sur la migration imparfaite du testicule, sur l'hydrocèle vaginale, l'orcbite chronique et le fongus du testicule.

Nous signalerons un chapitre tout à fait neuf, un état morbide de l'organe, auquel M. Gosselin a donné le nom d'*anémie testiculaire*, et qui consiste en une pâleur très-prononcée du tissu glandulaire, pâleur due évidemment à la petite quantité de sang qu'il recevait.

Une autre addition fort intéressante est celle que M. Gosselin a faite sous le titre de troubles fonctionnels, et dans laquelle il examine les maladies qui peuvent supprimer l'excrétion spermatique sans altérer la sécrétion, celles qui peuvent supprimer la sécrétion, celles enfin qui troublent la sécrétion sans l'anéantir, mais en supprimant la formation des spermatozoïdes.

Le traité de M. Curling contient, comme premier chapitre des maladies du scrotum, quelques considérations sur les blessures et les plaies de cette partie. Nous félicitons l'auteur anglais de n'avoir pas commis la même faute que les pathologistes français. Croirait-on, en effet, que dans les traités de chirurgie publiés avant 1846, il n'est pas une seule fois question des blessures du scrotum? Boyer lui-même, le complet et méthodique Boyer, n'en dit pas un mot ; dans la nouvelle édition du traité des maladies chirurgicales, son fils a réparé cette omission ; mais peut-être pourrions-nous lui adresser ce léger reproche de n'avoir pas dit que c'est nous qui, le premier, en 1846, dans la *Revue clinique* hebdomadaire de la *Gazette des hôpitaux*, avons signalé le premier aux chirurgiens français cette singulière lacune, et avons réuni en cinq ou six articles les matériaux nécessaires pour la combler. Disons, en passant, que le regrettable et toujours exact Vidal (de Cassis), en tête de son article sur ce point de l'histoire pathologique des bourses, n'a pas oublié de nous rendre personnellement cette justice.

En résumé, le *Traité pratique* de M. Curling est une de ces monographies qui, sans faire précisément avancer la science, en résument assez exactement l'état actuel, et ont cet avantage de présenter sous un petit volume bien des recherches éparses et difficiles à réunir. M. Gosselin, par ses savantes additions, en a doublé l'importance. Un grand nombre d'admirables figures intercalées dans le texte en augmentent la valeur et en font presque un objet d'art. Dr A. Foucart.

Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes; par M. Adde-Margras (de Nancy), médecin à Paris; deuxième édition revue et augmentée (1).

S'il est une question d'hygiène publique qui intéresse au plus haut point l'avenir des populations, c'est bien celle qui a pour but de préserver de l'affreuse maladie appelée *variole*.

Nous ne rappellerons pas ici les détails trop connus de la découverte de Jenner; disons seulement que c'est à l'illustre la Rochefoucault-Liancourt que l'on doit l'introduction de la vaccine en France, et que pendant plus de vingt ans il ne cessa de travailler à sa propagation.

Certes, M. Adde-Margras n'a pu avoir l'idée en présentant son livre au corps médical et au public de leur offrir un sujet nouveau. Il n'a pu avoir non plus la prétention de faire oublier les travaux de ses prédécesseurs ; il a voulu, au contraire, faire ressortir le talent et l'esprit qui s'y trouvent, ou plutôt les remettre sous les yeux de ceux qui les ont oubliés.

Depuis quelque temps des théories nouvelles semblent s'être élevées dans le but de contester les propriétés de la vaccine; l'auteur du *Manuel* combat ces théories, qui pourraient jouir de quelque faveur auprès des médecins qui ne basent pas leur jugement sur les faits.

Son livre est divisé en deux parties : dans la première, il présente le tableau exact de la variole, son influence sur la société; enfin, il parle sommairement de l'inoculation et de ses inconvénients.

La seconde partie renferme l'historique de la vaccine, le résumé des travaux publiés jusqu'à ce jour, les observations et les idées qui lui

(1) Un vol. gr. in-18. Chez Labé, libraire. Prix : 3 fr. 50.

pour opérer : les uns veulent que ce soit de bonne heure, dès qu'on reconnaît que le kyste a de la tendance à se développer; les autres conseillent d'attendre qu'il ait acquis assez de volume pour commencer à devenir un objet de gêne et de troubles fonctionnels. Ce dernier parti était le parti dominant, à ce qu'il nous a paru, tant qu'on n'avait pas acquis une conviction suffisante sur l'innocuité des injections iodées ; mais la première opinion nous a semblé grouper autour d'elle quelques adhérents, à mesure que les faits ont rassuré les esprits sur les conséquences habituelles de l'injection et raffermi la méthode elle-même.

Quant au choix des opérations et des procédés opératoires, mettant de côté l'ovariotomie, qui a inspiré une visible répugnance à l'Académie, malgré les brillantes exhibitions de la statistique, l'incision et l'électricité qui n'ont été qu'indiquées seulement; et, tout en faisant avec M. Jobert les réserves très-sages relatives aux indications spéciales qui peuvent exceptionnellement réclamer le choix de tel ou tel de ces divers procédés; — bornant la question à la ponction simple et à la ponction suivie de l'injection iodée, avec canule ou avec occlusion immédiate; — il nous semble qu'il ne peut plus rester de doute aujourd'hui dans l'esprit de personne, et que, du moment où le choix est libre entre ces divers procédés, c'est l'injection avec occlusion immédiate qui doit être préférée et appliquée dans la plus grande généralité des cas. Ajoutons que de toutes les manières de faire l'opération celles qui tendent à réaliser le plus complétement les conditions de la méthode sous-cutanée sont à nos yeux les meilleures, ce sont celles qu'a indiquées M. Guérin et que M. Boinet met journellement en usage. La seconde argumentation de M. Velpeau n'a rien laissé à désirer d'ailleurs à l'égard des préceptes pratiques, des détails opératoires et des précautions qui peuvent assurer le succès de l'opération. Nous ne pourrions mieux faire que d'y renvoyer les lecteurs.

Il nous resterait bien encore quelques points à examiner, si nous voulions compléter ce résumé. Nous n'avons rien dit, par exemple, du diagnostic des diverses espèces de kystes, sur lequel MM. Cruveilhier, Jobert et Piorry ont plus particulièrement insisté. Nous avons également passé sous silence l'appréciation du traitement médical. Mais nous ne pouvons prétendre ici faire une histoire complète du sujet. La question est d'ailleurs loin d'être épuisée, et plus d'une fois encore sans doute les faits nouveaux nous ramèneront naturellement sur quelques-uns des points négligés ou restés indécis. Qu'il nous suffise pour le moment d'avoir fait comprendre toute l'importance de cette discussion, et, en en donnant ici le produit net, d'appeler les recherches et la méditation de tous nos confrères sur ce qu'elle a pu laisser encore de doute et d'incertitude dans leur esprit. — Dr Brochin.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Considérations cliniques sur les auras épileptiques. — Théorie rationnelle des attaques d'épilepsie.

Il vient d'entrer au n° 23 de notre salle Saint-Charles (service des hommes), le nommé Jules M..., âgé de seize ans, et épileptique depuis l'âge de trois ans. Ce jeune garçon, dont la physionomie est aussi distinguée qu'intelligente, mais dont la conformation crânienne présente en arrière des anomalies de structure assez bizarres, nous a raconté lui-même qu'il éprouve tous les jours deux ou trois, et, quelquefois, cinq ou six crises nerveuses, habituellement précédées d'une aura partant de la région frontale, et d'éblouissements. Au moment où l'aura se manifeste, il ressent *comme des petits coups dans le front, cela remue, cela va et vient, les objets remuent, fourmillent, frémissent*, puis à peine quelques secondes se sont-elles écoulées, qu'il pousse un petit cri, perd connaissance, tombe à terre et se débat dans les convulsions. Lorsqu'il revient à lui, il a mal à la tête, est étourdi et un peu hébété, mais il n'a point de bourdonnements d'oreilles. En temps ordinaire, il est ébloui par un grand feu, ou par la lumière du soleil. J'ajoute, après expérience faite, qu'il lit parfaitement avec des lunettes de presbyte, tandis qu'il nous a déclaré ne rien voir du tout à travers des verres de myope.

Ce fait ne doit pas passer inaperçu, et je vous dois compte, à cette occasion, des résultats de mon observation journalière, et de ma pratique personnelle.

De tous les phénomènes qui précèdent les attaques d'épilepsie et qui sont le plus rapprochés de l'instant où elles surviennent, c'est, à coup sûr, l'éblouissement qu'il est le plus utile de noter. Ce symptôme se prononce parfois d'une manière brusque et sans avoir été précédé d'aucun autre accident : mais, presque toujours, il est l'avant-coureur immédiat de la perte de connaissance, du cri, de la chute, et des autres phénomènes cérébraux caractéristiques.

Tout épileptique capable encore de bien exprimer ses idées, et qui conserve assez la mémoire de ce qu'il éprouve au début du mal pour pouvoir en parler, dit avoir ressenti des troubles du côté de l'appareil optique, tels que la vue d'une lumière vive, de flammes, de corps rouges colorés ou noirs (Arétée); des éblouissements (Esquirol les admet dans ce qu'il appelle *épilepsie pléthorique*); plus de cent épileptiques m'ont présenté ces symptômes.

Ailleurs, ce sont des fantômes, des spectres, des hallucinations bizarres que croient entrevoir les malades, et qui rappellent des objets dont l'aspect avait parfois immédiatement précédé la première attaque.

Certains individus sont devenus épileptiques à la suite de la terreur que leur avait causée *la vue* d'un corps prêt à les écraser (Portal), ou celle d'une voiture dans laquelle se trouvait un homme portant un bonnet rouge. Ici le mal commençait par une *sensation optique* en rapport avec un *brouillard* qui empêchait de rien distinguer, ainsi que j'en ai rapporté des exemples au n° 65 du *Bulletin clinique* : là une première attaque survenait chez un enfant alors qu'il fut *ébloui* par un brasier. Ce même petit malade éprouva depuis des récidives renouvelées aussi à l'occasion de la vue d'objets lumineux.

Un soldat montant à la brèche lors du siége d'Anvers, fut *ébloui* par le feu de l'artillerie, et étourdi par le bruit qu'elle causait. Il devint sur-le-champ épileptique, et le mal se reproduisait à l'occasion d'une vive lumière.

Un autre soldat, en Afrique, voit un Arabe qui le poursuit : il éprouve une première attaque. Celles qui suivirent furent précédées de la *vue d'un burnous blanc*.

Parfois des malades sont prévenus de l'invasion du mal par des rêves effrayants dans lesquels ils croient voir des objets fantastiques. On a remarqué qu'au début des accès la pupille était contractée ou encore oscillante; qu'il y avait un affaiblissement de la vue, soit des deux yeux, soit d'un seul, et même de la cécité.

Dans des cas, bien moins nombreux que les précédents, les malades sont avertis des attaques par des sensations acoustiques, telles que des bruits de scie, de cascade, de fusée, de canon, par un son imitant le vent (Portal), par des tintements d'oreille, etc. Très-rarement la sensation fausse d'odeurs variées a semblé annoncer les accès. Plus souvent des convulsions ou des paralysies partielles, des mouvements bizarres, et, par exemple, l'action de tourner sur soi-même, de faire des signes de croix (Foville), de se déshabiller complétement (fait que j'ai observé sur un homme de la Rochelle), ont précédé l'attaque ou l'ont même constituée.

On rapporte encore que des phénomènes épileptiques sont parfois annoncés plusieurs jours à l'avance par des troubles psychiques, tels que de l'exaltation, un caractère irritable, de la gaieté, de la tristesse, de la colère, des peines mal fondées (Tissot). Esquirol a cité le fait d'un épileptique qui éprouvait l'attaque à la suite d'un assoupissement profond; on prévenait les accidents en empêchant le sommeil. J'ai observé un cas de ce genre; mais la malade, quand l'attaque la frappait pendant la veille, éprouvait *des éblouissements précurseurs*. Le mal reparaissait chez elle à des jours et à des heures presque fixes. Cette dame guérit sous l'influence soit du réveil journalier aux heures des attaques, soit à la suite de l'administration du sulfate de quinine à hautes doses.

Le temps qui s'écoule entre le début des accidents du côté de l'œil et l'invasion des phénomènes cérébraux est, d'après le rapport des épileptiques, différent chez plusieurs d'entre eux. Il semble varier de quelques secondes à plusieurs minutes; ceux de ces malades qui ne conservent aucune mémoire de ce qui s'est passé au début, ou dont le trouble mental est tel qu'ils ne rendent aucun compte de ce qui a eu lieu, sont précisément ceux chez lesquels les attaques sont les plus graves, ont été les plus réitérées, débutent d'une manière plus instantanée, datent d'une époque plus reculée, et ont été presque congénitales. Or, si dans de tels cas on observe avec soin le début des accidents, on voit tout d'abord les yeux devenir fixes, immobiles, convulsés, souvent dirigés et maintenus en haut; les pupilles sont dilatées ou du moins insensibles à la lumière, et cet état convulsif des globes oculaires dure tant que le paroxysme persiste.

Ces prodromes, ces auras, pour moi ces *névropathies ascendantes*, ces *névropallies*, sont loin d'être toujours suivies des accidents névraxiques qui constituent l'épilepsie des auteurs. Très-fréquemment, les gens sujets à des attaques complètes et précédées d'une aura partant de tel ou tel nerf, de tel ou tel organe, éprouvent quelquefois et dans d'autres temps une aura semblable, une névropathie progressive exactement analogue, mais qui s'arrête dans son trajet ordinaire et ne parvient pas au nevraxe ni même à l'œil. Alors il n'y a pas de perte de connaissance ni d'éblouissements. J'ai observé des névropathies qui, chez certains malades, étaient plus souvent précurseurs de l'épilepsie, et qui partaient des rameaux nerveux sciatiques, médians, cubitaux, inter-costaux, occipito-névriques, etc., s'élever jusqu'à une certaine distance vers la tête et se dissiper en route; ainsi j'ai vu l'éblouissement prodromique causer ou non un très-léger vertige et n'être pas suivi d'autres phénomènes névraxiques. Les accidents dont il s'agit constituent fréquemment le *petit mal*, signalé par les auteurs, et qui n'est autre chose qu'un accès épileptique incomplet et très-faible.

Les attaques elles-mêmes sont loin de toujours présenter l'ensemble phénoménal que nous venons de tracer. Souvent la perte de connaissance dure à peine; le malade peut même ne pas tomber et n'éprouver pas de vertige; parfois les convulsions sont excessivement fortes et prolongées, tandis qu'ailleurs elles sont peu marquées et bornées à quelques muscles de la face ou des membres. La durée ou la force des contractions musculaires saccadées, n'est pas invariablement en rapport avec l'intensité des accidents comateux. Certains cas, qu'il est fort difficile de ne pas rattacher à l'épilepsie, diffèrent cependant infiniment des phénomènes habituels propres à celle-ci.

Un homme éprouvant des éblouissements ne tombait pas, était sans convulsions, ne perdait cependant pas connaissance, se mettait complétement nu, et à quelques instants de là revenait à lui; et il se montrait alors fort étonné de ce qui lui était arrivé. De semblables accès se renouvelaient plusieurs fois par mois, et sous l'influence du sulfate de quinine administré à la dose de 75 centigrammes ou 1 gramme le matin du jour où ces accidents, qui revenaient à des époques à peu près fixes, semblaient devoir se reproduire, les attaques devinrent beaucoup moins fortes et plus rares, mais elles ne se dissipèrent jamais complétement.

Chez quelques malades, l'attaque se borne à une perte très-courte de connaissance, consécutive à l'éblouissement, et un instant après la santé se rétablit.

De fortes raisons nous portent à croire que les convulsions de l'enfance, qui se déclarent principalement lors de la première dentition, sont aussi des névropallies (oscillations nerveuses); que leur

---

sont propres, enfin les expériences tentées sur l'homme et sur les animaux, soit par ses devanciers, soit par lui-même. Dans cette seconde partie, M. Adde-Margras s'efforce, et souvent avec bonheur, de démontrer que le vaccin n'a nullement dégénéré, et que les théories faites contre la vaccine sont erronées et quelquefois entachées d'une bonne foi douteuse. Pour lui, le vaccin n'a pas un seul instant démérité, puisque, après un demi-siècle de transmissions successives, il le retrouve aussi actif, aussi puissant à préserver qu'aux premiers jours de sa découverte.

Depuis quelques années surtout, on a prétendu que la vaccine perdait son influence préservatrice au bout d'un certain temps, et l'on en a conclu la nécessité de soumettre à une nouvelle vaccination les individus déjà vaccinés; M. Adde-Margras s'est attaché à prouver par des faits que la revaccination serait beaucoup moins prônée si les premières vaccinations étaient mieux faites, et surtout si elles n'étaient point abandonnées à l'observation des personnes étrangères à la science. Aussi ce consciencieux médecin termine les conclusions de son livre en émettant un vœu que tous les bons esprits ont hâte de voir réaliser :

« Il serait peut-être utile de nommer par département, et suivant les besoins, un, deux, trois, quatre médecins, plus s'il le faut, pour faire une vérification des opérations pratiquées dans les arrondissements qui leur seraient désignés, dans le but de revacciner immédiatement les sujets qui auraient une vaccine irrégulière ou douteuse. »

En résumé, le *Manuel du vaccinateur*, écrit au point de vue du monde presqu'autant qu'au point de vue du public médical, est rédigé dans le but d'éclairer les familles sur leurs véritables intérêts, en leur démontrant l'incontestable utilité de la vaccine, et, sans aucun doute, cet ouvrage contribuera à dissiper les préjugés qui s'opposent encore à la propagation de cette grande découverte. Disons en terminant que ce livre est écrit avec originalité, et qu'il a de plus le mérite de ne contenir que des faits bien observés. C'est incontestablement un des meilleurs travaux pratiques qui existent sur la matière; et il n'est guère de médecin ou de père de famille qui ne doive retirer quelque fruit de sa lecture. Dr L. Moreau.

Atlas général d'anatomie descriptive, topographique, etc., et de médecine opératoire, avec considérations relatives à la pathologie interne et à la pathologie externe, par M. Marcelin Duval, premier chirurgien en chef de la marine, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine navale de Brest (1).

Cet atlas, qui devra renfermer 28 planches, dont 18 ont déjà paru (les autres paraîtront successivement 2 par 2, de trois en trois mois), renferme l'anatomie descriptive, l'anatomie topographique et chirurgicale, l'anatomie générale (principaux tissus), l'examen microscopique du sang, de l'urine, du pus, du tubercule, du cancer, etc. Dans la partie de cet atlas relative à la médecine opératoire, on trouve les procédés de M. Foullioy pour les désarticulations de l'épaule, du poignet; ceux de l'auteur pour la ligature des artères, la carotide primitive, la sous-clavière, l'axillaire, l'intercostale pour l'amputation de la cuisse, l'amputation sus-malléolaire, la désarticulation scapulo-humérale, tarso-métatarsienne, médico-tarsienne, etc.

A cet atlas est joint un texte comprenant une légende in-4°, une série de fascicules d'anatomie, des tableaux synoptiques de myologie, et un *Traité de l'hémostasie* et *spécialement des ligatures d'artères*, avec des tableaux synoptiques de l'anatomie de ces vaisseaux, et des considérations relatives à la pathologie externe (plaies d'artères, anévrismes, etc.).

Le nom et la position de M. Duval, ancien professeur de médecine opératoire, et actuellement professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine navale du port de Brest, sont des garants suffisants de l'utilité toute pratique de cet ouvrage, qui nous a paru, à un simple coup d'œil des parties déjà publiées, tout à fait au courant de la science et des progrès les plus récents de la chirurgie. R. S.

(1) Chez J.-B. Baillière.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les candidats inscrits au concours pour deux places de médecin au Bureau central, sont :

MM. Archambault, Axenfeld, Barnier, Blain des Cormiers, Blondeau, Boivin, Caillault, Champmartin, Chauffard, Clairin, Clin, Dal Piaz, De Beauvais; Destouches, Dumoulin, Dufour, Gallard, Géry, Gosset, Goupil, Grange, Hervieux, Laboulbène, Labric, Lamaestre, Landry, Lorain, Maingault, Marcé, Martellière, Mesnet, Montanier, Moynier, Piberet, Potain, Prost, Rotureau, Simonnet, Thibierge, Triboulet, Vidal, Vulpian.

Ce concours a commencé le 11 courant. La question que les concurrents ont eu à traiter par écrit est ainsi conçue : *De la contracture.* Nous avons donné précédemment la liste des membres du jury.

— Les seize chirurgiens sous-aides attachés au Val-de-Grâce seront prochainement appelés à un concours ayant pour but de constater leur aptitude au grade de médecin aide-major de 2e classe. Ce concours sera présidé par M. l'inspecteur Michel Lévy. (*Bull. de méd. milit.*)

point de départ siége dans les nerfs dentaires, que le mal s'étend au nerf optique et de là à l'appareil névroptique et à la moelle allongée. En effet, on observe dans de tels cas, d'abord la fixité du regard, puis la perte de connaissance, les convulsions, etc.

Les attaques d'épilepsie qui suivent l'hypertrophie et la sclérosie encéphaliques ne diffèrent pas, comme symptômes, des autres épilepsies, si ce n'est qu'étant liées à des états pathologiques très-graves et incurables, elles sont souvent suivies d'une terminaison promptement mortelle. On en peut dire autant des accidents épileptiformes qui reconnaissent pour cause l'état morbide de l'axe nerveux produit par le plomb.

Les attaques d'épilepsie diffèrent encore infiniment les unes des autres sous le rapport des accidents qui les suivent. Souvent, après le paroxysme, un état de coma et d'encéphalémie profond persiste pendant une ou plusieurs heures, et même durant un jour ou plus; le malade sort quelquefois de cet état pour être frappé d'un délire qui peut prendre des caractères très-divers, mais qui, d'ordinaire, est plus ou moins furieux. Après des crises répétées, cette manie devient de plus en plus marquée et se prolonge davantage.

On a vu ces attaques avoir lieu tous les quinze ou vingt jours, et l'intelligence être suspendue pendant la moitié ou les deux tiers de ce temps; puis survenait un accès nouveau et l'aliénation mentale reparaissait. En général, plus les accidents épileptiques sont intenses et réitérés, et plus le délire dont il s'agit est prononcé. Cette manie est l'une des plus graves que l'on connaisse, puisque Esquirol affirme que l'aliénation mentale compliquée d'épilepsie ne guérit jamais; mais cette proposition pourrait bien n'être pas rigoureusement très-vraie.

Il me reste à vous énoncer, telle que je l'ai formulée, la théorie rationnelle des attaques d'épilepsie. Les importantes applications pratiques qui en découlent nous conduiront à établir, chez notre très-intéressant malade du n° 23 de la salle Saint-Charles, un traitement qui, je l'espère, sera suivi d'une palliation très-marquée.

(*La fin à un prochain numéro.*)

OBSERVATION D'ACCÈS DE FIÈVRE INTERMITTENTE à forme péripneumonique.

Par M. Lecointe.

M. M..., âgé de soixante ans, fait appeler M. Lecointe le 20 mai. Il a la fièvre depuis trois jours et se plaint d'un point de côté avec toux. Peau sèche; 110 pulsations: dyspnée; toux fréquente; crachats gluants et rouillés. Matité dans les deux tiers inférieurs du poumon droit. Absence de respiration vésiculaire et souffle tubaire dans le quart inférieur. Crépitation fine dans le voisinage. — 20 sangues sur le côté (le malade ayant refusé la saignée générale) ; potion stibiée à 30 centigrammes.

Le 21 mai, faiblesse extrême; pouls à 50 ; toux rare ; les crachats ne sont plus rouillés ; sédiment briqueté abondant dans les urines ; mêmes signes plessimétriques et stéthoscopiques que la veille. On apprend que deux cuillerées seulement de la potion avaient été prises et avaient provoqué des vomissements. Dans cette même journée du 20, vers huit heures du soir, il était survenu un frisson violent suivi de chaleur et de sueur. Les trois stades avaient duré une heure et demie. — Forte décoction de quinquina, édulcorée avec le sirop d'oranges ; quelques cuillerées de bouillon de bœuf.

Malheureusement, ajoute M. Lecointe, je devais sortir de Paris ce jour-là, et ne devais rentrer que vers sept heures du soir, très-fatigué d'une longue route en voiture ; cependant, je donnai des instructions positives sur la possibilité d'un nouvel accès et sur la nécessité de venir me prévenir immédiatement. On ne vint pas. Le lendemain 22, j'appris qu'il y avait eu un second accès, bien marqué dans ses trois stades, mais moins intense que le précédent.

Les symptômes de la pneumonie étaient les mêmes ; le pouls était remonté à 64 ; les urines contenaient encore un sédiment briqueté. Je prescrivis 1 gramme de sulfate de quinine.

Le 23, la journée fut bonne, l'accès manqua complétement.

La matité est presque nulle ; le souffle tubaire et le râle crépitant manquent complétement ; quelques râles muqueux vers le sommet du poumon ; la toux est rare, quinteuse, et n'amène que des crachats bronchiques.

Par prévision, je prescrivis encore 60 centigrammes de sulfate de quinine et une potion contenant 10 centigrammes de kermès minéral.

Le 24, le malade est très-bien, demande des aliments, consent encore, quoique à regret, à prendre quelques cuillerées de potion au kermès.

Les 25, 26, 27, 28, le mieux continue ; les dernières traces de la pneumonie et de la bronchite disparaissent, et je me trouve en face d'un de ces faits rares dans la science, mais déjà contrôlés par nos maîtres : d'une pneumonie compliquée d'accès intermittent pernicieux, guérie par le sulfate de quinine ; de sorte que l'analyse du résultat thérapeutique doit faire donner à ces affections le nom de fièvres intermittentes à forme péripneumonique. (*Bullet. gén. de thérap.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 février 1857. — Présidence de M. Chassaignac.

M. Larrey présente un blessé de Crimée, qui, ayant subi l'amputation de l'avant-bras droit et la résection de l'humérus gauche, pourrait à peine se servir de ses membres mutilés, sans l'emploi d'un appareil spécial imaginé pour lui.

L'observation recueillie en détail par M. Gaujot, ex-aide de clinique au Val-de-Grâce, est résumée par M. Larrey de la manière suivante :

Le nommé Rœpel, soldat au 86e de ligne, est blessé, le 24 juillet 1855, par un obus qui lui emporte la main droite, en brisant son fusil, entame largement la paroi antérieure de l'aisselle gauche, traverse l'articulation scapulo-humérale, en fracassant l'extrémité supérieure de l'humérus, et ressort directement en dehors de l'épaule. Le blessé perd connaissance, et ensuite il parvient tout seul à l'ambulance, où on constate la double lésion, avec hémorrhagie assez faible du côté droit, mais considérable du côté gauche, sans que sa source paraisse provenir des vaisseaux axillaires. Cette circonstance, sans doute, fait espérer la conservation du bras, malgré le délabrement des parties, car on procède immédiatement à la résection de l'humérus. Mais la nécessité d'abord de régulariser les lambeaux et d'extraire une à une les nombreuses esquilles provenant de l'extrémité articulaire de l'humérus, pour réséquer ensuite cet os au-dessous de sa fracture, la difficulté enfin de rapprocher et de maintenir des lambeaux trop étroits pour recouvrir la vaste plaie, prolongent l'opération bien au delà du temps qu'elle exige d'ordinaire. Un pansement contentif, avec remplissage de l'aisselle, soulèvement du bras vers l'épaule et maintien du membre contre la poitrine à l'aide d'un bandage, tendent à compléter les indications premières de ce côté.

L'amputation de l'avant-bras droit est pratiqué aussitôt après vers le tiers inférieur, ou à peu près au niveau de la mutilation; et la réunion immédiate n'est suivie d'aucun accident notable, sauf la formation d'un simple abcès au-dessus du moignon.

Le blessé, évacué sur Constantinople après sa double opération, se trouve d'abord dans un état inquiétant : les lambeaux de la résection rapprochés avec des bandelettes se sont mortifiés; la plaie est largement ouverte, et la cavité glénoïde tout à fait à découvert. Des pansements à plat sont à peine modifiés pendant quatre mois, et le membre est maintenu dans une position fixe durant cette longue période, sans qu'il survienne de complication, ni abcès, ni gangrène, ni pourriture d'hôpital. Cinq mois enfin après la blessure, la plaie semble complétement cicatrisée ; mais elle s'ulcère deux ou trois fois encore dans le cours de quelques mois, jusqu'à sa guérison définitive survenue l'année suivante. C'est seulement au dixième mois que l'opéré a été débarrassé de son écharpe, pour faire exécuter les premiers mouvements à son bras.

Entré au Val-de-Grâce le 5 septembre 1856, afin d'y obtenir quelques soins secondaires et un membre artificiel, cet intéressant blessé nous préoccupe aussitôt, à l'égard de la résection de l'humérus, qui semble avoir annihilé en partie l'action des muscles. On constate d'abord une vaste perte de substance à la face antérieure de l'aisselle et de l'épaule, dont le moignon naturel n'existe plus, une dépression considérable le remplace, et toute son étendue, jusqu'au bord correspondant de la poitrine, est recouverte par une cicatrice blanchâtre, assez dense, solide, irrégulière et froncée, formant à elle seule la paroi antérieure de la région axillaire. La peau du creux de l'aisselle est attirée en avant et remonte jusqu'au-dessous de l'apophyse coracoïde. La cicatrice forme en bas une bride transversale très-forte, rétractée, étendue de la paroi thoracique à la peau du bras, et adhérente aux tendons des muscles grands et petits pectoraux. On sent que ceux-ci ont été largement entamés par le projectile, mais ce qu'il en reste adhère à la cicatrice et se contracte encore au-dessous d'elle. L'insertion du biceps à l'apophyse coracoïde persiste, et son tendon, dans les différents mouvements du bras, fait une saillie prononcée sous la peau. Toute la moitié antérieure du deltoïde manque complétement ; la voûte coraco-acromiale est restée intacte; la cavité glénoïde elle-même n'est pas sensiblement déformée, et ses contours, sur lesquels adhère la cicatrice, sont nettement appréciables.

Quant à l'humérus réséqué, son bout supérieur, saillant sous la peau, la soulève à la face antérieure du bras, par un mouvement de bascule tendant à porter le coude en dehors et en arrière. La portion de l'os enlevée est considérable, et représente une perte de substance de 8 centimètres, d'après la mesure prise de l'acromion à l'épicondyle du côté sain, et comparativement du côté de l'opération. Le bras au repos pend naturellement le long du corps, si ce n'est que le coude est toujours un peu porté en dehors et en arrière. Mais aussitôt que le bras cherche à exécuter quelques mouvements, ses muscles, en se contractant, attirent en haut l'humérus, qui, n'ayant plus de point d'appui, bascule en avant par sa partie supérieure. Il résulte de là que toute la force des muscles se trouve perdue, et que les mouvements d'élévation et d'abduction deviennent tout à fait impossibles. Le tendon du biceps et la moitié postérieure du deltoïde sont la cause de cette bascule de l'os en avant; et je m'assure enfin, par une manœuvre très-simple, que l'obstacle à l'exécution du mouvement résulte seulement d'un défaut de résistance à l'extrémité supérieure de l'humérus. Il me suffit pour cela, comme je le démontre ici, de saisir avec la main cette portion de l'os à travers les téguments, et sinon de l'immobiliser, du moins de la fixer assez solidement au centre du bras, pour qu'aussitôt le blessé puisse mouvoir son membre en différents sens et porter la main à sa figure, au-dessus de sa tête, et jusque sur l'épaule du côté opposé; autant de mouvements impossibles, sans ce point d'appui. Il ne peut même, dans l'état ordinaire, utiliser la main qui lui reste qu'en la soulevant avec le moignon de son avant-bras droit, pour la porter vers les objets à saisir, et encore exécute-t il cette manœuvre péniblement.

Je songe aussitôt à lui faire faire un appareil contentif, qui supplée d'une manière définitive à la pression momentanément exercée ; mais les premiers essais ne remplissent pas cette indication d'une manière satisfaisante, et ce n'est qu'après divers tâtonnements que le bandagiste de M. Charrière finit par confectionner un appareil convenable. Il consiste, comme on le voit, en une sorte de demi-brassard, à ressort de métal solide, mais élastique, formant une poignée garnie de peau, pour assujettir l'humérus, sans comprimer les vaisseaux ni les nerfs, et maintenu en place par un simple corsage et par des brides de caoutchouc. Cet appareil prothétique, d'ailleurs susceptible de quelques modifications, pour prévenir l'ulcération de la cicatrice, fournit à l'humérus réséqué le levier ou point d'appui qui lui était nécessaire, et me semble pouvoir être appliqué utilement à des cas analogues de résection.

M. Huguier. L'intéressante présentation de M. Larrey nous démontre une fois de plus la nécessité de ne point se hâter d'amputer dans les plaies d'armes à feu qui ouvrent l'articulation scapulo-humérale, en broyant même l'extrémité supérieure de l'humérus. Presque tous les blessés que j'ai eu à soigner dans ces circonstances ont conservé leur membre. Relativement à la prothèse, je citerai un fait que j'ai observé autrefois dans le service de M. Husson: Une femme, dont le bras avait été broyé par une roue de voiture, avait perdu la partie moyenne de l'humérus dans une étendue de 7 ou 8 centimètres. L'usage de son membre était presque entièrement aboli ; mais quand elle voulait faire agir son avant-bras, elle appliquait une bande roulée qui pressait énergiquement sur l'intervalle séparant les deux fragments.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

A son occasion, M. Huguier désire compléter l'histoire d'une femme citée par lui, qu'il a opérée d'une tumeur hémorrhoïdale au moyen de l'écrasement linéaire. La malade est aujourd'hui bien guérie ; sa rétention d'urine avait cessé d'elle-même le vingt et unième jour.

— M. Chassaignac met sous les yeux de la Société la tumeur hémorrhoïdale dont on a parlé M. Forget. Cette tumeur a été enlevée chez un jeune homme de trente-quatre ans, aujourd'hui parfaitement guéri.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur L. Ciniselli, chirurgien en chef de l'hôpital de Crémone, qui avait précédemment adressé plusieurs mémoires sur divers sujets de chirurgie, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant. (Commissaires : MM. Broca, Guérin et Giraldès.)

— M. le docteur Dupieris, chirurgien à la Havane, adresse une lettre de remercîments à l'occasion de sa nomination de membre correspondant étranger.

— M. Cloquet fait hommage à la Société d'un mémoire sur le traitement du crétinisme, publié par le docteur Guggenbühl.

— M. le docteur Costes (de Bordeaux) fait hommage d'un mémoire sur le traitement de la fistule lacrymale.

— M. le secrétaire général annonce ensuite qu'aucun mémoire n'a été envoyé pour le prix à décerner en 1857 ; la question était celle-ci : *Des plaies des os*. (La question de prix pour l'année 1858 est la suivante : *Des paralysies traumatiques*.

— On procède ensuite à l'élection de la commission chargée d'examiner les thèses envoyées pour le prix Duval. Les trois membres nommés sont MM. Deguise, Verneuil et Giraldès.

LECTURE DE MÉMOIRES ORIGINAUX.

M. Reybard donne lecture d'un travail intitulé *Modifications apportées au traitement des tumeurs blanches à un degré avancé ou avec épanchement de pus dans l'articulation.*

Le travail de M. Reybard est renvoyé à une commission composée de MM. Broca, Verneuil et Richet.

— M. Marjolin donne lecture d'un rapport de M. Robert sur un travail de M. Gély, intitulé *Etudes sur le cathétérisme.*

Les conclusions de ce rapport seront lues au commencement de la séance prochaine.

Le vice-secrétaire de la Société, Ad. Richard.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

La Cour de cassation a rendu, le 6 février courant, un arrêt qui fixe la jurisprudence sur une question qui avait été jusqu'ici différemment interprétée par les tribunaux. Il s'agit du débit des médicaments par les médecins homœopathes.

Sur le pourvoi de MM. Sicaud et autres, pharmaciens à Angoulême, contre un arrêt de la Cour impériale de Bordeaux, rendu en faveur de M. Moreau, médecin homœopathe à Angoulême, la Cour de cassation (chambre criminelle) a rendu l'arrêt suivant :

« Ouï M. le conseiller Lascoux, en son rapport, Me Béchard, avocat, en ses observations ;

» Statuant sur le pourvoi formé par les nommés Sicaud, Durand, Massonneau, Dubert, Allenet, Breton-Robert, Rogée, Dubignon et Duroux, tous pharmaciens à Angoulême, contre un arrêt de la Cour impériale de Bordeaux, chambre correctionnelle, rendu en faveur du nommé Moreau, docteur en médecine, à Angoulême ;

» Vu les articles 25, 33 et 36 de la loi du 21 germinal an XI, et la loi du 29 pluviôse an XIII ;

» Attendu que les dispositions de la loi du 21 germinal an XII sont générales et absolues, et prohibent, sauf l'exception contenue en l'article 27 de ladite loi, le débit des médicaments pour toutes personnes autres que les pharmaciens ;

» Attendu que l'arrêt attaqué, tout en reconnaissant que Moreau, docteur en médecine établi à Angoulême, a débité dans cette ville des substances médicales, destinées à la guérison des maladies, a renvoyé le prévenu des fins de la plainte, parce que la méthode homœopathique suivie par ce médecin était une méthode nouvelle, non réglementée par la loi, et *que les préparations dont elle fait usage, et dans lesquelles les substances médicales ne sont employées qu'à des doses infiniment petites et à peine perceptibles, ne figuraient pas dans le* Codex *du formulaire légal ;*

» Attendu que quelque minime que soit la dose des substances par elle employées, la méthode homœopathique ne leur attribue pas moins une vertu curative, et que dès lors, elle les considère comme des médicaments ;

» Que ces substances ne sauraient avoir un autre caractère, quelle que soit la doctrine médicale qui préside à leur emploi ;

» Qu'ainsi, et abstraction faite de leur nature et de leur volume, ces substances sont de véritables médicaments, que nul hormis les pharmaciens, n'a le droit de débiter, s'il ne se trouve dans l'exception ci-dessus mentionnée ;

» Attendu que si les remèdes homœopathiques ne figurent pas dans le *Codex* ou formulaire légal, ces remèdes peuvent toujours se produire comme remèdes *magistraux*.

» Que, d'ailleurs, cette circonstance ne saurait en autoriser la préparation et le débit par d'autres que les pharmaciens ;

» Attendu que l'arrêt attaqué constate que Moreau a acheté les médicaments par lui débités dans une pharmacie établie hors d'Angoulême;

» Attendu que ce fait ne place pas Moreau dans l'exception dont parle l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI, puisqu'il existe à Angoulême des officines ouvertes;

» Que si Moreau pouvait légalement, pour un cas donné, prendre dans une pharmacie hors d'Angoulême des médicaments qu'il ne trouvait pas dans cette ville, il ne pouvait faire et tenir chez lui provision de médicaments pour tous les cas qui se présenteraient, et arriver ainsi à éluder les prescriptions de la loi ;

» D'où il suit qu'en refusant de faire application audit Moreau des dispositions de la loi du 21 germinal an XI et de la loi du 29 pluviôse an XIII, l'arrêt attaqué a formellement violé lesdites lois ;

» La cour casse et annule l'arrêt rendu par la cour impériale de Bordeaux, chambre des appels de police correctionnelle, le 21 novembre 1856, et, pour être statué conformément à la loi sur l'appel interjeté par les nommés Sicaud, Massonneau et autres, du jugement du tribunal correctionnel d'Angoulême en date du 16 septembre 1856, renvoie les parties et les pièces de la procédure devant la cour impériale de Poitiers. »

Le Sous.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 20. — MARDI 17 FÉVRIER 1857. (30e ANNÉE.) N° 20. — MARDI 17 FÉVRIER 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 16 février 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

Les *petits* livres de M. Flourens sont des modèles d'exposition, remarquables surtout de clarté et de concision. Ce sont tout à la fois des préceptes et des exemples pour ceux qui se proposent d'écrire l'histoire de la science. La nouvelle édition de l'*Histoire de la découverte de la circulation du sang*, dont le savant secrétaire perpétuel vient de faire hommage à l'Académie, possède au plus haut degré ce genre de mérite, qu'il joint à d'autres qualités d'un ordre plus élevé encore. Dans les quelques mots dont M. Flourens a accompagné cet hommage, on trouvera un specimen de sa manière large et élevée de comprendre l'histoire; c'est, avec le charme bien connu de son style, le secret de la constante faveur qui accueille toutes ses productions.

Cette communication, qui rappelle l'une des plus grandes découvertes de la physiologie, semble avoir porté bonheur au reste de la séance. On dirait, en effet, que c'est sous l'inspiration des grands souvenirs évoqués qu'ont été présentés plusieurs mémoires qui touchent aussi à des questions de physiologie ou d'anatomie comparée très-intéressantes : tels, par exemple, le mémoire de M. Giraud-Teulon, sur la pression atmosphérique dans ses rapports avec l'organisme vivant ; la lettre de M. Ch. Martins, sur la torsion de l'humérus ; les nouvelles recherches de M. Brown-Séquard sur les capsules surrénales.

Frappé de l'insuffisance des principes admis jusqu'à présent dans la science pour expliquer l'équilibre existant entre la pression atmosphérique et les forces intra-organiques qui lui résistent, M. Giraud-Teulon a cherché une autre explication de ce phénomène. Il croit l'avoir trouvée dans l'étude des lois de la circulation et de la pression dans les grands systèmes vasculaires, et en particulier dans la connaissance de ce fait établi par MM. Magendie, Poiseuille et Cl. Bernard, que le système capillaire, doué d'une contractilité propre, est intermédiaire, sous le rapport des pressions, comme sous les autres rapports, au système artériel et au système veineux, et que la pression dans ce système est, comme dans les veines et les artères, supérieure à la pression atmosphérique.

M. Giraud-Teulon a été amené de là à étudier l'état des pressions dans les cavités séreuses, soit pendant les mouvements des viscères qui en sont revêtus, soit pendant les mouvements des membres et dans les divers états d'ampliation des espaces inter-articulaires qui en résultent. Les résultats de ses expériences, d'accord avec les faits signalés par MM. J. Guérin et Bonnet (de Lyon), et les applications pratiques qu'ils en ont déduites, paraissent également confirmer ses vues théoriques.

Le fait de la torsion de l'humérus sur son axe, bien connu et signalé par les anatomistes, a fourni à M. Ch. Martins l'occasion de faire des rapprochements ingénieux entre cet os et le fémur, et d'émettre des considérations très-intéressantes sur le rapport du degré de torsion de l'humérus avec le sens suivant lequel s'effectuent les mouvements du membre thoracique dans les diverses classes de mammifères, et sur le mécanisme du vol, de la reptation et de divers autres modes de progression.

Les nouvelles recherches de M. Brown-Séquard sur les capsules surrénales n'établissent aucun fait nouveau, mais elles confirment les résultats qu'il a déjà fait connaître et qu'il s'est cru obligé de raffermir par de nouvelles expériences, pour réfuter les objections opposées à ses premiers résultats.

Pour compléter l'exposé des travaux communiqués dans cette séance, il nous faut signaler un mémoire de M. Philipeaux (de Lyon), sur l'anesthésie de la vessie, mais en exprimant le regret que le *Compte rendu* se soit borné à une si brève analyse, que toute appréciation de la valeur et de la portée de ce travail nous est impossible. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. Bouchut.

Des cysticerques du cerveau chez les enfants.

Les entozoaires du cerveau sont encore plus rares chez les enfants que chez l'homme adulte. A ce titre, les observations que je rapporte offrent un intérêt réel; mais il y a dans les circonstances qui ont accompagné l'évolution et le développement de ces *cysticerques* des particularités infiniment plus curieuses que je vais signaler.

Longtemps on a décrit sous le nom d'*acéphalocystes* du cerveau les entozoaires trouvés dans cet organe, sans déterminer l'espèce d'helminthe renfermée dans la vésicule d'enveloppe. Or il peut s'y trouver des *échinocoques ;* Zeder en a trouvé douze dans le troisième ventricule du cerveau d'une petite fille ; « quelques-uns avaient le volume d'un œuf de poule » (*Dict. de méd.*, Reynaud, t. XV, p. 439). On y a observé des *polycéphales* ; mais ceux qu'on y observe le plus ordinairement sont les différentes variétés de cysticerque, et principalement celle qui est connue sous le nom de *cysticercus cellulosæ*. Il règne une grande confusion dans les publications qui ont été faites à cet égard, et sous le double rapport anatomique et clinique, l'étude de ces entozoaires peut être recommencée avec avantage.

Ainsi dans les observations de Lancisi (*De subit. mort.*), d'Abercrombie (*Mal. de l'encéphale*, p. 475), d'Esquirol (*Bulletins de la Faculté de médecine*, p. 426), de M. Rostan (*Ramollissement du cerveau*, p. 413), de Martinet (*Revue méd.*, 1823), de Constant (*Gaz. méd.*, 1036), de M. Andral (*Anatomie pathologique*, p. 850), etc., la nature des entozoaires trouvés dans le cerveau n'a pas été spécifiée. D'une autre part, Fischer (de Leipzig) en a trouvé deux dans le plexus choroïde, que Laënnec, en raison de leur nature particulière, a nommés *cysticercus fischerianus ;* et Treutler, d'après quelques points blancs observés sur la vessie caudale d'un cysticerque logé dans le plexus choroïde d'une femme, en a fait une nouvelle espèce sous le nom de *cysticerque pointillé*. Ce petit nombre d'exemples suffit pour démontrer toute l'importance de nouvelles recherches sur ce point d'anatomie.

On sait déjà par les observations de Fischer, de Brera, d'Himly, de Zeder, et surtout par celles d'Esquirol, de MM. Calmeil, Andral et Rostan, qu'il est presque impossible d'établir pendant la vie le diagnostic des cysticerques du cerveau, tant leur présence détermine peu de symptômes caractéristiques. Ce diagnostic n'est possible qu'en médecine vétérinaire, et particulièrement chez les moutons, qui, sous l'influence des cysticerques cérébraux, tournent sur eux-mêmes de manière à mériter le nom de *tournis*.

Chez l'homme, les symptômes offerts par les malades dans le cerveau desquels existe un ou plusieurs cysticerques sont tellement variables et si peu en rapport avec les effets secondaires, matériels, développés dans l'encéphale, tels que la compression, l'œdème, le ramollissement, la phlegmasie, l'induration, etc., qu'il est impossible de faire un diagnostic exact, et que la nécropsie seule peut révéler la nature du mal.

Obs. I. — *Fièvre typhoïde. — Cysticerque du cerveau. — Méningite suppurée sans symptômes.*

Joséphine Plet, âgée de six ans, entrée le 21 mars 1855 au n° 24 de la salle Sainte-Marguerite, à l'hôpital Sainte-Eugénie, a été vaccinée. Elle est née d'un père scrofuleux amputé à sept ans d'une tumeur blanche du genou, et ayant une seconde tumeur blanche au coude avec fistule depuis cinq ans. Sa mère est bien portante. Elle a six frères et sœurs, tous affectés de gourmes et de glandes. Cette enfant a elle-même eu des glandes et des gourmes sur le cou. Elle n'est sujette ni à s'enrhumer ni à la diarrhée. Elle a eu la rougeole il y a deux ans, et *elle est malade depuis huit jours*. Prise de céphalalgie, de courbature, d'inappétence et de vomissements pendant deux jours, elle a eu ensuite la diarrhée pendant plusieurs jours, après lesquels elle est venue à l'hôpital.

Etat actuel. — Enfant brune, assez bien développée ; face rouge, altérée ; les yeux enfoncés : lèvres brunes, un peu sèches ; langue blanche, chargée d'un enduit blanchâtre ; peu de soif, pas d'appétit ;

FEUILLETON.

Des songes chez les anciens. — De la stéréoscopie. — Beaucoup de canards dans l'air.

On sait le grand rôle que le songe jouait chez les anciens, mais on connaît peut-être moins les diverses espèces de songes qu'ils reconnaissaient, et il y aurait certainement une curieuse étude à faire sur ce sujet. Il ne nous appartient pas en ce moment de nous livrer à de semblables recherches, nous nous bornerons à détacher une feuille d'un auteur peu lu et cependant rempli d'intérêt, c'est de Macrobe que je veux parler. Nous allons par lui être initiés à ces choses intimes que d'autres n'ont pas même indiquées, et en voir l'application dans cette œuvre remarquable qui a pour titre le *Songe de Scipion*.

Tous les objets que l'on voit en dormant étaient classés par les anciens sous cinq genres différents : 1° le songe proprement dit (ὄνειρος des Grecs, *somnium* des Latins) ; 2° la vision (ὅραμα, *visio*) ; 3° l'oracle (χρηματισμὸς, *oraculum*) ; 4° le rêve (ἐνύπνιον, *insomnium*) ; 5° le spectre (φαντάσμα, *visus*).

Pour eux, le songe n'était pas autre chose qu'une manifestation des dieux ; le songe était éminemment religieux, et on le soumettait à des interprétations fort sérieuses d'où dépendaient souvent de grandes résolutions.

Un mot d'explication sur ces divers genres de songe, dont les trois premiers avaient seuls une très-grande importance, car seuls ils servaient à la divination.

Le *songe* proprement dit était celui où les communications étaient faites en un style figuré tellement obscur, qu'il fallait nécessairement une interprétation pour le comprendre. C'était là le genre principal et vraiment important, aussi avait-il été peut-être plus étudié que les autres, et par suite il était devenu l'objet de nouvelles subdivisions. En effet, le songe peut nous être particulier, ou étranger, ou commun avec d'autres personnes; de plus, il peut concerner la chose publique ou bien l'universalité des choses ; d'où cinq espèces différentes.

Dans le premier cas, le songeur est agent ou patient; dans le second, il croit voir une autre personne que lui remplir un des deux rôles ; dans le troisième, il lui semble que d'autres partagent sa situation. Le songe concerne la chose publique, lorsqu'une cité, ses places, son marché, ses rues, son théâtre, ou telle autre partie de son enceinte ou de son territoire, nous paraissent le lieu de la scène d'un événement heureux ou néfaste. Il a enfin un caractère de *généralité*, lorsque le ciel, le soleil, la lune ou d'autres corps célestes offrent au songeur, sur un point quelconque, des objets nouveaux pour lui.

La *vision* a lieu lorsque les personnes ou les choses que nous verrons plus tard en réalité se présentent à nous telles qu'elles seront alors.

L'*oracle* se manifeste lorsqu'un personnage vénérable et imposant, tel qu'un père, une mère, un prêtre, la Divinité elle-même nous apparaît pendant notre sommeil pour nous instruire de ce que nous devons ou ne devons pas faire, de ce qui nous arrivera ou ne nous arrivera pas.

Le *rêve* a lieu lorsque nous éprouvons en dormant les mêmes peines d'esprit ou de corps et les mêmes inquiétudes sur notre position sociale que celles que nous éprouvions étant éveillés.

Enfin, le *spectre* s'offre à nous dans ces instants où l'on n'est ni parfaitement endormi ni tout à fait éveillé. Au moment où l'on cède au sommeil, on se croit assailli par des figures fantastiques dont les formes n'ont pas d'analogue dans la nature. On les voit errer autour de nous sous des aspects qui nous laissent des impressions de tristesse ou de gaieté. Le cauchemar appartient à ce genre, et le vulgaire, de nos jours, ne fait que rappeler l'idée populaire des anciens, en ne voyant dans le cauchemar que la présence d'un spectre qui, après s'être placé sur la poitrine du dormeur, l'accable de tout son poids.

Voulez-vous maintenant voir comment, avec ces données, les anciens interprétaient les songes? Prenons le *songe de Scipion*, et rappelons d'abord brièvement dans quelles circonstances il eut lieu.

Scipion Emilien venait de se rendre pour la première fois en Afrique, comme tribun des soldats dans la quatrième légion. Il n'eut rien de plus pressé que d'aller rendre visite au roi Masinissa. Celui-ci, après avoir été l'ennemi de Rome, en était devenu l'ami précieux, grâce au procédé délicat du premier Scipion, qui lui avait renvoyé sans rançon un de ses neveux, tombé au pouvoir des Romains. Depuis ce moment une grande intimité régnait entre les deux familles, et l'Emilien reçut du roi le plus gracieux accueil.

Après un repas d'une magnificence royale, on conversa longtemps de l'Africain ; enfin la fatigue força l'Émilien à se retirer sous sa tente : il tomba bientôt dans un profond sommeil, et ce fut alors que vint se présenter devant lui son aïeul, qu'il ne connaissait que par ses portraits. Celui-ci s'enlève en esprit dans les demeures célestes. L'univers entier se dévoile à ses yeux ; il entend l'harmonie des sphères et voit partout un ordre merveilleux et la main de Dieu sur le monde. Le vainqueur d'Annibal lui apprend à mépriser la terre et à ne chercher d'autre gloire que celle de la vertu et de l'immortalité.

Ce morceau, un des plus beaux de l'antiquité et qui a joui à Rome de la plus grande célébrité, renferme les trois premiers genres de

ventre un peu tendu, généralement douloureux; pas de gargouillement. Elle a eu depuis son entrée plusieurs garde-robes jaunes, tout à fait liquides. La peau est modérément chaude, et le pouls à 108. Un peu de râle sibilant et sous-crépitant dans la poitrine. — Limonade; vomitif avec sirop d'ipécacuanha, 30 grammes, poudre d'ipécacuanha, 0,50 centigr.; cataplasmes sur le ventre.

Le 22 mars, plusieurs vomissements bilieux et deux garde-robes jaunâtres; délire toute la nuit. Ce matin, le visage est aussi altéré qu'hier; le pouls à 120. Le ventre est souple, un peu douloureux partout, sans gargouillement intérieur. — Limonade; cataplasmes sur le ventre.

Le 23, encore un peu de délire la nuit; trois garde-robes liquides; ventre un peu tendu, ballonné, sans gargouillement; langue blanche et sèche, fendillée, couverte de papilles rouges; pouls à 124. — Cataplasmes; citrate de magnésie, 15 grammes.

Le 24, un peu de délire nocturne; le ventre est souple et paraît douloureux, sans gargouillement; un vomissement et deux garde-robes liquides. La langue est toujours blanche, fendillée, poisseuse; toux assez fréquente; râle sibilant dans la poitrine; un peu d'assoupissement; altération du visage; le pouls petit, 120. — Cataplasmes; limonade, bain.

Le 25, le délire a diminué, l'enfant est assoupie.

Le 26, le délire a disparu, et l'enfant est calme; fièvre moindre; le visage est bien meilleur.

Le 27, pas de délire; agitation la nuit; trois garde-robes liquides; ventre souple, peu douloureux, sans taches lenticulaires; un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite; langue blanche très-chargée, humide; pas de toux. Rien dans la poitrine. Pouls, 116. — Citrate de magnésie, 20 grammes.

Le 29, l'enfant est très-agitée; elle a eu un peu de délire; pouls, 120. Toujours un peu de diarrhée; le ventre est aplati, souple, mais douloureux; pas de taches à la surface. — Limonade sucrée; bain.

Le 30, deux gardes-robes et deux vomissements la nuit; le ventre est souple et indolent; pas de gargouillement; un peu d'agitation; pas de délire; la langue est chargée; soif fréquente; pouls, 108. — Limonade.

Le 31, une garde-robe; deux vomissements de matières vertes porracées; le ventre est souple et indolent; le visage est rouge livide; les yeux enfoncés; les mains sont rouges, un peu froides; le pouls petit, presque insaisissable, 88; la langue blanche, très-chargée. — Bain; bouillon coupé.

Le 1er avril, un vomissement de matières vertes. — Décoction blanche de Sydenham.

Le 2, un peu de diarrhée; un seul vomissement pendant la nuit; la face est violacée, ainsi que les extrémités, qui sont froides; le pouls petit, insaisissable, 100. — Bain.

Le 3, un vomissement; deux garde-robes peu abondantes, liquides; le visage aussi altéré, livide et froid; les mains sont livides, et le pouls presque insensible. — Glace.

Le 5, deux vomissements; plusieurs garde-robes; la langue se nettoie; le pouls, 88. — Glace; angélique vineuse; bouillon.

Le 6, l'enfant n'a pas vomi, mais elle va très-souvent à la garde-robe et rend des matières verdâtres; la langue est blanc jaunâtre, et la soif très-fréquente; le ventre est aplati, peu douloureux; il offre à sa surface deux petits abcès superficiels, développés au-dessous de pustules d'acné; le visage est toujours aussi altéré, mais il est moins froid; pouls petit, 108. — Glace, bain.

Le 8, les abcès se sont ouverts spontanément; la diarrhée persiste, et l'enfant a vomi une matière compacte, solide, moulée en cylindre, blanc jaunâtre, du volume du pouce, terminée en pointe à ses deux extrémités. Elle semble composée d'un amas de lait caillé. Le visage et les mains sont froids, cyanosés; les yeux profondément excavés, cholériques; plaintes continuelles; tremblement des membres; l'enfant demande à boire, joue avec les objets qu'on lui offre; elle reste continuellement assise sur son lit; pouls très-petit, très-fréquent, filiforme. Elle reste en cet état tout le jour et meurt à sept heures du soir.

Autopsie 38 heures après la mort.

L'intestin grêle ne présente aucune altération à la partie supérieure; dans sa moitié inférieure, on voit quelques traces d'injection sous forme de lignes transversales, siégeant surtout dans le sillon des valvules conniventes; à mesure que celles-ci diminuent, l'injection est plus irrégulière. Elle forme de petites plaques arborisées, d'un rouge brun, augmentant en nombre et en étendue vers le cœcum.

Les plaques de Peyer les plus inférieures participent à cette coloration; mais celles-là ne sont pas ulcérées; c'est un peu plus haut, à 20 ou 30 centimètres de la valvule iléo-cœcale, que l'on rencontre trois ulcérations, sur des plaques hypertrophiées et ramollies. Enfin, à la partie inférieure de l'intestin grêle, les follicules muqueux sont saillants et tuméfiés. Ils offrent un petit point noirâtre à leur orifice central.

Les follicules isolés ont le même aspect dans le gros intestin, et ces petits points noirs y sont extrêmement nombreux. Le cœcum est fortement coloré (rouge livide), sa muqueuse ramollie.

Le côlon offre bien quelques stries rougeâtres çà et là, mais il n'y a réellement à noter que le nombre de ses follicules hypertrophiés.

Rien aux reins; la vessie est très-distendue par une grande quantité d'urine.

Le *foie*, la *rate* et le cœur sont dans l'état normal.

Le poumon droit présente à son sommet en arrière une masse de coloration foncée livide; toute cette partie est saillante à l'œil et dure au toucher. L'incision révèle une véritable hépatisation : la coupe est uniforme, sans qu'on puisse distinguer la séparation des lobules enflammés; il existe une ligne de démarcation très-tranchée entre la masse enflammée et la portion saine. Enfin un peu plus profondément, il y a un peu de suppuration, et quelques petits lobules sont déjà suppurés. Toute cette partie malade va au fond de l'eau; le reste surnage. Le poumon gauche offre des altérations analogues dans son lobe inférieur; seulement au lieu de n'offrir qu'une seule masse enflammée du volume d'une grosse noix, plusieurs petits noyaux, gros comme une noisette, également saillant à l'extérieur, même coloration, même consistance, et contenant aussi de petits lobules au 3e degré et sous l'apparence de pneumonie lobulaire.

Les méninges sont injectées dans presque toute leur étendue; à la convexité du cerveau, elles sont fortement infiltrées d'un liquide blanchâtre gélatiniforme; à la base, la coloration de cette infiltration se rapproche davantage de celle du pus; et au niveau de l'espace sous-arachnoïdien antérieur, on peut faire refluer avec la lame du scalpel un liquide crémeux, blanchâtre, purulent, entre l'arachnoïde et la pie-mère.

A la convexité du cerveau, à 2 ou 3 centimètres de la grande scissure, vers la moitié antéro-postérieure du lobe gauche dans le sillon de deux circonvolutions latérales, l'arachnoïde est soulevée par une petite vésicule transparente d'un centimètre d'épaisseur, dans laquelle nage un petit flocon blanchâtre; cette petite vésicule est détachée avec soin, elle est parfaitement close, c'est-à-dire que sa cavité ne communique point avec la grande cavité arachnoïdienne ni avec le liquide céphalo-rachidien. L'examen microscopique de cette petite poche et du corps opaque qu'elle contient révèle l'existence d'un *cysticerque* replié dans son enveloppe.

A côté du cysticerque, il y en a un second dont la poche est aplatie et qui paraît en voie de décomposition.

Tous deux appartiennent à l'espèce *Cysticercus cellulosæ de Rudolphi.*

La pulpe cérébrale n'est nullement altérée; sa consistance et sa coloration sont normales.

Les muscles ne renferment rien de particulier.

Chez cette enfant âgée de six ans, les symptômes ont été au début ceux de la fièvre typhoïde, tels qu'on les observe généralement à cet âge : céphalalgie, courbature, inappétence, vomissements et forte diarrhée, avec gargouillement dans la fosse iliaque droite; tension et douleur du ventre, sécheresse et fuliginosité des lèvres, râles sibilant et sous-crépitant dans la poitrine, fièvre vive et un peu de délire pendant la nuit. Ces symptômes ont duré quinze jours, et l'état général semblait s'améliorer, lorsque des vomissements persistants de matières vertes, porracées, vinrent aggraver la situation. Il y a tant d'exemples de vomissements incoercibles à la fin des fièvres typhoïdes et dans leur convalescence, que le fait semblait se rapporter aux exceptions malheureuses déjà connues. Pendant huit jours encore ces phénomènes se sont manifestés, de sorte qu'à partir du début jusqu'au jour de la mort, il s'est écoulé un mois, durant lequel se sont succédé les principaux phénomènes qui viennent d'être indiqués. Pendant tout ce temps le pouls a varié de 120, lors du début, à 108 et à 100 pulsations régulières, variables seulement pour la force et la résistance sous le doigt. Il devint presque insensible pendant les derniers jours de la vie. Le délire nocturne des premiers jours disparut à mesure que la maladie s'avançait vers son terme fatal, et à la dernière heure, nul trouble intellectuel, sensitif et musculaire, ne dut faire pressentir une altération quelconque du cerveau. En effet, l'enfant, assise sur son lit, causait avec ceux qui la venaient voir, tendait les mains pour être levée. Elle se remuait en tous sens, et elle mourut sans présenter de délire, de paralysie, ni de mouvements convulsifs.

La persistance des vomissements depuis le début jusqu'à la fin des accidents, est le seul phénomène cérébral qui ait une valeur rétrospective séméiotique, et c'est le seul, qu'après nécropsie, on puisse faire concorder avec la lésion trouvée dans le cerveau. Le délire continu, la paralysie musculaire, l'affaiblissement et l'abolition de l'exercice des sens, les convulsions internes ou externes, toniques ou cloniques, qui auraient dû se montrer, n'ont pas existé un seul moment, même aux approches de la mort.

Vis-à-vis d'une pareille malade, et en présence de symptômes de ce genre, nous avons cru à une fièvre typhoïde abdominale; la nécropsie nous a donné raison sous un certain rapport, puisque avec les traces d'une phlegmasie non douteuse de la muqueuse iléo-cœcale des follicules et des plaques hypertrophiées, d'autres ramollies et ulcérées, justifièrent l'exactitude du diagnostic, et cependant ces lésions étaient si peu développées que, pièces en main et par elles, on ne se rendait que difficilement compte de la mort.

La nécropsie nous a permis de vérifier l'existence d'une pneumonie lobulaire discrète au second et au troisième degré, dont les râles sibilant et sous-crépitant avaient bien fait soupçonner l'existence.

Enfin, ce que les symptômes n'ont pu faire pressentir, et ce dont la nécropsie est venue établir l'existence, ce sont : les cysticerques des circonvolutions cérébrales, et la méningite avec suppuration de la périphérie du cerveau. Que les cysticerques du cerveau ne produisent chez l'homme aucune réaction morbide spéciale caractéristique, c'est un fait difficile à comprendre, et que les observations antérieures de Bréra, Jecler, Andral, Calmeil, Rostan, ont bien établi; mais qu'une méningite puisse arriver à suppuration sans donner lieu à aucun phénomène particulier, c'est un fait plus rare, et c'est un mécompte dont l'anatomie pathologique, comme doctrine, devient justiciable.

Une exception de ce genre est une chose très-grave, qui pèse beaucoup dans la balance de l'interprétation qu'on doit faire du rapport des lésions aux symptômes. Toutes les tumeurs du cerveau, quelle que soit leur nature, sont comme les cysticerques et n'ont pas de symptômes caractéristiques. Il n'y a, en présomption de leur existence, que des probabilités plus ou moins grandes. La méningite et l'hémorrhagie du cerveau sont les seules affections de ce viscère dont le diagnostic échappe à l'incertitude du diagnostic des maladies précédentes. Cependant il faut maintenant faire une réserve pour la méningite qui peut exister à l'état latent, et c'est la première fois que j'ai observé du pus dans les méninges, sans que, pendant la vie, les troubles de l'intelligence, des sens et de la motilité, aient averti le médecin des désordres matériels en train de s'accomplir dans l'organe de la pensée.

(La fin au prochain numéro.)

DE L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DES BAINS D'EAU (1),

Par M. le Dr Frédéric Duriau.

2° *Fièvres éruptives.* — C'est en vain que dans la variole discrète ou confluente les bains ont été mis en usage dans le but de

(1) Fin. — Voir le numéro du 3 février.

songes; car, ainsi que nous l'avons déjà dit, les deux derniers ne peuvent servir à la divination.

L'Émilien entend d'abord la voix de l'*oracle*; car son père Paulus et son aïeul l'Africain, tous deux personnages imposants et vénérables, tous deux honorés du sacerdoce, l'instruisent de ce qui lui arrivera.

Il a une *vision*, puisqu'il jouit de la vue des lieux qu'il habitera après sa mort.

Il fait un *songe*. En effet, sans le secours de l'interprétation, il est impossible de lever le voile étendu par la prudence sur les révélations importantes dont on lui fait part.

Ce songe de Scipion est un heureux choix pour les démonstrations de ces divers songes; car on y trouve même les cinq espèces de songes que nous avons signalées plus haut.

Ce songe lui est *particulier;* car c'est *lui* qui est transporté dans les régions supérieures, et c'est *son* avenir qu'on lui déroule.

Il lui est *étranger;* car on offre à ses yeux l'état des âmes de ceux qui ne sont plus.

Ce qu'il croit voir lui sera *commun avec d'autres;* car c'est le séjour qui lui est destiné, ainsi qu'à ceux qui ont bien mérité de la patrie.

Ce songe intéresse *la chose publique*, puisque la victoire de Rome sur Carthage et la destruction de cette dernière ville sont prédites à Scipion, ainsi que son triomphe au Capitole et la sédition qui lui causera tant d'inquiétudes.

Enfin il embrasse *la généralité des êtres*, puisque le songeur, soit en élevant, soit en abaissant les yeux, aperçoit des objets jusqu'alors ignorés des mortels. Il suit les mouvements du ciel et ceux des sphères, dont la rapidité produit des sons harmonieux, et ses yeux, témoins du cours des astres et de celui des deux flambeaux célestes, découvrent la terre en son entier.

On peut juger par ce que nous venons de dire, non-seulement de l'importance que les anciens attachaient à ces songes, mais encore de la subtilité qu'ils déployaient pour donner une interprétation à des faits souvent bien innocents, et qu'ils mettaient à la torture pour en extraire quelques considérations ou quelques ordres utiles à leur cause ou à leurs passions. Que de choses n'aurions-nous pas à raconter à ce propos! Mais laissons pour aujourd'hui les anciens, et passons à une conquête moderne, la stéréoscopie, dont on se plaît chaque jour à constater les heureux résultats.

— Il y a quelque temps, un professeur distingué, M. Zinelli, proposait de remplacer les stéréoscopes par des lorgnettes d'opéra; aujourd'hui la lorgnette s'effacerait devant un moyen encore plus simple de se représenter, stéréoscopiquement et sans stéréoscope, une épreuve photographique.

Examinons d'abord le premier. Il faut placer l'épreuve sur un piédestal à trois ou quatre pieds d'une croisée et dans une direction telle qu'elle reçoive la lumière de biais, un peu en avant. Cela fait, on règle, au point de la vue distincte, une lorgnette d'Opéra, et on peut, à son aide, percevoir l'épreuve stéréoscopiquement avec les reliefs et la perspective de la nature.

Les tableaux soumis à cette épreuve donnent les mêmes résultats; bien plus, ils passent alors devant une critique fort sévère; car si le tableau ou le dessin est net, on en peut apprécier facilement le fini, tandis qu'au contraire les imperfections qui pourraient se dissimuler sautent aux yeux quand on les fait passer par ce rigoureux examen. En prenant le soin d'entourer le cadre d'une bande noire, on obtient de nouveaux effets merveilleux dans la vision des monuments. Toutes les fenêtres, qui y sont en blanc, semblent illuminées.

L'*Ami des Sciences*, auquel nous empruntons ces détails, communique une proposition de M. Barian, qui offre de remplacer le stéréoscope par la vue simple. En effet, pour voir stéréoscopiquement une épreuve photographique ou même un dessin, il suffit de regarder d'un seul œil en clignant un peu celui qui reste ouvert, et en se plaçant à une distance convenable. L'illusion est encore plus frappante, si on forme avec la main une espèce de tube de lunette au-devant de l'orbite.

Ces faits sont fort exacts, et M. l'abbé Moigno soutient dans le *Cosmos* une thèse qui se rapporte parfaitement à ce dernier procédé. Selon le savant mathématicien, nous avons trop de deux yeux pour voir les œuvres du peintre, du dessinateur et du photographe; pour lui aussi, il suffit de fermer un œil pour apercevoir l'image stéréoscopique.

C'est que la vision binoculaire, si nécessaire pour apprécier les distances, mettre chaque chose en son lieu et place dans la perspective géométrique et aérienne, ne nous rend les plus grands services que lorsque nous nous trouvons en face de la nature, de la réalité, d'objets avec leurs trois dimensions essentielles. Il n'en est plus ainsi devant une représentation abstraite de la nature sur des faces planes. En effet, par le seul fait de la convergence des deux axes optiques sur un point quelconque, nous voyons ce point à une distance déterminée et invariable. Et dans ce cas, les plus grands efforts de l'imagination ne pourront nous permettre de voir cet objet avec nos deux yeux à une autre distance. Il nous faudrait pour cela être artiste, c'est-à-dire capable de représenter en raccourci la perspective réelle qui se présente à nos yeux. Un dessin fait sur une surface plane sera toujours un dessin plat, quand nous le verrons avec nos deux yeux. Mais si nous regardons avec un seul œil, cette vision obéit à une nouvelle loi. Un seul axe optique dirigé sur un point ne fixe pas sa distance à l'œil; il peut se trouver sur la ligne indéfinie qui le joint au centre de la pu-

faire avorter ou de rendre moins confluente une éruption qui semblait devoir prendre un développement assez considérable. Chez vingt-cinq malades soumis à l'expérimentation pendant la période prodromique, on a pu constater l'évolution complète des pustules. Nous ne publierons pas ces observations; elles ne feraient que confirmer l'exactitude de notre assertion, sans apporter aucun élément nouveau de conviction au point de vue de l'exanthème.

Mais ce qui mérite une mention particulière, c'est l'heureuse influence qu'exercent sur l'état général des malades les bains administrés au moment où l'éruption a pris toute son extension. Et l'on comprendra sans peine cette action salutaire, si l'on tient compte des phénomènes qui s'opèrent alors. Sydenham, en effet, cherchant à expliquer la nature et le caractère de la variole, a dit depuis longtemps que « les particules enflammées de la petite vérole ayant été déposées dans le tissu des chairs, y produisent d'abord de petits phlegmons qui ensuite, par la violence de l'inflammation, suppurent et deviennent autant d'abcès; alors rien n'empêche qu'une certaine quantité de pus ne soit absorbée par les veines et transmise à la masse du sang, suivant les lois de la circulation. » Le médecin se trouve donc successivement en face d'un abcès, puis en face d'une pyoémie qui, donnant naissance aux troubles consécutifs à toute altération du sang, développera ce que Sydenham appelait la *fièvre putride secondaire*.

Il semblerait, au premier abord, que la science balnéologique se trouve en quelque sorte condamnée à l'impuissance devant ce cortége de troubles morbides, et les phénomènes généraux se succéderaient alors dans leur ordre fatal. Il n'en est pourtant pas ainsi, et l'on ne comprend guère comment Sydenham, qui avait si bien compris la pathogénie de la pustule variolique, n'ait pas complété sa pensée en demandant à la thérapeutique un moyen de prévenir cette fièvre putride plutôt qu'un agent pour la combattre lorsqu'elle s'est déjà manifestée. Or c'est dans les bains qu'on trouve le moyen le plus facile d'évacuer ces abcès ou pustules varioliques, et par conséquent de prévenir cette fièvre putride qui, au dire de Sydenham, est « extrêmement dangereuse. » D'ailleurs, cette pratique était employée déjà à la Pitié par M. Piorry. Lorsque l'éruption variolique était complète, il plongeait le malade pendant 30 à 40 minutes dans un bain à la limite thermique; de cette manière, il favorisait l'ouverture de l'exanthème et la sortie du pus.

Ces bains ont été employés dans dix-sept cas de variole confluente avec le succès le plus complet : aucun trouble général, aucun phénomène de pyoémie n'ont été la conséquence de ces immersions. Certaines personnes peut-être s'effrayeront de voir plonger dans un bain des malades atteints d'une affection si grave; mais Sydenham lui-même ne s'éleva-t-il pas avec toute la puissance de son autorité contre la coutume de laisser les variolés constamment au lit? De plus, ces immersions sont pratiquées par M. Piorry depuis vingt-quatre ans. On ne s'étonnera donc pas de voir que nous avons cru pouvoir nous livrer à ces expérimentations.

Les recherches sur la rougeole sont nulles.

Quant à la scarlatine, elle n'a été observée qu'une seule fois et à sa période de desquammation.

Le lendemain du bain, le malade fut pris d'anasarque avec hématurie, et mourut le surlendemain. L'ouverture du cadavre montra une hémorrhagie sous-muqueuse de l'intestin grêle et du gros intestin; une hémorrhagie de la même nature existait dans les deux reins. Etait-ce une simple coïncidence?... Il y aurait sans doute témérité d'attribuer ces phénomènes au bain; cependant, en rapprochant ces lésions de celles qui surviennent dans l'état physiologique chez les animaux soumis aux mêmes bains (voir le mémoire précité, expérience vingt-huitième), et en se rappelant que l'on a insisté avec le plus grand soin sur cette nature d'accidents consécutifs à la scarlatine, on est forcé de devenir circonspect sur l'emploi du bain dans cette maladie.

3° *Névropathie générale*. — On vient de voir des maladies qui sont aujourd'hui parfaitement connues des pathologistes, quelque soit d'ailleurs le nom sous lequel on les ait décrites, quelle que soit l'idée qu'on ait pu se former sur la nature de ces affections. Il n'en est plus de même des phénomènes morbides qui vont nous occuper, puisque les névroses ne sont guère nettement définies que depuis Cullen. Il n'entre pas dans notre plan de traiter ici des différents troubles que renferme la grande classe des névroses : la tâche serait trop longue; nous ferons seulement connaître les résultats avantageux que l'on a obtenus dans certains cas en faisant usage des bains prolongés, suivant les indications de M. Piorry.

Tandis que Valleix poursuivait ses recherches sur les névralgies, l'observation directe et l'induction le conduisirent à la découverte de la névralgie générale (1), dont l'existence se trouve positivement établie par des travaux plus récents de MM. Leclerc et Fonssagrives (2); et s'il est fréquent de rencontrer des névralgies localisées à certaines régions du corps, la névralgie générale, au contraire, est beaucoup plus rare. L'expérimentation des bains généraux n'a pas été tentée dans ces cas où il faut recourir à des agents locaux, comme l'a démontré M. Fleury (3); et nous ne rapprochons l'une de l'autre les névralgies locales et générales que pour faire ressortir l'analogie des rapports qui existent entre l'hystérie et les phénomènes morbides dans lesquels on a fait l'application des bains prolongés.

Grâce à l'existence constante de certaines altérations du sentiment ou du mouvement, l'hystérie n'est plus guère méconnue des médecins, tandis qu'il est un état particulier de la femme qui, pour n'être pas rangé dans les cadres nosologiques, n'en mérite pas moins de fixer l'attention, car il trouble la santé de celles qui en sont atteintes. Nous voulons parler de l'exaltation nerveuse dans laquelle se trouvent beaucoup de femmes à la suite de modifications diverses survenues dans l'utérus.

Chacun sait, en effet, qu'elles se plaignent souvent de douleurs vagues, de souffrances non localisées, de courbature et de lassitude générale avec dérangement dans la menstruation. Lorsqu'on examine ces malades, on acquiert la conviction que ces désordres n'ont apparu qu'après une suppression plus ou moins complète du flux menstruel, ou bien à la suite d'un accouchement, et ces femmes reconnaissent que les phénomènes nerveux sont toujours postérieurs aux troubles utérins. Nous ferons observer toutefois que le plus souvent la déviation utérine consistait en une antéflexion, et l'on connaît la valeur de cet état pathologique depuis les travaux de MM. Follin, Verneuil et Boullard. Mais il y a aussi un grand nombre de cas où cette exaltation de la sensibilité ne se trouve nullement en corrélation avec des désordres fonctionnels ni avec des déviations de l'utérus, et toujours ces malades étaient, à différents degrés, hydrémiques ou anémiques. On ne pourrait ranger ces accidents avec ceux qui caractérisent l'hystérie, puisque la plupart de ces femmes, ignorant complétement cette dernière affection, n'ont jamais ressenti aucun des phénomènes hystériques, et l'on chercherait inutilement chez elles une altération de la sensibilité ou de la motilité. D'après ces données, et voyant ces faits se manifester chez les femmes, quel que soit d'ailleurs l'état organique ou fonctionnel de l'utérus, plusieurs auteurs n'ont pas hésité à considérer cet état comme le premier degré de l'hystérie. Quelles sont, en effet, les limites qu'il convient d'assigner à cette maladie?...

Pourtant il semble plus légitime d'envisager cette disposition comme une exagération du tempérament nerveux, et, de même que l'on voit les femmes hypémiques être constamment tourmentées par des névralgies variées, dans certains cas aussi ces névralgies peuvent être remplacées par les phénomènes que nous signalons; c'est pourquoi, avec M. le professeur Piorry, nous croyons devoir désigner tout ce cortége de symptômes sous le nom de névropathie générale. Celle-ci paraît affecter avec l'hystérie les mêmes rapports que la névralgie localisée affecte avec la névralgie générale.

(1) Voir *Bull. gén. de thérapeutique*, t. XXXIV.
(2) Voir *Arch. gén. de méd.*, 1855, mars.
(3) *Gaz. méd.*, 1850, *Des douches froides et de la sudation dans le traitement des névralgies*.

Les observations suivantes sont des exemples de cette névropathie générale; les bains prolongés pendant deux heures, au-dessous de la limite thermique, ont été la base du traitement.

Obs. I. — *Névropathie générale.* — *Bains prolongés.*

M... (Elisabeth), âgée de trente-trois ans, sans profession, demeurant rue de Babylone, 44, née à Sénac (Ardennes), mariée, est entrée le 23 juin salle Sainte-Anne, n° 11 (service de la Clinique).

Cette femme n'a jamais été malade; elle a eu trois enfants, et les couches ont toujours été très-heureuses. Ses enfants se portent bien.

D'un tempérament bilieux, cette femme se plaint de souffrir de tout le corps. Lorsqu'on la presse de questions, elle ne peut localiser sa douleur. Depuis son dernier accouchement, qui a eu lieu il y a trois ans, elle est, dit-elle, dans cet état. L'examen le plus minutieux des organes ne trouve guère qu'un léger bruit de souffle dans les vaisseaux du cou. Elle ne voit pas régulièrement; ses menstrues avancent ou retardent, et elle perd chaque fois une assez grande quantité d'un sang très-coloré. Elle pourrait mener une existence très-heureuse, dit-elle, si elle ne souffrait ainsi de tous le corps. L'utérus est en antéflexion; à peine y a-t-il un léger écoulement leucorrhéique. Elle ne souffre pas en urinant; elle est ordinairement constipée. Jamais elle n'a eu d'attaques de nerfs : il n'y a ni anesthésie ni analgésie; elle jouit parfaitement de ses sens, mais elle prétend avoir des goûts assez bizarres; elle ne présente cependant aucune des anomalies qu'on rencontre chez les gastralgiques. Elle se trouve souvent fatiguée de cet état, alors quelques larmes la rétablissent. Le pouls, assez irrégulier, marque de 78 à 80 pulsations. La peau est sèche, âpre au toucher.

Un bain de deux heures est donné à cette femme. A la sortie de l'eau, le pouls, très-régulier, avait de 70 à 75; la peau, plus souple, avait une certaine humidité. La malade se trouve très-soulagée.

Du 24 au 30, même état. Tous les jours un bain de deux heures au-dessous de la limite thermique est donné à cette femme, qui, chaque fois, en sort dans une espèce d'extase. Ce traitement est suivi pendant tout le mois de juillet, et la malade sort le 8 août, ne se plaignant plus que d'une légère douleur de tête.

Obs. II. — *Névropathie générale.*

Marie B..., âgée de vingt-deux ans, couturière, rue de la Chaussée-d'Antin, 49, née à Autun, mariée, est entrée le 27 juin salle Ste-Anne, n° 7 (service de la Clinique).

Réglée vers l'âge de dix-huit ans pour la première fois, elle a toujours vu irrégulièrement tous les deux ou trois mois. Accouchée il y a un an avec difficulté, elle a revu ses règles quatre mois après, et une seule fois encore depuis cette époque; ainsi, deux apparitions de menstrues dans l'espace de huit mois. Elle a toujours eu des fleurs blanches : maintenant, elle en a plus qu'avant son accouchement. Point de maladies antérieures.

L'utérus est en antéflexion très-prononcée. Point de douleurs en urinant, point de tiraillements dans les lombes; mais elle a des douleurs qu'elle ne peut ni spécifier ni localiser. Elle est facilement essoufflée, est dégoûtée de tous les aliments sans avoir quelque préférence pour un mets ou pour une boisson quelconque. Elle se plaint d'avoir les membres brisés, de ne pouvoir marcher.

Un léger bruit de souffle existe dans les vaisseaux du cou; tous les viscères fonctionnent bien. Elle a souvent des nausées; jamais elle ne vomit; elle pleure avec facilité, et alors elle se trouve soulagée.

La peau est sèche, chaude, 37°2 sous l'aisselle.

Pouls irrégulier, mou, 70 à 80.

La langue est constamment amère, n'est pas recouverte d'enduits.

Il n'y a ni anesthésie ni analgésie; jamais elle n'a eu d'attaques de nerfs; elle ne connaît pas la boule hystérique.

Un bain au-dessous de la limite thermique est donné à cette femme et répété huit jours de suite. On cesse ce bain prolongé pendant huit jours, et on le reprend de nouveau pendant un septénaire.

A la suite de chaque bain, cette femme se trouve soulagée et pré-

---

pille, en avant du tableau, en arrière ou sur ce tableau. Et alors on comprend facilement que la perspective, les couleurs, les ombres, les teintes, puissent se montrer à nous dans leur véritable place, et nous procurer les plus agréables sensations.

— Après les choses sérieuses, les faits scientifiques et bien positifs, consacrons quelques lignes de ce feuilleton à des choses qui, pour n'avoir pas cette gravité, savent cependant occuper l'opinion publique et y jeter tantôt l'espérance et la joie, tantôt la désolation de la désolation.

Nous jouissons depuis quelques jours du temps le plus magnifique : un ciel bleu, un soleil chaud, tout s'égaye autour de nous, et on se rappelle difficilement, au milieu du jour, que nous sommes en plein hiver. Les nuits toutes semées d'étoiles sont vraiment ravissantes! Mais il ne faut pas trop louer la température et dire notre sentiment sur les belles et bonnes dispositions de la nature, car, hélas! c'est pour nous rendre plus tristes qu'elle se fait si riante et qu'elle revêt ses habits de fête. Oui, chers confrères, si nous en croyons certain astrologue allemand, nous n'avons qu'à nous hâter de vivre; car encore quelques mois, et il nous faudra tout quitter, parents, amis, jusqu'à cette terre que nous maudissons si souvent, et qui cependant nous attache et ne nous permet point de partir sans regrets. Le 13 juin prochain, à six heures trente minutes du matin, une comète épouvantable viendra de sa queue enflammée balayer, roussir, brûler tout ce que cette terre a d'inflammable et de combustible, et nous serons tous *ars* sans distinction de titres, de position, de naissance et de fortune.

Voici ce qui ressort des prédictions d'un *savant* allemand. — Lequel? — Ah! vous m'embarrassez beaucoup; son nom est probablement fort difficile non-seulement à prononcer, mais encore à retenir; car ma portière n'a jamais pu me le répéter. — Je dois, en effet, à la vérité de vous dire que ce matin, au moment où je sortais de chez moi, j'ai été arrêté par ma concierge, femme des plus honorables, aimant la vérité et se plaisant à répandre partout l'annonce des choses bonnes, neuves, piquantes ou terribles. L'excellente femme venait me demander une consultation; car, disait-elle, il y avait au ciel des signes qui annonçaient la fin du monde; on avait vu des prodiges terribles; son lait s'était changé en eau; son vin avait renouvelé à l'envers le grand miracle de Cana; elle m'assurait même qu'elle avait mangé un bœuf qui s'était changé en vache après la cuisson. Bref, il y avait de quoi écrire douze livres de nouvelles métamorphoses.

Elle me conta ces malheurs qui pesaient sur nos têtes, et les larmes dans la voix me conjura de lui dire ce que je pensais de cette fin du monde. Je pris un air sérieux, car j'avais bien envie de rire, et je la rassurai en lui affirmant qu'il y a deux ans, un savant distingué déclarait que, lors même qu'une comète donnerait contre notre globe, elle ne produirait pas un effet plus formidable qu'un moucheron qui se briserait la tête contre une locomotive lancée à toute vapeur. Puis je la quittai toute ébahie et s'essuyant les yeux.

Tout le jour, partout, chez le riche comme chez le pauvre, j'entendis parler de la comète! Et vraiment il est curieux de voir où conduisent l'ignorance et la peur : ouvrons le livre le plus élémentaire, et cette question, qui dans ce moment effraye tant de populations, se montrera sous un jour si peu terrible, que toute crainte disparaîtra et la comète sera réduite à passer son chemin sans nous faire le moindre mal.

On est, du reste, dans ce moment fort disposé à lâcher dans l'air de ces nouvelles absurdes qui faussent malheureusement une foule d'esprits peu cultivés. L'air est saturé de canards. La plus jolie mystification de ce genre est sans contredit celle qui, ces jours derniers, jeta la joie et l'espérance dans bien des cœurs. Nous étions maîtres de l'air, nous planions dans les nuages, nous allions traverser sur une nuée argentée les espaces les plus immenses avec la rapidité de l'aigle. Le chemin de fer était mis à la retraite; la vapeur pâlissait, et d'une voix commune on chantait un dithyrambe en l'honneur du grand dessinateur qui avait si longtemps couvert de ses blanches inscriptions et de ses lettres algébriques un immense tableau noir.

Gavarni avait découvert la direction des ballons! Lui qui par son talent appartenait à l'histoire des mœurs parisiennes, se couvrir encore de gloire et attacher son nom à la découverte la plus gigantesque et la plus pyramidale! c'en était véritablement trop. Son voyage à travers la Méditerranée, cette apparition sur la terre africaine, cette entrevue avec le maréchal Randon, toutes ces choses avaient un caractère si naturel, il y avait une fidélité de détails si grande, qu'il n'y avait pas moyen de ne pas se laisser attraper. Mais tout s'évanouit bientôt; on en rit, et la note placée au bas du *Journal des contemporains* ne réussit point à faire donner dans le superbe volatile. Si l'Américain est fort dans cette création, il sera forcé d'avouer qu'il est vaincu, et que son taureau qui pendant tant de fois arrêta sur ses cornes un train de chemin de fer lancé à grande vitesse, est encore un peu pâle à côté du ballon français, — et cependant ce taureau ne manquait point de charmes!

Ne pleurons donc plus ces biens que nous allions perdre, mais plutôt continuons à en jouir le moins mal que nous pourrons : juin 1857 ne sera pas la fin du monde! On verra se terminer le concours formidable qui se débat en ce moment devant la Faculté; on entendra encore les belles harangues de nos Académies; au mois d'août prochain, on aimera encore son confrère comme on l'aimait hier, on fera son éloge comme on le fait aujourd'hui, et comme aujourd'hui, la rivalité ne donnera lieu à aucune scène disgracieuse et douloureuse pour la famille médicale.

Dr E. Renaud.

tend que *ses nerfs sont détendus*. Elle sort le 9 août guérie de ses souffrances nerveuses. L'utérus n'était nullement modifié.

Depuis sa sortie de l'hôpital, cette femme s'est présentée de nouveau à notre observation; elle était enceinte, et sa grossesse n'a pas été accompagnée des phénomènes nerveux auxquels on pouvait s'attendre, en raison de ses antécédents.

Ces exemples suffisent pour montrer comment le système nerveux a été impressionné dans cette circonstance; et nous ne nous arrêterons que sur ce dernier point. La température du bain était ordinairement un sujet de plaintes : la plupart les trouvaient trop froids, bien qu'on ait toujours eu le soin de ne pas les administrer à une température qui marquât moins de 3 ou 4 degrés au-dessous de la limite thermique; en même temps elles accusaient une aggravation de leurs souffrances, principalement vers l'appareil génital. Pourtant après quinze ou vingt minutes d'immersion, chacune des baigneuses accusait un bien-être *très-agréable*, et cet état se prolongeait quatre ou cinq heures après la sortie de l'eau.

Répétés ainsi chaque jour pendant deux heures, les bains ont, dans 43 cas, amené un soulagement constant qui a surpassé toutes les espérances : ces femmes sont sorties de l'hôpital dans l'état le plus satisfaisant, tandis qu'elles pouvaient à peine marcher au moment de leur entrée. « S'il fallait expliquer comment les bains amènent un tel résultat, on rencontrerait ici l'obscurité qui enveloppe la plupart des problèmes de la thérapeutique, et quand Pomme attribuait le phénomène nerveux au raccornissement des nerfs, il était seulement l'interprète des malades, qui n'hésitent pas à trouver leurs nerfs détendus toutes les fois qu'elles ne sont plus accablées par leurs souffrances.

Nous n'étendrons pas davantage ces considérations sur la thérapeutique des bains. Comme nous l'avons dit en commençant, ce n'est pas une idée nouvelle que nous avons voulu livrer à la publicité; mais en expérimentant d'après les données de la physiologie hydrologique, nous avons cherché à tirer de l'oubli certaines pratiques à peu près tombées en désuétude.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 févier 1857. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Histoire de la découverte de la circulation du sang. — M. Flourens fait hommage à l'Académie d'un exemplaire de la seconde édition de son *Histoire de la découverte de la circulation du sang*. En présentant cet ouvrage, M. Flourens s'exprime en ces termes :

« La première édition de ce livre a paru en 1854.

» En le réimprimant pour la seconde fois, j'en ai revu avec soin tout l'ensemble.

» J'ai même ajouté quelques détails, auxquels je suis loin toutefois d'attacher beaucoup d'importance. Une page d'histoire n'est pas un article de bibliographie. Le bibliographe doit tout citer; l'historien ne doit citer que les noms que marque une idée.

» Dans le sujet qui m'occupe, il fallait citer, ou plutôt il fallait étudier, analyser, il fallait comprendre : Galien, qui a prouvé que les artères contiennent du sang, et non pas de l'air, comme le croyait Erasistrate; Vésale, qui a prouvé que la cloison du cœur est pleine et non percée, comme le croyait Galien; Servet, Colombo, Césalpin, qui ont prouvé que le sang du cœur droit passe par le poumon avant de revenir au cœur gauche, passage qui constitue la *circulation pulmonaire*; Césalpin, qui, le premier, a vu que le sang, dans les veines, revient des parties au cœur, au lieu d'aller du cœur aux parties, retour qui constitue la *circulation générale*; Fabrice d'Acquapendente, qui, le premier, a vu les valvules des veines, sans en connaître l'usage; et enfin Harvey, homme admirable dans la démonstration des choses aperçues par les autres, qui a prouvé la *circulation pulmonaire* par la structure même du cœur, la *circulation générale* par la disposition même des valvules des veines, qui a rejoint les deux circulations l'une à l'autre et nous a donné le spectacle complet d'un grand mécanisme.

» Et l'histoire de la découverte *du cours du sang* terminée, il fallait passer à l'histoire de la découverte *du cours du chyle*.

» Ici le premier homme à citer était Aselli, qui a découvert les vaisseaux *lactés* ou *chylifères*, et le second, Pecquet (enfin, au milieu de ces noms immortels, un nom français!), qui a découvert leur réservoir commun et leur rendez-vous final, non au foie, comme l'avait cru Aselli, mais au cœur.

» En 1622, Aselli découvre les *vaisseaux chylifères*; plus d'un demi-siècle auparavant, Eustachi avait découvert le *canal thoracique* : deux beaux faits, mais incomplets, stériles, deux beaux faits perdus; Pecquet les rejoint par un troisième, le *réservoir du chyle*, et nous démontre le *cours du chyle*, comme Harvey nous avait démontré le *cours du sang*.

» Reste une troisième découverte, et très-grande encore : celle du *cours de la lymphe* et de ses *vaisseaux*, due au Suédois Rudbeck, pour les *vaisseaux lymphatiques* du foie, et au Danois Thomas Bartholin, pour les *vaisseaux lymphatiques* du corps entier.

» On voit la suite des progrès, l'ordre des noms, la filiation des idées.

» L'histoire scientifique est la CHRONOLOGIE de l'esprit humain. »

De la pression atmosphérique dans ses rapports avec l'organisme vivant. — M. Giraud-Teulon présente sous ce titre un mémoire qu'il résume en ces termes :

L'état de la science sur cette question en ce moment peut être résumé dans les deux principes qui suivent :

1° Toutes les pressions exercées par l'atmosphère ambiante sur le corps humain se combattent mutuellement et se détruisent d'une manière parfaite;

2° L'effort exercé par le poids de l'atmosphère est du reste contrebalancé par l'incompressibilité des liquides dont tous nos organes sont imbibés, et par la tension des gaz et des vapeurs dans les cavités et les interstices splanchniques. La peau se trouve ainsi placée entre deux forces qui luttent en sens contraire et se font équilibre.

Ces deux lois donnent-elles une idée suffisamment exacte, suffisamment complète du phénomène? Non. Elles ne rendent pas un compte suffisant de la différence qu'on observe entre le vivant et le cadavre dans la réaction de l'un et de l'autre contre la pression extérieure. Or à qui attribuer ces différences? Est-ce seulement à celle qui existe dans les températures? Mais la température du corps humain n'est pas assez élevée pour donner aux vapeurs des liquides qu'il renferme une tension supérieure à 3 ou 4 centimètres de mercure. Est-ce aux gaz dissous dans ces liquides? Mais il résulte des expériences de Magnus que, si leur quantité atteint pour quelques-uns d'entre eux seulement des proportions qui suffisent à porter la tension des liquides qui les contiennent à un chiffre qui égalerait ou surpasserait la pression atmosphérique, il faudrait que leur action et leur réaction vis-à-vis de ce liquide fussent purement physiques. Or Magnus a fait voir au contraire que les gaz dissous dans le sang y sont retenus par de tout autres forces que la simple pression. Où donc trouver la force intérieure qui fait équilibre à la pression ambiante? Dans l'étude des lois de la circulation et de la pression dans les grands systèmes vasculaires.

Des lois établies sur ce point de science par MM. Magendie, Poiseuille, Cl. Bernard, il résulte :

Que le système capillaire est intermédiaire sous le rapport des pressions, comme sous tous les autres rapports, au système artériel et au système veineux; que ces vaisseaux ne sont pas des tuyaux inertes, mais des canaux doués d'une contractilité propre; que cette contractilité maintient la pression dans les veines dans un rapport fixe avec celle mesurée dans les artères, secondée qu'elle est dans ce but par la perméabilité des mêmes vaisseaux qui l'empêche de dépasser une limite primordialement fixée par le plan de l'organisation; que par conséquent la pression dans le système capillaire est, comme dans les veines et les artères, supérieure à la pression atmosphérique.

L'expérience confirme ces inductions théoriques. Un tube de Welter très-effilé, introduit par de fines ponctions sous la peau d'un lapin, a toujours révélé, en dedans, une pression de 8 à 15 millimètres de mercure supérieure à celle du dehors. A la surface pulmonaire, où disparaît la résistance, l'exhalation devient nulle, et on a une égalité de pression intérieure et de pression du dehors, fait conforme aux principes établis par M. Poiseuille. L'état des pressions dans les cavités séreuses a dû appeler notre attention.

La nécessité où sont les feuillets séreux opposés de ne point se séparer, mais seulement de glisser l'un sur l'autre pendant le mouvement des viscères, devait amener par conséquence une légère infériorité de pression à l'intérieur de ces cavités, relativement aux espaces cellulaires les plus voisins.

Nos expériences, d'accord en cela avec celles de MM. J. Guérin et Bonnet, ont confirmé ces résultats théoriques : la pression mesurée entre les plèvres, entre les séreuses rachidiennes et cérébrales dans les cavités articulaires, a été trouvée inférieure à celle de l'atmosphère pendant les mouvements d'ampliation des espaces qu'elles circonscrivent; entre les plèvres, elle l'est constamment, parce que la pression dans les bronches, qui est celle même de l'atmosphère, fait équilibre à celle de l'intérieur des plèvres augmentée du chiffre de la rétractilité pulmonaire.

Enfin l'auteur démontre que, quelque considérable que soient les variations de la pression extérieure, le système organique de l'être animé n'est jamais en péril par cette variation, et que la circulation doit continuer à s'opérer comme avant la variation. Ce qui donne l'explication des faits reconnus par M. Poiseuille et par M. Tingu sur la continuation des fonctions vitales, malgré une augmentation considérable de la pression ambiante.

Accessoirement, et comme application, les lois précédentes peuvent rendre compte des hernies du poumon dans certains cas de plaies pénétrantes de poitrine. (Commissaires : MM. Serres, Pouillet et Cl. Bernard.)

Anesthésie de la vessie. — M. R. Philipeaux (de Lyon) communique un mémoire intitulé *De l'anesthésie de la vessie, de son diagnostic et de son traitement.*

L'anesthésie de la vessie, dit l'auteur dans la lettre d'envoi, n'a été jusqu'à ce jour le sujet d'aucun travail; confondue par les auteurs avec la paralysie proprement dite du réservoir urinaire, elle a passé inaperçue à ceux qui ont fait une étude spéciale des maladies de la vessie. On ne trouve, en effet, dans la science qu'une observation ayant pour titre : *Anesthésie de la vessie.* Cette observation, recueillie par M. le docteur Duchenne (de Boulogne), est consignée dans son *Traité sur l'électrisation localisée*, p. 761. Le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui au jugement de l'Académie est destiné à combler cette lacune.

Après avoir indiqué les signes de l'anesthésie vésicale, j'insiste surtout sur son véritable symptôme pathognomonique, l'absence de la douleur sous l'influence de l'électricité localisée dans la vessie, et je cherche à prouver ensuite que la méthode d'investigation qui a servi à la reconnaître procure les résultats les plus favorables lorsqu'elle est appliquée au traitement de cette affection. (Commissaires : MM. J. Cloquet, Jobert et Civiale.)

Torsion de l'humérus. — M. Ch. Martins, dans une lettre sur ce sujet, adressée à M. Flourens, émet les propositions suivantes, que nous dégageons ici des développements que l'auteur leur a donnés dans cette lettre :

L'humérus est un os tordu sur son axe. Pour s'apercevoir de cette torsion, il suffit de suivre sur un humérus d'homme ou de quadrupède la ligne âpre qui part de l'épicondyle, se dirige vers la face postérieure, la contourne et aboutit au-dessous du col en se continuant avec la ligne d'insertion de la portion interne du triceps : de même que dans le fémur, le tibia, le péroné, le radius et le cubitus, les arêtes et les faces sont parallèles à l'axe de l'os, de même dans l'humérus ces faces et ces arêtes sont évidemment contournées en hélice. Cette torsion est plus prononcée dans beaucoup de mammifères que dans l'homme.

Considéré comme étant le représentant thoracique du fémur, l'humérus est un *fémur tordu* : cette torsion est de 180 degrés ou d'une demi-circonférence dans l'homme et la plupart des mammifères; elle a pour résultat de changer le sens de la flexion de la seconde brisure du membre antérieur. Au fémur, la poulie articulaire étant contournée d'avant en arrière, la jambe se fléchit dans ce sens : à l'humérus, en vertu de la torsion du corps, la poulie est contournée d'arrière en avant, et l'avant-bras se fléchit dans ce sens suivant un plan parallèle au plan de symétrie bilatérale des vertébrés.

La torsion de l'humérus est un fait général dans les trois premières divisions des vertébrés, mais elle n'est pas toujours de 180 degrés. Dans les chéiroptères, les oiseaux et les reptiles, la torsion n'est que de 90 degrés ou d'un angle droit. Le résultat de cette torsion de 90 degrés, c'est que la poulie articulaire de l'humérus est dirigée en dehors, au lieu d'être dirigée en avant. Dans ce cas, la flexion de l'avant-bras ne se fait pas dans un plan parallèle au plan de symétrie bilatérale, mais dans un plan perpendiculaire ou oblique au plan vertébro-sternal. Le mécanisme du vol et celui de la reptation sont une conséquence de cette demi-torsion.

Les rapports des parties molles sont modifiés par ce mouvement de rotation. L'artère poplitée est en arrière du fémur dans le creux du jarret, tandis que son homologue, la brachiale, est en avant de l'humérus dans le pli du bras. Quant aux nerfs, le radial, qui se distribue aux muscles de l'articulation huméro-radiale, contourne l'humérus suivant sa ligne de torsion, tandis que le nerf sciatique et toutes ses branches sont dans un plan parallèle à l'axe du fémur.

Capsules surrénales. — M. Brown-Séquard adresse de Philadelphie une nouvelle note en réponse à la communication de M. Philipeaux sur ce sujet.

M. Brown-Séquard a entrepris une nouvelle série d'expériences pour démontrer que la mort est bien le résultat immédiat de l'ablation des capsules; en voici le résultat :

Sur quinze lapins ayant subi des lésions considérables du péritoine et de divers organes, un a survécu plus de trois semaines, un autre a survécu dix-huit jours, trois ont survécu de deux à huit jours, sept de 24 à 48 heures, et enfin les trois derniers sont morts au bout de 17, de 19 et de 20 heures. Sur dix lapins sur lesquels les reins ont été extirpés, cinq ont survécu de 24 à 60 heures et un 16 heures seulement. De dix lapins dépouillés des capsules, pas un n'a survécu aussi longtemps que celui des animaux précédents qui a survécu le moins. Six sont morts entre la septième et la dixième heure; quatre sont morts entre la dixième et la quatorzième heure après l'opération.

En moyenne, la durée de la vie a été :

1° Chez les lapins ayant eu le péritoine, le foie, les reins, etc., lésés, d'environ trois jours, soit de 72 heures;

2° Chez les lapins dépouillés des reins, d'environ un jour et demi, soit 35 heures;

3° Chez les lapins dépouillés des capsules, d'environ 9 heures et demie. La différence est donc extrêmement grande, et il est impossible, après ces faits, de ne pas admettre qu'il y ait une cause spéciale de mort après l'extirpation des capsules.

Il importe d'ajouter que les lapins dépouillés de leurs capsules surrénales meurent trop vite pour qu'une péritonite ait le temps de se développer au point de causer la mort. De plus, l'ablation des capsules est suivie de phénomènes particuliers qui n'existent pas chez les animaux soumis à des lésions du péritoine, du foie, etc. Ces phénomènes paraissent montrer que les capsules surrénales ont une influence très-grande sur le sang, et que les nerfs de ces petits organes ont une influence très-singulière sur certains points des centres nerveux.....

L'influence des nerfs des capsules sur les centres nerveux se manifeste clairement dans quelques cas, après l'ablation ou la simple piqûre d'une seule capsule. On voit alors quelquefois les animaux pris de vertige, quelques instants avant de mourir, rouler autour de l'axe longitudinal de leur corps comme après une piqûre de pédoncule cérébelleux moyen.

Je crois pouvoir conclure des faits observés concernant les capsules surrénales :

1° Que si ces organes ne sont pas essentiels à la vie, ils ont au moins une très-grande importance;

2° Que leurs fonctions semblent être au moins aussi importantes que celles des reins, car lorsqu'elles manquent, la mort a lieu en général plus vite qu'après l'ablation des reins.

Si ces conclusions sont justes, le fait constaté par M. Philipeaux, que la vie peut durer après l'ablation des deux capsules surrénales, dépend probablement de ce que les fonctions des capsules peuvent être exécutées par d'autres organes lorsqu'elles manquent. Il y a alors pour les fonctions des capsules ce qui a lieu assez souvent pour d'autres glandes, dont les sécrétions s'opèrent par des organes glandulaires qui en diffèrent beaucoup. L'état de congestion du thymus et de la thyroïde, qui s'observe chez les animaux dépouillés des capsules surrénales, semble montrer que ces glandes sanguines remplissent d'une manière supplémentaire les fonctions des capsules quand ces petits organes manquent.

Absence congéniale des capsules surrénales. — M. Martone adresse une description détaillée et accompagnée d'une figure d'un cas tératologique qui s'est offert à son observation, une fusion des deux reins en un corps unique, avec absence congéniale des capsules surrénales. Ce cas avait déjà été mentionné dans une lettre adressée à l'Académie par M. de Martini, à qui M. Martone l'avait communiqué. (Compte rendu de la séance du 1er décembre 1856, t. XLIII, p. 1052.)

Pince-broyeur. — M. Boulu présente la description et la figure d'un pince-broyeur, appareil qu'il emploie pour la réduction, au moyen de l'électricité, de certaines tumeurs lymphatiques dans des cas particuliers où la pince électrique qu'il a précédemment soumise au jugement de l'Académie n'exercerait pas une action suffisante. (Commissaires précédemment nommés : MM. Andral, Velpeau, J. Cloquet.)

A la suite d'un concours ouvert à Lyon le 2 février, pour deux places de médecin à l'Hôtel-Dieu de cette ville, MM. Chavanne, ancien chef des cliniques chirurgicale et obstétricale à l'Ecole de médecine de Lyon, et Drutel, membre de la Société impériale de médecine de la même ville, ont été nommés médecins de l'Hôtel-Dieu.

Le Sens.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 21. — JEUDI 19 FÉVRIER 1857. (30e ANNÉE.) N° 21. — JEUDI 19 FÉVRIER 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL SAINTE-EUGÉNIE (M. Bouchut). Des cysticerques du cerveau chez les enfants. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 17 février — Empoisonnement par la racine d'ellébore blanc. — Epilepsie. Valériane d'ammoniaque. Formule. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 18 FÉVRIER 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a entendu dans cette séance, elle a écouté avec l'attention la plus soutenue, l'exposé de la méthode sous-cutanée qui lui a été présenté par M. J. Guérin. Il y avait à cette attention plusieurs motifs : l'intérêt même du sujet d'abord, le caractère systématique et l'allure tranchée et originale du travail lui-même, et puis aussi le pressentiment de cet attrait particulier auquel résiste rarement l'auditoire de la rue des Saints-Pères, d'une discussion qui promet de donner pendant quelque temps de la vie et de l'animation aux séances. Toute considération de personnes à part, et abstraction faite de toute question d'invention et de priorité, il est certain que la méthode sous-cutanée, telle qu'elle a été envisagée dans cet exposé, dans son origine, dans ses développements, dans son principe physiologique et dans ses nombreuses applications, est une des plus belles questions physiologiques et chirurgicales que l'Académie puisse discuter.

Nous n'essayerons pas aujourd'hui de résumer ici l'ensemble d'un aussi long et aussi important document; nous nous bornerons à faire remarquer que dans la première partie de cet exposé, la seule qu'il nous soit possible de publier dans ce numéro, il s'agit uniquement de faits : faits historiques d'abord qui marquent le point de départ et l'origine de la méthode, faits d'observation et d'expérience qui la constituent, et fait principe qui lui sert de base. Ces faits, l'Académie les connaît pour la plupart, car il en est un grand nombre qui sont tombés dans le domaine commun; il lui sera par conséquent facile de les apprécier, et à l'aide de ce premier élément d'instruction de préparer le jugement qu'elle aura à porter sur ceux qui sont moins connus, et qui sont restés jusqu'à présent comme le monopole de l'inventeur.

Quant à la théorie, sur laquelle portera principalement, suivant toute apparence, la contradiction, il serait trop long de nous en expliquer en ce moment; et bien que nous admettions en principe avec M. Guérin que le fait et la théorie, qu'il a intentionnellement dégagés l'un de l'autre dans son exposé, sont en réalité inséparables, que le principe a, sinon précédé, du moins éclairé le fait et inspiré le moyen, et que l'application ne saurait être parfaite qu'à la condition d'observer scrupuleusement les règles déduites de ce principe, nous n'en reconnaissons pas moins que ce sera là la partie de ce travail la plus discutée ; celle qui ralliera le plus difficilement et le plus tardivement, si elle les rallie, les convictions des dissidents et des contradicteurs. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

Des cysticerques du cerveau chez les enfants (1).

L'autre enfant sur laquelle j'ai rencontré des cysticerques dans le cerveau, est également une fille. Chez elle, les symptômes observés pendant la vie, pour être différents, n'en ont pas été moins intéressants à étudier.

Elle est entrée à l'hôpital pour une hémi-chorée à droite, accompagnée d'une hémi analgésie à gauche. Au bout de quelques jours, elle a été prise dans la salle d'une scarlatine avec angine, et suivie d'albuminurie. Elle paraissait en voie de guérison, lorsque, subitement et en quelques minutes, sans œdème ni anasarque, un accès de suffocation a occasionné la mort.

OBS. II. — *Hémi-chorée droite avec hémi-analgésie gauche. — Scarlatine. — Angine. — Albuminurie.— Mort subite. — Cysticerques du cerveau.*

Brunet, Louise, dix ans, entrée le 30 janvier 1856, au n° 15 de la salle Sainte-Marguerite, à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Le père et la sœur sont bien portants. La mère est affectée d'une taie sur l'œil gauche, taie remontant à l'enfance. Elle a une extinction de voix depuis six ans, avec toux fréquente ; chez elle, le voile du palais et le larynx présentent un état granuleux très-prononcé. L'enfant a été vaccinée ; elle a eu des gourmes à la tête et des glandes au cou. Elle est assez sujette à s'enrhumer et à prendre du dévoiement. Sa maladie remonte à deux mois. Le côté droit du corps, la face, les bras et les membres inférieurs, présentent des mouvements désordonnés, caractérisés par des contractions musculaires involontaires.

La malade ne peut plus se servir du bras droit, elle laisse tomber tout ce qu'elle prend La parole est difficile et la marche saccadée ; la malade tombe quelquefois.

Elle tousse un peu depuis quelques jours ; du reste, l'enfant mange bien, ne vomit jamais, a peu de dévoiement depuis vingt-quatre heures ; elle n'a eu aucune douleur dans les jointures. Pas d'affections rhumatismales dans la famille. L'enfant ne se plaint jamais ; elle a des battements de cœur, sans que les bruits offrent rien d'anormal.

En même temps qu'il existe une hémi-chorée du côté droit, du côté gauche, il y a une anesthésie de douleur complète ; l'enfant sent qu'on la touche et qu'on la pince, mais ne souffre pas. La face, le tronc, le membre supérieur et inférieur présentent cette particularité, et sur le bras, quand on promène une épingle, dès qu'elle arrive à la ligne médiane et sur le côté droit, la sensibilité de tact et de douleur apparaît. — Bains sulfureux.

Le 5 février, les mouvements sont aussi troublés que le premier jour, mais l'analgésie qui existait dans le côté gauche commence à disparaître.

La sensibilité de la peau est en partie revenue, bien qu'elle soit moins exquise qu'à droite. Continuation des bains sulfureux ; l'enfant tousse beaucoup, un peu de fièvre.

Le 6, dans la journée d'hier, l'enfant n'a pas eu d'appétit, un peu de diarrhée, pas de vomissements ; elle tousse beaucoup, et se plaint du mal de gorge. Le matin, on constate une éruption qui s'est développée pendant la nuit. Elle couvre la poitrine, le dos et un peu les membres ; cette éruption est caractérisée par un pointillé rouge, très-confluent, formant à distance une coloration rouge générale et presque uniforme, peu foncée en couleur. La rayure du doigt produit partout une *raie blanche* bien caractérisée. Le voile du palais est couvert d'un piqueté rouge, semblable à celui de l'éruption. Les amygdales sont tuméfiées, ulcérées, principalement l'amygdale gauche, qui présente à sa face interne une ulcération un peu grisâtre, sans profondeur et de peu d'étendue ; peau modérément chaude, pouls à 116.

Sous l'influence de cet état fébrile et de cette maladie aiguë, les mouvements choréiques sont moins étendus, la sensibilité est revenue du côté gauche, et elle est semblable à celle du côté droit. — Tisane de tilleul ; applications de glycérine sur l'amygdale avec un pinceau.

Le 7, l'éruption a gagné en étendue et en couleur. La teinte rouge n'est cependant pas générale ni uniforme ; la rayure de l'ongle y produit *une raie blanche* très-manifeste, mal de gorge moindre, mais les amygdales sont aussi rouges, et l'ulcération n'a pas changé de nature ; une selle liquide, pas de vomissements, un peu d'agitation. La nuit, pas de délire, pouls à 128. — Applications de glycérine sur l'amygdale.

Le 8, l'éruption, très-rouge, couvre le corps et les membres; l'enfant est mieux, elle a un peu dormi; elle sue assez abondamment. Pas de garde-robes. L'angine est moins violente ; les amygdales un peu moins rouges et offrant toujours à leur face interne un dépôt grisâtre ; la langue est assez volumineuse, rouge sur les bords, couverte d'un enduit blanchâtre sur le milieu. Peau modérée et chaude, pouls petit, 120. — Glycérine en topique.

Le 9, la teinte de l'éruption est encore assez prononcée, et la langue commence à se dépouiller. Pas d'agitation, bon sommeil ; gorge beaucoup moins douloureuse, l'enfant n'a plus de peine à avaler; les amygdales sont moins grosses et moins rouges ; l'ulcération de la face interne est en voie de cicatrisation ; pouls, 124. — Applications de glycérine.

Le 10, pas de selles, pas de vomissements; peu de sommeil ; un peu d'agitation. L'éruption a pâli. L'arrière-bouche et la muqueuse linguale sont très-rouges ; elles sont dépouillées de leur couche épithéliale.

Le 12, l'éruption a disparu, et il commence à se montrer un peu de desquammation dans quelques points du ventre ; gorge moins rouge, les amygdales revenues à leur volume presque naturel, l'ulcération du côté gauche en voie de cicatrisation ; langue rosée et humide ; l'appétit est revenu ; pas de diarrhée ; pouls, 76-80.

Le 13, on n'a pas touché l'amygdale avec la glycérine, l'enfant s'est seulement gargarisée ; il est probable que le médicament n'a pas touché l'amygdale, et ce matin l'ulcération s'est agrandie et les bords sont taillés à pic. L'enfant est très-bien d'ailleurs. Une garde-robe.

Le 15, la desquammation augmente ; l'épiderme s'enlève par larges plaques au niveau des cuisses. — Application de glycérine dans la gorge.

Le 17, même état de la gorge.

Le 19, l'ulcération de la gorge est tout à fait guérie. La desquammation continue à un degré considérable sur les membres. — Œuf ; eau rougie ; demi-looch blanc ; sirop diacode, 15 grammes.

Le 22, l'enfant est très-bien ; la desquammation continue, quoique peu abondante. Elle présente un peu de bouffissure au visage. Les urines, assez abondantes, un peu décolorées, précipitent d'une manière assez notable par l'acide nitrique et la chaleur. — Chiendent ; sirop de groseilles.

Le 23, l'enfant a de la fièvre (96 pulsations) ; langue blanche ; peu de soif et un peu d'appétit. Le sommeil est mauvais. L'enfant va à la garde - robe sans diarrhée (Bain). Les urines, moins abondantes, chargées de sels, s'éclaircissent d'abord par la chaleur, puis elles donnent lieu à un précipité albumineux beaucoup plus considérable que celles d'hier.

Le 24, dans le bain (tiède), l'enfant est devenue rouge comme dans la scarlatine ; elle est restée depuis hier enveloppée dans de la laine, ce qui entretient une chaleur assez vive de la peau sans moiteur permanente. Pouls, 120 (boissons abondantes). Les urines de la journée sont troubles, déposent un sédiment muqueux mêlé d'acide urique, et précipitent très-abondamment par la chaleur. Celles de ce matin, rendues après une nuit de sommeil, sans boissons, sont assez claires, le dépôt muqueux moins abondant et donnant moins d'albumine par la chaleur.

Le 25, dans la journée, vers cinq heures, l'enfant, qui était très-bien, venait d'uriner, lorsqu'elle a été prise de battements de cœur extrêmement violents avec anxiété et malaise considérables. Son dos est devenu violet ; le visage contracté, un peu rouge, couvert de sueurs abondantes. Aussitôt il s'est fait un râle trachéal, et la mort est arrivée au bout de quinze minutes.

Autopsie, le 26 février.

Les deux poumons sont noirâtres, congestionnés et infiltrés d'un liquide abondant, sans traces d'inflammation du parenchyme pulmonaire. Le tissu pulmonaire est crépitant, bien qu'il offre de la résistance.

Les deux cavités pleurales sont distendues par un liquide transparent, jaune citrin. Cependant, à droite, la surface de la plèvre offre une substance comme gélatineuse qui lui adhère assez intimement.

Le péricarde ne présente pas la moindre trace d'inflammation, et il contient une quantité de liquide assez considérable.

Le cœur ne présente pas de caillots. Pas d'épanchement dans le péritoine.

Le foie est très-volumineux, d'un rouge très-foncé presque uniforme. A la coupe, il laisse écouler une quantité de sang considérable.

Les reins sont volumineux. Ils présentent à leur surface une arborisation à mailles très-serrées qui leur donne une coloration rose. La substance médullaire présente une coloration rouge brun très-foncé. Ils sont très-augmentés de volume. Le rein droit pèse 100 grammes, le rein gauche 89 grammes, tandis que le rein d'une malade de treize ans, morte de diathèse tuberculeuse, avec tubercule des reins et congestion du tissu rénal, ne pèse que 70 grammes.

Les intestins présentent des arborisations très-nombreuses et renferment trois lombrics. Les follicules isolés du gros intestin et les plaques de Peyer, surtout un peu avant d'arriver à la valvule iléo-cœcale, sont congestionnés et très-tuméfiés.

Le tissu cellulaire du tronc et des membres, et celui des fosses iliaques et du médiastin, est infiltré de sérosité.

L'encéphale présente un piqueté assez considérable et peu de congestion des méninges. Du reste, pas de liquide dans les ventricules ni dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. La partie postérieure de l'hémisphère droit offre à sa surface, mais contenu dans l'épaisseur même de sa substance, un petit kyste de la grosseur d'une petite noisette, contenant deux cysticerques. (Déjà l'intestin grêle avait présenté trois lombrics.)

On n'a pas trouvé d'autres cysticerques dans les muscles du tronc et des membres.

Cette observation est fort curieuse, et doit être analysée à différents points de vue :

1° Au point de vue de la chorée, de sa forme particulière (hémiplégique) et de sa disparition par le fait d'une maladie aiguë ;

2° Au point de vue de la scarlatine intercurrente et de l'angine scarlatineuse guérie par les applications de glycérine ;

3° Au point de vue de l'albuminurie consécutive ;

4° Au point de vue de la mort subite ;

5° Enfin, au point de vue de l'anatomie pathologique et des cysticerques trouvés dans le cerveau.

Chorée. — Chez cette enfant, la chorée datait de deux mois au moment de l'entrée à l'hôpital, et se présentait sous une forme spéciale, exceptionnelle, qu'on ne rencontre guère que dans les cas de chorée symptomatique d'une altération matérielle du cerveau ou de ses enveloppes. C'était une hémi-chorée plutôt qu'une chorée. Tout le côté droit du corps, la face et les membres étaient le siége de mouvements musculaires convulsifs désordonnés, involontaires, fréquents, qui empêchaient toute espèce de travail. La main droite ne pouvait tenir résolûment ce qu'une fois elle avait saisi. La langue elle-même était embarrassée et la parole était incertaine ou hésitante. Tous ces accidents étaient on ne peut mieux caractérisés.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

Mais ce qu'il y avait de curieux chez cette malade, c'était de voir la sensibilité détruite dans le côté sain, tandis qu'elle était conservée dans le côté choréique. En effet, la peau des parties affectées de mouvements convulsifs avait le sentiment du *contact* et de la *douleur;* au contraire, celle du côté sain était complétement insensible à la douleur; elle présentait cette disposition morbide que, le premier, M. Beau a fait connaître sous le nom d'*analgésie.* On pouvait la piquer et la pincer dans tout le côté gauche sans provoquer la moindre expression de douleur. Le contact était ressenti, mais nulle impression douloureuse n'arrivait au cerveau. En promenant la pointe de l'aiguille sur le tronc et sur le visage, à gauche, tout se passait ainsi que je viens de le dire, jusque sur la ligne médiane; mais à partir de ce point et dans le côté droit, la piqûre de l'aiguille était très-douloureuse.

Cette chorée n'avait été précédée d'aucune autre maladie rhumatismale ou morbilleuse que dans ces derniers temps on a considérée comme ayant avec elle une influence étiologique importante. D'autre part, si l'on a égard aux résultats de la nécropsie, qui a révélé l'existence de deux cysticerques du cerveau, il est infiniment plus probable que c'est à cette cause qu'il faut attribuer l'apparition des phénomènes choréiques.

Cette hémi-chorée et cette hémi-analgésie ont cessé très-complétement sous l'influence de la fièvre d'invasion de la scarlatine. Bien que ce soit là un phénomène connu, déjà indiqué au sujet de cette névrose par Bouteille, Sée, etc., comme il a été noté pour la plupart des névroses, et particulièrement pour l'hystérie, pour la coqueluche et pour l'épilepsie, il n'en est pas moins curieux ni moins important à signaler. C'est une occasion nouvelle d'appeler l'attention sur les substitutions morbides dont l'étude est trop négligée de nos jours. — *Febris spasmos solvit,* a dit Hippocrate. — L'exemple de cette chorée disparaissant subitement par la scarlatine en est une nouvelle preuve. D'abord, ce fut une simple diminution de l'analgésie et des mouvements choréiques; mais au bout de quarante-huit heures la névrose avait complétement cessé, la sensibilité était la même dans les deux côtés du corps, et il n'y avait plus de trace de chorée. Une fièvre de médiocre intensité avait suffi pour amener ce résultat.

Scarlatine. — Au moment de l'arrivée dans les salles, il n'y avait pas de scarlatine en activité ni en convalescence; mais précédemment il en avait existé plusieurs cas peu graves dont les sujets guéris étaient rentrés dans leurs familles. Le miasme avait eu le temps de se diluer et de se mêler à l'air de manière à ne s'y trouver qu'en petite quantité. Mais, on le sait, les miasmes et les virus divisés à l'infini conservent des propriétés contagieuses à un degré presque aussi violent que s'ils étaient absorbés en quantité considérable. Un atome ou une masse produisent indifféremment des effets semblables, et il en est ainsi de toutes les *causes spécifiques.*

Il a fallu d'ailleurs que l'action du miasme scarlatineux ait été bien rapide et bien violente, car l'*incubation* n'a duré que cinq jours, la fièvre d'*invasion* vingt-quatre heures, et l'éruption scarlatineuse a aussitôt recouvert la surface du corps. Cette éruption, assez régulière, a duré six jours, et immédiatement une faible desquamation a paru sur le ventre; elle s'est ensuite étendue aux cuisses et au reste de la peau en formant des écailles assez larges.

Angine. — La seule complication de cette scarlatine au début fut l'angine. En même temps que sortait l'éruption cutanée, une éruption de même nature se produisait sur le voile et les piliers du voile du palais, sur le fond du pharynx et sur les amygdales. Les deux glandes tuméfiées étaient à leur face interne le siége d'une ulcération grisâtre, encore peu étendue; mais celle du côté gauche était plus grande que celle de l'amygdale droite. L'ulcération, étendue de 1 centimètre environ, avait pour base un fond grisâtre, pultacé, et ses bords, irréguliers, déchiquetés, étaient taillés à pic. Elle était inodore. Au voisinage de cette ulcération, on vit un instant deux points blancs, saillants, formés par des follicules suppurés, non ouverts. La déglutition était difficile, et les ganglions du cou engorgés, douloureux. C'était là le commencement d'une de ces complications redoutables qui donnent quelquefois à la scarlatine une gravité si grande, complications bien connues aujourd'hui dans leur nature, sinon encore dans la manière d'en triompher sûrement.

Ayant vu très-souvent les cautérisations énergiques produire une angine plus intense, augmenter la tuméfaction des ganglions cervicaux et ne pas produire toujours les résultats heureux signalés par quelques observateurs; sachant d'ailleurs que ces angines ne sont pas toujours produites par des fausses membranes diphthéritiques, comme le croient plusieurs médecins fort distingués, je ne voulus pas recourir aux moyens anti-plastiques proposés dans cette circonstance. Sans penser un instant à l'emploi des sels de potasse, d'antimoine et de soude, je mis en usage les applications de glycérine, dont je tire bon profit dans les angines ulcéreuses et même dans les cas d'angine couenneuse bien caractérisée.

Trois fois par jour pendant cinq jours, de la glycérine fut portée à l'aide d'un pinceau sur l'ulcération des amygdales. Au bout de ce temps, l'ulcère du côté droit avait disparu, et celui de l'amygdale droite avait notablement diminué; le fond avait bon aspect, et ses bords étaient affaissés, en voie de cicatrisation. Je fis cesser l'application de glycérine.

Le lendemain, la plaie de l'amygdale gauche avait de nouveau mauvaise apparence; elle s'était agrandie, et ses bords déchiquetés s'étaient de nouveau gonflés.

Après un nouvel emploi de la glycérine trois fois par jour, l'ulcération marcha rapidement vers la guérison, et au sixième jour elle était cicatrisée.

L'action du remède fut évidente; car, après une amélioration très-caractérisée sous l'influence de la glycérine, une interruption de vingt-quatre heures permit au mal de reprendre une activité nouvelle, qui fut heureusement combattue par une nouvelle application du médicament.

Albuminurie. — L'enfant paraissait guérie et mangeait avec plaisir; elle ne restait au lit que pour favoriser le travail de desquammation consécutif à la scarlatine, sans exposer la peau à un refroidissement qui aurait pu gêner le rétablissement de ses fonctions. Elle était sans fièvre depuis cinq jours, lorsque, lui voyant le visage pâle, avec une faible bouffissure des paupières, je fis l'examen des urines à l'aide de la chaleur et de l'acide nitrique: j'y trouvai de l'albumine.

Le lendemain, l'appétit était perdu, et il y avait des malaises accompagnés d'une forte fièvre; les urines étaient plus fortement albumineuses. Malgré la transpiration produite par des bains tièdes et l'enveloppement à nu dans la laine ordonnés dans le but d'établir une hypersécrétion de la peau capable de balancer la sécrétion anormale des reins, l'albuminurie et la fièvre ne cessèrent pas immédiatement, mais la quantité d'albumine était au cinquième jour très-notablement diminuée. La sécrétion urinaire eût-elle repris ses caractères naturels si l'enfant eût vécu quelques jours de plus? C'est possible, car on sait que l'albuminurie scarlatineuse, souvent causée par une simple hyperémie rénale, disparaît avec cette hyperémie, et cela au bout d'un temps qui varie de quinze à vingt-cinq jours à peu près. Mais la maladie n'a pas eu le temps de suivre son cours; un accident imprévu et impossible à prévoir est venu en interrompre la marche. Un malaise subit, accompagné d'angoisses, de palpitations de cœur, s'est terminé en quelques minutes par la mort.

On sait le résultat de la nécropsie: hyperémie des reins, avec augmentation de 20 à 30 grammes sur leur poids, et sans altération bien apparente de la substance corticale; double hydrothorax assez abondant; cysticerques du cerveau, avec infiltration séreuse de la pie-mère, épanchement séreux des ventricules et ramollissement des parties centrales; telles sont les principales et les plus importantes des lésions somatiques trouvées chez cette enfant.

Elles expliquent jusqu'à un certain point la mort et quelques-uns des accidents observés pendant la vie.

En effet, bien que l'hydrothorax double n'ait pas été assez abondant pour comprimer les poumons le long de la colonne vertébrale et empêcher la respiration, son action a dû exercer une influence sur la mort, en raison de la formation si rapide de l'épanchement. Sous l'influence de l'anémie albumineuse, il s'était fait trois jours avant la mort un peu d'œdème aux jambes et de bouffissure des paupières, le liquide des plèvres a dû se former en même temps, mais il n'a donné lieu à aucun symptôme de toux ni de dyspnée; sa présence n'a pas été reconnue. C'est uniquement d'après la quantité du liquide, évaluée à deux verres pour chaque plèvre, à la rapidité de la sécrétion, formant tout à coup un obstacle à la respiration, que j'attribue l'espèce de suffocation subite qui a déterminé la mort. Ce n'est là qu'une hypothèse, mais on peut dire qu'elle est très-vraisemblable et motivée par des faits analogues bien connus des observateurs. Elle me paraît infiniment mieux rendre compte du mécanisme de la mort, que la présence des cysticerques du cerveau, qui ne déterminent jamais la mort subite.

Si les cysticerques du cerveau ont joué un rôle dans les phénomènes morbides dont l'organisation de l'enfant a été le siége, ce qui n'est pas impossible; ce rôle me paraît devoir être limité à une action infiniment moins grave que la terminaison par la mort. Ces parasites ont peut-être été la cause occasionnelle de l'hémi-chorée et de l'hémi-analgésie pour lesquelles l'enfant est entrée à l'hôpital. Souvent, en effet, la chorée, dans sa forme hémiplégique, est produite par une altération de texture quelconque du cerveau et de ses enveloppes. Il est rare de la rencontrer ainsi à l'état de chorée essentielle. Il ne serait pas impossible, par conséquent, que les cysticerques aient été la cause de la chorée hémiplégique, et que la mort ait été le résultat d'une suffocation intérieure produite par une sécrétion très-rapide du liquide dans les plèvres.

Les cysticerques eux-mêmes m'ont offert des particularités intéressantes. Ils étaient placés dans la substance corticale, et n'étaient pas apparents à l'extérieur. Ils étaient au nombre de deux dans un kyste, ce qui n'est pas ordinaire, car chaque parasite a presque toujours son kyste particulier. L'un d'eux, très-âgé, était en voie de décomposition et réduit à l'état de putrilage dans une enveloppe altérée. L'autre était blanc, résistant, intact; sa tête était rentrée dans le corps, et après l'avoir fait sortir, j'ai pu, avec M. Davaine, l'examiner à loisir sous le foyer du microscope.

Les ventouses étaient bien évidentes, et, au centre, se voyait à l'œil nu un point noir formé par la bouche de l'animal et la couronne de ses crochets. Déjà cette couronne de crochets était altérée par un dépôt de matière noire, mais elle paraissait encore bien conservée, et les crochets résistants ne sont pas tombés dans la préparation. Ils étaient au nombre de 29 ou 30. Le col articulé, rétréci, allongé, communiquait avec le corps transparent, à la surface duquel on pouvait voir une foule de granulations et de plaques calcaires. Ce cysticerque m'a paru être le type de la variété *Cysticercus cellulosæ.*

Si l'on ajoute ces observations à celles qui sont déjà connues, on verra que chez l'homme les cysticerques du cerveau sont impossibles à reconnaître pendant la vie. La raison en est toute simple. Ces entozoaires ne déterminent souvent pas de symptômes, et les phénomènes morbides auxquels ils peuvent donner lieu n'ont rien de caractéristique.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 février 1857. — Présidence de M. Michel Lévy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet:

1° Deux lettres dans le but d'inviter l'Académie à lui transmettre les rapports de la commission des épidémies et de celle des eaux minérales. M. le ministre se propose de faire imprimer ces rapports pour les envoyer aux médecins des épidémies et aux médecins inspecteurs des eaux minérales, qui ont reçu des médailles de l'Académie;

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1856 dans les départements de l'Allier, de l'Aube, des Vosges, et dans les arrondissements de Lorient et de Brignolles;

3° Un rapport de M. le docteur Chalette, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Châlons-sur-Marne, sur une épidémie de laryngite qui a régné dans cette ville à la fin de l'année 1856;

4° Un rapport final de M. le docteur Masson, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Beaune, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la colonie agricole et pénitentiaire de Citeaux. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

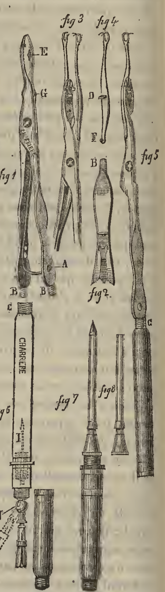
M. Dièche (du Tarn) adresse une note intitulée *Quelques mots sur l'analogie de la vaccine avec la variole.* (Commission de vaccine.)

— M. Bertherand (de Lille) adresse une lettre sur l'inoculation de la vaccine à la vache et la production de la vaccine par les eaux aux jambes.

— M. Mordret (du Mans) adresse une lettre dans laquelle il rappelle quelques passages d'un ouvrage qu'il a publié et qui a pour titre: *État actuel de la vaccine.* (Commission de vaccine.)

— M. le docteur Lachaise prie l'Académie de l'inscrire sur la liste des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène publique et de médecine légale.

— M. Jules Charrière présente à l'Académie un nouveau modèle de pince à pansement disposée de manière à remplir un grand nombre d'indications:



1° Pour les pansements, on saisit et on relâche un morceau d'éponge ou un pinceau de charpie par un mouvement aussi rapide que la pensée; car la simple pression du doigt sur la tête du ressort situé près l'extrémité du manche suffit pour fixer la pince ou lui faire abandonner l'objet.

2° A l'aide du porte-pierre assemblé à une des branches de la pince, cet instrument se trouve avoir une longueur plus que suffisante pour tous les pansements et pour la cautérisation.

3° Cette pièce a une grande puissance de levier; aussi est-elle avantageuse pour l'extraction des polypes, pour saisir des artères ou faire momentanément la compression de ces vaisseaux; car ses mors sont coniques et larges comme l'ancien valet à patin.

4° Elle fixe solidement les épingles et les aiguilles pour les sutures profondes.

5° Les fenêtres des mors permettent d'appliquer des griffes de pinces de Museux et autres à volonté, qui servent en même temps d'érignes à manche.

6° Grâce au petit volume du modèle de trocart de M. Charrière, on peut le placer dans l'étui du porte-pierre.

7° Enfin, on peut mettre dans sa tige creuse une aiguille à vaccine ou à cataracte pour extraire les corps étrangers de la cornée.

Explication des figures (demi-grandeur). — Fig. 1. Pince de trousse prête à servir pour l'usage du pansement ordinaire. A, tête du ressort qui maintient la pince fermée; son autre extrémité sert à tenir les branches écartées dans la main de l'opérateur. BB, vis destinée à assembler la pince dans le trou C de l'étui du porte-pierre. — Fig. 2. Portion d'une pince à ressort ou à verrou avec la vis B, pour les assembler comme la précédente. — Fig. 3. Portion de la pince fig. 1, sur laquelle sont montées deux griffes de pince de Museux. — Fig. 4. Une branche des deux érignes précédentes démontées. Pour les assembler, on engage le tenon D dans l'ouverture E de la fig. 1, qui est au bout du ressort dans le trou G, fig. 1. — Fig. 5. Erigne à manche composée d'une branche de la pince d'une érigne et d'une partie de l'étui monté à vis. — Fig. 6. Etui et porte-pierre articulés à la partie H. I, aiguille à cataracte ou à vaccine montée à vis dans la tige du trocart, et que l'on revisse par l'autre bout sur l'étui qui lui sert de manche. — Fig. 7. Modèle du trocart monté sur l'étui du porte-pierre. — Fig. 8. Canule du trocart.

— M. Bouillaud fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Biundi (de Naples) d'un ouvrage sur les maladies chroniques du foie.

LECTURE.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. J. Guérin pour la lecture de son exposé de la méthode sous-cutanée.

Exposé de la méthode sous-cutanée. — M. J. GUÉRIN s'exprime en ces termes :

Un des grands philosophes du dix-septième siècle écrivait ce qui suit : « Ceux qui ont l'esprit de discernement savent combien il y a » de différence entre deux mots semblables selon les lieux et les diffé- » rences qui les accompagnent..... Tel dira une chose de soi-même » sans en comprendre l'excellence, où un autre comprendra une suite » merveilleuse de conséquences qui nous font dire hardiment que ce » n'est plus le même mot, et qu'il ne le doit non plus à celui d'où il » l'a appris ; qu'un arbre admirable n'appartiendra pas à celui qui en au- » rait jeté la semence sans y penser, et sans la connaître, dans une » terre abondante, qui en aurait profité de la sorte par sa propre ferti- » lité. » Ces paroles, que j'emprunte à Pascal, l'Académie ne l'a peut-être pas oublié, je les citais naguère, en 1842, à la suite d'une mémorable discussion dans laquelle ses membres les plus éminents avaient apporté le tribut de leurs lumières pour éclairer les origines de la théorie des difformités et de la généralisation de la ténotomie. Je les rappelais alors pour mettre les esprits en garde contre certains artifices de la critique, qui, mue sans doute par un sentiment louable, mais exagéré de justice, s'efforce d'attribuer aux morts la pensée des vivants. Grâce à l'admirable et profonde justesse de la pensée de Pascal, elle est vraie aujourd'hui comme alors, et l'Académie me permettra de la reproduire au commencement de la discussion qui va s'ouvrir, parce qu'elle me paraît propre à épargner aux uns des tentatives inutiles, et aux autres des méprises regrettables. De quoi s'agit-il, en effet? De faire connaître dans ce qu'elle a de caractéristique et de véritablement original une méthode chirurgicale nouvelle; de la prendre à son point de départ, de la suivre dans ses développements, de la dégager des obscurités qui la couvrent encore aux yeux de certaines personnes, de distinguer avec impartialité et sincérité la part qui, comme dans toutes les découvertes, appartient aux pressentiments des devanciers, de celle qui revient à celui qui l'a révélée et constituée; de faire, en un mot, cette embryogénie de la pensée qui part des premiers linéaments de l'idée pour arriver à l'établissement complet d'une vérité viable et définitive. Une telle entreprise prêtera, vous le savez déjà, au genre de contradiction qu'avait prévu Pascal. Mais, en appelant à mon aide la parole du philosophe, j'ai moins compté sur elle encore que sur votre bienveillance et votre sagacité.

§ I. — *Origine et définition de la méthode sous-cutanée.* — Pour que l'Académie puisse apprécier le véritable caractère et la signification ultime de la méthode sous-cutanée, arrivée au degré de perfection qu'elle a atteint, il est indispensable de dérouler devant elle la série des développements par lesquels a passé cette méthode, en considérant, parallèlement pour chaque époque, l'idée qu'on avait en vue de réaliser, et le procédé opératoire à l'aide duquel on l'a réalisée.

Le point de départ de la méthode sous-cutanée, c'est la section des tendons. Les premiers opérateurs avaient divisé le tendon et la peau au moyen d'une même incision transversale : il en résultait une plaie ouverte. L'idée vint qu'on pouvait, en soulevant le tendon, sur une sonde, à travers une plaie longitudinale des téguments, ménager la peau et réduire d'autant l'étendue de la plaie, les accidents et la cicatrice. Tel est le premier pas vers la méthode sous cutanée. Delpech en a fait faire un second. Il a proposé et exécuté le premier la section du tendon d'Achille sous la peau, le tendon restant en place, à travers une double incision cutanée parallèle à sa direction. Le but de Delpech, son idée était de prévenir l'exfoliation du tendon, en ne le mettant pas à découvert, et de prévenir la suppuration des plaies cutanées en les réunissant par première intention. Mais les plaies cutanées avaient un pouce de longueur : elles ne se réunirent pas, elles suppurèrent et le tendon s'exfolia.

Plus tard, en 1822, Dupuytren, sans se préoccuper explicitement de l'idée de Delpech, divisa sous la peau une partie du sterno-mastoïdien, préférant, dit-il, cette manière d'opérer, chez une jeune fille, comme propre à diminuer l'étendue de la cicatrice : il fit à la peau une incision plus petite que Delpech n'avait fait la sienne, et la plaie paraît s'être cicatrisée immédiatement. De sorte que jusque-là Delpech s'était préoccupé d'une idée qu'il n'avait pu réaliser ; et Dupuytren, sans se préoccuper de l'idée de Delpech, avait imaginé le procédé qui pouvait la réaliser. Le progrès que Delpech et Dupuytren avaient ainsi préparé séparément, chacun pour moitié, M. Strohmeyer l'acheva, en prenant explicitement pour but la pensée de Delpech, et pour moyen le procédé de Dupuytren. En effet, cet habile chirurgien fit, en 1831, la section du tendon d'Achille, à l'aide d'un bistouri très-étroit passé sous le tendon, et il obtint la cicatrisation immédiate des deux petites plaies cutanées, qui n'avaient, dit-il, que la largeur de la lame. Voilà donc un second pas vers la méthode sous-cutanée, préparé par Delpech et Dupuytren, et accompli par M. Strohmeyer. Que l'Académie veuille bien fixer son attention sur ce point, car c'est ici le nœud de la question. J'ai dit que le progrès accompli par M. Strohmeyer était un second pas *vers* la méthode sous-cutanée. C'est qu'en effet, en réalisant l'idée de Delpech à l'aide du procédé de Dupuytren, cet auteur ne touchait encore ni à l'idée ni au procédé de la méthode sous-cutanée : il ne faisait que perfectionner, que constituer un manuel opératoire empirique, dont le succès n'était garanti, de l'opinion même des esprits les plus compétents de l'époque, par aucune donnée rationnelle, et dont la portée n'allait pas au delà de l'opération spéciale pour laquelle il avait été imaginé : la section des tendons. Les développements historiques qui vont suivre mettront cette vérité hors de doute.

De 1835 à 1839, un certain nombre de chirurgiens, parmi lesquels nous croyons pouvoir nous compter, répétèrent l'opération de M. Strohmeyer, en lui imprimant de nouveaux perfectionnements. On rétrécit encore la largeur de l'instrument, et on supprima une des deux ouvertures de la peau. Mais tous ces perfectionnements n'avaient d'autre but que d'assurer la plus parfaite exécution du résultat pratique auquel ils concouraient. Ce but, c'était d'abord de redresser le pied-bot en divisant la corde qui le tenait bridé ; puis de conserver le mouvement du tendon divisé, maintenu libre sous la peau et exempt d'adhérences avec les cicatriees cutanées. Rien dans les auteurs originaux ni dans les écrivains didactiques du temps ne permet de soupçonner que l'observation allât au delà de ce but, et que l'art se préoccupât d'un autre résultat : on ne craint à cet égard aucune contradiction.

Cependant un fait d'un ordre bien plus élevé, fourni par les circonstances physiologiques de l'opération, passait inaperçu. La guérison rapide et sans suppuration avait été le cas le plus ordinaire et le plus général. Les premiers accidents observés furent considérés comme des exceptions sans importance. Ils se multiplièrent. Bientôt tous les chirurgiens virent se développer des érysipèles, des phlegmons, des abcès, la gangrène, enfin tout l'appareil de l'inflammation suppurative, contrastant avec la bénignité habituelle des suites de l'opération. Que voulaient dire ces accidents, et à quoi tenaient-ils? Pour répondre à ces deux questions, il faut se reporter à l'indication posée par Delpech et adoptée par M. Strohmeyer, à savoir : qu'après la section du tendon, les deux bouts divisés doivent être remis en contact pour favoriser leur réunion, de même que les lèvres des plaies cutanées doivent être maintenues rapprochées pour empêcher qu'elles ne suppurent. Qu'est-ce que cela, si ce n'est la théorie et la pratique de la *réunion par première intention*, si ce n'est la cicatrisation immédiate des plaies tendineuse et cutanée par l'inflammation adhésive de Hunter? Ce ne sont pas seulement les faits qui le disent, mais les doctrines du temps. L'immunité des sections tendineuses n'avait pas d'autre signification : tout le monde le pensait, le professait, et les hommes les plus experts de la pratique le déclaraient explicitement dans leurs écrits. La conséquence de cette manière de voir avait été de comprendre dans une seule et même plaie aboutissant à la peau sans solution de continuité, la plaie cutanée et la plaie tendineuse; n'assujettissant le manuel opératoire à d'autre règle que de réduire autant que possible la dimension et le nombre des ouvertures extérieures, afin de réaliser les conditions les plus favorables de la réunion immédiate. Voilà pour les faits de cicatrisation d'emblée.

Mais s'il survenait de l'érysipèle, des phlegmons, des abcès, de la gangrène, au lieu d'y voir un avertissement salutaire, au lieu d'y soupçonner une contradiction à la théorie et un enseignement à une réforme de la pratique, on se complaisait dans les séductions de la théorie huntérienne; on y cherchait des analogies trompeuses avec les insuccès ordinaires de la réunion immédiate des grandes plaies : c'était la conversion de l'inflammation adhésive en inflammation suppurative, c'est-à-dire le développement, dans tous les cas, du même processus pathologique, ne différant que pour le degré. Et lorsque l'on était conduit à rechercher les causes en vertu desquelles l'inflammation s'arrêtait à la forme adhésive dans les cas bénins, et allait jusqu'à la forme suppurative dans les cas graves, on s'expliquait les premiers par l'exiguïté des plaies par ponction, et la nature peu réactive du tissu tendineux; et les seconds par toutes les circonstances de localité, de température, d'âge, de tempérament, de constitution, d'instrument, à l'aide desquelles on se rend habituellement compte des insuccès de la réunion immédiate.

Telle était la phase huntérienne de la ténotomie sous-cutanée.

Relativement à l'idée, on recherchait la cicatrisation immédiate des plaies tendineuse et cutanée par le rapprochement de leurs surfaces et à la faveur de l'inflammation adhésive.

Relativement au procédé opératoire, on ne faisait de la section tendineuse et de la plaie cutanée qu'une seule et même plaie, qu'une plaie directe et continue, à l'aide de la plus petite ouverture possible de la peau.

Mais un examen attentif des faits ne me parut pas pouvoir se concilier avec cette doctrine. Conduit d'abord par instinct, et plus tard par d'autres idées, à opérer d'une manière différente, j'avais aussi des résultats différents. Jamais, sur un nombre considérable de sections de tendons, je n'avais vu survenir d'inflammation suppurative; et pourtant j'avais opéré à tous les âges, dans toutes les conditions, à l'hôpital, en ville, sur des sujets pléthoriques, nerveux, lymphatiques, scrofuleux, j'avais même opéré des enfants qui, dès le lendemain, avaient été pris de rougeole, de variole, et pourtant n'avaient vu survenir aucune complication du côté de la plaie sous-cutanée. Je crus donc devoir chercher ailleurs que dans les doctrines régnantes, la cause de cette différence entre la pratique des autres et la mienne, et je fus conduit, aussi bien par la comparaison des procédés opératoires que par l'observation directe des faits, à une doctrine qui m'a permis d'établir la ténotomie sous-cutanée sur une base ou une idée nouvelle, et de servir cette idée à l'aide d'un procédé opératoire nouveau, idée et procédé qui ont été la première évolution de la vraie méthode sous-cutanée, ainsi que l'Académie va pouvoir s'en convaincre.

Tous ceux qui ont vu pratiquer la ténotomie suivant les procédés de MM. Strohmeyer et Dieffenbach savent que l'opération consiste à faire sur le côté du tendon une incision ou une ponction avec une lancette ou un bistouri, et à faire par cette ouverture la section du tendon. Il résulte de cette manière de procéder deux circonstances principales qui la caractérisent :

1° La plaie cutanée et la plaie tendineuse se correspondent et se regardent ;

2° Il se forme au sein de la plaie tendineuse un espace vide, formé par l'écartement des deux bouts du tendon divisé, qui est infailliblement comblé par les liquides épanchés ou par l'air extérieur, dont l'introduction est favorisée par la correspondance directe ou parallèle des plaies superficielle et profonde, qui n'en font qu'une.

En présence de ce double fait de la communication facile de l'air et de son appel incessant au fond de la plaie tendineuse, j'ai cru pouvoir attribuer à son action les ténotomies suppurées. Ce premier chef de conclusion a été fortifié par un second.

Contrairement aux prescriptions de Delpech, de M. Strohmeyer et de l'école huntérienne, j'avais et j'ai toujours l'habitude, après la section des tendons, d'opérer immédiatement l'écartement des deux bouts, dans l'étendue d'un à plusieurs centimètres. Le résultat de cette pratique, commandée par la nécessité d'un allongement suffisant du tendon, est de provoquer un épanchement intermédiaire, qui trouble et empêche l'accomplissement de l'adhérence huntérienne. Cependant, à la faveur d'un procédé qui ferme hermétiquement la plaie à l'air, cette matière ne suppure pas ; elle continue, au contraire, et sans aucun temps d'arrêt, à partir du moment de l'épanchement, à présenter toutes les phases de l'organisation régulière d'un tissu nouveau ; j'en ai conclu qu'à la place d'une réunion par première intention, matériellement impossible, il existe un travail d'un autre ordre, auquel j'ai donné le nom d'*organisation immédiate*, pour exprimer que les tissus qui en sont le siége enjambent d'emblée le processus des plaies qui suppurent et deviennent immédiatement le siége du travail dont ces derniers ne sont le théâtre qu'après l'occlusion de leur surface par la membrane pyogénique. Voilà donc l'idée ou plutôt le fait qui sert de base à la théorie nouvelle de la plaie sous-cutanée. Voici maintenant le procédé opératoire qui correspond à la réforme de la théorie.

On a vu précédemment que le procédé huntérien, ou de M. Strohmeyer, réunit en une seule et même plaie l'ouverture cutanée et la section tendineuse. Le manuel opératoire de la méthode sous-cutanée vise, au contraire, à faire de ces deux sections deux plaies distinctes, non pas continues, mais séparées par un espace qui les rend indépendantes l'une de l'autre ; non pas directes, mais placées l'une et l'autre à l'extrémité d'un conduit sinueux, qui rend entre elles toute communication difficile, si ce n'est impossible ; de manière que si l'une suppure, l'autre puisse ne pas suppurer. Il suffit, en effet, d'observer attentivement toutes les particularités matérielles du véritable procédé sous-cutané pour se convaincre qu'il répond en tout et pour tout à l'idée et aux conditions de la méthode.

Soit un tendon à diviser. On fait à la peau qui avoisine le tendon un large pli qui la détache de celui-ci, et soulève, en les distendant, les couches de tissu cellulaire comprises dans ce pli. A la base de ce pli, on pratique, avec un instrument à lame étroite, dit *ponctionneur*, une ponction qui pénètre jusqu'au tendon; par cette ouverture, le pouce et l'index maintenant toujours le pli, on introduit le ténotome à pointe et à talon mousses ; on abandonne ensuite le pli cutané, on rabat la peau sur le talon de l'instrument et l'on divise le tendon; on retire ensuite l'instrument en prenant la précaution de ne pas agrandir ni son trajet ni l'ouverture cutanée. Après l'opération, on expulse l'air qui a pu s'introduire dans la plaie et on recouvre immédiatement cette dernière d'un morceau de diachylon gommé.

Il résulte de cette manœuvre trois circonstances principales qui constituent les caractères essentiels du procédé de la méthode sous-cutanée :

1° La plaie cutanée est séparée de la plaie tendineuse par un espace celluleux, dont la longueur varie de 5 à 10 centimètres, suivant l'extensibilité de la peau et du tissu cellulaire;

2° Le trajet celluleux qui sépare les deux plaies est très-étroit; il n'est pas direct, mais sinueux, concave, par suite du retour à leur situation primitive des couches celluleuses soulevées dans le pli cutané et traversées dans cette situation par le ponctionneur ;

3° Toute communication entre la plaie cutanée et la plaie tendineuse est empêchée par la pression atmosphérique et par suite du tassement élastique des lamelles celluleuses distendues par le pli : d'où l'on peut dire, suivant l'heureuse expression d'un de nos collègues, que la plaie tendineuse est *lutée*, absolument fermée à l'air.

Mais une circonstance plus générale et d'une signification plus élevée résulte de l'ensemble de ces vues et de ces particularités opératoires, c'est que, comme je l'ai dit plus haut, il n'y a pas seulement deux plaies distinctes et séparées, la plaie de la peau et la plaie tendineuse, mais il y a surtout ceci, que la plaie tendineuse, la plaie profonde est la seule qui soit véritablement sous-cutanée et pour laquelle doive être réservée cette dénomination. L'Académie verra par la suite que cette distinction n'est pas purement nominale ; elle est, au contraire, fondamentale ; elle exprime un ordre de faits à part, soit pour leurs caractères physiques, soit pour leurs caractères physiologiques, et elle est destinée à représenter une doctrine et des résultats complétement différents de ceux qu'on avait, sous la même dénomination, enseignés jusqu'alors.

Jusqu'ici je n'ai fait que raconter les préliminaires de la méthode sous-cutanée, que la dégager des obscurités, des méprises qui couvrent encore son berceau. Je n'ai fait que la dénommer, qu'en montrer l'application à la ténotomie ; je vais maintenant la faire voir se constituant, la suivre dans ses développements, la théoriser, la prouver et la généraliser. C'est dire que je n'ai eu, par ce qui précède, d'autre prétention que d'établir entre l'Académie et moi une communauté de langage : j'espère, par ce qui va suivre, établir une communauté de conviction.

§ II. — *Constitution physiologique de la méthode.*

Pour que l'Académie aperçoive mieux le point de départ de la vraie méthode sous-cutanée, non pas de celle qui n'avait servi jusque-là que d'expédient à la ténotomie huntérienne, mais de la méthode sous-cutanée constituée par elle-même et pour elle-même, je lui demande la permission de lui rappeler les circonstances où elle est née, où elle a eu besoin de naître ; car, on le sait, la plupart des découvertes sont le résultat d'un besoin, et la méthode sous-cutanée n'a pas échappé à cette loi.

Conduit par l'induction étiologique dont je parlais tout à l'heure, à considérer certaines déviations de l'épine comme le résultat de la rétraction des muscles du dos, j'avais résolu de leur appliquer l'opération qui avait si bien réussi contre le pied-bot et contre le torticolis, qui n'est lui-même qu'une variété, qu'un cas particulier des déviations de l'épine par rétraction musculaire. Mais j'étais retenu dans mon entreprise et par les appréhensions suggérées par la ténotomie huntérienne et par les complications graves que j'avais à affronter.

Il ne s'agissait plus d'un seul tendon et d'un tendon isolé, mais de vaisseaux et de nerfs en quantité assez considérable ; d'une série de tendons glissant dans des gaînes; de masses musculaires renfermées dans des aponévroses ; d'aponévroses larges et épaisses, le tout au voisinage des cavités thoraciques et abdominales et du canal rachidien, dont les émanations vasculaires et nerveuses préparaient à la communication des accidents des voies en apparence presque certaines. Il y avait au point de vue des notions acquises sur les plaies et leurs complications de quoi faire appréhender les dangers les plus réels. Ajoutons qu'il n'y avait pas à mettre à profit les ressources de la ténotomie huntérienne de la réunion immédiate, de l'adhésion entre les parties divisées pour éviter l'inflammation suppurative, puisque le but de l'opération était de substituer un allongement immédiat à la trop grande brièveté des parties à diviser, et cet allongement ne pouvait être obtenu qu'à la faveur d'un certain degré d'écartement des masses musculaires divisées produit d'emblée. Il fallait donc pour atteindre ce résultat à travers les difficultés et les périls dont il paraissait environné des conditions d'exécution, des ressources et des garanties nouvelles. Ces conditions, ces ressources et ces garanties étaient là où les ensei-

gnements de la doctrine avaient placé les apparences d'un écueil presque certain. Cependant l'indication de couper les muscles du dos me paraissait trop évidente pour que je renonçasse à l'idée de cette opération.

C'est alors que, voulant me renfermer dans les limites de l'induction la plus rigoureuse, je crus ne pouvoir pas me contenter de la démonstration clinique de ma théorie de l'action de l'air appliquée à la ténotomie sous-cutanée ; j'eus recours à l'expérimentation directe sur les animaux dans les conditions mêmes que j'avais à reproduire chez l'homme. Ici deux remarques préalables sont de toute nécessité. La première, c'est que la théorie buntérienne n'avait jamais songé à aller au delà de la ténotomie proprement dite; la seconde, c'est que, par ses échecs et par la doctrine qu'on lui a prêtée, il lui était interdit de sortir du cercle où elle s'était renfermée. Tout ce qui va suivre, soit en fait, soit en théorie, n'a donc plus rien de commun avec la ténotomie huntérienne.

J'instituai quatre séries d'expériences : deux séries chez les animaux et deux séries chez l'homme.

Mes premières expériences sur les animaux furent tentées dans l'unique but de savoir quels accidents pourraient entraîner la section et l'excision des muscles de l'épine. Dans les uns, j'avais employé l'incision directe de la peau, que j'avais recousue ensuite ; dans les autres, une simple ponction cutanée. Dans les deux cas, un épanchement plus ou moins considérable s'était formé sous la peau; il s'était en partie résorbé et avait donné lieu à l'organisation immédiate. Je pouvais croire que ces premiers et si rapides résultats tenaient à l'organisation particulière du chien, dont le sang jouit d'une plasticité si remarquable. Je tâchai d'arriver aux applications de ces données chez l'homme par des tâtonnements gradués, et avec toute la prudence que commandait une pareille tentative. Vingt-cinq cas de sections des muscles du cou, observés dans ce but, me conduisirent pas à pas au résultat que j'avais d'abord constaté chez les animaux. En effet, des plaies véritables de 8 à 10 centimètres, intéressant des vaisseaux et des nerfs, provoquant et la douleur et un épanchement considérable de sang, avaient été suivies de cicatrisation et d'organisation immédiates. Il y avait eu séparation des parties divisées, et dans leur intervalle un épanchement, fluide d'abord, gélatiniforme ensuite, puis une consistance analogue à celle des parties environnantes.

Encouragé par ces deux ordres de résultats, je fis des tentatives plus hardies et plus décisives, destinées à marquer les limites extrêmes où l'on pouvait atteindre.

Je fis dans ce but deux nouvelles séries d'expériences chez les animaux et chez l'homme.

Chez les animaux, je divisai le même jour, à la même heure, toutes les masses musculaires de l'épine en différents endroits, toutes les aponévroses, tous les muscles, vaisseaux, nerfs de la cuisse, depuis la peau jusqu'au fémur. Il en est résulté des épanchements énormes et la paralysie. Ces opérations, répétées un grand nombre de fois, ont presque toujours réussi ; c'est-à-dire que, dans l'intervalle des parties divisées, il s'est fait un épanchement des plus considérables, lequel, après s'être en partie résorbé, s'est organisé sans la moindre trace de suppuration.

Ces expériences, en quelque façon collectives, ont été reprises ensuite en détail. Les tendons, les muscles, les ligaments, les vaisseaux, les nerfs, ont fait l'objet d'autant d'expériences spéciales, dans le double but de confirmer le fait général de l'organisation immédiate, commun à tous les tissus, et d'étudier ensuite toutes les particularités de cette organisation par rapport à chaque tissu en particulier.

Il n'est plus nécessaire aujourd'hui d'énumérer les cas particuliers. J'ai fait tant de fois la section des muscles du cou, de l'épine, de la poitrine, des membres, que je puis me borner à en rappeler le résultat physiologique général. A l'exception de deux fois sur des milliers de cas, une fois au début de mes opérations de myotomie (qu'il ne faut pas confondre avec mes opérations de ténotomie, dont aucune n'a suppuré), une seconde fois beaucoup plus tard, mes opérations n'ont jamais produit le moindre accident de suppuration. Ce fait a incontestablement la portée d'une vaste et large expérience ; aussi m'a-t-il servi de point de départ assuré à la généralisation physiologique de la méthode, généralisation que j'ai exprimée comme il suit :

« *Toutes les plaies pratiquées sous la peau, quels que soient leur siége, » leur étendue et la nature des tissus divisés, participent à la propriété » des plaies sous-cutanées des tendons, c'est-à dire qu'elles ne s'enflam- » ment ni ne suppurent, et s'organisent immédiatement.* »

Ce fait général de l'innocuité des plaies sous-cutanées ne comprenait encore que les tissus. Je l'ai bientôt étendu aux cavités closes de l'économie. Avant la méthode sous-cutanée, tout le monde sait de quels dangers étaient entourées les plaies pénétrantes du thorax, de l'abdomen, des cavités articulaires. Ces dangers sont réels, en effet, quand les plaies sont pénétrantes sans être sous-cutanées. Or l'expérimentation physiologique sur les animaux et l'expérimentation clinique chez l'homme m'ont permis d'étendre la loi de l'immunité des tissus aux cavités, de telle façon que les plaies pénétrantes crâniennes, thoraciques, abdominales, articulaires, quelle que soit leur étendue, sont tout aussi inoffensives que les plaies tendineuses et musculaires, pourvu qu'elles réunissent les conditions de l'innocuité de ces dernières et qu'aucune complication étrangère ne vienne troubler la loi de leur immunité constante et générale.

Ai-je besoin de rappeler toutes les expériences que j'ai faites et répétées dans ce but, et les nombreuses opérations cliniques qui sont venues joindre leur témoignage à celui de l'expérimentation physiologique ? Déjà la plupart de ces faits sont entrés dans la pratique usuelle, en perdant presque la trace de leur origine, et comme s'ils avaient existé de tout temps. Je n'insiste donc pas davantage sur ce point.

Arrivé à cette partie de ma tâche, j'éprouve le besoin de la résumer, de la caractériser dans ce qu'elle a de plus significatif.

Jusqu'ici je n'ai fait que rapporter et réunir des faits, des expériences, des observations et des résultats. Il n'a été question des théories que comme indications et motifs des faits. Je n'ai discuté ni voulu démontrer l'action nuisible de l'air sur les plaies ; je n'ai fait que l'indiquer et la réserver.

En procédant de la sorte, en dégageant le fait de la théorie, j'ai voulu montrer le premier dans ce qu'il a d'original et de positif, et n'en pas subordonner la certitude à ce que la seconde peut avoir encore aux yeux de quelques personnes d'hypothétique, de discutable et d'incertain. A ce point de vue tout positif, il me paraît que la première partie de ce travail peut se résumer comme il suit :

1° Avant l'établissement de la méthode sous-cutanée, divers auteurs, depuis Delpech jusqu'à M. Strohmeyer, avaient eu recours, pour la section des tendons, à un procédé opératoire incomplétement sous-cutané, sans autre but que d'assurer à cette opération spéciale le bénéfice d'une cicatrisation la plus favorable possible au libre exercice du mouvement de la partie redressée; le caractère physiologique de cette opération est une application à la section des tendons du principe de la réunion immédiate au moyen de l'inflammation adhésive, et son résultat une alternative empirique de cicatrisation immédiate et de suppuration : d'où il est rigoureusement permis de conclure que le but, le moyen et le résultat, caractérisant cette première évolution du procédé sous-cutané, employé comme expédient de la ténotomie, ne pouvaient être considérés comme une émanation ou application d'une méthode qui n'existait pas, et ne permettaient pas de songer à l'étendre au delà de cette opération.

2° La méthode sous-cutanée, constituée par elle-même et pour elle-même est servie par un manuel opératoire dans lequel tout est calculé pour produire une plaie sous-cutanée parfaitement distincte et séparée de la plaie tégumentaire, et pour affranchir la plaie sous-cutanée de toute communication avec l'air extérieur. Cette combinaison du but et du moyen de la méthode a pour résultat immédiat d'affranchir sûrement la plaie sous-cutanée de toute inflammation suppurative et de donner lieu à un genre de travail de réparation différent matériellement de la réunion adhésive de Hunter.

3° A la faveur de son manuel opératoire, de l'immunité certaine de ses applications et du fait physiologique de l'organisation immédiate, la méthode sous-cutanée a pu constituer d'emblée une méthode chirurgicale nouvelle applicable à toutes les opérations qu'il a été possible d'exécuter sous la peau, quelles que fussent leur profondeur, leur étendue et la nature des tissus divisés.

4° Finalement, la méthode sous-cutanée, munie d'instruments appropriés, a pu s'étendre avec la même immunité à l'ouverture de toutes les cavités naturelles et accidentelles de l'économie, soit pour en extraire, soit pour y introduire des liquides étrangers à l'organisme.

En un mot, la méthode sous-cutanée, ramenée à sa dernière expression comme fait, a établi que les plaies sous-cutanées ne suppurent pas, et elle a fourni le moyen d'atteindre sûrement ce résultat.

Ces quatre propositions n'expriment que des faits vrais, positifs, et vrais seulement par l'expérience qui les constate. Que sont-ils par rapport à la méthode sous-cutanée, si ce n'est un fait physiologique, constitué, prouvé et généralisé dans son caractère purement expérimental : c'est-à-dire la constitution et la généralisation physiologique de la méthode ? (Nous publierons la fin de ce résumé dans le prochain numéro.)

— La séance est levée à cinq heures.

EMPOISONNEMENT

par la racine d'ellébore blanc (Veratrum album).

Par M. le Dr SMITH (de Varsovie).

Un cas très-curieux d'empoisonnement par la racine d'ellébore blanc s'est présenté à mon observation le 4 août 1856.

Un homme sourd, âgé de cinquante ans, équarrisseur et s'occupant en même temps de l'art vétérinaire, demanda à sa femme, au moment de manger de la soupe aux pommes de terre, du poivre pour l'assaisonner. Celle-ci lui présente par mégarde un cornet dans lequel se trouvaient 6 à 8 grammes de racine pulvérisée d'ellébore blanc, dont il se servait dans sa pratique vétérinaire. Il en saupoudre fortement sa soupe (car il consommait beaucoup de poivre), et, ne la trouvant pas assez épicée, il en ajoute à plusieurs reprises. Au moment où il veut manger une seconde assiettée, plus épicée encore que la première, il interpelle sa femme en lui disant que le poivre dont elle s'est servie est trop vieux et pas assez fort ; en même temps il mouille son doigt dans la poudre et le porte à sa langue. Il reconnaît de suite que c'est de la poudre d'ellébore blanc, et, quoique effrayé, il ne songe pas néanmoins que la dose qu'il a prise puisse produire des suites fâcheuses. Cela s'était passé vers huit heures et demie du matin.

Une bonne demi-heure après, il ressent une brûlure extraordinaire dans le gosier, dans l'œsophage et dans l'estomac, des envies de vomir, et éprouve ensuite des vomissements violents et fréquents. Appelé deux heures après l'empoisonnement, j'observai les symptômes suivants : outre les vomissements continuels et sanguinolents, outre la difficulté de la parole, le malade se plaignait de douleurs violentes dans le bas-ventre, d'une grande angoisse, de resserrements de poitrine, de dyspnée et de gonflement douloureux dans le creux de l'estomac ; le pouls était très-petit, irrégulier, souvent interrompu ; prostration musculaire complète, sueur froide, pâleur du visage et de tout le corps, syncopes, membres froids ; les pupilles énormément dilatées, immobiles ; perte complète de la vue ; vertiges.

Je prescrivis de suite un litre de café noir avec du jus de citron à avaler, un quart d'heure après je formulai la préparation suivante :

Iode.	5 centigr.
Iodure de potassium. . . .	4 gramm.
Eau.	200 —

A prendre par cuillerées à bouche. Lavement vinaigré.

Une demi-heure après, les vomissements cessaient ; mais tous les autres symptômes augmentaient, au point que le malade, pris par des douleurs violentes, se lève de son lit et tombe sur la face comme paralysé. Peu à peu ces symptômes d'empoisonnement disparurent, et douze heures après (9 heures du soir), la vue commençait à reparaître sous un nuage ; mais les pupilles restaient dilatées et immobiles ; le malade se plaignait de vertiges, de céphalalgie violente. La nuit fut très-mauvaise ; mais le lendemain matin il n'éprouvait plus que de la dysurie. Il avait pris une quantité d'ellébore blanc que l'on pouvait évaluer à 4 grammes.

Le malade a dû ici son salut à des vomissements fréquents et copieux et à sa soupe qui était épaisse. Si on songe à la quantité de vératrine que l'ellébore contenait dans cette dose, il est étonnant que cet homme n'ait pas succombé. Pfaff a donné, avec raison, à la vératrine, le nom d'arsenic du règne végétal, tant ses effets sont violents, même à des doses modérées.

(*Revue médico-chirurgicale.*)

ÉPILEPSIE. — VALÉRIANATE D'AMMONIAQUE. FORMULE.

Le valérianate d'ammoniaque a été préconisé dans ces derniers temps par quelques praticiens comme un anti-spasmodique très-puissant dans diverses maladies nerveuses, et particulièrement dans l'épilepsie. Voici la formule que l'on suit à la Salpêtrière et à Bicêtre depuis plusieurs années, et que M. Pierlot a fait connaître dans le *Bulletin de Thérapeutique :*

Eau distillée.	95 grammes.
Acide valérianique.	3 —
Sous-carbonate d'ammoniaque. . .	q. s. pour neutraliser l'acide. Ajoutez :
Extrait alcoolique de valériane. .	2 grammes.

30 grammes de racines fournissant à la distillation 30 centigrammes d'acide, la solution étant titrée au 25°, on doit débuter par une dose de 5 grammes (une cuillerée à café, répétée le soir et le matin).

(*Revue médico-chirurg.*)

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Programme d'un concours complémentaire pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire.

Un décret impérial, en date du 12 juin dernier, détermine que le recrutement du corps de santé de l'armée de terre aura lieu par des élèves qui, après deux années de séjour à l'Ecole instituée près la Faculté de Strasbourg, et leur réception au doctorat, sont appelés à devenir médecins aides-majors de 2e classe, en passant un an à l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Pour l'exécution des dispositions du décret précité, le concours pour un nombre indéterminé d'emplois d'élève du service de santé militaire à l'école de Strasbourg, qui a eu lieu aux mois de septembre et d'octobre derniers, sera continué :

A Strasbourg, le 16 mars 1857;
A Lyon, le 25 du même mois ;
A Montpellier, le 1er avril suivant ;
A Toulouse, le 9 du même mois ;
Et à Paris, le 20 dudit mois d'avril.

(Voir, pour les conditions d'admission, notre no du 4 août 1855.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur J. Renault du Motey, directeur médecin de l'asile public d'aliénés de la Lozère, à Saint-Alban, vient d'être nommé, par arrêté de M. le ministre de l'intérieur, directeur médecin de l'asile public d'aliénés de l'Aveyron, à Rodez.

— La Société médicale du Panthéon tiendra une séance supplémentaire le samedi, 21 février, à huit heures très-précises du soir.

Ordre du jour. — Exposition de divers appareils et procédés chirurgicaux par M. Reybard (de Lyon).

Les membres des autres Sociétés médicales sont invités aux séances, qui ont lieu tous les deuxièmes mercredis de chaque mois. Les personnes qui désirent faire des communications à la Société sont priées d'en informer M. Auzias-Turenne, secrétaire général, avant le 1er du mois.

— M. le docteur Durant-Fardel reprendra demain vendredi, à l'heure ordinaire, son cours, qu'une indisposition l'avait forcé d'interrompre.

— Nous avons reçu plusieurs lettres que l'abondance des matières nous oblige à renvoyer à un autre numéro : une notamment de M. Becquerel au sujet d'une communication de M. Leclerc (de Caen), insérée dans notre numéro du 7 de ce mois, et une autre de M. Bayard (de Cirey-sur-Blaise), en réponse au travail de M. Bertillon sur la mortalité.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Pelouze, né à Paris (Seine) ; *Etude sur les fermentations.*

Broguier, né à Fayence (Var) ; *Avantage des pansements rares après les amputations.*

Tainturier, né à Panthier (Côte-d'Or) ; *Quelques considérations sur la fibrine du sang et sur les modifications que lui font subir certaines maladies aiguës.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la respiration tubaire et amphorique dans la pleurésie, et des indications de la thoracentèse; par M. LANDOUZY, professeur de clinique interne à l'Ecole de médecine de Reims. Brochure in-8°. 1856. Chez J. B. Baillière.

Maladies chroniques de l'appareil locomoteur. Leçons cliniques de M. le docteur BOUVIER, médecin de l'hôpital des Enfants ; recueillies par M. H. RICHARD MAISONNEUVE, interne des hôpitaux. Année 1856. (Pied-bot et Rachitisme.) Un vol. in-8° de 195 pages. Paris, 1857. J. B. Baillière.

LE SOTAN.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'ictère grave ou ictère malin. — Anatomie pathologique. Nature et traitement (1).

Dans notre dernière *Revue clinique*, nous en sommes resté, au sujet de l'ictère malin, à l'étude de la nature de cette affection, c'est-à-dire de ce qui constitue son identité et son essentialité, si l'on veut nous permettre d'exhumer ce vieux néologisme dont on a tant abusé jadis. Mais avant d'aborder ce point difficile de l'histoire de l'ictère, et pour le faire avec quelque fruit, il est indispensable d'abord de dire un mot de l'anatomie pathologique.

Si l'on se rappelle les quatre observations rapportées dans les précédents articles, on y a vu que l'examen cadavérique avait donné des résultats à peu près nuls, ou insignifiants du moins, au point de vue de leur rapport avec les symptômes observés pendant la vie. Voyons ce que nous apprennent à cet égard les observations consignées dans le travail de M. Ozanam, auquel nous allons faire encore ici de nouveaux et utiles emprunts.

Ces observations se divisent sous ce rapport en deux catégories : dans les unes on ne rencontre rien d'anormal ni dans le cerveau, ni dans le foie, ni dans la vésicule ou les canaux biliaires, ni dans aucun autre organe. Dans les autres, voici ce que l'on a constaté : dans trois cas, le foie était un peu mou et d'une teinte ictérique générale ou partielle ; une fois, il était gorgé de bile, qui s'écoula en le coupant ; dans un cas, cet organe était le siége d'une congestion sanguine, très-peu intense du reste. Le volume du foie a toujours paru normal ; on n'y a jamais trouvé aucune trace d'inflammation. Sur un sujet, M. Ozanam a eu l'occasion de voir, au-dessus du péritoine qui recouvre le foie, de petits épanchements sanguins superficiels qui faisaient partie d'une lésion bien plus remarquable et peu connue, l'hémorrhagie sous-péritonéale. Il existait, en effet, dans ce cas une foule de petits épanchements sanguins de grandeur variable disséminés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Dans tous les cas, à l'exception des trois dont il vient d'être question, la vésicule et les canaux biliaires ont été trouvés parfaitement sains, sans engorgement, obstruction, ni oblitération, ni traces d'inflammation. Mais ces lésions, dans le petit nombre de faits où elles ont existé, n'ont consisté qu'en des ecchymoses ou des processus inflammatoires incapables d'exercer aucune compression sur ces canaux et d'en oblitérer le calibre.

L'estomac a offert plusieurs fois des altérations importantes, les unes se rapportant à la congestion, les autres à l'inflammation. On y a trouvé tantôt de la bile pure en plus ou moins grande abondance, tantôt un liquide sanguinolent analogue à celui que les malades rendent pendant la vie.

Dans les cas où avaient eu lieu ces hématémèses, il existait une assez vive congestion de la muqueuse gastrique. Chez quelques sujets, la congestion avait été portée au point de produire la rupture des vaisseaux capillaires, des ecchymoses, des épanchements sous-muqueux ou des exhalations sanguines à la surface interne de l'estomac. Deux fois, M. Ozanam a rencontré une congestion séreuse accusée par l'état de blancheur, de mollesse et de demi-transparence et d'infiltration séreuse de la muqueuse. Enfin, parfois on a trouvé dans l'estomac des traces de phlegmasie, mais très-légères et très-circonscrites.

L'intestin a présenté très-souvent des suffusions sanguines semblables à celles de l'estomac, mais toujours moins étendues. Une fois seulement sur 14 observations on a constaté une injection assez vive de la muqueuse du duodénum autour des canaux biliaires, mais sans obstruction. Dans les 13 autres cas, il n'y avait ni congestion, ni inflammation, ni aucun obstacle au niveau de l'orifice des canaux biliaires susceptible de s'opposer en ce point au passage de la bile.

Trois fois les poumons ont offert des traces d'une congestion qui avait été reconnue pendant la vie.

Le cœur, flasque chez la plupart des sujets, était quelquefois coloré en jaune jusque dans l'épaisseur de son tissu. Le sang y était souvent concrété en forme de caillots sans consistance, semblables à de la gelée de groseille, et d'un rouge foncé presque noir.

Dans plusieurs cas des plus graves, où les accidents de délire et de coma avaient été très-prononcés pendant la vie, on n'a pu constater aucune lésion appréciable après la mort. Quelquefois la substance cérébrale était colorée légèrement en jaune. Mais dans d'autres cas où les accidents avaient été aussi graves, le cerveau avait sa couleur naturelle. Dans quelques circonstances rares, on a trouvé un peu d'épanchement séreux ventriculaire, mais en si minime quantité, qu'il n'était pas possible de lui attribuer les accidents comateux et de paralysie, qui avaient été les mêmes, d'ailleurs, dans les cas beaucoup plus nombreux où il n'y avait pas d'épanchement du tout. Enfin, dans deux ou trois faits, dont l'un a été observé par M. Andral, il s'est produit dans le cours de l'ictère une hémorrhagie cérébrale rapidement mortelle.

Les recherches nécroscopiques de M. Ozanam confirment, comme on le voit, ce que nous avons dit dès le commencement sur l'insuffisance de l'anatomie pathologique, pour expliquer la cause de la gravité toute particulière de cette affection et la prédominance de certains symptômes qu'on ne peut rapporter à aucune lésion anatomique correspondante. Cependant on a cherché dans ces derniers temps à rattacher l'ictère malin à une altération spéciale du foie.

L'école de Vienne regarde cette maladie comme une atrophie du foie, et on la désigne en Allemagne sous le nom d'atrophie jaune aiguë du foie. Nous ferons remarquer tout d'abord que rien de semblable n'a été observé dans les faits récemment recueillis ; et bien que nous ayons déjà exprimé en quelques mots nos doutes à cet égard au début de cette étude, on nous permettra d'y revenir ici avec quelques détails, car c'est une question qui vaut la peine d'être examinée. Voici ce qu'a écrit à cette occasion, dans un recueil allemand, M. le docteur Lebert, mieux à même que qui que ce soit de bien juger cette question. « Il est vrai, dit-il, que cette altération pathologique se rencontre souvent et doit avoir de l'influence ; mais les cas où elle manque ne sont pas rares ; elle fait défaut surtout quand la maladie a une marche rapide ; de sorte qu'on a d'autant moins de chance de la rencontrer que la maladie est plus intense. Elle manque même quelquefois lorsque la mort n'arrive que dans la deuxième ou troisième semaine. Il est donc impossible qu'elle soit le point de départ de la maladie. » Néanmoins, cette lésion, si elle n'a pas à beaucoup près l'importance qu'on a cherché à lui donner, ne doit pas non plus être négligée. Si elle n'a aucune valeur comme cause, elle peut en avoir comme effet ou conséquence d'une autre altération plus profonde, dont elle serait en même temps l'indice, altération qui porterait sur les fonctions intimes de l'organe, ainsi que le faisait remarquer avec beaucoup de sagacité M. Ch. Bernard à l'occasion du premier fait que nous avons publié. Cette opinion est aussi celle de M. Lebert. Mais ce n'est encore là qu'une hypothèse ; et malgré les recherches analytiques faites sur le sang des ictériques par Dusch et par M. Lebert lui-même, il ne paraît pas encore, jusqu'à présent, qu'elle soit près d'être démontrée. D'ailleurs cette démonstration fût-elle faite, rendrait-elle suffisamment compte de tous les phénomènes de l'ictère grave ? C'est encore une question. Quoi qu'il en soit, il y a là un fait qui échappe jusqu'ici à toute interprétation déduite de l'anatomie pathologique et de la physiologie. Ce fait, c'est ce qu'on a appelé de nos jours l'*ataxie*, ou très-improprement, à notre avis, l'état typhoïde, ce que les anciens exprimaient beaucoup plus justement par le mot de *malignité* ; mot qui a été injustement proscrit pendant longtemps du langage médical, et qui mérite d'être réhabilité.

Nous aurons l'occasion de nous expliquer prochainement sur ce point de pathologie générale qui a en clinique une incontestable importance. Nous nous bornons pour le moment à constater qu'envisagée sous ce point de vue la cause de la gravité de l'ictère dit malin devrait être cherchée non point dans des conditions inhérentes à l'ictère lui-même, mais dans un fait beaucoup plus général et qui est commun à un grand nombre de maladies symptomatiquement très-différentes.

Un dernier mot sur le traitement.

On a vu avec quelle désespérante inefficacité ont été employées les médications les plus énergiques et les plus diverses dans les faits qui nous ont fourni le texte de ces quelques réflexions. C'est le résultat à peu près constant de toutes les tentatives thérapeutiques, et ces quatre observations n'ont fait que reproduire sous ce rapport ce qu'ont produit sur une plus grande échelle les observations analysées dans le travail de M. Ozanam.

Les évacuations sanguines et les antiphlogistiques les plus énergiques, les purgatifs, les émétiques, les vésicants, l'opium, l'éther, la belladone, le cyanure de potassium et de fer, tout a été impuissant. Un seul agent a semblé à M. Ozanam offrir quelques chances de succès, non point comme médication unique et absolue, mais comme remplissant une des indications principales ; cet agent est l'aconit, déjà recommandé par quelques médecins, et signalé notamment dans le *Journal d'Hufeland*. M. Ozanam rapporte deux faits favorables à l'emploi de l'aconit. Celui-ci notamment nous a paru mériter d'être pris en considération :

Une femme ictérique, après quelques jours de maladie, fut prise tout à coup d'un frisson violent, d'agitation, angoisses, cardialgie intense ; le pouls agité, face crispée.

Tout faisait craindre le développement des accidents graves de l'ictère, d'autant plus que quelques jours auparavant, on venait de perdre dans le même service une femme atteinte de cette maladie. On lui administra de suite 10 gouttes d'alcoolature d'aconit dans une potion gommeuse. Les accidents se calmèrent immédiatement ; le lendemain tout était rentré dans l'ordre. L'ictère suivait la marche bénigne par laquelle il avait débuté, et quelques jours après elle sortait de l'hôpital guérie.

L'expérience est encore insuffisante, c'est un moyen à essayer à l'occasion.

Diagnostic de l'emphysème pulmonaire.

La nature et le mode de production de l'emphysème pulmonaire sont parfaitement connus. On sait aujourd'hui que cette affection résulte de la dilatation des vésicules, de la rupture d'une ou de plusieurs de ces vésicules avec ou sans pénétration de l'air dans le tissu interlobulaire. Ces lésions de tissus amènent dans la modalité fonctionnelle de l'appareil respiratoire des changements pouvant donner lieu à de singulières erreurs de diagnostic, et ces méprises sont particulièrement relatives à certains râles qu'une exploration inattentive pourrait confondre avec ceux de la pneumonie aiguë.

C'est sous ce point de vue seulement que nous touchons à la question de l'emphysème pulmonaire.

Après Laënnec, M. Louis signale le *râle crépitant à grosses bulles* comme un des phénomènes caractéristiques de cette maladie, râles que ce dernier attribue au catarrhe pulmonaire. Il semblerait donc, d'après M. Louis, que la sécrétion muqueuse soit indispensable à la production de la crépitation emphysémateuse. Les deux faits que nous allons rapporter contredisent formellement cette opinion, en même temps qu'ils nous fournissent deux exemples remarquables de cette déviation de diagnose dont nous venons de parler.

I. Mme G..., d'une constitution délicate, d'une impressionnabilité excessive, fut atteinte à l'âge de dix-huit ans d'une péricardite extrêmement grave. Néanmoins cette affection, combattue par des moyens énergiques, se termina heureusement ; mais vingt ans plus tard (avril 1853), Mme G... éprouva, à la suite d'un refroidissement subit, une douleur assez vive vers la région précordiale, avec de la fièvre, une toux *sèche* et fréquente. Du *râle sous-crépitant* se faisait entendre dans le tiers moyen et au côté externe du poumon gauche. Le médecin qui voyait Mme G..., la jugeant atteinte de pleuro-pneumonie aiguë, multiplia contre cette maladie les saignées du bras et les vésicatoires.

La douleur seule fut atténuée par ce traitement ; le pouls demeura roide et fréquent, la toux conserva le même caractère d'aridité, et la crépitation était toujours aussi éclatante qu'au premier jour de son apparition.

Comme l'état de Mme G... allait s'aggravant chaque jour davantage, une consultation fut demandée par la famille de la malade : cinq médecins y prirent part. Trois d'entre eux confirmèrent le diagnostic déjà porté sur la nature et le siége de l'affection ; un quatrième opina pour une péricardite aiguë compliquée de pleurite viscérale avec bruit de frottement et non de râle crépitant.

Certes, ce n'est pas chose ordinaire qu'une fluxion de poitrine arrivant au deuxième septénaire de son évolution, avec une semblable persistance dans l'acuité de ses symptômes : ce n'est pas chose commune non plus qu'une pneumonie sans expectoration caractéristique, offrant une résonnance exagérée du côté affecté. Ces considérations portèrent le cinquième médecin consultant à penser qu'il s'agissait ici d'une péricardite avec coïncidence fortuite d'un emphysème interlobulaire ; cet avis ne fut point adopté. En conséquence, l'émétique remplaça les saignées, devenues impossibles et reconnues d'ailleurs inefficaces. Deux jours après, Mme S... succombait sans avoir expectoré une seule fois dans le cours de sa maladie.

(1) Voir les numéros des 31 janvier et 7 février derniers.

L'autopsie, ainsi qu'on le comprend, offrait un intérêt tout particulier relativement à la vérification du diagnostic : elle fut pratiquée en présence des médecins qui avaient dirigé la malade, et l'on constata les désordres suivants : le péricarde, d'un rouge brun, adhère au cœur dans presque toute la périphérie de cet organe ; la plèvre costale du côté gauche est marbrée de plaques rouges, sans exsudations ni fausses membranes. Aucune trace d'inflammation ne se fait remarquer dans le parenchyme, non plus que dans la membrane muqueuse pulmonaire.

De grosses vésicules, de formes irrégulières, soulèvent la plèvre viscérale et dessinent en relief sur sa surface des losanges, des thyrses qui se voient là où l'auscultation révélait le râle sous-crépitant. Quelques-unes de ces vésicules, de la grosseur d'un pois, ayant leur siége dans le tissu interlobulaire, se déplacent sous la pression du doigt; d'autres pénètrent dans la substance de l'organe à la profondeur d'un centimètre; elles ne contiennent absolument que de l'air.

II. P...., musicien dans un régiment d'infanterie, est un jeune homme de taille moyenne, offrant tous les attributs d'une bonne constitution. Depuis deux ans, son souffle a diminué d'ampleur et d'énergie; il arrive fréquemment qu'au retour d'une manœuvre, P.... éprouve de la dypsnée et une douleur vague dans la région thoracique gauche. Cette douleur ayant pris par suite de fatigues un degré d'acuité insolite, ce militaire se présenta à la visite de M. Champouillon dans l'état suivant : saillie des espaces intercostaux du côté gauche, et particulièrement en arrière; la poitrine, sur ce point, rend par la percussion un son tympanique; le bruit respiratoire est étouffé par les éclats du *râle sous-crépitant à grosses bulles ;* pas de toux ni d'expectoration; point de fièvre ni de soif; l'appétit est excellent; quelques jours de repos ont suffi pour calmer la dypsnée et dissiper un léger œdème de la face, ainsi que des palpitations datant d'un mois environ.

Pendant son séjour à l'hôpital, P... a été ausculté par un grand nombre de médecins habiles au diagnostic des maladies de poitrine; pour *tous*, il y a eu, de prime abord, méprise complète sur la nature de l'affection, qui fut considérée par les uns comme une pneumonie en voie de résolution, et par les autres comme une série de petites cavernes régulièrement étagées. Il est bien entendu qu'une courte appréciation de l'état général du malade suffisait toujours pour dissiper l'illusion. Mais à coup sûr, si une bronchite fébrile, la grippe, par exemple, se rencontrait chez un sujet emphysémateux de cette espèce, il y aurait, dans ce cas, de réelles difficultés de diagnostic.

Présentés sous ce point de vue seulement, les deux faits que nous venons de relater n'offriraient point tout l'intérêt qui se rattache à leur histoire. Ce n'est pas assez d'y voir deux cas dans lesquels la diagnose a pu s'égarer ; ces deux cas prouvent, en outre, que ce que l'on nomme le *râle crépitant à grosses bulles* peut se produire d'une manière continue, même en l'absence de mucosités dans les rameaux bronchiques.

Imperforation de l'anus. Absence du bout inférieur du rectum. Opération.

Notre ami et collaborateur M. le docteur Foucart nous a signalé un fait de sa pratique sur lequel nous croyons devoir, à notre tour, appeler l'attention de nos lecteurs, parce qu'il soulève une question de chirurgie très-importante, en même temps qu'il constitue lui-même un résultat digne d'intérêt. Il s'agit d'un cas d'imperforation de l'anus et d'absence du bout inférieur du rectum, auquel notre confrère a remédié par une opération dont l'indication a été justifiée par un résultat immédiat qui est de nature à faire espérer un succès complet et définitif. Voici le fait, dont nous empruntons la relation à la *France médicale*, à laquelle M. Foucart l'a communiqué :

Le 4 février dernier, M. Foucart fut appelé pour voir un enfant du sexe masculin, né l'avant-veille à onze heures du soir, et qui, depuis le moment de sa naissance, c'est-à-dire depuis quarante heures, n'avait pas rendu de méconium.

L'enfant, à terme, d'un volume moyen, paraissait bien portant d'ailleurs. Il ne semblait nullement souffrir, n'avait pas le ventre tendu ni douloureux, et avait pris plusieurs fois le sein de sa mère.

L'examen de la région anale fit reconnaître qu'il n'y avait aucune trace d'ouverture ; la peau passait de l'une à l'autre fesse, présentant seulement une sorte de raphé médian, légèrement saillant, qui se continuait avec le raphé du scrotum. L'exploration la plus attentive ne put faire constater en aucun point de cette ligne médiane la moindre trace de fluctuation pouvant permettre de croire que l'extrémité inférieure du rectum était immédiatement sous-jacente à la peau.

Dans la nécessité de prendre une décision rapide, sous peine de perdre, par la temporisation, toute chance de succès, M. Foucart résolut d'agir sur-le-champ comme s'il n'avait affaire qu'à ce genre de vice de conformation dont Boyer a fait la seconde espèce de la division, et qui consiste en une simple imperforation, ou obturation de l'anus par une membrane derrière laquelle se trouve immédiatement le rectum.

Toutes les mesures et précautions d'usage prises, il procéda à l'opération comme il suit :

L'enfant était couché sur le ventre, sur les genoux d'une femme, il fit à la peau une incision d'un centimètre environ dans le sens antéro-postérieur. Puis doucement et en quelque sorte couche par couche, il parvint à plus d'un demi-centimètre de profondeur, sans rencontrer aucun vestige d'intestin ; le bistouri ne divisait que du tissu cellulaire. L'extrémité du petit doigt, introduit par la plaie de la peau, ne sentait aucune apparence de fluctuation, comme il serait arrivé s'il avait rencontré le bout inférieur du rectum. La plaie, agrandie toujours dans le même sens, jusqu'à lui donner un centimètre et demi de long, à l'aide d'une sonde cannelée, l'opérateur écarta les tissus formant le fond de la plaie, et introduisit l'indicateur jusqu'à une profondeur de deux centimètres au moins, et le résultat fut toujours négatif. Il s'arrêta, mais sans penser cependant, après ces tentatives infructueuses, qu'il fallût renoncer à tout espoir d'arriver à l'intestin, abandonner l'opération commencée et chercher à établir un anus artificiel, soit dans l'aine, soit dans la région lombaire, comme le voulait Amussat. Toutefois il ne voulut pas prendre seul la responsabilité de nouvelles tentatives. M. Maisonneuve appelé, crut pouvoir sans témérité partager l'espoir de rencontrer le bout inférieur du rectum, et résolut de pousser plus loin encore les tentatives.

Il introduisit d'abord dans la plaie les mors d'une forte pince à pansements, et écartant à plusieurs reprises et fortement les branches, il s'efforça d'agrandir le commencement de canal creusé dans le tissu cellulaire, par un simple écartement, sans division des tissus. Ceci fait, il introduisit l'extrémité du doigt, mais il ne put non plus parvenir à constater la présence du rectum.

Alors, armé d'un très-mince trocart explorateur et suivant aussi près que possible la direction du sacrum, il poussa lentement l'instrument en haut; à un certain moment, il crut sentir le trocart pénétrer dans une cavité. Il retira la lance du trocart, puis au bout d'un instant la canule; il y avait du méconium. Dès lors il ne restait plus aucun doute; à 4 centimètres environ existait le rectum. Un stylet fut introduit par la voie frayée par le trocart, sur le stylet une sonde cannelée, et enfin M. Maisonneuve se servit de cette dernière comme conducteur pour plonger dans l'intestin une lame mince de bistouri.

Un flot de méconium sortit à l'instant. M. Maisonneuve introduisit un doigt dans la plaie, et il lui sembla sentir quelque chose d'assez analogue à un sphincter. Aucun pansement ne fut fait ; on se borna à recommander seulement de fréquentes lotions et la plus grande propreté.

Le lendemain à midi l'enfant avait rendu pendant la nuit une grande quantité de méconium; ses langes étaient aussi tachés de sang dans une assez grande étendue. Cependant il avait été tranquille pendant la nuit, avait dormi, ne paraissait pas affaibli ; il ne sortait plus de sang par la plaie.

Les jours suivants, il ne semblait pas souffrir, ne criait pas plus qu'un enfant ordinaire, prenait le sein avec avidité, et grossissait sensiblement. Peu à peu les selles ont pris la couleur jaunâtre habituelle à cet âge.

Hier, 19 février, M. Foucart a bien voulu nous permettre de constater l'état de ce petit malade, que nous avons trouvé avec toutes les apparences de la bonne santé. La défécation continue à être facile et régulière. Les lèvres de l'orifice coccygien, qui constitue le nouvel anus, ne sont pas encore complétement cicatrisées. Cet orifice nous a paru un peu étroit, et il est à craindre probablement qu'il ne se rétrécisse encore, si l'on n'y met obstacle par des moyens dilatants. Tel qu'il est en ce moment, et tant que les matières fécales seront liquides, cet orifice peut parfaitement suffire sans doute, mais il serait à craindre qu'il ne fût plus suffisant du moment où les matières acquerraient plus de solidité, surtout s'il venait à se rétrécir davantage. Quoi qu'il en soit, le résultat jusqu'à présent nous a paru très-satisfaisant et de nature à faire espérer qu'on pourra atteindre à une guérison complète.

Nous avons dit que ce fait soulevait une question importante de chirurgie. Cette question est celle-ci : Lorsque rien n'indique à travers les téguments que l'ampoule intestinale soit placée immédiatement derrière la membrane obstruante, et quand après avoir pratiqué une incision d'une certaine profondeur, on n'atteint point l'intestin, est-on autorisé à en poursuivre la recherche dans cette direction, ou bien doit-on aussitôt, renonçant à cette première tentative, pratiquer un anus contre-nature? On sait que Boyer s'est prononcé très-catégoriquement dans ce dernier sens. Mais plusieurs tentatives faites depuis, en infraction à la règle imposée par ce maître, ayant été suivies de succès, nous pensons que M. Foucart était pleinement justifié à agir comme il l'a fait; et si, comme il y a lieu de l'espérer, son petit malade venait à guérir, ce serait un exemple de plus à opposer à une règle beaucoup trop absolue, et qui doit être réformée.

Kyste ovarique très-volumineux récidivé après une ponction. Résorption et guérison spontanée sous l'influence de préoccupations morales vives.

Pendant le cours de la discussion sur les kystes ovariques que nous avons résumée dans les précédents numéros, nous avons reçu de plusieurs de nos correspondants, en réponse à l'appel que nous leur avions fait, des communications relatives à quelques-uns des points de l'histoire de cette affection, dont nous comptions faire usage en temps et lieux. Mais le développement qu'a pris cette discussion, la masse de faits qui y ont été produits, ont rendu superflu les documents qui nous ont été directement communiqués. Ils eussent à peine servi d'appoint aux nombreux cas de même genre qui ont servi à établir les propositions dans lesquelles s'est résumé ce débat. Nous avons donc cru pouvoir nous dispenser de les publier, mais non sans saisir cette occasion d'adresser nos remercîments et d'exprimer notre reconnaissance aux honorables confrères qui ont bien voulu nous les transmettre. Nous ferons cependant une exception en faveur d'un fait qui ne se rattache pas directement à la question thérapeutique, mais qui est curieux à un point de vue signalé en passant seulement par quelques membres de l'Académie, en ce qu'il peut éclairer jusqu'à un certain point sur le mécanisme de certains modes de guérison de ces kystes. Nous voulons parler de la disparition soudaine et spontanée de certaines hydropisies enkystées de l'ovaire sous l'influence de perturbations organiques ou morales assez vaguement appréciées. C'est sur un cas de ce genre qui nous a été communiqué par M. le docteur Piachaud (de Genève), que nous voulons signaler à l'attention de nos lecteurs. Voici le fait tel que le rapporte notre honorable correspondant :

Le 22 juin 1853, je suis appelé chez Mme X..., âgée de quarante-huit ans, habitant un faubourg des environs de Genève. Elle a toujours joui d'une bonne santé, mais depuis quelques années, elle a eu des chagrins assez violents. Elle est mère de trois enfants, âgés de vingt-six, vingt-trois et dix-sept ans. Ses règles arrivent encore à des époques très-régulières. Depuis deux ans environ, elle s'est aperçue que son ventre grossissait du côté droit ; diverses médications ont été employées sans résultat avantageux.

Je trouve l'abdomen distendu par une masse énorme de liquide dont la fluctuation est facilement appréciable, il remonte jusqu'au creux épigastrique, la forme du ventre est régulièrement globuleuse.

Mme X... ne souffre pas, sa santé générale est bonne, mais le volume excessif de son ventre la gêne beaucoup dans son travail, ses digestions sont un peu difficiles, et depuis quelques mois elle a de l'enflure aux extrémités inférieures.

Dès le lendemain je fis une ponction au lieu d'élection, et je retirai environ quinze litres d'un liquide un peu trouble et verdâtre. Les parois du kyste se rétractèrent rapidement; car lorsque le liquide fut évacué en entier, et après avoir retiré la canule, je trouvai dans la fosse iliaque droite une tumeur de la grosseur du poing, qui n'était autre chose que la poche kystique ratatinée. Les parois du ventre étaient excessivement flasques, et je me bornai à les soutenir par une compression méthodique bien faite.

Aucun accident ne survint, et Mme X... ne tarda pas à reprendre ses occupations en portant une ceinture compressive.

Peu de temps après, la tumeur se développa de nouveau, mais lentement ; de sorte qu'en octobre 1856, trois ans et demi après la ponction, elle était loin d'avoir atteint le volume indiqué plus haut. A ce moment, une de ses filles est prise d'une fièvre typhoïde grave, et Mme X... fut en proie à de très-vives préoccupations. Huit jours après, une de ses voisines lui fit remarquer qu'elle n'avait plus de ventre, et, bien que ce fût parfaitement vrai, elle eut grand'peine à y croire. Elle me fit demander, et je constatai en effet qu'il n'y avait non-seulement aucun liquide dans l'abdomen, mais que même il me fut impossible de retrouver dans la fosse iliaque droite des traces de la tumeur que j'y avais rencontrée après la ponction.

Mme X... m'assura qu'elle n'a aperçu s'écouler aucun liquide, à sa connaissance, pendant ces jours derniers. Le ventre est parfaitement flasque et souple, et ne présente aucune trace de travail inflammatoire.

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE BRACHIALE,

guéri par l'injection de perchlorure de fer.

Par M. LAGRANGE, chirurgien en chef de l'hôpital civil et militaire de Saint-Mihiel (Meuse).

Le brigadier Lacan (Pierre), âgé de vingt-trois ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution vigoureuse, et appartenant au 5e régiment de dragons en garnison à Saint-Mihiel, reçut en duel un coup de pointe de sabre qui traversa horizontalement l'épaisseur du muscle brachial antérieur droit, d'avant en arrière, légèrement de dehors en dedans (ce militaire étant en garde et ayant le bras tendu). La division d'une petite branche artérielle donna lieu à une hémorrhagie peu abondante, qui eut pour conséquence une ecchymose due au sang épanché dans le tissu cellulaire de la peau.

La petite plaie que cette arme occasionna paraissant insignifiante sous le rapport de son diamètre, de sa profondeur et des parties intéressées, un pansement simple fut prescrit, c'est-à-dire que des lotions d'eau végéto-minérale et un bandage contentif amenèrent en moins de huit jours une guérison qui devait sembler radicale.

Cinq mois plus tard, le médecin-major du régiment, sur l'invitation de ce brigadier, dont le service n'avait pas été interrompu plus d'une semaine dans le principe, visita son bras, où une petite tumeur indolente s'était progressivement développée. Il constata un anévrisme, qui le décida aussitôt à envoyer le blessé à l'hôpital.

A son arrivée, le 16 septembre, la tumeur, placée sur le trajet de l'artère brachiale droite, au tiers supérieur du bras, à 7 centimètres de la cicatrice provenant de ladite blessure, et ayant la forme d'un petit œuf, constituait un anévrisme faux consécutif.

Les renseignements fournis sur sa marche, sur la nature de la solution de continuité du muscle brachial, et l'examen du membre et du sabre en firent trouver la véritable cause dans la lésion de la tunique externe ou celluleuse de l'artère superficiellement atteinte par l'instrument vulnérant, et dans la rupture graduelle des deux autres tuniques abandonnées à leur propre force et naturellement friables.

Cédant aux pressantes sollicitations de ce militaire, qui désirait être promptement délivré d'une affection dont la gravité ne lui échappait pas, je résolus de le satisfaire au plus vite, tout en n'étant pas fixé sur le choix du moyen à adopter.

La ligature de l'artère brachiale à son tiers supérieur m'inspirait des craintes réelles sur les conséquences de cette opération.

L'injection de perchlorure de fer compte des insnccès assez frappants pour rendre circonspects et même craintifs de très-habiles chirurgiens. Il fallait néanmoins se décider pour l'une ou l'autre de ces deux méthodes, car la compression indirecte, assez généralement employée aujourd'hui en Angleterre, et que M. le docteur Broca préconise dans son *Traité des anévrismes*, n'était pas praticable dans ce cas, et j'avoue que, ayant été quelquefois témoin de terminaisons funestes à la suite de la ligature, mes préférences m'entraînaient vers l'injection de perchlorure de fer, dont la facile exécution me séduisait. J'étais curieux de juger par moi-même de ses véritables effets, et d'ailleurs, me disais-je, si des accidents inflammatoires constatés comme résultat de cette opération peuvent ébranler ma détermination, des faits heureux proclamés par d'autres doivent m'encourager. Je consultai deux de mes confrères, qui, comme moi, fureut d'avis de mettre en usage le perchlorure de fer.

La préparation marquait 30° à l'aréomètre Baumé.

Le 18 septembre, le malade, assis sur une chaise, ayant le bras dans l'extension, et la compression étant confiée à un aide, je plongeai un petit trocart au centre de la tumeur, de laquelle un sang rutilant s'échappa avec force. Mon intention était de m'en débarrasser complétement avant de faire l'injection; mais au moment où la solution pénétrait, la compression n'étant plus exercée convenablement, le sang qui remplit de nouveau le sac se coagula instantanément, et malgré l'introduction de plus de trente gouttes de perchlorure de fer, l'artère, qui continua à battre, ne fut pas touchée. L'anévrisme disparut en laissant à sa place une tumeur dure et insensible, de la grosseur d'une noix. Il n'y eut pas plus de douleur que d'inflammation, et huit jours après Lacan, exposé sans doute à une récidive, sortait de l'hôpital dans d'excellentes conditions.

Le 14 octobre, cet homme, qui avait repris ses occupations, me fut renvoyé. Nos prévisions s'étaient réalisées : l'anévrisme, rapidement reproduit à la partie supérieure du premier sac, qui conservait beaucoup de consistance, avait acquis autant de développement qu'avant. Cette fois nous prîmes de minutieuses précautions pour arriver avec plus de sûreté à notre but.

L'opération se pratiqua le 19 en présence de MM. Laurens, professeur à l'École de médecine de Nancy; Erard, médecin en chef de l'hôpital, et Pongy, médecin-major du régiment; nous nous servîmes encore de la solution indiquée plus haut. La compression établie avec soin au-dessus et au-dessous de la tumeur, le même trocart y pénétra, et on laissa le sang s'échapper en totalité. L'injection se fit alors successivement par dix à douze gouttes à la fois jusqu'à concurrence de quarante à quarante-cinq (2 grammes et demi) sans que le blessé ressentît la moindre impression. Arrivé à cette dose, il jeta tout à coup des cris déchirants, se plaignit de douleurs atroces de la région axillaire à l'extrémité du petit doigt causées par l'action irritante de la solution sur le nerf médian. Le bras rougit, se tuméfia avec augmentation de chaleur et rétraction de l'avant-bras. A 3 centimètres au-dessus du sac et au-dessous, les battements de la brachiale cessèrent dans toute son étendue marquée par un cordon dur, sensible et très-appréciable au toucher. La radiale et la cubitale ne se sentirent plus. La violence de la douleur persista pendant quinze heures; le lendemain au soir elle était bien vive encore. Le membre, toujours engourdi, conserva sa chaleur.

A partir de ce moment, les phénomènes inflammatoires s'éteignirent par une gradation lente sous l'influence des applications émollientes, et la rétraction de l'avant-bras ne disparut pas avant l'expiration d'une douzaine de jours.

Le 25 octobre, de faibles battements se remontrèrent à la cubitale et devinrent de plus en plus prononcés; ceux de l'artère récurrente cubitale antérieure n'avaient pas discontinué, mais rien de palpable ne reparut à la brachiale et à sa bifurcation.

Le 17 novembre seulement les pulsations de la radiale recommencèrent à être perçues sur le doigt. Pendant dix jours, elles furent très-obscures, ce n'était sous le doigt qu'un léger frémissement. Peu à peu, elles augmentèrent de force, sans cependant revenir à l'état normal.

Un mois de repos fut accordé à ce militaire, qui, parfaitement guéri, continue depuis cette époque à jonir de la meilleure santé.

Il a repris son travail; les mouvements du membre s'exécutent avec la liberté ordinaire, sans aucune gêne, et l'élimination du sang coagulé dans l'artère et le premier kyste en a déjà sensiblement réduit la dureté et le volume. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 février 1857. — Présidence de M. CHASSAIGNAC.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Atrésie de l'anus. — M. BOINET demande l'avis de la Société sur une petite fille, âgée de onze mois, dont l'anus, par son étroitesse, rend la défécation très-difficile. Chez cette enfant l'anus, très étroit, est situé en avant de sa position normale, de façon qu'entre lui et la vulve, il n'existe presque pas de périnée. Lorsque les matières fécales sont liquides, elles sont rendues assez facilement; mais lorsqu'elles ont plus de consistance, elles sont reteuues, et l'enfant a eu plusieurs fois des constipations qui duraient jusqu'à huit jours et finissaient par s'accompagner de douleurs de ventre, de vomissements et de tous les symptômes de l'étranglement intestinal.

M. RICHARD pense que, si on laisse cette enfant dans l'état où elle se trouve, sa mort est certaine; car, en supposant même que la défécation puisse s'accomplir actuellement, il n'en serait pas toujours ainsi, et dans les cas de ce genre, un anus rétréci, qui pouvait cependant suffire dans les premiers mois, devient complétement insuffisant pour le passage des matières lorsque l'enfant a atteint l'âge de qninze mois à deux ans. Il faudrait donc, sur la malade de M. Boinet, faire un anus artificiel.

M. VERNEUIL demande s'il existe dans la science des cas de réussite définitive de l'opération de l'anus artificiel, observés quelques années après l'opération. Il a bien trouvé trois ou quatre observations de guérisons, mais ces observations avaient été publiées au bout de quelques semaines, tout au plus d'un ou deux mois; ce qui manque, ce sont des adultes ayant subi cette opération dans leur enfance. Dans des recherches spéciales sur ce sujet, M. Verneuil a trouvé que les ponctions étroites, soit à l'aide du trocart, soit à l'aide du bistouri, pratiquées dans des poches emplies de méconium, n'avaient pas empêché la mort, et souvent avaient causé des accidents mortels. Si bien qu'il en est venu à repousser complétement cette opération et à proposer une longue incision sur la ligne médiane, prolongée jusqu'au coccyx, que l'on peut même exciser au besoin, de façon à pouvoir arriver sur le rectum, et attirer la muqueuse de cet intestin pour la réunir à la peau au moyen de la suture.

M. JARJAVAY rapporte un cas analogue à celui de M. Boinet, qui s'est présenté à son observation. La malade était une enfant de deux mois environ; son rectum se terminait par une ampoule, d'où partait un canal étroit qui venait s'ouvrir dans la vulve, au-devant de l'hymen. Pendant deux mois on ne s'était pas aperçu de cette disposition, parce que les matières, étant liquides, sortaient facilement; mais lorsqu'elles prirent plus de consistance, elles ne purent être rendues; ce fut alors que M. Jarjavay fut consulté. Une sonde cannelée, introduite par l'ouverture que l'on trouvait dans la vulve, arrivait dans l'ampoule rectale, où on la sentait à travers la peau; M. Jarjavay s'en servit pour tendre les parties auxquelles il fit une incision cruciale, dont il enleva les quatre angles. Pendant quelque temps les selles se firent facilement, et l'on put croire à la réussite de l'opération; mais bientôt l'ouverture se rétrécit; M. Jarjavay conseilla d'introduire des mèches, mais la mère ne le fit pas, et il en résulta une atrésie qui s'opposa complétement aux fonctions de l'intestin. Alors M. Jarjavay fit une longue incision, qu'il fut forcé de recommencer quelque temps après, l'usage des mèches étant toujours négligé. Enfin, daus une quatrième opération, le chirurgien prolongea l'incision jusqu'au coccyx. Depuis ce moment, l'ouverture a persisté; l'enfant a maintenant six ans, l'orifice anal est un peu étroit, mais il suffit aux besoins de la défécation.

M. MICHON a trouvé sur la malade une vulve bien distincte, et un anus séparé de la vulve par un espace très-étroit, le périnée manquant presque complétement. Cet état des parties, si la défécation a lieu quoiqu'un peu difficilement, ne constitue pas une infirmité à proprement parler, et on ne doit pas tenter d'opération. Si, au contraire, les matières cessaient de passer, on aurait à voir s'il ne faudrait pas reporter plus en arrière l'extrémité du rectum, car c'est en cela que consisterait l'opération.

M. VERNEUIL fait observer que l'on n'aurait pas fait courir à la malade les chances de quatre opérations si, de prime abord, on avait eu recours au procédé qui donnait des chances de succès. En effet, c'est dans le but d'établir une ouverture définitive que Vernet, Dieffenbach et Serres ont eu l'idée de coudre la muqueuse à la peau; par ce moyen, la guérison se fait sans tissu cicatriciel, de sorte qu'il ne peut y avoir de rétraction consécutive.

Contrairement à l'opinion de M. Michon, M. Verneuil pense que l'on doit opérer, parce que l'orifice qui tient lieu d'anus n'est pas tapissé par une muqueuse normale, mais par une membrane analogue à celles qui tapissent les fistules stercorales, et qui aura de même, sans doute, de la dispositiou à se rétracter. L'opération d'ailleurs sera peu grave; il suffira de faire une incision assez large, par laquelle on ira chercher les bords de la muqueuse pour les fixer autour de la section de la peau; il est important de la pratiquer avant que l'atrésie de l'anus ait déterminé dans les parties supérieures de la muqueuse des altérations secondaires.

M. JARJAVAY rappelle les diverses dispositions qui peuvent exister dans l'imperforation de l'anus. Dans un cas de fistule ano-vulvaire avec imperforation de l'anus, où l'ouverture n'était fermée que par la peau, M. Depaul enleva cette membrane, cautérisa la fistule, et obtint rapidement la guérison. Mais, chez la malade de M. Jarjavay, on trouvait entre l'intestin et la peau toute l'épaisseur du périnée, et dans ce cas le sphincter anal existe souvent. C'est ce qui l'engagea à faire d'abord une incision médiocre pour profiter de la présence de ce muscle, et ce qui l'entraîna à pratiquer plusieurs opérations.

M. BOINET combat le conseil de M. Michon, qui voudrait qu'on attendît avant d'agir. Il objecte à cette manière de voir que déjà il y a des constipations opiniâtres qui durent huit et dix jours, et finissent par déterminer des accidents graves semblables à ceux de l'étranglement.

M. GOSSELIN a vu un fait analogue à celui de M. Boinet sur une jeune fille qui aujourd'hui est devenue femme, et qu'il a observée de concert avec M. Jacquemin. Elle avait, en naissant, le rectum ouvert dans la vulve. Pendant quelque temps la défécation fut difficile, et l'on discuta l'opportunité de l'opération, qui ne fut pas faite. Cependant les selles devinrent plus faciles, l'enfance se passa bien, et les fonctions s'établirent régulièrement. Mais à l'époque où cette personne se maria, la partie postérieure de la vulve avait pris un développement considérable auquel participait l'ouverture rectale, de sorte que la sortie des matières était quelquefois involontaire quand il y avait de la diarrhée, et que le passage était plus facile vers le rectum que vers le vagin. Elle devint néanmoins enceinte à la suite de rapports difficiles et très-douloureux; l'accouchement fut très-facile, et depuis il y en a eu un second également heureux.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

— M. MARJOLIN, à l'occasion du procès-verbal, rappelle les conclusions du rapport de M. Robert sur le mémoire de M. Gély.

Ces conclusions sont :

1° De déposer le mémoire aux archives (adopté);

2° D'admettre M. Gély au nombre des membres correspondants de la Société.

M. Gély est nommé à la majorité.

La Société décide l'impression dans ses *Bulletins* du rapport de M. Robert.

Traitement des hémorrhoïdes par l'écrasement linéaire.

M. LENOIR prend la parole en ces termes :

Notre honorable collègue M. Chassaignac nous a lu dans une de nos dernières séances un mémoire sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales par l'*écrasement linéaire*, et, avec une loyauté digne d'éloges, il a sollicité notre examen et nos critiques sur les observations qu'il recueille et les recherches qu'il poursuit avec opiniâtreté depuis deux ans sur ce sujet de pathologie chirurgicale.

Je viens répondre, pour ma part, au loyal appel de notre collègue, et j'espère qu'il ne verra dans ma réponse qu'un intérêt sincère pour le travailleur infatigable, et dans mes critiques, si je m'en permets quelques-unes, qu'un ardent désir de donner à son œuvre une perfection qui lui manque encore, à mon sens.

Je ne veux pas reproduire ici une discussion déjà soulevée dans cette Société sur le mode d'action de l'instrument que notre collègue a inventé, et à l'aide duquel il produit ce qu'il appelle l'*écrasement linéaire*. Mais je ne puis m'empêcher de faire remarquer avant d'aller plus loin que cette dénomination n'exprime pas exactement la différence qui existe entre ce nouvel instrument et la ligature métallique que l'on emploie depuis longtemps déjà dans le traitement de beaucoup de maladies du domaine de la chirurgie. Je ne perdrai pas mon temps à vous montrer ici que le fil d'argent serré par le serre-nœud de Græfe ou de Mayor, écrase, lui aussi, *linéairement*, les tissus qu'il embrasse, et, sans aucun doute, *plus linéairement* encore que l'écraseur de M. Chassaignac, puisqu'il est moins épais que lui. Aussi, convaincu que c'est moins par là que par la rapidité d'action avec laquelle il produit la section des tissus qu'il enserre, que cet instrument diffère de nos ligatures ordinaires, je voudrais que son auteur remplaçât le nom qu'il lui a donné par un autre, plus propre que celui-ci, à fournir de suite une idée juste du vrai mode d'action de ce nouvel agent de constriction, qui, en définitive, ne produit autre chose qu'une ligature extemporanée.

Mais n'insistons pas plus longtemps sur une question de mots; arrêtons-nous au fait lui-même. C'est, nous venons de le voir, d'une ligature, mais d'une ligature que la puissance de l'instrument à l'aide duquel on la produit peut rendre presque instantanée, qu'il s'agit dans le travail de M. Chassaignac. Voyons comment notre collègue a été conduit à l'appliquer au traitement des hémorrhoïdes. Cette application n'est pas une nouveauté; vous savez tous que la crainte de l'hémorrhagie qui accompagne ou qui suit si souvent l'excision de ces tumeurs, a porté, depuis longtemps déjà, les chirurgiens à en débarrasser leurs malades au moyen d'un fil qui, en étranglant le pédicule de celles-ci, fait tomber leur corps en gangrène. J. L. Petit dit avoir employé bien des fois ce moyen sans inconvénient; mais plus tard, il y renonça, après avoir observé deux faits où l'opération avait produit les accidents les plus graves et la mort.

Vous trouverez ces deux faits dans un article *hémorrhoïdes*, qui, je ne sais pourquoi, fait partie du chapitre consacré aux ulcères dans l'ouvrage posthume de cet éminent chirurgien. J'avoue que ces deux observations et l'autorité si légitime de leur anteur avaient fait une vive impression sur mon esprit dès le début de mes études; que, plus tard, des dissections souvent répétées m'ayant montré la région de l'anus comme une des régions du corps humain les plus dangereuses aux chirurgiens qui y pratiquent des opérations, et qu'enfin, élevé par mes maîtres dans la crainte de la phlébite et de l'infection purulente, ce ne fut jamais qu'à défaut de tout autre moyen de traitement, et comme dernière ressource, que, dans le cours de ma pratique chirurgicale, j'ai consenti à porter un instrument tranchant ou contondant sur un anus affecté d'hémorrhoïdes. M. Chassaignac a été plus hardi que moi; depuis quelque temps déjà il enlève sans hésitation avec son écraseur, qui coupe en même temps qu'il lie, toute tumeur un peu volumineuse de l'extrémité du rectum offrant les caractères cliniques des hémorrhoïdes.

Analysons donc ensemble les observations qu'il a publiées, et voyons si elles légitiment cette confiance. Ici, je dois vous avouer que je n'ai pas eu l'avantage d'entendre la lecture du mémoire de notre collègue; aussi, dans ce que je vais vous dire sur ce point, je m'en tiendrai aux faits qui sont consignés dans un livre dont il vous a fait récemment hommage, et qui a pour sujet diverses applications nouvelles de l'écrasement linéaire. Ce livre contient 22 observations d'hémorrhoïdaires traités par l'écrasement. Mais il convient d'en distraire une, dans laquelle il ne s'agit que de condylômes; restent donc 21 observations, qui ont été recueillies depuis le mois de septembre 1853, jusqu'au mois d'août 1855, c'est-à-dire vingt-trois mois, pendant lesquels il a été fait 21 opérations, qui toutes, moins deux, ont été pratiquées à l'hôpital Lariboisière. J'ai entendu avec étonnement notre honorable collègue M. Broca, dans une de nos dernières séances, énoncer un chiffre beaucoup plus élevé et un résultat bien plus beau que celui qui ressort de ce premier travail, puisqu'il dit que sur 47 opérations M. Chassaignac a obtenu jusqu'ici 47 succès.

Mais, je l'avouerai tout net, je soupçonne que ces chiffres sont erronés. J'en suis sûr pour celui qui exprime le nombre des succès obtenus, car sur les 21 cas mentionnés dans le livre dont le mémoire lu ici n'est qu'un développement, j'en trouve un qui est relatif à une mort par infection purulente. Ce cas malheureux a pour sujet un malade de quarante et un ans, et est relaté dans la dixième observation du livre dont il s'agit. Ainsi donc, à l'époque de cette publication, il y avait déjà un mort sur 21 opérations, d'où il résulte que, dans le cas même où celles-ci se seraient depuis élevées au chiffre de 47, il n'y a pas et il n'a jamais pu y avoir 47 succès; c'est une rectification à faire dans nos bulletins, car il faut qu'on sache que si nous pouvons nous tromper, nous n'avons, du moins, l'intention de tromper personne.

Mais, avant de poursuivre l'analyse de ces observations, permettez-moi de vous arrêter un instant sur ce nombre de 21 opérations faites en vingt-trois mois. J'avoue que rien de ce que j'ai appris des autres sur le traitement des hémorrhoïdes et rien de ce que j'ai observé par moi-même ne me préparait à une pareille intervention de la médecine opératoire, et vous m'en voyez encore tout surpris. Depuis vingt ans que je fais de la chirurgie, j'ai eu occasion de traiter bien des malades affectés d'hémorrhoïdes; mais dans l'immense majorité des cas, soit qu'il s'agît de tumeurs isolées ou de bourrelets circulaires actuellement le siége d'une fluxion temporaire avec ou sans écoulement sanguin, j'ai vu tous ces malades guérir après quelques jours de repos et par une médication simple appropriée à l'état des parties affectées. Bien plus, placé depuis bientôt quinze ans à la tête d'un service d'hôpital qui compte près de quatre-vingts lits, et dans lequel il me passe, tous les ans, sous les yeux entre mille et douze cents malades, j'affirme que dans ce laps de temps et sur ce nombre de malades, je n'ai pas eu occasion, plus de cinq ou six fois, de pratiquer des opérations pour guérir les hémorrhoïdes.

Il y a loin de ce chiffre à celui que donne notre collègue? A quoi peut tenir cette différence?

Je ne voudrais rien dire qui pût ici ou ailleurs désobliger M. Chassaignac, mais je crains bien qu'il ne se soit laissé entraîner par une pente à laquelle cèdent beaucoup d'inventeurs de procédés nouveaux, et à laquelle n'a pas su résister notre regrettable collègue Vidal de Cassis, quand il appliqua son procédé d'enroulement des veines du cordon testiculaire à un nombre de malades plus ou moins affectés de varicocèle, nombre tel, qu'il lui fallut bien avouer que l'opération n'avait pas toujours été rigoureusement indiquée. Eb bien, je crois que M. Chassaignac a fait pour les bémorrboïdes un peu de ce qu'avait fait Vidal pour le varicocèle, et, s'il me fallait en administrer la preuve, je vous renverrais à l'observation II de son livre, qui a pour sujet un bomme de cinquante ans « affecté de tumeurs hémorrhoïdales qui » n'avaient donné lieu à aucun écoulement de sang, et qui n'étaient » sorties que depuis quinze jours; » à l'observation IV, où il s'agit d'un homme de cinquante-sept ans, « entré avec une tumeur hémor- » rhoïdale de la grosseur d'une petite noix, située à gauche du pour- » tour de l'anus; » à l'observation V, où l'on opéra « une femme dont » les tumeurs hémorrboïdales étaient flétries, peu volumineuses, dis- » posées en deux groupes formés chacun de deux ou trois petites bosse- » lures de la grosseur d'un pois. »

L'application douteusement indiquée de l'écrasement linéaire à ces cas simples n'a pas même l'avantage de plaider en faveur de l'innocuité de l'opération, car on doit croire qu'elle ne sera pas répétée dans les mêmes conditions par d'autres que par un inventeur, et elle a eu ici le grave inconvénient de faire courir aux malades qui l'ont subie un vingt et unième de chance de mort...!

Poursuivons l'analyse des 21 faits qui ont été publiés dans l'ouvrage que j'ai sous les yeux. L'écraseur, que ce livre tend à faire prévaloir dans le traitement des hémorrboïdes, agit, nous l'avons vu, en étreignant ces tumeurs à leur base et en coupant celle-ci par une pression continue, qui la détache du reste de l'économie dans un temps qui varie entre 15 et 50 minutes. Cette section n'est pas, en général, accompagnée ou suivie d'une notable perte de sang, car les vaisseaux sont comme mâchés par l'instrument qui la produit, et c'est un avantage qu'elle partage avec la section faite par la ligature. Mais, en revanche, la plaie que produit cette section, de même que celle que produit l'écrasement, suppure pendant un certain temps, et cette dernière est toujours assez étendue, surtout quand on a dû, préalablement à l'écrasement, effectuer la pédiculisation du bourrelet hémorrhoïdal : d'où résulte la formation d'une cicatrice contractile amenant à sa suite un rétrécissement de l'extrémité de l'intestin. M. Cbassaignac me paraît faire trop bon marché de cet accident, et cependant je le trouve noté trois fois au moins dans ses 21 cas. Ainsi, dans l'observation III, il est dit « que » le doigt ne peut franchir que difficilement l'orifice anal, arrêté qu'il » est par l'anneau cicatriciel qui circonscrit cette ouverture, et la ma- » lade quitte l'bôpital près de trois mois après, continuant l'usage des » mèches. » Ainsi, dans l'observation XII, on remarque « qu'après l'o- » pération l'anus est considérablement rétréci par une sorte de réunion » primitive d'une grande partie de la plaie, état qui persiste malgré » le traitement, puisqu'au moment de sa sortie le malade, pour éviter » les douleurs qui accompagnent la défécation, se sert alternativement » d'eau de Sedlitz et de lavements. » Ainsi encore, dans l'observation XIII, il est dit « qu'au jour de la sortie du malade la constriction anale » diminue tous les jours. » A ces trois faits, j'en puis ajouter un quatrième que j'ai observé il y a trois mois à l'bôpital Necker, et qui a pour sujet un homme qui nous a dit avoir été opéré d'hémorrboïdes par M. Cbassaignac à l'bôpital Lariboisière. Il se plaignait d'un rétrécissement anal que nous avons constaté par le toucber. Nous avons cru être agréable à notre collègue en lui renvoyant ce malade à son hôpital.

Ces faits sont suffisants pour montrer la réalité d'un rétrécissement anal à la suite de l'écrasement linéaire des bourrelets bémorrhoïdaux. La théorie indique qu'il doit être fréquent; mais je ne suis pas plus que M. Chassaignac en mesure de rien affirmer à présent sur ce sujet. Pour moi, je crois que les observations qu'a recueillies notre collègue sont encore trop récentes, et les malades qu'il a opérés pour la plupart trop faciles à perdre de vue, pour qu'il lui ait été donné de constater, *de visu*, tous les pbénomènes qui ont suivi ses opérations, et en particulier le rétrécissement anal. J'en dirai autant des accidents qui peuvent être le résultat de l'extirpation complète des tumeurs hémorrhoïdales. C'est un axiome de pathologie générale sur lequel tous les auteurs sont d'accord : que des maladies de toutes sortes peuvent être la suite plus ou moins éloignée de cette suppression. Mon opinion est tellement faite sur ce point, qu'à défaut d'autres inconvénients que je lui trouve, je rejetterai l'écrasement linéaire par cela seul qu'il ne permet pas de laisser subsister une ou deux tumeurs pour entretenir un écoulement de sang salutaire après l'extirpation de la masse principale, précepte qui date de l'école hippocratique, et qui, de nos jours, a été appuyé de l'autorité de Boyer et de Marjolin.

En résumé, Messieurs, l'écrasement linéaire appliqué au traitement des hémorrhoïdes est à mes yeux encore un sujet d'étude, et son innocuité complète pendant son exécution ou dans ses suites est un fait qui ne me paraît pas être encore acquis à la science.

M. CHASSAIGNAC n'admet pas l'analogie entre l'écrasement linéaire et les ligatures métalliques; l'écrasement agit par des mouvements alternatifs en sens contraire, qui produisent le tassement des fibres du tissu avant de le diviser. C'est de là que vient la différence qui existe entre les effets de cette méthode et ceux de la ligature, différences qui ont été déjà constatées dans une discussion de la Société de chirurgie. M. Lenoir ayant confondu les deux modes d'action, il n'est pas étonnant qu'il ne trouve rien de nouveau dans la méthode de l'écrasement linéaire qu'il accuse des accidents propres à la ligature.

Pour ce qui a été dit au sujet des observations, M. Chassaignac répond que celles qui lui ont servi pour son mémoire ont été recueillies depuis le 1er janvier 1855. Il ajoute que tous ses malades avaient demandé l'opération pour des hémorrhoïdes anciennes, et qui déjà causaient l'épuisement. Du reste, il n'en est venu à employer sa méthode sur hémorrhoïdes considérables qu'après l'avoir appliquée à des tumeurs moins grosses.

Pour ce qui est des cicatrices rétractiles, M. Chassaignac n'a vu qu'une seule fois la rétraction avoir lieu, et ce n'était pas dans un cas d'hémorrhoïdes simples; il y avait en même temps du tissu cancroïdien, il y eut un peu de resserrement de l'anus, mais néanmoins la malade sortit de l'hôpital avec une liberté parfaite de la défécation. Il fait remarquer en outre que chez les malades qui ont depuis longtemps des hémorrhoïdes, l'ampoule rectale est souvent très-dilatée, d'où résulte une difficulté de défécation qui peut persister après la guérison. Cependant, un certain nombre d'opérés ont été revus deux ans après la guérison, et aucun d'entre eux n'avait de difficulté à aller à la selle. Celui que M. Lenoir a adressé à M. Chassaignac de l'hôpital Necker, n'est pas venu le trouver, mais il fait observer que pour juger le résultat d'une opération, il serait nécessaire de la connaître dans tous ses détails et de savoir quelle était la lésion qui l'a motivée.

En terminant, M. Chassaignac déclare que, dans le nombre assez considérable de malades guéris par sa méthode, il n'en a pas vu un seul qui ait éprouvé par la suite des accidents dépendant de la suppression du flux hémorrhoïdal.

M. DEGUISE, malgré ce que vient de dire M. Chassaignac, n'est pas complétement rassuré sur ce que pourront devenir les opérés; car il ne croit pas que l'on puisse, chez tout le monde, supprimer impunément le flux hémorrhoïdal; il craint que, plus tard, il n'en résulte des accidents. A ce sujet, il rapporte qu'il a soigné pendant dix-huit mois, par tous les moyens possibles, une dame affectée d'ophthalmie granuleuse sans aucun succès. Enfin, ayant appris que sa malade avait eu des hémorrhoïdes qu'on avait liées sept ou huit mois auparavant, il lui fit employer des suppositoires de beurre de cacao et d'émétique; les hémorrhoïdes reparurent et, bientôt après, l'ophthalmie était guérie. Pour éclairer cette question, il faudrait suivre longtemps les malades.

M. CHASSAIGNAC répond que pour savoir s'il y aura des accidents par suite de la suppression des hémorrhoïdes, il faudra du temps; cependant, il fait observer qu'une partie de ses malades est guérie déjà depuis deux ans, et qu'il avait choisi des cas extrêmes, dans lesquels les hémorrhoïdes existaient depuis longues années. Il compte d'ailleurs poursuivre ses observations.

M. MICHON rappelle que jusqu'ici les chirurgiens n'opéraient les bémorrhoïdes que dans des conditions particulières, lorsque l'opération était indiquée par quelques complications, et que les idées médicales restreignaient encore le nombre des opérations en présentant les bémorrhoïdes comme un bienfait de la nature. Aussi, les cas d'opérations étaient-ils très-rares, et M. Lenoir a pu s'étonner du nombre d'observations rapportées par M. Chassaignac; mais ce nombre s'explique par la grande quantité de malades qu'il a vus, et surtout parce que le diagnostic et le pronostic de la maladie ont changé.

De même que M. Lenoir, M. Michon n'attaque les bémorrhoïdes qu'autant qu'elles deviennent dangereuses par les accidents qu'elles provoquent; ainsi, lorsqu'elles produisent l'épuisement, il faut les détruire, et bientôt on voit le malade revenir à la santé. Sans doute M. Chassaignac a opéré des malades dans de semblables conditions; mais il a dû aussi enlever des bémorrhoïdes que d'autres chirurgiens auraient respectées.

Quant aux accidents qui peuvent suivre la suppression des hémorrboïdes, ils peuvent arriver tardivement. Les maladies du foie, par exemple, peuvent se déclarer longtemps après la suppression dont elles sont l'effet. En terminant, M. Michon insiste sur la nécessité de distinguer les hémorrhoïdes dangereuses, celles qui sont supportables, et celles qui sont nécessaires à la santé.

M. BOINET pense qu'on ne doit juger les effets de l'opération qu'au bout d'un certain temps. Il connaît une dame opérée par M. Chassaignac qui a beaucoup souffert pendant les premières semaines, et qui, maintenant, se porte complétement bien.

M. LABORIE s'explique le nombre comparativement considérable des opérations de M. Chassaignac, parce que les autres chirurgiens refusent, en général, d'enlever les hémorrhoïdes.

Aujourd'hui M. Chassaignac apporte un procédé dont les résultats sont superbes et doivent faire admettre l'opération dans des cas où les dangers inhérents aux autres méthodes l'eussent fait rejeter. Quant au danger de la suppression des hémorrhoïdes, M. Laborie ne connaît pas d'accidents qui en dépendent évidemment. Dans le cas cité par M. Deguise, il pense que la guérison a été due, non pas à la réapparition des hémorrhoïdes, mais à la révulsion opérée par le suppositoire stibié. En résumé, il croit que les personnes bémorrhoïdaires se portent bien, malgré et non pas à cause de leurs bémorrhoïdes.

M. DEGUISE répond à l'observation de M. Laborie que, chez sa malade, on avait employé sans résultat presque tous les moyens révulsifs, et que, d'ailleurs, la guérison n'a pas été la suite de l'irritation causée par les suppositoires, car elle n'a eu lieu qu'après la réapparition des hémorrhoïdes.

M. DEMARQUAY pratique la cautérisation superficielle des bourrelets hémorrhoïdaux de façon à produire une inflammation qui obstrue les vaisseaux plutôt que de réduire les tumeurs en eschares. Plusieurs fois des malades qu'il avait opérés lorsqu'ils étaient déjà épuisés, sont revenus le voir, jouissant d'une santé parfaite.

M. MARJOLIN pose quelques contre-indications à la cure des hémorrhoïdes. Il faut, suivant lui, les respecter chez les gens à tempérament apoplectique. Les hémorrhoïdes qui amènent des accidents, qui produisent l'épuisement, doivent être opérées; mais, dans ce cas encore, si on les supprime trop brusquement, il en résultera des congestions.

M. LABORIE fait remarquer que le plus souvent les hémorrhoïdes externes s'accompagnent d'hémorrhoïdes internes, de sorte qu'en opérant les bourrelets hémorrhoïdaux on ne supprime que ce qui est extérieur, sans enlever la cause des fluxions qui s'opposent aux congestions.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Silbert (d'Aix) adresse à l'appui de sa candidature la liste de ses divers travaux, sa thèse inaugurale sur le naturisme chirurgical, et la fin de l'observation qu'il avait communiquée à la Société, dans la séance du 24 décembre 1856, sur l'ablation d'un ostéosarcome du maxillaire inférieur. (Commissaires : MM. Laborie, Guérin, Broca.)

—M. Saurel (de Montpellier) adresse une lettre à l'occasion d'un cas d'enfoncement du crâne, présenté par M. Danyau dans la séance du 21 janvier. Cette lettre sera lue dans une des prochaines séances.

— La Société reçoit ensuite les ouvrages suivants :

Premier fascicule de l'art dentaire, revue mensuelle, par MM. Fowler et Preterre.

Observationes de linguæ structura penitiore, par M. le docteur Heimann Sachs (de Breslau).

Coup d'œil sur l'akidopeirastie ou nouvelle méthode d'examen avec le secours d'instruments perforants, par le docteur Th. Middeldorpf (de Breslau).

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Double fracture en V du tibia droit produite par une violence extérieure. — M. DEMARQUAY présente un tibia droit recueilli sur un jeune bomme de vingt-neuf ans. Pendant une rixe, il survint chez cet individu, qui était dans un état d'ivresse, une fracture comminutive avec issue des fragments à travers la peau. Un médecin appelé réduisit la fracture et mit un appareil. Deux jours après l'accident, il survint du *delirium tremens*. Le malade fut apporté à la maison de santé, dans le service de M. Monod. Là, M. Demarquay constata un phlegmon diffus de la jambe droite et un peu de gangrène de la peau. En deux jours, le *delirium tremens* céda à l'opium à haute dose. Mais les accidents phlegmoneux et gangréneux marchaient, et l'amputation de la jambe devint nécessaire. Ce sont les pièces résultant de cette amputation, à laquelle d'ailleurs le malade a succombé, que M. Demarquay présente. Il résulte de l'examen de la fracture du tibia qu'elle offre la forme d'un double V, l'un formé aux dépens du fragment inférieur, et l'autre du fragment supérieur.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DE LA VEUVE DE GERHARDT.

On se souvient de la douloureuse émotion que produisit dans le monde scientifique, il y a quelques mois, la nouvelle de la mort inopinée de l'un des gloires de la chimie moderne, de Gerhardt, enlevé dans toute la force de l'âge et du talent, et déjà célèbre à un âge où d'autres cherchent encore leur voie. Après avoir passé par les rudes épreuves d'une existence peu fortunée, Gerhardt, depuis quelques mois seulement, occupait à Strasbourg une position à peu près digne de son mérite, et qui lui permettait de se livrer, sans préoccupations, à ses études favorites.

C'est assez dire qu'il est mort sans fortune, et ne laissant pas même à sa famille, composée d'une jeune femme et de trois enfants, les moyens de vivre honorablement. Nous apprenons que les démarches auxquelles se sont livrés depuis ce moment les nombreux amis de Gerhardt, viennent enfin d'être couronnées de succès.

M. le ministre de l'instruction publique a bien voulu accorder l'admission des deux fils dans un lycée avec trois quarts de bourse et le trousseau (maximum de faveur autorisé par les règlements administratifs). Le vénérable doyen des chimistes français s'est chargé d'acquitter le dernier quart de la bourse.

Une souscription, en tête de laquelle figure le nom du même savant, a pour but d'offrir au prix de *cent* francs le *Traité de chimie organique* en 4 volumes, que Gerhardt venait de terminer quand la mort l'a surpris. Les exemplaires remis aux souscripteurs sont accompagnés d'une notice de M. Cahours et d'un autographe de Gerhardt.

L'empereur a souscrit pour vingt exemplaires.

La même souscription a été ouverte à Londres, à Edimbourg, en Suède, en Allemagne, et dans les diverses Facultés de France.

On ne peut qu'applaudir à cet accord unanime et généreux par lequel les membres de la grande famille scientifique semblent s'unir de tous les points de l'Europe pour adopter en commun la veuve et les enfants d'un des plus illustres représentants du travail et du génie mort dans la pauvreté. — Dr A. FOUCART.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un décret du 23 février 1852 a institué un prix de 50,000 francs en faveur de l'auteur de la découverte qui rendra la pile de Volta applicable avec économie, soit à l'industrie comme source de chaleur, soit à l'éclairage, soit à la chimie, soit à la mécanique, soit à la médecine pratique. Aux termes de ce décret, le concours devait demeurer ouvert pendant cinq ans, et une commission devait être chargée d'examiner la découverte de chacun des concurrents, et de reconnaître si elle remplit les conditions requises.

M. le ministre, par un arrêté du 7 février 1857, a nommé cette commission, qui est composée ainsi qu'il suit :

MM. Dumas, sénateur, membre de l'Institut, président;
- Chevreul, membre de l'Institut;
- Pelouze, membre de l'Institut;
- Regnault, membre de l'Institut;
- Despretz, membre de l'Institut;
- Rayer, membre de l'Institut;
- Serres, membre de l'Institut;
- Le baron Charles Dupin, membre de l'Institut;
- Le baron Séguier, membre de l'Institut;
- Le général Poncelet, membre de l'Institut;
- Le général Morin, membre de l'Institut;
- Reynaud, inspecteur général des ponts et chaussées, chef du service des phares;
- Sainte-Claire Deville, maître de conférences à l'école normale, secrétaire.

— Un concours s'ouvrira le 1er avril prochain, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour la place de chef des travaux anatomiques. Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 15 mars.

Le Séur.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. Becquerel). Des déviations de l'utérus. — Influence de la vaccine sur la mortalité. — Des eaux minérales de Vittel (Vosges). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. Suite et fin du discours de M. J. Guérin sur l'exposé de la méthode sous-cutanée. — Teinture iodée. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 23 FÉVRIER 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

Le *Compte rendu* de la dernière séance de l'Académie des sciences ne renferme que des lectures et des communications étrangères à la médecine ; mais il s'en faut qu'il manque d'intérêt ; loin de là, il est un des mieux remplis et des plus instructifs de tous ceux qui ont paru depuis le commencement de l'année.

Parmi les nombreux rapports ou mémoires qui y sont consignés, nous nous bornerons à mentionner un rapport très-étendu et extrêmement remarquable de M. Dumas, relatif à l'amélioration des races des vers à soie, sujet qui touche par le but à l'une des industries les plus importantes de notre pays, et par le moyen à des questions d'histoire naturelle du plus grand intérêt. Nous placerons sur le même rang les lectures faites dans les précédentes séances : par M. Boussingault, sur les quantités de nitrate contenues dans le sol et dans les eaux ; par M. Péligot, sur la composition des eaux ; et un rapport de M. Chevreul, sur un nouveau procédé de panification. Toutes ces questions, indépendamment de leur intérêt général, méritent l'attention de nos confrères, comme touchant par plus d'un point à l'hygiène publique. Nous ne faisons que les indiquer ici en passant, réservant à notre collaborateur, M. E. Renaud, le soin d'en entretenir nos lecteurs dans le feuilleton scientifique. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

Des déviations de l'utérus.

L'histoire des déviations de l'utérus est un sujet à l'ordre du jour, et on peut véritablement le dire, il est un de ceux que l'on conteste le plus. Ainsi, est-ce une raison pour que nous étudiions avec le plus grand soin une question dont la solution définitive présente de si grandes difficultés.

Les médecins qui s'occupent de la pathologie de l'utérus peuvent être divisés en trois groupes.

Pour les uns, toutes les variétés de l'inflammation aiguë et de l'inflammation chronique du col et du corps de l'utérus sont le point de départ de toutes les modifications de position que peut subir cet organe ; et ses déviations diverses ne sont que le résultat de l'engorgement de l'utérus, conséquence des lésions organiques que nous venons d'énumérer.

Pour les autres, au contraire, les déviations utérines constituent le phénomène primitif. Ce sont ses changements de position qui entraînent consécutivement les congestions, les inflammations, les ulcérations et les engorgements hypertrophiques du col et du corps de la matrice. Ces déviations ne tendent pas à guérir spontanément, mais à se perpétuer et à s'aggraver.

Pour d'autres enfin, la vérité est dans une sorte de juste milieu, ou, si l'on aime mieux, l'une et l'autre de ces opinions sont vraies dans des circonstances données. Dans certains cas, l'engorgement utérin est le phénomène primitif, et la déviation le phénomène consécutif ; tandis que, dans d'autres, la déviation est le phénomène primitif, et l'inflammation et l'engorgement les phénomènes consécutifs. Enfin, dans une troisième série de cas, il existe des déviations sans lésion du col et du corps de l'utérus, et qui tantôt produisent des accidents et tantôt n'en produisent pas, suivant la disposition maladive des femmes et leur degré d'impressionnabilité.

Pour décider ces questions si graves et si compliquées, nous nous placerons surtout au point de vue des partisans des déviations primitives ; mais tout en exposant leurs idées, nous ne nous priverons pas d'observations critiques, si, chemin faisant, nous trouvons l'occasion d'en faire.

Il est bien entendu toutefois que dans la discussion de ces faits et de ces opinions, il ne sera nullement question des déviations qui sont le résultat de la grossesse, ou du moins que ce dernier état vient compliquer.

Historique. — Les leçons de Valleix nous seront d'une grande utilité dans cet exposé, pour lequel nous aurons également recours au résumé des conférences cliniques de M. Aran sur ce sujet.

D'après Valleix, Hippocrate et Aétius reconnaissaient certainement les déviations de l'utérus.

A une époque plus rapprochée de nous, Ambroise Paré, puis Morgagni, en signalent l'existence.

On trouve des documents utiles sur ce sujet dans Levret, Dugès et Mme Boivin, et dans Martin jeune, de Lyon.

Deux thèses furent publiées en 1827 sur les déviations de l'utérus ; celle de M. Bazin et celle de M. Ameline.

M. Hervez de Chégoin, en 1833, en fit l'objet d'une communication à l'Académie de médecine.

M. Lacroix (1845), dans sa thèse de concours, fournit des documents très-utiles à l'histoire des déviations de l'utérus.

Simpson publia son premier travail en 1843, et son deuxième en 1848.

Des thèses dans lesquelles on trouve des renseignements utiles relatifs à l'histoire des déviations de l'utérus ont été publiées, en 1851, par M. Dufraigne ; en 1852, par M. Grimaud et par M. Piachaud.

Les articles de Valleix dans le *Bulletin de thérapeutique*, ses leçons publiées dans l'*Union médicale* ; les conférences de M. Aran, publiées en 1856 dans la *Gazette des Hôpitaux*, fournissent des documents très-utiles sur les déviations de l'utérus.

Définition. — Quelles sont les conditions d'une déviation de l'utérus ?

Pour Valleix, la réponse est facile : il y a déviation quand l'axe de l'utérus ne correspond plus en tout ou en partie avec celui du détroit supérieur du bassin.

Cette définition assez simple ne saurait cependant être adoptée sans discussion. En effet, pour M. Cruveilhier et d'autres auteurs, il n'y a d'axe de l'utérus que chez les enfants nouveau nés et dans la première enfance. A cet instant, l'axe de l'utérus suit l'axe des deux bassins, et cet organe présente une incurvation à convexité antérieure ; la partie supérieure suivant l'axe du grand bassin, et la partie inférieure l'axe du petit. Après cette époque, il n'y a plus qu'un axe fictif, et l'utérus peut présenter des déviations diverses, dans de faibles limites, il est vrai, sans que pour cela il y ait, en aucune manière, un changement de position morbide. Cet axe fictif est généralement considéré comme correspondant à l'axe du grand bassin, avec une légère inflexion, tantôt à droite, tantôt à gauche, et une très-légère courbure à convexité antérieure. Il faut alors, pour qu'il y ait déviation véritable et morbide, que le changement de déviation atteigne une certaine limite, et, tranchons le mot, qu'elle soit considérable. Mais alors une autre difficulté se présente ici : A quel degré cesse la limite de déviation physiologique et commence la déviation pathologique ? C'est ce qu'il est encore bien difficile de dire, car la déviation est le phénomène relatif. Tel utérus, en effet, est dévié relativement à la direction normale que cet organe présente chez la femme que l'on considère.

Admettra-t-on que la déviation est morbide quand des phénomènes insolites apparaissent ? Mais c'est là toute la question, et ces phénomènes insolites sont niés par beaucoup de médecins, tant qu'à cette déviation il ne sera pas venu se joindre soit une congestion, soit une inflammation aiguë ou chronique, soit enfin un engorgement hypertrophique du col ou du corps de la matrice.

Pour sortir de ces difficultés, nous admettons qu'il y a déviation toutes les fois que l'utérus sera très-notablement dévié de l'axe du détroit supérieur du bassin, et que le col ne sera plus rencontré par l'extrémité du spéculum directement et sans effort au fond du vagin.

Espèces et variétés. — On peut admettre trois variétés de déviations : l'*abaissement*, les *versions*, les *flexions*.

L'abaissement consiste dans le rapprochement du col utérin de l'orifice vulvaire. Il peut exister seul, ou se combiner avec les dernières espèces de versions et de flexions.

Les versions consistent dans les inclinaisons diverses du corps et du col de l'utérus ayant conservé leurs rapports respectifs.

On distingue :

L'*antéversion*, dans laquelle le corps de l'utérus est incliné en avant, tandis que le col est porté en arrière ;

La *rétroversion*, dans laquelle le corps de l'utérus s'incline en arrière et porte sur le rectum, tandis que le col utérin est porté en haut et en avant ;

Les *latéroversions*, dans lesquelles l'utérus est dévié, soit à droite, soit à gauche.

Les flexions consistent dans une flexion du corps de l'utérus sur le col de cet organe, qui a conservé sa direction normale. On distingue aussi une *antéflexion*, une *rétroflexion* et des *latéroflexions*. M. Aran a proposé de les décrire d'une manière un peu plus compliquée. Il admet des flexions du corps sur le col et du col sur le corps. J'aurai plus loin occasion de discuter cette dernière opinion.

Les flexions et les versions peuvent être réunies, combinées ensemble, de même qu'elles peuvent être combinées avec l'abaissement de l'utérus. On voit donc, dans quelques cas, une version combinée avec une flexion, et, dans d'autres, une version combinée avec une flexion et un abaissement.

Étiologie. — L'étiologie des déviations peut être étendue d'une manière générale ; c'est ce que nous allons essayer de faire.

Fréquence des déviations. — Les seuls chiffres que nous possédions à cet égard sont ceux qu'a donnés M. Aran. Ce médecin a observé, pendant treize mois de service à l'hôpital Saint-Antoine, 143 maladies de l'utérus. Sur ce nombre, il y avait 103 déviations, et 40 dans lesquelles il y avait d'autres maladies de l'utérus sans déviations.

Relativement à la fréquence relative des diverses espèces de déplacement, M. Aran a donné les chiffres suivants :

Sur les 103 cas dans lesquels le déplacement existait, on a observé les faits suivants :

10 cas d'abaissement simple ;

26 cas d'abaissement avec rétroversion ou rétroflexion ;

25 cas d'abaissement avec antéversion ou antéflexion ;

18 cas de rétroversion ou de rétroflexion simple ;

24 cas d'antéversion ou d'antéflexion ;

C'est-à dire qu'il y avait 61 cas d'abaissement avec ou sans version ou flexion ;

Et 42 d'inflexions diverses sans abaissement.

Conditions anatomiques. — Quelles sont les conditions anatomiques qui peuvent rendre compte de la facilité de production des déviations utérines et de leur degré de fréquence ? Ces circonstances sont les suivantes :

1° La mobilité très-grande de l'utérus qui permet à cet organe de prendre toutes les positions et toutes les directions possibles.

2° Le poids de l'utérus, dont le fond, ou la partie supérieure, est plus considérable que celui de la partie inférieure, c'est-à-dire du col. Il en résulte qu'il tend à basculer facilement en avant, en arrière ou latéralement.

3° La laxité des ligaments larges et celle du tissu cellulaire du petit bassin, qui permet à l'utérus d'exécuter des évolutions dans divers sens.

4° La pression différente que peut exercer sur l'utérus les organes avec lesquels il est en rapport. Ces pressions diverses sont dues aux alternatives de réplétion ou d'évacuation de ces organes (intestin et vessie), qui changent souvent d'un moment à l'autre la direction de l'axe normal de l'utérus.

Ces quatre circonstances anatomiques rendent parfaitement compte des changements de direction que peut présenter l'utérus. Elles exercent une influence d'autant plus grande que le poids de l'utérus est devenu plus considérable par suite d'une lésion morbide antérieure.

Ages. — D'après les relevés réunis de Valleix, c'est de 20 à 30 ans que les déviations de l'utérus sont le plus communes.

M. Aran a donné les âges suivants pour les 103 cas qu'il a reconnus :

Au-dessous de 19 ans,	3 cas.
De 20 à 29 ans,	55
De 30 à 39,	32
De 40 à 49,	12
De 50 ans,	1

C'est-à dire que les déviations sont plus communes de 20 à à 40 ans, puisque sur 103 cas 87 se trouvent compris dans cette limite.

Constitution, tempérament. — La constitution et le tempérament ne paraissent exercer aucune influence sur le développement des déviations. On les a observées également chez les femmes de toute constitution et de tout tempérament.

Influence des accouchements antérieurs. — Lorsque nous étudierons à part les variétés principales des déviations, nous verrons, d'après les relevés statistiques de Valleix, que les avortements et les accouchements antérieurs peuvent exercer une influence puissante sur la production des déviations.

M. Aran a trouvé que, sur ses 103 cas, 65 femmes avaient eu

des couches antérieures et un ou plusieurs enfants, tandis que 38 autres n'avaient jamais eu d'enfants.

Influence du coït. — L'influence du coït trop fréquemment répété n'est mise en doute par aucun observateur. Il est évident que le frottement de l'extrémité du pénis contre le col ou le corps de l'utérus peut favoriser beaucoup, si même elle ne produit de tous points la déviation de l'utérus. A mon avis, l'excès et la fréquence du coït produisent plutôt l'antéversion que toute autre déviation.

Influence des lésions antérieures. — Ces lésions antérieures sont nombreuses et variées. Tantôt c'est une congestion sanguine du corps et du col de l'utérus; d'autres fois une inflammation chronique avec ou sans hypertrophie de ces mêmes parties; tantôt aussi un engorgement hypertrophique. Ce sont ces lésions préalables qui favorisent si puissamment et quelquefois produisent de tous points les déviations de l'utérus.

Dans une autre série de cas, les tumeurs fibreuses du corps de l'utérus, les polypes contenus dans sa cavité, les cancers de cet organe produisent encore les mêmes résultats. Mais nous ne nous occupons pas spécialement ici de cette seconde catégorie de cas.

L'influence de ces lésions antérieures, comprises sous la dénomination vague d'engorgement, est d'ailleurs démontrée par des résultats statistiques positifs. M. Ameline a trouvé que sur 12 cas de déviations, 9 étaient produits par des lésions antérieures de l'utérus.

M. Aran a trouvé que sur ses 103 cas, 49 fois il existait des ulcérations du col utérin. Or, il est à présumer que la plupart de ces 49 cas étaient accompagnés d'une inflammation chronique et d'un certain degré d'engorgement du col et du corps de l'utérus, et que cet engorgement n'a pas été sans exercer quelque influence sur la production des déviations.

J'ai eu occasion d'observer un grand nombre de fois cette coïncidence, et il est positif pour moi que les lésions antérieures du col et du corps de l'utérus sont la cause la plus commune et la plus fréquente des déviations de l'utérus.

Symptômes. — La plupart des médecins qui ont essayé de décrire les symptômes des déviations, n'ont pas établi de distinction entre les déviations qui s'accompagnaient de lésions phlegmasiques aiguës ou chroniques du col et du corps, et celles qui n'en présentaient pas. Telle est la conclusion faite par Valleix, qui décrit sous le même type l'une et l'autre catégorie. Voici le résumé des symptômes qu'il attribue aux déviations :

Symptômes locaux. — Pesanteur. Sensation de gêne dans le bassin; quelquefois douleurs plus vives se prolongeant aux lombes dans la région sacrée et à la partie supérieure des cuisses.

Augmentation de ces accidents par la marche, l'exercice, les secousses, les efforts de tous genres. Souvent l'impossibilité de marcher et de se livrer à ces exercices en est la conséquence.

Écoulement leucorrhéique de nature diverse.

Menstruation plus douloureuse; quelquefois avancée, le plus souvent retardée. Ecoulement sanguin plutôt diminué, dans quelques cas cependant plus abondant, et constituant une véritable hémorrhagie.

Envies fréquentes d'uriner, et cependant difficulté d'accomplir cette fonction.

Constipation opiniâtre.

Symptômes généraux. — Amaigrissement plus ou moins prononcé. Teint plus pâle de la face, qui paraît plus fatiguée et souvent altérée. Courbature facile, diminution des forces, tristesse, découragement, inaptitude au travail, défaut d'énergie physique, développement de névroses diverses, appétit bizarre, digestions souvent pénibles et difficiles, symptômes gastralgiques, constipation, dyspnée, palpitations, souvent bruits anémiques au cœur et dans les vaisseaux.

Ce tableau des symptômes ne peut permettre une autre conclusion que la suivante, c'est qu'il est l'exposé le plus fidèle, le plus complet et le mieux accentué que l'on puisse donner des inflammations chroniques du col et du corps de l'utérus. C'est donc à cette dernière lésion qu'il faut les attribuer sans contestation. Nous dirons cependant que par ce seul fait que ces engorgements sont accompagnés d'une déviation, les troubles fonctionnels que nous venons d'énumérer sont plus caractérisés, plus nets, plus tenaces, et frappent en conséquence davantage l'attention des observateurs.

Pour décider la question, il faut établir deux catégories de cas :

1° Cas dans lesquels il y a simultanément déviation et lésions phlegmasiques aiguës ou chroniques du col ou du corps de l'utérus;

2° Cas dans lesquels les déviations constituent la seule lésion morbide.

Dans la première catégorie, la réponse est facile à faire. Il y a des symptômes, mais ces symptômes sont ceux des lésions morbides du col ou du corps de l'utérus : seulement ils sont plus caractérisés et plus intenses en raison de la déviation qui les accompagne.

Deuxièmement. Lorsqu'il existe une déviation simple sans lésions morbides, cette déviation produit-elle des symptômes spéciaux ou bien ne donne-t-elle naissance à aucun accident ?

Pour beaucoup de médecins, la réponse est facile. Non, il n'y a aucun accident, aucun phénomène morbide spécial. C'est là mon opinion formelle. J'ajouterai seulement que les femmes qui présentent ces déviations sont beaucoup plus sujettes que d'autres à contracter des inflammations aiguës ou chroniques du col et du corps de l'utérus; et que ces déviations peuvent même produire seules ces lésions phlegmasiques. C'est alors, mais seulement alors, que des symptômes apparaissent.

Entre ces deux opinions formelles et positives, une troisième, celle de M. Aran, est venue se placer.

Pour ce médecin, les femmes atteintes de déviations utérines sans engorgement inflammatoire peuvent être partagées en deux classes.

Les unes n'éprouvent aucune espèce d'accidents; les autres, au contraire, en accusent de bien accentués. A quoi tiennent ces différences?

D'après M. Aran, on peut se rendre compte des accidents, dans le second cas, par le mode de sensibilité différente des femmes. Les unes, dit-il, prêtent une grande attention à tout ce qui se passe en elles, s'écoutent vivre, pour ainsi dire. Les autres, vivant en quelque sorte en dehors d'elles-mêmes, d'une sensibilité obtuse, ne prêtent aucune attention aux souffrances de leurs organes. Dures pour elles-mêmes, pour les autres, ces dernières ne comptent pas dans la détermination des phénomènes morbides qui appartiennent aux déviations, aux déplacements et aux flexions de l'utérus.

Cette explication, toute ingénieuse qu'elle est, ne me satisfait pas, je l'avoue.

Voyons cependant quels sont ces accidents que M. Aran attribue aussi aux déviations sans engorgement inflammatoire. Je transcris sa description :

« Ces symptômes consistent quelquefois dans les troubles de la menstruation, de la leucorrhée, de la difficulté ou de la douleur dans l'excrétion des matières et des urines; mais principalement en une sensation de pesanteur, de douleurs sourdes dans le bassin, de tiraillements dans les reins, très-légers dans les circonstances ordinaires, mais augmentant beaucoup par la marche, par la fatigue, s'exaspérant lorsque la malade ne surveille pas assez les fonctions intestinales et se laisse prendre par la constipation, ou lorsqu'elle retient trop longtemps son urine dans la vessie. Indiquons, parmi les troubles de la menstruation, les règles douloureuses et difficiles, et les règles abondantes pouvant elles-mêmes se transformer en de véritables hémorrhagies. »

Cette description s'appliquerait aussi bien aux engorgements inflammatoires de l'utérus, et j'avoue que je ne suis pas encore bien convaincu que chez les femmes qui présentent cet ensemble de symptômes ces lésions n'existaient pas.

CONSTATATION DES DÉVIATIONS PAR L'EXAMEN PHYSIQUE.

Toucher vaginal. — Il est indispensable de pratiquer le toucher vaginal dans les déviations utérines. Cet examen physique fait connaître les particularités suivantes :

1° La mobilité de l'utérus conservée;

2° Le changement de direction du col et du corps de l'utérus;

3° Les lésions morbides concomitantes du col et du corps de l'utérus;

4° La possibilité de redresser l'utérus et de le ramener à sa direction normale.

Nous insisterons sur ces caractères en nous occupant des diverses espèces de déviations en particulier.

Toucher rectal. — Le toucher rectal vient surtout confirmer les données précédentes. Il montre la saillie du col du côté du rectum dans l'antéversion, et celle du corps, dans le même intestin, dans la rétroversion. Ce toucher montre également la conservation de la mobilité normale de l'utérus.

Spéculum. — L'examen au spéculum fournit des caractères positifs et des caractères négatifs que nous allons reproduire.

Les caractères négatifs sont les suivants : le spéculum introduit dans le fond du vagin ne rencontre nullement le col de cet organe à son extrémité. Ce col est en avant du corps de l'utérus dans la rétroversion, et le spéculum correspond au corps de l'organe. Dans l'antéversion, le corps et le col de l'utérus correspondent à la partie supérieure du spéculum, qui arc-boute au fond contre la paroi du vagin.

Les caractères positifs sont : *a*, la possibilité, dans quelques cas, de redresser l'utérus et d'engager le col dans l'orifice interne du spéculum à l'aide d'un mouvement de bascule de l'instrument exécuté par l'opérateur, et variable pour les différentes espèces de déviations. *b*, les lésions concomitantes du corps et du col de l'utérus.

Sonde utérine. — La sonde utérine est d'un grand secours pour le diagnostic des déviations et des flexions. Introduite à l'aide du doigt dans la cavité utérine, elle permet de redresser l'utérus et de lui rendre momentanément sa position normale. Elle permet de constater aussi : *a*, la mobilité de l'utérus; *b*, le changement de direction qu'il a subi. Lorsqu'un utérus est dévié d'une manière notable et qu'on veut examiner son col au spéculum, on commence par introduire la sonde utérine dans la cavité du col, on redresse l'organe, et une fois redressé, on introduit le spéculum en le faisant glisser le long de la sonde, qui est placée au milieu de sa cavité.

Marche, durée, terminaisons. — M. Valleix a établi d'une manière générale que les déviations de l'utérus tendaient à se perpétuer d'une manière indéfinie. Il y a quelque chose de vrai dans sa proposition; mais, pour qu'elle soit rigoureusement exacte, il faut cependant la modifier de cette manière :

Toutes les fois que l'utérus est dévié d'une manière notable, et qu'il existe en même temps un engorgement inflammatoire chronique du corps ou du col, la coexistence de la déviation tend à perpétuer d'une manière indéfinie l'engorgement, et l'engorgement à maintenir la déviation. Il en résulte un cercle vicieux qui tend en effet à faire durer extrêmement longtemps la maladie. Je ne pense pas, à moins de complication, qu'il y ait d'exemple d'une terminaison fatale. On voit souvent, à l'époque de l'âge critique, les déviations disparaître spontanément, en même temps que guérissent les engorgements inflammatoires qui les ont déterminées.

Diagnostic. — Le diagnostic s'établit à l'aide de l'examen physique de l'utérus. Nous ne pourrons entrer dans des détails circonstanciés à cet effet qu'en étudiant chaque espèce de déviation à part. Aussi renvoyons-nous à cet instant ce que nous avons à dire du diagnostic.

INFLUENCE DE LA VACCINE
sur la mortalité.

(Réponse à M. le Dr Bertillon, par M. A. Bayard, de Cirey (1).

Notre titre est celui d'un mémoire que M. le docteur Bertillon vient de lire à l'Académie de médecine à l'appui de sa candidature à la place vacante dans la section d'hygiène.

Mettant rapidement les lecteurs au courant des travaux de notre confrère, nous leur dirons que l'année dernière, il chercha à prouver que la mortalité de *tous les âges*, sauf la vieillesse, *avait diminué depuis la vaccine*. Aujourd'hui, les choses et ses dires sont bien autres. Pour lui, le 3 février 1857, la mortalité, comparée avant et après la vaccine, *a augmenté* chez les jeunes gens, *il est impossible d'en douter*; mais, ajoute-t-il, la vaccine *est étrangère* à cette aggravation de la mortalité dans les âges adultes, parce qu'on vaccine les femmes comme les hommes, et qu'en France cette aggravation pèse uniquement sur les hommes et non sur les jeunes femmes; que d'ailleurs, en Suède où la vaccine est obligatoire, *les deux sexes et tous les âges* y ont gagné.

Tel est le but du nouveau mémoire de M. Bertillon; les concessions qu'il fait ici, pour la première fois, aux adversaires de la vaccine, il les appelle *des résultats très-favorables pour eux*. Nous sommes de son avis, et lui en témoignons presque notre gratitude. Cependant, il ne conviendrait pas de nous enorgueillir outre mesure des avances de M. Bertillon, car, qu'on le sache bien, les jeunes hommes *seuls* ont augmenté leur mortalité; quant aux femmes de même âge, les choses se passent comme avant. Si cela vous surprend, chers lecteurs, apprenez que le médecin de Montmorency appelle cela *une divergence singulière*. En second lieu, la mortalité de la jeunesse masculine s'est accrue depuis la vaccine, cela n'est que trop vrai, mais ne s'est pas accrue dans les proportions voulues par les autres vaccinateurs.

On voit de suite les points qui nous unissent et ceux qui nous séparent. Puis d'un seul coup, il achève de rompre en visière. Puisque, dit-il, la mortalité n'a pas augmenté chez les jeunes filles et les jeunes femmes, puisqu'on les vaccine comme les hommes, la conclusion reste invariable : « La vaccine est donc toujours la plus précieuse des découvertes modernes, » style du jour.

Avant d'aborder la double question de la mortalité des deux sexes, stationnaire chez l'un, augmentée chez l'autre, suivant M. Bertillon, voyons d'abord quelques-unes de ses propositions préliminaires :

1° « Le résultat *incontesté* de la vaccine a été de délivrer l'espèce » humaine de la variole. »

— Cher confrère, cela ne devrait pas s'écrire; voici, au contraire, ce qu'on devrait dire devant un corps savant : l'*âge des décédés par petite vérole a changé*; exemple :

Décès varioleux avant la vaccine. (Duvillard.)

De 0 à 10 ans.	908
Au-dessus.	92
Sur un total de.	1,000 décès.

Décès varioleux après la vaccine. (*Annuaire de 1856.*)

De 0 à 10 ans.	274
Au-dessus.	726
Sur un total de.	1,000 décès.

2° « Il n'est absurde pour personne qu'il y ait antagonisme, sinon » absolu, au moins partiel, entre la variole et certaines autres affections. »

— Voici encore une nouvelle concession très flatteuse, toujours pour les adversaires de la vaccine, de la part encore de M. Bertillon, qui ferait de la statistique *et non des théories humorales*. Il y a longtemps qu'on lui dit : On vous montre le fait, expliquez-le clairement; n'allez pas vous butter devant un mur d'airain; la science des chiffres ne s'assouplit pas; tant pis pour la médecine si elle ne peut en trouver la raison!... Heureusement il n'en sera pas ainsi; ce sont de saines raisons médicales qui portent M. Bretonneau et autres à dire à leurs amis, à répéter à tout venant : « Ne vaccinez plus; ne vaccinez plus! inoculez, mais ne vaccinez plus! » La statistique a prouvé le fait; la médecine, à son tour, en dira la cause; notre auteur ne sera pas étranger au précieux accord, à l'heureuse harmonie de nos deux sciences; car, comme il le dit fort bien : « Ce sont des questions dignes d'examen. »

3° « Le bien-être a augmenté. »

— Suivant nous, c'est, au contraire, la misère qui augmente. Pourquoi? M. Bertillon lui-même nous en a donné la cause dans la mortalité accrue dans les jeunes âges de l'homme. Ainsi, prenons deux populations égales avant et après la vaccine. Lorsque la première perdait 40 sujets de 15 à 45 ans, la seconde, de nos jours, en perd 70. Cette augmentation de mortalité parmi les hommes jeunes et forts prive autant de familles de leur soutien naturel, et laisse nécessairement

(1) Nous croyons devoir faire remarquer à l'occasion de cette lettre que nous avons évité jusqu'ici, autant qu'il a dépendu de nous, de nous occuper de la question qui en fait l'objet, et que nous sommes toujours restés étrangers, alors même que nous avons dû leur prêter notre publicité, à des discussions qui nous ont paru inopportunes par des motifs qu'il n'est pas nécessaire d'énoncer en ce moment. Un résumé du travail de M. Bertillon a été publié parce qu'il avait été lu à l'Académie de médecine. La réponse de M. Bayard aurait peut-être dû suivre la même voie. Notre confrère ayant trouvé plus convenable de nous adresser directement sa réponse, nous la publions pour faire acte d'impartialité, mais en déclarant que nous n'entendons nullement intervenir dans le débat, et que nous le verrions avec regret prendre plus de développement.

(Note de la rédaction.)

dans la même proportion autant d'enfants et de vieillards manquant d'un producteur nécessaire ; le bien-être ordinaire, loin de s'accroître, doit donc diminuer. La statistique du paupérisme n'est que trop d'accord à cet égard avec la statistique mortuaire.

Passons aux deux assertions qui font le but principal du mémoire qui nous occupe.

Première assertion. — Suivant M. Bertillon, depuis la vaccine la mortalité de la jeunesse masculine a augmenté; c'est très-vrai, trop vrai, mais non d'une manière si considérable que le prétendent les adversaires de la vaccine. La preuve pour lui se trouve dans la comparaison de deux périodes avant et après la vaccine, la première de 1817 à 1831, la seconde de 1840 à 1852. Dans la dernière, dit-il, l'influence de la vaccine, si elle existe, doit être très-marquée ; dans l'autre, au contraire, *nulle* sur les adultes.

Réponse. — La vaccine s'est introduite à Paris dès 1798. En 1802, le comité de vaccine la généralisait. Dès 1817, bon nombre de jeunes gens dans les deux sexes étaient vaccinés, et leur nombre a toujours été croissant de 1817 à 1831. Dès 1806, Roussillon-Chamseru annonçait une modification profonde dans la constitution médicale. En 1825, terme moyen de la première période, il n'existait à Paris que très-peu de jeunes gens de 15 à 25 ans non vaccinés, et il n'en existait pas plus à cette époque qu'il ne peut en exister en 1857. Votre première période, honoré confrère, est donc vaccinale; elle a donc subi l'influence de cette pratique, influence alors générale dans les villes, sinon encore dans les campagnes. Reculez donc d'au moins quinze ans si vous voulez comparer et vous faire écouter ; jusque-là, rien à changer aux chiffres, aucun rabais n'est possible.

Deuxième assertion. — La mortalité des jeunes femmes n'a pas varié; la preuve est en Suède, pays qui n'offre pas cette singulière et inquiétante divergence; là tout est vacciné; hommes et femmes, jeunes et vieux, tous y ont gagné.

Réponse. — M. Bertillon ne nous a pas fait voyager toujours de la sorte. Il n'y a pas longtemps qu'il s'est fort occupé de la mortalité féminine sans sortir de Paris. Alors il ne parlait pas d'*imperfection des matériaux*, *d'absence regrettable de documents et de demi-jour*. S'il abandonne ce terrain, il a ses raisons : elles sont écrites dans l'*Union médicale* du 19 janvier 1856, où tout le monde pourra les lire. Mais, comme nous n'avons pas les mêmes motifs que lui pour aller chercher la *lumière* à Stockholm, il nous permettra de nous servir pour les jeunes femmes des mêmes documents qui nous ont servi pour le sexe masculin Nous disons donc : *La mortalité féminine dans l'âge de* 15 *à* 25 *ans a plus que doublé à Paris depuis* 1813 *jusqu'à* 1855.

D'après l'*Annuaire*, il résulte que sur 1,000 femmes mortes à Paris, il y en a, savoir :

En 1813, 87 entre 15 et 25 ans.
» 1816, 103 —
» 1818, 136 —
» 1855, 191 —

Ainsi, de 1813 à 1855, augmentation de 120 p. 0/0.

Ces chiffres sont accablants. Naturellement on a cherché à les obscurcir; de là l'hypothèse suivante :

La grande mortalité de la jeunesse féminine est due, a-t-on écrit, à un accroissement *anormal* de la population juvénile commençant en 1813 et continuant jusqu'à nos jours.

La réponse à une telle hypothèse est très-facile; la voici :

Nous trouvons dans la statistique générale de la France, à 34 ans de différence, pour les années 1817 et 1851, deux dénombrements officiels de la population parisienne par sexe et par âge, qui nous donnent les résultats suivants :

Sur 1,000 femmes de tout âge, il s'en trouve, savoir :

	En 1817.	En 1851.
De 0 à 15 ans.	198	200
De 15 à 25 ans.	206	196
De 25 à 100 ans.	596	604
Totaux.	1,000	1,000

Il est donc démontré que la population féminine relative de 15 à 25 ans *n'a pas augmenté* à Paris, qu'elle a au contraire sensiblement diminué, bien que la mortalité pour le même âge *ait plus que doublé*.

Nous ne terminerons pas sans faire remarquer combien tout est modifié dans le langage de M. Bertillon. Ainsi, appelant *antagonisme* ce que nous nommons identité, il nous concède que la variole a deux modes d'être : un mode interne et un mode externe ; que par le fait de l'homme, ou, s'il aime mieux, par l'action de la vaccine, le mode externe très-fréquemment a fait place au mode interne ; qu'à la variole apparente, faciale de l'enfance, a succédé la variole latente, interne de l'adolescence et de la jeunesse. Il y a donc déplacement dans l'âge, pour lui comme pour nous, deuxième concession de sa part, *augmentation* de la mortalité dans les âges précieux de la vie.

Ce qui nous divise actuellement est ceci : l'action de la vaccine, ou mieux son influence, est 1° commune aux deux sexes, dont la mortalité a non-seulement augmenté, mais 2° *plus que doublé* entre 15 et 25 ans, à dater de 1813 jusqu'à 1855.

DES EAUX MINÉRALES DE VITTEL (VOSGES).

Par M. le Dr L. MOREAU.

Vous avez déjà plusieurs fois entretenu vos lecteurs de l'existence et de la composition de sources placées dans le voisinage de Contrexeville et qui, douées des mêmes propriétés, paraissent de plus jouir de quelques avantages sur les eaux de cette localité. Il est inutile d'en donner de nouveau la composition; elle a été insérée dans votre numéro du 12 juillet dernier ; mais vous me permettrez de la résumer en quelques mots.

Vittel possède trois sources de vertus différentes, ce qui doit offrir d'excellentes ressources à la thérapeutique, puisqu'on a pu en quelque sorte les grouper dans un même établissement. L'une, qu'on nomme la *Grande source*, est diurétique. Sa composition se rapproche beaucoup de celle de Contrexeville, « seulement, dit le rapporteur qui fut chargé de présenter à l'Académie de médecine une appréciation de ces eaux, le rapport entre la chaux et la magnésie s'y trouve dans des rapports plus avantageux. Ainsi, lorsque Contrexeville donne 4,40 de chaux pour 1 de magnésie, la *Grande source* ne donne que 1,67 de chaux pour 1 de magnésie. » On peut immédiatement tirer de cette composition la conclusion pratique de la facilité extrême avec laquelle les estomacs les plus délicats peuvent supporter cette eau, et s'expliquer comment d'anciens malades, traités par l'eau de Contrexeville, se trouvent si bien de l'emploi de celles de Vittel.

La seconde, *source Marie*, est purgative; c'est une eau magnésienne calcaire. On sait combien sont rares en France les sources laxatives ou purgatives. Toutes les sources offrent bien, il est vrai, parmi leurs éléments des composés à base de magnésie, mais ils sont si faibles en proportion, qu'ils ne peuvent constituer une eau véritablement purgative, et cette propriété ne vient s'ajouter que très-secondairement à celle des autres principes concomitants. Pour ne parler que de la France, on n'y pourrait citer que quelques eaux, celles d'Aulus et celles de Vittel, par exemple, où les chlorures et les sulfates magnésiens paraissent leur donner une qualité réellement spéciale.

Leur propriété purgative diffère des purgations pharmaceutiques. Les eaux de la *source Marie* sont éminemment laxatives et relâchantes, mais par degrés, jour par jour, sans perturbation violente, et avec une action soutenue.

Enfin, il existe près de ces deux sources une troisième dite *source des Demoiselles*, et qui n'est autre chose qu'une eau ferrugineuse bi-carbonatée. Nous nous bornerons à constater dans cette source la présence du fer, du manganèse et de l'iode; c'est dire leur succès dans le traitement de la chlorose, de l'anémie, de l'appauvrissement du sang.

Ce court résumé de la composition de ces diverses sources une fois bien établi, on peut facilement se rendre compte de l'effet de la *Grande source* sur une affection qui non-seulement donne naissance aux douleurs les plus vives, mais peut aussi être suivie d'accidents d'une haute gravité : je veux dire la gravelle. Une des données généralement admises dans le traitement de cette affection, est l'emploi constant des diurétiques. Cet emploi est au reste fort bien justifié, car tout ce qui peut favoriser l'expulsion des graviers suffit souvent pour faire disparaître les accidents les plus redoutables. Quel moment plus favorable choisir pour arriver à ce résultat, si ce n'est celui où le volume peu considérable du gravier permet au liquide urinaire de l'entraîner facilement. C'est dans ce but qu'on a non-seulement eu recours à des eaux minérales spéciales, à des tisanes diurétiques, mais jusqu'à de l'eau pure. Parmi les eaux minérales nous trouvons en première ligne celles de Contrexeville; mais l'analyse chimique en a rapproché les eaux de Vittel et leur a même reconnu des propriétés qui leur donnaient le pas sur celles de Contrexeville. Le traitement de la gravelle trouvera donc un auxiliaire puissant dans l'emploi de ces eaux. Elles sont éminemment diurétiques.

« J'ai l'habitude, dit M. le docteur Duval, de remplacer les tisanes par les eaux de Vichy, de Condillac et mieux de Vittel. Ces dernières eaux, dont la composition chimique et les propriétés médicinales ressemblent tant à celles de Contrexeville, me rendent tous les jours de très-grands services, surtout chez les malades menacés de la gravelle ou qui l'ont déjà. Ces eaux, très-agréables à boire, d'une facile digestion, conviennent pendant les accès de la goutte et dans leurs intervalles pour en prévenir le retour. Je connais des malades qui en font usage depuis plus de six mois et qui s'en louent beaucoup. »

Nous arrivons au reproche si souvent adressé aux eaux de Contrexeville. Voici comment un médecin distingué, ancien inspecteur de cet établissement, M. Dunoyer, exposait dans la *Gazette des Hôpitaux* (4 mars 1856) le défaut de ces eaux :

« Prise à la source, l'eau de Contrexeville est bien digérée par la majorité des buveurs; mais après son transport, elle devient lourde, indigeste, et est loin de produire les bons résultats qu'on serait en droit d'en espérer après ceux qu'on obtient sur les lieux. L'eau de Vittel, au contraire, que j'ai largement expérimentée à Paris dans ma pratique médicale depuis un an, a constamment produit de bons effets, et a toujours été digérée avec une facilité qui étonnait d'anciens buveurs de l'eau de Contrexeville transportée. »

Cette question du transport est d'une assez grande importance pour rendre très-légitime le reproche que nous venons de formuler, car les eaux minérales ne se prennent pas seulement sur place, et nécessairement elles perdent une grande partie de leur valeur quand leurs propriétés viennent à être modifiées par un simple transport. Les eaux de Vittel sont loin de se comporter ainsi, et nous avons cru devoir appuyer ici sur cette particularité, car elle influe beaucoup sur la facile digestion et l'impressionnabilité de certains estomacs.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Suite et fin du discours de M. Jules Guérin sur l'exposé de la méthode sous-cutanée.

§ III. — *Théorie de la méthode sous-cutanée.*

La théorie de la méthode sous-cutanée, c'est sa raison d'être, sa cause, ce par quoi elle a été inspirée, réglée, assurée et généralisée. Cette cause, on la connaît; aussi importe-t-il moins de la démontrer d'une manière générale que de préciser son mode d'action et de l'étudier dans ses applications diverses.

Les plaies sous-cutanées ne suppurent pas; elles doivent ce privilége à l'*absence du contact de l'air*. J'ai dit que le travail de réparation immédiate dont elles sont le siége est le résultat d'un ordre de phénomènes à part, de l'*organisation immédiate* : voilà les deux propositions fondamentales de la théorie, c'est-à-dire deux termes représentés, l'un par une cause mécanique, le *contact de l'air*, l'autre par une cause physiologique, l'*organisation immédiate*.

Examinons ce que l'on disait, ce que l'on savait, et ce que l'on dit et ce que l'on sait aujourd'hui à ce double égard.

Si je m'en étais tenu à ces deux énoncés comme vues spéculatives, on aurait pu les contester, et elles auraient eu le sort de toutes les opinions qui s'entrechoquent et se contredisent dans la science. L'idée de faire jouer un rôle à l'air dans le développement des phénomènes inflammatoires n'est pas nouvelle ; mais, on l'a vu, l'opinion contraire est aussi ancienne. A une affirmation très-peu nouvelle, on aurait donc répondu par une négation qui ne l'est pas davantage; et c'est ce qui est arrivé.

Mais, mes contradicteurs ne le remarquent peut-être pas assez, la méthode sous-cutanée, quoique émanant de l'idée que le contact de l'air est un agent de la suppuration, n'était pas nécessairement contenue dans cette idée, ou, si elle s'y trouvait implicitement, il fallait la trouver, l'en dégager. Comme la plupart des découvertes, elle se rattache nécessairement à quelque chose qui existait et qu'on savait; mais c'est un anneau ajouté de plus à la chaîne. Quoi qu'il en soit du rapport de la méthode sous-cutanée avec ce que l'on affirmait ou niait de l'action pathologique de l'air, ce qu'il importe d'établir, c'est le caractère véritable de cette action.

S'agit-il de l'action momentanée, prolongée ou permanente de l'air?

Hunter, que l'on peut considérer comme le grand arbitre de cette difficulté, n'hésite pas à déclarer que l'air n'est pour rien dans la différence des phénomènes propres aux plaies *exposées* et aux plaies *non exposées*. Il ne faut donc pas confondre ces deux choses connexes, mais essentiellement différentes : le fait de la suppuration constante des plaies exposées, et le fait de la suppuration comme résultat de l'action de l'air sur les plaies. Si mes contradicteurs admettent sans conteste l'opinion opposée à celle de Hunter, il n'y a plus rien à ajouter pour en démontrer l'évidence ; mais si, comme c'est le fond de leur pensée, la suppuration ne résulte pas de l'action de l'air, il convient d'insister, car tel est bien le fait initial à établir dans la discussion qui nous occupe.

Or que savait-on de l'action de l'air comme cause de la suppuration des plaies? Il n'y avait à cet égard que des assertions, que des opinions, que des contradictions. Que fallait-il pour établir d'une manière irréfragable que le contact permanent de l'air est l'agent direct de la suppuration? Il fallait deux choses : une démonstration expérimentale du fait et une démonstration rationnelle.

Quand on disait naguère que le contact de l'air était l'agent de la suppuration, comment le prouvait-on? En montrant que toutes les plaies exposées suppurent. La coïncidence constante de ces deux faits et leur invariable succession avaient permis de conclure que l'un est le résultat de l'autre. Mais le caractère de cette démonstration, c'était l'empirisme, le *post hoc, ergo propter hoc.* C'est ce qui a permis à la contradiction de s'exercer depuis Hippocrate jusqu'à Hunter, et de soutenir que la coïncidence et la succession de ces deux faits ne voulaient pas dire nécessairement que l'un fût contenu dans l'autre, que l'un fût la cause de l'autre. Or, pour changer cette présomption empirique en certitude rationnelle, il fallait reproduire expérimentalement ces deux faits, les enchaîner à l'aide de caractères étiologiques; montrer qu'outre leur coïncidence mieux établie, il existe entre eux des faits intermédiaires qui en dévoilent la liaison, la subordination. Or la méthode sous-cutanée a produit l'élément de ce progrès.

En effet, lorsqu'à l'aide d'un procédé plus parfait, on est parvenu à affranchir constamment les plaies de toute inflammation suppurative, on a doté la théorie d'une véritable démonstration directe, reproduisant à volonté par l'expérience le résultat de l'observation. Mais on a été plus loin. Les suppurations observées à la suite des sections de tendons irrégulières, c'est-à-dire avec un procédé direct, laissant dans beaucoup de cas l'air pénétrer librement et constamment, ces suppurations ont été la contre-épreuve du résultat produit par la méthode régulière. Voilà un second ordre de faits.

Une seconde contre-épreuve est produite par les accidents qui surviennent parfois à la suite d'un contact passager de l'air.

D'après l'expérience, nous le répétons, la suppuration n'est produite qu'en vertu du contact permanent ou au moins très-prolongé de l'air. Un contact passager reste souvent sans influence : voilà qui est conforme à l'observation, et voilà ce que nous admettons très-explicitement, afin d'éviter toute méprise et toute opposition sans objet. Mais si l'on voit ordinairement le contact passager de l'air sans effet, si l'entrée de quelques bulles d'air pendant l'opération n'empêche pas ordinairement les plaies de se cicatriser immédiatement, il ne s'ensuit pas qu'il en soit toujours ainsi. Nous avons constaté, au contraire, une série de faits des plus curieux et des plus significatifs à cet égard. Dans plusieurs circonstances, l'entrée d'une certaine quantité d'air dans les plaies sous-cutanées pendant l'opération a suffi pour provoquer l'imminence d'un phlegmon. Une ponction sous-cutanée, en évacuant quelques bulles d'air mêlé à du sang veineux altéré, a arrêté comme par enchantement le travail phlegmoneux. Le caractère exceptionnel de ces faits, leur mode de développement et de terminaison, ajoutent donc un nouvel élément à la démonstration de l'action pyogénique de l'air.

A cette démonstration expérimentale qu'a-t-on objecté de sérieux jusqu'ici? Deux choses principales : une théorie différente et des faits contradictoires. La théorie émane de Hunter. Déclinant l'action de l'air, cet illustre maître la remplace par je ne sais quelle explication ontologique, de cause finale, du besoin qu'a l'économie de se créer un organe de protection contre les agents extérieurs. Mais qui ne voit que cette explication est de celles qui expliquent la chose par la chose, c'est-à-dire qui n'expliquent rien.

Un des procédés de la démonstration rationnelle, c'est l'analyse. A l'action collective de l'air sur les plaies en général, substituons donc l'action de l'air sur chacun des éléments dont se compose la plaie, et l'action de chacun des éléments dont se compose l'air sur chacun des éléments de la plaie.

La plaie offre à considérer, sous ce rapport, la surface du contenant et le contenu.

La surface du contenant ou des plaies renferme des filets nerveux coupés, des vaisseaux ouverts et des tissus divisés. Le contenu, c'est le sang artériel et veineux, c'est la sérosité, ce sont toutes les humeurs susceptibles de se rencontrer au fond des plaies physiologiques. Or qu'enseignent l'observation et l'expérience à l'égard de chacun de ces points?

Il est d'observation vulgaire que le contact de l'air exerce sur les extrémités nerveuses avivées une impression nuisible. Cette impression se trahit par la douleur; depuis le nerf de la dent cariée jusqu'à la surface dénudée du vésicatoire, les preuves abondent, et je m'en rapporte à chacun de vous pour vous les remémorer.

Relativement aux vaisseaux, on peut, sans hypothèse, affirmer que la pression directe et sans intermédiaire de la colonne d'air extérieur change et altère les conditions de la circulation capillaire et de l'absorption.

Je n'ai rien à dire de l'action de l'air sur les surfaces avivées des plaies, si ce n'est que l'analogie permet de considérer cette action comme analogue à celle qui résulte de l'action la plus générale de l'air sur les éléments organiques de la chair : la fibrine, la gélatine, l'albumine. Or tous les chimistes savent que la soustraction de ces éléments à l'air permet de les conserver longtemps, *et vice versâ*, une libre exposition à ce fluide est la condition certaine de leur altération.

L'action de l'air sur le contenu des plaies n'est pas moins évidente. Ai-je besoin de dire qu'elle varie suivant que l'air est chaud, froid, pur, corrompu, sec ou humide, mais qu'elle finit toujours par s'exercer; que son essence c'est la putréfaction à tous les degrés. Voulant pousser la démonstration au delà de sa notion vulgaire, j'ai pu m'assurer par des expériences variées que l'altération du liquide est d'autant plus rapide qu'il est plus organisé. Le sang artériel, le sang veineux, la sérosité floconneuse, albumineuse, la sérosité aqueuse, marquent très-bien les différents degrés de cette altérabilité. Et, puisque c'est le lieu de l'indiquer, j'ajouterai que des différents gaz dont se compose l'air, l'oxygène est celui qui m'a paru exercer l'action altérante la plus marquée; les autres gaz n'y jouent qu'un rôle secondaire. On a la preuve de toutes ces actions en enfermant dans des cylindres clos hermétiquement une certaine quantité de ces gaz en contact avec les liquides que l'on veut éprouver. Après quelque temps de ce contact, on aperçoit dans les couches supérieures des zones d'altération qui marquent le caractère et le degré d'action des gaz. J'ai pu m'assurer, en outre, de nouveau que la présence des émanations animales dans l'air entre pour beaucoup dans la rapidité de la putréfaction; cette opinion est d'accord avec des expériences plus récentes sur le tamisage de l'air et sur l'action de l'air tamisé sur les plaies.

Cette action différentielle des gaz de l'air sur les liquides, je l'ai aussi étudiée sur les différents éléments organiques des plaies. Pour me renfermer dans le fait le plus notoire et aussi le plus incontestable, j'ai constaté que l'oxygène est celui de tous les gaz dont l'impression est la plus douloureuse; après lui l'acide carbonique, l'hydrogène et l'azote.

S'il n'était question que des plaies faites par l'instrument tranchant, et de l'action de l'air sur les liquides séparés de l'économie, la discussion pourrait s'arrêter là. Mais il est des cas où les solides et les liquides reçoivent ensemble et à la fois l'impression de l'air, et ces cas sont précisément ceux que la méthode sous cutanée a le plus intérêt à considérer, puisqu'ils forment une bonne moitié de son domaine; je veux parler des cavités closes de l'économie à l'état physiologique et pathologique, et des liquides normaux et anormaux qu'elles renferment. Or que sait-on de l'action de l'air dans les plaies pénétrantes de ces cavités?

Posons d'abord comme loi générale et absolue que toutes les cavités closes de l'économie, saines ou malades, maintenues en contact avec l'air, s'enflamment et suppurent. Si des expériences multipliées en disaient plus à cet égard que l'observation universelle, je citerais ces expériences avec détail. On ne contestera pas le fait, mais on contestera la théorie; on alléguera, comme pour les plaies sous-cutanées, l'innocuité d'une certaine quantité d'air injectée dans les plèvres, le péritoine, les articulations; mais la valeur de l'objection est la même: l'action de l'air sur le contenant des cavités est relative comme sur le contenant des plaies. Ajoutons que l'état de santé ou de maladie des surfaces et des liquides modifie singulièrement encore le résultat. A l'état sain, l'œil est ami de l'air et de la lumière; en pourrait-on conclure qu'atteint d'ophthalmie il conserve ses sympathies? N'en est-il pas de même, au degré près, de tous les organes, depuis l'œil malade jusqu'à la peau érysipélateuse ou pustuleuse, dont on modifie si rapidement et si évidemment l'état en les soustrayant à l'état de l'atmosphère?

Je terminerai par quelques remarques relatives à l'action de l'air dans certains cas plus complexes, où son influence s'exerce simultanément sur le contenant et le contenu des cavités, et où cette action collective réalise à son tour une réaction du contenu sur le contenant et du contenant sur le contenu. Je veux parler de ce qui se passe, par exemple, dans les épanchements pleurétiques qui communiquent avec l'air.

Un contact passager d'une certaine quantité d'air sur les plèvres et la sérosité épanchée est presque toujours innocent; un contact prolongé, et à plus forte raison permanent, change le caractère de la sécrétion et altère le fluide sécrété. Dans quelle proportion le contenant et le contenu participent-ils à ce résultat? Je ne voudrais rien aventurer à cet égard; mais voici la succession des faits tels que je les ai observés. La sérosité commence par se troubler; elle devient lactescente, puis opaque, puis purulente : c'est la filiation de sa transformation. Le pus, étant le dernier terme de cette transformation, en est aussi le premier de son altérabilité. C'est par cette voie que l'air arrive à exercer son action putréfiante sur la matière des épanchements séreux.

Mais il est un fait des plus simples que nous avons tous les jours sous les yeux, qui peut à lui seul résumer et compléter cette discussion. Que voyons-nous lorsqu'un vésicatoire a produit son ampoule? Un amas de sérosité aqueuse, limpide d'abord, renfermé dans une simple pellicule épidermique. Tant que cette collection protége le derme dénudé, tant qu'elle est à son tour protégée par son enveloppe épidermique, nulle douleur n'existe, et le liquide reste généralement aqueux et limpide. Que la pellicule soit enlevée, tout change : une douleur vive succède à l'état indolent, et la sérosité, de limpide et aqueuse qu'elle était, passe successivement et graduellement à l'état de sérosité lactescente, purulente et bientôt à l'état de pus véritable. Parallèlement la surface dermique suit tous les degrés de l'inflammation des plaies exposées, que ces plaies soient la plèvre ou une solution de continuité pratiquée à l'aide de l'instrument tranchant.

Voilà ce que peuvent, pour la démonstration de l'action pathogénique de l'air sur les plaies, l'expérience et l'analyse. Résumons donc les données du problème, et précisons le caractère de la démonstration qui peut achever de le résoudre.

Quand nous affirmons que l'air est l'agent de la suppuration des plaies, nous établissons que cela est par deux ordres de preuves : nous montrons que toujours la suppuration a lieu au contact de l'air, et qu'elle n'a jamais lieu en l'absence de ce contact. Ceci est l'expérience pure. Nous ajoutons que l'étendue et la fréquence de la suppuration sont en rapport avec la somme et la durée d'action de l'air; que les éléments dont se compose l'air, eu égard aux éléments des plaies, agissent chacun en particulier, dans un rapport constant avec l'action totale de l'air; là commence la démonstration rationnelle, c'est-à-dire celle qui relie l'effet à la cause, qui trouve dans les caractères de l'un le stigmate de l'action de l'autre. Mais cette notion du rapport étiologique, qu'il serait possible de porter plus loin encore, s'arrête cependant. Pour le compléter, il faudrait que l'on connût la liaison physique et chimique qui peut exister entre l'action de l'air et les modifications de la plaie. Or quelle est cette liaison?

L'air qui pénètre dans la plèvre par une ouverture permanente empêche l'expansion pulmonaire. Exerce-t-il une action analogue dans toutes les plaies? On l'ignore, mais il est permis de le supposer : ce problème est déféré à la mécanique animale transcendante. La douleur qui résulte de la mise en rapport des extrémités nerveuses dénudées est évidente, mais elle n'est pas mieux connue dans son mécanisme; il en est de même du travail chimique suivant lequel s'effectuent les altérations à l'air des liquides de l'économie. Ce n'est pas trop de la réunion de toutes les lumières de la physique dynamique et de la chimie organique pour donner satisfaction à ces inconnues : contentons-nous de les signaler comme des problèmes plutôt que comme des solutions; ces réserves empêcheront de les confondre avec ce que l'on sait mieux, et conserveront à ce qu'on sait véritablement le caractère et le degré de certitude qui lui appartiennent.

L'air exerce donc une action évidente dans l'acte de la suppuration des plaies, et cette action empêche ou laisse s'effectuer la cicatrisation immédiate, suivant qu'elle est favorisée ou empêchée par une mauvaise ou une bonne application de la méthode sous-cutanée.

Il me reste à démontrer que le travail de réparation qui se fait au sein des plaies sous-cutanées, à l'abri du contact de l'air, est bien un travail à part, un travail d'organisation immédiate, et non le résultat de l'inflammation adhésive. Je l'ai déjà dit, cette distinction n'est pas purement nominale: physiologiquement, elle touche à l'essence même des phénomènes; pratiquement, elle est la base et la raison des grandes applications chirurgicales de la méthode, de sa généralisation pratique.

Dans la première partie de ce travail, j'ai fait ressortir comme caractère fondamental de la méthode sous-cutanée le fait de l'écartement des parties divisées, tendons, muscles, vaisseaux, et l'occupation graduée et successive par le sang et les fluides épanchés de l'espace laissé libre par le retrait de ces parties. Quelque effort d'imagination que l'on fasse, il est impossible d'admettre une réunion par première intention de deux parties séparées, et maintenues pendant un assez long temps séparées. On ne peut donc pas dire ni même prétexter que dans ces cas il y a réunion : il y a, au contraire interruption. Or l'organe ou la portion d'organe de nouvelle formation qui doit relier ces parties, quelque temps séparées, est-il un produit de l'inflammation ou le résultat de l'organisation immédiate. Que mes contradicteurs me permettent de leur dire : s'ils consentaient, pour une fois seulement, à faire usage de la méthode philosophique qu'ils célèbrent avec tant de raison, la discussion ne serait pas longue. Que disent-ils, en effet, et que leur opposé-je? Ils prétendent que le travail de réparation sous cutanée est un travail d'inflammation adhésive : on a vu matériellement qu'il n'y a point d'adhésion; reste l'hypothèse de l'inflammation. Quelles preuves en donnent-ils? Aucune. Dans toute plaie enflammée non réunie il y a suspension du travail d'organisation et de réparation normales, et ces deux modes d'activité physiologique ne reparaissent qu'alors que le travail inflammatoire cesse, et à mesure qu'il cesse. L'aspect de la plus petite plaie externe le démontre.

Ajoutons que toute inflammation, quelque ténue, quelque circonscrite qu'elle soit, est toujours accompagnée d'un mouvement de réaction, tantôt locale, tantôt générale, en proportion de son étendue, de la nature des tissus divisés et des complications qui interviennent. Ainsi la suspension du travail physiologique et un certain degré de réaction locale et générale, tels sont les caractères essentiels de toute plaie enflammée. Or rien de semblable ne s'observe dans les plaies sous-cutanées.

A partir du moment où la piqûre de la peau est fermée, il s'établit au sein de la plaie un travail de réparation et d'organisation dont on peut suivre les phases sans interruption depuis le premier jour, la première heure, jusqu'à son entier accomplissement. A l'extérieur nul mouvement fébrile, nulle agitation, nulle trace de réaction locale ou générale; c'est à peine s'il reste quelque douleur résultant de la division des parties sensibles. A l'intérieur, c'est une suite de transformations, qui commencent ordinairement par la résorption d'une partie des liquides épanchés, se continuent par un accroissement gradué et non interrompu de la substance intermédiaire, d'abord gélatiniforme, puis se vascularisant, se solidifiant, avec des caractères qui varient suivant la nature et la quantité des liquides épanchés, les tissus qui les fournissent, l'époque où on les observe, et une foule d'autres circonstances que nous n'avons pas à apprécier ici. Voilà pour les caractères locaux ou directs de l'organisation immédiate. Son caractère indirect, c'est l'absence de toute réaction fébrile locale ou générale. Il n'existe pas d'instrument capable de faire apprécier rigoureusement si une seule plaie sous-cutanée offre un certain degré de réaction inflammatoire; mais ce que ne donne pas un fait isolé, la réunion de plusieurs faits le donne. Depuis que je sais à quoi m'en tenir à cet égard, je n'ai pas craint de multiplier les plaies sur le même individu et sur les mêmes parties; sans parler des cas exceptionnels où j'ai porté les plaies à un nombre effrayant (pour ceux qui n'avaient pas les mêmes motifs de sécurité que moi), il m'arrive journellement de faire sur le même membre dix à douze sections de tendons et muscles, sans avoir plus d'apparence de réaction que dans les cas de simple section du tendon d'Achille.

Les grandes plaies que nécessite la cure radicale de la hernie en disent plus encore. On divise en plusieurs sens toute l'épaisseur de la paroi abdominale : l'opération donne souvent lieu à une grande effusion de sang; le lendemain il n'y paraît plus.

On peut donc conclure de ces deux ordres de caractères, à savoir: le travail de réparation immédiate et l'absence de toute réaction locale ou générale, que les plaies sous-cutanées ne s'enflamment ni ne suppurent et s'organisent immédiatement.

Ainsi donc, l'opposition de la théorie huntérienne se résout dans la négation ou la non-observation d'un fait capital, l'écartement des parties divisées et l'interposition d'une partie de nouvelle formation, et dans l'allégation d'une hypothèse gratuite, l'inflammation adhésive comme agent de cette formation.

La méthode sous-cutanée, au contraire, se borne à maintenir le fait de l'écartement des parties divisées, et à suivre pas à pas le travail de réparation qui s'y fait, sans trouble local ou général, et sans interruption aucune depuis le commencement jusqu'à la fin.

Si je ne me trompe, il y a entre ces deux théories toute la différence qui existe entre une hypothèse et un fait. L'Académie en jugera.

TEINTURE D'IODE

dans les vomissements qui accompagnent la grossesse.

Le docteur Eulenberg (de Coblentz), affirme que cette teinture, même à petites doses, est un des meilleurs agents à mettre en usage pour faire cesser les vomissements qui tourmentent si souvent et si péniblement les femmes enceintes.

Il prescrit cette teinture très-étendue ;

Teinture d'iode.	1 gramme.
Alcool rectifié.	5,40 centigr.

Mêlez. — On fait prendre pendant le jour 3 gouttes de ce mélange dans un peu d'eau. La cardialgie qui accompagne cet état morbide se calme promptement sous l'influence de ce moyen.

L'auteur ajoute que les irritations sympathiques, comme les névroses des nerfs de l'estomac, sont également soulagées par ce traitement. Il n'a pas obtenu dans ces affections les mêmes services de l'iodure de potassium. (*Gaz. méd. étrang.*)

CORRESPONDANCE.

Monsieur et très-honoré confrère,

Je fais assez bon marché des fautes d'impression en ce qui me concerne; mais quand il s'agit de Pascal, vous me permettrez d'être plus difficile. Or, dans la citation que j'ai empruntée à cet illustre auteur, et que vous avez eu l'obligeance de reproduire il s'est glissé une substitution de mots que je crois devoir rectifier. Voici le passage :

« Ceux qui ont l'esprit de discernement savent combien il y a de » différence entre deux mots semblables selon les lieux et les *diffé-* » *rences* qui les accompagnent... *Lisez* selon les *circonstances*. »

Agréez, Jules Guérin.

Paris, 19 février 1857.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La cour de cassation (chambre criminelle) a décidé dans son audience du 20 février, que le docteur en médecine qui refuse d'obtempérer à la réquisition d'un commissaire de police de constater l'état d'un cadavre, réquisition qui doit être considérée comme faite en cas de *flagrant délit*, encourt les peines de police édictées par l'article 475, § 12, dont voici le texte : « Ceux qui, le pouvant, auront refusé ou négligé de faire les travaux, le service, ou de prêter le secours dont ils auront été requis dans les circonstances d'accidents, tumulte, naufrage, inondation, incendie ou autres calamités, ainsi que dans les cas de brigandage, pillage, flagrant délit, clameur publique ou d'exécution judiciaire, seront punis d'une amende de six à dix francs inclusivement. »

Cet arrêt a été rendu sur le pourvoi formé par le commissaire de police de Morlaix contre M. le docteur Delanégerie.

— M. le docteur Therrin, ancien chirurgien principal des armées, et qui fut pendant vingt quatre ans (de 1815 jusqu'en 1841) chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains, vient de terminer dans cette ville son honorable carrière. Il avait fait la campagne de Russie en qualité de chirurgien-major de l'artillerie légère de la garde impériale.

M. le docteur Cabrol, médecin en chef de l'hôpital de Bourbonne, a retracé sur la tombe de son vénérable confrère les titres qu'il avait acquis à l'estime et à la considération de l'armée. (*Monit. de l'Armée.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Thomas de Closmadeuc, né à la Roche-Bernard (Morbihan); *De la valeur pathologique des hallucinations dans les maladies mentales.*

Bruzau, né à Castelnau-Magnoac (Hautes-Pyrénées); *Un exemple de l'influence des lieux et de l'encombrement sur les maladies.*

Baucher, né à Coutances (Manche); *De quelques applications du chloroforme à la thérapeutique médico-chirurgicale.*

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 24. — JEUDI 26 FÉVRIER 1857. (30e ANNÉE.) N° 24. — JEUDI 26 FÉVRIER 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 . » Un an. . . 30 . »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 25 FÉVRIER 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

MM. Vernois et Becquerel, tous deux candidats à la place actuellement vacante à l'Académie dans la section d'hygiène et de médecine légale, ont présenté un travail considérable fait en commun, et dont M. Vernois a lu l'extrait que nous reproduisons dans le compte rendu. Ce travail a pour objet l'étude du lait dans les divers types d'animaux reproducteurs réunis au concours agricole universel de 1856. De nombreuses études ont été faites par les chimistes, les vétérinaires et les agronomes, soit sur la composition chimique du lait des divers mammifères, soit sur le rendement comparé des mêmes espèces dans les divers pays, et suivant les diverses circonstances alimentaires et hygiéniques où elles se trouvent, soit sur les caractères et les signes à l'aide desquels on peut reconnaître et apprécier les qualités lactifères des espèces plus spécialement consacrées à l'alimentation.

Mais la plupart de ces recherches faites isolément et par des procédés analytiques différents, manquaient d'unité et ne permettaient par conséquent que difficilement d'en déduire des données assez précises pour l'enseignement, ainsi que pour les nombreuses applications pratiques dont elles étaient susceptibles. La circonstance, unique jusqu'à présent, qui a permis de réunir momentanément en un même lieu les types les plus parfaits de tous les pays, ne pouvait manquer d'être utilisée à ce point de vue. Les études antécédentes auxquelles MM. Vernois et Becquerel se sont livrés sur le lait de la femme et celui des principales espèces domestiques, et les perfectionnements qu'ils ont apportés dans les méthodes d'analyse, devaient naturellement les engager à saisir cette occasion si favorable d'étudier les produits divers de tous ces types étrangers à notre pays, et d'en faire le point de départ de nouvelles recherches comparatives.

C'est le résultat de ces recherches, d'un grand intérêt sous les divers points de vue de la physiologie et de la statique animale, de l'agriculture et surtout de l'hygiène alimentaire de l'homme, que les auteurs ont exposé dans cet important travail. Les conclusions formulées à la fin de l'extrait publié plus bas, donneront une idée de la valeur de ce résultat

La discussion sur la méthode sous-cutanée a été engagée. M. H. Bouley d'abord, puis M. Velpeau ont successivement occupé la tribune. M. Bouley a commencé par se déclarer du parti des aéropbobes, et il a mis son expérience et le fruit de ses observations au service de la méthode sous-cutanée. La médecine vétérinaire était à même de fournir un contingent de faits très-respectable à l'appui du principe de l'innocuité des plaies pratiquées sur la peau et à l'abri du contact de l'air. M. Bouley les a exposés. Mais il ne s'est pas borné là ; il a cherché à établir par des expériences directes l'influence nuisible du contact de l'air atmosphérique avec les surfaces morbides, et à étudier les modifications qu'introduit dans le phénomène l'altération de l'air par la respiration ou par son contact prolongé avec les tissus de l'économie, donnant ainsi d'une main la preuve et de l'autre la contre-épreuve du principe sur lequel repose la méthode.

La position qu'a prise M. Velpeau dès le début de cette discussion ne nous a paru ni bien nette ni bien solidement arrêtée. Nous n'avons retrouvé dans ce discours, où l'indécision de la forme semblait traduire les hésitations de la pensée, ni cette lucidité d'esprit ni cette sûreté de jugement ni ce sentiment du vrai, qui font habituellement des discours de M. Velpeau comme autant d'arrêts qu'acceptent d'avance les parties contendantes.

Contestant le principe de la méthode, M. Velpeau en accepte cependant les applications, qu'il reconnaît bonnes et utiles. Et s'agit-il de suivre avec l'histoire l'origine, les développements et les progrès de ces applications, il se montre d'une libéralité telle envers tous ceux qui ont pratiqué quelque opération ressemblant de près ou de loin à une opération sous-cutanée, qu'il en reste dans l'esprit cette conclusion, que la méthode a été constituée par tout le monde et qu'aucun chirurgien en particulier n'y a plus de part que d'autres.

Nous croyons difficilement que l'avenir sanctionne ce jugement ; et nous ne désespérons pas que M. Velpeau ne le modifie un peu lui-même, lorsqu'il abordera, ainsi qu'il nous l'a fait espérer, la discussion des diverses applications particulières à l'égard desquelles il nous a paru mieux disposé. Nous suspendons jusque-là nous-même une plus ample appréciation, nous bornant à constater qu'au fond la méthode sous-cutanée a pour elle le suffrage de M. Velpeau.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Deux cas de déchirure du périnée avec perte de substance de la cloison recto-vaginale. — Périnéoplastie.

Nous avons déjà à plusieurs reprises signalé à l'attention de nos lecteurs le procédé opératoire institué par M. Jobert pour remédier aux déchirures du périnée avec perte de substance de la cloison recto-vaginale. On sait qu'à la périnéoraphie proprement dite, dont l'insuffisance est notoire lorsqu'il s'agit de réparer ces vastes délabrements dans lesquels la cloison recto-vaginale se trouve compromise, M. Jobert a substitué un procédé qui se rattache par son principe à sa méthode générale d'autoplastie par glissement, et qui constitue une véritable *périnéoplastie*. Les deux éléments principaux dont se compose ce procédé, sont :

1° Le mode particulier de suture auquel M. Jobert a donné le nom de *suture serpentine*, et qui a pour but de comprendre la solution de continuité dans toute son épaisseur et dans toute sa profondeur ;

2° Les larges débridements pratiqués sur les côtés de la suture, dont l'objet est de faciliter l'affrontement exact et complet des surfaces saignantes mises en contact par la suture. Ce procédé ayant été décrit dans le temps avec tous les détails nécessaires pour en donner une parfaite connaissance (voir *Gazette des Hôpitaux*, année 1853, p. 140 ; et 1854, p. 407), nous ne nous y arrêterons pas plus longtemps ici. Aux observations publiées dans les numéros que nous venons d'indiquer, nous joignons la relation de deux observations du même genre récemment pratiquées par M. Jobert, dans le service de la clinique de l'Hôtel-Dieu, et qui, comme les précédentes, témoignent en faveur de l'efficacité de ce procédé. Voici ces deux faits :

OBS. I. — *Déchirure du périnée avec perte de substance de la cloison recto-vaginale. — Suture entrecoupée. — Serpentine continue.*

La femme B..., âgée de trente-cinq ans, couturière, est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Maurice, n° 12, le 3 novembre 1856.

Cette femme est douée d'une bonne constitution et n'a jamais été malade. Elle a été réglée pour la première fois à treize ans. Aucun trouble fonctionnel ne s'est manifesté à cette époque. Ses règles sont régulières, durent deux ou trois jours, pendant lesquels elle perd un sang très-rouge, mais en petite quantité. Elle a très-peu de flueurs blanches dans l'intervalle de ses époques.

Mariée à trente et un ans, elle devint enceinte pour la première fois quatre ans après. La grossesse n'offrit rien de particulier à noter, et le 12 septembre 1856, elle fut prise des douleurs de l'enfantement. Après cinq heures de fortes contractions, les douleurs cessèrent, la poche des eaux était rompue, et le médecin ayant reconnu une présentation du sommet, fit alors une application de forceps ; il amena un enfant vivant et d'un assez fort volume ; mais pendant cette manœuvre le périnée avait été rompu, et même, à ce qu'il paraît, une portion de la cloison recto-vaginale.

Une suture fut pratiquée pour réparer le dégât et refaire le périnée ainsi que la cloison ; quelques jours après cette tentative de réunion, on s'aperçut que les parties les plus extérieures adhéraient bien, mais qu'en arrière existait une fistule recto-vaginale, par laquelle passaient les matières fécales et les liquides des lavements. Les fils furent alors enlevés et la désunion fut complète.

Il faut ajouter, pour être complet, que les lochies coulent bien après l'accouchement, et qu'en un mot la malade se rétablit très-bien de ses suites de couches.

Elle entre à l'Hôtel-Dieu six semaines après cet accident. On constate alors : que le périnée manque entièrement ainsi qu'une portion de la cloison recto-vaginale, dans l'étendue d'un centimètre et demi environ ; que ces parties paraissent saines ; qu'il existe tout le long de la perte de substance un rebord de couleur rosée ; que les matières liquides ne peuvent être retenues dans le rectum, la malade les laisse aller malgré elle ; seules les matières solides sont conservées. Les gaz ne sont point retenus et s'échappent avec un bruit sourd, sans que la malade puisse s'y opposer. Les matières fécales passent souvent par le vagin, surtout lorsque la malade a la diarrhée.

Le 12 novembre, opération.

Dans un premier temps, M. Jobert (de Lamballe) avive les bords de la solution de continuité, de manière à avoir des surfaces saignantes qu'il puisse faire adhérer. Dans un deuxième temps, il fait la suture serpentine, c'est-à-dire qu'au moyen d'une aiguille courbe portée sur un manche, il fait passer un fil du côté gauche des parties qui doivent constituer le périnée au côté droit, en lui faisant traverser les restes de la cloison recto-vaginale ; deux fils sont ainsi passés. Enfin, dans un troisième temps, il pratique en dedans des tubérosités ischiatiques deux incisions semi-elliptiques, à concavité tournée en dedans, longues de 5 à 6 centimètres, destinées à relâcher les tissus.

Un pansement très-léger est maintenu par un bandage en T.

La malade est reportée à son lit. Les cuisses sont rapprochées l'une de l'autre ; les jarrets sont pliés et maintenus dans cette position par un coussin dur.

On sonde la femme avec soin, de manière à ce que l'urine ne vienne pas baigner la plaie.

Le soir et les jours suivants la malade va bien, on la sonde toujours et on la place dans la même position. Elle prend seulement quelques bouillons et des potages clairs. Des pilules d'opium sont données pour retarder le plus possible la défécation.

Le 18 novembre, les fils sont coupés. La réunion paraît être complète. Le périnée a une certaine largeur.

Le 25 novembre, la malade va à la selle pour la première fois et rend des matières fécales dures, assez volumineuses, et en très-grande quantité. Une petite partie de ce qui avait été réuni se rompt. Mais on peut constater ensuite que la cloison recto-vaginale est parfaitement rétablie, qu'il n'y existe pas de solution de continuité, que le périnée a peu de largeur, mais qu'il existe cependant.

La malade sort le 8 décembre.

La cloison recto-vaginale est parfaitement refaite, et le périnée, bien qu'offrant peu d'épaisseur, se distingue cependant très-bien.

Les incisions faites en dedans des ischions ne sont pas encore tout à fait cicatrisées, mais elles sont en très-bonne voie de guérison.

OBS. II. — *Déchirure du périnée avec perte de substance de la cloison recto-vaginale. — Réparation de la perte de substance. — Suture serpentine.*

La femme L..., âgée de trente-sept ans, journalière, est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Maurice, n° 10, le 3 décembre 1856.

Cette femme, pâle, à chairs molles, paraît être d'un tempérament lymphatique. Elle a eu une fièvre typhoïde à vingt-quatre ans. Réglée tardivement, à vingt-deux ans, elle a été obligée pour l'établissement de sa menstruation d'avoir recours aux emménagogues et à la saignée. Une fois les règles établies, elles ont été régulières, assez abondantes, et duraient quatre jours.

Elle se maria à vingt-six ans et demi, et jusqu'à présent elle a eu sept enfants.

C'est au bout de neuf mois qu'elle a eu son premier enfant, assez volumineux, dit-elle. L'accouchement non plus que les suites de couche n'ont rien offert de particulier.

Cette malade, qui est peu intelligente et dont il est difficile de tirer des renseignements, ne peut dire si on lui soutenait le périnée pendant les accouchements.

Ce fut treize mois après qu'elle accoucha de son deuxième enfant, après quatre heures de grandes douleurs ; elle ne peut dire si la tête resta longtemps à la vulve. Ce qui est certain, c'est qu'elle a senti quelque chose craquer, et qu'elle porte depuis ce moment l'infirmité qui l'amène à l'Hôtel-Dieu.

Aucune tentative de réunion ne fut faite, et la malade se leva imprudemment trois jours après son accouchement pour faire son ouvrage.

La déchirure du périnée la gêna si peu, qu'elle n'y fit pas attention.

A trente ans, elle accoucha d'un troisième enfant, puis successivement d'un quatrième, d'un cinquième, d'un sixième, et enfin, dans les derniers jours de septembre de cette année, d'un septième.

La malade dit que ses grossesses et ses accouchements se passent bien ; qu'elle est dans les grandes douleurs pendant une heure environ ; qu'à la suite de chacun elle se trouvait un peu plus déchirée.

En interrogeant ses fonctions digestives, nous apprenons qu'elle est habituellement constipée, ce qui fait qu'elle retient ses matières ; mais que lorsque par exception elle a la diarrhée, elle laisse aller malgré elle.

Quant aux gaz, ils ne sont pas retenus, et sortent avec bruit.

En examinant les organes, nous voyons que le périnée manque en totalité et qu'une portion de cloison recto-vaginale manque également dans une étendue de plus de trois centimètres. On voit à l'extérieur, là où devrait se trouver le périnée, deux petits tubercules rouges ressemblant à des bourgeons charnus, et si l'on touche la femme, on sent que

la déchirure, en se prolongeant assez loin, a la forme d'un V onvert en avant et dont l'angle est mousse.

Opération le 16 décembre 1856.

La malade, ayant le siége sur le bord du lit, les jambes fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le bassin, les organes ayant été mis en évidence par l'écartement des fesses, M. Jobert (de Lamballe) procède ainsi à l'opération : Il saisit avec des pinces à dents les bords de la solution de continuité et les avive dans toute son étendue au moyen des ciseaux et du bistouri, de manière à avoir des surfaces saignantes qui puissent bien s'unir.

Dans un second temps de l'opération, il passe deux fils qui mettent en contact les bords avivés de la plaie, de manière à comprendre dans leurs anses la cloison recto-vaginale en même temps qu'il a refait le périnée ; en un mot, c'est ce qu'il appelle la section serpentine.

Dans un troisième temps, il pratique en dedans des fesses deux incisions semi-lunaires pour relâcher les tissus. Des lamelles d'amadou et un pansement simple maintenus avec un bandage en T, sont appliqués sur la plaie. La malade n'urine pas seule, on la sonde chaque fois qu'elle a envie.

Le 23 décembre, les choses sont en bon état, les deux anses de fil sont coupées.

La malade prend quelques paquets de rhubarbe.

Le 28, la malade va à la selle pour la première fois. Les matières qu'elle a rendues sont de consistance ordinaire ; mais il a cependant fallu au moins trois quarts d'heure avant que la femme ait pu les rendre. Cette expulsion n'a pas été faite sans d'assez vives douleurs.

Le 29, on examine la malade, et M. Jobert (de Lamballe) constate, en introduisant un doigt dans le rectum et un dans le vagin, que la cloison récto-vaginale est parfaitement refaite. Il y a encore un peu de suppuration.

Etat actuel. — Le 7 janvier 1857, la réunion est parfaite ; les deux incisions demi-circulaires de la peau, incisions à concavités se regardant, ont servi à fournir les lambeaux réparateurs ; elles commencent à se bien combler. L'adhésion des lambeaux dans la cloison recto-vaginale est complète, et cette cloison réparée établit une séparation suffisante entre les deux cavités. La défécation s'opère maintenant d'une façon convenable ; dans ses intervalles, les matières sont bien retenues, et rien n'en passe dans le conduit vulvo-utérin. De plus, l'aspect froncé des cicatrices extérieures n'a rien de disgracieux, et rappelle au contraire, l'état naturel des parties.

Le 8, la malade demande et obtient sa sortie.

NOTE SUR L'HÉMÉRALOPIE,

Par M. Lestrille, chirurgien de 2e classe de la marine.

Dans notre station des côtes occidentales d'Afrique, à bord de la frégate la *Jeanne-d'Arc*, nous avons eu à traiter trois cas d'héméralopie. Voici quelques remarques relatives à cette étrange affection :

Le premier cas se déclara entre Gorée et Grand-Bassam, en juillet 1856, chez un jeune matelot qui avait déjà été atteint de la même affection dans une campagne précédente (en revenant de Bourbon). Il avait eu dans sa jeunesse des ophthalmies fréquentes. Les deux autres cas se présentèrent chez des mousses, pendant notre traversée de Grand-Bassam à l'île du Prince, du 9 au 14 septembre. Ce dernier fait est en opposition avec l'immunité que le docteur Dubois (campagne de la frégate l'*Algérie* dans les mers du Sud) attribue aux mousses en général ; et cependant, à bord de la *Jeanne-d'Arc* comme à bord de tous les navires, ces jeunes marins étaient exemptés des quarts de nuit.

Nos trois malades étaient d'un tempérament lymphatique, et le matelot fut même atteint plus tard d'un abcès scrofuleux au cou. De plus, les mousses étaient d'une constitution faible.

Les yeux étaient de couleur gris-clair dans deux cas, et bleus chez le troisième malade. Il n'en fut donc pas ici de même qu'à bord du brick le *Ducouëdic*, où, suivant M. Loher, l'héméralopie se montra *exclusivement* chez les matelots ayant les yeux bleus.

La pupille resta toujours dilatée outre mesure chez notre premier malade. Chez les deux mousses, elle était plutôt contractée pendant le jour. Dans les trois cas, les oscillations de l'ouverture pupillaire furent presque nulles sous l'influence de la lumière. Nous ferons remarquer aussi que chez le matelot il se passa un phénomène assez intéressant : ce malade distinguait assez clairement pendant le jour les objets placés à sa droite ou à sa gauche, tandis que ceux qui se trouvaient en face de lui étaient perçus avec peine et semblaient recouverts d'une brume transparente. Aussitôt la nuit arrivée, la cécité devenait complète.

Le séjour à la mer, la fraîcheur et la pluie, loin de guérir les malades, comme M. Guézenec l'avait observé à bord de l'*Andromède*, parurent au contraire exercer une influence assez fâcheuse sur l'affection.

La conjonctive oculaire était légèrement injectée dans un cas ; dans les deux autres, elle n'avait subi aucune altération.

Enfin, chez les deux mousses, l'héméralopie se montra à l'époque où un grand nombre d'hommes étaient atteints d'affections de nature scorbutique ; mais aucun fait particulier n'a pu nous faire reconnaître entre ces deux genres de maladie l'identité d'essence admise par M. Grimal, chirurgien-major de la *Belle-Poule*.

Le traitement que nous fîmes subir à nos malades se borna, chez les deux mousses, à une application de sangsues aux angles externes des yeux, et un bandeau fut maintenu jour et nuit au devant de ces organes. Ces moyens simples amenèrent la guérison au bout de trois jours chez les premiers, de quatre chez le second.

Quant au matelot, la circonstance d'une atteinte antécédente nous faisant craindre que l'affection ne fût plus rebelle au traitement, nous crûmes d'abord devoir agir avec plus d'énergie. Nous employâmes successivement tous les moyens recommandés contre l'héméralopie : purgatifs salins, pédiluves irritants, sangsues et vésicatoires, collyres, vapeurs d'ammoniaque et d'éther, etc. Ces diverses médications produisirent bien de temps en temps une légère amélioratiou, mais celle-ci ne fut jamais durable. Le moyen qui nous réussissait le mieux était de consigner le malade à l'hôpital et de l'empêcher de s'exposer à l'action du soleil ou à l'humidité de la nuit. Ce moyen étant devenu lui-même insuffisant, nous prîmes le parti de le soumettre aussi à l'usage du bandeau. Deux jours après le malade avait recouvré la vision.

Quelques jours plus tard l'affectiou reparut ; elle céda encore rapidement à l'emploi du bandeau, et le malade, qui jusqu'alors avait servi comme gabier, fut, sur notre demande, attaché au service intérieur du faux pont : dès lors l'affection ne se reproduisit plus.

En résumé, d'après ce qui s'est passé à bord de la *Jeanne-d'Arc*, l'étiologie admise par le docteur Audouit (thèse, 1855) paraîtrait la plus applicable aux cas que nous venons de citer :

1° Tempérament lymphatique, constitution faible et chétive ;

2° Réverbération vive des rayons solaires, humidité de l'atmosphère.

L'action de la lumière paraîtra surtout digne d'être regardée comme cause occasionnelle principale, si l'on considère que la guérison fut rapidement obtenue par l'emploi du moyen le plus propre à soustraire l'œil à son influence.

Il serait peut-être bon, en conséquence, pour prémunir ces hommes contre les effets de la lumière rayonnante, de les astreindre à doubler les ailes de leurs chapeaux avec des étoffes de couleur qui rempliraient l'office de garde-vue. La couleur verte serait celle qui paraîtrait la plus convenable ; car, comme le dit le docteur Thouvenel dans son *Traité d'hygiène*, le vert est l'ami des yeux.

Quelques réflexions au sujet d'une observation de M. le docteur Leclerc (de Caen), intitulée : Chloro-anémie.

Vous avez publié dans votre numéro du 7 février une observation de M. le docteur Leclerc, professeur à l'Ecole de médecine de Caen. Cette observation est intitulée *Femme chloro-anémique morte à trente-trois ans sans jamais avoir été réglée. Nécropsie.*

J'ai d'abord hésité à élever une discussion scientifique au sujet de cette observation, donnée par un savant professeur d'une école secondaire. Mais cette observation est tellement loin de réaliser à mon avis ce qu'annonce son titre, et elle est si peu en rapport avec ce qui est maintenant la monnaie courante de la science, que je pense que vous voudrez bien admettre cette petite discussion scientifique.

Il s'agit d'une femme de trente-trois ans, malade surtout depuis un an, gardant fréquemment le lit, toussant et expectorant abondamment, ayant parfois de la diarrhée, et vomissant souvent les aliments qu'elle prenait. Sa peau était décolorée, les lombes, les cuisses et les jambes œdématiées et de couleur blanc mat, le ventre saillant à la pression, également infiltré, etc. Les urines n'ont pas été examinées.

En présence de la description donnée par l'auteur de l'observation, il doit s'agir ici d'une tout autre affection que d'une chloro-anémie. Je vais dire pourquoi.

1° *Il ne s'agit pas d'une chloro-anémie.* — En effet, cette femme a trente-trois ans, cette affection est rare à cet âge. Cette femme n'a pas été réglée, cela est vrai, mais les ovaires sont remplacés chacun par un kyste qui a détruit leur tissu. Cette femme est infiltrée ; l'infiltration n'a jamais été un symptôme de chlorose. Il faut, pour qu'elle se produise, que la chlorose se complique d'une maladie ayant la puissance de diminuer la quantité de l'albumine du sang ; car, s'il est un fait bien acquis à la science actuellement, c'est qu'en dehors des affections du cœur, toutes les hydropisies générales sont dues à la diminution de proportion de l'albumine du sang : diminution de proportion qui peut être le résultat de causes diverses.

Cette femme a-t-elle présenté les troubles circulatoires caractéristiques d'une chlorose ? A-t-elle eu un bruit de souffle au premier temps du cœur, un bruit de souffle intermittent ou continu dans les vaisseaux du cou ? Il n'en est pas dit un seul mot dans l'observation.

La femme Lemonnier a succombé à une chloro-anémie par insuffisance de l'oxygénation du sang, dit l'auteur. Je me permettrai de lui faire observer que la chloro-anémie n'est jamais due à une insuffisance de l'oxygénation du sang, mais à la diminution de proportion des globules de ce liquide.

Je conclus donc en disant que rien n'autorise à admettre que cette femme ait été atteinte d'une chloro-anémie.

2° L'observation dont M. Leclerc a donné un résumé, malheureusement incomplet, doit certainement être relative à une maladie de Bright chronique.

Cette femme était atteinte d'une hydropisie générale considérable, or c'est là le symptôme caractéristique de la maladie de Bright chronique.

Les phénomènes précurseurs ont été ceux de cette affection, le dépérissement, la diminution des forces, la diarrhée et les vomissements fréquents.

Il existait une congestion séro-sanguinolente du poumon droit et un épanchement de sérosité dans les plèvres. C'est encore une complication fréquente de la maladie de Bright.

Mais ce qu'il y a de plus regrettable, c'est de voir que dans l'observation d'une femme atteinte d'hydropisie générale, on n'ait pas examiné les urines, qui certainement eussent été trouvées albumineuses, et surtout qu'après la mort, on n'ait pas songé à examiner aucun des organes de la cavité abdominale.

Je suis convaincu qu'on eût trouvé les reins atteints de la dégénérescence caractéristique de la maladie de Bright.

Je conclus en disant, malgré l'omission de l'examen des urines, malgré l'absence de l'examen des reins après la mort, il est extrêmement probable, sinon certain, que cette femme a succombé aux progrès d'une maladie de Bright chronique.

Si je demande l'insertion de cette note, c'est que toutes ces questions relatives à la chlorose, à l'anémie, à la maladie de Bright, aux hydropisies, aux altérations du sang, ont reçu une telle lumière des progrès de la science moderne, qu'il me semble utile de chercher à rendre leurs véritables significations à des observations qui ne me paraissent pas avoir été interprétées d'après les principes que ces progrès ont consacrés.

A. Becquerel.

LAVEMENT CONTRE LA FISSURE A L'ANUS.

Par M. le docteur Perrin.

Eau commune.	1 demi-litre.
Extrait de monésia.	5 grammes.
Extrait de ratanhia.	5 —
Alcool.	5 —

Ce lavement, autant que possible, doit être gardé, et, s'il arrive que donné peu de temps après l'émission de la garde-robe, il ne le soit pas, il faut attendre quelque temps, et en administrer un second en tout semblable, et alors l'injection est définitivement tolérée ; ce même lavement peut être renouvelé dans les vingt-quatre heures, qui mesurent généralement l'intervalle entre deux gardes-robes.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 février 1857. — Présidence de M. Michel Lévy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements du Pas-de-Calais et de la Creuse pendant l'année 1856 ;

2° Divers rapports sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans la même année à la colonie de Petit-Bourg ;

3° Un rapport de M. Chalette, médecin des épidémies de l'arrondissement de Châlons, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes d'Athis et de Cherville en 1856 et 1857. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. A. Petit prie l'Académie de l'inscrire au nombre des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale.

— M. Delenda demande à être porté sur la liste des candidats aux places vacantes de correspondant. (Renvoyé à la future commission.)

— M. Paul de Metsch, médecin en chef de l'hôpital militaire de Smolensk (Russie), adresse un mémoire sur le traitement du choléra asiatique, des fièvres typhoïdes et de quelques autres maladies aiguës par l'inoculation de la matière variolique. (Commission du choléra de 1854.)

— M. Deschamps (d'Avallon) adresse une note sur une nouvelle falsification du lait par l'addition d'eau, de cire et de gélatine. (M. Chevallier, rapporteur.)

— M. le docteur Reboulleau (de Constantine, Algérie) fait hommage à l'Académie d'une notice sur la résine de *thapsia garganica*, et sur son emploi en médecine comme agent révulsif.

— M. le docteur Tampier, à Chapareillan (Isère), adresse un paquet cacheté dont le dépôt est accepté.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. le docteur Huet, membre correspondant au Havre.

RAPPORT.

M. ROBINET, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit un rapport *sur le quinium*. Les conclusions favorables sont adoptées.

Ce rapport n'ayant pas été mis sous nos yeux, il nous est impossible d'en donner un résumé aujourd'hui. ~~Nous y reviendrons plus tard.~~

LECTURE.

Analyse du lait des principaux types de vaches, chèvres, brebis, bufflesse, présentés au concours agricole universel de 1856. — M. Max. VERNOIS lit en son nom et au nom de M. Alfred BECQUEREL un mémoire sur ce sujet. En voici le résumé :

MM. Vernois et Becquerel ont recueilli le lait de 16 types de vaches, de 5 types de chèvres, d'une brebis et d'une bufflesse. Ces laits ont été pris après que les animaux se sont reposés pendant cinq jours des fatigues de leur voyage.

Avant donc de considérer les résultats obtenus, il faudra tenir compte des modifications presque certaines, mais peu considérables cependant, que le changement momentané de climat, d'alimentation, le voyage et ses fatigues, l'habitation en commun et dans cette grande étable de l'Exposition, ont nécessairement déterminées dans la composition du lait. Ces dispositions ont été communes à tous les individus de chaque race. Il n'y aura plus qu'à connaître le régime habituel avant l'arrivée à Paris, et celui auquel ces animaux ont été soumis soit pendant leur voyage, soit pendant leur séjour dans le local de l'Exposition. Si l'on admet que toutes ces nouvelles conditions ont pu et dû amener quelque changement en moins dans la richesse absolue ou relative du lait, il n'y aura plus qu'à les mentionner pour que chacun puisse faire les corrections nécessaires.

Pour donner à ces recherches une uniformité générale, MM. Vernois et Becquerel ont pratiqué les analyses à l'aide du même procédé dont ils se sont déjà servis, et qu'ils ont décrit longuement dans leur *Traité sur le lait chez la femme ;* seulement ils l'ont perfectionné dans un point, celui de la recherche et de la pondération de l'albumine.

Ils ont dans ce nouveau travail insisté beaucoup sur le procédé qui avait été l'objet de quelques critiques de détail assez vives. Après avoir donné le chiffre exact de 5 sur 7 des éléments qui composent le

lait, ils ont persisté à déterminer le poids de la caséine et des matières extractives *par voie de défalcation;* ceci tient à ce qu'il n'existe pas de méthode qui puisse aujourd'hui faire obtenir la caséine *absolument* pure; et, d'autre part, à ce que les matières extractives, dont le chiffre a été fixé quelquefois directement, entrent pour très-peu de chose dans la composition du lait, et demandent pour être isolées une série d'opérations qui allongent presque toujours les analyses. Enfin, les matières extractives contenues dans le lait, pas plus que celles du sang, de l'urine ou des viandes, et pas plus que les sels en solution, n'ont la faculté de dévier le plan de polarisation de la lumière, et en conséquence leur présence dans le liquide soumis au polarimètre pour déterminer le poids du sucre n'a jamais pu amener la moindre perturbation dans la mesure du chiffre de cet élément. Au surplus, et sans prétendre à l'infaillibilité, ajoutent les auteurs, nous ferons remarquer qu'en admettant même de légères erreurs de chiffres dans les proportions de quelques-uns des éléments du lait, ces erreurs, que le temps et le perfectionnement des procédés corrigent toujours, ne changeraient en rien les lois générales que nous avons déduites de nos nombreuses observations.

Ce travail comprend deux parties distinctes : dans la première, sont consignés les résultats de l'analyse du lait de chaque race; leur classification relative par ordre d'importance et par ordre des éléments qui la composent. Dans la deuxième, les auteurs cherchent à trouver la cause des différences que l'analyse a révélées. La physiologie y étudie l'influence qu'un régime habituel ou spécial que le sol et les points variés des vallées ou des montagnes peuvent exercer sur la composition du lait; ils y mettent en regard de cette même composition du lait, de son abondance et de sa rareté, le régime suivi par les animaux; et ils en tirent toutes les conséquences légitimes qui en ressortent. Dans l'impossibilité d'analyser un semblable travail, MM. Vernois et Becquerel le résument dans l'énoncé des conséquences principales qui en découlent.

Il résulte de ces nouvelles analyses du lait, chez la vache surtout, où leur nombre est assez grand pour que les chiffres obtenus aient une importance réelle :

Que la composition du lait varie notablement selon les pays où on l'étudie;

Que, pour être dans la vérité et pour donner des résultats précis, il faudrait indiquer le pays où l'on a observé;

Que les quantités de beurre, de caséine et d'albumine, sont bien plus considérables dans nos dernières analyses que dans nos premières (tandis que les vaches de Paris et des environs donnent 36 à 37 de beurre sur 1000; les vaches du Tyrol, de la Suisse, hollandaises, de la race d'Angus, donnent de 70 à 98; — les proportions augmentent également pour les autres éléments); et qu'il y a évidemment un antagonisme bien déterminé entre la richesse du lait en beurre et en albumine, et la richesse du lait en caséine et en sucre ;

Que ces quantités si différentes selon les pays confirment les faits déjà observés en France, et qui sont à la connaissance de beaucoup d'agriculteurs, c'est-à-dire, la distinction des vaches, en vaches à *fromage* et en vaches à *beurre*, nous avons déjà signalé le même fait chez la femme; nous l'avons retrouvé également chez la brebis ;

Que, selon ce que nous avions déjà observé chez la *femme*, c'est sur l'élément *beurre* que les variations les plus fréquentes et les plus énormes ont eu lieu. D'où il suit que tous les instruments destinés à interroger la valeur du lait, sans préciser quel élément on recherche, et basés sur la constatation des quantités de beurre ou autres matières solides en suspension, exposent à commettre de graves erreurs;

Que l'étude des quantités d'*eau* et de *sucre*, ainsi que M. Chevallier vient de le demander dans son dernier mémoire sur le commerce du lait et selon les règles que nous avons posées peut-être les premiers à ce sujet, est encore le meilleur moyen de juger la pureté du lait ;

Que l'on ne peut, ainsi qu'on l'a fait pendant longtemps, indiquer d'une manière absolue que tel lait est supérieur à tel autre lait, mais que l'on doit donner le tableau de l'importance de chacun de ses éléments constitutifs, de manière à établir ainsi pour chaque race la supériorité qu'elle peut avoir d'après les quantités de beurre, de caséine, de sucre, etc., etc. ;

Que de tels renseignements sont bien plus positifs et éclairent le médecin et l'agriculteur d'une manière bien plus rapide et bien plus certaine ;

Que, pour ne tenir compte chez la vache que des deux éléments capitaux du lait, le *beurre* et la *caséine*, c'est d'après nos recherches la race d'Angus qui tient le premier rang pour le beurre, et la race normande pour la caséine ;

Et que, comme rendement moyen du lait, c'est la race hollandaise qui occupe la première place, et la race bretonne, ainsi que quelques sous-races d'Autriche, qui occupent la dernière;

Que la quantité de la nourriture semble influer d'une manière bien notable sur la quantité du lait, et surtout sur la production exagérée du sucre et de la caséine; une alimentation modérée, paraissant au contraire favoriser le développement du beurre et de l'albumine;

Que la quantité notable d'albumine (13 sur 1000) contenue dans le lait de chèvre doit fixer l'attention des médecins; ainsi que la composition générale du lait de la *bufflesse*, riche en parties solides, en beurre (84), et en albumine (13); et que l'acclimatation de cette espèce devrait être spécialement recherchée;

Qu'en dernier lieu, il serait à désirer que des études comparatives sur le lait, soit chez la femme, soit dans les diverses espèces d'animaux, fussent faites dans le pays même d'origine, et que, si pour la femme aussi, on pouvait réaliser un *congrès de nourrices*, il est probable qu'on trouverait dans son lait des différences en rapport avec le sol et les aliments : différences qui au point de vue physiologique expliqueraient certainement les variétés que nous remarquons entre la constitution et le caractère des divers peuples.

DISCUSSION.

Méthode sous-cutanée. — L'ordre du jour appelle la discussion sur la méthode sous-cutanée. La parole est à M. Bouley.

M. BOULEY. Je déclare tout d'abord que je suis de la secte des aérophobes. J'aurais peut-être dû, en cette qualité, ne pas prendre la parole immédiatement après un autre aérophobe, mais il m'a semblé qu'il ne serait pas inutile d'introduire de suite, dans cette discussion, les éléments que peut lui fournir la pathologie vétérinaire.

J'aborde donc immédiatement mon sujet.

Ce n'est pas sans un grand étonnement, je l'avouerai, que j'ai entendu MM. Velpeau et Malgaigne contester que l'action de l'air peut avoir une influence sur la marche des plaies vers la cicatrice.

M. VELPEAU. Je n'ai pas dit cela.

M. MALGAIGNE. Moi non plus.

M. BOULEY. Il me semblait bien cependant que telle était la pensée de ces messieurs. M. Malgaigne a dit tout au moins que l'intervention de l'air ne suffisait pas à expliquer pourquoi les plaies suppuraient, puisqu'il a offert une sorte de prime d'honneur à celui qui découvrirait la cause de cette suppuration.

M. MALGAIGNE fait un signe d'assentiment.

M. BOULEY. Nous voici donc d'accord sur la question posée. Je vais essayer de la résoudre, mais je dois avouer que ce n'est pas sans une grande hésitation que j'ose me faire le contradicteur d'hommes aussi considérables par leur position et par leur savoir, que MM. Velpeau et Malgaigne. J'ai lieu de redouter M. Malgaigne surtout, qui à l'imitation d'un maître qu'il ne reniera pas, aime souvent à *pousser jusqu'à l'excès la mordante hyperbole*. Je me rappelle encore un très-gros mot qu'il m'a dit lors de la discussion sur la révulsion. Ne m'a-t-il pas traité *d'homme de génie*, parce que j'avais essayé de donner l'interprétation du mode d'action des sétons.

A quoi ne m'exposé-je pas aujourd'hui que je vais essayer de résoudre une question qu'il déclare insoluble. Je n'ai pas pu répondre dans le temps à M. Malgaigne, parce que la discussion a été close immédiatement après lui, mais je saisis l'occasion d'aujourd'hui pour protester contre une imputation que, je le déclare très-sincèrement, je n'ai rien fait pour mériter, et j'entre immédiatement en matière.

On fait deux sortes d'objections contre l'influence attribuée à l'air sur la cicatrisation des plaies : on a opposé à cette occasion des raisonnements *à priori*, et des expériences. En quoi donc l'air peut-il être nuisible ? a dit M. Velpeau. L'air nous baigne partout, il entretient notre vie; pourquoi son influence sur les plaies serait-elle donc si dangereuse? ne voit-on pas les cicatrices marcher régulièrement et sans aucune entrave, au milieu des emphysèmes qui sont quelquefois consécutifs aux fractures des côtes? M. Malgaigne vous a cité des expériences qui lui sont personnelles, desquelles il résulte que les plaies faites sous la peau se cicatrisent au milieu d'un emphysème artificiel, absolument de la même manière que lorsque le tissu cellulaire n'est pas insufflé.

On invoque la bénignité de l'air en se fondant sur ce qu'il est la condition de l'entretien de la vie.

Sans doute l'air nous est salutaire; mais pour interpréter son action sur nos tissus, il ne faut pas se contenter d'exprimer ce fait général qu'il est la condition de notre existence: ce serait se placer à un point de vue trop superficiel. Il faut voir quel est son mode d'action sur l'organisme. L'air entretient la vie comme il entretient la flamme, en détruisant la matière qui sert de support à l'une ou à l'autre.

Introduit dans le corps vivant par les voies respiratoires, il tend incessamment à réduire les combinaisons organiques à des combinaisons plus simples : témoin les produits des actions organiques : ce sont l'eau, l'acide carbonique et les combinaisons azotées que renferme l'urine. Je n'examine pas si ces produits sont le résultat d'une combustion simple comme l'admettent les disciples de Lavoisier, ou de phénomènes catalytiques plus complexes. Pour le besoin de la cause actuelle, ceci importe peu. Ce qui importe, c'est que l'air tend sans cesse à réduire l'agrégat organique à des combinaisons plus simples que celles qui le caractérisent. Voilà le grand fait que démontre la physiologie. Remarquons maintenant que cette action de l'air est très-rapide. Ces gros animaux de boucherie, comme ceux qu'on promène aujourd'hui dans les rues de Paris, perdent en quelques heures, par l'action de l'air, une partie très-notable de leur poids, si on les force à marcher. Mettez un animal à la diète, et il diminuera de poids d'une manière très-notable et dans un temps très-rapide. J'ai vu, l'année dernière, dans les hôpitaux d'Alfort, un cheval qu'une fracture de la mâchoire inférieure empêchait de se nourrir, et qui en moins de trois semaines avait diminué de 100 kilog. Cette action inoffensive de l'air n'est donc qu'apparente. L'air n'est inoffensif pour l'agrégat organique qu'autant que l'appareil digestif fournit incessamment des matériaux nouveaux qui remplacent ceux qui sont consumés.

Que l'équilibre vienne à être détruit entre les actions inverses des appareils respiratoire et digestif, et l'air devient nuisible : témoin les ulcérations que l'on rencontre sur toute l'étendue de la muqueuse digestive dans les animaux que l'on fait mourir de faim. Les animaux hibernants ne se conservent sans manger pendant tout le temps de leur sommeil léthargique que parce que l'action de l'air sur leur organisme est singulièrement ralentie par l'extrême lenteur de leur respiration.

Cette action de l'air sur l'agrégat organique vivant se continue après la mort, mais alors elle devient toute-puissante, parce que rien ne peut plus la contre-balancer, et en peu de temps la masse entière du corps est ramenée par l'influence de l'air à des combinaisons plus simples : eau, acide carbonique, ammoniaque, hydrogène sulfuré, phosphoré, etc. Quel est dans l'air atmosphérique, l'agent puissant qui produit ces phénomènes sur le vivant et sur le mort? C'est l'oxygène, dont les affinités toujours actives pour les éléments composants de la matière organique se caractérisent d'une manière indiscontinue par les effets que je viens de rappeler.

Telle est l'action générale de l'air atmosphérique sur l'organisme pendant la vie et après la mort.

Voyons maintenant si l'influence qu'il exerce sur les plaies ne peut s'interpréter par ces affinités puissantes dont nous venons de voir les effets.

Que se passe-t-il lorsqu'une solution de continuité est faite sur une partie vivante? Sous l'influence des actions nutritives exagérées, une matière liquide est exsudée entre les parties divisées; c'est le baume réparateur des anciens, ce que nous appelons aujourd'hui la lymphe plastique. Cette matière est apte à s'organiser, mais elle ne peut s'organiser qu'à l'abri du contact de l'air. Si elle subit ce contact d'une manière continue, qu'arrive-t-il? ou bien elle se dessèche, et alors elle ne peut plus éprouver les modifications intimes qui la transforment en tissu vivant; ou bien, si elle est en trop grande abondance, comme dans l'intérieur d'un kyste rempli de fausses membranes, elle se putréfie, et là encore se trouve *à fortiori* l'obstacle à son organisation.

Cette matière putréfiée est pour les tissus un irritant de la pire espèce, la preuve en est donnée par l'expérimentation journalière. Introduisez dans le tissu cellulaire d'un animal vivant une matière putréfiée, et vous verrez tout d'abord se manifester une tumeur inflammatoire excessivement chaude et douloureuse. Cette tumeur ne tardera pas à changer de caractères souvent, et à revêtir ceux qui appartiennent à la gangrène; mais le premier fait qui résulte du contact de la matière putride, c'est l'extrême irritation des parties qu'elle touche. D'un autre côté, l'air exerce sur les tissus exposés à son contact une action excitatrice, qui y exalte l'inflammation ; que cette action résulte du contact seul ou simultanément, comme je le crois, de l'absorption de l'oxygène par les capillaires dénudés de la plaie, peu importe; cette excitation spéciale de l'air ne saurait être niée. Dans ces conditions, il me semble qu'il est facile de comprendre comment la cicatrisation adhésive ne saurait se produire.

La matière organisable qui doit servir à cette cicatrisation est rendue incapable de revêtir la forme organique, parce que d'une part, sous le contact de l'air, elle est desséchée ou putréfiée, et que d'autre part les tissus sont trop irrités, soit par le contact d'une matière irritante, soit par l'action directe de l'air, pour que l'inflammation reste dans les limites où elle peut être adhésive. Qu'arrive-t-il alors? C'est que la force réparatrice redouble d'efforts; les tissus irrités s'injectent, se vascularisent, se recouvrent d'une membrane, la membrane pyogénique, qui, dans les vues de la nature, est destinée à servir de revêtement provisoire aux parties dénudées. A l'abri de ce revêtement et par son concours, le travail de la réparation s'achève sans que l'air puisse avoir d'action sur les tissus ainsi protégés.

Mais si l'air est sans action sur la pseudo-muqueuse qui revêt les parties, il exerce son influence d'une manière incontestable sur les produits de la sécrétion de cette pseudo-muqueuse. La preuve en est donnée par l'odeur qu'ils répandent et par la couleur noire des instruments d'argent que l'on met en contact avec eux.

Du reste, les faits abondent dans la pathologie chirurgicale qui démontrent d'une manière incontestable cette action de l'air sur les liquides organiques. Ouvrez un abcès : au moment où le pus en sort, il ne répand que l'odeur fade qui lui est particulière; le lendemain il est fétide. Ouvrez un kyste : aucune odeur du liquide ou des produits qui s'en épanchent; le lendemain tout est changé. De même pour les tumeurs sanguines, la synovie des articulations, etc. Au moment de la ponction, ces liquides, enfermés à l'abri de l'air, n'ont subi aucune altération. Dès que le contact de l'air s'est effectué pendant quelque temps, ils donnent tous les signes de la fermentation putride. Qui ne connaît l'odeur repoussante que répand la synovie qui s'écoule d'une articulation ouverte depuis quelque temps, tandis que quelle que soit l'intensité de l'inflammation, cette synovie reste sans odeur si l'articulation demeure close. En voilà assez pour mettre en évidence la puissante influence de l'air sur les liquides exhalés ou sécrétés à la surface des parties exposées, et pour donner l'interprétation de la marche différente que suit le travail de cicatrice dans ces parties par le fait même des altérations que ces liquides ont éprouvées.

J'arrive maintenant aux faits pratiques et aux expériences que MM. Velpeau et Malgaigne ont invoquées pour prouver que le contact de l'air n'exerçait pas sur la marche de la cicatrice une influence aussi marquée que quelques-uns l'admettent.

Il résulte de ces faits et de ces expériences que la cicatrice par première intention s'opère au milieu d'un emphysème comme si de rien n'était. J'avouerai que ces faits ont un moment ébranlé mes convictions. J'ai éprouvé tout d'abord une grande difficulté à les faire concorder avec la théorie que je viens d'exposer. Mais, partant de ce principe que dans les sciences exactes, lorsqu'une théorie est reconnue absolument vraie, un fait contradictoire ne prouve rien contre elle et ne paraît tel que parce qu'il n'est pas suffisamment interprété, je me suis demandé si le fait opposé par MM. Velpeau et Malgaigne à la théorie, que je crois vraie, de l'influence de l'air sur les lésions traumatiques, n'était pas de cette nature, s'il n'était pas contradictoire, seulement parce que l'interprétation lui manquait, et j'ai cherché cette interprétation. Je me suis dit : Le sang contient des gaz en dissolution ou prêts à se dégager dès que se fait sentir l'influence de l'air atmosphérique. Physiologiquement cet échange s'opère dans le poumon par voie d'endosmose et d'exosmose. Cela étant, est-ce que partout où l'air atmosphérique est mis directement en contact avec un appareil capillaire les phénomènes d'endosmose et d'exosmose ne s'effectueraient pas de la même manière? J'ai cherché à vérifier ce que cette hypothèse avait de fondé. Des emphysèmes artificiels ont été faits à l'aide d'un soufflet sur trois chiens, et au bout de 24 et de 48 heures nous avons examiné l'air resté enfermé dans le tissu cellulaire. Dès que cet air a été mis en contact avec une solution de chaux, cette eau s'est troublée comme sous l'influence de l'air expiré par les poumons.

L'analyse eudiométrique de cet air a donné dans une première expérience, après 24 heures de séjour, 5,76 d'oxygène; après une deuxième expérience, 4,76, et après une troisième (après 48 heures), 4,39.

On le voit, l'air de l'emphysème n'est plus de l'air; c'est un mélange d'azote et d'acide carbonique avec une très-faible proportion d'oxygène. Il doit conséquemment être bien moins actif pour exercer sur les liquides organisables une action décomposante.

Les faits de MM. Malgaigne et Velpeau ne sont donc plus contradictoires à la théorie que je soutiens.

Maintenant, un mot d'objection à M. Guérin, qui considère comme des phénomènes d'un ordre essentiellement différent la *cicatrisation adhésive* et *l'organisation immédiate*. J'avoue ne pas comprendre cette distinction. Il me semble qu'entre ces deux phénomènes, il n'y a qu'une différence du plus au moins. Quand les lèvres d'une solution de continuité sont exactement affrontées, il ne s'épanche entre elles qu'une petite quantité de la matière organisable ; quand elles sont très-écartées, comme à la suite de la section d'un tendon, cette matière est plus abondante, mais elle ne diffère pas de nature, ce me semble. Pourquoi

donc vouloir faire de ces deux choses si semblables des choses si distinctes ?

Avant de terminer, qu'il me soit permis de toucher à une des hautes questions que M. Malgaigne a traitées dans son discours. M. Malgaigne a lancé les foudres de son éloquence contre Descartes. Dans sa bouche le nom de cartésien est devenu synonyme, je ne dirai pas d'une injure, mais de quelque chose qui implique une critique dédaigneuse. Pourquoi cela? J'avais toujours cru, jusqu'à présent, que Descartes était l'un des plus grands penseurs dont l'humanité s'honore, et j'avoue avoir été d'autant plus étonné de l'appréciation qu'en a faite M. Malgaigne à cette tribune, qu'il m'avait toujours paru être un cartésien. Cela ne tiendrait-il pas à cette tendance particulière de son esprit, qui le porte souvent à ne regarder les gens que par leur mauvais côté? Ainsi a-t-il fait avec Descartes.

Le jour où il en a parlé à cette tribune, il n'a voulu voir en lui que l'auteur de conceptions chimériques sur le système du monde, et il ne s'est pas souvenu de ce fameux *Discours sur la méthode*, dont l'idée principale est « de ne recevoir jamais aucune chose pour vraie, qu'on » ne la connaisse évidemment être telle. » Est-ce que ce n'est pas là l'idée qui inspire M. Malgaigne dans ses écrits et dans ses discours? Est-ce que lui aussi ne conseille pas le doute, non pas ce doute stérile qui n'aboutit qu'au septicisme par la négation absolue, mais ce doute sévère et fécond qui ne suspend un instant le jugement qu'afin de le rendre plus sûr pour l'examen? Descartes ne conseille pas autre chose. Vous voyez donc bien que M. Malgaigne est cartésien, quoi qu'il dise. M. Malgaigne peut renier Descartes; mais si Descartes revivait, et c'est là le plus bel éloge que je puisse faire de M. Malgaigne, Descartes ne renierait pas M. Malgaigne.

M. VELPEAU. L'Académie se rappelle à quelle occasion j'ai soulevé la question qui s'agite aujourd'hui. Dans un petit moment d'humeur, j'avais demandé ce que c'était que la méthode sous-cutanée, et ce mouvement d'humeur m'est venu de ce que la méthode sous-cutanée s'était jetée dans la question du traitement des kystes de l'ovaire, où je ne m'attendais pas à la rencontrer. On a paru un peu surpris que je ne susse pas ce que c'était que cette méthode; rien n'est plus vrai pourtant. Cela vient de ce que notre honorable collègue l'emploie dans une foule de circonstances très-diverses les unes des autres. Aujourd'hui, je suis un peu plus avancé, je sais un peu mieux ce qu'est la méthode en question, et cependant il y a encore là pour moi bien des choses obscures.

D'abord, nous voyons deux méthodes sous-cutanées : l'ancienne, la primitive; l'autre secondaire et moderne. L'une fondée sur la réunion primitive, l'autre sur la réunion secondaire immédiate.

Deux de nos collègues ont trouvé moyen d'argumenter entre eux sans se nommer jamais depuis le commencement de ce débat; ils se sont servis du pronom indéfini *on*, de ces mots, *l'honorable préopinant, l'orateur qui m'a précédé*, etc. Je ne sais si c'est un bon usage; ceci est peut-être un avantage pour l'auteur; c'est peut-être un moyen d'éviter dans la forme certaines personnalités; mais c'est assurément un embarras pour ceux qui ont à discuter de pareils discours. Il a été dit par chacun des orateurs des choses que je n'ai pas bien comprises, je l'avoue, grâce à ce *on* dont on a affecté de se servir. Quoi qu'il en soit, je veux éviter aussi des noms propres; mais pour me faire comprendre de l'Académie, je commence par la prévenir que je désignerai l'ancienne méthode par le nom de méthode par première intention, et la nouvelle par le nom de méthode par seconde intention.

Il y a un autre inconvénient qui remonte à une autre discussion; on a dit que je m'étais servi d'une méthode de raisonnement qui nuit à l'élévation de la pensée, qui s'oppose à tout progrès, qui rétrécit tous les horizons. Je me résigne à ce reproche, et je vais encore le mériter aujourd'hui, parce que la méthode inductive peut entraîner bien loin; une fois sorti des horizons restreints, on va dans les nuages, on reste dans le vague. J'avais dit que l'action de l'air ne pouvait pas avoir été la cause d'accidents qu'on signalait; on m'a répondu : Vous niez l'action de l'air sur les plaies. J'avais dit qu'il me paraissait extraordinaire que l'air pût pénétrer dans le péritoine par le vagin; on m'a répondu que je niais l'entrée de l'air par les ouvertures accidentelles des cavités closes. J'avais dit que l'air est nuisible dans les cavités closes, en contact avec des liquides; on m'a répondu que je me convertissais à une opinion soutenue il y a quinze ans, tandis que j'avais moi-même soutenu cette opinion quinze ans avant l'auteur. C'est à de pareils résultats qu'on arrive par la méthode d'induction. Je vais m'efforcer aujourd'hui de rester très-près des faits, pour éviter des interprétations erronées.

Il reste une autre difficulté; voici venir Pascal, qui a dit que le même mot employé par deux personnes ne veut pas toujours dire la même chose; l'un le dira sans en comprendre l'excellence, tandis qu'un autre en tirera une suite merveilleuse de conséquences. Cela voudrait-il dire qu'on peut regarder comme siennes les idées des autres, parce que ceux-ci n'en auraient pas tiré toutes les conséquences possibles? Je ne crois pas que cette manière de raisonner conduise à la justice. Si quelqu'un prenait une pièce d'or dans la main d'un enfant, pourrait-il dire qu'il n'a pas mal agi parce que cet enfant n'eût pas su s'en servir?

Encore un autre point appartenant aux généralités. La sous-cutanée par seconde intention a dit qu'on était trop disposé à dépouiller les vivants pour habiller les morts; mais le contraire a lieu aussi bien souvent, les vivants se parent aussi trop souvent sans scrupule de la dépouille des morts. Ces phrases n'ont pas été écrites sans but, sans motif; si c'est moi qu'on a voulu accuser de reporter aux morts ce qui appartient aux vivants, je répondrai que je n'ai fait que rétablir la vérité historique, qu'il est toujours fâcheux de négliger dans les recherches scientifiques.

Voyons donc maintenant cette méthode par elle-même ou plutôt ces deux méthodes, puisqu'il y en a deux. L'historique de la première a été fait depuis 1832; depuis 1835 jusqu'à 1839, beaucoup de faits s'étaient ajoutés à cette méthode, et la seconde n'avait pas encore fait son apparition.

Un premier fait sur lequel s'appuie la méthode sous-cutanée par seconde intention est celui-ci : *Après la section du tendon, il faut opérer immédiatement l'écartement des deux bouts pour provoquer un épanchement intermédiaire et empêcher l'accomplissement de l'adhérence huntérienne; cette masse intermédiaire ne suppure pas, et présente sans arrêt toutes les phases de l'organisation régulière d'un tissu nouveau.* Si c'est là une des bases de la sous-cutanée par seconde intention, je ne puis l'admettre. Delpech et Strohmeyer ont essayé d'obtenir la réunion d'un tendon divisé par première intention; mais soyez sûrs qu'ils ne l'ont pas obtenue. Qui a jamais pu réunir les deux bouts divisés du tendon d'Achille? J'ai, dans le temps, rassemblé une foule d'observations pour montrer que les tendons se réunissaient par l'interposition d'une substance particulière. On a donné, depuis 1835, le conseil d'écarter les bouts des tendons divisés; cela se trouve décrit dans le travail de M. Haime (de Strasbourg), de M. Bouvier, à peu près partout. S'il m'est permis de me citer, je rappellerai que j'ai passé en revue beaucoup de faits semblables; il faut écarter d'un pouce, de deux pouces les extrémités des tendons divisés. Il n'y avait donc pas lieu, d'après ce seul fait, de créer une ténotomie par seconde intention.

J'ai cherché qui a pu dire depuis 1835 qu'après la section des tendons il y avait réunion par inflammation adhésive. J'avoue que je ne sais pas qui a pu dire cela; tous les auteurs qui ont écrit sur la ténotomie ou la myotomie. Si la ténotomie nouvelle ne diffère pas de l'ancienne par la manière d'opérer, si elle n'en diffère pas par le mode de réunion des parties divisées, qu'est-ce donc que cette méthode nouvelle? Elle vient nous dire : La preuve que l'ancienne méthode n'est pas celle-ci, c'est qu'elle causait des accidents nombreux, des érysipèles, des phlegmons, des abcès, des gangrènes; tandis que jamais, au grand jamais, je n'ai produit d'inflammation purulente; une fois seulement au commencement et une autre fois depuis. Il y a encore ici une inexactitude. Tous les auteurs qui ont écrit sur la ténotomie à partir de 1835, depuis les travaux de Strohmeyer, n'ont parlé en aucune façon de suppuration, d'abcès, de gangrène. D'ailleurs il faut qu'il y ait là quelque malentendu; la ténotomie par seconde intention a parlé trois fois d'accidents qui lui étaient arrivés. Ainsi, pour prouver son efficacité dans le traitement des phlegmons, elle a rassemblé l'histoire de phlegmons produits par elle-même. Il y a dans la *Gazette médicale* un mémoire où il est question de trois phlegmons survenus à la suite de sections de tendons; faut-il y ajouter les deux autres déjà cités? cela ferait alors cinq cas en tout, et il en resterait au moins trois en tout cas. Il y a des accidents dans les deux méthodes. Qu'a donc fait la seconde méthode pour mériter qu'on l'établisse comme un être à part? Elle s'est surtout proposée d'éviter le contact de l'air, mais l'autre le voulait aussi. Delpech et les autres en avaient donné le conseil. Après cela, il y a une autre différence : elle met mieux que l'autre à l'abri du contact de l'air. Cependant le procédé qu'elle emploie est un procédé pris dans la chirurgie du siècle. M. Broca nous a ici abrégé la besogne, et s'est chargé de le prouver. Ce moyen, qui met sûrement les tissus sous la peau à l'abri du contact de l'air, consiste à avoir une plaie extérieure qui ne corresponde pas à la plaie intérieure. La plupart des auteurs du siècle dernier, Longueville et Benjamin Bell, entre autres, l'avaient déjà dit; cela a dû venir tout d'abord à l'esprit de tout chirurgien. Et ceci n'a jamais été oublié; Desault et Boyer l'ont répété dans leurs ouvrages; tous les dictionnaires de médecine en ont fait mention. Ainsi cela s'est fait non-seulement pour l'empyème, l'extraction des corps étrangers des articulations, mais dans beaucoup d'autres opérations plus ou moins analogues. Sous ce rapport donc la ténotomie sous-cutanée n'a pas le droit de dire qu'elle est nouvelle; elle a emprunté son procédé à la chirurgie usuelle.

Il me paraît bien clair que, quand on coupe un tendon, c'est pour remédier à la difformité; on sait bien ce que l'on fait. Ceci a été résumé dans des propositions générales; il est formellement dit que cette méthode doit être appliquée à tous les tendons, et qu'elle deviendra ainsi une des grandes conquêtes de la chirurgie moderne. J'avais dit moi-même qu'il fallait l'appliquer à tous les tendons, à toutes les brides fibreuses qui n'étaient pas trop éloignés de la peau. Ainsi la ténotomie sous-cutanée par seconde intention n'a rien imaginé de plus de ce côté.

Mais il y a une autre question d'une très-grande importance, c'est d'empêcher le contact de l'air avec les plaies. Je n'ai pas nié qu'il fallût mettre les plaies à l'abri du contact de l'air. Mais nous avons à examiner si l'ouverture extérieure placée loin des tissus divisés les préserve plus efficacement de l'action de l'air. Ce n'est pas pendant l'opération que l'impression de l'air est bien redoutable, puisque la méthode sous-cutanée par seconde intention conseille d'exercer des pressions pour expulser les bulles d'air qui se sont introduites par le chemin ouvert par l'instrument tranchant. Il faut donc deux choses pour que l'air soit dangereux : qu'il soit en grande quantité, et qu'il demeure en permanence au milieu des parties divisées. Ceci est vrai, et je l'avais soutenu moi-même dès 1830. S'il faut ces deux conditions réunies, je ne vois pas que la ténotomie secondaire vaille mieux que la première. La plaie produite par le ténotome est si petite, quelques millimètres à peine, qu'elle se réunit par première intention; si elle se referme immédiatement, il n'y a pas possibilité du contact de l'air avec le fond de la plaie. Ceci me paraît important, parce que la méthode sous-cutanée secondaire a donné à entendre que la primitive laissait toutes les parties de la solution de continuité en contact avec l'air. Ces dangers sont imaginaires d'abord, et puis la communication est absolument impossible; l'air ne peut pénétrer dans cette caverne, dont les parois sont agglutinées, à moins de tractions ou de mouvements considérables. Si donc la méthode sous-cutanée secondaire mérite d'être acceptée, ce n'est pas à ce titre. Des trois autres, l'écartement des parties tendineuses divisées, le mode de réunion, le soin de faire la section loin de l'endroit où la peau a été divisée, il n'y a rien qui ne puisse se rapporter à la ténotomie ancienne.

Voilà pourtant, pour être juste, la différence qui existe entre les deux méthodes. Desault, pour éviter que la plaie extérieure ne correspondît à la plaie intérieure, entraînait les téguments à une certaine distance; la ténotomie secondaire fait un pli qui détache la peau du tendon sous-jacent. Certainement ceci est plus commode, et permet peut-être de faire la plaie des téguments plus loin de la plaie profonde. J'accorde volontiers autre chose à M. Guérin, car je ne veux pas lui enlever ce qui lui revient légitimement, et l'occasion de lui rendre justice se présentera, je l'espère, lorsque nous en arriverons au chapitre des applications. J'accorde donc que par ce procédé du pli fait à la peau il y plus de chances d'éloigner la suppuration, et qu'il y a ainsi un service rendu à la science. Il résulte de là que la différence entre les deux méthodes ne tiendrait plus qu'à un pli; je crois que la ténotomie secondaire ferait bien de se contenter de cela, parce que sous tous les autres rapports elle s'exposerait à des frottements et à des conflits. Et cette plainte, dont je parlais en commençant, de dépouiller les vivants au profit des morts ou des absents, se retournerait contre elle. Ceci rappellerait ce financier qui, après avoir mis dans un sac des pièces de monnaie venues de tous côtés, disait qu'elles lui appartenaient parce qu'il avait pris soin de les recueillir. Il est malheureux de ne pas tenir compte dans la science des travaux antérieurs. Tous tant que nous sommes, nous n'aimons pas à nous laisser dépouiller. Si on voulait bien se donner la peine de chercher dans l'histoire de la science lorsqu'on produit une méthode nouvelle, on éviterait de s'exposer à de pareilles récriminations. J'ajoute ceci, je ne connais pas bien sur quels faits et sur quels principes était fondée la méthode sous-cutanée par seconde intention, actuellement que je les connais, je vois qu'ils se réduisent à bien peu de chose. Il y a pourtant quelque chose qui lui appartient en propre, et puisque M. Guérin nous a promis de continuer l'exposé de sa méthode dans les applications, je me réserve de l'indiquer quand l'occasion s'offrira pour moi.

M. JULES GUÉRIN. Je n'ai qu'un mot à dire; je veux seulement éclairer un point qui peut laisser une impression douteuse, équivoque dans l'esprit de l'Académie. M. Velpeau a cru remarquer une contradiction dans ce que j'avais dit ou écrit. Il n'est rien de plus facile cependant que de mettre d'accord les faits exposés dans mes écrits. J'ai déclaré, et j'affirme toujours que jamais il n'y a eu de suppuration dans les opérations de ténotomie sous-cutanée que j'ai pratiquées. Des milliers de personnes qui ont assisté à des milliers d'opérations ont été à même de vérifier ce que j'avance.

Mais il ne faut pas confondre la ténotomie avec la myotomie. Il y a eu deux phases dans la généralisation de la méthode sous-cutanée. Dans la première, j'ai pratiqué seulement la ténotomie sous-cutanée. J'ai hésité longtemps à appliquer la méthode à la myotomie, que je considérais comme beaucoup plus dangereuse.

La première opération de myotomie que j'ai faite a été accompagnée de suppuration complète. J'ai alors institué des procédés nouveaux. Dans l'intervalle, j'ai eu l'occasion d'observer un second accident et de voir que ces accidents tenaient à la présence de l'air pendant l'opération. J'ai rappelé moi-même, il y a huit jours, dans mon discours, que des phlegmons imminents avaient suivi la myotomie sous-cutanée, et qu'ils étaient à craindre même dans la méthode sous-cutanée bien exécutée. Mais ces faits ne sont pas des exemples de suppuration, mais de phénomènes que la méthode sous-cutanée a conjurés, au contraire. Je crois pouvoir dire, en conséquence, qu'il n'y a aucune contradiction entre mes faits, mes écrits et mes paroles.

M. VELPEAU. M. J. Guérin (je prends le parti d'appeler les gens par leur nom) a cru que j'avais voulu le mettre en contradiction avec lui-même. J'ai trouvé dans un mémoire publié en 1845, dans la *Gazette médicale*, trois observations dans lesquelles il est question de phlegmon, je les ai rappelées, voilà tout. M. Guérin vient de dire qu'il n'y a eu de suppuration dans aucun cas, mais que la suppuration était seulement imminente. Il a dit qu'il n'avait jamais eu d'accidents, il me paraît ressortir de là cependant, que la méthode sous-cutanée peut amener des suppurations. Eh quoi! la rupture accidentelle d'un tendon diffère-t-elle de la section d'un tendon? Il y a la même différence qu'entre une plaie par instrument tranchant et une plaie contuse. Cependant la rupture d'un tendon est quelquefois suivie de suppuration. Je maintiens que la suppuration est possible après l'application de la méthode sous-cutanée, ténotomie ou myotomie. Comment savez-vous que cette suppuration imminente était due à la présence de l'air, et que besoin était de votre ténotome? Cela ne m'a pas paru convaincant. Je vous crois un habile opérateur, et j'admets que vous réussissiez d'une manière habituelle; mais ce que je ne comprends pas, c'est que vous vouliez rejeter sur les autres méthodes le reproche d'entraîner des accidents nombreux. Vous avez bien un accident par ci, par là; on n'en a pas davantage dans la méthode vulgaire. Dès lors, je ne sens pas la nécessité de faire exactement comme vous. Je dis que la méthode sous-cutanée est une méthode générale du dix-neuvième siècle, qui ne vous appartient ni par ses principes ni par ses bases.

M. J. GUÉRIN. J'ai voulu aujourd'hui rétablir seulement la vérité sur un fait présenté comme équivoque; je me réserve de discuter plus tard la question scientifique et de réfuter les objections de M. Velpeau.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Par décret impérial du 24 février 1857, ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Golias, chirurgien principal de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Bigot et Lestrille, chirurgiens de 2e classe de la marine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Lepetit, né à Plancoët (Côtes-du-Nord); *De la fièvre puerpérale, épidémie observée en 1856 à l'hôpital des Cliniques et à l'Hôtel-Dieu de Paris.*

Ravin, né à Saint-Valery-sur-Somme (Somme); *Du traitement de la syphilis congénitale.*

Muller, né à Meaux (Seine-et-Marne); *Considérations générales sur la fièvre typhoïde.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité de chimie technique appliquée aux arts et à l'industrie, à la pharmacie et à l'agriculture; par M. G. Barruel, ex-préparateur à la Faculté des sciences de Paris, ancien essayeur de la fabrication des monnaies. Sept vol. in-8° avec de nombreuses gravures intercalées dans le texte. Les deux premiers volumes sont en vente. Prix, 7 fr. chaque volume. — Librairie de Firmin Didot frères, fils et Cie, rue Jacob, 56, à Paris.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Pleurésie aiguë traitée par la thoracentèse et terminée par la mort.

La thoracentèse a rendu depuis un certain nombre d'années de si fréquents et de si incontestables services dans les épanchements pleurétiques chroniques, qu'il n'est plus permis aujourd'hui de conserver aucun doute sur son opportunité. Mais en est-il de même pour la pleurésie aiguë et pour les épanchements moyens? Si l'on s'en rapporte aux faits publiés dans ces derniers temps, sans doute on n'y trouve que des motifs d'encouragement, l'opération s'étant montrée le plus habituellement jusqu'ici d'une remarquable innocuité. Mais son utilité n'est pas encore aussi bien démontrée pour tous. M. Marotte, dans le remarquable rapport qu'il fit l'année dernière à la Société médicale des hôpitaux sur cette question, n'a pas trouvé que les faits invoqués en faveur de la thoracentèse dans la pleurésie aiguë fussent suffisants pour trancher la question; et M. Laudouzy, dans un mémoire plus récent et rempli de faits du plus haut intérêt, déclare conserver encore des doutes sérieux sur l'opportunité de cette opération dans les épanchements aigus d'abondance moyenne. De ce dissentiment, portant moins sur les inconvénients et les dangers possibles de l'opération que sur son utilité, il résultait jusqu'à présent ceci : c'est qu'il était nécessaire de déterminer les cas où l'opération est réellement indiquée. Mais s'il venait à être démontré que la thoracentèse n'est pas toujours aussi inoffensive qu'on a paru disposé à le penser jusqu'ici, d'après ses succès à peu près constants, la question demanderait à être encore modifiée dans ses termes, et il faudrait dire alors : Non-seulement il est nécessaire, pour se déterminer à pratiquer la thoracentèse dans les épanchements aigus d'en bien établir l'utilité et les indications, mais encore la faudra-t-il reconnaître indispensable, et le praticien devra-t-il, avant de procéder à l'opération, tenir compte des chances possibles d'accidents, et se prémunir par toutes les précautions voulues contre une semblable éventualité. Or, le moment nous semble venu de formuler ainsi désormais la question, en présence du fait malheureux que M. le Dr Charles Bernard a communiqué récemment à la Société médicale des hôpitaux, et dont nous empruntons la relation aux comptes rendus de cette Société.

La malade qui fait le sujet de cette observation est une jeune fille de vingt et un ans, d'une forte constitution, ayant toujours joui d'une bonne santé et souffrante depuis une quinzaine de jours seulement, lorsqu'elle se présenta à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Andral, suppléé par M. Ch. Bernard. Le début de sa maladie avait consisté en une douleur assez vive dans le côté gauche de la poitrine, avec toux sèche et fréquente. Le 20 novembre, jour de son admission à l'hôpital, on constate une fièvre intense, une toux sèche et quinteuse, sans expectoration; sentiment d'oppression et de dyspnée. L'auscultation fait reconnaître, à gauche et en arrière de la poitrine, une matité étendue de la partie moyenne de la fosse sous-épineuse à la base; dans la moitié inférieure, absence du bruit respiratoire, qu'on entend affaibli et éloigné dans les deux tiers inférieurs de la fosse sous-épineuse; le long du rachis, dans la partie moyenne de la gouttière vertébrale, souffle léger et lointain; pas de traces de crépitation. En avant, sous la clavicule, légère exagération de la résonance normale.

Pendant les premiers jours, il se fait une rapide amélioration dans l'état général et dans l'état local.

Le 25 novembre, la malade est beaucoup mieux ; l'épanchement a beaucoup diminué. Le traitement a consisté jusque-là en une saignée, une application de ventouses et un vésicatoire.

Une rechute a lieu le 27. L'épanchement a beaucoup augmenté; il y a de la fièvre. L'épanchement augmente les jours suivants, au point que le 2 décembre tout le côté gauche du thorax est mat et le cœur refoulé à droite.

Le 8 décembre, voyant que l'état de la malade empire malgré la médication active mise en usage (cinq vésicatoires, plusieurs purgatifs, etc.), M. Ch. Bernard songea alors à la thoracentèse. Mais avant de la pratiquer, il se livra à un examen minutieux dont voici le résultat.

En avant, à gauche, matité sous la moitié externe de la clavicule. Dans un espace limité en haut par le tiers interne de la clavicule et le bord supérieur du sternum; en bas, par le bord supérieur de la troisième côte et s'étendant presque jusqu'au bord droit du sternum; son de pot fêlé, ou plutôt son mat à timbre un peu amphorique, analogue au bruit que fournirait la percussion d'une cruche ample à parois épaisses. Par l'auscultation, on percevait au-dessous de la clavicule, dans un espace de deux travers de doigt en hauteur environ, bruit respiratoire faible et un peu rude, mais moins soufflant que les jours précédents. Dans toute la région précordiale, la respiration est remplacée par un souffle fort, rude et d'un timbre analogue à celui du souffle amphorique. Le cœur était fortement dévié à droite; ses battements se faisaient entendre et sentir sous le bord gauche du sternum, au niveau du cinquième espace intercostal.

En arrière, matité du sommet à la base et absence du bruit respiratoire remplacé par un souffle pleurétique variant d'intensité et de caractère. C'est dans la fosse sous-épineuse et le long de la gouttière vertébrale qu'il offrait le plus de force et de rudesse. Tout à fait à la base il était très-faible et très-éloigné.

L'opération est pratiquée comme suit : à cause de l'épaisseur des parois thoraciques et de l'étroitesse des espaces intercostaux, et dans la crainte de donner contre la côte avec la pointe de l'instrument, il pratique d'abord avec le bistouri une incision de 3 ou 4 centimètres de longueur et comprenant toute l'épaisseur des tissus; puis il plonge, comme à l'ordinaire, le trocart dans le septième espace intercostal, le long du bord supérieur de la huitième côte. La canule est échancrée en arrière du pavillon et recouverte d'une feuille de baudruche destinée à intercepter l'entrée de l'air. Le trocart retiré, il s'écoula une sérosité limpide, transparente, d'un jaune ambré. Pendant l'écoulement du liquide, il ne se produisit aucun accident, ni douleur, ni toux, ni menace de syncope. Seulement, un léger sifflement se faisant entendre dans la canule et le liquide ne coulant plus que très-lentement, M. Bernard s'empressa de retirer la canule et de fermer la plaie exactement avec des serres-fines et du diachylon. Le liquide ne s'élevait qu'à 550 grammes.

Immédiatement après la ponction, on constate de la sonorité dans la fosse sus-épineuse et dans la partie interne et supérieure de la fosse sous-épineuse. Dans le reste du côté gauche, en arrière, la matité est conservée, mais on entend le bruit respiratoire dans toute la hauteur du thorax.

La journée se passe bien. Mais au milieu de la nuit suivante éclatent tout à coup les accidents les plus graves. La malade est prise d'une douleur très-vive dans le côté gauche, d'une menace de suffocation et d'une anxiété horrible. Bientôt s'y joignent des vomissements bilieux.

Le jour suivant, la figure est grippée; les traits sont profondément altérés. Le pouls, petit, faible, dépressible, bat 124 fois par minute. La respiration est anxieuse, fréquente; 48 respirations par minute.

Le 13 décembre, l'état général est aussi grave; vomissements, tendance continuelle à la syncope. Le cœur est tout à fait déplacé : on percevait ses battements dans le côté droit du thorax. Résonnance tympanique en avant et à gauche, et persistance d'un bruit respiratoire fort et rude. En arrière, un peu de sonorité en haut jusqu'au-dessous de l'épine de l'omoplate et respiration soufflante; absence complète du bruit respiratoire dans les deux tiers inférieurs.

Vu la gravité et l'imminence des accidents, qu'il attribue à la reproduction d'un épanchement plus considérable, M. Bernard se décide à pratiquer une seconde ponction thoracique dans le même point que la première, mais avec plus de précautions encore et à l'aide d'un trocart ordinaire dont la canule est entourée cette fois de plusieurs feuilles de baudruche. Il ne s'écoule, comme la première fois, qu'un liquide séreux, citrin, moins consistant, qui s'échappe lentement et en bavant. Ce n'est qu'avec la plus grande difficulté et en inclinant fortement la malade qu'on peut en retirer 385 grammes.

Un soulagement immédiat suit cette opération. Mais l'amélioration est de courte durée. Les symptômes généraux et les accidents locaux reprennent bientôt une intensité nouvelle : les premiers caractérisés par un affaiblissement et une émaciation rapide et considérable, par des vomissements bilieux presque continuels, des alternatives d'une grande agitation et d'une profonde somnolence, du délire violent pendant la nuit; les secondes par un accroissement considérable de la dyspnée et la fréquence des inspirations. L'auscultation et la percussion font reconnaître alors une matité absolue à gauche en arrière, excepté au sommet, et du tympanisme en avant; on constate en même temps que le cœur est complétement refoulé à droite, où on l'entend battre derrière la mamelle.

Le 22 décembre, on reconnaît que la plaie du thorax est largement ouverte, sèche, d'une couleur grise brunâtre, à fond lisse et comme tendu par des matières cherchant à s'échapper, ne communiquant point avec l'intérieur de la cavité thoracique. Dans la nuit suivante, la malade s'étant imprudemment levée dans une agitation extrême, il s'échappa presque aussitôt par la plaie une grande quantité d'un liquide excessivement fétide. La mort est survenue quelques heures après.

Le traitement, depuis la dernière thoracentèse, avait consisté en applications successives et presque journalières de vésicatoires sur le devant de la poitrine, de purgatifs et de toniques.

A l'autopsie, on trouva la cavité pleurale gauche remplie de deux litres environ d'un liquide composé d'une sérosité citrine surnageant, et d'un pus crémeux, épais, fétide, et qui pouvait s'élever à peu près à un demi-litre. La cavité de la plèvre avait été distendue en tous sens par l'épanchement. Le poumon, fortement revenu sur lui-même, réduit au volume des deux poings réunis, était refoulé le long de la colonne vertébrale, où le maintenaient des fausses membranes épaisses; il ne présentait qu'une adhérence très-limitée avec un point de la paroi antérieure et supérieure du thorax. Le poumon, le diaphragme et la paroi postérieure et externe du thorax, étaient revêtus de fausses membranes épaisses et résistantes. Le cœur occupait la place indiquée pendant la vie par l'auscultation; il était situé entre la troisième et la cinquième côte droite.

Cette observation renferme d'importants renseignements sous deux points de vue qui intéressent également la pratique, sous le point de vue du diagnostic et celui du traitement. Nous avons dit, en commençant, les réserves que ce fait nous paraissait devoir apporter désormais dans la détermination du praticien. C'est sous ce point de vue surtout qu'il nous a paru utile de le faire connaître. Mais pour en tirer sous ce rapport même tout l'enseignement qu'il contient, il faudrait entrer dans quelques détails qui nous entraîneraient beaucoup trop loin pour le moment. Nous reprendrons cette question, ainsi que celle du diagnostic, dans une prochaine revue.

Tumeur hypertrophique des glandes salivaires palatines.

Depuis que nous avons fait connaître quelques exemples de cette affection longtemps méconnue, sur laquelle M. Nélaton a le premier appelé l'attention des praticiens, et qu'il a désignée sous le nom d'hypertrophie ou de tumeur hypertrophique des glandules salivaires du voile du palais, les cas de ce genre semblent se multiplier. Ou plutôt, la confusion cessant entre cette affection, dont les caractères sont maintenant connus de la plupart des praticiens, et les tumeurs de mauvaise nature qui peuvent occuper la même région, ce sont les guérisons qui se multiplient en réalité, les chirurgiens se trouvant enhardis aujourd'hui à opérer là où jadis on n'osait porter l'instrument qu'avec crainte et avec l'arrière-pensée d'une récidive fatale qui devait paralyser d'avance le résultat de l'opération.

Voici un nouveau fait qui vient grossir le cortége de ceux que nous avons publiés, et joindre sa part de témoignage en faveur de l'exactitude des observations de M. Nélaton et de l'excellence des indications pratiques qu'il en a déduites; nous le devons à M. le docteur Bourgeois (d'Etampes).

Une femme d'une trentaine d'années, de constitution lymphatique, mais d'une bonne santé habituelle, alla consulter M. Bourgeois, vers la fin de décembre dernier, pour une tumeur assez considérable qu'elle portait à la voûte palatine, et qui la gênait beaucoup pour parler et pour avaler. Bien que fort inquiète de ce mal, qui avait commencé à paraître il y a huit ou dix ans et s'était accru considérablement, jamais elle n'avait rien fait pour le combattre ni pris l'avis de personne à son sujet. M. Bourgeois constata ce qui suit : une tumeur assez régulièrement quadrilatère occupe tout le côté gauche de la voûte du palais et déborde même à droite. Limitée en arrière par la partie correspondante du voile, qui est libre et flottante, elle s'étend transversalement en devant jusqu'au niveau de la dent canine ; en dehors, l'arcade dentaire la borne ; en dedans, elle forme un bourrelet qui dépasse de 1 centimètre la ligne médiane; mais si on déprime ce bourrelet, on s'aperçoit qu'à sa partie adhérente au palais elle suit exactement cette même ligne, dont elle ne se dévie nullement. Ses diamètres antéro-postérieur et

transverse ont 3 centimètres; sa plus grande épaisseur, qui est à sa partie interne, peut être de 1 centimètre et demi.

La surface de cette tumeur est lisse, d'un rose très-pâle, surtout en dedans, où on remarque par transparence quelques points arrondis, blanchâtres, de 2 ou 3 millim. de large. Elle est d'une consistance mollasse; on y sent une sorte de demi-fluctuation. Les saillies transversales de la voûte palatine sont effacées; aucune douleur ne s'y fait sentir, soit spontanément, soit par le massage. Le bord gengival est entièrement sain, les dents complétement solides. La moitié correspondante de la langue est très-sensiblement déprimée; la déglutition assez gênée et la voie nasillarde.

Instruit par les faits que nous venons de rappeler, M. Bourgeois diagnostique de suite une hypertrophie des glandes salivaires du palais, et sans autre préparation, pratique immédiatement l'opération suivante :

Une incision longitudinale divise la tumeur d'avant en arrière par son milieu. Bien que le bistouri n'ait pénétré que très-peu profondément, néanmoins je suis entré, dit-il, du premier coup, et presque sans douleur, dans l'épaisseur du mal; aussi une substance grumeleuse, molle, d'un blanc un peu jaunâtre, sort spontanément par la plaie; elle a de l'analogie, au premier abord, avec la matière sébacée qu'on trouve dans les tannes; mais elle est moins homogène et n'en a pas l'odeur désagréable; elle est même tout à fait inodore. En la regardant de près, on voit qu'elle est constituée par une foule de corpuscules aplatis, à peine adhérents entre eux, s'écrasant avec quelque difficulté, d'un blanc laiteux, de 1 à 3 millimètres de diamètre, sans vaisseaux et sans liens appréciables à l'œil nu.

L'indicateur droit, introduit dans l'incision et promené à plusieurs reprises, fait sortir tout le contenu de l'enveloppe. Cette manœuvre fut assez douloureuse. Le fond de la tumeur était séparé de la voûte osseuse par une couche membraneuse assez épaisse. Il s'écoule à peine une cuillerée de sang très-noir pendant l'opération. Cette jeune femme retourne à pied dans son pays (à 2 lieues d'Étampes) avec la seule recommandation de se rincer la bouche avec de l'eau tiède.

La guérison était complète au bout de trois ou quatre semaines. La langue avait repris son niveau, et la muqueuse palatine, encore un peu tuméfiée, était lisse, sans saillie et de couleur normale. La cicatrice était un peu plus pâle que le reste. Enfin, la parole et la déglutition n'offraient plus rien d'irrégulier.

Cette affection, évidemment de même nature que celles qui font le sujet de nos précédents articles sur ce sujet, a présenté cependant quelques particularités par lesquelles elle en diffère. Voici en quels termes M. Bourgeois les signale à l'attention :

« Chez notre femme, dit-il, *le mal occupait exclusivement la voûte palatine* et s'arrêtait brusquement au septum palatin, de sorte que le nom d'*hypertrophie des glandes salivaires du voile du palais* ne saurait s'appliquer à tous les cas de ce genre de tumeur. Malgré mes recherches, je n'ai pas non plus, comme habituellement, pu constater la présence d'un kyste bien isolé, l'accumulation de substance granuleuse presque en tout semblable aux plus petits lobules du riz de veau, sauf la mobilité plus grande de chacun d'eux, s'était faite en apparence dans le dédoublement de l'épaisse membrane qui tapisse la voûte palatine.

» Du reste, comme dans tous les autres cas, une moitié seule de la voûte était envahie, le mal était nettement limité par la ligne médiane, bien qu'il semblât la dépasser, comme il a été dit plus haut. »

— Pour nous mettre au courant avec cette question, nous mentionnerons ici une observation recueillie dans le courant de l'année dernière dans le service de M. Velpeau à la Charité, et qui vient d'être tout récemment publiée par M. Jules Rouyer dans une addition à son intéressant mémoire sur les tumeurs de la région palatine, dont il a déjà été question dans ces colonnes.

Il s'agit d'une femme de trente-deux ans, qui portait depuis douze ans à la voûte palatine une tumeur de la grosseur d'un pois d'abord, et qui avait acquis graduellement le volume d'une petite noix. Cette tumeur, située à la partie postérieure de la voûte du palais, à gauche, presque sur la ligne médiane, supportée par un petit pédicule, paraissait formée de plusieurs lobules; elle était dure, élastique, et donnait au toucher la même sensation que les tumeurs adénoïdes.

La tumeur fut enlevée par M. Velpeau. Son ablation donna lieu à un écoulement de sang assez abondant, qui ne céda qu'à l'emploi du fer rouge. Après un court séjour à l'hôpital, nécessité par la chute des eschares, la malade sortit parfaitement guérie.

Cette tumeur, examinée au microscope par M. Ch. Robin, offrait tous les caractères de l'hypertrophie glandulaire.

Du chlorate de potasse dans l'angine couenneuse et la stomatite ulcéro-membraneuse.

Nous continuons à instruire le procès du chlorate de potasse en résumant ici les observations qui nous parviennent de divers points et qui témoignent, à de rares exceptions près, en faveur de l'efficacité de cet agent thérapeutique dans la plupart des affections de la bouche et des régions pharyngo-laryngiennes contre lesquelles il a été préconisé.

Une épidémie de croup et d'angines couenneuses, nous écrit M. le docteur Chavane, qui exerce ses ravages à Mirecourt depuis neuf à dix mois, a fourni l'occasion d'expérimenter cette médication sur une large échelle. Voici les résultats que notre confrère en a obtenus. Nous le laissons parler lui-même :

« Depuis quatre mois que nous luttions contre ces terribles maladies, j'avais essayé tous les traitements préconisés dans ces cas : sangsues, cautérisations au nitrate d'argent, calomel et alun, frictions mercurielles, vésicatoires, etc., etc. Malgré quelques succès, je voyais avec découragement que dans la majorité des cas nos efforts étaient impuissants. Aussi quel ne fut pas mon plaisir en parcourant votre numéro du 9 septembre dernier, d'y lire l'extrait du beau travail de M. Isambert (*Du chlorate de potasse dans les affections dyphthéritiques*). L'occasion s'offrit à moi le jour même d'expérimenter ce précieux agent.

» Appelé près d'un petit garçon de sept ans, qui se plaignait de douleurs et de courbature dans les membres, de mal de gorge et de difficulté dans la déglutition, je trouvai les amygdales, la luette et tout le fond de la gorge tapissés de fausses membranes, les ganglions sous-maxillaires très-tuméfiés des deux côtés, le pouls à 128, etc., etc., tous les signes enfin d'une angine couenneuse grave. Au bout de quatre jours de l'emploi du chlorate de potasse (4 grammes dans une potion gommeuse de 100 grammes chaque jour), la guérison était complète. La voix avait repris son timbre ordinaire; il n'existait plus de fausses membranes, plus de gonflement des glandes sous-maxillaires, plus d'agitation, plus de délire; le pouls, après être descendu successivement de 128 à 120-108, était revenu à son rhythme habituel.

» Depuis j'ai eu à traiter jusqu'ici 19 cas d'angine couenneuse, pour la plupart de la gravité de celle que je viens de citer, et toujours le chlorate de potasse a triomphé du mal en quatre jours au plus. Les doses nécessaires pour tout le traitement ont été de 12 à 20 grammes.

» Qu'il me soit permis de faire remarquer qu'au chlorate de potasse seul doivent revenir les honneurs de ces guérisons, car il a été employé dans tous les cas comme médication unique, si j'en excepte des bains de pieds sinapisés et un léger purgatif après la guérison.

» Les cautérisations répétées avec la solution de nitrate d'argent, mises en usage concurremment avec le chlorate de potasse, m'ont semblé, comme à M. Isambert, plus nuisibles qu'utiles. Qui ne sait, du reste, quelle lutte on a à soutenir avec les enfants pour arriver à cette cautérisation? Le chlorate de potasse, au contraire, comme le fait remarquer M. Thore, est accepté avec une merveilleuse docilité par les enfants. Cette médication a, en outre, l'immense avantage d'être d'une parfaite innocuité, comme le dit très-bien M. Isambert. Les seuls effets physiologiques que j'ai pu observer sont des sueurs chez presque tous les malades (à la tête surtout) et des salivations (3 fois sur 19). »

Notre honorable correspondant ajoute qu'il nous fera part plus tard des résultats de cette même médication dans le croup; nous en prenons acte.

— Voici un fait que nous communique M. le docteur Bergier, qui est relatif à un cas de stomatite ulcéro-membraneuse, et où l'action bienfaisante du chlorate de potasse n'est pas moins manifeste.

Appelé le 10 janvier dernier auprès d'une petite fille âgée de deux ans, qui avait présenté les jours précédents les symptômes d'un embarras gastrique léger, M. Bergier constata l'existence de petites ulcérations aphtheuses sur les bords antérieur et latéraux de la langue. S'étant assuré qu'il n'y avait rien aux piliers ni au voile du palais, et rien ne s'opposant d'ailleurs à la déglutition, il se borna à toucher ces ulcérations avec le nitrate d'argent et à prescrire un collutoire alumineux.

Mais le lendemain les ulcérations avaient gagné la face muqueuse des joues et de la lèvre inférieure; ces régions, ainsi que les gencives, étaient gonflées, d'un rouge foncé. La cautérisation n'avait pas modifié les ulcérations de la langue; ces ulcérations étaient en général petites et à peu près rondes; la plus grande, située au bout de la langue, avait la dimension d'un petit haricot; les autres avaient en moyenne 2 millimètres de diamètre; elles ne changeaient guère le niveau du plan sur lequel elles reposaient, à cause de l'existence d'une membrane blanc-grisâtre, assez épaisse, qui comblait le vide produit par l'ulcération. Les efforts exercés sur les parties malades pour les examiner faisaient pour ainsi dire craquer la membrane, qui laissait voir à travers les fistules produites un fond rouge et saignant. Le pharynx était rouge sombre; le voile et les piliers étaient œdématiés. Autour du maxillaire inférieur, on sentait un chapelet de ganglions légèrement engorgés.

Vu le peu d'effet du traitement précédent, M. Bergier prescrivit alors un julep gommeux tenant en dissolution 2 grammes de chlorate de potasse, des fomentations sinapisées aux pieds, la diète; la fièvre du reste était modérée, sauf quelques exacerbations irrégulières. La petite malade était abattue.

Le jour suivant, l'état étant le même, mais sans aggravation, un nouveau julep avec 3 grammes de chlorate de potasse est prescrit.

Le mardi 13, second jour du traitement, les muqueuses buccale et gengivale sont pâlies et peu tuméfiées, les ulcérations sont stationnaires; le pharynx, encore rouge, est embarrassé de mucosités adhérentes. — Vomitif au sulfate de cuivre pour le lendemain.

Le mercredi 14, l'enfant a vomi des mucosités filantes, incolores, mêlées de petits grumeaux blanchâtres. La muqueuse pharyngienne a pâli, l'œdème du voile du palais a diminué; l'enfant prend plus volontiers sa tisane et sa potion. — Toujours 3 gr. de chlorate.

Le jeudi 15, amélioration manifeste. Les muqueuses reviennent au rose normal, les plaques ulcérées se rétrécissent sensiblement; celles de la langue ont diminué de plus de moitié; la partie membraneuse semble se résorber, s'amincir et devenir rosée par transparence; pas de fièvre; la malade est calme et plus gaie. — La même potion est donnée pour trente-six heures. Du bouillon.

Le vendredi 16, il ne reste que des traces de la maladie.

Le 17, l'enfant est levée, joue, et est mise au régime des convalescents.

Le dimanche 18, elle achève sa quatrième potion, la santé est parfaite. Total, en sept jours, il a été absorbé 11 grammes de chlorate de potasse; aucun trouble attribuable au médicament ne s'est manifesté dans l'économie.

Nous sommes très-disposés à considérer avec M. Bergier, comme évidente l'action bienfaisante du chlorate de potasse dans ce cas, malgré l'usage simultané de quelques autres moyens, car il est au moins très-douteux que le vomitif et les fomentations sinapisées eussent amené une guérison aussi prompte et aussi facile. Quant à la cautérisation faite au début, elle a été sans effet, puisque le mal continuait et se propageait encore après elle, tandis qu'après l'absorption de 5 grammes de chlorate de potasse, le mieux se manifestait déjà. On est donc autorisé à lui attribuer au moins en grande partie l'honneur du bon résultat obtenu.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Cas d'éléphantiasis des Arabes observé chez un malade arrivant des Indes.

Un homme âgé de cinquante ans est récemment entré dans la salle Saint-Charles (service de la Clinique). Il avait l'aspect d'un vieillard septuagénaire, et ce faciès tout particulier auquel on a donné le nom de *face léonine*. Les téguments du nez, des pommettes, du menton, du front, présentaient de l'épaisseur et de la dureté, soit au toucher, soit à la percussion. Evidemment le tissu cellulaire sous-jacent participait à cette lésion qui existait aussi, à peu près au même degré, aux membres supérieurs, au tronc, et dans des proportions encore plus marquées, aux pieds, aux jambes et aux cuisses. Partout la coloration offrait une teinte très-différente de celle qui existe à l'état normal : elle était bronzée, violacée, brunâtre, et semblable à celle des taches syphiosiques anciennes. Sur beaucoup de points, on croyait distinguer des taches réunies par leur circonférence.

Ce malheureux était presque aveugle, à peine pouvait-il distinguer le jour de la nuit. On ne trouvait dans les yeux aucune lésion qui expliquât la cécité. (Il est très-regrettable que l'on n'ait point examiné avec un ophthalmoscope l'état de la rétine et de la choroïde.)

La verge présentait aussi des traces de l'affection dont les téguments étaient atteints, et il existait sur le gland une ulcération superficielle à fond grisâtre et violacé, à bords rouges avec des cicatrices irrégulièrement découpées, et dont la surface, à circonscription fort inégalement taillée, représentait, dans son ensemble, l'étendue d'une pièce de cinquante centimes. Un tissu induré se trouvait aussi au-dessous.

Une ancienne bronchite avec pneumonémie hypostatique, quelques légers accidents du côté du tube digestif, étaient les seules altérations offertes par les organes profonds. Le cœur était sain, mais peu volumineux, attendu la proportion peu considérable du sang.

M. Piorry n'hésita pas à considérer tout d'abord le mal de cet homme comme un cas d'éléphantiasis des Arabes, et en effet l'étude des circonstances commémoratives apprit bientôt que c'était aux Grandes-Indes que l'affection avait débuté quatre ans auparavant; que des symptômes phlegmasiques s'étaient d'abord déclarés; qu'à leur suite s'était manifestée la lésion cutanée chronique; que peu à peu cette lésion s'était étendue, mais en présentant de temps en temps des exacerbations inflammatoires qui entraînaient consécutivement des engorgements encore plus considérables.

M. Piorry, tenant compte aussi de l'ulcération du gland et de la coloration des parties malades, rechercha si le syphiose (virus syphilitique) ne pouvait pas avoir donné lieu aux accidents observés. Il se demanda s'il n'était pas possible que la maladie de la peau fût une réunion de plaques et de taches syphiosiques, et si les choroïdes n'étaient pas atteintes de lésions du même genre, ce qui expliquait la cécité.

Les antécédents vinrent à l'appui de ces idées, car ce malheureux, autrefois négociant dans les Indes, y avait été atteint de chancres indurés qui avaient longtemps persisté, et dont la curation avait été tout à fait insuffisante.

En vertu des considérations qui précèdent, le traitement prescrit consista :

1° Dans l'usage intérieur de l'iodure de potassium, donné trois fois par jour à la dose d'un gramme;

2° Dans l'administration de deux centigrammes de proto-iodure d'hydrargyre, matin et soir (à d'autres heures que l'iodure de potassium), sous la forme pilulaire;

3° Dans la cautérisation de l'ulcération du gland avec l'azotate d'argent;

4° Dans l'application continuelle sur le tégument d'une couche de graisse épaisse et consistante;

5° Dans des bains;

6° Dans un régime réparateur.

Les résultats de ce traitement dépassèrent toutes les espérances. En moins de huit jours la peau reprit vers la région sacrée, où il était resté quelques traces de sa coloration et de sa structure normales, une apparence absolument physiologique, et il en fut ainsi des téguments des lombes, des fesses, des membres supérieurs et de la face.

Chose plus remarquable encore, la vue, sous l'influence du traitement précédent, s'améliora notamment, et à ce point que le malade put se guider dans la marche et distinguer des corps même fort peu volumineux.

Pendant quinze jours, l'état de cet homme devint de meilleur en meilleur; mais il arriva alors qu'une entérorrhée très-intense se dé-

clara, et que l'emploi de la thériaque, de l'opium, du sous-azotate de bismuth, des injections réitérées et abondantes, etc., n'arrêtèrent en rien ce fâcheux accident. De là une déperdition considérable de liquides, une hypémie portée très-loin. En même temps, la bronchorrée d'ancienne date continua et se compliqua de pneumonémie hypostatique, bientôt suivie d'induration pulmonaire en arrière, d'anoxémie (asphyxie complète) et par conséquent de mort.

La nécroscopie, qui fut incomplétement pratiquée, ne permit de constater que les lésions bronchiques et pulmonaires annoncées pendant la vie. Le cœur, les veines, examinés avec soin, étaient exempts d'altérations.

Cette observation est l'une des plus curieuses que l'on connaisse sur l'une des affections les plus rares dans nos climats, l'éléphantiasis des Arabes, qui paraît si peu dissemblable du *spedaskest* des Norvégiens. Elle prouve que cet ensemble si grave de phénomènes peut se dissiper sous l'influence d'un traitement convenable, et elle conduit à croire que le syphiose (virus syphilitique) est susceptible dans certains cas de donner lieu à des symptômes dits *éléphantiasis des Arabes;* qu'alors et peut-être dans des circonstances où le syphiose n'a pas produit le mal, l'iodure de potassium et le proto-iodure d'hydrargire peuvent avoir de l'utilité.

Cette observation démontre, en outre, que l'affection générale existant chez le malade dont il vient d'être question (la syphiosémie) a donné lieu à une lésion de la choroïde, de la rétine, ou du nerf optique, lésion suivie d'une cécité presque absolue, qui, sous l'influence du traitement énuméré plus haut, a presque complétement disparu; qu'enfin il est arrivé ici ce qui n'a que trop ordinairement lieu, c'est que la mort est survenue, après avoir été déterminée par des états pathologiques en quelque sorte indépendants de l'affection principale.

En effet, il ne s'agissait en rien dans l'invasion et dans la marche de ces états secondaires, de répercussion ou de métastase, car ces mêmes conditions morbides existaient avant que le traitement actif fût commencé.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

EFFETS REMARQUABLES DU MUSC

dans le spasme de la glotte chez les enfants.

C'est un fait malheureusement trop bien établi que la gravité extrême du spasme de la glotte chez les enfants; la moitié au moins de ceux qui en sont atteints y succombe. Aussi serait-il bien désirable que l'expérience ultérieure vînt confirmer les résultats remarquables que M. Salathé dit avoir obtenus de l'administration du musc. Grâce au musc, dit ce médecin, la guérison est la règle, la mort une exception, puisque, sur 24 malades, il n'a eu à regretter que deux cas de mort. De ces 24 enfants, il y en a eu 17 chez lesquels la maladie a été enrayée et guérie après quelques jours de traitement; chez les 7 autres, l'emploi de ce médicament, quoique suivi d'une diminution notable, n'empêcha pas le retour de nouvelles crises, contre lesquelles il lutta avec des applications de sangsues, l'oxyde de zinc, l'assa-fœtida et le calomel à doses fractionnées.

Pour donner une idée du mode d'administration suivi par M. Salathé, nous citerons quelques exemples.

L'observation deuxième est celle d'un enfant de deux ans, atteint de spasme de la glotte depuis près d'un an, et qui avait jusqu'à vingt et trente attaques par jour, dont un bon nombre avec des convulsions généralisées. On prescrivit 0,10 de musc, en seize paquets, dont quatre à prendre chaque jour. Au bout du quatrième jour, les accès étaient rares et faibles. La dose terminée, on en donne une autre, égale à deux paquets seulement par jour, et une guérison complète fut le résultat de cette médication.

Un enfant de neuf mois, atteint depuis huit jours d'accès de suffocation qui en étaient venus à mettre sa vie en danger, et se répétaient jusqu'à six fois en douze heures, fut amené le 8 décembre à M. Salathé, qui, témoin d'un accès, reconnut le spasme glottique et fit la prescription suivante : musc, 0,05; potion gommeuse, 80 grammes, à prendre par cuillerée à café d'heure en heure.

Le 9 décembre, quatre accès faibles. — Continuation du médicament.

Du 9 au 10, plus d'accès. L'enfant prend le reste de la potion.

Nous avons tenu à rapporter ces deux faits, parce que la gravité incontestable du spasme de la glotte et l'insuccès assez fréquent du musc entre les mains des personnes qui en font usage nous donnent à penser, comme ils l'ont fait à M. Blache, qui a présenté un rapport sur ce sujet à la Société médicale des hôpitaux, que l'auteur pourrait bien avoir eu affaire à toute autre chose qu'au spasme de la glotte. Il n'en est pas moins vrai que des faits du genre de ceux annoncés par un praticien aussi honorable que M. Salathé méritent d'être vérifiés au lit du malade.

(Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 février 1857. — Présidence de M. CHASSAIGNAC.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Luxation incomplète de l'humérus. — M. CHASSAIGNAC présente un enfant qui est affecté, depuis trois mois, d'une luxation incomplète de l'humérus, dont la cause n'a point été reconnue. Le bras est fortement écarté, et il est impossible de le ramener contre le corps. Il existe un sillon profond correspondant au bord antérieur du deltoïde. Les doigts, appliqués sur la tête de l'humérus, la sentent, dans les mouvements, rouler sur la partie externe du rebord glénoïdien.

Luxation en dehors du gros orteil gauche avec plaie et issue de la tête du premier métatarsien. Résection de celle-ci. Guérison.

M. LARREY. Les luxations compliquées du gros orteil sont assez rares, les moyens d'y remédier assez difficiles et les résultats assez graves pour qu'il m'ait paru intéressant de présenter à la Société un cas dans lequel j'ai cru devoir réséquer la tête du métatarsien. Je m'y suis décidé, non-seulement à cause de l'impossibilité de la réduction, mais encore d'après le souvenir d'un fait à peu près semblable, ayant offert cette différence essentielle que la réduction, obtenue pour ainsi dire de vive force, fut suivie de résorption purulente et de mort. Dans le cas actuel, au contraire, la guérison a eu lieu. Voici, du reste, l'observation présentée telle qu'elle a été recueillie par le docteur Gaujot, mon ancien aide de clinique au Val-de-Grâce :

Beauchamp (Joseph), voltigeur au 48e de ligne, est entré le 25 juin 1856. Dans la soirée du 25, cet homme fit une chute de cheval dans laquelle il eut le pied gauche pris entre le sol et l'épaule du cheval, renversé lui-même sur le flanc. Lorsqu'il voulut se relever, il remarqua que la partie interne de son soulier était déchirée et qu'il s'en échappait du sang. Immédiatement il fut transporté dans cet état au Val-de-Grâce. Il est probable que la luxation a été produite pendant le choc par la pression directe du poids du cheval sur le bord interne du pied, sinon par l'intermédiaire de l'étrier.

M. le professeur Larrey, mandé immédiatement, trouva les parties dans l'état suivant :

1° Le gros orteil luxé en dehors et en haut, ayant subi un mouvement de torsion sur son axe, et fortement relevé de façon à présenter une direction presque perpendiculaire à celle du métatarsien;

2° Une plaie contuse à bords écartés, mais nettement coupés, située longitudinalement suivant le bord interne du pied, longue de 5 centimètres environ, à partir du niveau de l'articulation métatarso-phalangienne;

3° Entre les deux lèvres de la plaie, faisant saillie au dehors de la tête du premier métatarsien, l'extrémité renflée était entièrement laissée à découvert;

4° Un gonflement considérable, ayant déjà envahi la totalité du pied, s'accompagnait de douleurs vives.

Plusieurs tentatives de réduction, faites avant l'entrée du blessé à l'hôpital et par les chirurgiens de garde, avaient été sans succès.

M. Larrey, après quelques essais, voyant que la réduction ne pourrait être obtenue, malgré le chloroforme, qu'au prix d'efforts plus ou moins violents, préféra s'en abstenir, et pratiquer tout de suite la résection de la tête du premier métatarsien. La section en fut facilement exécutée, à l'aide d'une petite scie, au niveau des bords de la plaie, les parties molles ayant été préalablement refoulées avec un morceau de carton.

Le gros orteil fut aussitôt remis en place, le pied posé sur un coussin élevé, tourné sur son bord externe et soumis à une irrigation continue.

Pendant la nuit suivante, fièvre, insomnie, un peu d'agitation, quelques contractures dans la jambe.

Le 26 juin, le gonflement du pied a augmenté. — Saignée du bras, etc.

Les 27 et 28, les symptômes généraux persistent; cependant pas de délire.

Le 29, plus de contractures dans la jambe. La tuméfaction a notablement augmenté : elle atteint la partie inférieure de la jambe, et occupe toute la face dorsale du pied, qui est très-tendue, chaude, rouge, brunâtre même dans quelques points, sans phlyctènes; on commence à y sentir la fluctuation, mais la face plantaire est restée parfaitement saine.

Le 30 juin, rémission dans les symptômes généraux; pouls moins élevé; un peu de sommeil, etc. Le foyer tend à se limiter sur le dos du pied, bien que l'empâtement remonte toujours jusqu'autour des malléoles.

Le 1er juillet, il survient une large plaque rouge érysipélateuse à la partie inférieure et interne de la jambe, probablement produite par la pression d'une alèze qu'on avait placée en travers. On aperçoit aussi quelques traînées rouges d'angioleucite, remontant jusqu'à la cuisse. Mais aucune de ces complications n'eut de suites graves, et à partir du 3 juillet, on n'eut plus à s'occuper que de la plaie et du foyer qui s'était formé et limité sur le dos du pied. M. Larrey y pratique deux incisions qui donnent issue à du pus mêlé de sang. On cesse l'irrigation et on fait un pansement simple.

Le 1er août, les deux incisions faites sur le dos du pied sont cicatrisées, le gonflement a diminué peu à peu; il ne reste plus qu'un léger empâtement. La plaie de la luxation est réduite à un simple trajet fistuleux conduisant dans un espace assez grand resté vide, à la place de l'articulation métatarso-phalangienne.

Le 18, cette fistule persiste, quoiqu'elle donne lieu à peu de suppuration. Le gros orteil se tenant plus relevé que les autres orteils, on a soin de l'abaisser à l'aide d'une planchette.

Le 1er septembre, le trajet fistuleux est fermé.

On observe alors le tassement du gros orteil, c'est-à-dire que celui-ci est attiré en arrière et qu'il est d'un demi-centimètre moins long que le second orteil. Le blessé commence à se lever en se servant de béquilles.

Octobre. La rétraction en arrière du gros orteil a encore augmenté. Il est maintenant de plus d'un centimètre plus court que le second orteil. Il est mobile et séparé du bout du métatarsien réséqué par un espace dépressible, au niveau duquel on remarque un certain enfoncement. Son extrémité unguéale a encore de la tendance à se relever. La marche reste difficile, parce que la pression du pied sur le sol, au niveau de l'extrémité du métatarsien réséqué, détermine de vives douleurs et de l'œdème.

Mais enfin, en novembre et décembre, le gros orteil, raccourci de deux centimètres, s'est abaissé régulièrement au niveau du second sans perdre de sa mobilité; la saillie légère du métatarsien réséqué s'efface de plus en plus, et la pression de l'extrémité du pied sur le sol, devenue assez facile, est favorisée surtout par une chaussure garnie d'un coussinet.

Ce militaire, sorti du Val-de-Grâce le 22 janvier, a été admis à une pension de retraite, et il se trouve aujourd'hui dans de bonnes conditions pour supporter la marche.

Fracture complète du maxillaire supérieur. — M. RICHET présente un malade dont il rapporte ainsi l'histoire :

J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade traité dans mon service d'une fracture très-rare et dont il n'existe que deux ou trois exemples dans la science, je veux parler de la *fracture isolée et complète du maxillaire supérieur, sans complication de plaie ni d'écrasement.* Voici en peu de mots l'histoire de ce malade.

Le nommé Alric, fort de la Halle, chargeait un sac de farine sur une voiture, lorsque l'échelle qui le portait vint à tourner. Il perdit l'équilibre et tomba la face contre un des degrés de l'échelle avec le sac qu'il avait sur la tête.

Il ne perdit pas connaissance et fut amené de suite à l'hôpital Saint-Antoine, où nous le trouvâmes dans l'état suivant : trois petites plaies contuses existaient à la face, une seule ayant une certaine gravité, en ce sens qu'elle intéressait toute l'épaisseur de la lèvre inférieure à sa base et pénétrait dans la cavité buccale; elle laissait écouler de la salive en assez grande abondance.

Ce qui attire surtout notre attention, c'est l'état des os de la face. Le côté gauche de la mâchoire supérieure paraît un peu enfoncé, et en portant le doigt dans la cavité buccale, on sent le maxillaire supérieur très-mobile en totalité; il paraît effectivement comme détaché des autres os avec lesquels il s'articule cependant d'une manière si solide. En étudiant avec plus de soin dans quels points il se trouve fracturé, on observe :

1° Que la solution de continuité qui passe entre les deux incisives gauches se continue en arrière en suivant la ligne médiane jusqu'au niveau de la portion horizontale de l'os palatin, et se porte à angle droit en dehors en passant en arrière de la tubérosité molaire. L'os palatin ne semble donc pas avoir été compris dans la fracture.

2° L'apophyse montante de l'os maxillaire paraît plutôt disjointe que fracturée, et l'un des os propres du nez, très-mobile, est séparé de l'autre.

3° La portion du bord inférieur qui tient à l'apophyse montante est également mobile; le trait de la fracture, descendant un peu au-dessous de l'os carré, a séparé cet os du maxillaire, et va rejoindre, en arrière de la tubérosité molaire, probablement en passant à travers le sinus maxillaire, celui qui isole le même os du palatin.

Le maxillaire supérieur gauche ainsi séparé de son congénère, des os propres du nez, unguis et planum, de l'os carré, du palatin et de l'apophyse ptérygoïde, est devenu très-mobile, et sa tendance à se déplacer en bas et en dehors est très-marquée. Il doit certainement à la conservation de l'os palatin et de l'apophyse ptérygoïde de ne point se porter en arrière. Sur la ligne médio-palatine existe un enfoncement assez profond par suite de l'élévation de cette partie du fragment, élévation correspondant à l'abaissement de sa portion externe.

Une hémorrhagie abondante a lieu par les fosses nasales; le tamponnement de la narine et la glace ne parviennent que difficilement à l'arrêter.

Après avoir replacé le maxillaire, ce qui d'ailleurs ne présente point de difficultés sérieuses, je cherche à le maintenir par le simple rapprochement des mâchoires, mais inutilement. J'introduis, alors entre les arcades dentaires, un morceau épais de gutta-percha ramollie dans l'eau chaude, présentant en haut et en bas deux ailerons destinés à pénétrer dans les sillons géniens supérieurs pour empêcher le déplacement de l'appareil du côté de la cavité buccale; alors, pendant que la gutta-percha est encore molle, je fais rapprocher les mâchoires de manière que les dents s'y impriment, et je fixe le tout avec une sonde.

Le lendemain et les jours suivants, les choses se passent assez bien; seulement je suis obligé de faire saigner plusieurs fois le malade, et même assez abondamment. Plus tard, il fut pris de douleurs périodiques très-intenses dans la région parotidienne, que j'attribue à une névrite de la cinquième paire, et qui cèdent effectivement à l'usage du sulfate de quinine.

Enfin nous observâmes encore, dans le cours du traitement, un gonflement du sac lacrymal.

Aujourd'hui, après trente-cinq jours, la consolidation de la fracture est complète, ainsi que vous pouvez le voir. Mais il se présente ceci de particulier, que le malade ne peut rapprocher complétement les mâchoires et qu'il reste en avant, entre les incisives, un intervalle assez considérable pour loger le doigt; cela tient à ce que les molaires supérieures du côté fracturé touchent les inférieures longtemps avant que les dents antérieures puissent se rencontrer. C'est qu'en effet, quelques persévérants qu'aient été nos efforts, et, je dois le dire, la docilité du malade, il nous a été impossible de maintenir l'appareil en gutta-percha entre les dents molaires, et qu'il a toujours eu de la tendance à glisser en avant. Aussi l'os a-t-il conservé un peu de cette inclinaison en bas et en dehors que j'ai signalée au moment de l'accident, inclinaison que l'appareil n'a pu suffisamment corriger. C'est donc là le point sur lequel j'attire, pour l'avenir, d'une manière toute spéciale, l'attention et les méditations de mes collègues et de tous les praticiens.

Malgré cet inconvénient, le malade mastique assez bien les corps mous; mais il ne peut facilement diviser ses aliments avec les incisives, il est obligé de les ramener sur les molaires, ainsi que vous pouvez le voir en ce moment; de plus, enfin, il éprouve en mâchant un retentissement douloureux dans tout le côté gauche de la mâchoire et dans l'articulation temporo-maxillaire du même côté.

M. HUGUIER pense que, loin d'être rares, les fractures du maxillaire supérieur sont fréquentes, et que, bien qu'il y en ait peu d'exemples de publiés, on les observe assez souvent.

M. LARREY. Les fractures de l'os maxillaire supérieur ne me paraissent pas aussi rares que le croit M. Richet, sans être pour cela aussi fréquentes que le présume M. Huguier. Réduire à trois le nombre des faits publiés, c'est ne pas tenir compte de ceux que l'on pourrait trouver encore, et qui appartiennent à divers chirurgiens.

J'ai vu, pour ma part, plusieurs cas de fractures de la mâchoire supérieure par des coups de feu, et j'en ai relaté quelques-uns. Les tentatives de suicide par coups de pistolet en fourniraient à elles seules beaucoup d'exemples épars dans les annales de la chirurgie.

Mais en laissant de côté les observations de ce genre, on citerait en-

core des fractures dues à d'autres causes directes. Il en même qui ont été produites par des causes indirectes ou par contre-coup. Tels sont deux faits curieux publiés autrefois par notre éminent collègue M. Jules Cloquet. Il s'agissait, dans l'un de ces cas, d'une fracture de la mâchoire supérieure occasionnée par un singulier mécanisme. L'ouvrier machiniste d'un théâtre étant tombé dans une trappe, était resté suspendu par le menton sur le bord de l'ouverture, tandis que la trappe elle-même, d'un poids considérable, s'était rabattue sur la tête de ce malheureux.

Le mémoire de M. Cloquet indique d'ailleurs aussi des faits de fractures ou d'écrasement de la mâchoire supérieure par cause directe,

M. DEGUISE fait observer qu'on pourrait rendre la mastication plus facile en arrachant les molaires de l'os fracturé qui empêchent le rapprochement des arcades dentaires.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— A l'occasion de l'atrésie de l'anus, dont M. Boinet a entretenu la Société dans la dernière séance, M. Guersant rapporte que dans un cas analogue, il fit pénétrer dans l'ampoule un cathéter cannelé, dont il se servit pour diviser les parties par une opération semblable à la taille bilatérale. Il fit d'abord une incision en se dirigeant sur la cannelure du cathéter, puis il introduisit un lithotôme double, dont il se servit pour agrandir cette première ouverture. Il plaça une canule de gomme élastique à demeure. Après la guérison, l'enfant rendait les matières par l'ouverture artificielle, mais il en sortait toujours un peu par le vagin. M. Guersant ajoute qu'on est forcé de mettre constamment une canule quand on n'a pas fixé la muqueuse rectale au dehors ; c'est ce qui lui est arrivé dans une douzaine de cas environ.

M. VERNEUIL prend acte de cette déclaration et fait remarquer que, d'après cela, on peut regarder le résultat comme à peu près nul, puisque, si la vie est prolongée, elle ne l'est pas au delà de deux à trois ans. Il demande à M. Guersant si dans certains de ces cas il aurait pu amener la muqueuse à l'extérieur et la coudre avec la peau.

M. GUERSANT répond que cela est quelquefois possible, mais que souvent cela ne l'est pas. Il rapporte ensuite un cas rare qui s'est présenté à son observation.

Cloison membraneuse à la réunion du cœcum et du côlon ascendant. — On amena à l'hôpital un enfant qui depuis sa naissance n'avait pas eu de garde-robes, et qui rendait du méconium par le vomissement. L'anus existait ; une sonde introduite dans le rectum penétra très-haut. Ne sachant pas à quelle hauteur se trouvait l'obstacle, M. Guersant renonça à aller chercher le bout de l'intestin à travers la paroi abdominale et ne pratiqua pas d'opération ; l'enfant mourut. A l'autopsie, on trouva le cœcum séparé du côlon par une cloison. Tout le côlon était vide et très-étroit, le cœcum et l'intestin grêle étaient distendus par le méconium.

CORRESPONDANCE.

M. . Raimbert, médecin de l'hôpital de Châteaudun, qui avait déjà adressé un mémoire pour obtenir le titre de membre correspondant, adresse les travaux suivants :

Nouveau procédé de trachéotomie.

Observation de vomissements incoërcibles, avortement provoqué, mort.

Observation d'un prolapsus du rectum, traité par l'écrasement linéaire.

Renvoi à la commission, composée de MM. Cazeaux, Laborie, Jarjavay.

— La Société reçoit les numéros 2 et 3 du tome XVI du *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique.*

Reprise de la discussion sur le traitement des hémorrhoïdes par l'écrasement linéaire.

M. LENOIR. Je m'applaudis d'avoir ramené la discussion sur le traitement des hémorrhoïdes par l'écrasement linéaire, puisque, dans cette discussion, vous avez entendu des opinions évidemment compétentes se produire, je ne dirai pas sur la gravité, mais, au moins, sur l'absence complète d'innocuité dont on a cherché à doter ce nouveau mode de traitement. En prenant la parole en ce moment, je n'ai d'autre intention que de constater qu'il n'existe entre M. Chassaignac et moi que de faibles dissidences sur les points que j'ai attaqués dans son travail, et pour cela je vais reprendre les principales objections que je lui ai faites, et répondre aux arguments qu'il leur a opposés.

J'avais dit que le nombre des opérations exécutées sur des hémorrhoïdes, au moyen de l'écraseur linéaire, me paraissait considérable eu égard au peu de temps depuis lequel cet instrument est inventé. Je puis, à présent, étayer mon opinion de celle de notre collègue M. Michon, qui vous a dit qu'il doutait que Dupuytren et Roux, dans leur longue carrière, eussent eu occasion d'opérer un nombre aussi grand d'hémorrhoïdaires que notre collègue M. Chassaignac en a opéré en deux ans. Que nous a-t-on répondu? que ce nombre insolite d'opérations était le résultat de la notoriété publique qui s'était attaché à l'instrument et à son auteur, et qui avait attiré à ce dernier plus de malades affectés d'hémorrhoïdes qu'à tout autre chirurgien. J'admets cet effet de la notoriété sur le chiffre très-élevé des observations de la deuxième série, mais je ne puis l'admettre sur celui de la première ; car enfin cette notoriété n'existe que depuis la publicité donnée aux faits de cette première série.

J'avais cherché à expliquer ce graud nombre d'opérations, en pensant que l'auteur avait cédé à une pente à laquelle se laissent trop facilement aller les inventeurs d'instruments, et je citais à l'appui de cette thèse trois observations où l'opération pratiquée ne m'avait pas paru suffisamment indiquée. M. Chassaignac me semble avoir passé condamnation, au moins sur les trois faits; car il avoue que, dans ses premiers essais, il avait dû par humanité appliquer son écraseur à des cas simples. Or, substituons à ces mots, *cas simples*, ceux de cas où l'on eût pu guérir les hémorrhoïdes par les moyens ordinaires, et nous serons d'accord.

Enfin, quant à la question des rétrécissements de l'anus, qui, à mon sens, doivent suivre fréquemment l'opération, et à celle des dangers nombreux qui peuvent naître dans un temps plus ou moins éloigné de la suppression complète des hémorrhoïdes par une opération, j'avais dit que les faits produits par l'auteur étaient encore trop récents, et les malades trop faciles à perdre de vue, pour qu'il soit aujourd'hui permis d'émettre sur ces deux sujets autre chose que des doutes. M. Chassaignac a répondu qu'il s'était fait un devoir de consigner dans son ouvrage tous les résultats de ses opérations qui étaient venus à sa connaissance; mais que comme il n'avait pu suivre tous ses opérés depuis, il n'était pas en mesure de parler de l'état actuel de plusieurs d'entre eux. Je n'avais pas dit autre chose.

On m'a reproché à plusieurs reprises, dans le cours de cette discussion, une prétendue confusion que j'aurais faite entre les observations consignées dans l'ouvrage publié et celles qui font partie du mémoire lu devant vous. Je tiens à vous montrer qu'il n'y a pas eu confusion de ma part, car j'avais eu soin d'avertir que, n'ayant pas assisté à la lecture du mémoire soumis par notre collègue à la Société, je me bornerais à présenter la critique des observations consignées dans un livre récemment écrit par lui, et dont le mémoire ne me paraissait être que la suite ou le complément. Or, il s'est trouvé qu'en me renfermant dans ce cercle assez étroit, j'étais cependant, sans m'en douter, entré un peu dans le sujet mis en discussion ; car sur les 23 observations que j'ai analysées dans mon travail, 13 en avaient été distraites par leur auteur pour faire partie du mémoire dont il voulait qu'on s'occupât exclusivement. Voici comment les choses se sont passées : notre collègue a opéré, depuis 1853 jusqu'en janvier 1857, 57 cas d'hémorrhoïdes. Sur ce nombre, il n'en a publié que 23 dans son livre (ce sont celles que je vous ai fait connaître) ; les autres sont encore inédites, et n'ont pas même été lues ici. Or, en vous présentant son mémoire, qui est en grande partie fait avec le chapitre *Hémorrhoïdes* de son ouvrage, il pouvait, ou bien mettre de côté les 23 cas déjà connus, ou bien les rappeler, et les faisant suivre des observations nouvellement recueillies, dresser une statistique complète de ses succès et de ses revers. Ce n'est point ainsi qu'a procédé notre collègue ; il a continué à faire deux catégories de ses opérations, dont une première, composée des 10 premiers faits déjà consignés dans son livre, donne un mort; et une seconde, qui comprend les 13 derniers faits de ce livre et 34 nouveaux encore inédits, donne en tout 47 faits, sur lesquels il y a 47 succès !

Comment M. Chassaignac ne s'est-il pas aperçu qu'en faisant deux catégories aussi inégales de ses observations, il donnait gain de cause à deux des remarques critiques que je lui ai soumises, car en prenant sa première série de 10 opérés dont un mort, j'aurais beau jeu à lui montrer que son opération n'est pas dépourvue de tout danger: et en prenant sa seconde série de 47 opérés en deux ans, qu'il n'est pas suffisamment modéré dans les opérations qu'il pratique sur les hémorrhoïdes. Mais je me borne à vous signaler ce procédé de statistique sans le juger.

Encore un mot. J'avais engagé M. Broca à rectifier le chiffre de 47 succès sur 47 opérations qu'il avait annoncé dans une discussion qui a précédé mon travail, parce que j'avais cru que M. Chassaignac nous avait donné une statistique complète de ses faits. Je sais aujourd'hui qu'il n'en est rien, que ce chiffre de succès est exact, j'ai dit pourquoi; aussi n'insisterai-je pas sur la rectification que j'avais demandée; mais qu'il me soit permis de m'étonner que M. Broca, qui fait souvent de la critique, et qui la fait bonne, ait consenti à répéter un chiffre aussi incroyable, quand les faits sur lesquels il repose n'étaient qu'incomplétement connus de lui, qu'il ne les avait ni examinés ni commentés.

Pour moi, je ne parlerai de ces faits nouveaux que quand ils auront été publiés, et je les analyserai avec le bienveillant intérêt que je porte à la personne et aux travaux de M. Chassaignac. Estime pour les personnes et libre examen des ouvrages, a toujours été le principe qui m'a guidé dans les critiques que je me suis imposé la tâche de faire jusqu'à présent.

M. BROCA fait observer qu'il était, pour la vérification des 47 faits rapportés par M. Chassaignac, dans la même position que M. Lenoir; et que d'ailleurs il était peu important, à son point de vue, de les critiquer, puisqu'il n'en parlait que pour dire qu'il serait possible de trouver une pareille série de guérisons obtenues par la cautérisation.

M. CHASSAIGNAC ne peut admettre que ce soit un témoignage de bienveillance à son égard, que d'insinuer qu'il a annoncé des faits qui ne sont pas exacts. Il aimerait mieux qu'on l'attaquât franchement.

M. Lenoir a attaqué un mémoire qu'il n'avait pas lu, à l'aide de matériaux puisés dans un livre publié antérieurement. Il dit qu'il n'avait pas le mémoire à sa disposition ! mais il avait dans la *Gazette des Hôpitaux* un résumé étendu de ce travail.

On s'étonne de trouver un nombre considérable d'observations dans le mémoire de M. Chassaignac; on dit que la pratique de Boyer et de Dupuytren n'en offre pas autant. Mais cela ne signifie rien, car ces chirurgiens peuvent très-bien n'avoir pas publié toutes leurs opérations, et n'ayant à leur disposition que des procédés très-dangereux, ils n'opéraient les hémorrhoïdes qu'à la dernière extrémité. D'ailleurs il est facile de s'assurer par les observations authentiques du nombre d'opérations pratiquées par M. Chassaignac, et il a déjà dit qu'il apportait dans l'expérimentation toute la prudence possible lorsqu'il s'agit d'employer un procédé nouveau sur l'homme vivant. Il est parfaitement vrai que, depuis le 1[er] janvier 1855, il n'a pas perdu un seul malade à la suite de l'écrasement des hémorrhoïdes.

Pour les rétrécissements consécutifs du rectum, M. Lenoir en compte quatre ; dans le livre de M. Chassaignac, on en trouve trois, et sur ces chiffres il y en a deux qui n'ont rien à faire dans la question du traitement des hémorrhoïdes. On demande s'il n'y en a pas eu d'autres; mais tout le monde sait combien il est difficile de suivre les malades longtemps après leur guérison, et M. Chassaignac s'est contenté de dire qu'il n'avait pas observé de rétrécissements.

Enfin, on s'est plaint de ce que les faits de la première série n'avaient pas été lus devant la Société; mais M. Chassaignac ne pouvait pas venir lire quarante-sept observations. D'ailleurs cette exigence ne serait tout au plus admissible que vis-à-vis d'un homme qui n'aurait pas fait ses preuves, à qui on pourrait demander de justifier de la rectitude de son jugement et du soin qu'il apporte dans l'observation des malades.

— A cinq heures, la Société se constitue en comité secret.

Le secrétaire, DESORMEAUX.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Roux, né à Mesnil-Hubert (Orne) ; *De la lymphadénite cervicale indépendante de la scrofule.*

Guimberteau, né à Macau (Gironde) ; *Du traitement chirurgical des épanchements pleuraux.*

Parrot, né à Coidenil (Dordogne); *Propositions de médecine.*

Un journal, se bornant à enregistrer chaque jour, sans parti pris, tous les faits qui peuvent se produire, représente certainement la meilleure source où puisse venir puiser l'historien. Ce journal existe: c'est le *Moniteur*. Il est donc non-seulement curieux, mais du plus haut intérêt, de chercher dans ces pages, d'une exactitude historique rigoureuse, les grands événements qui ont agité notre pays. Le *Moniteur de la Révolution* est, à ce titre, le monument le plus précieux de l'histoire de cette époque ; et il est facile de s'expliquer le succès obtenu par son éditeur, qui, par une nouvelle combinaison, a su en rendre l'acquisition facile pour toutes les fortunes.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 26. — MARDI 3 MARS 1857. (30e ANNÉE.) N° 26. — MARDI 3 MARS 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abo[illegible] les Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne q[illegible] demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 MARS 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

Personne ne s'étonnera de nous voir faire intervenir ici, malgré notre incompétence, une question d'astronomie. La médecine, qui touche à tant de choses, n'a, il faut en convenir, que des rapports bien rares et bien éloignés avec cette science ; mais le médecin, à qui rien n'est étranger, ne peut rester indifférent aux grands phénomènes de la nature. Il le peut d'autant moins, qu'il est mieux que tout autre à même, par ses contacts continuels avec toutes les classes et tous les rangs de la société, de répandre en mainte occasion des notions utiles et de redresser par des idées saines et justes les préjugés ridicules ou dangereux de l'ignorance. C'est surtout dans les campagnes que ce rôle acquiert une réelle importance; c'est là surtout que le médecin doit s'efforcer de justifier avec la confiance qui le fait praticien l'autorité que lui donne son titre de docteur. Nous pensons que ceux de nos confrères qui se trouvent plus particulièrement dans cette position nous sauront gré de les mettre en mesure de dissiper les appréhensions qu'a fait naître depuis quelque temps dans le public l'annonce d'un événement astronomique prochain, en mettant sous leurs yeux quelques-unes des considérations intéressantes que M. Babinet a développées dans la dernière séance de l'Académie sur ce sujet.

Tous les astronomes sont d'accord que la masse et la densité des comètes sont très-petites, et que leur attraction ne peut produire aucun effet sensible sur le mouvement des corps planétaires. Il y a plus, les faits observés, combinés avec les lois de l'optique, permettent de déduire cette conclusion, que le choc direct d'un de ces corps ne pourrait pas faire pénétrer, même dans notre atmosphère, la matière infiniment peu dense dont ils sont composés. C'est ce que M. Babinet s'est proposé de démontrer en établissant, par des faits d'observation, que l'interposition d'une comète éclairée par le soleil n'affaiblit pas sensiblement l'éclat d'une étoile devant laquelle elle forme un rideau lumineux. Calculant d'après la faiblesse de l'éclat qu'une comète emprunte au soleil, et d'après l'épaisseur connue de la substance cométaire, le rapport de sa densité avec celle de l'atmosphère de la terre, le savant astronome est arrivé à ce résultat : que pour qu'une comète fût équivalente à notre atmosphère, il faudrait qu'elle fût 45 millions de milliards de fois plus compacte qu'elle ne l'est. Ou en d'autres termes plus précis, la densité de la substance d'une comète est inférieure à celle de l'atmosphère terrestre diminuée par l'énorme diviseur quarante-cinq millions de milliards.

D'après d'autres calculs de M. Babinet, une lame d'air ordinaire d'un millimètre d'épaisseur, transportée dans la région d'une comète et éclairée par le soleil, serait beaucoup plus brillante que la comète. Enfin, calcul fait du rapport de la masse et de la densité d'une comète avec la masse et la densité moyenne de la terre, il en résulterait qu'une comète grosse comme la terre aurait pour poids seulement 30,000 kilogrammes, ou le poids de 30 mètres cubes d'eau.

On voit d'après cela, ce que pourrait être le choc d'une substance si peu compacte, qu'elle ne pourrait pénétrer aucune parcelle de notre atmosphère, même dans ses parties les plus dilatées ; si l'on réfléchit, surtout, que d'après des expériences connues, les gaz perdent leur propriété élastique bien avant d'être réduits à une si faible densité. Il est clair que si ces faits étaient plus généralement connus, ils préviendraient de bien chimériques préoccupations.

Mais descendons du ciel où nous nous sommes un instant indûment introduit, pour signaler quelques travaux d'une portée moins élevée, quoique non moins utiles à notre point de vue. On trouvera dans le compte rendu de la séance une analyse d'une communication de M. Stoltz sur l'accomodation de l'œil aux diverses distances ; l'extrait d'un mémoire de M. Ph. A. Vinson sur une maladie très-peu connue en Europe, l'ulcère contagieux de Mozambique; les conclusions d'un mémoire de M. H. de Martinet sur une affection spéciale aux mécaniciens et aux chauffeurs attachés aux chemins de fer, sujet traité récemment par M. Duchesne; et une nouvelle communication de M. Philipeaux sur l'innocuité de l'ablation des capsules surrénales, en opposition avec les faits énoncés par M. Brown-Séquard dans son dernier mémoire.

Dr Brochin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. L. ORFILA, professeur-agrégé.

Mécanisme de l'action du poison. — Absorption (1).

Maintenant vous connaissez les effets généraux que produisent les poisons, et vous êtes impatients d'apprendre de quoi dépend leur mode d'action. Vous vous demandez pourquoi l'opium détermine le narcotisme ; pourquoi la strychnine donne lieu à des convulsions. Malheureusement je ne pourrai pas vous satisfaire sur ce point : l'essence du *mode d'action* des poisons a encore échappé à toutes les recherches, et le voile ne sera probablement pas soulevé de longtemps. Lorsqu'une substance toxique produit sur un animal ses effets délétères, c'est en vertu d'une action que les études les plus attentives ne nous ont pas encore fait connaître. Les phénomènes morbides que présente l'animal sont les manifestations de cette action. L'ensemble de ces manifestations, quand il y a une différence notable, nous porte à penser que deux poisons n'agissent pas de la même manière, *suivant le même mode*, mais voilà tout. Nous en sommes réduits à des conjectures, fondées sur des phénomènes dont nous sommes témoins : l'état actuel de la science ne permet pas de donner des explications. Celles qui ont été proposées jusqu'à présent témoignent bien de l'imprudence de pareilles tentatives. A mon avis, ce serait abuser de votre temps et fatiguer inutilement vos esprits que de vous en faire le tableau. Ces explications sont toutes mauvaises; ou elles n'expliquent rien, ou elles sont empruntées à des idées systématiques, dont la justesse n'est rien moins que démontrée.

Mais si nous nous bornons modestement aux premières difficultés, aux éléments du problème; si, sans nous inquiéter de la nature de l'action exercée par le poison, nous examinons les conditions matérielles, les rouages, passez-moi le mot, nécessaires à cette action, et le jeu de ces rouages; si nous étudions ce qu'on peut appeler le *mécanisme de l'action des poisons*, nous arriverons à des résultats précieux. Pour faire cette étude, divisons les effets produits par les substances vénéneuses en deux groupes. Distinguons l'*action locale immédiate* et l'*action à distance* ou *médiate*.

Les effets du premier groupe consistent dans des lésions plus ou moins profondes des tissus avec lesquels le poison a été mis en contact : inflammations à divers degrés, corrosion, destruction complète; à ces lésions viennent s'ajouter des troubles fonctionnels de l'organe intéressé. Tous les poisons ne donnent pas lieu à ces lésions ni à ces troubles ; tous ne déterminent pas une action locale, et aussi cette action est variable : tel poison qui dans certains cas détermine des effets locaux très-importants, peut, dans d'autres circonstances, ne pas exercer la moindre action locale.

On réunit dans le second groupe tous les phénomènes morbides,

(1) Suite. — Voir les nos des 23 décembre 1856, 8 et 29 janvier 1857.

FEUILLETON.

L'AMI DES SCIENCES. — Le baromètre à balance. — Le véritable inventeur des fusées à la Congrève. — La femme chez les Persans.

L'*Ami des Sciences* publiait dans son dernier numéro la petite note suivante :

« La *Gazette des Hôpitaux* a eu l'heureuse pensée d'adjoindre à sa » rédaction spéciale un feuilleton scientifique. Très-certainement ses » lecteurs ne considéreront pas cette innovation comme un hors-d'œuvre. » M. le docteur E. Renaud, à qui est confié le soin de la réaliser, en a » mis tout de suite l'exécution à la hauteur de l'idée. »

Sans accepter complétement tout ce que ces quelques mots ont de bienveillant pour nous, il nous est cependant difficile de ne pas nous trouver encouragé par l'appréciation de notre honerable confrère. Nous avions cru, en effet, que hors des matières essentiellement médicales, il y avait une mine à explorer. Les médecins n'ont pas généralement le temps de s'occuper de toutes les nouvelles manifestations de la science ; leurs journées sont trop laborieuses, et cependant, qui a plus besoin qu'un médecin de se tenir au courant de tout ce qui est à l'ordre du jour?

Une petite revue venant de temps en temps faire passer sous leurs yeux ce qu'il y a d'intéressant non-seulement dans l'ordre des sciences, mais souvent même dans l'ordre de la littérature et des événements du jour, est donc un travail qui a sa raison d'être.

Espérons que notre confrère est dans le vrai, en pensant que ce feuilleton n'aura point semblé un hors-d'œuvre à nos lecteurs. Son attention bienveillante sera pour nous un nouvel encouragement. Qu'il reçoive donc ici tous nos remercîments; ils sont d'autant plus sincères, que l'*Ami des Sciences* a souvent servi bien heureusement notre inspiration.

— A peine remis de la vie tumultueuse qui pendant trois longs jours étreint de ses bruyantes clameurs tous les sages et tous les fous, il est un peu dur de reprendre immédiatement le manuscrit des savants et de redire le sévère langage de la science. Une petite excursion dans un autre ordre d'idées serait peut-être plus facilement supportée. Nous allons en faire l'essai. Mais pour contenter tout le monde — si faire se peut, — nous allons, chers lecteurs, attirer un instant votre attention sur le baromètre à balance que vient d'imaginer un physicien justement estimé, le P. Secchi.

Un mot d'abord sur l'idée qui en a dirigé la construction.

Quel sera l'effort nécessaire pour soulever le tube d'un baromètre à cuvette, dont le diamètre soit d'environ 15 millimètres, la cuvette étant placée sur une table et le tube cylindrique facilement maniable? Il sera égal à l'effort exercé par l'atmosphère sur le mercure de l'instrument; il faudra donc soulever ce mercure. Partant de cette donnée, on va pouvoir peser réellement la pression atmosphérique. Il suffira d'attacher le baromètre à un plateau de balance, de charger le second plateau de poids, et à chaque variation il sera évidemment nécessaire de faire un changement dans les poids.

Est-il besoin d'ajouter que, pour obtenir la valeur de la pression absolue sur l'unité de surface, il faudrait tenir compte du poids du tube, de la portion de poids perdue par sa partie immergée et surtout de sa section intérieure. Cette section du tube a un caractère fort important, car en l'augmentant on peut accroître autant qu'on veut la force qui agit sur l'instrument. Que la section du tube soit représentée par 10 centimètres carrés et que la pression varie de 1 centimètre de hauteur, le poids total à ajouter au second plateau sera de 135 grammes, autrement 10 centimètres cubes de mercure; si au contraire le tube avait 1 centimètre carré de section, il ne faudrait plus que 13 grammes 5. Cette observation pourra avoir de l'influence sur la sensibilité de l'instrument.

Nous arrivons maintenant à la description de l'appareil.

Au bras d'un levier (balance, romaine, etc.), on attache librement le tube barométrique, de 15 millimètres de diamètre; à ce levier, on adapte une aiguille qui, se mouvant sur échelle graduée, peut facilement donner les variations de pression. La variation d'un dixième de ligne peut être accusée par l'instrument que le P. Secchi a fait construire.

On voit que cet instrument est excessivement simple dans sa facture; mais quels sont les avantages qu'il peut offrir? Nous allons les présenter en quelques propositions.

D'abord, la pression n'étant plus mesurée par la hauteur, mais pesée, on pourra employer un métal ou une matière quelconque pour sa construction; le fer, qui ne s'amalgame pas, y trouvera parfaitement son emploi.

Si la section du tube et la force et le poids vont conjointement en augmentant, pourquoi ne pas se servir de cette force comme moteur et appliquer son action à un crayon attaché au bras de levier? Il marquerait les variations sur un papier en mouvement, le frottement serait alors vaincu par l'excès de la force motrice.

Enfin, à l'aide de leviers et d'engrenages, on pourra sans nuire à la précision nécessaire augmenter l'échelle des observations.

— *Suum cuique*. On sait avec quelle facilité les idées françaises ont été exploitées en pays étranger, et comment de grandes découvertes dues à l'esprit français n'ayant pu recevoir leur application chez nous, deviennent la conquête de l'étranger. C'est un fait malheureusement trop positif pour qu'il soit nécessaire d'invoquer des exemples à l'appui. Nous n'avons ici qu'à regretter la direction de notre esprit, qui ne nous permet pas de faire aux idées neuves et originales un accueil plus empressé. Aujourd'hui, il nous faut encore exhumer un nom tombé

lésions ou symptômes dont le siége se trouve dans les organes éloignés du point sur lequel le poison a été appliqué ; excepté la rate et le pancréas, sur lesquels on n'a pas encore constaté une action évidente, il n'est pas un organe qui ne soit lésé par un poison ou par l'autre.

Dans ces effets produits à distance, il faut distinguer, du reste, l'action directe *primitive* de l'action indirecte *consécutive*. Lorsque plusieurs fonctions sont troublées en même temps, il faut reconnaître si tous ces troubles sont dus à l'action directe du poison sur plusieurs organes, ou si quelques-uns sont seulement produits par cette action, les autres n'étant que la conséquence d'une première perturbation. La différence n'est pas facile à faire, et, suivant moi, dans l'état actuel de la science, elle n'est possible que dans un petit nombre de cas. Souvent on a attribué, sans preuves suffisantes, à l'action directe du poison, des symptômes qui ne sont peut-être que le résultat de cette action. La relation entre les fonctions du système nerveux, du cœur et des poumons (et ces fonctions, comme vous le savez, tiennent toutes les autres sous leur dépendance), est tellement intime, que le trouble des unes ne peut pas ne pas retentir sur les autres, et il est souvent bien difficile de reconnaître lesquelles ont été atteintes les premières.

Quelques substances toxiques exercent bien une action nettement limitée sur un organe ; par exemple, la noix vomique agit seulement sur la moelle épinière, et tous les symptômes qu'elle détermine se rattachent à cette action. L'opium produit sur le cerveau un effet direct, qui se traduit par une suspension des fonctions de relation ; les autres effets ne viennent que longtemps après celui-là, et en sont la conséquence. Mais presque tous les poisons agissent sur plusieurs organes à la fois, et la variété des effets qu'ils produisent, suivant, du reste, des circonstances difficiles à apprécier, complique singulièrement l'étude que nous en essayons en ce moment. L'action principale de quelques-uns porte, il est vrai, constamment sur certains organes de préférence, mais cette action n'est pas la seule, et doit se rattacher à une cause générale dont il ne nous est pas encore loisible d'apprécier l'influence. Ainsi, les préparations mercurielles exercent sur les glandes salivaires, les cantharides sur les organes urinaires, une action spéciale et constante. Mais ce ne sont là que des phénomènes d'une importance secondaire ; on ne peut vraiment pas admettre qu'ils entraînent les troubles graves et nombreux dont ils sont accompagnés.

Ici je m'arrête : j'ai cru devoir vous présenter cet aperçu, mais j'ai hâte de quitter cette digression épineuse, encombrée d'hypothèses, et jusqu'à présent stérile pour la toxicologie, afin de rentrer dans notre sujet principal.

Il n'est pas difficile de concevoir comment une substance peut déterminer des lésions sur les tissus qu'elle touche ; mais il n'est pas aussi aisé d'expliquer comment une substance introduite dans l'estomac peut déterminer des troubles graves de la circulation et de l'innervation, et des lésions du cœur, des poumons ou des centres nerveux.

On ne comprend pas tout d'abord comment une substance déposée dans une plaie faite à la cuisse d'un animal produit des lésions de la muqueuse stomacale. Est-ce à un simple retentissement du trouble d'un organe sur toute l'économie ou sur quelque organe, à une *sympathie* transmise par les nerfs, que doit être attribuée l'action des poisons à distance? Au siècle dernier, cette explication était en grande faveur : c'était presque la seule qui fût donnée. Aujourd'hui elle ne peut pas être acceptée. Sans contredit, dans certains cas, c'est par *sympathie* que des fonctions dévolues à des organes éloignés du point d'application peuvent être troublées. Lorsque l'action locale est profonde, il y a un retentissement comme à la suite d'une plaie; il y aurait aveuglement à le nier ; mais aussi il y aurait erreur à faire intervenir la *sympathie* dans les cas où l'action locale est nulle ou insignifiante. En effet, dès 1781 Fontana remarquait et consignait dans son *Traité du venin de la vipère*, que les strychnos amers ne produisent pas d'effets toxiques lorsqu'ils sont appliqués sur les centres nerveux, sur le trajet ou sur l'extrémité des nerfs. Depuis, Delisle et Magendie ont observé le même fait sur l'upas tieuté, et d'autres expérimentateurs, Wedemœyer, Emmert, ont répété l'expérience avec l'acide prussique et d'autres poisons.

Il faut donc renoncer à cette explication pour tous les poisons qui n'exercent pas une action locale profonde ; et, pour ceux dont l'action locale n'est pas constante, il faudrait admettre que les effets ne sont pas toujours dus à une même cause. Nous serions donc bien souvent embarrassés si les conquêtes modernes ne nous fournissaient le moyen de nous passer de l'intervention mystérieuse de la *sympathie*.

Aujourd'hui nous pouvons suivre le poison pénétrant dans le torrent de la circulation, traversant tous les organes et tous les tissus : il est incontestablement démontré que les poisons sont *absorbés*. Si nous ne pouvons pas prétendre connaître l'action intime des poisons, au moins nous pouvons nous rendre naturellement compte des lésions et des troubles qu'ils produisent sur les organes éloignés du point d'application....

Mais je ne veux pas me borner à ce simple énoncé. Il faut que nous nous arrêtions plus longtemps à l'étude de l'absorption.

Absorption. — Je viens de vous dire que les strychnos amers, l'upas tieuté, etc., n'agissent pas quand ils sont appliqués sur les nerfs; au contraire, ces substances exercent une action très-prompte et très-marquée dès qu'elles pénètrent dans le sang. Avec ces données, bien établies par Fontana, il était déjà permis de supposer que les poisons n'agissent qu'après avoir été absorbés ; mais il était réservé aux physiologistes de ce siècle de bien établir l'exactitude de cette présomption. Delisle et Magendie, Brodie, Panizza, Emmert, Ségalas, et enfin Antonio Rostelli et Gaetano Stranbio, par des expériences variées et en employant divers poisons, ont montré que l'action des poisons ne se propage pas par les nerfs, mais bien par le sang. Je vais mettre sous vos yeux celle de ces expériences qui est la plus probante.

Voici deux lapins bien mutilés : tous les deux ont subi l'amputation d'une patte ; seulement les portions inférieures du membre amputé ne sont pas complétement séparées: chez l'un de ces animaux, elles tiennent au reste du corps par l'artère et la veine crurales ; chez l'autre, par le nerf sciatique. Nous plaçons sur les plaies des portions inférieures quelques gouttes d'acide prussique concentré ; vous voyez que l'un de ces animaux présente déjà les signes de l'empoisonnement par l'acide prussique, tandis que l'autre ne donne aucun signe d'empoisonnement. Le poison agit sur l'animal dont les vaisseaux ont été respectés ; il reste inerte chez l'autre.

Vous êtes tout prêts à accepter cette expérience comme preuve irrécusable. Eh bien, on a fait des objections qui ne manquent pas de valeur. D'une part, a-t-on dit, les vaisseaux qui ont été conservés renferment des nerfs ; d'autre part, le nerf que vous conservez, faute d'être arrosé par le sang, a perdu son action. On a donc coupé aussi les vaisseaux, et on les a remplacés dans une certaine longueur par des tuyaux de plume ; le poison a encore déterminé ses effets. On a d'ailleurs conservé les vaisseaux en même temps que le nerf afin qu'il reçût l'influence du sang, en ayant seulement soin de couper la veine, de manière que le sang qui a pu toucher le poison ne rentre pas dans la circulation générale ; dans ces conditions, le poison n'a produit aucun phénomène morbide. Ces deux dernières expériences sont venues corroborer les premières ; elles montrent non-seulement que l'action se propag[e] par le sang, mais aussi qu'elle ne se propage pas par les nerfs.

Voulez-vous encore une expérience d'un autre genre qui dé[-]montre l'absorption ? Placez une dissolution toxique dans une ca[-]vité fermée, dans le péritoine, par exemple, chez un animal vivant, et au bout de quelque temps vous pourrez vous assurer que la dissolution a complétement disparu ou singulièrement diminué. Christison et Coindet ont plusieurs fois observé ce fait. Ils ont, par exemple, injecté 100 grammes environ d'une dissolution d'acide oxalique dans le péritoine d'un chat ; ils ont tué l'animal quatorze minutes après, et en faisant l'ouverture avec soin, de manière que le liquide ne pût s'échapper par la plaie, ils ne retrouvèrent que 3 grammes à peine. Evidemment la portion de la dissolution qui manquait avait été absorbée. Orfila, de son côté, a fait des expériences semblables et conduisant à des conclusions analogues. I[l] plaçait un sachet de linge très-fin renfermant une quantité déter[-]minée d'un poison, acide arsénieux, émétique, acétate de plomb, dans une plaie faite à un animal. Quand l'animal était mort, il reti[-]rait le sachet de la plaie, le débarrassait du sang dont il était im[-]prégné, et par des pesées faites avec les précautions nécessaires, i[l] pouvait déterminer la quantité de substance toxique qui avait dis[-]paru. Que pouvait être devenue cette portion de substance ? Évi[-]demment elle avait été absorbée; car la plaie n'en retenait pas. D'ailleurs, les recherches chimiques faisaient découvrir cette sub[-]stance dans les différents organes. Mais n'anticipons pas ; réservons pour une étude spéciale les preuves les plus fortes de l'absorption, celles que la chimie est venue ajouter aux résultats des vivisections.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

Kyste volumineux de la partie inférieure de la cuisse droite simulant une hydarthrose et traité par la ponction et l'injection iodée. — Guérison.

L'observation suivante, intéressante sous plusieurs rapports, et que nous devons à l'obligeance de M. Demarquay, a été recueillie par M. Charnal, interne du service de M. Monod.

Le nommé Joinni G..., âgé de cinquante-quatre ans, originaire de Bergame, en Italie, vint en France très-jeune pour y étudier la profession de cuisinier, qu'il exerce encore aujourd'hui. Sa santé générale a toujours été très-bonne; quelques chaude-pisses et un chancre furent les seuls accidents qui marquèrent sa jeunesse.

Le 14 janvier 1857, Joinni entre à la Maison de santé pour se faire débarrasser d'une tumeur volumineuse qu'il porte à la partie antéro-interne et inférieure de la cuisse droite.

Voici ce qu'il raconte au sujet de l'origine et du développement de cette tumeur :

Il y a vingt-cinq ans environ, il fit une chute sur le genou droit, qui devint aussitôt très-volumineux ; 24 sangsues, un séjour au lit de cinq ou six semaines firent disparaître le gonflement, mais l'articulation conserva pendant plusieurs années une certaine roideur.

Sept ou huit ans plus tard, G... ressentit au-dessus du bord supérieur de la rotule une douleur assez vive, qui dura peu et ne le força pas à interrompre son travail.

Il y a sept ans seulement qu'il commença à remarquer à la partie interne et inférieure de la cuisse une tumeur allongée verticalement et présentant une disposition fusiforme. Vers cette époque, il fit un voyage en Italie, où il séjourna quinze mois; pendant ce temps, bien qu'il ne fît aucun traitement, il vit sa tumeur disparaître presque complétement.

Rentré en France, la tumeur reparut, et persista pendant un second voyage qu'il fit en Italie; mais à son retour, il y a deux ans, il tomba malade à Marseille, et fut forcé de garder le lit 42 jours.

Pendant ce repos forcé, la tumeur disparut une seconde fois pour reparaître de nouveau quelques mois plus tard.

---

dans l'oubli, et effacer un nom anglais qui s'était jusqu'ici attaché à une de nos grandes machines de guerre.

La fusée dite *à la Congrève* avait été découverte — du moins l'avait-on toujours cru — par un lieutenant-colonel anglais, sir William Congrève. Ses premiers essais furent faits en 1804. Et cependant le véritable inventeur avait depuis quatre ans disparu de la scène du monde, et nul n'éleva la voix pour défendre sa découverte.

Notre expédition en Crimée, tout en portant si haut la gloire de nos armes, nous a permis aussi de retrouver ce nom, si malheureusement tombé dans l'oubli, et de rendre à la France l'invention de cette précieuse arme de guerre. Tandis que le soldat menait la vie si dure du camp, il y avait, sous bien des uniformes, de nobles intelligences qui, jetées par les hasards de la guerre sur une terre peu connue, avaient voulu chercher de nouveaux matériaux pour le grand édifice de la science. A côté des minéralogistes et des divers représentants de l'histoire naturelle, on voyait d'ardents archéologues, allant par ci par là, déchiffrant les vieilles inscriptions, étudiant tout ce que ce pays pouvait offrir d'intéressant. Aussi, que de glorieux travaux et que d'études sérieuses ont été ensevelis à jamais dans cette belle mais fatale journée du 8 septembre 1855 ! Toutes ces recherches n'ont pas heureusement ainsi péri dans le grand jour de destruction, il nous est resté de savantes et curieuses appréciations, et parmi ces dernières nous placerons volontiers l'exaltation du nom de cet officier inconnu, qui nous appartient et qui rattache à notre pays sa grande invention.

A l'extrémité est du port de Sébastopol, on voit au sommet d'une colline un petit cimetière. C'est au milieu de quelques tombes qu'un ami de la science a su trouver un modeste tombeau, dont la courte inscription est toute une page de l'art militaire. On y lit en langue française :

FRANÇOIS PRÉVOT,
inventeur des fusées de guerre,
mort le 17 mai 1798.

Si, sur cette faible donnée, nous ouvrons les annales de l'empire russe, nous serons bientôt en possession de titres suffisants pour établir les droits de priorité de F. Prévôt. L'histoire nous apprend, en effet, que lorsque l'armée russe, commandée par Potemkin, mit le siége devant Otchakow, une escadre placée sous les ordres du prince de Nassau vint bloquer cette ville du côté de la mer Noire et lui couper ainsi toute communication avec les Turcs. Ceux-ci, qui alors étaient puissants sur mer, firent si bien que leur flotte mit à deux doigts de sa perte l'escadre russe. C'était un harcellement continuel, et qui entraînait de véritables pertes pour le prince de Nassau.

Sur ces entrefaites, un colonel d'artillerie, depuis deux ans au service de l'impératrice Catherine, vint proposer un nouvel engin qui devait porter le trouble et l'incendie sur les vaisseaux ennemis. Cet officier français se nommait François Prévôt, et l'engin qu'il proposait consistait en fusées de guerre lancées dans les gréements des vaisseaux turcs; la dévastation était grande et leur usage contre la place ellemême donna les résultats les plus satisfaisants, les approvisionnements furent brûlés et une poudrière sauta.

Cette découverte fit grand bruit, et le prince de Nassau écrivit à l'Impératrice Catherine une lettre dont la copie nous a été conservée dans un manuscrit de la bibliothèque d'Odessa. En voici l'extrait qui a rapport à notre inventeur :

« M. Prévôt, l'officier français que vous avez mis à ma disposition, m'a été d'un grand secours pendant toute la campagne. Les fusées de guerre qu'il a inventées ont fait beaucoup de mal à l'ennemi, en désorganisant sa flotte et en brûlant ses vaisseaux. Ces fusées portent à leur extrémité une capsule en fonte qui éclate en touchant la terre, comme les bombes, et elles sont en outre remplies d'une espèce de feu grégeois liquide et inextinguible, renfermé dans des capsules de même métal et qui incendie tout ce qu'elles touchent. L'invention de M. Prévôt est d'une grande importance. » Prince DE NASSAU. »

Que devint cet homme qui venait de doter la Russie d'une arme si redoutable ? Il fut chargé — étrange raillerie du sort — d'armer les premiers ports de mer de cette place, dont les docks si grandioses étaient l'œuvre d'un Français, et qui, devenue sous le nom de Sébastopol une ville de la plus haute importance, devait tomber un jour sous les coups de l'armée française.

— D'une guerre terminée à une guerre qui se termine, la distance n'est pas grande ; nous passerons donc sans peine de la Russie à la Perse, et nous profiterons du moment où ce pays est à l'ordre du jour pour nous introduire un peu avant dans la vie privée de son peuple.

En Perse, comme dans tous les pays musulmans, la naissance d'une fille est considérée non-seulement comme un grand malheur, mais encore comme une honte pour la famille. Ce préjugé, enraciné si avant chez ces populations, remonte déjà à une époque assez ancienne, car il y a treize siècles, Mahomet avait cru devoir le flétrir. Nous lisons en effet dans le Koran : « Si l'on annonce à quelqu'un d'entre eux la naissance d'une fille, son visage s'obscurcit, il suffoque de douleur, il fuit les siens à cause de cette nouvelle désastreuse. Doit-il garder cet enfant et en subir la honte ou l'ensevelir dans la poussière? Que les jugements de ces hommes sont déraisonnables! »

Si tristement accueillie à son apparition dans ce monde, la femme persane continuera à être l'objet du mépris de l'homme ; et c'est vraiment honte et pitié de voir les propos insultants que des poëtes moralistes, Saadi, Enveri, Roumi, tiennent au sujet de ces malheureuses, toutes les fois qu'ils en trouvent l'occasion.

Ainsi opprimée par l'opinion, la femme persane s'est retournée sur elle-même, elle s'est demandé si elle devait être ainsi condamnée à toujours, et de ces entretiens intimes où le désespoir jouait un si grand rôle, sortit enfin une de ces protestations énergiques qui la replace au rang dont le Persan avait voulu la renverser.

Cinq femmes du harem de Mahomet, qu'on désigne collectivement sous le nom de *Conclave*, se réunirent dans la même pensée et constituèrent une espèce de Code, qui devint bientôt une règle de foi et de

A partir de ce moment, elle n'a cessé de se développer d'une façon lente d'abord, mais plus rapide ensuite, surtout depuis un mois et demi.

L'indolence, le peu de gêne que causait cette tumeur expliquent comment G... la conserva si longtemps sans lui opposer le moindre traitement; mais au commencement de 1857, effrayé par la rapidité du développement qu'elle prenait depuis un mois, il alla trouver M. Demarquay, qui lui donna le conseil de se faire débarrasser le plus promptement possible de cette tumeur, dont le volume pouvait entraîner bientôt une gêne notable dans les mouvements du membre.

C'est d'après ce conseil que G... entre à la Maison de santé, service de M. Monod, remplacé alors par M. Demarquay.

G... est un homme assez fort et d'une santé générale parfaite; il porte à la partie antérieure du cou un goître énorme, dont le début remonte à l'enfance, et qui aujourd'hui présente au moins le volume d'une tête de fœtus à terme, sans entraîner la moindre gêne ni du côté de la respiration et de la voix, ni du côté de la déglutition, ni du côté de la circulation de la tête. Enfin, au-dessus du genou droit, existe la tumeur pour laquelle le malade vient se faire opérer. Elle est volumineuse, limitée en arrière et en dedans par le muscle droit interne; en bas, par le bord supérieur de la rotule; en haut, elle cesse à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur de la cuisse; enfin, en dehors, elle présente un diverticulum qui vient faire au côté externe du tendon du triceps une saillie du volume d'une noix, présentant ainsi une disposition bilobée, disposition rendue plus évidente encore par la contraction du triceps. Cette tumeur est indolente, molle, élastique, légèrement fluctuante, ou plutôt elle présente une fausse fluctuation semblable à celle des lipomes. La peau qui la recouvre conserve sa coloration normale et glisse facilement sur elle; les veines sous-cutanées sont légèrement dilatées à son niveau; enfin, il n'y a pas d'adhérence entre la tumeur et les parties profondes.

De ces différents signes, il résulte que la tumeur est située dans le tissu cellulaire, sous le tendon du triceps, et qu'elle n'est liée à aucune altération de l'extrémité inférieure du fémur.

Au premier abord, on peut croire à une hydarthrose avec développement considérable des deux culs-de-sac supérieurs de la synoviale du genou; mais la rotule reste appliquée contre les condyles, et l'on ne peut parvenir à la soulever pour produire le choc caractéristique des épanchements dans l'articulation du genou; enfin, il n'y a pas de saillie au-dessous de la rotule, comme cela a lieu dans l'hydarthrose.

L'élasticité de la tumeur, son peu de fluctuation font penser ensuite à un lipome, et cette opinion est rendue plus vraisemblable encore par la présence à la partie inférieure et interne de la cuisse gauche (c'est-à-dire dans le point exactement symétrique) d'une petite tumeur présentant le volume d'une noix, siégeant aussi dans le tissu cellulaire, et offrant tout à fait les caractères du lipome. Mais une remarque du malade fait modifier aussitôt ce premier diagnostic. G... nous fait observer que la tumeur augmente de volume lorsqu'il se met debout, et qu'elle diminue dès qu'il se couche. Nous le faisons lever immédiatement, et nous voyons, en effet, que la tumeur devient beaucoup plus saillante au-dessus du bord supérieur de la rotule, et que le diverticulum est aussi plus volumineux; mais en même temps nous remarquons que son diamètre vertical a diminué d'une façon notable, que la tumeur perd dans un sens pour augmenter dans un autre, qu'enfin il y a changement de forme bien plus encore que changement de volume. Ce fait est rendu bien plus évident par la mensuration, dont voici les résultats :

Le malade étant couché, je trouve :

Pour la circonférence du genou prise au milieu de la rotule. . . 0,39 c.
Pour la circonférence de la cuisse immédiatement au-dessus de la tumeur. . . . . 0,42 c.
Pour la circonférence de la cuisse au niveau du point le plus saillant de la tumeur, c'est-à-dire à 0,04 au-dessus du bord supérieur de la rotule. . . . . 0,42 c.
Enfin, comme plus grand diamètre vertical de la tumeur (à la partie interne de la cuisse). . . . . 0,17 c.

Le malade étant debout depuis un quart d'heure, je trouve :

Circonférence du genou. . . . . 0,39 c.
Circonférence de la cuisse au-dessus de la tumeur. . . . 0,42 c.
Circonférence de la cuisse au niveau du point le plus saillant de la tumeur. . . . . 0,44 c.
Plus grand diamètre vertical. . . . . 0,15 c.

En même temps je remarque que le diverticulum externe forme une saillie plus prononcée.

Ainsi, par la position verticale, la hauteur de la tumeur diminue de 0,02; tandis que la circonférence de la cuisse au niveau du point le plus saillant de la tumeur augmente de 0,02. Il y a donc, comme je l'ai dit, plutôt changement de forme que changement de volume. Or ce changement de forme ne peut se comprendre dans un lipome, et ne trouve d'explication que dans le cas d'une tumeur liquide. Dès lors il devient évident pour nous qu'il y a là un kyste dont les parois sont fortement tendues par le liquide qu'elles renferment, et ne permettent qu'une fluctuation obscure.

Le 16 janvier, M. Demarquay, pour lever tous les doutes, fait une ponction exploratrice, et retire environ 30 grammes d'un liquide clair, citrin, assez semblable à de la synovie. Aussitôt la fluctuation devient plus évidente, et le diagnostic se trouve ainsi confirmé.

La nature du liquide, la présence du kyste sous le tendon du triceps font penser que le siége réel de l'épanchement est dans une bourse muqueuse, indépendante de la synoviale du genou, et qui probablement remplace le prolongement que cette synoviale envoie sous le tendon du muscle.

Le 17, M. Demarquay ponctionne de nouveau le kyste, et retire 150 grammes environ d'un liquide identique à celui fourni par la ponction exploratrice. Lorsque le kyste est complétement évacué, il injecte 60 grammes environ de teinture d'iode (solution Guibourt).

Le liquide ainsi injecté est maintenu quelques instants dans la poche; on l'évacue ensuite, puis on établit une compression assez ferme.

A la suite de l'injection, le malade n'a pas éprouvé la moindre douleur, la moindre sensibilité; il n'y a pas eu de fièvre, et l'appétit est toujours resté bon. Tous les jours on replace le bandage roulé.

L'analyse du liquide n'a pas été faite; seulement on y a constaté, soit par l'acide nitrique, soit par la chaleur, une très-grande quantité d'albumine.

Le 4 février, G... commence à se lever et à marcher sans qu'il se manifeste le moindre gonflement.

Le 10, il marche sans que son genou soit comprimé, et la tuméfaction ne se reproduit pas. La partie inférieure de la cuisse droite est notablement plus mince que la partie correspondante de la cuisse gauche. La mensuration ne donne plus que 0,33 de circonférence dans le point où se trouvait avant la partie la plus saillante de la tumeur.

Enfin, le 13 février, le malade sort complétement guéri.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Observation de mélancolie traitée et guérie par l'opium à haute dose.

Recueillie par M. le Dr L. V. Marcé.

Parmi les auteurs qui ont traité de l'aliénation mentale, il en est bien peu qui n'aient pas vanté les bons effets de l'opium dans le traitement de la mélancolie, aussi son emploi est-il devenu classique et avec juste raison. L'observation suivante est un nouveau fait à ajouter à ceux que la science possède déjà, et à plus d'un titre elle mérite d'être conservée.

Mme X..., âgée de quarante-cinq ans, offre dans sa famille les antécédents héréditaires les plus graves. Sa mère est morte à l'âge de soixante-cinq ans, présentant depuis plus de six mois des signes non douteux de trouble intellectuel. Une de ses sœurs a succombé à l'âge de cinquante-huit ans, après six mois de folie; un de ses frères, qui offre actuellement encore un des types les plus complets de la folie, avec alternative d'excitation et de dépression, ou folie à double forme, a lui-même deux filles atteintes d'affections nerveuses, compliquées de trouble mental : l'une est maintenant guérie, après un accès qui a duré plusieurs mois, l'autre offre encore de temps à autre des accès de mélancolie avec symptômes hystériformes. Enfin, une tante de la malade est morte à l'âge de soixante-six ans, après dix-huit années de folie.

Pendant sa jeunesse, Mme X... a joui d'une santé excellente, à part quelques engines que l'on traitait par des applications de sangsues. Chaque perte de sang provoquait chez elle un accès de mélancolie assez prononcé, qui contrastait avec la disposition ordinaire de son caractère, plein d'entrain et de gaieté. A dix-huit ans elle se maria, et éprouva une émotion très-vive lorsqu'elle dut prendre une décision à cet égard : à dix-neuf ans, elle eut un premier enfant, qu'elle nourrit pendant quelque temps, mais elle resta plusieurs mois, à la suite de ses couches, soucieuse et inquiète. Trois ans après, nouvel accouchement qui fut suivi d'une perte utérine abondante, puis d'un accès de mélancolie plus prononcé et plus long que les précédents, mais dont elle guérit très-bien encore. Les mêmes accidents se reproduisirent après une troisième couche, qui s'était accompagnée d'un essai infructueux d'allaitement et d'une nouvelle perte utérine.

En 1844, la malade eut une rougeole grave accompagnée de délire et d'une hémorrhagie utérine considérable. La convalescence, très-pénible par elle-même, fut aggravée encore par des chagrins violents; son mari, en effet, venait de tomber gravement malade : il s'ensuivit un accès de mélancolie profonde qui dura dix mois, et pendant lequel il y eut pour la première fois deux tentatives de suicide. Un voyage dans sa famille, puis quelques moyens thérapeutiques, surtout les lotions froides, la ramenèrent à la santé. On remarqua que pendant les deux mois qui suivirent sa convalescence elle conserva, malgré plusieurs malheurs arrivés dans sa famille, une gaieté inaltérable, et une légère nuance d'excitation cérébrale.

Depuis ce moment, sa santé resta excellente; un quatrième accouchement, survenu après huit années d'intervalle, fut plus heureux et ne s'accompagna d'aucun incident fâcheux; seulement de temps à autre la malade éprouvait des insomnies qui lui inspiraient quelques craintes, et alors un voyage, quelques distractions, suffisaient pour la faire rentrer dans son état normal.

C'est dans les premiers jours de septembre 1856 que les premières atteintes de la maladie présente ont commencé à se faire sentir, sans qu'on puisse leur assigner de cause bien déterminée. Il est bon de noter toutefois que, pendant les fortes chaleurs de l'été, la maison occupée par Mme X... fut repeinte à l'extérieur, et l'odeur de la peinture provoqua chez plusieurs personnes de la maison, et notamment chez la malade, des maux d'estomac, des coliques et de la diarrhée.

L'accès débuta, comme d'ordinaire, par de la tristesse, de la mélancolie et de l'abattement. Un voyage qu'on tenta pour distraire la malade ne fit qu'augmenter l'agitation; en peu de jours elle devint assez violente pour donner de vives inquiétudes; survinrent bientôt plusieurs tentatives de suicide qui forcèrent enfin à recourir à l'isolement.

Lorsque nous vîmes pour la première fois la malade (18 septembre) sa figure, amaigrie, contractée, offrait un véritable type de physionomie de mélancolique; le délire est aussi caractérisé que possible; elle se défie de sa famille, de ses amis, se croit perdue et déshonorée. Les personnes qui l'approchent lui paraissent animées des intentions les plus perverses; elle transforme à sa manière tout ce qui se passe autour d'elle; enfin, comme elle l'a raconté plus tard, elle se croit transportée dans un monde fantastique, et croit à chaque instant voir apparaître des diables ou des personnages monstrueux. Les idées de suicide ont chez elle une fixité à peine croyable; c'est là sa seule et constante préoccupation, et incessamment elle combine et cherche à exécuter quelque nouveau projet. L'insomnie est complète. Depuis quinze jours l'écoulement menstruel est assez abondant, et, bien qu'il n'existe pas de bruit de souffle dans les gros vaisseaux, la malade est pâle et un peu anémique. Rien du côté du tube digestif, sauf un peu de constipation.

Du 18 septembre au 14 octobre, l'état de la malade ne changea pas; le délire, tout aussi actif, offrait de temps à autre des moments d'excitation maniaque très-prononcée; la malade mangeait avec difficulté, et

---

conduite pour tout le beau sexe du pays. Je ne vous dirai pas ce qu'il contenait exactement, car jamais il ne fut écrit; la tradition fut seule chargée du soin d'en perpétuer le souvenir : chaque femme persane le sait par cœur, et cherche à en conserver le secret. Cependant, émus de cette franc-maçonnerie féminine, qui, non contente de retoucher ce que leur position offrait de défectueux dans l'ordre civil, avait encore osé porter la main sur les choses religieuses, les imans avaient obtenu du scheh de Perse une enquête qui n'aboutit à rien, grâce à l'esprit et à l'intrigue des sultanes favorites et des femmes des ministres qui surent déjouer toute atteinte à ce qu'elles considéraient comme leur rempart contre l'opinion. On put cependant obtenir des renseignements suffisants pour établir un abrégé de ce *Conclave*, et pénétrer des mystères qui sont fort curieux. Pour ne pas trop sortir du cadre modeste de ce feuilleton, je me bornerai aujourd'hui à détacher de ce Code la feuille qui a rapport aux femmes en couches.

Nous laissons au Conclave la responsabilité des idées, opinions et erreurs que nous allons énumérer; nous nous bornerons au rôle d'historien.

Aussitôt qu'une femme accuse une grossesse, son mari doit l'entourer de ses soins les plus affectueux; il doit éviter tout ce qui pourrait le contrarier; si par malheur il venait à oublier ces préceptes, il serait aussitôt puni très-sévèrement par sa femme, qui possède une charmante collection de procédés plus ou moins gracieux pour se faire respecter et obéir. Au besoin elle saura fort bien menacer son mari de lui donner un enfant aux yeux bleus; — or il faut vous dire que rien n'est plus horrible, que le comble de la laideur ne peut mieux s'exprimer en Perse que par des yeux bleus! Jugeons maintenant des couleurs! — Les législatrices ont su entourer la femme enceinte d'une auréole; pour elles, c'est une sainte : sa délivrance sera l'objet de grandes fêtes, ce sera un jubilé. Pendant les sept premiers jours, on garde à vue l'accouchée, car si on la laissait un instant seule un génie malfaisant, Aule (le rouge), viendrait enlever la mère et l'enfant. — Je vous dois, parlant à des médecins, de dire qu'Aule est le symbole de la fièvre de lait. — Je vais vous donner son signalement, et vous laisser seul pour contrôler votre diagnostic.

Aule est un démon hideux qui se plaît à prendre la forme d'une sorcière. Sa taille est celle d'un singe, ses traits d'une vieille guenon; c'est un monstre carnivore, très-friand du foie, du cœur et des entrailles de la mère et de l'enfant. Sa démarche est assez singulière, grâce à certaine conformation anatomique qui ne manque point d'originalité. Le talon a pris la place des orteils, et ces derniers se trouvent tout naturellement placés au talon : de là une marche à reculons excessivement gracieuse. Un coup de pinceau, et vous connaîtrez parfaitement le monstre. Des ongles crochus arment ses extrémités digitales; sa chevelure, couleur de feu, retombe en épaisses broussailles sur un front écarlate.

Maintenant si, comme il n'est que trop vrai, le physique influe souvent sur le moral, vous croirez sans peine qu'Aule est astucieux, perfide, et que son œil vitreux se pose avec délices sur la garde-malade endormie, car elle peut alors assouvir son appétit. Il n'y a qu'un moyen de sauver l'accouchée, c'est de tenir au chevet du lit une personne parfaitement éveillée; la vue d'un œil vivant paralyse les forces du gnome, le cœur lui manque, et bon gré mal gré, il lui faut quitter ses projets de bombance.

Avec de semblables idées, on peut facilement s'expliquer l'empressement que mettent les femmes à se servir mutuellement de gardes-malades. Les législatrices ont encore stimulé ce zèle; car, selon leur dire, chaque instant de cette nuit de veille se métamorphose en une brique d'or dont les anges du paradis construisent un kiosque pour les garde-malades des accouchées. Aussi ces dernières ne veulent-elles recevoir aucun salaire, et se livrent-elles avec ardeur aux études nécessaires pour bien remplir leur rôle.

Il faut, en effet, une étude préparatoire et sérieuse pour écarter le terrible Aule. Les moyens sont divers; je me bornerai à dire les roulements du tambour de basque, le Koran, un sabre à moitié dégainé placé au chevet de la malade, ou mieux un cercle tracé avec la pointe d'un poignard autour du tapis où elle repose, etc. Eh bien, malgré ces moyens si énergiques, la fièvre de lait peut encore se déclarer. C'est alors qu'on remplit d'orge le pan du manteau de l'accouchée et qu'on va le présenter à un cheval bai, car la couleur de la robe du cheval jette l'effroi dans le cœur du monstre. Ce moyen a quelquefois échoué, et on a dû recourir au moyen suprême, qui consiste à immoler une chèvre noire à qui on a fait exécuter trois graves promenades autour de la malade. Si ce dernier moyen, ordinairement très-efficace, reste sans effet, il n'y a plus qu'à tirer le rideau : on peut condamner la malade.

Quant à son régime, on ne lui donne aucune boisson pendant les quarante-huit heures qui suivent sa délivrance. Le troisième jour, on peut lui accorder un peu d'eau dans laquelle on aura préalablement éteint un fer de cheval rougi à blanc. Enfin, ce n'est que huit jours après la délivrance qu'on emmaillotte l'enfant et qu'on le place dans son berceau. C'est alors grande fête au logis; on s'embrasse, on saute, on chante, et... on casse à grand renfort de marteaux un nombre considérable de noisettes. Ce bruit est, à ce qu'il paraît, plein de joyeuse harmonie pour les oreilles persanes.

Le lendemain ou le jour même, on organise un cortége imposant dont je vous épargnerai le récit, car je pourrais être accusé de copier la cérémonie du *Malade Imaginaire*, et cependant je n'ajoute rien : la couleur locale est plus que suffisante. Bornons-nous donc à vous montrer notre belle accouchée, dans ses vêtements les plus riches, se rendant solennellement au bain, entourée de ses garde-malades. Le manuscrit se contente de nous dire qu'elles sont au nombre de sept : il n'insiste ni sur leur toilette ni sur les insignes de leur métier, qu'elles pourraient bien tenir en main pour compléter le tableau; j'imiterai la réserve du manuscrit.

Tels sont les renseignements que le *Conclave* nous a transmis sur cette page intéressante de la vie de la femme en Perse. Dr E. Renaud.

il fallait nuit et jour la surveiller pour arrêter les incessantes tentatives de suicide. Le traitement consistait en bains tièdes prolongés pendant une ou deux heures, un purgatif tous les cinq jours; puis, dans les premiers jours d'octobre, on commença à donner quelques affusions froides qui étaient assez bien supportées.

Le peu d'efficacité de ces moyens thérapeutiques nous décida à recourir à la médication opiacée. On commença par 5 centigrammes d'extrait thébaïque, et on arriva progressivement, en douze jours, à la dose de 32 centigrammes, que la malade prenait le soir et d'un seul coup. Chaque matin on donnait une affusion froide, et on surveillait en même temps la liberté du ventre.

Sous l'influence de ce traitement, il y eut, au bout de quatre ou cinq jours, un peu plus de sommeil pendant la nuit, et pendant le jour quelques instants lucides pendant lesquels la malade semblait avoir conscience de son état.

Les 26, 27 et 28 octobre, la malade répète ses tentatives de suicide avec une nouvelle opiniâtreté, et l'agitation est telle que l'on suspend pendant deux jours la médication opiacée.

Le 30, on administre de nouveau 20 centigrammes d'extrait gommeux, et du 30 octobre au 8 novembre la dose est portée rapidement à 60 centigrammes chaque soir, et maintenue à ce degré. L'amélioration devient plus sensible, surtout le soir: la malade cause avec ses bonnes, commence à lire et à s'occuper; elle parle de ses enfants et, pour la première fois, pleure à l'idée de les revoir; elle commence à douter de ses idées délirantes, à avoir conscience de sa position présente, et montre graduellement dans ses allures plus de confiance et d'expansion; elle avoue qu'elle croit avoir une maladie qui lui fait exhaler une odeur fétide, et cette pensée lui fait fuir la société des gens qui l'entourent, etc.

Les seuls effets physiologiques produits par les doses élevées d'opium qu'elle prend chaque jour sont les suivants: le sommeil est tranquille, exempt de rêves fâcheux; mais il existe une grande angoisse au moment du réveil; pendant la journée les paupières s'abaissent involontairement, et la malade sent son intelligence engourdie; un peu d'anorexie et quelques nausées les premiers jours; constipation habituelle; constriction des pupilles même dans l'obscurité.

Le même traitement fut continué jusqu'au 20 novembre; chaque matin la malade prenait des affusions froides, et le soir sa dose d'extrait gommeux. L'amélioration se soutenait quand une visite imprudente et trop prolongée faite le 20 novembre amena une émotion très-vive, puis une recrudescence dans les idées délirantes et dans les tentatives de suicide; le 23, elle fait une tentative nouvelle. Le 26, elle voit une fenêtre ouverte et se sent invinciblement attirée vers elle; l'insomnie et l'agitation reparaissent.

Le 27, on cesse brusquement l'opium pendant deux jours, afin de pouvoir y recourir ensuite avec plus d'efficacité. Or, pendant ces deux journées, voici quel fut l'état de la malade: Le sommeil de la nuit est remplacé par un léger assoupissement, troublé à chaque instant par des angoisses inexprimables. Pendant la journée, somnolence invincible; Mme X... s'endort sur son livre, sur son ouvrage, et éprouve un malaise extraordinaire. En même temps elle est infiniment plus sensible que de coutume aux affusions froides, qu'elle ressentait à peine les jours précédents.

Le 30 novembre, on reprend le traitement en donnant 30 centigr. d'extrait gommeux. Le 1er décembre, la dose est portée à 50 centigr., puis élevée de 5 centigr. tous les deux jours.

Le 11 décembre, on était arrivé à 85 centigr.; mais des nausées, de l'anorexie, une syncope survenue le 12 au matin, au moment des affusions froides, firent réduire la quantité d'extrait thébaïque à 80 centigr.

Du 12 au 19, cette dose fut prise exactement chaque soir. Pendant cette période l'amélioration fut progressive, et cette fois définitive. Et vraiment il était digne d'intérêt de suivre pas à pas ce retour à la raison. La malade s'analysait elle-même avec un tact parfait et une rare lucidité; elle sentait, après de longues hésitations, ses convictions délirantes disparaître l'une après l'autre sous l'influence des lettres qu'elle recevait de sa famille et des conversations que chaque jour on avait avec elle. Peu à peu elle se mit à écrire à ses parents, à les recevoir, enfin à rentrer dans la plénitude de sa raison et de ses sentiments affectifs.

Toutes les fonctions s'exécutaient régulièrement. Le sommeil seul était encore imparfait, et au réveil, la malade éprouvait toujours une grande angoisse.

A partir du 18 décembre, on commença à diminuer l'opium, mais avec une grande prudence, et en enlevant chaque jour 2 ou 3 centigr. seulement; il ne fut complétement cessé que le 12 janvier.

Pendant les dernières semaines de la convalescence, l'état d'affaissement et de dépression s'était peu à peu converti, par le réveil successif de toutes les idées et de tous les sentiments, en un état d'excitation légère, manifeste surtout le soir, et se traduisant par un peu d'insomnie, de la loquacité et une grande tendance aux conversations expansives. Quelques bains tièdes, une vie un peu plus calme, firent justice de cet état.

Le 12 janvier, les règles, supprimées pendant le cours de la maladie, apparurent pour la première fois; le sommeil redevint calme et prolongé comme jadis, et d'après le témoignage unanime de sa famille, Mme X..... était complétement rentrée dans son état intellectuel ordinaire.

Cette observation offre dans son ensemble plus d'une particularité digne d'intérêt: les antécédents héréditaires de la malade, l'influence des hémorrhagies sur la production de chaque accès, l'intensité du délire, le retour à la santé si net et si complet. Contentons-nous d'indiquer brièvement dans ce cas particulier les points les plus saillants de la médication par l'opium.

1° Et d'abord on ne saurait alléguer qu'ici la maladie s'est terminée spontanément, car le dernier accès éprouvé par Mme X. avait duré dix mois, tandis que celui-ci, à peine comparable à l'autre pour l'intensité du délire et des idées de suicide, s'est terminé au bout du quatrième mois. En outre, l'amélioration a toujours ici coïncidé avec l'élévation des doses d'extrait thébaïque.

2° Sans atteindre des proportions énormes, la dose employée a cependant été considérable, puisque dans le cours du traitement la malade a ingéré 33 grammes d'extrait thébaïque, et 19 grammes pendant le cours du mois de décembre seulement. Aucun accident toxique n'est survenu, et toujours la tolérance a été parfaite.

3° L'opium à haute dose est bien, comme on l'a répété souvent depuis Brown, un puissant excitant pour le système nerveux cérébral, en même temps qu'il stupéfie la sensibilité des tissus; et en effet, la malade habituée déjà à des doses d'opium considérables, ayant été pendant deux jours abandonnée à elle-même, a éprouvé du malaise, de la torpeur et un assoupissement invincible, en même temps qu'elle était plus sensible que jamais aux affusions froides.

4° Les heureux résultats de la médication ne se sont fait sentir qu'après deux tentatives suivies chacune d'une amélioration, mais non d'un succès complet. A la troisième reprise, les doses ont été portées plus haut, et malgré les heureux changements survenus dans la maladie, on les a maintenues pendant plusieurs jours, pour ne les diminuer ensuite qu'avec une grande lenteur. C'est là un point important sur lequel M. Baillarger insiste souvent. En s'arrêtant trop vite, on s'expose à voir reparaître les accidents nerveux, et on perd tous les bénéfices du traitement. Aussi faut-il dans les cas de ce genre, quand l'opium est bien supporté, savoir élever les doses et surtout les maintenir.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 févier 1857. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Accommodation de l'œil aux différentes distances. — M. Stoltz, à l'occasion de la communication récente de M. Breton (de Champ), sur l'adaptation de la vue aux différentes distances, obtenue par une compression mécanique exercée sur le globe oculaire, rappelle à l'Académie les expériences qu'il a faites lui-même sur ce sujet en 1855.

Voici ces expériences:

Première expérience. — On dispose le petit appareil décrit par Muller pour constater le phénomène de l'accommodation, et qui consiste en deux épingles implantées à quelque distance l'une de l'autre sur une feuille de papier ou de carton, et de manière que leurs extrémités soient alignées. Après avoir constaté que l'œil ne peut les voir toutes deux distinctement en même temps, on procède à l'accommodation artificielle de la manière suivante: on vise l'épingle la plus rapprochée, qui apparaît nette, tandis que l'autre est nébuleuse Alors, renversant un peu la tête en arrière, la paupière supérieure abaissée sur le globe de l'œil jusqu'à recouvrir environ la moitié de la cornée, on pose un doigt sur le rebord orbitaire au niveau de la commissure externe, sans toucher le globe oculaire, et on tire très-légèrement en dehors la paupière supérieure, de manière à la tendre comme un voile qui comprime et aplatit modérément la cornée. Cette simple manœuvre amène un singulier changement dans l'accommodation: la première épingle, qu'on voyait distinctement, devient nébuleuse, et la seconde devient distincte. L'accommodation s'est transportée artificiellement, et malgré la volonté, de la première épingle à la seconde.

Dans cette expérience, le doigt est entièrement maître de l'accommodation. Quelque effort intérieur que l'on fasse pour ramener la vue distincte à la première épingle, on ne peut y parvenir tant que le doigt reste en place; dès qu'il cesse de tirer la paupière, de comprimer l'œil et d'aplatir la cornée, sur-le-champ et sans transition l'accommodation se retrouve à la première épingle, où les efforts de la volonté tendaient à la maintenir.

Deuxième expérience. — C'est l'inverse de la précédente. L'œil vise et aperçoit distinctement la seconde épingle, c'est-à-dire la plus éloignée. Plaçant alors un doigt à l'angle externe, un autre à l'angle interne de l'œil, et comprimant transversalement et très-modérément le globe oculaire de manière à augmenter un peu la convexité de la cornée, on change par cette manœuvre, qui n'est guère plus difficile que la précédente, l'accommodation, et l'on ramène la vue distincte à la première épingle, ou la plus rapprochée, tandis que l'autre devient nébuleuse. Ici, comme dans l'autre expérience, on ne peut à volonté, et par un effort intérieur même énergique, ramener la vue nette à l'épingle la plus éloignée. Les doigts restent incontestablement les maîtres de l'accommodation...

A côté de ces expériences, il est utile de placer certains faits qui ont avec elle une intime relation. C'est ainsi qu'il ne faut voir dans le clignement d'yeux bien connu des myopes qu'un moyen d'aplatir un peu la cornée et d'accommoder la vue aux objets éloignés.

Les myopes savent aussi qu'une sécrétion de larmes un peu abondante, au moment où le liquide parcourt la rigole formée par la cornée et le bord de la paupière inférieure, produit un allongement extraordinaire de la vue, ce qui ne peut s'expliquer que par un redressement de courbure que le liquide produit sur la cornée.

De ces expériences et de ces faits il nous semble logique de conclure: Qu'un changement physique dans la disposition de l'œil portant presque exclusivement sur la courbure de la cornée, est la cause unique et indispensable de l'accommodation.

L'auteur pense, avec plusieurs physiologistes, que ce changement de courbure de la cornée est dû à l'action des muscles oculaires, et chez certains oiseaux, à l'action du muscle de Crampton. Ces muscles peuvent augmenter évidemment la convexité de la cornée. Quant à son redressement, il tient à l'élasticité naturelle des parties, et surtout, selon nous, à l'action de la pression atmosphérique qui agit en sens inverse de l'action musculaire. (Commissaires: MM. Pouillet, Milne-Edwards, Cl. Bernard.)

Ulcère contagieux de Mozambique. — M. Ph. A. Vinson (de l'île de la Réunion) adresse un mémoire dans lequel il s'est proposé de décrire l'ulcère contagieux de Mozambique (ulcère pianiforme), maladie peu connue des médecins européens, et à laquelle on a improprement attribué le nom de *pian*.

Cette maladie, dit l'auteur, qui ne se voyait plus dans notre île depuis la suppression de la traite des noirs, est reparue depuis peu, en même temps que les hommes de la côte africaine amenés comme travailleurs libres. Elle est caractérisée par un ulcère de grandeur variable, mais disposé à s'étendre et à acquérir des dimensions considérables, toujours situé aux membres inférieurs, éminemment contagieux, à bords relevés et légèrement fongueux, à centre déprimé ou plat, et sécrétant une matière séro-sanieuse, fétide, abondante, qui pénètre en quelques heures les bandages les mieux faits.

Je donne dans mon mémoire des observations que j'ai recueillies récemment dans deux circonstances où j'ai pu constater ses caractères et sa nature contagieuse: dans un cas, il s'agissait d'ulcères communiqués par une femme de Madagascar à des naturels de l'Inde (pays où cette affection n'est pas connue); dans l'autre circonstance, l'affection a été observée sur quatorze noirs venus de Mozambique à l'île de la Réunion.

Le traitement indiqué pour le pian et la syphilis est aussi celui qui réussit le mieux pour l'ulcère contagieux de Mozambique: à l'extérieur, les cautérisations répétées à l'aide d'un agent énergique (nitrate acide de mercure), liqueur de Plenck, etc.; à l'intérieur, la liqueur de Van Swieten; enfin le pansement avec l'onguent égyptiac. Cet onguent a de plus l'avantage d'écarter les mouches, insectes que je regarde comme un des moyens de propagation de la maladie quand, après avoir demeuré plus ou moins longtemps sur un ulcère contagieux, ils se transportent immédiatement sur une écorchure ou ulcère simple. (Commissaires: MM. Serres, Rayer, J. Cloquet.)

Affection spéciale aux mécaniciens et aux chauffeurs. — M. H. de Martinet communique une note sur une affection spéciale aux mécaniciens et aux chauffeurs attachés aux chemins de fer.

L'exposition sans abri sur les locomotives, dit l'auteur, expose les mécaniciens;

1° A un inconvénient professionnel, dont on peut se rendre compte en passant la tête hors des wagons, c'est-à-dire à une trombe d'air froid qui paralyse la respiration, congestionne la face;

2° A une maladie professionnelle développée par l'inspiration des gaz oxyde de carbone, acide carbonique qui s'échappent du foyer.

Le système nerveux est lésé, les sujets maigrissent, la faculté génératrice s'éteint; le corps est agité de soubresauts, de convulsions; l'intelligence faiblit. Des affusions froides sur le rachis me paraissent être, sous le rapport médical et hygiénique, le moyen principal à employer. Comme prophylaxie, je voudrais demander aux administrations de réduire le travail des ouvriers en doublant leur nombre; d'adapter aux machines une galerie protectrice dans le genre de celle qui existe à la machine Crampton, soit mieux une galerie vitrée ou un treillage métallique. Non-seulement il s'agit de la santé de plusieurs milliers d'ouvriers, mais aussi de la sécurité des voyageurs; car la fatigue produite par un long travail et l'exposition à l'air froid paralysent les forces des conducteurs, ne leur laissent pas assez de présence d'esprit pour la conduite de leur machine. (Commissaires: MM. Serres, Rayer et Séguier.)

Ablation successive des capsules surrénales, de la rate et des corps thyroïdes, sur des animaux qui survivent à l'opération. — M. Philipeaux communique une note dans laquelle il annonce à l'Académie qu'il a pu enlever non-seulement les capsules surrénales, mais encore la rate et les corps thyroïdes sur deux jeunes rats albinos (*Mus rattus*) âgés de un mois. Par le procédé opératoire que j'ai indiqué dans ma première Note, j'ai enlevé les capsules surrénales, la droite d'abord; puis, dix jours après, la gauche. Ces animaux étant au bout d'un mois parfaitement rétablis, je leur ai extirpé la rate en faisant à la région latérale gauche de l'abdomen une petite ouverture dont j'ai réuni ensuite les bords par un point de suture. La guérison complète ne se fit pas attendre longtemps, et je pus alors enlever sur ces mêmes animaux les corps thyroïdes en pratiquant une section longitudinale sur la région antérieure du cou, au niveau de la trachée-artère. En ce moment, ces animaux, âgés de trois mois, sont tout à fait bien portants, quoique privés des capsules surrénales depuis soixante-sept jours, de la rate depuis vingt-six jours, et des corps thyroïdes depuis sept jours.

Je saisis cette occasion pour annoncer à l'Académie que je possède maintenant un rat mâle vivant depuis quatre mois sans capsules surrénales et un rat femelle depuis quarante-trois jours, sans aucune modification apparente dans leurs fonctions. La femelle, après l'opération, a été mise avec un mâle et a produit une portée de huit petits qu'elle a élevés.

Je crois donc pouvoir plus que jamais maintenir mes premières conclusions. J'ajouterai à ces conclusions que les animaux peuvent vivre privés à la fois des capsules surrénales, de la rate et des corps thyroïdes, que, par conséquent, aucun de ces organes n'est essentiel à la vie, et qu'enfin ils ne sont pas chargés de se suppléer réciproquement.

— M. Leriche adresse un Mémoire sur l'emploi du séton filiforme pour ouvrir les tumeurs, et demande que ce nouveau travail soit soumis à l'examen de la Commission déjà saisie de sa première communication et de celle de M. Bonnafond sur le même sujet. (Renvoi à la Commission déjà nommée.)

— M. Valat envoie une suite à son Mémoire sur les logements insalubres et sur les moyens à prendre pour en diminuer progressivement le nombre jusqu'à complète suppression. (Commission précédemment nommée.)

— M. Boulu présente la description et la figure d'un nouvel appareil qu'il a imaginé pour appliquer aux besoins de la médecine l'excitation électrique. (Commission précédemment nommée.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le ministre de la guerre a signé, à la date du 7 février, un règlement pour le fonctionnement de l'Ecole du service de santé militaire, instituée près la Faculté de médecine de Strasbourg. Ce document détermine tout ce qui concerne l'uniforme, le service intérieur, la discipline et les études des sous-aides et élèves de ladite Ecole.

— Le concours de l'agrégation ouvert à la Faculté de Strasbourg est terminé. Les candidats proposés à la nomination par le jury sont: M. Bœckel, pour la chirurgie; M. Hecht, pour la médecine.

Par suite d'un concours ouvert à la même Faculté, et auquel ont pris part six candidats, M. Alfred Broc a été nommé aide-préparateur de chimie.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

(Voir nos nos des 8 et 10 janvier 1857)

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » | POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 4 MARS 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

Lorsque la discussion sur la méthode sous-cutanée s'est engagée, nous nous attendions à deux choses : à voir mettre en question par les uns la valeur de la méthode elle-même, et à voir contester par les autres la légitimité des titres à l'invention ou à la constitution de cette méthode revendiqués à la tribune. De ces deux prévisions, la première ne s'est point réalisée. La valeur pratique de la méthode sous-cutanée n'est niée jusqu'ici par personne, ni à l'Académie, ni en dehors. Nous nous en félicitons d'autant plus, que nous n'avions pas attendu cette discussion pour montrer en mainte occasion tout le cas que nous faisons de cette méthode, dont nous avons toujours cherché à encourager et à multiplier les applications.

Mais sur le second point, nous devons en convenir, nos prévisions ont été vérifiées, au delà même de tout ce qu'on aurait pu imaginer. Tout ce qu'on pouvait s'attendre à voir surgir de vivacité sur le fond même du débat, s'est reporté et concentré presque exclusivement sur la question de priorité. La question de physiologie et de thérapeutique chirurgicale s'est effacée devant la question d'histoire, — question d'histoire contemporaine, dont les acteurs principaux sont là en présence — c'est-à-dire l'une des plus personnelles et des plus brûlantes qui puissent s'élever au sein d'une Académie. Nous voudrions en vain dissimuler le déplaisir que nous causent ces sortes de discussions, et la répugnance que nous éprouverions en toute autre circonstance à y prendre part.

Mais, malgré notre éloignement naturel pour toute discussion impliquant les personnes, nous nous sentons soutenus et même excités ici par un sentiment d'équité méconnu ou obscurci par nous ne savons quelle préoccupation. Ceux qui liront avec quelque attention le discours de M. Malgaigne, et ceux surtout qui l'ont entendu, nous comprendront; nous n'avons pas besoin d'en dire davantage.

Mais laissant de côté, comme nous aurons toujours soin de le faire, tout ce qui est de nature à passionner et à irriter le débat, nous trouverons dans ce discours, comme nous en avons trouvé déjà dans quelques articles de la presse médicale, des faits et des objections qui méritent une sérieuse considération et un mûr examen. Avec le secours de ces utiles renseignements historiques et la connaissance que nous croyons avoir des faits principaux qui se rattachent à la constitution et au développement de la méthode sous-cutanée, nous entrevoyons dès à présent la possibilité de dissiper les nombreux malentendus qui obscurcissent cette question, et de discerner, entre les prétentions énoncées d'un côté et les dénégations opposées de l'autre, la part de la vérité. Mais la discussion est loin, sans doute, d'être à son terme ; rien ne presse donc : nous attendrons qu'elle ait fait son temps pour émettre à notre tour notre opinion et nos appréciations sur le fond ainsi que sur les incidents du débat.

Pendant la première partie de la séance, la tribune a été occupée par M. le docteur Baumès, l'un des vétérans de la médecine lyonnaise, pour la lecture d'un mémoire sur les diathèses. Auteur d'un livre très-justement apprécié sur ce sujet, M. Baumès, qui a fait de cette importante question de pathologie générale l'objet d'une étude toute spéciale, a désiré donner dans cette lecture le complément de ses nouvelles recherches sur ce sujet. Nous regrettons que le défaut d'espace ne nous permette pas de publier aujourd'hui un extrait de ce mémoire. Nous le publierons prochainement en le signalant particulièrement, comme un sujet de méditation, à l'attention des jeunes praticiens qui ne sont généralement pas assez familiarisés avec les déductions pratiques très-utiles qui ressortent de l'étude des diathèses. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Tumeur survenue après l'évulsion d'une dent molaire. — Compression du nerf dentaire inférieur. — Paralysie locale de la peau du menton. — Preuve du rôle exclusivement sensitif du nerf mentonnier. — Guérison par l'électricité.

Une femme âgée de trente ans, d'une assez forte constitution, occupait tout récemment le lit n° 15 de la salle Sainte-Anne (service de la clinique); elle présentait l'insensibilité la plus complète au tact, à la chaleur et à la douleur, soit dans la partie droite des téguments du menton, soit dans la membrane interne des lèvres, soit dans les dents incisives, canines, petites molaires, et dans les gencives correspondantes du même côté.

M. Piorry limita avec le crayon dermographique l'espace où existait dans les téguments cette anesthésie et cette analgésie, et constata que ces symptômes cessaient de se présenter au niveau du pli qui sépare la joue du menton; vers la hauteur du rebord de l'os maxillaire inférieur, et exactement au delà de la ligne médiane. Il attribua cette anesthésie à une cause agissant sur le nerf dentaire inférieur, dont le nerf mentonnier est la terminaison.

Il n'y avait aucune altération dans les mouvements du muscle appelé *houppe du menton*.

Pour M. Piorry, une abolition persistante de sensibilité dans un nerf implique l'existence d'une lésion ayant son siége dans le trajet ou dans le point d'origine de ce nerf. Ce n'est pas l'*altération de sensibilité* qu'il s'agit de reconnaître et de combattre, mais bien la modification organique qui la produit.

On fut donc conduit à rechercher cette lésion. Or, une tumeur se prononçait à l'extérieur et en arrière, sur le trajet du nerf dentaire inférieur. Cette tumeur était allongée, sous-tégumentaire, profonde, assez inégale, et présentait au plessimétrisme une certaine résistance au doigt, un son sec et mat infiniment plus marqué que sur les autres points de l'os. Il s'agissait donc là d'une exostose ou d'une périostose de nature inflammatoire.

Pendant les jours qui avaient précédé l'entrée de la malade à la Charité, cette femme avait énormément souffert de la seconde molaire inférieure droite. On avait eu recours au chloroforme pour enlever cette dent, mais on n'était arrivé qu'avec peine à l'extraire. Au moment où le libre usage de ses sens et la connaissance complète lui revinrent, après l'opération, l'anesthésie existait.

Pouvait-on attribuer cette paralysie persistante à l'action du chloroforme? Non, sans doute; car les effets anesthésiques de ce puissant agent sont généraux et sans longue durée.

Le chef du service pensa donc que l'anervismie (paralysie) locale était causée par quelques lésions de l'os dont l'évulsion de la dent avait été accompagnée, et à l'ostéite ou à la périostéite qui en avaient été les conséquences. Ces modifications organiques, en comprimant le nerf, avaient donné lieu, par suite, aux phénomènes observés.

Pendant deux jours, des moyens antiphlogistiques, des frictions avec la teinture d'iode au dixième sur la partie malade furent employés, mais les accidents ne se modifièrent pas.

M. Piorry pria alors M. le docteur Duchenne (de Boulogne) de vouloir bien diriger l'électricité par induction sur la peau paralysée, d'une part, et sur la région du nerf dentaire inférieur, au-dessus de la tumeur, de l'autre.

A peine ce moyen thérapeutique fut-il mis en usage, que le sentiment du tact et de la douleur se rétablit complétement : il s'est toujours maintenu depuis.

Les jours suivants, la tumeur se dissipa d'une manière lente, et la malade vient de sortir de l'hôpital dans un parfait état de guérison, après un mois de séjour dans la salle Sainte-Anne.

Ce fait est remarquable sous plusieurs rapports :

1° Il prouve que le nerf mentonnier est exclusivement sensitif;

2° Il fait voir que lors de l'évulsion des grosses molaires inférieures, il faut se servir d'instruments tels qu'ils ne puissent pas léser les parois du conduit maxillaire inférieur ;

3° Il démontre que dans les cas de névralgies, de névropathies, d'hyponervismies variées ou d'anervismies, il faut toujours examiner av c le plus grand soin les différents points du trajet du nerf malade, à l'effet de constater les raisons anatomiques des troubles physiologiques existants ;

4° Que dans ce cas, comme dans tant d'autres, la névralgie n'était point une *maladie*, mais bien le symptôme d'une lésion ;

5° Que cependant, malgré l'existence d'une circonstance organique permanente qui comprime un nerf, l'électricité par induction, convenablement dirigée, peut avoir dans la curation d'une névralgie l'influence la plus heureuse.

HOPITAL DE TOURS.

Considérations sur les anévrismes intra-crâniens, à propos d'une observation d'anévrisme de la carotide interne et de l'artère ophthalmique.

Par M. le Dr EUGÈNE GIRAUDET, professeur suppléant.

L'histoire des anévrismes intra-crâniens est encore si peu avancée, elle laisse tant de points obscurs à éclairer, qu'il me semble important de recueillir avec soin tous les faits de ce genre.

La nommée Anne Ch..., âgée de cinquante-deux ans, fut apportée à l'hôpital de Tours dans un état d'assoupissement et de coma très-prononcés, avec une paralysie des membres inférieurs; pouls développé, mou, 58 pulsations par minute ; tête brûlante, pupille fortement contractée ; iris immobile, langue serrée entre les dents.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital, la prostration fit de nouveaux progrès, et la malade mourut dans le courant de la journée d'une mort douce et tranquille.

Circonstances commémoratives. — Douleurs de tête périodiques, avec sensation de coups de marteau sur l'orbite droit depuis deux ans. Perte insensiblement progressive de la vue du côté droit. Plus tard, difficulté de la parole ; affaiblissement de l'odorat; diminution de l'intelligence ; plus tard encore, battements de cœur, amaigrissement général ; enfin paralysie des membres inférieurs et coma.

Autopsie cadavérique, ouverture du crâne. — Le cerveau remplit toute la cavité crânienne ; injection vasculaire de ses enveloppes ; épanchement de sérosité entre les feuillets de l'arachnoïde et dans les ventricules. En soulevant à droite le lobe antérieur du cerveau, nous découvrons une tumeur irrégulière, oblongue, bosselée, située au-dessus du sinus caverneux et du canal carotidien, sur le côté droit de la selle turcique. Sa couleur est d'un rouge brun, mêlé de taches jaunâtres. Son volume assez considérable, 4 centimètres sur 2 et demi de largeur. L'artère ophthalmique droite, élargie en forme d'entonnoir, pénètre et se continue avec la face antérieure de la tumeur. La face inférieure recouvre la carotide interne.

La tumeur étant divisée et les caillots sanguins enlevés, nous voyons les deux ouvertures en entonnoir de la carotide et de l'ophthalmique, qui établissent la communication avec le sac anévrismal; ce sac n'a qu'une seule cavité ; l'épaisseur de ses parois varie de 2 à 3 millimètres. La tunique celluleuse adhère intimement aux vaisseaux circonvoisins. La moyenne est épaissie, un faible grossissement y révèle des couches nombreuses et superposées de fibres transversales.

Entre cette tunique et la tunique interne, nous trouvons un grand nombre de petites lamelles osseuses, d'un blanc jaunâtre (les autres branches de la carotide et les principales artères du corps n'en offrent pas). La tunique interne est marbrée de taches rouges et jaunâtres dans deux points différents; elle est complétement usée et détruite, et les lamelles osseuses sont en contact direct avec l'intérieur du kyste.

Des caillots contenus dans la tumeur, les uns s'échappent lors de l'incision, les autres sont intimement unis et disposés par couches concentriques.

Le côté antérieur du cerveau est profondément excavé, de manière à loger le kyste dans son épaisseur ; la pulpe cérébrale est ramollie ; il ne reste aucune trace de l'arachnoïde et de la pie-mère dans cette région.

Le nerf optique droit est aplati comme un ruban, dévié et accolé à la face inférieure de la tumeur. Les nerfs moteurs oculaires et la branche oculaire de la cinquième paire sont également amincis et refoulés à la base. Le sinus caverneux est oblitéré. Les apophyses clinoïdes antérieures et postérieures ont complétement disparu sous l'influence des battements de la tumeur. Le commencement de la voûte orbitaire est dépourvu de périoste et ruginé dans un espace de 2 centimètres.

Historique des anévrismes intra-crâniens. — Les recherches que j'ai faites dans les auteurs qui ont précédé le dix-neuvième siècle ne m'ont donné aucun résultat satisfaisant. Fernel, Morgagni, Boerhaave parlent de tumeurs sanguines observées dans le crâne ; mais ce qu'ils en disent est tellement vague et si peu précis qu'il est impossible de tirer un parti quelconque de leur témoignage; on ne connaît pas de telles obscurités.

Hodgson est peut-être le premier qui ait décrit avec soin un anévrisme intra-crânien ; Sandifort, Magendie, Krimmer, Ribes, Serres en ont également rapporté des exemples. Deux dissertations inaugurales, dues à MM. Nebel et Albers, de l'Ecole de Bonn, ont été publiées sur ce sujet en 1834, en même temps qu'un travail de Breschet (*Mémoires chirurgicaux sur différentes espèces d'anévrismes*, avec planches).

Siége. — On a rencontré des anévrismes dans presque toutes les artères du cerveau. Le résumé suivant indique les artères atteintes et le nom des auteurs des observations:

Carotide interne à son entrée dans le crâne (Sandifort, Albers, Breschet, l'auteur);
Artère ophthalmique (l'auteur);
Artère cérébrale antérieure (Spurgin, Hodgson, Copeland);
Artère communicante de Willis (Chevalier);
Artère du corps calleux (Nebel);
Artère basilaire (Hodgson, Serres, Kreysig);
Artère méningée (de Krimmer, Ribes).

Ces diverses observations se rapportent à des anévrismes vrais, par dilatation partielle des tuniques artérielles, ou *anévrismes sacciformes;* toutefois on doit faire exception du fait de Breschet, qui était un ***anévrisme fusiforme*** ou par dilatation uniforme de toutes les tuniques artérielles : quant au cas particulier qui fait l'objet de cette communication, je n'ai trouvé son analogue nulle part. De même que celui de Breschet, il ne saurait être confondu avec ceux que je viens d'indiquer. C'est bien là un anévrisme par anastomose de deux artères : la carotide et l'ophthalmique. En recherchant les causes qui président au développement des anévrismes intra-crâniens, on se trouve en présence de difficultés insolubles. Les détails anatomico-pathologiques de ces altérations, quelque remarquables qu'ils soient sous le rapport de la précision et de l'exactitude, ne fournissent aucune explication satisfaisante.

Relativement à l'âge, la donnée statistique suivante est conforme aux autres faits d'anévrismes observés dans les différentes parties du corps humain : de 20 à 30 ans, 2 cas; de 30 à 40, 1 cas; de 40 à 50, 1 cas; de 50 à 60, 9 cas; de 60 à 70, 2 cas. Les altérations anatomiques provoquées par la présence d'une tumeur anévrismale dans le cerveau sont en tout analogues à ce qui s'observe dans les autres régions du corps. Cependant je dois signaler ici à propos du fait précédent, l'usure et la disparition des parties osseuses circonvoisines, sorte d'altération non observée par les auteurs qui ont écrit sur la matière. Ils attribuaient le manque d'usure des os crâniens à la plus grande facilité qu'ont les tumeurs anévrismales à se développer du côté de la substance cérébrale.

Le *diagnostic* de ces affections est fort obscur; dans la plupart des cas, la maladie n'a pu être sûrement déterminée qu'à l'ouverture du crâne; et personne n'a songé à employer l'auscultation de l'encéphale, qui, malgré l'épaisseur de ses parois, laisse entendre un certain nombre de bruits intérieurs, peu étudiés jusqu'à présent.

Dans dix cas on a observé des céphalalgies continues ou intermittentes, avec sensation de battements dans la tête, de coups de marteau sur la voûte oculaire; c'est là un symptôme à peu près constant. Dans un autre fait, le malade croyait sentir son crâne s'ouvrir avec violence. On a observé également la cécité, la perte de l'ouïe, un abattement profond, de la tristesse, de la manie, avec stupeur, des somnolences continuelles, diverses paralysies (hémiplégie ou paraplégie), du strabisme, etc.

Nous dirons en terminant ce qui a rapport au diagnostic, qu'ici comme dans les autres affections du cerveau, il n'existe aucun symptôme qui, isolé ou même réuni à d'autres, puisse être considéré comme un signe certain des lésions de ce genre.

Un seul cas de guérison a été rapporté par Hodgson.

L'anévrisme fut oblitéré par un caillot sanguin, la maladie avait duré plusieurs années.

Un phénomène commun à peu près à tous les cas, c'est la mort par apoplexie, suite d'une rupture ou d'une fissure du sac anévrismal.

OBSERVATIONS D'ASPHYXIE

par la vapeur du charbon de bois.

Par M. J. B. Jaubert, médecin inspecteur à Gréoulx.

Après le travail publié sous ce même titre dans votre numéro du 23 décembre, les observations qui font le sujet de cet article me paraissent ne pas être sans intérêt. Les déductions qu'elles m'inspirent, par cela même qu'elles sont en opposition avec les idées émises par M. le docteur Faure, me semblent mériter l'attention des praticiens.

De ces trois observations, deux seulement offrent un intérêt sérieux : l'une a trait à Mme de M..., femme jeune, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une constitution bonne, mais fortement ébranlée par les émotions morales, et d'une santé aujourd'hui délicate; l'autre à une femme de chambre jeune et vigoureuse, d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une constitution évidemment pléthorique.

Le 17 décembre, à neuf heures et demie du soir, un bain chauffé à l'aide d'un cylindre rempli de charbon allumé avait été préparé dans une petite salle attenante à une chambre à coucher; l'eau n'étant pas très-chaude, le cylindre fut laissé dans le bain au moment où Mme de M... y entra, et confié aux soins de sa femme de chambre qui s'assit auprès de la baignoire; une seconde femme était placée près de la porte qui resta ouverte... La sécurité de ces trois personnes tenait à la disposition du réchaud, qui, par un tuyau *mal adapté*, était en communication avec le dehors.

Un quart d'heure après son entrée dans le bain, Mme de M... éprouve un sentiment d'oppression et de chaleur progressive vers le cou et les tempes, avec palpitations et malaise général. Cet état, assez fréquent chez elle, ne fut d'abord pas remarqué, mais bientôt le malaise augmente, les pulsations sont désordonnées, la face se congestionne, la malade accuse, avec la sensation d'un marteau dans la tête, de fortes douleurs vers la région du cœur et un engourdissement des bras.... La première femme de chambre, inquiète déjà par l'analogie des phénomènes qu'elle ressentait, et remarquant quelque chose d'*anormal* sur les traits de sa maîtresse, s'empresse de soulever le réchaud pour le porter hors de la chambre; mais au premier mouvement elle éprouve des vertiges et des nausées, un sentiment de défaillance la saisit au moment où elle traverse la pièce, elle chancelle et tombe en articulant quelques plaintes inintelligibles. Au même instant, l'autre femme de chambre s'élance auprès de Mme de M..., qui venait de s'affaisser sur elle-même; elle n'a que la force de soutenir hors de l'eau la tête de sa maîtresse et d'appeler du secours.

Quelques minutes s'écoulent, on arrive enfin, et Mme de M. est placée sur son lit. Les personnes qui l'entourent s'efforcent de la ranimer soit avec du vinaigre, soit en lui jetant de l'eau fraîche au visage.... Plus de vingt minutes s'écoulent... En revenant à elle, Mme de M. accuse vers la région frontale de violentes douleurs qui lui arrachent des cris et amènent des convulsions; ces crises se renouvellent fréquemment, séparées seulement par quelques minutes de calme, pendant lesquelles la peau du visage reste injectée; et les muscles de la face fortement agités de mouvements convulsifs; la malade a de la peine à s'exprimer, sa langue est embarrassée, elle est prise de fréquentes nausées. Cet état dure environ une heure; enfin, les convulsions cessent; les douleurs de tête persistent, avec un sentiment très-vif de froid, suivi de bouffées de chaleur; elle éprouve de temps en temps de très-fortes palpitations accompagnées d'oppression spasmodique du poumon.

Vers minuit, les phénomènes de congestion paraissent augmenter, la face est d'un rouge violacé, la malade a de la peine à se faire comprendre, sa langue est comme paralysée et lui paraît épaissie; elle voit voltiger de petites étincelles; les extrémités sont froides et engourdies; le pouls est petit; il y a prostration complète des forces, sans assoupissement. — Application souvent répétée de sinapismes aux extrémités inférieures; limonade froide, l'estomac étant provoqué par toute boisson chaude.

Au point du jour arrive le médecin du village, qui ordonne : application de trente sangsues aux apophyses mastoïdes, lavement purgatif, sinapismes, boissons acidulées. Cette ordonnance est exécutée; les sangsues seules ne sont pas appliquées. Pendant toute la journée du 18 la malade reste dans le même état; la respiration est seulement plus libre, le cœur moins douloureux, les palpitations moins fortes et moins fréquentes.

Le 19 au matin, saignée de 250 grammes; soulagement immédiat, mais de courte durée; la tête continue à être prise; l'engourdissement général et l'état de congestion apparente du cerveau persistent avec nausées. — Sinapismes, diète absolue, boissons froides. On me fait appeler à Marseille, où j'étais depuis quelques jours.

Le 20, M. le Dr P. de Manosque est appelé en consultation, il insiste sur les émissions sanguines. — Nouvelle saignée de 300 grammes, applications vinaigrées froides sur la tête, sinapismes aux membres inférieurs, boissons acidulées. La malade se trouve aussitôt soulagée, les symptômes inquiétants disparaissent, la céphalalgie frontale seule persiste, sa vue reste faible... La nuit est assez calme. Le sang enlevé ce jour-là, ainsi que celui de la première saignée, était d'un rouge foncé, à caillot épais et résistant, recouvert d'une forte couche de fibrine.

Le 21, à son réveil, de violentes émotions morales, auxquelles ne s'attendait pas la malade, amènent de nouvelles convulsions et une syncope prolongée qui semblent, pendant quelques heures, avoir gravement compromis l'amélioration de la veille.... Mais il n'en est rien; et quand j'arrivai près d'elle, vers le milieu de la journée, son état me parut assez calme; le pouls était lent et développé, la face légèrement pâle; la malade accusait un peu de pesanteur de tête et un sentiment de prostration générale.

Le 22, au point du jour, après un sommeil agité et des rêves pénibles, un léger mouvement de réaction s'est opéré; la peau est chaude, la tête douloureuse, le pouls marque environ 95 à 100 pulsations (Diète absolue; compresses vinaigrées sur le front; limonade froide; lavement émollient).... Les matières fécales sont d'un noir profond, peu abondantes; les urines rouges et jumenteuses, tandis qu'elles avaient été jusque-là d'une limpidité remarquable. Dans la soirée, un sentiment de chaleur progressive à la tête et d'oppression très-forte nécessite une application de sinapismes.

Du 22 au 28, ce mouvement congestionnel se renouvelle tous les soirs, dure une heure environ, et paraît céder aux révulsifs; l'estomac supporte quelques aliments; la céphalalgie est à peu près continuelle, avec le même caractère qu'elle avait les premiers jours, et rappelle à Mme de M... une névralgie céphalique dont elle souffrit pendant tout un hiver... Ces douleurs persistent encore aujourd'hui, quoique faibles; les forces reviennent lentement, et l'estomac paraît avoir particulièrement souffert.

Les symptômes présentés par la femme de chambre, qui était, comme on l'a vu, très-rapprochée aussi du réchaud, ont été, par des raisons difficiles à saisir, loin de présenter la même gravité; la chute qu'elle fit ne fut pas suivie de syncope complète, et les vomissements, qui arrivèrent aussitôt, parurent la soulager; elle se mit au lit, et tomba dans un sommeil profond dont on eut de la peine à la tirer à une heure assez avancée de la matinée; elle n'accusait plus qu'un peu de pesanteur dans la tête et dans les membres.

Quant à la seconde femme placée près de la porte, elle ne ressentit que des bourdonnements dans les oreilles, un cercle douloureux à la tête et un certain malaise qui se dissipa devant les préoccupations du moment. Cette observation ne présente donc qu'un intérêt secondaire.

A quel gaz devons-nous ici l'asphyxie? Est-ce à l'*acide carbonique*, est-ce à l'*oxyde de carbone?* Je laisse à d'autres le soin de décider la question, en faisant toutefois remarquer que la position de Mme de M... dans une baignoire dont les rebords formaient *bassin*, et où sa bouche se trouvait à fleur d'eau, paraît avoir facilité l'absorption du premier gaz; tandis que l'oxyde de carbone, d'une densité moindre que celle de l'air, eût été plus facilement respiré dans la position qu'occupaient les deux autres personnes. Remarquons, en passant, que les douleurs de tête, qui chez Mme de M... ne se montrèrent qu'après la première syncope, furent chez les autres le premier symptôme qui les avertit du danger qu'elles couraient; ni l'une ni l'autre, du reste, ne se rappelle avoir senti l'*odeur du charbon* que M. Faure considère comme la *cause des maux de tête.* N'est-il pas plus simple de les attribuer à l'asphyxie elle-même, et à un commencement de trouble dans la circulation du sang?

Il ne serait peut-être pas difficile, dans ces observations, d'isoler ce qui est le fait de l'empoisonnement de ce qui tient uniquement à l'idiosyncrasie du sujet : cependant les phénomènes morbides, tels qu'ils se sont produits, me semblent assez intimement liés entre eux pour ne pas être séparés dans l'esprit du médecin appelé à donner ses soins. C'est ce qui paraît ressortir aussi des observations rapportées par les auteurs... Les dispositions particulières de l'individu, les conditions au milieu desquelles se produit l'événement, si elles amènent des symptômes variés, doivent nécessairement imposer des indications spéciales à chaque cas.

Il est donc impossible de fixer d'avance la marche du traitement dans un cas d'asphyxie : les émissions sanguines, par exemple, *proscrites* par M. Faure, quoique n'ayant, j'en conviens, aucune action chimique sur la composition du sang, me semblent conserver ici leur valeur respective comme moyen de déplétion d'abord, comme moyen de combattre ensuite les diverses dispositions morbides qui pourraient naître ou de l'altération du sang, ou d'un trouble dans sa circulation... Toutes les fonctions de l'économie sont solidaires! Quand un organe ou une fonction ont été troublés, la solidarité vitale rassemble ses ressources pour une lutte dont la guérison est le but; c'est au médecin à la guider dans ses efforts, à éviter le réveil de toutes ces influences vicieuses au milieu desquelles nous vivons ou qui vivent en nous, et à ne pas trop oublier, dans des travaux de chimie, les lois physiologiques sur lesquelles repose notre science.

ÉTUDES SUR LE CATHÉTÉRISME.

Rapport lu par M. Robert dans la séance de la Société de chirurgie du 11 février.

Messieurs, vous m'avez chargé de faire un rapport sur un travail adressé par M. le docteur Gély (de Nantes) à l'appui de la demande qu'il vous a adressée pour être élu membre correspondant de la Société de chirurgie; ce mémoire a pour titre : *Etudes sur le cathétérisme.*

M. Gély pense, avant tout, que les maladies de l'urètre, telles que l'inflammation, le spasme, les maladies de la prostate, etc., ne modifient pas la forme du canal, comme on le pense généralement, mais qu'elles lui enlèvent seulement une part de son élasticité : proposition évidemment contestable pour les affections du col de la vessie et les hypertrophies de la prostate.

Partant de ce principe, M. Gély avance que le cathétérisme doit être d'autant plus facile que la forme des instruments se rapproche davantage de la courbure normale du canal urinaire. Il s'est donc attaché d'abord à déterminer exactement la longueur et la forme de la partie courbe de l'urètre, et il a constaté :

1° Que la courbure sous-pubienne, au lieu de commencer au-dessous de l'arcade du pubis, comme on le suppose généralement, s'étend plus en avant jusqu'au ligament suspenseur, ainsi que Blandin l'avait déjà reconnu;

2° Que cette courbure appartient à un cercle dont le diamètre est de 12 centimètres, ce qui se rapproche beaucoup des appréciations de ce même anatomiste.

Telles sont les données sur lesquelles s'appuie M. Gély pour proposer une sonde nouvelle, dont le caractère est d'offrir à son extrémité vésicale une courbure régulière de la longueur du tiers de la circonférence d'un cercle ayant 12 centimètres de diamètre.

M. Gély convient du reste que c'est le hasard qui l'a mis d'abord sur la voie d'employer une sonde de cette courbure. Il ne se préoccupe pas de la question historique; il ne revendique aucune priorité; il pense même que cette courbure a dû être plusieurs fois employée; mais ce qu'il tient surtout à établir, c'est que le premier il a déterminé les conditions anatomiques qui conduisent à l'emploi rationnel de cet instrument.

Il raconte qu'ayant à sonder un homme de cinquante ans, affecté de dysurie sans rétrécissement de l'urètre, il essaya successivement plusieurs instruments de diverses formes, et ne put parvenir qu'à l'aide d'une sonde flexible, à laquelle il avait donné une courbure plus large que celle que l'on donne habituellement aux sondes.

A quelque temps de là il fut appelé près d'un vieillard de soixante-dix ans, qui dans le cours d'une grippe avait été pris de rétention d'urine; il ne put le sonder qu'avec le même instrument.

Ces deux faits ont servi de point de départ aux recherches de M. Gély; il a étudié avec soin, sur le cadavre, la forme, les dimensions, les diverses inflexions du canal, sa distance au pubis, etc., etc., et ce sont ces recherches qui l'ont conduit aux résultats que nous avons fait connaître plus haut. Il a vu, en outre, que lorsqu'une sonde flexible était laissée quelque temps à demeure dans l'urètre, elle sortait avec la courbure qu'il indique. Enfin, il fait observer que lorsqu'on pratique le cathétérisme avec une sonde ordinaire, munie de son mandrin, et qu'au moment où on est sur le point de franchir le col vésical, on a recours à la manœuvre indiquée par Hey, Bell, laquelle consiste à retirer un peu le mandrin tandis que l'on pousse la sonde, l'instrument prend naturellement une courbure semblable à celle qu'il propose.

Tels sont en résumé les faits principaux consignés dans le travail de M. Gély. Il n'est guère possible d'analyser les nombreuses recherches de l'auteur, il suffira de vous rappeler qu'elles portent ce cachet d'exactitude auquel il nous a habitués dans les travaux dont la science lui est déjà redevable.

Nous ne voudrions pas faire prévaloir ce procédé de cathétérisme à l'exclusion de ceux que l'on emploie habituellement; nous dirons seulement que dans les cas difficiles il peut offrir une ressource précieuse.

Messieurs, le travail de M. Gély nous a paru déjà suffisant en lui;

même pour rendre son auteur digne de faire partie de la Société de chirurgie. Et cependant ce titre n'est pas le seul que nous ayons à vous signaler en faveur de notre confrère. M. Gély occupe une position très-honorable dans la chirurgie nantaise ; il est chirurgien de l'Hôtel-Dieu, et la science lui doit d'intéressants travaux, parmi lesquels il me suffira de vous rappeler son ingénieux procédé de suture intestinale.

Nous avons donc l'honneur de vous proposer :

1° D'admettre M. Gély au nombre des membres correspondants de la Société de chirurgie ;

2° De déposer honorablement dans vos archives le travail qu'il vous a adressé sur le cathétérisme.

UN MOT SUR LES KYSTES DE L'OVAIRE CHEZ LA TRUIE,

Par M. FESTAL (Philippe), vétérinaire à Sainte-Foy-la-Grande (Gironde).

La truie est très-exposée aux kystes de l'ovaire : j'en ai rencontré 40 ou 50 cas dans les nombreuses castrations que j'ai pratiquées sur cet animal.

Ils sont le plus souvent uniloculaires; mais dans quelques cas, j'ai rencontré deux ou trois compartiments. Une seule fois j'ai vu deux kystes parfaitement distincts, gros chacun comme une noix, exister sur le même ovaire. Ils peuvent être du volume d'un petit pois, ou avoir acquis celui d'une tête d'enfant de deux ou trois ans. Le liquide qu'ils renferment est ordinairement limpide et de couleur citrine, et dans quelques exceptions de consistance sirupeuse. L'enveloppe du kyste est tantôt transparente, parfaitement lisse, mince comme une fine peau d'oignon, tantôt épaisse comme les membranes de la vessie, et rugueuse.

La truie n'est que très-rarement incommodée par l'existence d'un kyste sur l'ovaire, quelque soit son volume : je n'ai vu qu'un seul animal en être dérangé dans les fonctions urinaires et de défécation.

Voici deux cas qui me paraissent curieux sous le double point de vue du volume énorme du kyste et du procédé opératoire.

Une truie d'une dizaine d'années est conduite inutilement, à quatre ou cinq reprises, au verrat; néanmoins, quoique les ruts arrivassent régulièrement tous les quinze jours, on la crut pleine, à son ventre qui profitait d'une manière sensible. Mais l'époque de la mise bas étant passée et la parturition n'ayant point eu lieu, je fus consulté. Je reconnus bien qu'il n'y avait point ascite; et d'un autre côté, il me fut impossible de rencontrer aucune tumeur. Mon diagnostic se trouva passablement embarrassé.

A cette époque je fus prié de châtrer une vieille truie d'une douzaine d'années, devenue stérile sans cause connue. L'incision du flanc pratiquée, et l'index de ma main droite introduit dans l'abdomen rencontra une tumeur fluctuante, qui me parut énorme, et qui occupait la place de l'ovaire, qu'il me fut impossible de découvrir. En présence de ce cas difficile, je crus devoir prolonger l'incision des parois abdominales de manière à pouvoir introduire dans l'abdomen mes quatre doigts, et une partie de la main jusqu'au pouce, pour prendre la tumeur par-dessous, la soulever et l'attirer entre les lèvres de la plaie afin de l'examiner plus aisément. Je réussis, et je reconnus un kyste que je saisis avec une érigne très-pointue, et que je ponctuai avec mon bistouri : il s'écoula un litre de liquide parfaitement limpide ; la poche une fois vidée fut attirée au dehors avec l'ovaire, et le tout retranché après avoir placé une ligature sur les vaisseaux ovariques. Cette bête ne fut pas plus incommodée que s'il n'y avait pas eu de complication.

Ce kyste, qui était le premier que je rencontrais de ce volume, vint subitement m'éclairer sur la nature et la cause probables du gonflement de ventre de la première truie, au sujet de laquelle mon diagnostic avait été si embarrassé. Il était du reste temps d'opérer, car l'expulsion de l'urine et des fèces était considérablement gênée. Le propriétaire, à qui je conseillai la castration de sa truie, me laissa carte blanche. L'opération fut pratiquée comme dans le cas précédent, et avec un égal succès. Il s'écoula deux litres de liquide.

PRÉPARATION DE LA PATE DE CANQUOIN.

Par M. ROBIQUET.

Farine de blé.	400 grammes.
Chlorure de zinc fondu. . .	200 —
Eau de fontaine.	75 —

Faites dissoudre à chaud le chlorure de zinc dans l'eau, et opérez soit dans une capsule de porcelaine, soit dans un poêlon d'argent. Laissez refroidir complétement, et ajoutez peu à peu la farine. Pétrissez ce mélange pendant un quart d'heure environ, et étendez en plaques d'une épaisseur de 1 millimètre.

Avec les proportions précédentes, et en ayant soin surtout de s'assurer que le chlorure de zinc a été bien complétement privé d'eau par la fusion ignée, on sera sûr d'obtenir une pâte de Canquoin homogène, facile à laminer, et pouvant se conserver à l'air sans en attirer l'humidité.

Pour la pâte n° 2, on emploiera :

Farine.	400 grammes.
Chlorure de zinc fondu. . .	400 —
Eau.	100 —

Pour la pâte n° 3 :

Farine.	400 grammes.
Chlorure de zinc fondu. . .	600 —
Eau.	125 —

POMMADE CONTRE LA FISSURE A L'ANUS.

Par M. le docteur PERRIN.

Onguent populéum, ou beurre de cacao.	20 grammes.
Extrait de monésia.	4 —
Acétate de plomb cristallisé. . . .	4 —
Extrait de belladone.	2 —

On a soin de donner à la pommade une consistance douce, onctueuse, parfaitement homogène, et cela en y faisant ajouter une proportion suffisante d'huile d'amandes douces.

PILULES ÉCOSSAISES MODIFIÉES.

Par M. PLOUVIEZ.

Poudre d'aloès.	4 grammes.
Gomme-gutte.	4 —
Tartre stibié.	5 centigr.
Huile volatile d'anis. . . .	2 gouttes.
Sirop simple.	q. s.

F. s. a. Pilules argentées de 20 centigrammes.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 mars 1857. — Présidence de M. MICHEL LÉVY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1856 dans les départements de la Vendée, de la Dordogne, des Hautes-Alpes, de la Drôme et des Landes ;

2° Un rapport de M. le docteur Bocamy, médecin-adjoint des épidémies pour l'arrondissement de Perpignan, sur une épidémie de fièvre intermittente qui a régné dans la commune de Salbes à la fin de l'année 1856 ;

3° Deux rapports de M. le docteur Danvin, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Saint-Pol, sur une épidémie de variole qui a régné en 1856 dans les communes de Frévillères et de la Comté. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

M. le professeur Tourdes (de Strasbourg) adresse un mémoire ayant pour titre : *Recherches sur les effets anesthésiques de l'amylène.* (Commissaires : MM. Bégin, Velpeau et Jobert.)

RAPPORT.

Eaux minérales. — M. O. HENRY, au nom de la commission des eaux minérales, lit :

1° Un rapport sur une eau minérale ferrugineuse découverte à Pierrefonds (Oise). L'eau ferrugineuse dont il est question est fournie par une source située à très-peu de distance de l'eau sulfureuse destinée à la buvette. Elle offre une grande analogie avec les eaux du même genre de Forges, de la source Bourdeilh à Plombières et de Saint-Denis-lès-Blois, dans lesquelles on trouve à la fois les carbonate de chaux et de magnésie à côté du crénate ferreux dissous, surtout à la faveur d'un léger excès d'acide carbonique, puis quelques sulfates de chaux, de soude, de magnésie, de chlorures alcalins et terreux, et quelques principes siliceux, etc., peu importants.

La commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter au point de vue médical l'eau de la nouvelle source ferrugineuse de Pierrefonds. (Adopté.)

2° Un rapport sur un produit ocracé naturel fourni par les sources de Vittel. C'est un composé naturel qu'on peut désigner par la dénomination de produit ferro-crénaté-manganésien, dont la nature n'a été modifiée par aucune autre préparation qu'un séchage à douce chaleur et un tamisage approprié. En l'absence d'un nombre suffisant de faits authentiques qui puissent démontrer l'efficacité réelle de ce produit ocracé, la commission propose de répondre qu'il n'y a pas lieu d'accorder, quant à présent, l'autorisation demandée. (Adopté.)

LECTURE.

Diathèses. — M. BAUMÈS, correspondant de l'Académie à Lyon, lit un travail sur les diathèses.

DISCUSSION.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la méthode sous-cutanée.

La parole est à M. Malgaigne.

M. MALGAIGNE. J'ai vainement cherché dans l'exposé de la méthode sous-cutanée des faits nouveaux, des recherches de nature à faire impression. Il y a plus, un aveu est échappé à notre antagoniste, c'est que ces idées avaient été bien remuées avant lui, et cet aveu m'a été confirmé encore par d'autres circonstances, c'est qu'il a fallu quinze jours ou trois semaines pour préparer l'exposé d'une méthode inventée depuis plusieurs années.

Lorsque j'ai entendu M. Guérin, j'ai reconnu que l'historique que j'avais tracé était bien inutile, car il y a fait peu d'attention, et mes objections bien futiles, car il ne les a pas réfutées. Il s'est borné à une citation de Pascal sur la confusion dans la signification des mots qu'il recommande à l'attention de l'Académie. Que veut dire cette citation ? Probablement ceci, que le dix-huitième et le dix-neuvième siècle avaient jeté leur semence dans le terrain fertile de M. Guérin, et qu'il y a trouvé une opulente moisson à faire. Dans une autre circonstance, il s'était prévalu de la même maxime, et il avait fait de même une ample récolte. Il se trouve avoir ainsi récolté ce qu'il n'avait pas semé. Pascal, qui n'a probablement écrit la phrase citée par M. Guérin que pour défendre une petite méthode scientifique oubliée, a écrit plus loin dans le même ouvrage (*De l'esprit géométrique*) : « Il arrive bien plus souvent qu'un bon esprit fait produire lui-même à ses propres pensées tout le fruit dont elles sont capables, et qu'ensuite quelques autres les ayant ouï estimer, les empruntent et s'en parent. » Ce passage complète la citation de M. Guérin. Sans rechercher les oscillations qu'a subies la méthode sous-cutanée depuis quinze ans, je prendrai tel quel l'exposé qui nous en a été fait dans la dernière séance, et j'espère la réduire à néant par la discussion.

Une méthode se compose de principes, de procédés, de résultats. Examinons-les successivement.

L'orateur, après avoir rappelé brièvement les principes, les procédés, les résultats exposés par M. Guérin, continue ainsi son discours :

J'avais cité comme ayant professé les principes sur lesquels M. Guérin a établi la méthode sous-cutanée, J.-L. Petit, A. Monro, Brodie, Delpech, Strohmeyer ; j'aurais dû citer MM. Held, Aliott, et beaucoup d'autres. Il y aurait eu dans les idées de ces hommes, qui ont cru la même chose que M. Guérin, une telle imperfection que celui-ci resterait seul l'auteur de la théorie. Il n'y a qu'un moyen bien sûr de se trouver seul devant une théorie, c'est de supprimer tout le passé, de sorte qu'il ne reste plus d'autre Dieu que Dieu, et Mahomet, son prophète. Cette méthode, qui n'est pas tout à fait historique, paraît avoir été suivie par M. Guérin avec une certaine complaisance.

Voyons les procédés :

1° Le pli à la peau, la ponction avec un ténotome mousse. Dupuytren, dès 1823, M. Held, en 1836, Dieffenbach, en 1830, M. Bouvier, en 1837, faisaient une ponction à la peau et introduisaient un ténotome mousse. Il y a maintenant le pli ; ah ! le pli : M. J. Guérin nous dit lui-même que Strohmeyer faisait un pli à la peau, parallèlement aux muscles, et plongeait le bistouri à la base du pli. Quelques années après, M. Guérin s'approprie le procédé.

2° L'expulsion de l'air réclamée par M. Guérin a été indiquée par Strohmeyer en 1824, par M. Held en 1836, par M. Aliott en 1834. Encore M. Guérin nous apprend-il dans son mémoire sur le torticolis qu'un phénomène assez fréquent, et propre au procédé qu'il emploie, a été l'introduction bruyante d'une certaine quantité d'air dans la plaie. Le procédé de Strohmeyer, qui ne conduit pas à ce résultat, paraît donc préférable.

3° M. Guérin recouvre la plaie d'un morceau de diachylon; Strohmeyer se servait de taffetas d'Angleterre.

4° Enfin, l'écartement des deux bouts des tendons divisés; Dupuytren, A. Cooper, Dieffenbach, Syme, Duval, l'avaient pratiqué. M. Guérin est venu après tout cela opérer l'écartement des deux bouts. Voici, je crois, le procédé complet. Est-il possible de dire ce qu'il y a de neuf dans tout ceci ?

Examinons les résultats ; là peut-être il y a quelque chose de neuf.

1° On nous dit que dans les procédés anciens les accidents n'étaient pas rares. J'avoue n'avoir jamais observé, n'avoir vu mentionnés nulle part ces accidents dont on parle. Jamais je n'ai vu d'abcès; M. Duval a observé un érysipèle ; jamais de gangrène, et pour le phlegmon je ne connais que les trois phlegmons imminents signalés par M. Guérin. M. Velpeau, M. Robert et quelques autres chirurgiens nos collègues m'ont confirmé dans ma croyance. J'affirme que dans l'histoire de la ténotomie sous-cutanée, il n'y a d'autres accidents que ceux de M. Guérin.

2° Il y a un second ordre de résultats, c'est l'organisation immédiate sans inflammation adhésive. Sans citer les 37 observations de Dieffenbach sur la section du tendon d'Achille, tout le monde avait fait des expériences à ce sujet ; M. Guérin seul n'en a fait aucune. On avait vu avant lui les tendons se cicatriser à distance; mais là encore l'auteur s'est trompé dans son explication. Combattant l'inflammation adhésive de l'école de Hunter, il nous montre en regard sa théorie de l'organisation immédiate. Ceci lui appartient ; c'est du cartésianisme pur; il n'y a pas une seule expérience pour l'établir. Mais si M. Guérin n'a pas d'expériences, il y en a des milliers d'autres, celles d'Ammon, de M. Duval, de M. Held, de M. Bouvier, qui montrent toutes que, principalement après la section d'un tendon, *jamais le caillot ne s'organise.* Il y a donc encore là une de ces idées entrevues par les yeux de l'esprit.

Donc ni les principes, ni les procédés, pas même le fameux pli, n'appartiennent à M. Guérin ; quant aux résultats, les nôtres sont meilleurs, et quant à l'organisation immédiate, nous maintenons cette théorie contraire à l'observation.

J'ai hâte d'arriver au terme de cette discussion personnelle. Notre antagoniste reproche à la critique de venir réclamer au profit des morts contre les vivants. D'abord je ferai observer qu'il n'y a pas seulement des morts dans cette affaire. Et puis, est-ce que les droits des morts sont moins sacrés ? C'est l'espoir de l'immortalité qui fait les grands hommes. Il y a un axiome de morale universelle assez élevé pour ne pas être attribué à la circonstance : *Ne pas faire à autrui ce qu'on ne voudrait qu'on vous fît.* Cette maxime s'applique aux morts comme aux vivants.

Je reviens aux droits et aux devoirs de la critique. Les vrais inventeurs ont-ils quelque chose à perdre aux recherches historiques ? Assurément non ; le petit livre consacré par M. Flourens à l'histoire de la circulation du sang est le plus beau monument élevé à la gloire de Harvey. Galien, Vésale, Levret, Colombo, Césalpius, Fabrice, n'ont fait que poser les assises de la pyramide construite par Harvey. Ces hommes sont là pour rendre hommage au génie de Harvey. Voilà ce que je voulais dire, et j'espère que désormais on n'aura plus recours à d'aussi tristes arguments.

A quels caractères reconnaîtra-t-on l'invention en chirurgie et dans les sciences médicales ? Il y a des découvertes qui n'ont pas d'antécédents, la découverte du réservoir du chyle par Pecquet. Ici, le problème est facile. La chose est plus difficile s'il s'agit de découvertes secondaires. On m'a cité, dans l'intervalle de nos séances, la découverte de la Méditerranée par A. Dumas : ce n'est pas la même chose, à mon avis; la découverte de la Méditerranée était du moins dans le domaine public; elle n'appartenait à personne.

C'est la grande morale universelle qui devra toujours nous servir de guide. Je l'avais établie en chirurgie pour arrêter la hardiesse de certains opérateurs, je la proclame aujourd'hui pour mettre un frein à l'audace de certains inventeurs. On peut trouver ce qu'un autre a perdu, on peut trouver aussi ce qu'un autre n'a pas perdu. Le Code civil admet la prescription au bout de trois ans ; mais, en morale universelle, il n'y a pas de prescription. Si vous refusez de restituer au

premier inventeur, vous verrez se dresser contre vous la conscience publique. Maintenant, à quels titres reconnaîtra-t-on l'invention en chirurgie? La loi sur les inventions distingue trois choses: l'idée ou le but, le moyen, le résultat. Appliquons ceci à la lithotritie, par exemple: il est certain que l'idée n'appartient pas à notre siècle; le moyen même avait été déjà trouvé, à peu de chose près; mais, en comparaison du but atteint, de la réalisation, on peut dire qu'elle n'est entrée dans la science que par les mains de qui vous savez, et l'Institut ne s'est pas trompé; c'est lui qui a enrichi la science, l'art, de cette nouvelle méthode.

De la méthode que nous venons d'examiner, il ne reste rien à l'auteur, rien, si ce n'est le mot de méthode et du bruit. La méthode sous-cutanée peut-elle s'appeler méthode? On peut considérer en chirurgie deux sortes de méthodes: une méthode thérapeutique, une méthode opératoire. Prenons, par exemple, une pierre dans la vessie; on peut broyer la pierre dans la vessie; on peut l'extraire: chacune de ces méthodes engendre des procédés divers. Si on y regarde de près, on voit que le propre de la méthode c'est d'engendrer des procédés, et c'est en cela même que consiste la différence entre la méthode et le procédé.

La méthode sous-cutanée aurait engendré la section des ligaments, des tendons? Mais Ch. Bell avait pratiqué la section sous-cutanée des ligaments, Strohmeyer celle des tendons, Dupuytren celle des muscles, A. Cooper celle des aponévroses des nerfs, Brodie celle des veines, A. Key celle des ganglions; M. Aliott avait appliqué cette méthode à l'extraction des corps étrangers articulaires, et M. A. Petit aux abcès. Il n'est pas jusqu'à la misérable idée de l'opération césarienne sous-cutanée qui ne revienne à Monro.

O méthode féconde!
Qui fit tons ses enfants bien avant d'être au monde!

Quant à la généralisation elle-même, elle avait été faite déjà par Dieffenbach, MM. Held, Duval, etc. Et d'ailleurs, suffit-il d'avoir réuni tous les faits appartenant à une méthode pour en réclamer l'invention? J'ai rallié tous les procédés d'autoplastie — c'est moi qui ai créé le mot —, j'ai ramené à quatre procédés principaux tous les procédés employés, je n'ai pas cru pour cela avoir fait une véritable découverte. Il ne m'est pas venu à l'esprit que j'avais inventé quelque chose, parce que j'avais mis un fil autour du faisceau.

Se peut-il donc qu'on ait fait tant de bruit pour rien? Il fait bon consulter l'histoire de l'art, parce que le passé est souvent l'histoire du présent. L'ancienne Académie de chirurgie, appelée à juger une question de priorité, celle du *coup de maître*, revendiquée par Lecat (de Rouen) pour Lapeyronnie, ne se prononça pas cependant en faveur de son bienfaiteur. Cette Académie a fait également justice d'une prétention élevée par Dupuytren, qui présentait comme une méthode nouvelle son procédé de taille bi-latérale, simple procédé qu'il a décrit depuis comme un de ceux qui dérivent de la méthode périnéale.

De quoi s'agit-il dans la méthode sous-cutanée? D'empêcher la suppuration attribuée au contact de l'air. Mais s'agit-il, comme il y a quinze ans, de la communication non interrompue des plaies avec l'atmosphère ou de quelques bulles d'air entrées par une petite piqûre? L'action offensive du contact non interrompu des plaies avec l'atmosphère n'avait pas besoin d'être prouvée, dit M. Guérin. Qu'est-ce donc qui avait besoin d'être prouvé? Probablement l'action limitée. Et, en effet, que prétend la théorie? Expliquer la suppuration dans les plaies sous-cutanées par la présence de l'air. Or, il se trouve qu'*ordinairement* l'air n'amène pas la suppuration. Ainsi, la théorie ne s'applique qu'aux exceptions; j'ajoute aux exceptions les plus rares. Dès lors, il faut bien reconnaître une autre cause à la suppuration des plaies.

M. Guérin nous a pourtant donné de sa méthode une démonstration expérimentale et une démonstration rationnelle.

Démonstration expérimentale: « 1° A l'aide d'un procédé plus parfait, on a affranchi constamment les plaies de toute inflammation suppurative: c'est une véritable démonstration directe; 2° les sections irrégulières laissant dans beaucoup de cas l'air pénétrer librement et constamment, sont suivies de suppuration: voilà la contre-épreuve. » C'est une chose fausse et que l'on a rêvée. Je déclare que pour faire pénétrer librement l'air dans une plaie, il faudrait un tuyau. Ainsi, le résultat est absolu avec le procédé régulier; il est inconstant avec l'autre: voilà la démonstration. Cependant, il y a des expériences contraires; mais M. Guérin nie la valeur des expériences négatives, comme si elles ne valaient pas autant que les expériences positives.

Il faut remarquer aussi qu'il y a une énorme différence entre la susceptibilité d'un animal, chien ou lapin, et celle d'un homme. Ce scrupule est louable, mais il n'est venu à M. Guérin que lorsque j'ai fait mes expériences. J'ai voulu renverser une erreur; si mes expériences sont bonnes, elles la renversent; si elles sont fausses, elles entraînent la fausseté de celles de M. Guérin. Mon adversaire a fait observer que l'air que j'avais insufflé à des animaux était privé par la respiration d'une partie de son oxygène; mais dans les torrents que j'avais insufflés, il y en avait à coup sûr une quantité suffisante pour produire de la suppuration dans la théorie de notre collègue; l'expérience très-bien faite par M. Bouley est d'ailleurs concluante sous ce rapport. M. Guérin s'étonne aussi de la réunion très-prompte, en deux jours, des lèvres de la plaie. « L'auteur paraît avoir confondu deux choses: la plaie extérieure et la plaie sous-cutanée. Pour la cicatrisation de la plaie extérieure, deux jours peuvent suffire; mais pour la plaie intérieure, nous ne connaissons pas de résultat aussi rapide. » J'avais dit, dans tous les cas, que l'emphysème était si considérable qu'il persistait encore plusieurs jours après la guérison des plaies. Je pourrais d'ailleurs citer des faits de guérison aussi rapides, et c'est à M. Guérin lui-même que je les emprunterais. Il nous citait encore dans son dernier discours la cicatrisation très-prompte de la plaie sous-cutanée pratiquée pour la cure radicale des hernies abdominales et qui s'opère quelquefois, disait-il, du jour au lendemain. Du reste, on abandonne les preuves d'expériences, il reste les observations sur l'homme; elles ont été faites des milliers de fois. Que prouvent-elles? Rien. M. Guérin est venu établir la différence, au point de vue des résultats, entre la ténotomie et la myotomie. Pourquoi cette différence, comme l'a très-bien dit M. Velpeau, si c'est l'air qui fait tout le mal? Eh bien, je crois connaître la cause de cette différence; plus une incision sous-cutanée est étendue, plus elle a de tendance à l'inflammation. Une petite plaie se réunit toujours facilement.

M. Bouley s'est écrié, et l'on a répété au dehors de cette enceinte (car nous sommes obligés de suivre deux discussions à la fois), « Vos adversaires ne savent pas ce qu'ils veulent. » Nous n'affirmons pas de théorie, nous nions celle qu'on nous donne. J'ai dit que je ne croyais pas que ce fût l'air qui fît suppurer les plaies. En effet, les plaies soumises à un courant d'eau ne suppurent-elles pas? Dira-t-on que c'est l'oxygène de l'eau qui en est la cause? Les plaies sous-cutanées ne suppurent pas, dit M. Guérin; elles doivent ce privilège à ce qu'elles sont soustraites à l'action de l'air. Mais ne voit-on pas une piqûre d'épingle ne déterminer le plus souvent aucun accident, tandis qu'elle s'accompagne quelquefois d'accidents graves! L'air n'est pour rien là-dedans; il y a une autre cause; c'est cette autre cause que je veux qu'on recherche. L'opération de la cataracte, pratiquée avec une mince aiguille ne laisse-t-elle pas à redouter néanmoins l'inflammation, la suppuration même? Vos ténotomes seraient-ils plus déliés que les aiguilles à cataracte? Est-ce que les fractures simples ne suppurent pas quelquefois, bien qu'il n'y ait pas eu pénétration de l'air? Cela n'arrive-t-il pas encore dans la rupture des tendons, des muscles? Ne se fait-il pas de suppuration au-dessous des escharres? On cite les vésicatoires; mais ne sait-on pas qu'ils peuvent suppurer sous l'épiderme, et que souvent, pour les sécher, il faut les soumettre à l'action de l'air! Les chirurgiens sévères doivent observer les faits et ne jamais aller au delà.

Il y a eu cependant des expériences: j'y arrive; ce sont les grands emphysèmes artificiels de M. Bouley, qui lui ont permis de constater une rapide altération de l'air dissulfié. Je ne sais ce que cela prouve, mais je vois une théorie bâtie sans preuves, et qui bat des mains quand on lui en apporte. Je sais que de jeunes chirurgiens étudient de quelle façon se comportent les plaies avec perte de substance, en dehors du contact de l'air, dans l'hydrogène, par exemple. Il semble que les plaies suppurent moins dans ce dernier gaz. Voilà d'utiles expériences; c'est ainsi qu'on apprend quelque chose et non pas surtout avec la vue de l'esprit.

Il y a encore la démonstration rationnelle, irrationnelle pour moi; je ne m'arrêterai pas à la combattre; il me suffira de l'exposer. Que dire de ces assertions? « La pression directe et sans intermédiaire de la colonne d'air extérieur change et altère les conditions de la circulation capillaire et de l'absorption. » « Les extrémités des vaisseaux divisés résorbent une partie des liquides épanchés, et quand l'air pénètre dans les plaies, cette résorption est empêchée. »

« Les éléments dont se compose l'air, eu égard aux éléments des plaies, agissent chacun en particulier, dans un rapport constant avec l'action totale de l'air. »

« L'air qui pénètre dans la plèvre empêche l'expansion pulmonaire. Exerce-t-il une action analogue dans toutes les plaies? On l'ignore, mais il est permis de le supposer. »

Voilà de ces choses que l'on écrit, avec lesquelles on couvre le papier, et le vulgaire, qui n'y comprend rien, s'y laisse prendre.

Que dirai-je encore de ces expériences sur l'action diversement altérante des gaz contenus dans l'air, et dont on a la preuve « en enfermant dans des cylindres clos hermétiquement une certaine quantité de ces gaz en contact avec les liquides que l'on veut éprouver! » Et voilà les expériences qu'on nous annonçait naguère. On peut les mettre à côté des expériences de Dufouart sur sa fameuse tumeur, et en vertu desquelles, soumettant des morceaux de sa tumeur à l'action de divers réactifs, il concluait que sur le vivant les mêmes réactifs auraient eu le pouvoir de la résoudre. C'est du cartésianisme tout pur; cela date de plus d'un siècle, et ne vaut pas la peine d'être discuté.

Je voudrais que tous ceux qui ont pris la parole ou tenu la plume dans cette discussion voulussent bien relire Descartes et Bacon. M. Bouley est venu nous dire que Descartes était une des gloires de la France; il aurait pu ajouter de l'humanité. Descartes est surtout un grand homme pour avoir institué le doute philosophique; mais sa méthode elle-même, appliquée aux sciences physiques, ne peut fournir que des résultats inféconds en dehors de la métaphysique proprement dite. Si quelque chose fait pâlir la chirurgie de J. L. Petit, c'est le cartésianisme qui s'y mêle. Descartes avait adopté l'opinion de Harvey sur la circulation du sang, et il suppose que le sang arrivé dans le cœur y fermente, et en le dilatant se trouve chassé dans les artères; il fait ainsi coïncider le passage du sang dans les artères avec la dilatation du cœur.

Au dehors, des cartésiens d'une rare et belle intelligence ont pris part à cette discussion. Je dirai quelques mots d'articles publiés par M. Pidoux dans l'*Union Médicale*. Il s'y trouve des assertions comme celles-ci: « La raison des faits est dans l'esprit. — Notre entendement » renferme essentiellement en lui la raison des choses. » Mais l'entendement de qui? Celui de M. Pidoux, et non pas le nôtre, qui ne voit pas comme M. Pidoux. Si c'était le mien, qui ne voit pas comme Descartes, quel serait le troisième esprit qui viendrait nous départager?

Cela me ramène à une question plus haute. L'éminent orateur ayant demandé qu'on le suivît sur ce terrain, et ayant revendiqué les droits des yeux de l'esprit contre les yeux du corps, je me suis emparé de cet aveu; je lui ai dit, chose qu'il ne semblait pas connaître, le nom de sa philosophie et de son drapeau, et j'ai déployé le mien. Cela ne lui a point convenu.

Non à cette tribune, mais à une autre (car il y a de certaines choses qu'on ne hasarderait pas devant l'Académie), il a réclamé contre ces qualifications de drapeau; il a traité la philosophie de Descartes de surannée, puis il s'est estimé heureux qu'on le mît à côté de Descartes; puis il a prétendu que ses idées lui appartenaient en propre, et que Descartes n'y était pour rien. C'est encore une question de priorité et de découverte à résoudre; mais je ne m'en occuperai point. Et, enfin, voici la conclusion de ce bel article: « Nous ne pensons peut-être pas (*peut-être!*) qu'il faille pour faire une découverte, tout cet attirail prétentieux et stérile du procédé baconien, ni pour la démontrer cette redondance de prétendues preuves, qui ne sont utiles ni à ceux qui sont capables de comprendre, ni à ceux qui n'y sont pas aptes. Le charlatanisme scientifique nous est aussi antipathique que le charlatanisme professionnel. » Signé J. Guérin.

Le charlatanisme! Quel mot, Messieurs! Je le ramasse, puisqu'on me l'adresse; mais l'Académie me sera témoin que je n'avais pas cherché à l'introduire dans cette discussion. Je sais qu'il y a des mots qui brûlent; j'aurais craint de faire crier la chair et les os; j'aurais craint que la cautérisation ne pénétrât jusqu'à la moelle. Mais je n'irai pas plus loin; si la patiente investigation de l'histoire, si l'étude approfondie de la science, si le désir scrupuleux de rendre à chacun ce qui lui revient s'appelle quelque part du charlatanisme, eh bien, Pascal, tant cité, nous a appris que les mêmes mots ne signifient pas partout les mêmes choses. Cette sorte de profession de foi n'a rien d'ailleurs dont je me sente blessé; bien plus, je m'y associe de toutes mes forces, et si j'avais un désir à exprimer, ce serait qu'elle figurât désormais, comme une devise immuable, au frontispice de la *Gazette médicale*.

— La seance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 13 janvier dernier, M. le docteur Hamel, ancien chirurgien militaire et ancien commandant de la garde nationale de Brienne, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Un arrêté du préfet de la Haute-Garonne, en date du 30 janvier dernier, porte plusieurs nominations de médecins et de pharmaciens cantonaux dans ce département. Nous remarquons que dans la plupart des cantons, il est établi plusieurs circonscriptions, à chacune desquelles se trouve attaché un médecin. Il ne s'agit donc pas d'un seul médecin par canton, et la mesure que nous signalons n'est pas sans importance et sans signification. Nous remarquons en outre, que le nombre des médecins cantonaux titulaires est fort restreint, comparativement à celui des médecins adjoints; et cela sans distinction du titre de docteur ou d'officier de santé.

Cette circonstance indique, sans nul doute, que l'administration n'a pas voulu tout d'abord s'engager d'une manière définitive, en ce qui concerne l'institution des médecins cantonaux dans la Haute-Garonne, et qu'elle tient à laisser se produire les enseignements qui pourront être fournis par l'expérience. (*Journ. de méd. de Toulouse.*)

— M. Combalat, chirurgien interne à l'Hôtel-Dieu de Marseille, vient d'être nommé à une place d'aide d'anatomie créée lors de la récente organisation de l'Ecole de médecine de cette ville.

— La chambre des représentants de Belgique vient d'adopter une loi sur les jurys d'examen. Cette loi, s'il faut en croire la plupart des journaux belges, est loin d'être favorable à l'enseignement supérieur. Voici comment la *Presse médicale belge* l'apprécie:

« La loi sur l'enseignement supérieur, telle qu'elle vient d'être adoptée par la Chambre des représentants, était trop en opposition avec la logique et le bon sens pour ne pas donner prise à la plaisanterie. Sa destinée était de tomber tout d'abord dans le domaine de la farce; aussi y est-elle tombée; c'est ainsi qu'agit la raison publique envers des choses non sérieuses. Cette loi, adoptée par la Chambre des représentants en temps de carnaval, a pu être regardée comme une folie carnavalesque; aussi le carnaval s'en est-il emparé comme d'une propriété légitime. »

— La Société médicale de l'arrondissement de Libourne prend chaque année une nouvelle extension. Son but est d'activer l'émulation entre tous les travailleurs, et de conserver intègres et sévères les traditions les plus respectables d'honneur et de moralité professionnelles.

Le bureau, pour l'année 1857, est ainsi composé:

Président, M. Duclion (de Saint-Médard); secrétaire, M. Dupuy (de Fronsac); trésorier, M. Vitrac (de Libourne).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM.:

Raux, né à Domies (Jura); *Quelques considérations sur la syphilis.*

Desgranges, né à Pontorson (Manche); *De la métrite simple aiguë (utérite).*

Mailfert, né à Hurgy-la-Ville (Côte-d'Or); *Des maladies de la protubérance annulaire ou mésocéphale.*

Marmottan, né à Valenciennes (Nord); *De l'ophthalmie purulente des nouveau-nés.*

Souesme, né à Boismorand (Loiret); *Considérations sur les causes et le traitement des fièvres intermittentes simples.*

Jaillot, né à Mouzon (Ardennes); *De la ligature dans les hémorrhagies artérielles consécutives compliquant les blessures par armes à feu.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité d'électricité et de magnétisme, et des applications de ces sciences à la chimie, à la physiologie et aux arts; par M. Becquerel, de l'Académie des sciences de l'Institut de France, professeur-administrateur au Muséum d'histoire naturelle, etc., et M. Edmond Becquerel, professeur au Conservatoire impérial des arts et métiers, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, etc. 3 vol. contenant 412 gravures dans le texte et 17 gravures. T. I. Electricité, principes généraux. T. II. Electro-chimie. T. III. Magnétisme et électro-chimie. — Prix: 24 fr. Chez Firmin Didot frères, fils et Cie, rue Jacob, 56, à Paris.

Recherches critiques et pratiques sur la nature et le traitement de la fièvre typhoïde, par le docteur Leuillier. Brochure in-8°. Paris, chez tous les libraires de médecine.

Recherches sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses, par le docteur O. Landry. Un vol. in-8°. Paris, chez tous les libraires de médecine.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la valeur diagnostique du souffle dans la pleurésie aiguë.

En rapportant dans la dernière revue le fait intéressant de pleurésie aiguë traitée par la thoracentèse, communiqué à la Société médicale des hôpitaux par M. le docteur Ch. Bernard, nous avons annoncé que nous reviendrions sur les deux points essentiels que cette observation met en relief, savoir, la valeur diagnostique du souffle dans la pleurésie aiguë, et les indications de la thoracentèse. Ce sera assez d'un de ces points pour aujourd'hui, car le sujet est vaste.

Entre autres particularités très-dignes d'intérêt qu'a présentées ce fait, M. Ch. Bernard a signalé surtout à l'attention de ses collègues les deux circonstances suivantes : la présence du bruit respiratoire à la partie supérieure de la poitrine dans toute la hauteur et même à la base, constatée à une époque avancée de la maladie et jusqu'à la veille de la mort ; et l'existence passagère du souffle amphorique qui s'est fait entendre pendant plusieurs jours à la partie moyenne de la région antérieure droite de la poitrine, du côté affecté, et qui a disparu, comme il s'était produit, sans cause appréciable.

Contrairement à ce qui est généralement admis, la présence du bruit respiratoire, loin de coïncider avec la diminution de l'épanchement ou la formation d'adhérences a eu lieu dans des conditions tout opposées. L'autopsie a démontré, en effet, que le poumon refoulé et maintenu contre la colonne vertébrale à l'aide d'épaisses fausses membranes, était séparé des parois thoraciques par une quantité de liquide très considérable et n'offrait qu'une adhérence très-limitée avec la partie supérieure et antérieure de la poitrine. D'où il résulte ce fait curieux, que la transmission du bruit respiratoire, avec son timbre naturel et seulement affaibli, a eu lieu à travers des fausses membranes très-denses et une couche très-épaisse de liquide. D'où cette conséquence importante en diagnostic, qu'il ne faudrait plus considérer désormais, ainsi qu'on l'a fait jusqu'à présent, la persistance du bruit respiratoire comme un signe excluant l'idée d'un épanchement, ou le retour de ce bruit comme l'indice d'une diminution dans la quantité du liquide, et comme un phénomène toujours favorable. On doit savoir maintenant que le bruit respiratoire peut continuer à être perçu malgré un épanchement considérable et en dehors de toute adhérence.

Quant au souffle tubaire et au souffle amphorique, ils ont été récemment l'objet de recherches cliniques qui obligent à revenir sur la valeur accordée jusqu'à présent à ces signes.

Nous n'avons pas la prétention de faire ici l'historique de ce point de diagnostic et de résumer tous les travaux auxquels il a donné lieu depuis quelque temps. Mais nous pensons qu'on lira à cette occasion avec intérêt le très-rapide résumé d'un important travail que vient de publier sur ce sujet M. le docteur Landouzy.

Le souffle tubaire dans la pleurésie, d'abord considéré comme rare et exceptionnel, a été reconnu depuis quelques années par de très-judicieux observateurs comme étant beaucoup plus fréquent qu'on ne l'avait pensé depuis et d'après Laënnec ; et l'attention une fois appelée sur ce phénomène, on a constaté depuis des modifications variées de ce bruit qui doivent faire singulièrement modifier l'idée théorique que l'on se faisait de leur origine et du mécanisme de leur production, ainsi que leur signification diagnostique. Parmi ces modifications, il en est une surtout qui est extrêmement importante et curieuse à connaître, c'est le souffle *amphorique* pleurétique. Signalé pour la première fois il y a quelques années comme un fait tout à fait exceptionnel par MM. Rilliet et Barthez et par M. Béhier, le souffle amphorique a été trouvé très-fréquemment depuis par M. Landouzy, qui s'est attaché à l'étudier avec un grand soin. M. Landouzy s'est convaincu par une analyse minutieuse d'un grand nombre d'observations que bien des fois les bruits amphoriques avaient dû induire en erreur les médecins même les plus expérimentés, et faire croire à l'existence d'un pneumo-thorax ou de vastes excavations pulmonaires, les seules lésions auxquelles on rapportait exclusivement ce phénomène stéthoscopique, alors qu'on n'avait affaire qu'à une pleurésie. L'erreur, d'après cet observateur, a dû être d'autant plus commune et facile, que ce n'est pas seulement dans les pleurésies avec épanchement qu'on peut percevoir ce bruit, mais qu'il persiste aussi après la résorption du liquide.

Dans le très curieux travail que nous venons de citer, et dont nous ne saurions trop recommander la lecture, M. Landouzy rapporte, entre autres, les faits suivants, qui l'ont mis sur la voie de ses recherches et des résultats importants auxquels il est arrivé.

Un homme de trente et un ans entre à l'Hôtel-Dieu de Reims, pour un épanchement considérable du côté gauche. Le souffle était tellement marqué en avant et en arrière, dans le tiers supérieur, qu'il constituait, soit pendant la respiration, soit pendant la phonation, soit pendant la toux, les bruits amphoriques les mieux caractérisés. Une analyse attentive du malade empêchait, malgré les apparences, de rattacher ces bruits à une excavation pulmonaire. Les moyens les plus actifs de résorption ayant été vainement employés, et le cœur étant considérablement dévié à droite, M. Landouzy se proposait de pratiquer le lendemain la thoracentèse, lorsque, le soir même, le malade mourut subitement assis auprès d'une fenêtre, et peu d'instants après avoir mangé de bon appétit.

A l'autopsie, on trouva deux litres environ de sérosité limpide, roussâtre ; le poumon, refoulé en haut contre la colonne vertébrale, était réduit au volume du poing, exempt de productions tuberculeuses, et transformé, excepté à son sommet, qui était encore un peu perméable, en une sorte de tissu musculaire infiltré, enfermé dans une gaîne partie fibreuse, partie fibro-cartilagineuse.

Par un singulier hasard, un second fait tout à fait identique se présenta quelque temps après à l'observation de M. Landouzy. Mêmes phénomènes avec la même lésion. La thoracentèse fut pratiquée à temps et heureusement dans ce cas ; et, à son grand étonnement, M. Landouzy retrouva encore le lendemain le même bruit de souffle à peu près aussi intense qu'avant l'opération. Ce bruit de souffle persista en s'affaiblissant jusqu'à la guérison. Un an plus tard le malade est ramené à l'hôpital pour une pneumonie de l'autre côté, à laquelle il succombe. A l'autopsie, on trouve dans le côté primitivement affecté les mêmes dispositions que dans le cas précédent.

Le rapprochement de ces deux faits, et ce dernier en particulier, montraient déjà que l'existence du souffle brouchique pendant l'épanchement et sa persistance après l'évacuation du liquide, devaient faire chercher sa cause dans l'un des effets de l'épanchement, mais ailleurs que dans l'épanchement lui-même ; en un mot, dans l'état de condensation du poumon. C'est ce qu'ont péremptoirement démontré depuis un grand nombre d'autres faits qu'il serait beaucoup trop long de rapporter ici, et dont nous rendrons le sens général en reproduisant quelques-unes des conclusions du travail de M. Landouzy, qui en résument parfaitement l'ensemble.

Le souffle amphorique est fréquent dans les épanchements de forme chronique ou latente. Il doit être inscrit, comme le souffle tubaire, au nombre des signes de la pleurésie et surtout de la pleurésie chronique avec ou sans épanchement actuel.

Le souffle amphorique pleural annonce la condensation du poumon, soit par un liquide et des fausses membranes, soit par de fausses membranes sans liquide.

Le souffle tubaire pleural annonce la condensation du poumon soit par le liquide seul, soit par un liquide et des fausses membranes, soit par des fausses membranes sans liquide.

La voix chevrotante ou égophonie n'est, comme la voix amphorique, qu'une variété de bronchophonie ; elle est liée à la modification particulière imprimée au poumon par l'épanchement, et non point à l'épanchement même.

La sonorité tympanique du sommet dans la pleurésie chronique peut exister sans épanchement.

Nous nous bornons pour l'instant à indiquer les conclusions principales qui ressortent des faits nombreux rapportés dans ce travail. Les conséquences pratiques qui en découlent ressortiront naturellement à l'occasion de l'examen qui nous reste à faire de la question thérapeutique et particulièrement de la thoracentèse.

Paralysie de la sensibilité consécutive à l'action des vapeurs de charbon.

Dans un travail très-remarquable sur l'asphyxie, qui a déjà été signalé plusieurs fois à l'attention de nos lecteurs, et dont quelques extraits ont été publiés dans ces colonnes, M. le docteur Faure a fait connaître un fait intéressant qu'il a étudié avec un soin particulier ; c'est la paralysie de la sensibilité générale qui survient constamment pendant l'asphyxie, et qui, débutant par les extrémités, s'étend progressivement à toute la surface cutanée, de manière à n'atteindre qu'en dernier lieu les parties supérieures du corps. On connaissait déjà parfaitement, avant les recherches de M. Faure, les troubles de l'innervation et les phénomènes paralytiques, plus ou moins passagers, qui se produisent pendant l'asphyxie. On les trouve décrits en particulier dans le *Traité de pathologie* de M. Grisolle et dans la dissertation inaugurale de M. H. Bourdon, sur les paralysies consécutives à l'asphyxie par les vapeurs de charbon ; et en remontant beaucoup plus haut, on trouve éparses dans les anciens auteurs plusieurs observations d'hémiplégies à la suite de l'empoisonnement par les vapeurs carboniques. Mais ces faits sont presque tous relatifs à des paralysies du mouvement ; il avait été à peine question de la paralysie de la sensibilité, surtout de cette paralysie d'un caractère tout particulier dans laquelle la sensibilité seule est affectée à l'exclusion des organes de la locomotion. Or c'est là le fait principal signalé par M. Faure.

Ce fait a acquis depuis une importance toute particulière par les nombreuses et intéressantes recherches qui se font aujourd'hui de tous côtés, sur les propriétés anesthésiques des substances gazeuses carbonées. Enfin, ce concours de circonstances ajoute également un intérêt nouveau au fait suivant, qui vient d'être observé dans le service de M. Grisolle, à l'Hôtel-Dieu, et dans lequel on voit la paralysie de la sensibilité, produite pendant une asphyxie volontaire, survivre à la disparition des autres symptômes, et persister toujours, alors que depuis longtemps tous les autres phénomènes étaient complétement dissipés. Nous empruntons les principaux détails de ce fait à la relation qu'en a publiée tout récemment M. le docteur Gaucher dans l'*Union médicale*.

Un homme âgé d'environ cinquante ans est appporté à l'Hôtel-Dieu dans la soirée du 5 janvier dernier, sans connaissance, dans un état de coma, d'insensibilité et de résolution des membres. On venait de le trouver dans sa chambre, où il avait tenté de s'asphyxier par la vapeur de charbon. Au moment de la visite du 6, il présentait l'état suivant :

Immobilité dans le décubitus dorsal. Face pâle, sans expression, sans déviation des traits. Persistance de l'état comateux dont il est impossible de le tirer, soit par des questions qu'il ne paraît pas entendre, soit par de vives excitations portées sur la surface cutanée qui paraît insensible. Pouls fort, fréquent, mais régulier. Signes de congestion pulmonaire ; accélération des mouvements respiratoires, sonorité du thorax généralement obscurcie, faiblesse du murmure vésiculaire, sans aucun râle d'ailleurs.

M. Grisolle prescrit une saignée de 200 grammes ; sinapismes énergiques, lavement purgatif.

Le lendemain, le malade, quoique encore un peu somnolent, répond aux questions qu'on lui adresse. Il se plaint d'une céphalalgie intense, d'un trouble de la vue, de bourdonnements et de sifflements dans les oreilles. La respiration et le pouls étaient diminués de fréquence ; la langue était à peu près naturelle ; point de gardes-robes, miction normale. Le symptôme le plus remarquable que présentait le malade à ce moment, était une paralysie de la sensibilité générale occupant presque toute la surface du corps. Elle ne manquait qu'à la partie antérieure et supérieure de la poitrine, au cou, à la face et au cuir chevelu. Partout ailleurs, aux membres thoraciques, aux épaules, au dos, à la partie inférieure du tronc en avant et en arrière, aux membres abdominaux, il y avait anesthésie complète. Les excitations les plus énergiques étaient tout à fait sans effet ; aucune douleur n'était accusée ni par des plaintes ni par des mouvements ; tandis que dans les autres régions, au contraire, les attouchements les plus légers étaient sentis. Quant à la mobilité, elle paraissait intacte ; le malade pouvait se mouvoir dans son lit et imprimer des mouvements en tous sens à ses membres supérieurs et inférieurs également.

Les jours suivants toute somnolence avait disparu, la physionomie avait repris plus d'expression ; le malade répondait à toutes les questions ; il avait encore la tête lourde et douloureuse. L'état de la sensibilité tactile était le même ; toujours la même anesthésie occupant les mêmes régions, et contrastant, d'une part, avec la conservation de la sensibilité dans la partie supérieure du tronc, le cou et la tête, et d'autre part avec l'intégrité de la motilité. Les attouchements rudes, les piqûres profondes, la torsion de la peau dans les régions dont la sensibilité est paralysée ne réveillent aucune sensation ; un coup fortement asséné sur les cuisses avec le poing ou le plat de la main, donne lieu à une sensation équivalente à celle que produirait un attouchement simple dans l'état normal.

Le 10 janvier, les troubles de la vue et de l'ouïe, qui avaient persisté jusque-là, ont cessé. La lourdeur de tête et la céphalalgie sont moins intenses. La sensibilité paraît se rétablir un peu dans les parties anesthésiées ; les piqûres et les torsions de la peau sont perçues ; elles produisent non de la douleur, mais l'effet d'un palper

ordinaire. Le malade commence à se lever, mais il éprouve encore de la faiblesse, de la courbature et un endolorissement général. Il marche, mais sans avoir le sentiment du contact de ses pieds avec le sol. Enfin, il a éprouvé la veille des fourmillements dans les épaules, les bras, le dos, les membres abdominaux.

Le 12, c'est-à-dire le sixième jour, les forces reviennent; l'endolorissement est à peu près disparu. Il reste toujours un peu de douleur de tête. L'anesthésie persiste, mais à un moindre degré. Le malade demande sa sortie; on lui accorde son *exeat*.

Le traitement a consisté, indépendamment des premiers moyens indiqués au commencement de cette observation, dans l'usage du vin de quinquina continué jusqu'à la sortie du malade.

De quelques essais de l'amylène comme agent anesthésique.

Depuis que la *Gazette des Hôpitaux* a fait connaître les essais tentés à Londres par M. Snow sur l'action anesthésique de l'amylène, l'attention des médecins commence à se porter sérieusement sur ce nouvel agent, qui semble réunir aux avantages du chloroforme une innocuité que ce dernier est loin de posséder d'une manière constante, comme tout le monde le sait. On nous saura gré sans doute de publier les premiers résultats qui ont été constatés dans les hôpitaux de Paris.

C'est à MM. Giraldès et Debout que nous sommes redevables de ce premier contrôle clinique des expériences des chirurgiens anglais.

M. Giraldès a tenté dans son service de l'hospice des Enfants-Trouvés quelques essais dont M. Luton, son interne, a rendu compte dans le dernier cahier des *Archives de médecine*. En voici un court résumé.

Un petit malade, âgé de six ans environ, fut soumis à l'action de l'amylène dans le but de faciliter l'exploration de ses yeux. L'enfant respira les vapeurs d'amylène avec une répugnance évidente; cependant il n'y eut aucun signe de suffocation; il se produisit un larmoiement subit et très-notable, comme lorsqu'on respire des vapeurs ammoniacales. Au bout de quelques instants, une minute à peine, l'insensibilité était obtenue; l'enfant était immobile. Il avait employé environ de 5 à 6 grammes d'amylène. On cessa l'inhalation. L'enfant revint à lui avec la même rapidité.

Une deuxième expérience fut faite sur une petite fille de quatre ans, qui présentait une réunion congénitale des quatre derniers doigts de la main gauche; il s'agissait de séparer ces doigts à l'aide d'un instrument particulier. L'appareil d'inhalation s'adaptant mal à la figure de l'enfant, on se servit simplement de compresses, sur lesquelles on versa l'amylène. L'enfant repoussa d'abord la main de l'opérateur à cause de l'odeur désagréable et presque fétide de cet agent. Mais bientôt elle devint immobile, et au bout de deux minutes environ il se manifesta de la roideur et de la contracture des membres; le larmoiement fut aussi marqué que dans la première expérience. Bientôt commença la résolution, et au bout de trois minutes l'anesthésie était obtenue. Le sommeil paraissait moins profond qu'avec le chloroforme; l'enfant ouvrait les yeux, faisait quelques mouvements, et parlait comme en rêvant, sans toutefois manifester de la douleur pendant qu'on l'opérait. Le pouls et la respiration étaient comme à l'état normal. Mais la substance, étant très-volatile, fut bientôt consommée en totalité (20 grammes environ) avant que l'opération fût terminée.

On eut alors recours à l'emploi du chloroforme, et il fut facile de juger, dit M. Luton, combien cette substance est plus active et plus rapide dans son action. En quelques secondes, l'enfant fut plongée dans le coma et parut endormie bien plus profondément qu'auparavant. Ce sommeil se prolongea plusieurs minutes après que l'opération fut terminée, tandis que l'enfant s'était éveillée dès qu'elle n'avait plus respiré des vapeurs d'amylène. L'opération avait duré douze minutes.

De ces deux premiers essais, ressortait la vérification de quelques-uns des avantages signalés par M. Snow, savoir : manifestation rapide de l'action de l'amylène, se dissipant de même à cause de sa très-grande volatilité; insensibilité suffisante, bien que le sommeil soit moins profond qu'avec le chloroforme; nul accident de nature à inspirer de l'inquiétude. Mais il en ressortait aussi d'assez notables inconvénients, tels, par exemple, que la nécessité de consommer une grande quantité de la substance pendant l'opération, et surtout son odeur détestable qui en rend l'usage pénible même pour l'opérateur et les assistants. Mais nous devons faire remarquer ici à ce sujet que l'amylène dont s'est servi M. Giraldès paraissait différer sensiblement, sous ce rapport au moins, du produit par tel qu'on l'obtient habituellement dans les laboratoires et en particulier de celui dont s'est servi M. Snow. Il paraît, en effet, que l'amylène dont s'est servi M. Giraldès avait une odeur repoussante d'urine de chat, au point qu'un des préparateurs en avait été fortement indisposé après l'avoir distillé; tandis que l'amylène, tel que le produit son inventeur M. Balard, doit avoir une odeur assez faible, se rapprochant de celle du naphte, *moins* agréable que celle du chloroforme, mais *plus* que celle de l'éther, suivant M. Snow.

M. Debout a été assez heureux pour faire ses essais dans de meilleures conditions et avec un amylène dépourvu de cette odeur repoussante qui en a rendu l'usage presque impossible.

Voici en quels termes il en fait la relation dans le *Bulletin de thérapeutique*, auquel nous empruntons ces détails. Après s'être procuré auprès de M. Berthé une certaine quantité d'amylène, dont l'identité et la pureté ont été préalablement bien reconnues par les chimistes les plus compétents, M. Debout s'est rendu à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Aran, où, dans une première séance, trois jeunes femmes, qui devaient subir l'avulsion d'une dent, ont été soumises à l'inhalation de cette substance. Autant dans le but de ménager la minime quantité d'amylène qu'il avait en sa possession, que pour apprécier le degré d'activité de ce nouvel agent, M. Debout a songé à mettre à profit l'anesthésimètre de M. Duroy, et a prié ce pharmacien de faire manœuvrer son instrument pendant ces premiers essais. La durée de l'inhalation a été de vingt minutes pour chacune des malades; elles ont consommé 4 1/2, 6 et 6 1/2 divisions de l'anesthésimètre (1) en amylène sans que l'insensibilité ait été produite chez aucune d'elles; toutes trois ont plus ou moins senti la douleur.

Les seuls faits qui soient ressortis de cette première expérimentation sont : la facilité avec laquelle ces malades ont toléré les vapeurs d'amylène, la prompte disparition des troubles qu'elles provoquent, ce qui confirmait déjà, sur ce point du moins, le dire de M. Snow.

Convaincu par ce premier résultat de l'insuffisance de la dose employée et de la nécessité d'agir plus largement, M. Debout a eu recours dans une seconde séance à l'appareil de M. Charrière pour les inhalations du chloroforme.

Une jeune fille de quinze ans, placée dans le service de M. Aran, désirant être débarrassée d'une grosse molaire cariée qui la faisait beaucoup souffrir, fut soumise à l'inhalation à l'aide de cet appareil, contenant de 5 à 6 grammes d'amylène. En moins de trois minutes la malade fut endormie. La durée de l'inhalation fut si courte, dit M. Debout, que l'élève de service, chargé de l'opération, se reposant un peu sur ce dont il avait été témoin dans la séance précédente, se laissa surprendre, et le moment d'agir était venu, que son instrument n'était pas prêt. On laissa la malade revenir à elle, ce qui eut lieu en moins d'une minute. Lorsque tout fut disposé, 5 grammes d'amylène furent versés de nouveau dans l'appareil, et l'anesthésie fut aussi prompte que la première fois. A peine la troisième minute écoulée, on put ouvrir la bouche sans la moindre résistance, et la dent fut extraite sans que la malade manifestât aucun signe de douleur. Pendant la première inhalation, cette jeune fille avait rêvé qu'elle était à la promenade; à son réveil sa physionomie était gaie et riante. Pendant la seconde inhalation, elle avait, disait-elle, recommencé sa promenade. Enfin, au second réveil, elle conservait le souvenir de tout ce qui s'était passé pendant l'inhalation, sauf de la douleur dont elle n'avait point eu conscience. Enfin, ajoute M. Debout, bien qu'elle eût été réveillée très-facilement, elle semblait ne plus se rappeler le chemin de son lit, et à peine couchée, elle s'endormit d'un sommeil très-calme pendant une demi-heure.

Une malade voisine, émerveillée de ce résultat, voulut profiter de l'occasion pour se faire extraire une dent qui la faisait souffrir de temps en temps. Elle fut endormie en cinq ou six minutes, mais comme elle avait eu l'imprudence de se laisser anesthésier au moment où elle venait de déjeuner, ce qu'elle avait eu la malheureuse pensée de cacher, elle éprouva quelques phénomènes nerveux qui ne permirent pas de procéder à l'opération. Ces accidents n'eurent d'ailleurs aucune suite.

Nous avons appris depuis que d'autres essais avaient été faits à l'instigation et avec l'assistance de M. Debout dans plusieurs services chirurgicaux des hôpitaux et pour des opérations beaucoup plus importantes qu'une avulsion de dent. Ainsi dans le service de M. Nélaton à la Clinique, une petite fille de dix à douze ans a été soumise à l'inhalation de l'amylène pour l'extraction d'un séquestre du tibia. La petite malade, après quelques minutes, a été plongée dans une insensibilité assez complète pour subir l'opération sans se plaindre, bien qu'elle ne fût point endormie. Une nouvelle tentative semblable a été faite avec le même succès, à ce qu'il paraît, dans le service de M. Robert. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de cette nouvelle série d'expériences.

(1) Chaque division de l'anesthésimètre de M. Duroy correspond à 1 gramme de chloroforme; le volume de l'amylène étant à peu près moitié moindre, les quantités employées chez ces malades furent donc de 2,25, 3, 3,25 grammes du nouvel agent.

TRAITEMENT RATIONNEL DE LA COUPEROSE

et de quelques autres affections chroniques de la peau ;

Par le docteur Duchesne-Duparc.

A propos de plusieurs faits pratiques signalés par M. le professeur Nélaton dans l'une de ses leçons cliniques, la *Gazette des Hôpitaux* expose sommairement à ses lecteurs, dans son numéro du 24 mai dernier, le traitement préconisé par M. le docteur Rochard comme moyen de guérir radicalement la *couperose*, ainsi que d'autres affections chroniques de la peau.

Dès cette époque, d'autres recueils scientifiques avaient déjà entretenu le public médical de la méthode nouvelle, au sujet de laquelle il importe enfin d'être fixé.

Il s'est écoulé, depuis ces différentes insertions, un intervalle suffisant, soit pour la production de faits nouveaux, soit pour la confirmation des guérisons annoncées. Il m'est donc bien permis, aujourd'hui, de soumettre à un examen consciencieux les résultats de cette thérapeutique, appelée, d'après son auteur, à triompher des plus grands obstacles, et qui laisserait loin derrière elle les méthodes en apparence les mieux combinées.

Le moment me paraît heureusement choisi pour un pareil travail, puisque nous touchons à la saison qui voit pour ainsi dire périodiquement se renouveler les éruptions chroniques de la peau, et plus particulièrement la couperose et le *psoriasis*. Mais avant de m'en prendre aux propositions de mon honorable confrère, je dois d'abord faire connaître les opinions que je professe depuis longues années sur le caractère pathologique et le traitement de ces deux affections si opiniâtres et trop justement redoutées.

Commençons par la couperose, qui est une variété assez commune du genre acné, ou *varus* d'Alibert.

Chacun sait que cette dermatose consiste dans une altération chronique de la peau du visage, caractérisée par des rougeurs persistantes et d'une étendue variable, parsemées d'une multitude de points d'une teinte différente ou plus foncée, que remplacent, chez beaucoup de malades, des arborisations vasculaires et qu'accompagne toujours l'inflammation évidente d'un certain nombre de follicules sébacés.

On a dit, Alibert lui-même semble partager cette opinion, que dans certains cas la couperose est uniquement caractérisée par de simples rougeurs du visage. C'est pour moi une erreur. Les rougeurs dont il est ici question, décrites autrefois par Ambroise Paré sous le titre de *goutte rose simple*, que je trouve mentionnée dans la plupart des auteurs, ne coïncident pas avec l'altération des follicules sébacés; les surfaces qu'elles occupent restent lisses et unies; à de certaines époques, on y aperçoit une desquammation plus ou moins sensible; le système capillaire sanguin est leur unique siége. Je ne peux les rattacher qu'à l'érythème chronique; elles constituent pour moi de véritables *engelures*.

Astruc est évidemment l'auteur qui a le mieux compris la couperose; il en signale les rugosités dues à l'hypertrophie folliculeuse; l'état variqueux, suite de la dilatation permanente des vaisseaux sanguins; la desquammation ou la chute des croûtes qui succèdent à la suppuration des cystes sébacés.

Ce mal débute par des rougeurs généralement pustuleuses, disséminées ou plus ou moins rapprochées, qui commencent ordinairement par le nez, et de là gagnent le menton, les joues, le front; qu'on trouve, chez certains malades, limitées à un très-petit espace, tandis qu'on les voit, chez d'autres, s'étendre jusqu'aux oreilles et au cou.

Dans le principe, les taches de la peau sont plutôt rosées, et les follicules, quoique vivement injectés, font à peine saillie à la surface des téguments : ces caractères se rencontrent principalement chez les jeunes gens, et plus particulièrement encore chez les femmes douées d'une peau fine et délicate. Mais si le mal se prolonge ou s'aggrave, ou si on l'observe dans l'âge mûr, les parties affectées présentent une teinte d'un rouge plus foncé, souvent même violacé. L'altération folliculeuse se dénote par des pustules entremêlées ou non de points noirâtres plus ou moins saillants (tannes), que j'ai l'habitude de signaler à propos de l'*acne sebacea*; ces pustules sont en général plus volumineuses, plus enflammées que dans la plupart des autres espèces d'acné; elles prennent indifféremment les formes acuminée et globuleuse; leur auréole se confond avec la coloration des parties voisines, et, chose remarquable et en apparence contradictoire, elles n'arrivent que fort lentement à suppuration; du second au troisième septénaire, quelquefois même plus tard, leur sommet se couvre d'une croûte mince et légère: leur base reste longtemps tuberculeuse, et la tache *toujours violacée* qui leur succède se perd fréquemment dans la teinte générale.

On voit que sous le rapport du nombre, de la forme et de la disposition des pustules, on retrouve dans la couperose toutes les variétés de l'acné pustuleux, depuis la simple hypersécrétion sébacée (*tannes, croûtes*) jusqu'à la suppuration folliculeuse avec ou sans noyau tuberculeux; ces divers produits sont tantôt épars, tantôt groupés et réunis sur un petit espace. Cette dernière disposition détermine fréquemment sur le nez des personnes qui abusent de la table et surtout des liqueurs alcooliques, des protubérances rugueuses et pleines d'inégalités qu'on prendrait au premier abord pour de véritables végétations qu'Alibert proposait d'appeler *pustules surcomposées*, dont la présence peut doubler et même tripler le volume ordinaire du nez, et qui sont, en tous cas, d'un aspect fort disgracieux : leur teinte animée ou leur lividité ajoute encore à leur déformation.

Dans la couperose en effet la couleur des parties malades diffère essentiellement des teintes érythémateuses; au lieu d'une couche uniforme, c'est une véritable intrication vasculaire dans laquelle il est facile de distinguer quelques vaisseaux plus saillants, sinueux et formant des aspérités. La coloration, ou plutôt l'injection vasculaire, est plus marquée dans le voisinage des pustules que partout ailleurs. Quant aux points, d'une teinte également plus foncée, qu'on rencontre en si grand nombre dans les plaques de la couperose, ils n'ont d'autre origine que l'orifice toujours plus ou moins enflammé des follicules sébifères.

Ces organes, dans la couperose, s'altèrent souvent au point de perdre toute trace d'organisation; l'inflammation gagne les parties voisines, ce qui fait que le point en suppuration repose sur un tubercule volumineux et que le mal ne peut plus guérir que par voie de cicatrisation. On retrouve là des indurations, des épaississements plus ou moins étendus, en un mot, tous les désordres de la mentagre ou *acné tuberculo-pustuleux*.

Le caractère hyperémique de la couperose se manifeste jusque par l'intumescence qui s'opère dans les diverses parties de la face, et qui explique la vivacité des sensations qui l'accompagnent ordinairement, et la gravité des désordres sympathiques que sa présence détermine chez beaucoup de malades; si plusieurs d'entre eux, en

effet, ressentent à peine quelques démangeaisons légères, la plupart se présentent avec la face enflammée ; ils n'apaisent l'ardeur qui les dévore qu'à l'aide de lotions d'eau froide à chaque instant renouvelées, des bouffées de chaleur leur montent au visage, soit qu'ils viennent de boire ou de manger, soit qu'ils sortent d'un exercice violent ; le voisinage du feu les affecte douloureusement ; l'action du calorique détermine dans les parties malades un mélange de sensations fort pénibles, dans lesquelles se confondent la piqûre, l'élancement et la démangeaison.

Mais là ne se bornent pas les conséquences de la couperose ; son aggravation et sa persistance entraînent fréquemment des troubles beaucoup plus graves : l'étroite sympathie qui unit le visage à la portion supérieure du tube digestif, *aux voies gastriques*, fait que celles-ci ne tardent pas à devenir le siége de certains désordres ; les digestions commencent par perdre de leur régularité ; puis arrivent successivement tous les symptômes de la dyspepsie et du pyrosis. Toutefois, l'ardeur brûlante que beaucoup de malades accusent à l'épigastre est le plus souvent exempte de soif vive, de rougeur à la langue, de signes qui caractérisent une véritable gastrite : on serait plus souvent tenté de croire à une simple névrose de l'estomac ; on sait d'ailleurs le peu de succès qu'on obtient, en pareil cas, des antiphlogistiques.

Il n'est pas rare non plus de rencontrer la couperose chez des personnes atteintes d'engorgement aigu ou chronique du foie, et j'ai pu constater que, dans ce cas, l'altération du visage est tout aussi souvent primitive que consécutive. L'inertie du tube digestif et particulièrement du gros intestin, est encore un symptôme fréquent chez les couperosés ; de là une constipation plus ou moins opiniâtre, et toutes les conséquences qui s'y rattachent.

Il n'est pas rare, non plus, d'observer des troubles fréquents dans la menstruation.

Le tempérament me paraît avoir peu d'influence sur le développement de la couperose : il n'en est pas de même du caractère. Les personnes vives ou irritables paraissent y être plus sujettes que les autres. Mais je me hâte d'ajouter qu'ici l'inégalité d'humeur et l'irascibilité ne sont bien souvent que l'effet de la maladie, qui, en outre de sensations plus ou moins pénibles, altère constamment la physionomie et la dégrade parfois au point de jeter le trouble jusque dans les relations les plus intimes.

L'apparente acuité des symptômes offerts par la couperose peut donner à penser que cette affection présente habituellement une marche rapide, des périodes rapprochées, enfin, la mobilité des maladies inflammatoires : il n'en est rien. Le mal dure des mois et souvent même des années entières. Du reste, sa chronicité dépend moins généralement de la persistance de ses produits pathologiques que du mode de leur développement. L'influence morbide ne se porte que successivement d'un follicule à l'autre. Je n'en dirai pas autant toutefois des intrications vasculaires ; elles persistent en raison du degré de dilatation variqueuse, et l'on conçoit facilement qu'il doive en être ainsi, puisque cette dilatation ne peut augmenter qu'aux dépens de l'élasticité et de la consistance des parois qui la supportent. Ajoutons, en terminant ce tableau pathologique de la couperose, que, dans les premiers temps de sa durée, son apparition coïncide fréquemment avec le retour de la belle saison, et qu'on peut la voir s'éteindre d'elle-même dès l'automne et pendant l'hiver ; dans ce cas, on serait tenté de croire à une marche périodique : mais ces intermittences ne tardent pas à faire place à un état continu avec exacerbations plus ou moins fréquentes. Quant au retour à l'état normal, il s'effectue graduellement et avec lenteur, et lorsque le mal existe depuis longtemps, surtout si la peau a été fatiguée par des médications irritantes et intempestives, il est parfois bien difficile de rendre aux téguments leur ancien éclat.

Tels sont les principaux désordres qu'on observe chez la plupart des couperosés. Nous venons de voir qu'aux altérations de la peau du visage se joignent fréquemment des lésions plus ou moins graves de la muqueuse digestive, de certains organes parenchymateux, des troubles dans la menstruation ; en un mot, tous les caractères d'un mal profondément enraciné, et provoquant dans l'organisme de fréquentes et douloureuses sympathies : j'avoue qu'il m'est difficile d'admettre *à priori* qu'une semblable affection puisse sûrement et constamment guérir par l'unique emploi du proto-iodure de mercure ou de l'iodo-chlorure mercureux, quelle que soit d'ailleurs l'opinion qu'on doive se faire du caractère chimique de ce dernier composé. Je dirai dans un prochain article quel est, d'après les faits que j'ai constatés, le meilleur traitement à opposer à la couperose.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 février 1857. — Présidence de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Kyste séreux de l'aile du nez traité par le séton-fil. — M. HUGUIER présente à la Société un homme affecté d'une maladie très-rare et fort intéressante.

Claude Boulaudet, trente-cinq ans, homme de peine, né à Vertault (Côte-d'Or), demeurant rue de Bercy, 43, est entré le 31 janvier 1857, dans le service de M. Huguier, pour une tumeur siégeant au côté gauche du nez.

Antécédents. — Les parents du malade ont vécu jusqu'à un âge avancé. Son père est mort, à soixante-douze ans, d'une maladie aiguë ; sa mère a atteint soixante-dix ans. Il a des frères qui sont fort bien portants et personne, dans sa famille, n'a présenté une affection semblable à la sienne. Le sujet lui-même n'a offert aucune manifestation scrofuleuse ; sa vie a toujours été exemplaire et sans la moindre tache syphilitique. De plus, il n'a ressenti aucune violence qui puisse être donnée comme point de départ de la tumeur. Aucun phénomène notable n'a précédé son développement : pas de gêne dans la narine, pas d'écoulement de mucosités, etc. Une petite grosseur a paru vers le mois de mai dernier, à l'union des cartilages et des os du nez : c'était d'abord un petit soulèvement de la peau qui s'est développé lentement.

En six mois, elle n'avait atteint que le tiers à peu près du volume actuel. Elle était cependant assez volumineuse en octobre pour gêner le passage de l'air dans la narine correspondante. Le malade a essayé de percevoir des odeurs de ce côté sans y réussir.

A ce moment la tumeur se mit à diminuer rapidement jusqu'à disparaître, sans autre phénomène : pas d'hémorrhagie, pas d'écoulement de pus. La perception des odeurs revint.

Trois semaines après, en novembre, la grosseur reparut et augmenta petit à petit jusqu'au mois de janvier, où son accroissement devint très-rapide. Depuis ce temps, des élancements s'y font sentir.

Le malade ne consulta qu'un médecin, qui crut reconnaître un polype. Le seul topique employé fut une pommade jaune.

Etat actuel. — La santé générale est excellente. La tumeur occupe le côté gauche du nez, et déborde un peu sur la joue. Elle est bornée en avant, par le dos du nez, en bas, par le bord inférieur de l'aile du nez, en haut, par une ligne qui réunirait l'angle interne des yeux ; en dehors, par un arc de cercle qui suivrait dans sa moitié supérieure la limite de la paupière inférieure, et irait, dans sa seconde moitié, rejoindre l'aile du nez. Un léger sillon la divise en deux parties : une interne, ayant l'étendue du cartilage de l'autre côté ; une externe, ayant le volume d'un œuf de pigeon, formant le point le plus saillant de la tumeur, et s'étendant par des pentes insensibles jusqu'aux limites que j'ai indiquées. La peau est à peine plus rouge que de l'autre côté du nez. La pression ne détermine aucune douleur. On sent partout la fluctuation, plus manifeste cependant en certains points. La partie externe de la tumeur est circonscrite par un sillon qui permet de passer le doigt sous le bord correspondant. La tumeur est immobile. L'exploration peut en être faite sous la lèvre, au point de réflexion de la muqueuse labiale sur la gencive. Dans ce dernier point, aussi bien que dans la narine, où la muqueuse est singulièrement amincie, on sent que la tumeur est fluctuante.

Diagnostic. — Il s'agit ou d'un kyste ou d'une tumeur encéphaloïde. Deux faits qui se sont présentés à M. Huguier le font incliner vers la première opinion.

Traitement. — Le 2 février, tout étant disposé pour une opération sérieuse dans le cas où l'on aurait affaire à une tumeur maligne, une ponction exploratrice est pratiquée au point le plus déclive ; une cuillerée et demie d'un liquide légèrement visqueux, rappelant un peu par sa couleur la teinture d'iode, s'échappe par la canule. Le kyste vidé, un séton formé d'un fil double traverse les deux extrémités de son grand diamètre vertical. Une vive inflammation limitée à la tumeur est déclarée dès le soir.

Le 3, diète ; applications émollientes en permanence.

Les jours suivants, le kyste se remplit de liquide ; l'inflammation s'arrête.

Le 8, la disparition du liquide est manifeste ; il s'écoule par les orifices du séton.

Le 10, le volume du kyste est celui d'un noyau d'abricot.

Du 10 au 20, même état.

Le 20, on retire le fil du séton.

Le 24, la tumeur est revenue sur elle-même ; elle est dure et du volume d'une noisette. Tout est cicatrisé. Le malade paraît guéri.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Suite de la discussion sur le traitement des hémorrhoïdes par l'écrasement linéaire.

A l'occasion du procès-verbal, M. CHASSAIGNAC prend la parole :

Messieurs, j'avais dit, devant la Société de chirurgie, que, des 47 malades opérés de tumeurs hémorrhoïdales depuis le 1er janvier 1855 jusqu'au 15 janvier 1857, je n'en avais pas perdu un seul.

Je place sous vos yeux, en exemplaires multiples et imprimés, les 47 observations.

Toutes celles qui sont antérieures à 1855 sont rapportées *in extenso* dans mon *Traité de l'écrasement linéaire.*

Des diverses pièces du débat, il n'en est donc pas une seule qui ne soit soumise à un contrôle public.

Ces observations, Messieurs, n'émanent directement de moi qu'en partie. Signées des noms de jeunes internes des hôpitaux aussi recommandables par leur instruction que par leur caractère, elles ont à mes yeux un cachet d'authenticité et de bonne foi qui les met à l'abri du soupçon.

Voici les noms des internes qui ont recueilli les observations dont la réalité a été contestée. Ce sont MM. Parisot, André, Luys, Nélaton (Eugène), Alfred Fournier, Charnal, Garreau, Jaccoud, Heurtaux, Ball, Brongniart, Labbé, témoin, de Saint-Germain.

Tous ces jeunes gens vous sont connus. Je ne sache, pour ma part, personne qui porte ou qui ait jamais porté le titre d'interne des hôpitaux avec plus d'honneur et d'indépendance.

M. LENOIR fait observer à M. Chassaignac que, bien loin de contester la réalité de ses observations, il les a prises telles qu'elles sont et a cherché à les apprécier ; puis, examinant la statistique de M. Chassaignac, il a été surpris de ne trouver dans son mémoire que 47 opérations au lieu de 57 qui ont été faites. Cette manière de faire la statistique ne lui a pas paru régulière, et c'est sur ce point qu'il aurait désiré des explications.

M. CHASSAIGNAC répond qu'il remet à la Société tous les documents pour la mettre à même de juger. Il dépose sur le bureau toutes les observations d'hémorrhoïdes opérées par lui.

— M. GUERSANT, à propos de l'enfant dont il a parlé dans la dernière séance, présente la pièce anatomique prise sur cet enfant. On y voit une cloison transversale qui sépare le cœcum, très-dilaté, du côlon ; qui n'offre que la grosseur d'une plume d'oie.

— M. RICHET rappelle qu'en présentant un homme guéri d'une fracture du maxillaire supérieur, il a insisté sur ce que cette fracture était complète et isolée, sans aucune complication. C'est à cause de ces conditions seulement qu'il l'a présentée comme un cas rare et intéressant. Aussi pense-t-il qu'il y a eu malentendu lorsqu'on lui a dit que cette fracture était commune. Ceux qui lui ont fait cette objection voulaient parler, sans doute, des fractures partielles et compliquées, qui, sans être aussi fréquentes qu'on l'a dit, ne sont pourtant pas très-rares. Mais, pour les fractures analogues à celle qu'il a mise sous les yeux de la Société, M. Richet n'en connaît que trois cas dans la science : M. Malgaigne n'en connaissait qu'un lorsqu'il a publié son ouvrage ; M. Prestat (de Pontoise) en a publié un second ; enfin, le troisième appartient à M. Cloquet ; celui de M. Richet serait le quatrième.

M. HUGUIER convient que, du moment que M. Richet écarte les fractures compliquées et par armes à feu, il a raison de dire que les fractures complètes et accompagnées d'un grand déplacement du maxillaire supérieur, sorte de luxation, sont très-rares. Le cas de M. Cloquet avait cela de particulier, que le coup avait porté sous le menton et que le maxillaire supérieur avait été fracturé par l'intermédiaire du maxillaire inférieur. Ce mécanisme, du reste, quelque curieux qu'il paraisse, a été observé plusieurs fois, et dimanche dernier M. Huguier en a vu un exemple sur un palefrenier, qui, par suite d'un coup de pied de cheval sous le menton, avait une fracture des deux bords alvéolaires supérieurs.

M. LARREY déclare que, si M. Richet avait bien déterminé les conditions de la fracture qu'il présentait, il aurait mis encore plus de réserve dans ses observations. Ce genre de fracture est, en effet, très-rare, quoique M. Cloquet en ait rapporté plusieurs cas.

CORRESPONDANCE.

M. Larrey dépose sur le bureau, de la part de M. Doin, médecin aide-major de 1re classe au 6e hussards, un mémoire sur une fracture comminutive, par arme à feu, du tiers inférieur de la jambe gauche, avec perte de substance des parties molles et des parties dures consolidée sans raccourcissement après cinq mois de traitement.

Commission : MM. Deguise, Huguier, Larrey.

— M. Raimbert adresse le complément de l'observation de prolapsus du rectum opéré par l'écrasement linéaire.

Renvoi à M. Jarjavay.

— M. Gély (de Nantes) adresse une lettre de remercîments à l'occasion de sa nomination comme membre correspondant.

Amputation sous-astragalienne pratiquée en 1852 chez un jeune scrofuleux. — Guérison pendant deux années. — Récidive de l'affection organique dans l'articulation tibio-tarsienne. — Amputation de la jambe dans l'épaisseur du tissu spongieux des os de la jambe, immédiatement au-dessus des malléoles. — Guérison presque complète. — Mort par suite des progrès de l'affection générale à la fin de 1856. — Autopsie du moignon. — Carie des extrémités osseuses.

M. ARISTIDE VERNEUIL lit le travail suivant, et présente une pièce à l'appui.

La question des amputations partielles du pied et des amputations de la jambe étant à l'ordre du jour de nos discussions, je crois utile de publier la suite d'une observation importante, dont le sujet a été autrefois présenté devant la Société, et dont, à plusieurs reprises, il a été question dans les recueils périodiques.

Il s'agit d'un jeune homme auquel M. Nélaton pratiqua, au mois de mars 1852, l'amputation sous-astragalienne, pour une nécrose du calcanéum, avec trajets fistuleux multiples dans la région du tarse et du métatarse. Ce malade avait alors seize ans, il était faible et chétif. Tout son corps était couvert de cicatrices, stigmates indélébiles de suppurations scrofuleuses. Depuis son enfance, il avait été sans relâche sous l'influence de cette diathèse. La lésion des os du pied avait, depuis deux mois, fait des progrès si rapides, qu'une opération parut indispensable (1). Les suites en furent très-heureuses, et le vingt-septième jour, la guérison était presque achevée ; elle ne fut néanmoins complète que vers la fin d'août.

Elle ne se démentit point de longtemps. Le 24 novembre 1852, M. Nélaton présenta son jeune homme à la Société de chirurgie. On avait employé un procédé analogue à celui que M. J. Roux (de Toulon) emploie pour l'amputation tibio-tarsienne. Le lambeau plantaire formait un coussinet solide sur lequel le malade pouvait, en marchant, s'appuyer sans crainte, grâce à un très-faible raccourcissement (2 centimètres), une bottine à talon élevé suffisait pour faire disparaître la claudication (2).

Les choses allèrent ainsi pendant deux ans environ, et notre collègue M. Ad. Richard, qui a suivi cet opéré, vous dira qu'il l'a vu marcher, courir sur son moignon sans douleur et sans accidents. Par malheur, la maladie générale n'était pas éteinte, et à une époque que je ne puis préciser exactement, les parties dures furent envahies de nouveau, et à ce point qu'il fallut se décider à une nouvelle mutilation. Notre collègue, M. Legouest, y assistait, et il nous en a dit quelques mots l'année dernière. La *Gazette des Hôpitaux* renferme, je crois, les détails de cette nouvelle opération, remarquable sous plus d'un rapport. En effet, M. Nélaton jugea à propos de conserver le lambeau plantaire primitif qui était resté tout à fait sain, et il coupa les os de la jambe immédiatement au-dessus des malléoles, c'est-à-dire plus près de la surface articulaire que du lieu d'élection ordinaire de l'amputation sus-malléolaire (trois travers de doigt au-dessus de l'interligne tibio-tarsien).

Je sais que M. A. Richard prépare un travail complet sur l'amputation sous-astragalienne, et que cette observation sera rapportée dans tous ses détails. C'est ce qui vous expliquera pourquoi je m'attache aussi peu à décrire les diverses phases de la maladie.

J'arrive sur-le-champ au dénoûment. Dans les derniers jours du mois de décembre 1856, ayant eu l'occasion de remplacer pendant quelques jours M. Lenoir, je trouvai dans ses salles un pauvre malade presque mourant, qui y était entré depuis près d'un mois. Il succombait à la généralisation scrofuleuse la plus complète qu'on puisse observer. Le

(1) Je renvoie pour plus de détails à la *Gazette des Hôpitaux* du 22 mai 1852.

(2) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1852-1853, t. III, p. 247.

cou, les aisselles, les aines, offraient des tumeurs multiples très-volumineuses, remplies de pus ou de matière tuberculeuse à moitié solide. Quelques-unes étaient ouvertes et fistuleuses; les poumons étaient presque détruits par les tubercules, l'abdomen était rempli de masses ganglionnaires tuberculeuses à tous les degrés. La vie s'éteignit quelques jours après. Je n'avais tenté aucun traitement. Les voies digestives ne supportaient plus les médicaments convenables en pareil cas.

J'appris que ce jeune homme avait subi plusieurs années auparavant les deux amputations dont je viens de parler, et il me fut facile de reconnaître son identité avec le malade de M. Nélaton.

Voici dans quel état je trouvai, à l'autopsie, le moignon que je mets sous vos yeux.

La jambe est extrêmement grêle, elle se termine par un renflement hémisphérique régulier, un peu moins volumineux qu'on ne l'observe après l'amputation tibio-tarsienne, et qui rappelle exactement le moignon qui nous a récemment été présenté par notre collègue, M. Alp. Guérin, chez un enfant auquel il avait pratiqué l'amputation dans le tissu spongieux de l'extrémité inférieure des os de la jambe. On reconnaît sans peine le procédé qui a été employé. Une cicatrice circulaire, occupant la demi-circonférence du moignon à trois centimètres de sa terminaison, et les caractères de la peau du lambeau terminal, démontrent que l'amputation a été faite par un procédé à lambeau plantaire latéral interne.

Au niveau du pédicule de ce dernier, le tégument est sain; il n'en est pas de même à la face inférieure du moignon. Trois trajets fistuleux étroits traversent le lambeau de part en part et viennent aboutir à l'extrémité dénudée des os de la jambe. La ligne de réunion du lambeau et des téguments de la jambe est incomplétement réunie. Çà et là la cicatrice est interrompue et laisse passer un stylet qui parvient également jusqu'aux os malades.

La peau est décollée, par un foyer purulent, au niveau de la face postérieure du tendon d'Achille; de plus, elle est ulcérée et décollée dans les points qui correspondent aux deux malléoles, ou pour parler plus exactement, aux parties du tibia et du péroné qui surmontaient les apophyses qui n'existent plus. Le tissu osseux n'est pas tout à fait à nu au fond de ces ulcérations, il est recouvert par des bourgeons charnus affaissés et les débris du périoste.

En prenant dans la main l'extrémité de ce moignon, on fait sourdre du pus par tous les orifices que je viens d'indiquer, comme cela arrive pour les articulations affectées de carie.

Les incisions nécessaires sont pratiquées pour constater l'état des parties profondes, sans altérer la pièce. L'aponévrose jambière est épaissie et adhère à la face profonde de la peau, au périoste du tibia, à la cicatrice vers sa partie inférieure, elle est épaissie, infiltrée de produits plastiques et de graisse; les cloisons inter-musculaires qui s'en détachent sont de même. Le tendon d'Achille vient se perdre dans le pédicule du lambeau avec lequel il est confondu très-intimement; quant aux autres muscles, ils sont entièrement graisseux dans leur partie charnue, au moins dans leur moitié inférieure, la seule que j'ai examinée. Leurs tendons viennent adhérer, les uns au périoste des os, les autres à la face profonde du lambeau. La dissection de ces organes est difficile, parce qu'ils sont tous soudés entre eux et aux parties voisines par des productions plastiques fibro-graisseuses, vestiges de l'inflammation chronique dont le moignon est depuis longtemps le siége. Cette particularité existait toujours, à un degré plus ou moins prononcé, dans tous les moignons analogues que j'ai disséqués.

Le nerf tibial antérieur se termine vers la lèvre supérieure de la cicatrice antérieure. Il est légèrement renflé et adhère à la peau d'une part, au périoste du tibia de l'autre. Les vaisseaux correspondants sont dans le même cas.

Le nerf tibial postérieur et l'artère correspondante se prolongent dans le lambeau, où il est assez facile de les suivre; ce qui indique que, conformément au principe de médecine opératoire posé par M. J. Roux, et généralement adopté, ces organes ont été conservés pour assurer la nutrition du lambeau. Le nerf tibial, comme de coutume, est renflé dans une assez grande étendue; il a conservé sa direction verticale à la jambe, jusqu'au niveau de l'extrémité coupée du tibia; mais à partir de ce dernier point, il se coude à angle droit et vient se placer horizontalement au-dessous de la surface de section du tibia.

Le périoste qui recouvre les deux os de la jambe est épaissi, surtout à la partie inférieure; il est, de plus, fort peu adhérent, de façon qu'à l'aide de quelques précautions, on peut le détacher et enlever ces deux os. Cette préparation permet, d'une part, d'examiner à loisir les parties dures; de l'autre, la loge fibreuse qui les renfermait et le foyer même de l'amputation; le tout au moyen d'une simple incision longitudinale, pratiquée sur le périoste, et sans sacrifier rien d'important.

Les os sont très-altérés, les cellules osseuses du tissu spongieux, qui ont été ouvertes par la scie, sont largement dilatées; aucune production plastique ne les a bouchées. Un peu plus haut des végétations, des stalactites irrégulières entourent l'os et semblent confondues avec lui. En résumé, les os paraissent être le siége d'une ostéite condensante interstitielle et végétante, qui représente assez bien ce que Gerdy désignait sous le nom de carie dure. En effet, l'ongle et les instruments ne peuvent que difficilement entamer le tissu osseux, surtout à la partie inférieure. La surface de section du tibia, extrêmement rugueuse, est terminée par une foule d'arêtes tranchantes, qui ne sont autres que les cloisons hypertrophiées du tissu spongieux.

Quant au foyer de l'amputation, il est constitué par la face supérieure du lambeau plantaire et par les extrémités osseuses, qui y sont libres dans l'étendue de deux centimètres environ, par suite du décollement périphérique du périoste; ce dernier venant au niveau de la section se souder à la paroi inférieure formée par le lambeau. Il résulte de cette disposition une cavité ostéo-fibreuse, bien limitée, pleine de pus, et dans laquelle viennent aboutir les divers trajets fistuleux qu'on remarquait au dehors. Les parois de cette cavité sont régulières, tomenteuses du côté du lambeau, fibreuses dans les points qui répondent au périoste; quelques végétations éparses incrustent ce dernier, et de fins débris osseux sont mélangés au pus.

Je note, en terminant, la particularité suivante. J'ai dit que le nerf tibial postérieur était réfléchi; il occupe la face profonde du lambeau, et par conséquent il fait partie, sans aucun intermédiaire, de la paroi inférieure du foyer purulent; or, par cela même, il est dans toute son étendue en *contact immédiat* avec la section si rugueuse du tibia. Le petit malade n'ayant jamais marché, on ne peut que soupçonner ce que cette disposition a de désavantageux. Mais il est permis de croire qu'en cas de guérison le nerf se serait mal trouvé de cette situation entre un lambeau mince et une surface osseuse peu régulière, si on avait tenté de prendre un point d'appui direct sur l'extrémité terminale du moignon.

En présentant cette pièce, je ne veux faire la critique ni de l'amputation sous-astragalienne ni de l'amputation épiphysaire inférieure des os de la jambe; ces deux opérations peuvent trouver leur application et donner de bons résultats. Sans doute, dans le cas actuel, elles auraient réussi, si la constitution du malade n'avait pas été aussi mauvaise. Je me demande seulement si on ne s'exposait pas beaucoup à une récidive de la carie en amputant dans le tissu spongieux des os aussi près du siége du mal récidivé. Je pourrais utiliser ce fait pour appuyer l'opinion que je soutenais il y a quelque temps sur les opérations insuffisantes. (*Discussions sur les amputations de la jambe*, séance du 24 septembre 1856.) A la vérité, M. Nélaton avait agi ainsi dans le but très-acceptable d'utiliser le lambeau plantaire de la première opération, mais le résultat empêche de juger encore l'utilité de cette innovation.

J'ai voulu donner un nouvel exemple de ce que deviennent les opérations chez les scrofuleux, surtout quand elles sont pratiquées dans les régions où prédominent les os spongieux. J'ai voulu prouver que la récidive tardive est extrêmement commune après les amputations du pied pour lésions organiques; et je répète ce que j'ai dit bien des fois, c'est-à-dire que pour proclamer la guérison définitive, il ne faut pas seulement constater que le malade a marché pendant quelque temps, mais il est nécessaire d'attendre au moins deux années, quelquefois plus.

M. RICHARD fait observer que ce cas est un des plus favorables à l'amputation sous-astragalienne, puisque l'enfant a pu marcher pendant un an et demi sur son moignon, bien que l'astragale fût malade.

M. VERNEUIL répond que l'observation qu'il vient de communiquer ne prouve, suivant lui, ni pour, ni contre l'amputation sous-astragalienne; car, chez les scrofuleux, la marche est possible avec des désordres considérables dans les os des pieds.

M. GUÉRIN pense, comme M. Verneuil, que la pièce qui vient d'être présentée ne prouve rien ni pour, ni contre l'amputation sous-astragalienne. Il n'est pas bien évident, en effet, que l'amputation ait été faite au-dessous de l'astragale. Pour lui, il s'est demandé si l'épipbyse inférieure du tibia n'avait pas été enlevée, en sentant l'extrémité de cet os conformée comme l'extrémité de l'épiphyse, et en voyant que le péroné est plus long que le tibia. Il croit que l'épiphyse a été détruite par la carie, que c'est elle qui a entretenu la fistule, et que c'est d'elle que proviennent quelques portions osseuses que l'on trouve encore à sa place.

M. VERNEUIL n'admet pas qu'on ait pu séparer l'épiphyse, attendu que le malade avait plus de vingt ans à l'époque de l'amputation, et qu'à cet âge la séparation de l'épiphyse est au moins très-difficile. Quant à la brièveté du tibia, M. Verneuil a vu des pièces où le tibia, à la suite de carie, était devenu encore plus court que celui qu'il vient de montrer.

M. CLOQUET ne pense pas qu'il y ait eu carie de l'extrémité du tibia. En examinant la pièce, il y trouve des stalactites osseuses, du gonflement du périoste, de l'inflammation de l'os, mais il n'y trouve pas de ramollissement; ce ne serait donc pas de la carie, mais une nécrose qui ne s'est pas limitée. En effet, de même qu'on voit la gangrène marcher très-lentement, de même on voit la nécrose, chez les sujets dont la vitalité est très-faible, faire des progrès insensibles et ne point être bornée par l'inflammation éliminatrice.

M. LARREY a dans ce moment sous les yeux, au Val-de-Grâce, un exemple de nécrose entièrement semblable à celle dont parle M. Cloquet, sur un officier atteint de gangrène sénile de la jambe. Les os nécrosés, laissés à nu par le sphacèle des parties molles, sont parfaitement solides, et n'ont aucune tendance à l'élimination.

M. VERNEUIL reconnaît qu'il a employé à tort le mot de carie, qui doit disparaître de la science; mais il a eu soin de dire que c'était la carie dure de Gerdy. Quant à l'état des os en question, rien ne prouve qu'ils soient nécrosés; on voit seulement que leur tissu est raréfié et pénétré de pus.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

MÉDAILLE OFFERTE A M. DESMARRES PAR SES ÉLÈVES.

Nous assistions hier à une touchante fête de famille qui se passait à la clinique de M. Desmarres. Les nombreux auditeurs français et étrangers qui se pressent à ses leçons, s'étaient réunis pour lui offrir une magnifique médaille en argent, témoignage de leur reconnaissance.

Cette médaille, dont l'exécution avait été confiée au burin habile de M. Bessaignet, présente sur sa face un dessin allégorique: *Esculape, aux pieds duquel sont figurés ses attributs, soulève le bandeau qui recouvre les yeux d'un malade assis devant lui et auquel il vient de rendre la vue.* Au-dessus du type, se lit cette légende, disposée circulairement: *Au docteur Desmarres, ses élèves reconnaissants.*

Au revers, le chiffre du professeur, entouré de palmes, surmonte deux tables sur lesquelles sont gravés les noms de ceux à l'initiative desquels est due cette délicate et généreuse pensée.

M. le chevalier de Link, docteur en médecine et professeur à l'université de Kharkoff (Russie), chargé de présenter la médaille à M. Desmarres, a prononcé une chaleureuse allocution, dont nous sommes heureux de pouvoir reproduire quelques phrases.

« ..... Nous vous prions d'accepter cette médaille comme la consécration du lien indissoluble qui nous attache à votre personne.

» Nous serait-il possible, en effet, d'oublier jamais vos savantes leçons et surtout le dévouement sans bornes avec lequel vous donnez à l'enseignement de vos jeunes confrères, souvent au préjudice d'une santé affaiblie par le travail, des instants précieux dérobés à votre clientèle? N'aurons-nous pas toujours présent à l'esprit l'homme désintéressé qui met son habileté au service du malheur, et le maître excellent dont la parole incisive et pleine de verve sait graver dans toutes les intelligences les principes de l'art qu'il pratique avec tant d'éclat?

» Aucun de nous, sans doute, ne prétend à l'héritage de gloire que vous préparez si libéralement pour l'avenir, mais l'inscription de nos noms sur cette médaille est pour nous un engagement moral de suivre vos exemples et de propager, dans la mesure de nos facultés, la tradition de votre illustre Ecole. »

A ces paroles sorties du cœur, M. Desmarres a répondu d'une voix émue par quelques mots vivement sentis.

Le soir, un joyeux banquet réunissait le maître et les élèves, qui presque tous médecins étrangers se trouveront dans quelques semaines disséminés sur les points les plus éloignés des deux continents. Après le banquet, auquel, par une gracieuse courtoisie, avaient été conviés plusieurs représentants de la presse médicale et MM. Charrière père et fils, nos habiles fabricants d'instruments de chirurgie, divers toasts ont été portés à M. Desmarres, par M. de Link, au nom des médecins étrangers et principalement des médecins russes; par MM. Moricand (de Genève), Delgado (de Venezuela), Souza (de Rio-Janeiro), et plusieurs autres dont les noms nous ont échappé.

M. le professeur Rossander (de Stockholm) a surtout été applaudi lorsqu'il a porté la santé de l'homme d'esprit et de cœur qui présidait la réunion.

Dr A. F.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS.

Le lundi 6 avril 1857, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'assistance publique, rue Neuve-Notre-Dame, 2, pour la nomination à deux places de médecin au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

MM. les docteurs qui voudront prendre part à ce concours devront se présenter au secrétariat de l'administration, pour y prendre connaissance des conditions d'admission et se faire inscrire du samedi 7 mars 1857 au samedi 21 du même mois inclusivement, de midi à quatre heures de relevée.

Le secrétaire général: signé, L. DUBOST.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 4 mars, une chaire de physique végétale est créée au Muséum d'histoire naturelle.

M. Ville est nommé professeur de cette chaire.

Voici un extrait du rapport présenté à l'Empereur par M. le ministre de l'instruction publique à l'occasion de cette création:

« Sur les traces de Priestley, d'Ingenhousz, de Dubamel, M. Georges Ville s'est courageusement avancé dans une voie où aucun sacrifice n'a arrêté ses efforts. Un laboratoire spécial, organisé à grands frais et muni d'appareils où se révèlent les plus ingénieuses conceptions, a permis à M. Vile de tenter sur les phénomènes qui concourent à la formation des végétaux des expériences décisives. Discerner avec précision quels éléments les plantes empruntent à l'atmosphère, quels éléments elles tirent du sol, quels sont ceux qu'elles y laissent, mesurer toutes les influences qui s'exercent sur leur développement; surprendre à la nature le secret des combinaisons infinies dont la végétation est le centre, établir enfin des principes rationnels capables de régler l'emploi des agents de fertilité, telle est la tâche que s'est imposée M. Ville. De notables résultats ont déjà permis d'apprécier la justesse de ses prévisions, la netteté de ses méthodes, sa connaissance approfondie des branches diverses de la science dont il a dû emprunter le secours. M. Ville semble donc naturellement désigné pour inaugurer la chaire nouvelle de *Physique végétale.* »

— M. le baron Thénard, membre de l'Institut, et plusieurs de ses collègues, ont eu la pensée de fonder, sous le titre de *Société de secours des Amis des Sciences*, une Société dont ce titre indique suffisamment le but utile et honorable. Ce projet a rencontré de suite de nombreux adhérents, qui se sont réunis avant-hier pour constituer la Société et nommer les président, vice-présidents, secrétaire et trésorier, discuter et arrêter les statuts.

— M. le docteur Baudens, membre du conseil de santé des armées, délégué par M. le ministre de la guerre pour inspecter le personnel médical, ainsi que les établissements hospitaliers de la province d'Oran et d'une partie de la province d'Alger, est arrivé dans notre ville au commencement du mois de février. Avant de retourner en France, l'honorable inspecteur, à qui toutes les questions médicales algériennes sont si familières, a consacré ses dernières heures de séjour à étudier le perfectionnement et l'extension de nos institutions sanitaires. Diverses conférences avec plusieurs représentants de la médecine coloniale ne seront pas, nous aimons à l'espérer, stériles pour l'amélioration de ce service. M. Baudens a pu recueillir aussi de nouveaux documents touchant le projet de création d'une Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie à Alger. (*Gaz. méd. de l'Algérie.*)

—Nous avons déjà annoncé que les membres du comité de rédaction des *Annales d'oculistique* ont convoqué à Bruxelles un Congrès d'ophthalmologie auquel sont invités tous les médecins des divers pays qui cultivent cette branche des sciences médicales ou qui s'y intéressent. Ce Congrès se réunira les 13, 14, 15 et 16 septembre prochain, c'est-à-dire immédiatement avant l'ouverture du Congrès des médecins et naturalistes allemands, qui doit se tenir à Bonn du 13 au 25 du même mois. Le comité d'organisation est ainsi constitué:

MM. Fallot, président de l'Académie royale de médecine de Belgique, président; Bosch, chirurgien à l'Institut ophthalmique du Brabant; Hairion, directeur de l'Institut ophthalmique de l'armée à Louvain; Van Roosbroeck, directeur de l'Institut ophthalmique du Brabant, membres; Warlomont, rédacteur en chef des *Annales d'oculistique*, secrétaire général.

Toutes les lettres et communications relatives au Congrès doivent être adressées à M. Warlomont, rue Notre-Dame-aux-Neiges, 27, à Bruxelles.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 29. — MARDI 10 MARS 1857. (30e ANNÉE.) N° 29. — MARDI 10 MARS 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandals de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 9 MARS 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'ordre du jour est de nouveau à l'étude des anesthésiques. Nous avons exposé dans le dernier numéro quelques essais récemment tentés dans les hôpitaux sur la propriété anesthésique de l'amylène. L'Académie des sciences a reçu dans sa dernière séance une communication de M. Giraldès sur ce sujet et une note de M. le professeur Coze (de Strasbourg) sur l'emploi thérapeutique du gaz oxyde de carbone. Enfin, un autre professeur de la même Faculté, M. Tourdes, a communiqué en même temps à l'Académie de médecine un mémoire sur les effets anesthésiques de l'amylène.

Les faits énoncés dans la note de M. Giraldès, un peu différents peut-être à quelques égards de ceux que nous avons exposés dans le numéro précédent, sont, comme on pourra le voir plus bas, tout en faveur du nouvel agent anesthésique. Il est regrettable que la brièveté de la note insérée dans le *Compte rendu*, nous laisse dans une ignorance absolue sur la manière de procéder de l'auteur, ainsi que sur la préparation et les principales propriétés physiques de la substance dont il s'est servi. Il y aurait lieu à exprimer le même regret à l'égard de la communication de M. Coze sur l'action anesthésique locale du gaz oxyde de carbone, qui est réduite à un simple énoncé du résultat des expériences. Nous saisissons cette occasion pour engager ceux de nos confrères qui font des communications aux Académies à nous en adresser directement un extrait ou un résumé, afin de nous mettre à même d'apprécier leurs travaux mieux que ne permettent de le faire les extraits par trop concis que publient les comptes rendus officiels de ces corps savants.

Pour citer un exemple à côté de l'avis, ce que nous conseillons à nos confrères, M. le professeur Tourdes a eu le bon esprit de le faire pour les recherches qu'il vient de communiquer à l'Académie de médecine sur les effets anesthésiques de l'amylène. La *Gazette hebdomadaire* publie dans son dernier numéro le travail complet de M. Tourdes, qui renferme d'utiles et intéressants renseignements sur la découverte de l'amylène, sa constitution chimique, sa préparation et ses propriétés. Nos lecteurs nous sauront gré de leur en donner ici quelques fragments. Nous insisterons particulièrement sur quelques-unes des propriétés de l'amylène qui ne sont point énoncées dans les précédentes communications, ou qui n'y ont été que très-incomplétement décrites.

Le point d'ébullition de l'amylène, inférieur à la température animale, est tel, qu'introduit dans les vaisseaux, il s'y vaporise brusquement; il y circule à l'état de gaz, rapidement éliminé par les poumons.

L'amylène s'enflamme avec facilité. Une éponge imbibée de cette substance prend feu rapidement ; les vapeurs peuvent même s'allumer à une certaine distance de l'éponge. Il brûle avec une flamme blanche, accompagnée d'un peu de fumée.

Un phénomène curieux s'est produit pendant les opérations d'anesthésie à l'aide de l'amylène. L'évaporation de ce corps est tellement rapide, qu'il s'est déposé sur l'éponge de petits cristaux blanchâtres formés par l'amylène congelé. Les cristaux placés sur la langue s'évaporent rapidement en laissant une sensation d'éther.

Des expériences ont été faites sur des lapins. En voici les résultats :

L'animal soumis à l'expérience reste d'abord immobile, et il retient sa respiration; bientôt il s'agite et cherche à fuir. Après cette agitation violente, il s'arrête, chancelle et tombe sur le flanc. Ce premier effet s'est produit en un temps qui a varié d'une demi-minute à deux minutes et demie.

Quand l'animal est sur le flanc ; il n'est pas encore insensible. En pinçant les extrémités ou la queue, on détermine des mouvements ou même des convulsions.

Ici deux cas se présentent : ou bien l'animal tombe graduellement dans l'anesthésie, s'affaiblissant peu à peu, ou bien la période anesthésique est précédée par de la roideur et par des mouvements convulsifs.

Roideur générale et tremblement musculaire, voilà les deux phénomènes initiaux les plus fréquents. Il y a quelquefois des cris. Il s'écoule une ou deux minutes depuis ce moment jusqu'à celui où l'anesthésie est complète.

Cette roideur et ce tremblement des membres, qui ont été notés 8 fois sur 16 expériences, ont été quelquefois assez intenses ; ils duraient d'une demi à une ou deux minutes, et disparaissaient quand l'anesthésie devenait complète.

D'après ces faits, M. Tourdes admet deux périodes dans l'invasion : la résistance volontaire, durant d'une demi-minute à deux minutes, et la roideur convulsive avec tremblement, qui se prolonge pendant le même espace de temps.

L'anesthésie complète s'est établie en un temps qui a varié d'une à quatre minutes, en moyenne de deux à trois. L'animal soumis à plusieurs *amylénations* consécutives, s'abat plus facilement dans les dernières. En prolongeant suffisamment l'expérience, on a obtenu une anesthésie aussi complète que celle que produit le chloroforme: insensibilité absolue, résolution des membres. Mais la stupeur ne restait pas longtemps à ce degré presque absolu ; elle diminuait promptement et se dissipait vite. L'appareil enlevé, l'animal se réveillait en une ou deux minutes ; l'anesthésie commençait à s'affaiblir au moment même où cessait l'action de l'amylène. On a pu à volonté prolonger l'anesthésie, mais à la condition de ne pas interrompre, ou de ne suspendre que pendant une minute au plus, l'action de l'amylène.

M. Tourdes a remarqué que l'insensibilité s'établissait plus promptement dans les membres postérieurs, et qu'elle y persistait plus longtemps que dans les antérieurs.

Comme symptômes particuliers, il a constaté dans quelques cas une injection des yeux avec larmoiement, une respiration souvent laryngée et ronflante; la respiration n'a jamais présenté ce ralentissement notable qu'on observe par l'oxyde de carbone; elle s'accélérait au début et se ralentissait à peine pendant l'anesthésie ; elle éprouvait presque toujours une accélération notable quand l'animal commençait à se remettre.

L'innocuité de l'amylène ressort des faits suivants : on a pu anesthésier le même animal un grand nombre de fois sans que sa vie ait été compromise; le rétablissement a été rapide après les épreuves les plus multipliées. Ainsi M. Tourdes a pu épuiser sur un lapin les effets de 2, 4 et 6 grammes d'amylène, et même au delà; l'animal dort tant que l'agent anasthésique est en quantité suffisante; il se remet dès que les vapeurs diminuent; il revient complétement à lui malgré les conditions défavorables où il est placé (la tête engagée dans une poche de caoutchouc), conditions dans lesquelles la mort est infaillible avec le chloroforme.

Aucun animal n'a péri par les seuls effets de l'amylène, bien que cette substance ait été employée à très-haute dose et que son action ait été prolongée. Seulement l'asphyxie est facile pendant l'anesthésie complète, à l'occasion du plus léger obstacle à l'entrée de l'air. Ainsi, un lapin a succombé par suite d'une compression accidentelle du larynx au moment où il était dans la stupeur.

Enfin, M. Tourdes a fait quelques expériences d'injection d'amylène dans les vaisseaux. Cette injection a produit des convulsions, un affaissement subit, l'inflammabilité de la baleine et une mort assez prompte. L'amylène ainsi injecté se comporte différemment du chloroforme, qui produit alors, comme on le sait, une rigidité des muscles semblable à la rigidité cadavérique ; il se comporte, à cet égard comme à tant d'autres, à la manière de l'éther.

Tels sont les résultats principaux des expériences instituées par M. Tourdes, et qui tendent, comme on le voit, avec les faits observés jusqu'ici, à établir ce double fait important : l'efficacité anesthésique de l'amylène assimilable à celle du chloroforme et une innocuité qui le rapproche de l'éther. Nous reviendrons sur ce sujet à l'occasion de quelques faits cliniques que renferme cette intéressante communication.

Dr Brochin.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. BAILLARGER.

Paralysie générale avec faiblesse plus marquée d'un côté. — Inégalité d'atrophie des hémisphères cérébraux. — Méningite chronique. — Isolement des deux substances.

La femme X..., âgée de trente-cinq ans, avait reçu une bonne éducation. Bien qu'elle fût mariée, elle avait toujours mené une vie fort dissipée. Depuis plusieurs années, à la suite de revers de fortune, elle s'était adonnée à la boisson. D'une bonne santé d'ailleurs, elle n'avait jamais présenté, ni aucune personne de sa famille, le moindre signe d'aliénation mentale.

Au mois de janvier 1854, X... perd subitement le sommeil, accuse en même temps une céphalalgie très-intense, et se plaint de visions qui la poursuivent nuit et jour ; elle voit autour d'elle des cercueils, des corbillards, et s'imagine qu'elle va mourir. Pendant quelques jours, elle est très-agitée; puis la céphalalgie et les visions disparaissent, et elle recouvre toute sa raison.

Trois mois après, de nouveaux accidents se produisent. X... néglige toutes ses affaires, passe son temps à des futilités, comme de faire et de défaire ses robes, etc. Tout à coup elle ne sait plus ni lire ni écrire, perd quelquefois entièrement conscience de ses paroles et de ses actes, et prononce des mots incohérents. C'est dans cet état qu'elle est amenée à la Salpêtrière le 16 juin 1854.

Au moment de son entrée, elle présente les symptômes suivants:

Le facies est pâle et maigre ; il y a de l'hésitation dans la parole, de la faiblesse dans les mains, une certaine vacillation dans la marche. La malade ne sait pas où elle est, se tourmente beaucoup de ses affaires, a une tendance marquée au délire ambitieux. Son père, dit-elle, a une grande fortune ; elle a chez elle de beaux meubles, de riches toilettes. Elle est très-agitée, refuse tout travail.

Cet état persiste pendant quinze ou vingt jours, après lesquels une notable amélioration se manifeste.

Un mois après son entrée à la Salpêtrière, elle a la figure meilleure, les mains plus fortes, la parole plus libre, la démarche moins chancelante; elle est calme, et consent à travailler.

Trois mois après, dans le courant du mois de novembre 1854, l'amélioration a fait des progrès sensibles : tout embarras de parole a presque entièrement disparu ; la démarche est assurée ; l'intelligence paraît nette. On remarque cependant que cette malade travaille très-peu et ne pense guère qu'à manger.

A la fin du même mois, sans aucun symptôme précurseur, X... est subitement atteinte d'hémiplégie : elle se tient debout, mais elle penche tout son corps à gauche et ne peut porter le bras de ce côté jusqu'à sa tête ; la face est déviée à droite, la parole est embarrassée. Sous l'influence d'un traitement antiphlogistique, dès le lendemain l'hémiplégie a diminué, le mouvement est revenu dans le bras gauche, la bouche n'est plus déviée ; restent seulement de la faiblesse dans le côté et un embarras de parole plus marqué qu'avant l'accident.

Dans le courant de décembre, sans disparaître complétement, ces symptômes eux-mêmes diminuent beaucoup, et à la fin du mois la malade sort de l'hospice.

Elle passe toute l'année 1855 chez son mari. L'intelligence est toujours affaiblie. On remarque une faiblesse prédominante dans le côté gauche, et par instants du bégayement.

En 1856, pour la troisième fois, des accidents graves reparaissent. Traitée d'abord à Charenton, elle est ramenée à la Salpêtrière au mois de mai 1856.

Bégayement, embarras de parole, tremblement des jambes, affaiblissement des mains, état de stupeur et de démence ; tous les signes d'une paralysie générale très-avancée existent ; et cette fois, loin de diminuer, ils vont, au contraire, en s'aggravant très-rapidement. Ainsi, deux mois après son entrée, en juillet 1856, la malade est devenue gâteuse ; sa figure a vieilli, ses traits se sont relâchés, sa langue s'est de plus en plus embarrassée. Cinq mois après, au mois de novembre, elle ne se lève plus du tout ; elle est extrêmement maigre ; elle ne prend plus que des aliments liquides.

Au mois de janvier 1857, elle est mourante ; elle rejette toute espèce d'aliments ; la langue est noire et sèche ; les dents fuligineuses ; elle n'a cependant pas d'eschares ; le pouls est presque normal ; elle prononce encore quelques mots. Elle succombe enfin sans que sa mort paraisse le résultat d'aucune affection intercurrente.

Durant cette dernière période, les accidents hémiplégiques ont persisté ; ils ont même éprouvé une aggravation momentanée. Sans qu'aucun prodrome eût pu le faire prévoir, la malade s'est un jour réveillée complétement hémiplégique ; le bras gauche immobile et contracturé, la jambe gauche inerte ; la bouche déviée à droite. Des sangsues furent appliquées à l'anus, et dès le lendemain la déviation de la bouche avait disparu ; le bras, la jambe avaient recouvré le mouvement. Jusqu'à la fin de la vie cependant, une faiblesse beaucoup plus marquée persista dans tout le côté gauche.

Autopsie. — Le corps ne présente aucune trace d'eschares. Les os du crâne sont minces, peu injectés à leur face interne. Sur la partie antérieure et médiane de la voûte, au-devant de l'apophyse crista-galli, dont elle est séparée par une échancrure, on remarque une saillie osseuse, mince et tranchante contenue dans l'épaisseur de la faux cérébrale. Cette saillie a sa plus grande hauteur à sa base ; là elle est de près d'un demi-pouce ; elle se perd ensuite insensiblement de bas en haut.

La dure-mère incisée, il s'écoule de la base du cerveau une sérosité sanguinolente dont le poids est égal à 150 grammes.

Le cerveau est très-petit. A la simple inspection, on reconnaît une disproportion marquée entre le volume de cet organe et celui du cer-

velet, et une disproportion non moins évidente entre les deux hémisphères du cerveau.

On trouve, pour le poids total de l'encéphale. .	955	grammes.
Pour celui du cerveau.	800	—
Pour celui du cervelet et de la protubérance. . .	155	—
Pour le poids de l'hémisphère gauche.	431	—
Pour celui de l'hémisphère droit.	369	—

L'inégalité de poids entre les deux hémisphères est en rapport avec les accidents hémiplégiques constatés pendant la vie.

L'arachnoïde viscérale, examinée avec soin dans toute l'étendue du cerveau, *n'offre aucune trace d'opacité*.

La pie-mère, sauf en un point ou deux, n'est pas infiltrée. En quelques endroits seulement, principalement sur les parties latérales des hémisphères, elle offre des traces de suffusion sanguine. Les deux membranes ne sont pas épaissies d'une manière appréciable. Si on essaye de les enlever, on reconnaît que presque partout elles ont contracté des adhérences intimes avec la substance corticale ; elles en entraînent la couche externe restée blanche, et mettent à nu la couche sous-jacente, qui est inégale, mamelonnée, rouge et saignante. En certains points, elles entraînent même toute l'épaisseur de la substance corticale.

Cette substance est atrophiée et beaucoup plus molle qu'à l'état normal. La substance blanche est au contraire plus ferme et plus élastique.

Les deux substances sont isolées l'une de l'autre. Avec le manche d'un scalpel, on enlève très-facilement la substance grise ramollie sans entamer la substance blanche qui est indurée.

Sur le cervelet, les membranes sont injectées, mais nullement adhérentes. La substance grise est très-colorée. Sa consistance générale est beaucoup plus faible que celle du cerveau.

La moelle, examinée avec soin, n'a présenté aucune trace d'altération.

Dans le milieu du poumon gauche, on trouve un lobule pulmonaire hépatisé au troisième degré. Rien dans le poumon droit.

Le cœur, les reins, la vessie, l'utérus, la rate, l'estomac, l'intestin grêle sont parfaitement sains; aucun de ces organes n'est injecté.

Dans le gros intestin, on trouve une grande quantité de matières fécales extrêmement dures, mais nulle trace d'inflammation.

Il y a dans cette observation trois faits importants à noter: le premier est l'inégalité de poids entre les deux hémisphères.

M. le docteur Follet a depuis longtemps déjà signalé cette lésion chez les sujets épileptiques; cette inégalité se rencontre très-souvent chez les aliénés paralytiques. Ainsi qu'on l'a vu, elle existait chez la femme X...

Sur sept autopsies d'aliénés paralytiques faites dans l'espace d'un mois, pareille différence s'est reproduite six fois. Dans plusieurs de ces cas, comme chez notre malade, il y avait eu des accidents hémiplégiques dans le côté opposé à l'hémisphère atrophié. Ainsi, sur un homme, on avait observé pendant la vie une prédominance de faiblesse à gauche, et à l'autopsie l'hémisphère droit pesa 60 grammes de plus que le gauche.

Ces faits ont ceci de remarquable, que la différence de poids entre les deux hémisphères ne tient à aucune lésion appréciable en un point déterminé du cerveau. A la suite d'hémorrhagie ou de ramollissement, on trouve souvent des différences de poids considérables. Récemment nous en avons vu de 75 et même de 100 grammes; mais, dans ces cas, il y a une perte de substance toujours facile à reconnaître. Dans la paralysie générale, au contraire, l'inégalité de poids ne peut s'expliquer que par une atrophie plus rapide de l'un des hémisphères. A l'état normal, il existe aussi des inégalités entre les deux hémisphères, mais celles que nous signalons chez les aliénés paralytiques sont beaucoup plus considérables; elles doivent donc être acceptées comme de véritables lésions pathologiques.

Le deuxième fait qui découle de cette observation est relatif à la méningite chronique.

On sait que M. Bayle attribue tous les symptômes de la paralysie générale à une méningite chronique. Le cas qui précède est un de ceux que l'on pourrait invoquer contre cette opinion.

L'arachnoïde, ainsi que nous l'avons vu, n'offrait chez la femme X... aucune trace d'opacité. Dans la pie-mère, il n'y avait qu'une injection peu étendue, comme on en trouve dans un si grand nombre d'affections diverses, et, entre autres, dans la manie aiguë et le délire aigu. Cette absence de lésions des membranes nous a d'autant plus frappé que, le même jour, nous avions sous les yeux l'autopsie d'une femme de quatre-vingt deux ans atteinte de démence sénile, sans aucun symptôme de paralysie générale, et chez laquelle l'arachnoïde était opaque et laiteuse dans toute son étendue.

Enfin, le troisième fait à signaler est l'isolement des deux substances.

La substance blanche et la substance corticale ne sont plus que juxtaposées au lieu d'être intimement unies. Cette lésion existait à un haut degré chez la femme X..., et je la retrouve très-fréquemment chez les aliénés paralytiques. On la constate par plusieurs procédés. Si, avec le manche d'un scalpel, on racle la couche corticale, on met à nu la substance blanche sans l'entamer, et l'on prépare ainsi des groupes de circonvolutions parfaitement lisses jusque dans leurs anfractuosités; parfois même on enlève d'une seule pièce et dans toute la longueur d'une circonvolution toute la couche de substance grise.

Si l'on fait macérer dans l'eau pendant vingt-quatre heures un hémisphère cérébral, on peut après ce temps, sous un filet d'eau, et par le frottement d'une éponge, enlever toute la couche corticale en laissant intacte la substance blanche.

Enfin, dans certains cas, par la coupe d'une circonvolution, on introduit entre les deux couches l'extrémité d'un tube très-fin, et par une simple insufflation d'air, on isole les deux substances l'une de l'autre.

Rien de semblable n'est possible à l'état normal.

DES DIATHÈSES,

Par M. le docteur BAUMÈS (de Lyon).

(Extrait d'un Mémoire lu à l'Académie de médecine, séance du 3 mars.)

Après avoir fait remonter à Bordeu les premières notions qui ont permis d'asseoir la théorie des diathèses sur une base solide, et après avoir assigné à Bordeu, à Bichat et à Barthez, la part d'influence que chacun d'eux a exercée sur la conception et le classement des affections diathésiques, M. Baumès a rappelé qu'il avait traité lui-même et développé dans un précédent ouvrage ces questions : Qu'est-ce qu'une diathèse ? à quel caractère peut-on la reconnaître ? Dans le travail actuel, il annonce qu'il s'attachera uniquement à signaler les conditions distinctes de la diathèse, de la cachexie et de la maladie générale constitutionnelle.

Dans une maladie générale, dit-il, c'est-à-dire une maladie dans laquelle tout l'ensemble de l'organisation, solides et liquides, est regardé comme affecté, ce n'est pas la considération de la maladie de l'ensemble, ni de l'état anormal des solides, ni de telle altération du sang et des humeurs, même chimiquement constatée, ce n'est pas la considération seule de quelqu'une ou de la réunion de ces circonstances qui constitue la diathèse, pas plus que la cachexie, dans lesquelles cependant il peut y avoir aussi une altération grave du sang et des humeurs. Jusque-là cette maladie générale est simplement une maladie aiguë ou chronique. On peut la désigner de préférence par le mot de *dystrasie*, par exemple, quand c'est principalement l'altération du sang, des humeurs, qu'on y considère. Mais le nom de diathèse ne saurait encore lui convenir.

Pour que cette maladie soit ou devienne l'expression d'un état morbide diathésique, il faut qu'elle remplisse en même temps la condition caractéristique inséparable de cet état, c'est-à-dire le retour intermittent, plus ou moins régulièrement périodique, à des époques plus ou moins rapprochées, spontanément ou sous l'influence de la moindre cause accidentelle de trouble, du groupe de symptômes qui constituaient cette maladie, ou d'un ensemble de faits pathologiques équivalents dont on puisse reconnaître l'identité de nature, quoique parfois sous un aspect différent.

C'est ainsi, par exemple, que le scorbut grave, maladie générale, constitutionnelle, ne se montrant dans bien des cas que comme une maladie aiguë ou chronique, suivie de la mort, ou n'empêchant pas l'organisme, après la guérison, de revenir à l'état normal; c'est ainsi que le scorbut laisse parfois, cependant, après cette guérison, un tel état vicieux dans l'économie que l'on voit plus tard, soit ce scorbut reparaître lui-même dans l'ensemble de ses symptômes avec les conditions de l'état diathésique que je viens de signaler, soit des scènes pathologiques partielles se succéder avec un aspect semblable ou analogue au type scorbutique. C'est dans l'un ou l'autre de ces cas seulement, que la maladie scorbutique est devenue l'expression d'un état diathésique, d'une diathèse.

Une circonstance essentielle qu'il ne faut pas perdre de vue pour éviter cette confusion, c'est que la première ou les premières manifestations de la diathèse peuvent, en lésant trop gravement les tissus, laisser après elles un état morbide local, comme une augmentation ou diminution de la consistance, du volume, etc., qui persévère dans l'intervalle d'une manifestation à l'autre. Mais cette altération locale trouble peu ou ne trouble en aucune manière l'économie pendant cet intervalle, et ce n'est que sous l'influence d'une manifestation diathésique nouvelle, que le travail morbide y prend un degré d'activité, annonçant l'existence de l'affection. Cette circonstance se présente souvent dans les diathèses dartreuse, muqueuse, rhumatismale, goutteuse, etc.

La même observation doit s'appliquer à certaines diathèses, celles à productions hétéromorphes, comme les diathèses tuberculeuse, cancéreuse, etc.; la première manifestation diathésique une fois opérée devient, comme l'on sait, permanente, reste plus ou moins longtemps stationnaire, ou gagne indéfiniment en gravité jusqu'à la mort. Or, chacune de ces affections, par la continuité non interrompue d'apparition, d'existence de son signe matériel, caractéristique, par la permanence du phénomène morbide symptomatique qui lui est propre, le tubercule, la tumeur cancéreuse, etc., sans apparence de retour intermittent, semblerait au premier abord ne devoir constituer simplement qu'une maladie chronique, dépourvue du caractère que je signalais comme propre à la diathèse; mais, au contraire, ce caractère y règne au plus haut degré. En effet, indépendamment de ce que pendant l'existence dans un point du produit matériel hétéromorphe des produits semblables peuvent se développer successivement dans d'autres points de l'organisation; on voit, en général, si l'on extirpe les parties où se sont opérées les premières manifestations diathésiques, des manifestations semblables se présenter tôt ou tard ailleurs ou sur le même point et ainsi successivement après chaque extirpation.

C'est ce qui annonce de la part de l'organisme l'invincible besoin d'une voie de décharge et l'indispensable satisfaction de ce besoin, acte essentiellement vital, instinctif en quelque sorte, caractère comparable à rien, si ce n'est au fait de la vie elle-même, caractère pathognomonique, radical, qui est dans le fond, dans l'essence de la diathèse.

Il résulte de ce qui précède qu'on ne saurait confondre une maladie générale aiguë ou chronique avec une diathèse; mais c'est avec *l'état cachectique* ou avec la *cachexie* qu'on a plus généralement fait cette confusion. Cependant il y a entre ces deux états morbides généraux une importante distinction à établir. En effet, lorsque la diathèse, par un concours de circonstances que je n'ai pas à exposer ici, après avoir duré un temps ordinairement très-long sans compromettre fondamentalement l'existence, en laissant en général à l'organisme, dans l'intervalle de ses manifestations surtout, une physionomie non encore sensiblement altérée, un aspect comme normal, qui permet à peine ou ne permettrait pas du tout de soupçonner, de prévoir le retour fatal de ces manifestations; lorsque la diathèse, dis-je, tend à acquérir plus ou moins rapidement son plus haut degré de gravité, il y a une phase spéciale dans chaque cas par où cette affection passe à peu près constamment avant de déterminer la mort. Cette phase, pendant l'existence de laquelle le corps de l'homme présente une physionomie profondément altérée, se caractérise aussi, comme toute maladie générale, constitutionnelle, par une altération des solides, des liquides, de l'ensemble de l'organisation, et ici il y a une modification bien plus radicalement funeste dans l'ensemble de la vie végétative, dans la nutrition des solides, dans la crase du sang, des humeurs. Mais ce n'est pas cette seule altération, même bien plus grave en général que celle propre à la catégorie des autres maladies aiguës ou chroniques, qui constitue la différence sur laquelle j'appelle l'attention : qui dit *cachexie*, dit degré le plus avancé, le plus compromettant, ordinairement mortel, d'une affection qui elle-même est un état morbide spécial, à physionomie caractéristique, le plus souvent rebelle à tous les moyens de l'art, profondément inhérent à l'économie, presque toujours né avec elle, considérablement répandu dans la société. Or ce qu'on appelle une maladie générale, constitutionnelle, aiguë ou chronique, qu'on y constate ou non, chimiquement, microscopiquement, une altération des solides, du sang, des humeurs, est très-souvent maladie accidentelle, non précédée d'aucun état morbide spécial comparable à l'état diathésique, généralement moins capable que celui-ci, passé surtout à l'état cachectique, d'altérer aussi radicalement les forces de l'organisation, rarement héréditaire, et enfin cédant fréquemment aux ressources de l'art.

Il y a donc évidemment une distinction à faire entre ces deux états morbides : antécédents, gravité, pronostic, possibilité de guérison, tout cela diffère, et c'est précisément ce qui dans la pratique médicale sert de base aux plus importantes considérations.

On ne peut donc pas désigner indifféremment par l'un quelconque de ces deux termes deux états morbides si différents. Une confusion dans les termes entraîne une confusion dans les choses, et il convient, ce me semble, de réserver le mot *cachexie* uniquement pour exprimer la phase la plus avancée de la diathèse si l'on veut éviter de tomber dans cette confusion.

L'état cachectique étant ainsi spécifié, la physionomie de chaque cachexie doit varier en raison du genre de diathèse dont elle est le degré le plus avancé; voilà pourquoi chaque cachexie a aussi son *facies* spécial dans l'ensemble de la constitution physique, et pourquoi le regard ne saisit pas plus de ressemblance dans l'aspect général des diverses cachexies que l'analyse des chimistes ne trouve de similitude dans la composition du sang propre à chacun de ces états morbides généraux. Il est certain, d'après ce qui précède, que, si primitivement l'altération du sang, due à une influence quelconque, a pu produire la diathèse, la diathèse à son tour produit tôt ou tard l'altération du sang; et si la chimie constate dans le sang d'un diathésique, d'un cachectique, l'absence ou la diminution, ou au contraire une trop grande quantité de l'un des principes entrant dans sa composition, ce n'est pas en ajoutant au sang ou en en soustrayant par un moyen quelconque le principe qui s'y trouve en proportion trop petite ou trop grande qu'on guérira la diathèse ou la cachexie, mais en trouvant le moyen de modifier favorablement l'état organique, l'état vital des centres nerveux, dont l'action vicieuse a déterminé l'altération. C'est certainement en agissant dans ce sens seulement que les moyens employés dans ces circonstances, les eaux minérales notamment, ont pu produire une amélioration passagère, mais non une guérison radicale de la diathèse.

Ici, je dois appeler l'attention sur une circonstance essentielle qui pourrait en imposer au premier abord, relativement à cette guérison, parfois considérée comme radicale, des diathèses; c'est que les manifestations diathésiques, surtout celles qui se rattachent aux diathèses d'ensemble, changent alors souvent de siége, d'organe, de tissu, de forme même, quoique dues au même fond; et ce que l'on pourrait être tenté de regarder comme une maladie étrangère à la diathèse, n'est pas autre chose, dans ces cas, qu'un déplacement de ses manifestations. Cette circonstance est d'autant plus importante à considérer, que la forme morbide diathésique habituelle peut être remplacée, pendant un temps plus ou moins long, uniquement par l'exagération d'une fonction physiologique, dans laquelle s'épuise passagèrement l'activité vicieuse de l'affection diathésique; par exemple, une exagération inaccoutumée de la sueur générale ou partielle, de la sécrétion urinaire, de la sécrétion intestinale, etc., ou même, ce qui peut tromper encore plus facilement, elle peut être passagèrement remplacée par l'activité insolite imprimée à un acte vital d'un autre genre, fait dont on ne se préoccupe pas assez dans ce cas, ou dont on ne comprend pas bien d'abord la signification.

Ce peut être l'exagération d'une fonction qui n'aboutit pas à quelque chose d'aussi facile à saisir, à constater que la surabondance d'une humeur exhalée, sécrétée; c'est par exemple un besoin inquiet, incessant de mouvement, une irritabilité plus grande du caractère, un appétit extraordinaire avec la plénitude de nutrition et l'embonpoint même qui peut s'ensuivre, etc., chez des personnes qui se distinguaient antérieurement, au contraire, par des manières d'être opposées, sans que ce changement survenu, en soumettant ces personnes à une observation attentive, puisse être attribué à aucune autre circonstance qu'à l'influence de la médication employée, et chez lesquelles, enfin, on peut saisir facilement la filiation de ces phénomènes actuels avec les phénomènes morbides passés; et en effet, lorsque toutes ces exagérations de fonctions, qui n'étaient pas habituelles, viennent à cesser, l'on voit reparaître les premières manifestations morbides, et celles-ci surviennent alors parfois plus ou moins brusquement, au moment même où l'on paraissait jouir de l'exercice plus actif d'un réel état de santé. C'est dans les cas semblables que l'on peut pleinement apercevoir, je crois, les liens qui rattachent la physiologie à la pathologie, et concevoir comment la physionomie des faits qui se rapportent à celle-ci n'exprime souvent qu'une simple modification dont nous ne pouvons saisir la nature des lois qui sont propres à celles-là.

Tant qu'on n'aura pas de remèdes spécifiques contre les états morbides diathésiques eux-mêmes (je mets à part la syphilis), on s'en laissera souvent imposer par des changements semblables de forme morbide, et l'on croira alors à la réalité de leur radicale guérison. Les diathèses peuvent guérir, peuvent cesser d'elles-mêmes, parce qu'il en

est qui n'accompagnent pas l'homme toute sa vie, qui n'envahissent que certaines périodes de sa carrière, et c'est là encore une cause d'erreur, car l'on peut attribuer à diverses médications perturbatrices ce qui n'est que l'effet d'un mouvement spontané de l'organisation.

Comment les diathèses sont-elles nées? Quelques-unes sont-elles dans la nature de l'homme lui-même, ou ne proviendraient-elles toutes que du mauvais usage qu'il a fait, dans le principe, des choses de l'hygiène, de ses excès dans tous les genres, de la corruption de la société; des abus de la civilisation? Il semblerait que certaines diathèses pourraient avoir dû leur origine à la réunion de certaines conditions atmosphériques, terrestres, comme nous voyons cet effet se produire assez fréquemment sous nos yeux; mais ces conditions, pourrait-on objecter, n'ont commencé à devenir funestes que lorsque les hommes, soumis aux excès, aux abus que je rappelle, ont perdu, en altérant leur organisme, la force de réaction à laquelle ils devaient leur primitive immunité. Quoi qu'il en soit, comme ces excès et ces abus vont s'accroissant plutôt qu'ils ne diminuent, et ne peuvent nécessairement ainsi qu'entretenir ou faire empirer le mal, il est probable que tant que les sociétés ne reviendront pas à des voies plus naturelles, malgré tous les soins dont les environnera le progrès des connaissances humaines, les états morbides diathésiques ne diminueront pas d'intensité. Le rapprochement, qui va en marchant si rapidement, de tous les hommes, de tous les peuples, ne fera probablement que répandre plus généralement encore ce genre de maladies.

Les races d'un sang plus pur, d'une constitution plus robuste, pourront bien modifier avantageusement les races plus infirmes, en contractant avec elles une intime union; mais comme par là elles sortiront en même temps des voies où la conservation de leur pureté avait été possible, elles ne tarderont pas, après avoir produit une amélioration passagère, à subir elles-mêmes l'influence de cet état si répandu d'infirmités. La surface de la société pourra devenir de plus en plus brillante, sans doute; mais le fond en sera également, sinon de plus en plus vicié.

En persévérant dans les mêmes voies, pendant que de séduisantes statistiques feront miroiter à nos yeux une immense sphère d'améliorations et de perfectionnements, il est à craindre qu'on ne voie insensiblement s'agrandir aussi la sphère des dégradations physiques, suite si fréquente de l'hérédité de certaines diathèses, et qu'on ne voie la conscription, par exemple, faire poser annuellement dans les salles de réforme les corps de plus en plus cacochymes ou difformes des nouvelles générations. Oui, il est permis de le dire sans exagération, grâce, d'un côté, aux excès de la sensualité, à la décadence de l'énergie, de la dignité morale de l'homme qu'assaille de toutes parts l'ardeur fiévreuse des préoccupations trop exclusivement matérielles; grâce, d'un autre côté, à la sophistication, sur une grande échelle, des substances solides ou liquides qui servent à l'alimenter, et à l'atmosphère empoisonnée par tant de causes, au sein de laquelle il vit dans les grands centres de population, les organes de la vie nutritive resteront autant ou deviendront plus profondément altérés dans leurs forces radicales, conservatrices et leurs tendances à la réparation.

Il est certain que, sans un salutaire retour aux vraies lois de l'hygiène, les états morbides diathésiques ne sauraient s'amoindrir, s'améliorer, se guérir.

Dans l'ordre des moyens médicamenteux, à moins qu'on n'ait de véritables spécifiques, ce n'est pas en général à l'emploi des agents pharmaceutiques, comme j'ai cherché à l'établir dans mon *Précis sur les diathèses*, mais principalement à l'usage réitéré et convenablement appliqué des eaux minérales naturelles qu'il faut demander, je crois, cet amoindrissement, cette amélioration. Je ne reviendrai point ici sur la thérapeutique des diathèses, dont j'ai essayé d'indiquer les bases dans mon premier travail; permettez-moi seulement, sans m'accuser de vouloir m'ériger en moraliste, d'ajouter à ce que j'ai dit ailleurs une réflexion: « On ne saurait douter, en portant plus particulièrement son attention sur les causes morales pouvant contribuer à entraîner des altérations semblables, que, si les passions désordonnées des uns, dans un monde où les manières sont polies et les lumières répandues, concourent à entretenir, à perpétuer la plupart de ces maux, ce sont surtout l'ignorance et l'espèce d'abrutissement où tant d'autres végètent encore, qui tendent à donner à ces maux une extension plus considérable et accroissent la difficulté de leur guérison.» La question étant considérée sous ce point de vue, et l'état actuel des choses ne montre que trop la justesse de cette considération, il ne suffit pas d'avoir recours aux ressources de l'hygiène en général; le médecin ne saurait tout faire, et c'est de plus haut que l'influence doit venir: c'est au pouvoir, au législateur qu'il faut demander un moyen puissant d'amoindrir, sinon de tarir, les sources de ces infirmités morales, si souvent premières causes de tant maux corporels. Ce moyen consiste dans la faculté accordée également à tous, par une éducation et un enseignement convenablement adaptés, de pouvoir à chaque instant contrôler, éclairer les tendances impérieuses, les excitations de la vie matérielle, avec les nobles aspirations dues à la culture de l'âme et les indispensables lumières dues au développement de la raison.

RAPPORT

sur deux observations : l'une de kyste multiloculaire de la mâchoire inférieure, et l'autre, cas de goître opéré avec succès,

Par M. Mayor fils (de Genève).

(Rapport lu par M. Forget à la Société de chirurgie dans la séance du 15 octobre 1856.)

Vous avez confié à une commission composée de MM. Huguier, Maisonneuve et moi, l'examen de deux observations de M. Mayor fils (de Genève), dont l'une a trait à une tumeur de la moitié gauche de l'os maxillaire inférieur; l'autre, à un goître opéré par excision combinée avec la ligature: c'est de ces deux observations que j'ai aujourd'hui à vous rendre compte.

Kyste multiloculaire de l'os maxillaire inférieur. — Un homme âgé de quarante-deux ans, se fit arracher, en 1838, deux dents molaires inférieures du côté gauche; l'une d'elles s'étant cassée dans l'opération, ses racines restèrent dans l'alvéole. Neuf ans plus tard, en août 1847, une petite grosseur se développe au niveau de l'alvéole de la dent cassée, elle s'accompagne de douleurs très-vives: à plusieurs reprises, le gonflement étant devenu considérable, on y pratiqua des incisions, suivies d'un écoulement de sang très-abondant, sans qu'il en soit résulté aucun soulagement pour le malade, ni aucune diminution de la tumeur, qui fit, au contraire, de rapides progrès.

Le sieur Gardien (c'est le nom du patient) consulta alors MM. Mayor père et fils: son état, dit l'observation, était pitoyable; les douleurs incessantes qui s'irradiaient dans le cou et derrière la tête, privaient le malade de tout sommeil; il éprouvait un bruit continuel et insupportable dans les oreilles.

Le développement de la tumeur aux dépens des tables interne et externe de l'os maxillaire, était considérable aussi bien du côté de la bouche qu'extérieurement. La langue, refoulée sur l'isthme du gosier, la compression exercée par la tumeur au voisinage du larynx, s'opposaient à la mastication qui n'était plus possible, et donnaient lieu à des accès de suffocation. L'ingestion de quelques aliments liquides était le seul mode d'alimentation praticable, aussi le malade avait-il beaucoup maigri. L'exploration de la surface de la tumeur produisit sous le doigt la sensation particulière de la crépitation que Dupuytren, le premier, donna comme caractéristique du kyste osseux; quant aux tissus voisins de la maladie, qui paraît tout à fait localisée dans l'épaisseur de l'os, ils sont dans un état parfait d'intégrité; il n'existe aucun engorgement ganglionnaire circonvoisin, ni aucune ulcération sur la tumeur ou dans son voisinage.

En présence de l'historique qui précède et des caractères actuels de la maladie soumise à leur examen, MM. Mayor ne se prononcèrent pas d'une manière absolue sur le diagnostic de la lésion à laquelle ils avaient affaire.

« Sans les douleurs incessantes qu'accusait le malade, nous n'au» rions eu, disaient-ils, aucun doute sur la nature du mal; ces douleurs » ayant existé presque dès l'origine devaient nous faire craindre que » la maladie ne fût plus grave dans son essence que ne le sont d'ordi» naire les kystes des os. »

Cette remarque des auteurs est d'accord avec ce qu'enseigne l'observation de faits identiques.

— En effet, les recherches auxquelles je me suis livré sur un grand nombre de pièces d'anatomie pathologique provenant de résections et amputations de la mâchoire inférieure, m'ont appris, d'accord avec les données de l'observation clinique, que les produits enkystés dans l'os maxillaire déterminent généralement peu de douleur; tandis que le cancer, qui s'attaque au tissu osseux lui-même, s'accompagne d'une douleur presque incessante et d'une extrême acuité dès le début de la maladie.

Le siége qu'affecte celle-ci à son origine rend raison de cette différence symptomatique dans l'un et l'autre cas. Ainsi, tandis que le cancer semble prendre naissance dans le canal dentaire lui-même, les tumeurs enkystées se placent à leur début en dehors de ce conduit, qui ne subit un changement de forme et de situation qu'à une époque déjà avancée de leur évolution, et lorsque le corps de l'os a acquis un développement périphérique considérable.

Il résulte de là que, dans les premières phases de la maladie, le nerf maxillaire est protégé par sa position et est mis ainsi à l'abri de toute atteinte de nature à exalter la sensibilité.

Si donc au point de vue de la douleur, considérée comme élément de diagnostic, la tumeur dont était atteint le malade de M. Mayor semblait se rattacher à un ordre de produits morbides de nature maligne, il faut reconnaître que d'autres symptômes, tels que l'existence de la crépitation à la surface de la tumeur et l'absence de tout engorgement ganglionnaire, étaient de nature à l'en écarter.

Ainsi l'ont compris sans doute nos deux confrères de Genève, qui, en présence d'ailleurs du danger imminent résultant de la compression du larynx, se décidèrent à tenter l'opération, quoiqu'ils ne fussent pas parfaitement éclairés sur la nature de la maladie.

Cette opération consista à désarticuler la moitié gauche de la mâchoire inférieure: elle fut faite dans le courant de septembre 1848, et fut suivie d'un plein succès. A la fin de février 1849, le malade retournait guéri dans son pays.

Au résultat immédiat de l'opération, M. Mayor a ajouté des renseignements qui constatent que les suites ultérieures de celle-ci ne laissèrent rien à désirer.

En 1852, quatre ans après l'opération, la solidité de la guérison était confirmée.

Anatomie pathologique. Kyste multiloculaire. — Or ce résultat n'a rien qui puisse surprendre quand on considère la pièce anatomique que M. Mayor vous a adressée et la description qu'il en donne. Celle-ci nous apprend, en effet, qu'il s'agissait d'un de ces kystes multiloculaires dont j'ai donné une description très-détaillée dans un travail que j'ai publié en 1842 (thèse inaugurale), kyste offrant une série de loges nombreuses, tapissées par une membrane ayant toute l'apparence, dit l'auteur, de la muqueuse du sinus maxillaire, et remplies d'un liquide filant, visqueux, jaune rougeâtre. Ces loges, rapprochées l'une de l'autre et éloignées par des parois ostéo-fibreuses, constituaient presque entièrement la tumeur.

Voici la seconde observation; l'ablation de la tumeur a été pratiquée par M. Mayor fils.

Goître développé aux dépens de la moitié droite de la glande thyroïde. Ablation. — Ce goître existe sur une jeune fille âgée de dix-neuf ans.

Depuis l'âge de huit ans, le mal n'a pas cessé de croître, malgré tous les traitements mis en usage. Honteuse de sa difformité, la malade désire vivement en être débarrassée, et c'est sur ses instances réitérées que M. Mayor se décide à l'opérer.

Au moment de l'opération, la tumeur, de forme globuleuse, occupe la partie droite du cou; elle a le volume d'une tête d'enfant nouveau-né; elle pend sur la poitrine; sa base apparente s'étend de la région sous-maxillaire à la clavicule; en explorant cette base avec les doigts, on reconnaît que le pédicule réel est assez étroit, et est formé par l'isthme de la glande thyroïde. Des veines volumineuses se dessinent à la surface de la tumeur, et l'on sent sur divers points des battements d'assez grosses artères. La peau qui la recouvre est souple, détachée, mobile, et présente des éraillures semblables à celles de la peau du ventre d'une femme enceinte. Ce goître, qui n'offre aucune trace de fluctuation, qui n'est le siége d'aucune douleur, est très-incommode par son poids; il a fait prendre à la tête une position inclinée sur la poitrine. La voix est voilée, et depuis que l'on a cessé tout traitement la tumeur a fait de notables progrès.

— La première question qui se présente à la pensée du chirurgien en présence d'une semblable tumeur, et que l'auteur de l'observation n'a sans doute pas omis de se poser à lui-même, est relative à l'opportunité de l'opération. La gravité de celle-ci, ses difficultés d'exécution, les dangers multiples qu'elle fait courir au patient, et ses conséquences, que les observations inscrites dans les annales de l'art nous présentent comme ayant été si souvent funestes, sont autant de raisons de se conduire avec la plus grande prudence et de ne se déterminer à agir activement que dans le cas où la maladie, par le trouble fonctionnel qu'elle détermine, expose à un danger tout autant redoutable que peuvent l'être les chances de l'opération elle-même.

Or dans le cas dont nous nous occupons, telle n'était pas, il faut bien le reconnaître, la situation de la malade, puisque, sauf l'incommodité causée par la tumeur et l'inclinaison de la tête, entraînée par son poids, attitude vicieuse à laquelle il devait être facile de remédier, nous ne trouvons d'autre lésion fonctionnelle qu'une légère altération du timbre de la voix.

Mais si la grave opération dont nous aurons bientôt à vous rendre compte n'était pas impérieusement prescrite par la nature des accidents que la maladie déterminait actuellement; d'autre part, l'expectation, en présence de l'accroissement incessant et rapide de la tumeur, avait bien aussi ses inconvénients; par elle, on s'exposait presque à coup sûr à voir grandir les difficultés de l'acte chirurgical et se multiplier pour la malade les chances probables d'insuccès, en supposant toutefois que celui-ci ne fût pas devenu impraticable.

C'est sans doute cette considération, déduite de l'accroissement de la tumeur en rapport avec l'âge de la malade, avec la rareté du flux menstruel, et aussi avec la vascularité très-abondante et très-appréciable de la production pathologique elle-même, qui décida M. Mayor à en pratiquer l'ablation.

Assisté de son père, M. Mayor, et de plusieurs autres de ses confrères, il la pratiqua, le 17 juillet, cette opération, dont nous le laisserons lui-même donner ici la description:

« Soulevant la peau comme pour une opération de hernie, je circonscrivis au moyen de deux incisions un lambeau en forme d'ellips étendu de dessous la mâchoire à la tête de la clavicule. L'aponévrose cervicale superficielle et les muscles sterno-thyroïdiens et hyoïdiens furent ensuite incisés sur la sonde cannelée.

» Grâce à cette précaution, qui avait pour but de ne blesser dans la première incision aucun des vaisseaux rampants à la surface de la tumeur, la dissection des faces antérieure et latérale de celle-ci se fit aisément avec les doigts seulement.

» J'isolai ensuite successivement les artères et les veines thyroïdiennes supérieures et inférieures du côté droit, près de leur entrée, dans la glande hypertrophiée; je liai chacun de ces vaisseaux séparément en deux points pour opérer leur section entre deux ligatures: les artères thyroïdiennes avaient acquis le volume d'une petite plume d'oie et les veines avaient celui du petit doigt environ.

» La dissection fut ensuite continuée en arrière pour arriver sur le pédicule avec beaucoup de précaution, et en ayant soin de lier chacun des vaisseaux secondaires, dont une douzaine furent liés successivement.

On peut voir, par la description qui précède, que M. Mayor, dans cette première partie de l'opération, suivit le procédé simple de l'extirpation, celui préconisé par M. Hedénus, qui, en 1822, dit M. Velpeau, avait par devers lui six exemples de réussite.

Arrivé sur le pédicule de la tumeur, qui ne paraissait plus tenir que par l'isthme de la glande, M. Mayor modifia le procédé en le combinant avec celui de son honorable homonyme, Mayor (de Lausanne); il traversa le pédicule avec une aiguille armée de deux fils doubles, se proposant de le séparer en deux pédicules secondaires; mais une hémorrhagie assez abondante qui se produisit par la voie ouverte par l'aiguille, le força de renoncer à ce projet, et d'étreindre le pédicule tout entier par une forte ligature placée plus en arrière à ras de la trachée-artère. Cette ligature fut serrée au moyen du chapelet de Mayor (de Lausanne). La tumeur fut recouverte de linge mouillé, et soutenue par une serviette, dont les extrémités furent fixées sur le sommet de la tête; son poids par suite de son dégagement étant devenu très-incommode pendant les mouvements de déglutition.

Cette gêne de la déglutition fut très-prononcée pendant les deux premiers jours qui suivirent l'opération.

Deux fois ayant voulu s'asseoir, la malade fut prise de lipothymie; un suintement sanguin très-abondant et continu se fit à la surface de la tumeur, et ne cessa que lorsque la ligature, graduellement serrée, eut interrompu complétement le cours du sang par l'isthme de la thyroïde.

Pendant quarante-huit heures, la tumeur resta tendue, turgescente, quoique froide et bleuâtre. Déjà elle commençait à se flétrir, et vingt-quatre heures plus tard, c'est-à-dire à la fin du troisième jour après l'opération, M. Mayor put en opérer avec sécurité la section un peu au-devant de la ligature.

A partir du moment où la tumeur fut enlevée, la malade éprouva un grand soulagement: la détersion de la plaie et sa cicatrisation, nonobstant la formation de deux petits abcès sur ses bords, marchèrent avec rapidité.

Le 28 août, cinq semaines environ après l'opération, la jeune fille retourna chez elle, n'ayant plus au cou qu'une petite plaie de quelques lignes de longueur, dont la guérison ne tarda pas à s'effectuer.

En soumettant à la Société de chirurgie cette intéressante observation, qui viendra heureusement s'ajouter au nombre fort restreint de faits analogues qui ont été suivis de guérison, M. Mayor a prouvé qu'il pouvait s'attaquer avec succès aux cas les plus ardus et les plus périlleux de la chirurgie, et en vous faisant assister aux divers temps de l'opération elle-même, il a justifié, à notre avis, la hardiesse de son entreprise, par l'habileté avec laquelle il l'a conduite jusque dans ses moindres détails.

Comme complément à l'observation, je dois ajouter quelques notions relatives à l'anatomie pathologique de la tumeur, et aux suites médiates de l'opération.

Anatomie pathologique. — Bien que flétrie et ayant perdu de son poids primitif, la tumeur enlevée pesait 832 grammes ; elle avait 38 centimètres de circonférence. L'état de putréfaction dans lequel elle était ne permit pas à M. Mayor d'en faire l'examen microscopique. Mais on pouvait voir à l'œil nu qu'elle ne renfermait aucun tissu pathologique ; et qu'elle n'était qu'un développement vasculaire de la glande; il n'y avait à son intérieur aucune apparence de kystes ou de cellules. C'était un tissu comparable et analogue d'aspect à celui d'un poumon hépatisé qui ne serait pas friable.

Quant aux suites éloignées de l'opération, l'examen de la jeune malade, renouvelé de temps en temps, a démontré que le *nisus formativus* sous l'influence duquel avait eu lieu le développement anormal de la moitié droite du corps thyroïde continuait à s'exercer sur la portion restante, c'est-à-dire sur la moitié gauche de cette glande, qui a déjà atteint le volume d'un œuf de poule. Circonstance digne de remarque par l'enseignement qu'elle renferme, que d'ailleurs nous retrouvons dans l'étude de beaucoup d'autres produits anormaux, et qui prouve que derrière ou au delà de la manifestation matérielle et accessible d'un fait morbide se cache la puissance pathogénique, c'est-à-dire la raison d'être de ce fait, raison essentiellement vitale qu'on aurait tort de méconnaître par cela seul qu'elle demeure insaisissable à nos moyens d'investigation, que la thérapeutique médicale a mission de neutraliser lorsque l'œuvre du chirurgien est accomplie.

Permettez-moi maintenant de vous rappeler, Messieurs, en terminant, que les deux observations dont je vous ai entretenus ont été lues à cette tribune par notre très-regrettable collègue M. Mayor père, dont vous avez eu peu de temps après à déplorer la perte inattendue.

Membre correspondant étranger de la Société de chirurgie, il avait eu à cœur lui-même de poser devant vous la candidature de son fils, que de son vivant il avait espéré voir associé à vos travaux; cette satisfaction lui a été refusée.

Aujourd'hui, Messieurs, votre commission vous propose d'accueillir favorablement cette candidature : M. Mayor fils porte un nom qui oblige ; il l'a compris depuis longtemps; ses premiers pas dans le domaine de la science ont été marqués par d'utiles et intéressants travaux d'anatomie pathologique, et notamment par un mémoire remarquable sur les tumeurs épidermiques.

Depuis, il n'a pas cessé de se livrer avec distinction à la chirurgie, et les faits qui précèdent vous ont, en outre, permis d'apprécier son habileté opératoire.

Aussi votre commission a pensé qu'en vous associant M. Mayor fils à titre de correspondant étranger, vous augmenteriez le nombre des membres qui enrichissent vos comptes rendus d'utiles et intéressantes communications; en même temps que vous feriez revivre parmi vous un nom qui a laissé dans la science de vives sympathies et d'honorables souvenirs.

DE LA COLORATION BLEUE DE LA PEAU

déterminée par le nitrate d'argent pris à l'intérieur.

Par M. Eichmann.

Nous trouvons dans un journal allemand une note publiée sur ce sujet par M. Eichmann, dont nous extrayons les passages suivants :

« M. Eichmann a donné du nitrate d'argent cristallisé à 21 épileptiques. Dans 1 cas, ce médicament a procuré une guérison rapide et radicale; dans 3 cas, il fallut continuer longtemps la médication ; sur les 17 restants, 5 furent soulagés.

» Il donne d'abord le médicament à la dose de 1/8e de grain, trois fois par jour, en pilules; on augmente graduellement jusqu'à 1 grain, 1 grain et demi sans produire de désordres notables.

» Chez deux sujets qui en firent usage à haute dose pendant longtemps, apparut, neuf semaines après l'emploi du médicament, une couleur bleuâtre, qui devenait peu à peu noire et qui s'étendait sur une grande partie du corps ; la teinte était surtout marquée aux mains, au cou et au visage, mais elle n'en était pas moins sensible sur le reste de la peau; elle manquait à la plante des pieds, aux genoux, aux coudes, et partout où les sujets avaient des cicatrices.

» Attribuant la coloration à l'argent, M. Eichmann fit prendre pendant trois semaines des bains de potasse, et pendant cinq semaines des bains de savon; la couleur disparut à peu près chez certains sujets; chez d'autres, elle subsista encore pendant une année, et disparut peu à peu au bout de deux ans et demi.

» Ces résultats sont conformes à ce qu'on sait déjà soit de la valeur du médicament comme anti épileptique, valeur très-faible, sinon tout à fait nulle, soit de la ténacité de la coloration sous-cutanée. » (*Gaz. heb.*)

AUTOPSIE D'UN SUJET

qui avait subi trois ans auparavant la trachéotomie.

Par M. Henry Smith.

Le *Medical Times* du 9 juillet 1853 rapportait une observation de trachéotomie pratiquée sur un jeune homme de vingt-huit ans pour une imminence d'asphyxie, suite d'inflammation aiguë du larynx. Le malade guérit et put reprendre ses occupations ; mais au moindre froid, il éprouvait de la dyspnée et un sentiment d'irritation dans la poitrine. Il gardait dans l'ouverture artificielle une canule, qu'il pouvait de temps à autre tenir fermée pendant plusieurs heures. Le 9 juin dernier, il fut pris d'accès de suffocation, avec signes de congestion pulmonaire. On s'assura que la canule n'était pas bouchée. Tous les soins furent inutiles ; la mort eut lieu en quarante-huit heures. Le sujet ayant été ouvert, voici ce qui fut constaté :

L'épiglotte était libre, exempte de toute altération, mais relevée et incapable de fermer complétement l'orifice du larynx. Cet orifice était si contracté qu'il pouvait à peine admettre une petite plume de corbeau. On constata que le tissu sous-muqueux était épaissi dans tout l'intérieur du larynx, mais la muqueuse elle-même était saine ; elle était lisse, brillante, et n'offrait aucune trace de cicatrice d'ulcération.

L'ouverture artificielle était située au-dessous du cartilage cricoïde ; plus bas, et sur toute la surface interne de la trachée, existait une vive inflammation, avec quelques points d'ulcération profonde. Cette phlegmasie s'étendait jusqu'à la bifurcation, et les tuyaux bronchiques étaient très-dilatés.

Les deux poumons étaient très-congestionnés; de plus, la partie supérieure et postérieure du poumon gauche était tout à fait compacte et remplie de tubercules. Le poumon droit était moins malade ; mais son lobe moyen contenait une grosse masse de matière tuberculeuse solide.

Ces détails sont intéressants, surtout en ce qu'ils permettent d'éclairer une question de pratique qui s'était élevée entre les principaux médecins consultants de Londres, celle de savoir si le malade pourrait quitter sa canule. Les avis étaient partagés. Il paraît évident, par la description qu'on vient de lire, que la respiration ne se serait jamais faite librement sans le secours d'une ouverture artificielle. Et c'est un précepte à recommander aux praticiens, que celui de ne conseiller la suppression de la canule qu'après s'être bien assuré que l'occlusion prolongée de celle-ci n'amène aucune gêne dans la respiration. Au reste, comme on a pu le voir, le sujet était destiné à périr promptement de phthisie pulmonaire. (*Gaz. hebdomad.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 mars 1857. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

M. Flourens présente au nom de M. Milne Edwards, que sa santé tient éloigné de Paris, le premier volume des *Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux*. M. Flourens fait remarquer que cet ouvrage, qui ne rappelle pas seulement par son titre celui que Cuvier publiait il y a un demi-siècle, présentera de même, quand l'auteur l'aura complété, un tableau fidèle de l'état de la science contemporaine, et en permettant d'apprécier l'étendue des progrès accomplis dans cet espace de temps, fera mieux sentir la puissance de l'impulsion qui fut alors donnée par l'illustre naturaliste.

Influence des maladies cérébrales sur la production du diabète sucré. — M. E. Leudet adresse sur ce sujet la note suivante :

« Les recherches physiologiques de M. Cl. Bernard ont montré l'influence de la lésion d'un point limité de l'appareil central de l'innervation sur la production de la glucosurie; on a cherché à déterminer si une lésion pathologique spontanée pouvait devenir cause de cette maladie que nous nommons diabète sucré.

» Les auteurs, depuis Franck jusqu'à M. Goolden, avaient émis une opinion affirmative ; on avait vu successivement rapporter l'origine de cette affection à des maladies nerveuses, des névroses, et enfin à des lésions matérielles du système nerveux. J'ai eu l'occasion de suivre dans quatre cas la filiation des accidents depuis la lésion cérébrale jusqu'à la glucosurie. Ces faits peuvent être ainsi résumés.

» *Observation I.* — Femme de trente-deux ans, atteinte dans le cours d'une grossesse, au sixième mois de la gestation, d'une perte de la vue de l'œil gauche sans aucun phénomène paralytique dans les membres. La perte de la vue persiste et coïncide avec des maux de tête, des vomissements. Sept mois et demi après cet accident, symptômes comateux débutant brusquement et se dissipant graduellement au bout d'un jour. On constate alors une paralysie des troisième et cinquième paires crâniennes gauches avec un peu de ramollissement de la cornée du même côté; anesthésie faciale cutanée à gauche, des muqueuses nasales et de la moitié gauche de la langue. Soif vive et signes généraux du diabète; on constate la présence du sucre dans l'urine au moyen de la potasse et de la liqueur de Bareswill. Traitement par l'iodure de potassium à l'intérieur; sous l'influence de ce traitement, diminution de la paralysie de la première paire, disparition du diabète. Aggravation de la kératite; fonte de l'œil, la paralysie de la sensibilité de la face disparaît. Rechute au bout de cinq mois, nouveaux accidents comateux, sans apparition du diabète. Ces accidents s'améliorent de nouveau sous l'influence de l'iodure de potassium à l'intérieur; aucun nouveau phénomène de paralysie des nerfs crâniens ; un peu de kératite à droite, cédant rapidement à un traitement local. (Rouen, Hôtel-Dieu.)

Observation II. — Femme de cinquante-trois ans, atteinte brusquement d'une hémiplégie droite de cause cérébrale, attaques épileptiformes se répétant pendant peu de temps; retour incomplet des mouvements dans le côté droit du corps; deux ans après ces phénomènes apoplectiques, début des accidents du diabète, glucose dans l'urine; puis, au bout d'un an, albuminerie, état cachectique. (Hôpital de la Charité, service de M. Rayer, 1853.)

Observation III. — Femme de quatre-vingts ans, atteinte brusquement d'une hémiplégie à gauche; au bout de dix-huit mois, exagération de la soif; présence du sucre dans l'urine, constatée par la potasse caustique et la liqueur de Bareswill. Gangrène humide du pied droit. Mort. (Rouen.)

Observation IV. — Femme âgée de trente-neuf ans, atteinte, au sixième mois de la gestation, d'accidents de paraplégie avec convulsions. Disparition graduelle des accidents, persistance d'étourdissements; six ans après, hémorrhagies multiples, puis accidents dyspeptiques et enfin diabète sucré. Variole intercurrente. Mort. (Hôpital de la Charité, service de M. Rayer, 1852.)

Ces observations démontrent plusieurs faits intéressants : dans toutes, il y a une continuité manifeste entre la manifestation des accidents du système nerveux et ceux de la glycosurie ; on peut donc avec vraisemblance chercher à établir un rapport de cause à effet entre ces deux ordres de phénomènes. L'examen des cadavres des malades qui ont succombé n'ayant pu être fait, la nature de la lésion cérébrale est demeurée inconnue, mais l'existence de paralysies des nerfs crâniens prenant leur origine dans le voisinage du bulbe et de la protubérance permet de croire à une lésion matérielle occupant une place voisine de ces renflements nerveux. Le début, la marche de la glucosurie développée consécutivement à ces lésions du système nerveux ne présente rien de particulier. Une seule fois (observation I), la glucosurie fut momentanée, et coïncida avec une exacerbation passagère des accidents cérébraux. Cette dernière observation indique également la disparition possible et définitive de la glucosurie.

Les observations de MM. Goolden, Skolasky, etc., rapprochées des précédentes, établissent que, dans un certain nombre de cas au moins, la glucosurie est précédée et occasionnée par une altération matérielle de l'appareil central de l'innervation. Je ne prétends pas, bien entendu, rapporter toujours le diabète à cette seule cause, mais je pense qu'elle doit entrer en ligne de compte dans l'étiologie du diabète sucré.

De l'amylène comme agent anesthésique. — M. Giraldès expose dans une note les résultats qu'il a obtenus à l'hôpital des Enfants. Trouvés par l'emploi de l'amylène comme agent anesthésique.

Après les essais tentés, dans un des hôpitaux de Londres, par M. John Snow, sous le contrôle des chirurgiens de l'établissement, dit l'auteur, je me suis trouvé suffisamment autorisé pour essayer ce nouvel agent dans les cas où il était nécessaire de produire l'anesthésie. Depuis le 24 janvier, je m'en suis servi en place de chloroforme, chez vingt-cinq enfants de divers âges ; et de ce que j'ai observé, je crois pouvoir déduire les conséquences suivantes :

1° L'amylène est respiré plus facilement, avec plus de tranquillité, moins d'effort que le chloroforme ;

2° L'anesthésie s'obtient très-rapidement ;

3° Le sommeil anesthésique est plus calme, plus naturel, sans stertor ;

4° Les malades anesthésiés reviennent vite à l'état normal ;

5° L'inhalation amylénique ne provoque pas de nausées, de vomissements ou de congestions vers la tête;

6° Les malades ne souffrent pas ; après l'anesthésie, ils reprennent leur gaieté. Si l'expérience ultérieure ne vient pas contredire ce qui a déjà été observé, l'amylène pourra remplacer avec beaucoup d'avantage le chloroforme.

Emploi thérapeutique du gaz oxyde de carbone. — M. Coze fait sur ce sujet la communication suivante :

Cinq observations recueillies dans la clinique interne supplémentaire dont je suis chargé montrent les effets anesthésiques locaux obtenus par l'application de ce gaz.

1° Une femme atteinte d'un cancer utérin avancé et accompagné de douleurs pelviennes intolérables. — Douches vaginales. — Cinq litres de gaz pur. — Cessation des douleurs. — Même application avec le même succès, une vingtaine de fois pendant un mois.

2° Femme atteinte de coxalgie droite. — Douleurs très-vives du genou. — Application locale du gaz au moyen d'un manchon garni d'un tube servant à donner issue à l'air et à introduire le médicament. — Disparition de la douleur après une application de six heures.

3° Une fille atteinte de rhumatisme articulaire. — On poursuit la douleur au genou droit, quelques jours après au coude gauche. — Guérison rapide.

4° et 5° Chez deux femmes hystériques, amélioration très-rapide à la suite de douches vaginales de gaz oxyde de carbone.

— M. Loiseau présente une note sur le procédé qu'il emploie pour introduire dans les voies aériennes des instruments destinés soit à les cautériser, soit à en extraire les corps étrangers ou les fausses membranes dans les cas de croup. L'auteur a eu depuis trois jours l'occasion de faire pour un de ces derniers cas l'application de son procédé sur un enfant qui est encore en traitement. (Commissaires : MM. Velpeau, Cloquet et Jobert (de Lamballe).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le ministre de l'intérieur, accompagné de MM. Gilbert et Diet, architectes de la préfecture de police, a visité la semaine dernière la maison impériale de Charenton.

Il s'agissait, si nous sommes bien informés, de constater l'état de ce vaste établissement, devenu trop étroit pour le nombre des malades dont l'admission est réclamée soit par l'administration, soit par les familles, et de décider s'il n'y aurait pas lieu de le compléter par la construction de nouveaux bâtiments affectés aux femmes.

— La prochaine séance de la Société médicale du Panthéon aura lieu le mercredi 11 mars à huit heures très-précises du soir, à la mairie du 12e arrondissement, place du Panthéon.

L'ordre du jour est ainsi composé : 1° Du progrès dans la méthode en botanique, par M. F. Plée ; 2° Nouveau serre-nœud, et ses applications, par M. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital de la Pitié; 3° Réflexions sur les procédés de lithotritie et de lithotripsie, par M. Caudmont. — Les membres des autres Sociétés médicales sont invités aux séances, qui ont lieu le deuxième mercredi de chaque mois. Les personnes qui désirent faire des communications à la Société sont priées d'en informer le secrétaire général, M. Auzias-Turenne, avant le 1er du mois.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 30. — JEUDI 12 MARS 1857. (30e ANNÉE.) N° 30. — JEUDI 12 MARS 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 11 MARS 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

Dans notre conviction, la discussion sur la méthode sous-cutanée est close; nous ne voyons pas en quoi d'autres discours pourraient y introduire quelque chose de nouveau et jeter de plus vives lumières sur la question. Chacun est à même maintenant, avec les pièces sous les yeux, de s'édifier sur la valeur de cette méthode, sur le caractère de la discussion dont elle vient d'être l'objet, sur la portée et la valeur réelle des objections faites aux prétentions de M. Guérin, et enfin sur la légitimité de ces prétentions elles-mêmes. Ce serait donc le moment, ainsi que nous en avions manifesté l'intention, de résumer ce débat et de chercher à dégager la conclusion scientifique et la moralité qui en ressortent. Mais nous avouerons sans détour, comme sans regret, qu'après la réplique de M. Guérin, notre intervention serait à peu près inutile. Nous nous bornerons donc pour le moment à quelques mots sur l'impression de cette séance.

Tout le monde a remarqué, et les journaux ont été à peu près unanimes pour louer la modération avec laquelle M. Guérin avait répondu dans une précédente séance à des aggressions qui ne laissaient pas, malgré la bénignité apparente de la forme, que d'être de nature à provoquer quelque mouvement d'humeur. Il a répondu aujourd'hui à l'une des plus violentes philippiques qui aient jamais retenti dans l'enceinte de l'Académie, avec une retenue et une noblesse de sentiment et d'expressions qui lui font le plus grand honneur et qui témoignent de sa part d'un profond respect pour la science dont l'intérêt prime ici toute autre considération, et pour la dignité de l'Académie qu'on n'a pas toujours habituée à de tels hommages. Nous sommes heureux d'être des premiers à en féliciter M. Guérin, bien certain de n'être en cela que l'écho fidèle de l'opinion générale de l'assemblée.

Voilà pour la forme ; un mot sur le fond.

Mis en demeure de se défendre sur un terrain qu'il n'avait pas choisi lui-même et de soutenir un débat qu'il n'avait point provoqué, M. Guérin a saisi avec empressement cette occasion favorable de dissiper des doutes et des obscurités que son premier exposé avait pu laisser subsister peut-être dans beaucoup d'esprits. Il suffisait pour cela de dégager nettement le principe, l'idée, ou pour parler un langage mieux compris de tous, le fait physiologique sur lequel repose la méthode, des formules un peu abstraites et des ambages oratoires qui avaient pu l'obscurcir dans cet exposé; de montrer en quoi ce fait était nouveau à l'époque où M. Guérin en a fait l'objet de ses recherches; de faire voir que c'est de l'application de ce fait à tous les tissus de l'économie, que résulte la généralisation physiologique du principe et de l'application de ce principe à toutes les opérations susceptibles d'être pratiquées sous la peau, que résulte la généralisation de la méthode; enfin, que les procédés divers qui avaient été mis en usage avant lui pour pratiquer des opérations sous-cutanées, n'avaient ni le caractère de généralité, ni la signification théorique, ni la portée pratique qu'ils ont acquis depuis.

Nous ne croyons pas nous abuser en disant que cette démonstration ne doit laisser que peu à désirer maintenant pour les esprits même les plus difficiles. Nous n'essayerons pas de suivre M. Guérin dans cette argumentation à la fois calme et vigoureuse, où il détruit pièce à pièce les objections de ses contradicteurs. Cependant nous ne pouvons nous refuser à signaler ici un point de son argumentation qui a paru faire sur l'auditoire l'impression la plus vive et la plus gaie à la fois (ce passage se trouve justement dans la partie du discours que nous sommes obligé de renvoyer au prochain numéro).

Comment! M. Guérin n'a rien fait, n'a rien inventé, rien créé, et n'a aucun droit à faire valoir à l'invention de la méthode sous-cutanée; bien mieux, il n'y a pas là d'invention, les procédés sous-cutanés sont du domaine commun, cela s'est toujours fait, tout le monde aurait un droit égal à en revendiquer la priorité! Et dans le *Manuel de médecine opératoire,* publié en 1837 par M. Malgaigne, manuel classique s'il en fut et qui fait loi sur la matière, il n'est pas dit un mot ni de méthode, ni de procédés, ni d'opérations sous-cutanées! Pas davantage dans le *Traité de médecine opératoire* de M. Velpeau, publié en 1839, c'est-à dire l'année même où M. Guérin a lu son premier mémoire à l'Académie des sciences sur ce sujet, et d'où datent en réalité l'origine et la promulgation de la méthode.

Mais ce n'est pas seulement le silence de l'auteur du *Manuel de médecine opératoire* de 1837 à l'égard de la méthode sous-cutanée que M. Guérin a opposé à son contradicteur d'hier, c'est le langage du journaliste, du rédacteur en chef du *Journal de chirurgie* en 1843, qu'il était bien plus piquant encore de mettre en regard du langage de l'académicien. Veut-on savoir comment M. Malgaigne jugeait à cette époque la méthode sous-cutanée et celui qu'il appelait alors son inventeur? on comprendra que M. Guérin n'ait pu résister au malin plaisir de le rappeler.

Il s'agissait aussi alors comme aujourd'hui de la même question, ou à peu près; c'était la ténotomie qui était en cause : la discussion avait lieu entre M. Guérin et M. Bouvier. Voici en quels termes s'exprimait le *Journal de chirurgie* appréciant ce débat :

« Lorsque M. Guérin, génie ardent, aventureux, mais d'une incontestable puissance, eut mis le pied pour la première fois sur le terrain orthopédique, il le trouva bien maigre, bien obstrué de ronces et de broussailles; sans balancer, il se mit hardiment à l'œuvre, défrichant, cultivant, agrandissant son nouveau domaine, qu'il eut bientôt peuplé de grandes et belles théories, d'où il faisait découler toutes sortes d'applications..... »

Et dans un autre passage d'une lettre écrite un peu plus tard à l'Académie de médecine, sur l'innocuité du contact de l'air dans les incisions sous-cutanées, M. Malgaigne disait ce qui suit :

« L'innocuité à peu près constante des plaies sous-cutanées est un fait désormais acquis à la science, et qui n'a pas été sans influence sur les progrès récents de la médecine opératoire. A M. J. Guérin revient surtout l'honneur de s'être emparé de ce fait, de l'avoir érigé en principe, d'en avoir généralisé les applications, et enfin d'avoir essayé d'en donner la théorie. »

Que signifient deux langages aussi opposés? et de ces deux opinions émises à quinze ans de distance par le même homme, quelle est l'opinion vraie, celle qu'il faut prendre au sérieux? Nous n'avons ni le droit ni le pouvoir de scruter les consciences. Nous laissons chacun interpréter comme il l'entendra de pareilles contradictions. Mais tout ce que nous pouvons dire, c'est qu'un orateur qui se livrerait souvent à de pareils jeux, quel que fût d'ailleurs le prestige de son talent et de son éloquence, ne tarderait pas à compromettre singulièrement l'autorité que pourraient avoir encore ses paroles.

On a fait beaucoup de bruit de l'effet du dernier discours, que nous avions cru devoir nous abstenir de qualifier. On a dit qu'il était « atterrant » pour M. Guérin; on a comparé la parole de l'orateur à un couperet, à un poignard, à un scalpel; que sais-je encore? et on a représenté M. Guérin comme une victime dont on fouillait les entrailles sans pitié... Si nous en jugeons par la contenance et par le calme qu'il a montrés hier, il n'a pas dû se sentir très-profondément blessé, et il se pourrait bien, comme il l'a dit avec une certaine fierté à la fin de son argumentation, que ses blessures devinssent après le débat de nobles cicatrices. Pour nous, nous croyons que si quelqu'un doit sortir amoindri de cette discussion, ce n'est pas M. Guérin, qui aura au moins le mérite d'avoir élevé et maintenu à la hauteur d'une des plus belles questions de science, un débat qui n'eût certainement pas manqué de l'abaisser et d'abaisser l'Académie elle-même avec lui, s'il eût cru devoir répondre aux insinuations blessantes cachées sous les dehors d'une critique scientifique sérieuse. — Dr Brochin.

LETTRE SUR LE CHOLÉRA
DANS LA MEURTHE.

A monsieur le docteur E. DUCHÉ, *membre de la Société des sciences de l'Yonne.*

Mon honoré confrère,

Membre laborieux de l'active Société des sciences de l'Yonne, vous avez pensé soulever un coin du voile mystérieux qui nous dérobe l'étiologie du choléra en étudiant les rapports du fléau avec les couches du sol; vous avez cru trouver dans les faits soumis à votre observation des traces manifestes d'immunité due à la qualité des terrains imperméables et marécageux, qu'ils soient à base granitique ou argileuse; mais le résultat de vos recherches ayant été accueilli par cette réponse toute négative et plus banale que vraie : « *Le choléra, parti » des marais du Gange, suit le bord des fleuves et des rivières,* » vous hésitez dans la voie que vous vous étiez tracée, et vous me demandez aujourd'hui mon sentiment sur la valeur de votre opinion, qui semble avoir plus d'un point de contact avec ce que je publiai en 1849 dans l'*Union médicale* sous ce titre : *Des aberrations du choléra.*

Je vous dirai ma pensée sur les épidémies que j'ai été appelé à combattre; mais avant tout posons une question préjudicielle.

« Dans les temps antérieurs au règne de Louis XIV, chaque siècle voit une ou deux grandes épidémies ravager l'Europe et moissonner les populations. » (Lepileur; *Patria,* 1re partie, col. 1429.) Au dix-neuvième siècle, sans compter le typhus de 1813 et la grippe de 1837, le choléra est déjà venu trois fois en moins de vingt-cinq ans épouvanter le monde et décimer les habitants du vieux et du nouveau continent. Est-ce d'aventure que les invasions précipitées du mystérieux fléau — venu de l'Inde si l'on veut — indiqueraient, suivant la loi formulée par Malthus, « *une population en excès relativement aux moyens d'existence qu'elle possède,* » ou bien, suivant les calculs de M. Carnot, la *désastreuse conservation, sous la pression de l'influence vaccinale, des bouches inutiles au détriment des bras productifs?* Et faut-il courber la tête devant l'impuissance avérée de la civilisation moderne contre les causes des grandes épidémies, élaborées dans des régions inaccessibles à la raison humaine?....

Quelque recherche que vous fassiez, ne vous attendez pas à rien trouver sur ce point pourtant bien digne de vos méditations : silence absolu de la part des épidémiographes. Ceux-ci, doués de plus d'impatience que de résignation, n'ont pu supporter de lacune à l'endroit de l'article étiologie qu'ils ont tracé du choléra asiatique; ils se sont mis à scruter les indigestes catalogues dressés pour toutes les maladies populaires sans distinction, et, se copiant les uns les autres, ils n'en ont rien exhumé qui pût supporter un examen approfondi. Ceux-ci, traçant approximativement sur l'écorce du globe une ligne parallèle à l'itinéraire deux fois parcouru par le fléau en 1832 et en 1849, n'ont prétendu devoir mettre à contribution que la géologie, sans se douter des démentis auxquels ils s'exposaient de la part d'une nouvelle et prochaine et interminable invasion de l'épidémie; ceux-là, ne tenant compte que des dates à peu près les mêmes pour l'arrivée de ce terrible visiteur en 1832 et en 1849, se sont contentés d'admettre comme cause certaines influences atmosphériques, électriques plus ou moins bien déterminées : nouvelles déceptions en 1854!... D'autres, enfin, s'en sont pris à toutes les données hygiéniques, constitutionnelles, morales et spécifiques, sans plus de vérité ou de succès.

Sans nous préoccuper des animalcules vénéneux de M. Mojon, ou des cryptogames intestinaux de M. Mialhe, voyons d'abord ce qu'il faut penser de la constitution et de la disposition du sol dans leur rapport de causalité avec le fléau indien.

Le département de la Meurthe ne renferme que des terrains stratifiés, de formation secondaire, à l'exception de quelques alluvions diluviennes et modernes. Ces terrains sont échelonnés dans l'ordre suivant, de l'est à l'ouest :

1° Argilophyre, grès rouge;
2° Grès des Vosges;
3° Grès bigarré;
4° Terrain du trias :

Muschelkalk. . { Inférieur; groupe marneux. / Supérieur; groupe calcaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. L. ORFILA, professeur-agrégé.

Absorption des poisons (1).

Les expériences physiologiques ne permettent guère de douter que l'absorption n'ait lieu. Cependant Magendie lui-même, qui avait fourni ses arguments les plus forts, demandait encore des preuves meilleures. Voici quelques lignes prises dans un de ses Mémoires : « Ce qui a toujours laissé de l'obscurité dans les expériences sur l'absorption, c'est la difficulté de démontrer d'une manière rigoureuse le passage et la présence des substances absorbées soit dans les vaisseaux lymphatiques, soit dans les vaisseaux sanguins. » Aujourd'hui nous n'avons plus à regretter cette lacune, elle a été comblée successivement par différents expérimentateurs. D'abord Tiedemann et Gmelin, après avoir fait avaler à des chiens de l'acétate de plomb, ont reconnu ce sel dans le sang de la veine splénique et des veines mésaraïques de ces animaux. Les mêmes auteurs ont vu que le sang tiré de la veine-porte et de la veine splénique des chevaux, à qui on avait fait prendre du cyanure de mercure ou du chlorure de baryum, renfermait également ces substances. Plus tard Wœhler a trouvé dans l'urine des chevaux et des chiens de l'iode, du foie de soufre, de l'azotate de potasse, du sulfocyanure de potassium, de l'acide oxalique, de l'acide tartrique et de l'acide urique, qu'il leur avait administrés. Enfin, Orfila, à partir de 1839, a montré que les acides arsénieux et arsénique, les arsénites, les arséniates solubles, le tartre stibié, les sels de cuivre peuvent être retrouvés dans tous les tissus, alors qu'ils ont été introduits dans l'estomac ou appliqués à l'extérieur. Par la suite il a fourni la même démonstation pour l'iode, les acides sulfurique, azotique, chlorhydrique, la potasse, le baryte, l'ammoniaque, le foie de soufre, l'azotate de potasse, le sel ammoniac, l'eau de Javelle, les sels de plomb, de mercure, d'or, d'argent, la nicotine et la conicine. Vers 1839 ou 1840, Kramer décelait dans le sang, dans l'urine, dans la sueur et dans la salive de l'homme et des animaux, l'iodure de potassium et les sels à base alcaline après l'injection de ces substances dans l'estomac; puis le sulfure de mercure, le kermès d'émétique, le chlorure d'argent, le phosphate de plomb, le fer métallique, le carbonate, le sulfate de fer et les combinaisons de cuivre. Il retrouvait aussi dans le sang et dans l'urine l'iode respiré à l'état de vapeur.

M. Chatin a trouvé de l'arsenic en grande quantité dans la sérosité d'un vésicatoire, chez une femme qui avait avalé de l'acide arsénieux dans le dessein de s'empoisonner, et depuis 1842, la présence de ces substances dans les différents tissus a été constatée par tous les expérimentateurs qui se sont occupés de la question.

Je ne peux pas croire que vous doutiez encore de l'absorption, et cependant je ne vous tiens pas quittes. Afin de prévenir même une hésitation de votre part, je m'appliquerai à réfuter les objections qui ont le plus de chances, si vous n'étiez prévenu, d'ébranler un jour ou l'autre vos convictions.

Objections. — A. Il est impossible, vous dira-t-on, de ne pas admettre que les poisons retrouvés dans le sang, dans tous les organes et dans différents produits de sécrétion, sont absorbés; mais pourquoi considérer comme démontrée l'absorption des poisons que l'analyse chimique n'a pas encore pu saisir ainsi disséminés. La réponse n'est pas difficile : Sans contredit on ne peut pas affirmer, mais tout porte à croire que l'absorption a également lieu. En effet, le nombre des poisons dont l'absorption a été démontrée suffit pour autoriser une conclusion générale fondée sur l'analogie : conclusion du reste singulièrement corroborée par les observations recueillies surtout au sujet des poisons qui ont échappé jusqu'à présent aux recherches chimiques.

Ainsi les expériences physiologiques dont je vous ai déjà entretenus, et qui sont si concluantes en faveur de l'absorption, ces expériences, dis-je, ont été faites précisément avec des substances que l'analyse chimique ne peut pas déceler dans les organes.

D'ailleurs, des considérations d'une grande valeur, applicables à un bon nombre de ces poisons que les chimistes ne peuvent pas encore saisir, peuvent lever tous les scrupules.

Croyez-vous, par exemple, qu'on ne soit pas autorisé à admettre l'absorption d'un poison qui exerce une action locale très-légère et une action à distance très-grave et très-prompte, surtout lorsque cette dernière action est accusée par des lésions importantes ? Croyez-vous qu'on doive douter, lorsque l'action locale quoique profonde, est dans une disproportion évidente avec la gravité des symptômes généraux et avec la rapidité de la mort? N'est-on pas aussi fortement autorisé à admettre l'absorption lorsque l'action du poison est la même, quelque soit le point sur lequel il a été appliqué ?

Avec ces données, nous pouvons attendre patiemment les résultats de la chimie : si tous les poisons n'ont pas été encore retrouvés dans les divers tissus de l'organisme, c'est que la masse de matière organique avec laquelle ils se trouvent ou mélangés ou combinés rend les recherches très-difficiles; mais cette difficulté s'aplanit chaque jour. Ainsi, avant 1852, on n'aurait pas pu affirmer que la nicotine et la conicine sont absorbées. D'ailleurs les poisons ne restent pas indéfiniment dans les organes; il faut les y chercher en temps opportun. M. Lassaigne a publié des expériences qui éclairent ce point de la question. En opérant soit sur des chiens, soit sur des chevaux, il ne pouvait retrouver dans le sang provenant d'une saignée faite à une veine crurale ou à une veine jugulaire l'acétate de morphine injecté dans la veine correspondante du côté opposé, lorsque la saignée était pratiquée cinq quarts d'heure après l'injection; tandis qu'il lui était facile de constater l'existence de la substance injectée lorsque la saignée était faite dix minutes après l'injection. On peut donc attribuer ou à l'imperfection des méthodes analytiques ou à l'inopportunité des recherches que tous les poisons n'aient pas été retrouvés, et on peut sans crainte prédire que l'avenir comblera ces lacunes.

B. On a encore tiré une objection contre l'absorption de la rapidité d'action de certaines substances. Placez, dit-on, de l'acide cyanhydrique concentré sur la conjonctive d'un animal, et la mort est instantanée, l'animal tombe comme foudroyé, et il est difficile d'admettre que la substance ait pu en si peu de temps pénétrer dans le système sanguin et être portée jusqu'aux organes importants. C'est tout simplement que la mort n'est pas aussi rapide qu'on le dit.

Nous allons faire l'expérience sous vos yeux avec l'acide cyanhydrique anhydre, aussi bien préparé que possible, et nous agirons sur un animal bien faible, un lapin. Eh bien, comme dans bien d'autres expériences dont j'ai été témoin, la mort n'est survenue que quarante secondes environ après l'application. Or Hering, d'un côté, et Blake, de l'autre, ont prouvé que douze à quinze secondes suffisent pour qu'une substance soit absorbée par les capillaires et se répande dans tout le corps.

C. On a encore dit que les acides agissent moins rapidement quand ils sont dilués.... Il y a une limite en tout. Quand un acide est trop étendu, la chose peut être vraie; mais, quand la dilution ne leur enlève pas la faculté d'agir, l'action est au contraire plus rapide. Christison et Coindet ont parfaitement observé que l'acide oxalique agit moins promptement quand il est concentré que quand il est étendu sans une certaine mesure.

D'autres objections ont été formulées; à coup sûr vous en trouverez vous-mêmes la réfutation. Je n'y insisterai donc pas. Mais, afin de dégager de tant détails les points principaux, le but de l'étude que nous venons de faire, je vous demande la permission de résumer en quelques mots tout ce qui précède.

L'essence du mode d'action du poison est encore un mystère. Nous ne connaissons jusqu'à présent que quelques particularités du mécanisme suivant lequel les substances toxiques déterminent leurs effets; nous pouvons, par exemple, nous rendre compte de la propagation de leur action à partir du point d'application jusqu'à des organes éloignés. Sans contester que les nerfs ne transmettent dans certains cas cette action, et que les organes ne ressentent alors un effet *sympathique*, nous devons admettre comme un fait établi, que les poisons sont transportés en nature par le sang dans tous les points du corps, et produisent par leur contact les troubles les plus variés de quelques-unes ou de l'ensemble des fonctions de l'organisme.

Modifications de l'absorption. — Sous ce titre, je me propose de vous indiquer quelles sont les circonstances qui peuvent empêcher, retarder ou activer l'absorption.

A. *Système vasculaire, état du sang.* — Magendie a observé l'influence de ces conditions sur l'absorption. En injectant de l'eau dans les veines, il a retardé singulièrement l'absorption de quelques poisons, tandis qu'il a vu que les poisons sont absorbés bien plus rapidement à la suite d'une saignée. Des observations nombreuses ont confirmé depuis ces résultats. L'abstinence prolongée agit comme les déplétions directes du système sanguin; l'état de digestion comme la pléthore artificielle. L'arrêt du cours du sang n'empêche pas l'absorption, mais il met obstacle au transport de la matière: c'est tout naturel.

B. *État de la substance toxique.* — Les poisons peuvent être solides, liquides ou gazeux. L'état gazeux et l'état liquide favorisent singulièrement l'absorption; et, soit dit en passant, il faut considérer comme substances liquides non-seulement celles qui, comme l'eau, sont réellement liquides dans les conditions ordinaires, mais encore celles qui sont en dissolution : dans le cas actuel, vous considérerez une dissolution de sublimé corrosif, par exemple, comme du sublimé liquide. Il y a cependant des substances liquides qui, comme je vous le montrerai plus loin, ne sont pas toujours absorbées, et nous ne pouvons nous rendre compte de ces symptômes. Le venin de la vipère, le curare à l'état liquide, qui après inoculation causent promptement des accidents si graves, peuvent sans danger être introduits à forte dose dans l'estomac d'un animal vivant.

Les poisons solides, pourvu qu'ils soient solubles, pénètrent aussi dans l'économie animale par absorption, mais plus lentement que quand ils sont présentés à l'état de dissolution; et il faut que les liquides de l'économie les humectent et les dissolvent. Quant aux poisons insolubles, ils ne sont pas absorbés. Vous savez d'ailleurs que l'on ne doit ranger dans la catégorie des poisons insolubles que les substances toxiques qui ne sont solubles ni dans l'eau ni dans les liquides de l'économie. N'allez pas croire que les substances insolubles peuvent être absorbées, parce que vous trouverlez du plomb absorbé après l'ingestion du sulfate de plomb, ou parce que vous apprendriez que ce composé a déterminé la mort des animaux qui en avaient avalé une certaine quantité. Vous savez que les liquides de l'estomac renferment un acide et du chlorure de sodium. Eh bien, il n'en faut pas plus pour dissoudre du plomb enlevé au sulfate.

Voilà du sulfate de plomb bien lavé; les eaux de lavage n'entraînent plus trace de plomb, puisque l'acide sulfhydrique ne détermine pas dans ce liquide la moindre coloration. Nous en avons mis une portion hier en digestion avec une dissolution étendue de sel marin acidulé de quelques gouttes d'acide chlorhydrique, nous jetons le mélange sur un filtre, et vous voyez que la liqueur qui passe se colore en noir foncé par l'acide sulfhydrique; preuve qu'elle renferme une bonne proportion de plomb. Comme vous le voyez, la présence du plomb dans les organes après l'ingestion du sulfate de plomb, l'action délétère du sulfate de plomb ne peuvent pas étonner; elles rentrent dans la règle générale. Orfila d'ailleurs a démontré que le borate, le tartrate, l'oxalate et le phosphate de plomb sont dans le même cas que le sulfate; il en est de même aussi de l'arsenic et de l'arséniate de cuivre, et du calomel. Inutile, je suppose, de vous dire que l'absorption et l'action de ces substances sont très-lentes.

Les corps vraiment insolubles, aussi bien dans les fluides des voies digestives que dans l'eau, comme le charbon, par exemple, ne sont pas absorbés. Quand le charbon a été porté dans le sang ou

(1) Suite. — Voir les nos des 23 décembre 1856; 8, 29 janvier et 3 mars 1857.

Marnes irisées.	Gypse et dolomie inférieure. Gypse et dolomie moyenne, sel gemme. Gypse et dolomies supérieures.

5° Grès infraliasique.
6° Calcaire à griphée arquée.
7° Terrain jurassique :

Oolite inférieure et marne supraliasiques.	Marnes supraliasiques. Oolite inférieure. Grande oolite.
Oolite moyenne. . .	Marnes oxfordiennes. Calcaire corallien à astarles.

8° Alluvion des plateaux et des vallées (diluvium alpin et Laess).
9° Tourbe et tuf. (Voir la belle carte géologique du département, dressée par M. Levallois.)

C'est le 4 mai 1832 que le choléra épidémique, *en dépit de la direction des vents*, pénètre pour la première fois, *par la frontière de l'ouest*, dans le département; coupant, bien plus *selon une ligne perpendiculaire que parallèle, le cours des grandes rivières* qui coulent du sud au nord, il se borne à ravager çà et là, sur les rives de la haute Moselle et sur la rive gauche de la Meurthe jusqu'à Nancy, quelques-uns des plateaux dont les horizons géologiques appartiennent surtout aux terrains jurassiques et aux alluvions modernes.

En 1849, le 29 mai, reprenant sa marche vers l'est, à travers le département, il s'étend des dépôts jurassiques et des alluvions modernes aux couches de calcaires à gryphées et de grès *infrà* et *suprà* liasiques qui forment, avec quelques taches jurassiques, les points culminants de l'arrondissement de Château-Salins, et au sud-est il atteint simultanément une partie de l'arrondissement de Sarrebourg, où se relèvent les grès coquilliers, le grès bigarré et le grès vosgien.

Nouveaux progrès vers l'est, en 1853 et 1854; envahissement d'autres terrains jusqu'alors respectés. Il néglige les plateaux liasiques de l'arrondissement de Château-Salins, si maltraités dans sa précédente course, et s'enfonce dans la vallée keupérienne et marécageuse de la haute Seille, épargnée jusqu'alors, tout en dédaignant de frapper, sur les bords de la fangeuse rivière, la place de Marsal, qu'un briquetage fameux tient suspendue au-dessus d'un marais sans fond.

En présence de ces envahissements successifs d'horizons géologiques divers, il est impossible de concéder aux causes telluriques l'importance que beaucoup leur accordent et qu'elles ne sauraient avoir; mais l'invasion tardive de nos contrées paludéennes doit nécessairement attirer l'attention des observateurs sur l'influence des effluves marécageux touchant la marche et le mode d'action du fléau.

Au point de vue de notre expérience personnelle, nos marais auraient préservé le canton de Dieuze et les abords de l'étang de l'Indre basse des atteintes de l'épidémie de 1832, en nous conservant nos fièvres intermittentes endémiques; ils en auraient retardé la marche en 1849, en multipliant ces mêmes fièvres, après une inondation arrivée précisément le 9 mai; enfin, ils en ont certainement modifié la nature en 1854, bien qu'ils n'aient pas, comme de coutume, donné lieu à la production périodique de nos pyrexies connues.

Il y aurait sur cette sorte d'immunité, un peu en opposition avec certaines données de l'hygiène, et que vous avez observée dans l'Yonne aussi bien que moi dans la Meurthe, beaucoup de choses à dire aux amateurs d'*indoloisie*; mais, faisant peu de cas des explications et des théories, je considère les faits bien observés comme seuls dignes de fixer l'attention des hommes.

Dans une prochaine lettre, je poursuivrai, si vous le voulez bien, l'examen des causes dont on s'est plu à joncher l'itinéraire du choléra à travers l'Europe.

Agréez, etc.

E.-A. ANCELON,
Médecin de l'hôpital de Dieuze.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Méténier, né à Bannegon (Cher); *Des fièvres intermittentes.*

Tixier, né à Ambert (Puy-de-Dôme); *Essai sur les causes des hydropisies.*

Bergeret, né à Saint-Léger-sur-l'Heune (Saône-et-Loire); *De quelques considérations sur l'inflammation en général, et de quelques faits physiologiques qui s'y rapportent.*

Richard Maisonneuve; *Etude sur la paralysie consécutive au mal vertébral.*

dans le foie, c'est parce que les grains présentent des angles et des bords qui leur frayent mécaniquement un passage à travers les tissus. Le noir de fumée, qui ne présente pas d'angles tranchants, n'a pas été retrouvé hors du tube digestif.

C. *Tissu avec lequel le poison est mis en contact.* — Tous les tissus n'absorbent pas avec la même rapidité. Le temps qui s'écoule entre le moment de l'application d'un poison et l'apparition des premiers phénomènes d'empoisonnement est un indice de cette différence. En comparant ainsi différents toxiques, on est arrivé à établir une liste par ordre de rapidité d'absorption des différents tissus ou des différents points de l'économie animale qui peuvent servir de porte d'entrée aux poisons. Cette liste n'est pas rigoureuse; elle donne seulement une idée approximative. Au premier rang figurent, sans qu'il soit possible d'établir un ordre bien déterminé, la muqueuse des voies pulmonaires, le tissu cellulaire, le derme et les membranes séreuses; ensuite vient le rectum, puis l'estomac, et enfin la peau.

Ne vous étonnez pas de voir placer la peau dans les tissus absorbants; il est bien démontré aujourd'hui que la peau, alors même que l'épiderme est intact, peut absorber non-seulement les substances gazeuses, mais encore les substances liquides ou dissoutes avec lesquelles elle est mise en contact. L'absorption est lente, parce qu'elle doit être précédée de l'imbibition et du ramollissement de l'épiderme, mais elle se fait. Les choses se passent comme si la substance toxique était séparée du tissu absorbant par un linge très-fin. Placez un poison soluble dans un petit sachet de batiste fine, et introduisez le sachet dans une plaie; l'animal sera empoisonné, le poison sera absorbé; mais le linge aura été imbibé et ramolli par les liquides de la plaie avant que l'absorption ait commencé. M. Colin a constaté la présence de l'iodure de potassium dans l'urine d'un cheval dont la région dorso-lombaire avait été arrosée pendant cinq ou six heures avec une dissolution de ce sel. Vous n'ignorez pas d'ailleurs que les frictions avec la pommade stibiée excitent des vomissements; que les frictions avec l'onguent mercuriel sont suivies de salivation. Lebkuchner, d'ailleurs, a déterminé la mort d'un lapin en lui frictionnant le ventre avec de l'acétate de plomb, et il a retrouvé du plomb dans le sang. A la vérité, on peut croire que les frictions peuvent érailler l'épiderme, mais il n'est pas démontré qu'il en soit ainsi en tout cas. L'expérience de M. Colin échappe à cette objection.

Il n'est pas bien étonnant que l'absorption ne se fasse pas avec la même rapidité dans tous les points du corps, dans tous les points d'un même tissu. On n'est pas trop choqué même de voir que le tissu cellulaire du dos d'un chien paraît absorber plus rapidement l'acide arsénieux que ne le fait le tissu cellulaire de la cuisse du même animal. Mais il est très difficile de concevoir pourquoi certaines substances qui sont dans de bonnes conditions pour être absorbées, le venin de la vipère, le curare, ne causent aucun trouble lorsqu'elles sont portées dans l'estomac; tandis que les accidents les plus graves surviennent très peu de temps après leur application sur une plaie ou sur la muqueuse des voies aériennes. Aussi croyait-on que ces poisons perdent leurs propriétés délétères par l'action du suc gastrique. M. Bernard a trouvé qu'il n'en est rien; qu'ils ne sont pas, suivant l'expression déjà employée, *digérés*, mais qu'ils ne sont pas absorbés. L'épithélium qui couvre la muqueuse de l'estomac ne se laisse pas traverser par ces substances. Dans ces derniers temps, on a vu que beaucoup de virus sont dans le même cas.

D. *Vacuité de l'estomac; mélange des substances toxiques.* — Comme c'est par l'estomac que les poisons pénètrent le plus souvent dans l'économie animale, j'ai voulu appeler votre attention sur l'influence que peuvent exercer sur l'absorption la vacuité de l'estomac et sa plénitude, ou, ce qui revient au même, le mélange du poison avec des substances inertes. On sait que, d'une manière générale, l'effet est retardé lorsque l'estomac renferme déjà d'autres substances ou lorsque la substance toxique y arrive mélangée. Les annales de la science renferment des exemples nombreux de cette particularité: 50 grammes d'arsenic (acide arsénieux), 30 grammes de sublimé corrosif ont été avalés à la suite de repas copieux, et n'ont produit que des vomissements et des coliques. J'ai eu l'occasion d'observer un fait analogue. Dix convives terminaient un dîner par une crème; bientôt un des dix est contraint de quitter la table, accusant un malaise insupportable: à ce premier succède un second, puis un troisième, et enfin personne n'échappe. On soupçonne un empoisonnement, et on ne tarde pas à découvrir que la crème avait été (chose incroyable!) colorée avec du vert de Sheele (arsenic de cuivre). Heureusement on en fut quitte pour la peur: chacun vomit de son mieux, et deux jours après tout le monde était parfaitement guéri. Morgagni, du reste, cite une observation qui présente avec celle-ci une grande analogie.

Cette règle générale n'est pas ébranlée par quelques faits qui paraissent la contredire. Ainsi la dilution d'une substance ou d'une dissolution peut-être considérée comme un mélange, et vous savez déjà qu'une dissolution, étendue dans une certaine mesure, d'acide oxalique, agit plus promptement que la dissolution concentrée du même acide. Il en est probablement de même pour tous les poisons corrosifs, dont l'absorption est retardée par l'action locale qui désorganise les tissus. La dilution même, du reste, lorsqu'elle dépasse une certaine limite, retarde et atténue singulièrement les effets des poisons.

Comment expliquer l'influence si favorable du mélange des poisons avec des substances inertes ou de la plénitude de l'estomac? Évidemment c'est parce que le poison se trouve comme enveloppé, il n'est pas en contact avec la muqueuse gastrique; l'absorption est retardée, et si les vomissements surviennent, l'expulsion du poison est beaucoup plus facile parce qu'il est entraîné avec la masse des autres substances. On peut se rendre ainsi compte des avantages qu'on a retirés de l'emploi de beaucoup de substances inertes, administrées à titre de contre-poison. Donnez du lait, du sucre, du bouillon, du charbon, vous obtiendrez peut-être de très-bons résultats; dans la pratique, faites mieux, n'hésitez pas; mais ne rangez pas ces substances parmi les contre-poisons d'un corps toxique, si vous n'avez pas d'autres raisons: plus tard, je vous dirai quelles conditions doit remplir une substance pour mériter le nom de contre-poison.

E. *Pression.* — La pression ou la compression exerce sur l'absorption des poisons une influence dont on peut tirer grand parti pour le traitement de certains empoisonnements. M. Barry a montré que des ventouses appliquées sur une plaie où l'on vient d'introduire un poison pouvaient empêcher, arrêter ou diminuer les symptômes de l'empoisonnement; ce résultat ne peut être attribué qu'à l'obstacle opposé à l'absorption. D'ailleurs M. Murray, de Dublin, a observé qu'en augmentant au moyen d'un appareil approprié la pression atmosphérique, on peut activer l'absorption des substances médicamenteuses appliquées sur le derme dénudé ou à la surface des plaies. Nous reviendrons sur les expériences de Barry à propos du traitement.

Je n'ai plus rien à vous dire au sujet des conditions qui peuvent exercer une influence sur l'absorption des poisons: bien d'autres circonstances modifient l'action des substances toxiques, mais il ne serait pas rigoureux d'attribuer ces modifications à une modification de l'absorption. Afin de ne rien préjuger, je réserve pour la fin de ce chapitre, consacré à l'*étiologie*, l'étude des circonstances qui modifient l'action des poisons, sans que nous puissions nous rendre bien compte du mécanisme de leur influence.

EXPULSION D'ASCARIDES

déterminée par le sous-nitrate de bismuth.

Le nombre des vermifuges est, comme on le sait, tellement considérable que l'on peut, sans être taxé d'exagération, dire que le praticien n'a le plus souvent que l'embarras du choix; cependant tous exercent une action plus ou moins fâcheuse sur la muqueuse intestinale. En voici un nouveau auquel on ne saurait faire le même reproche, et qui par conséquent peut rendre des services réels.

Joséphine X..., âgée de vingt-deux ans, demeurant à Valence (Espagne), lymphatique et d'une constitution débile, se présenta à l'observation le 2 mai 1856. Dentition normale. Nulle autre maladie antécédente que la rougeole. Face pâle, pommettes colorées par intervalles, peau chaude, apparence de sommeil tranquille. Pupilles dilatées et incontractiles à une vive lumière, paupières recouvrant le globe oculaire, sclérotique d'un blanc bleuâtre; figure triste au réveil, puis aussitôt coma profond. Langue blanchâtre, soif médiocre, appétit nul; abdomen mou et indolore à la pression, malgré une diarrhée glaireuse très-abondante. Pouls dur et fréquent; respiration accélérée. Urine trouble déposant un léger sédiment.

Ce groupe de symptômes, dont la fièvre, le coma et la diarrhée étaient les plus saillants, n'étant pas suffisamment caractéristiques d'une affection déterminée, on se borna aux boissons tempérantes.

Le lendemain, les mêmes symptômes persistant avec augmentation de la diarrhée, on administra 0,30 de sous nitrate de bismuth en trois fois dans les vingt-quatre heures.

Le 4, cette fille avait rendu un paquet de vers contenant 27 ascarides lombricoïdes, longs de trois pouces. Aussitôt le coma disparut; les yeux s'animèrent, la circulation, la chaleur, la respiration revinrent à l'état normal, et la diarrhée cessa immédiatement. Dans la prévision qu'il existait d'autres ascarides, 0,20 de calomel furent administrés en deux fois, ce qui détermina l'expulsion de deux autres lombrics le lendemain sans nul accident ultérieur.

Cette observation montre bien toutes les difficultés et les incertitudes du diagnostic auxquelles le médecin est souvent en butte. La présence des vers n'était pas suffisamment indiquée par la dilatation des pupilles et la couleur de la sclérotique, et, tandis que les rougeurs alternatives de la face et le coma pouvaient faire soupçonner l'invasion d'une encéphalite, la diarrhée dissipait ce soupçon; de même que, si cette diarrhée fébrile faisait craindre une entérite, la nature des matières et l'absence d'autres symptômes propres détruisaient cette idée.

L'expulsion d'une quantité d'ascarides lombricoïdes immédiatement après l'administration du bismuth est un autre fait non moins inexplicable. Ce sel ne pouvait être vermifuge par l'arsenic qu'il contenait, car il était parfaitement pur. Serait-ce donc une nouvelle propriété qu'il faudrait mettre au compte de cet agent thérapeutique? Mais alors comment expliquer son action à ces doses infinitésimales, comme quelques praticiens persistent encore à l'employer, tandis qu'il ne survient aucun accident en le donnant, suivant M. Monneret, à la dose de 15 à 20 grammes et plus par jour; en un mot, sans poids et presque sans mesure? Quoi qu'il en soit, l'ayant administré comme anti-acide à une dame, elle expulsa aussitôt 5 lombrics. (*Boletin del instituto-medico-valenciano et Journal des connaissances médicales.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 mars 1857. — Présidence de M. MICHEL LÉVY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet:

1° Un mémoire relatif aux maladies scrofuleuses, par M. le docteur Delfaut (de Collioure).

2° Un rapport de M. le docteur Jacquot, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Saint-Dié, sur une épidémie de varioloïde qui a régné dans la commune de Traintur.

3° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1856 dans les départements du Morbihan, d'Indre-et-Loire, de l'Hérault, de la Loire et d'Ille-et-Vilaine. (Commission des épidémies.)

4° Une demande d'autorisation pour l'exploitation d'une source d'eaux minérales, dite source Victorine, située dans la commune de Wals (Ardèche).

5° Un rapport de M. le docteur Silve, médecin inspecteur des eaux minérales de Digne, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1855. (Commission des eaux minérales.)

Trois notes relatives à des remèdes secrets. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Champouillon adresse une lettre par laquelle il fait savoir à l'Académie qu'il se désiste de sa candidature à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale. M. le secrétaire perpétuel ajoute qu'une semblable lettre a été adressée par M. Champouillon au président de la section constituée en commission d'élection.

Amylène. — M. Debout adresse une note sur l'innocuité et la valeur de l'amylène considéré comme agent anesthésique.

— M. de Valois adresse une lettre accompagnant l'envoi d'une plante médicinale qu'il tient de don Carlos Méany, de Guatemala.

— M. Joran, pharmacien à Vicby, adresse un pli cacheté dont le dépôt est accepté.

— M. Charrière fils soumet à l'Académie un nouveau modèle dilatateur anal qu'il a fabriqué d'après les indications de M. le docteur Beylard.

Cet instrument, d'un mécanisme très-simple, se compose d'une tige creuse de la grosseur d'une sonde, à l'extrémité de laquelle se trouvent six branches articulées, libres et maintenues seulement à l'aide d'une rondelle en caoutchouc. Ces branches réunies ont la forme d'une olive, au centre de laquelle se trouve une boule fixée au bout d'une tige droite munie d'un pas de vis, laquelle monte et descend dans le tube à volonté au moyen de l'écrou de rappel.

La fig. 1 représente l'instrument prêt à être introduit. A, branches articulées fermées. B, écrou de rappel.

La fig. 2 représente le même instrument dilaté et muni d'un sac en caoutchouc. C, boule placée dans l'intérieur de l'olive. E, tige taraudée graduée.

Comme on le voit, cet instrument se dilate à l'endroit voulu en faisant le tube plus ou moins long, et la dilatation n'est jamais faite au sphincter, ce qui est toujours très-douloureux.

Le malade sur lequel M. Beylard a fait l'application de son instrument était affecté depuis dix ans d'un rétrécissement du rectum en forme de diaphragme, situé à 6 centimètres de l'anus, et dont l'ouverture ne permettait même pas l'introduction de la dernière phalange de l'index. Cinq incisions furent faites dans toute l'épaisseur du diaphragme, et quelques jours plus tard la dilatation fut employée. En moins de deux mois le rétrécissement avait disparu, ne laissant à sa place qu'un léger bourrelet annulaire n'opposant aucun obstacle à la sortie des matières volumineuses.

RAPPORT.

Application de la gutta-percha à la préparation des caustiques. — M. F. BOUDET, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Depaul et Velpeau, donne lecture d'un rapport sur une note de M. Robiquet relative à l'application de la gutta-percha à la préparation des caustiques à base de potasse et de chlorure de zinc, d'après la demande et les indications de M. Maunoury (de Chartres).

Voici les conclusions de ce rapport:

D'après les considérations émises dans le rapport, la commission, sans adopter toutes les idées de M. le docteur Maunoury sur la valeur des caustiques à la gutta-percha, est d'avis que l'application de la gutta-percha, soit comme excipient, soit comme enveloppe à la préparation des caustiques de potasse et de chlorure de zinc, constitue un perfectionnement réel de ces agents, et permet d'en faire dans certaines circonstances un emploi nouveau et utile.

En conséquence, la commission propose d'adresser des remercîments à l'auteur de la note. (Adopté.)

DISCUSSION.

Méthode sous-cutanée. — L'ordre du jour appelle la discussion sur la méthode sous-cutanée.

M. BOUILLAUD fait observer qu'il y a deux questions soulevées en ce moment devant l'Académie: une question générale et une question particulière; une discussion entre deux méthodes philosophiques et une discussion sur la méthode sous-cutanée. Il demande si l'Académie se propose de continuer la discussion entre Descartes et Bacon, parce qu'alors il se préparerait à prendre part à ce débat.

M. MICHEL LÉVY. La question qui s'agite en ce moment à l'Académie comprend assez d'éléments divers, sans qu'on la complique d'une discussion philosophique qui s'est présentée incidemment. Plus tard le débat pourra s'établir entre les méthodes philosophiques, si l'Académie le juge convenable; mais quant à présent il convient de poursuivre seulement la discussion sur la méthode sous-cutanée.

La parole est à M. Jules Guérin.

M. JULES GUÉRIN. A l'issue de la dernière séance, plusieurs de nos

honorables collègues m'ont exprimé leurs regrets au sujet du caractère qu'a pris la discussion sur la méthode sous-cutanée; ils m'ont presque fait un reproche d'avoir contribué à l'introduire, alléguant que le débat n'est pas sérieux; que provoqué la veille d'une décision qui devait honorer la méthode, dans le but d'empêcher cette décision, il n'a été repris que dans le but de réformer le jugement qu'on voulait empêcher. Nos collègues ont encore allégué que cette discussion toute personnelle n'était propre qu'à causer du scandale et à compromettre la science à l'Académie; finalement, que les attaques violentes, les injures dont j'avais été l'objet n'auraient d'autre résultat que d'amoindrir la méthode en amoindrissant l'auteur. Ils allaient jusqu'à me conseiller de laisser sans réponse le dernier discours que vous avez entendu.

J'ai répondu à nos collègues que je n'avais ni provoqué ni encouragé le débat; que, quoique partageant leur avis sur le caractère et le véritable motif de la provocation, j'y avais vu une occasion favorable de faire cesser les doutes et les obscurités qui peuvent encore exister sur une question importante de théorie et de pratique; que, quant aux injures, elles ne m'avaient atteint qu'imparfaitement; que, produites sous la protection des bienséances académiques par une personne qui refuse obstinément de s'expliquer sur un autre terrain, elles perdent singulièrement de leur gravité; qu'il est d'ailleurs des blessures qui après le combat peuvent devenir de nobles cicatrices, qu'enfin il était possible d'enlever au débat ce regrettable caractère de personnalité, pour l'élever à la hauteur d'une véritable question de science et de principes. Telles sont en effet, Messieurs, mon opinion et ma ferme résolution.

Avant d'aborder les questions qui doivent nous occuper, je vous demande la permission d'insister sur le véritable sens et la portée de la discussion de priorité à laquelle nous sommes obligés de nous livrer. C'est qu'en effet, sous l'apparence de l'intérêt particulier, de l'intérêt de l'inventeur, se trouve en réalité l'intérêt de la science, de la vérité et de l'humanité. Lorsqu'on discute l'origine et le caractère de tel ou tel procédé, on n'a pas seulement pour but une vaine satisfaction d'amour-propre. Une connaissance plus précise d'une méthode a surtout pour résultat, si celle-ci est bonne et utile, de la répandre, de la vulgariser, de la mettre à la place de ce qui vaut moins, et c'est le malade qui, en fin de compte, gagne à cette élucidation de la vérité. J'espère, Messieurs, que mon argumentation sera en parfait accord avec cette remarque.

Les nombreux points de vue, les incidents multiples de la discussion ont pu en obscurcir l'objet principal. Il s'agit de faire connaître et reconnaître, au milieu d'une foule d'éléments divers, une méthode nouvelle qu'on s'est plu à défigurer. J'avais prévu ce qui est arrivé, lorsque j'ai rédigé un exposé bien réfléchi de la méthode sous-cutanée. On y retrouvera tous les développements de ce que je vais me borner à reproduire ici de la manière la plus succincte.

Une définition, non pas nominale, mais scientifique de la méthode sous-cutanée, suffirait pour couper court à tout débat. Bien comprise dans sa signification élevée, elle ne saurait être confondue avec ce qu'on vous a présenté comme elle-même, ou comme ayant un rapport plus ou moins éloigné avec elle. Voici donc l'énoncé scientifique et pratique de la méthode.

La méthode sous-cutanée considérée scientifiquement, repose sur la connaissance d'un fait physiologique nouveau, à savoir que les plaies pratiquées sous la peau et maintenues à l'abri du contact de l'air ne suppurent pas et s'organisent immédiatement. Ce fait, appliqué à tous les tissus de l'économie, tendons, muscles, aponévroses, ligaments, vaisseaux, nerfs, en constitue le théâtre et la généralisation physiologique.

Considéré sous le point de vue pratique, la méthode sous-cutanée est l'application à toutes les opérations chirurgicales qu'il sera possible de faire sous la peau, du fait physiologique de l'innocuité des plaies sous-cutanées, de manière que toutes, comme chacune, puissent être affranchies de l'inflammation suppurative.

Ainsi considérée, la méthode sous-cutanée a une existence propre, et c'est dans ce sens que j'ai pu dire qu'elle s'est constituée par elle-même et pour elle-même, c'est-à-dire dans son idée, dans sa base, prouvée indépendamment de toute application pratique antérieure ou autre, et sans liaison nécessaire avec ces applications. C'est un instrument nouveau qui pourra régler et ramener à elle les tentatives antérieures, comme elle pourra inspirer et réaliser des tentatives nouvelles, sans que ni les unes ni les autres soient dès aujourd'hui nécessairement liées avec elle.

Or, existait-il dans la science, avant 1839, époque de la promulgation de la méthode sous-cutanée, quelque chose qui ressemblât de loin ou de près à cette méthode constatée et constituée? Je réponds hardiment qu'il n'existait rien. Pour le prouver, je vais rechercher dans deux ouvrages dont l'autorité ne sera pas récusée par mes contradicteurs, le *Manuel de médecine opératoire* de M. Malgaigne, et le *Traité de médecine opératoire* de M. Velpeau, publiés en 1837 et en 1839, ce qu'ils peuvent renfermer à cet égard.

Mais une difficulté nous arrête et je dois la lever. M. Malgaigne, dans son œuvre de démolition, a été jusqu'à refuser à la méthode sous-cutanée le caractère d'une méthode, le droit de se présenter comme telle. L'absence de cette désignation dans son ouvrage ne prouverait donc pas qu'elle n'ait pas existé dans ses éléments avant 1839, et que ses éléments nécessaires n'aient pas été constatés et recueillis par l'auteur. Or, M. Malgaigne définit la méthode : Ce qui donne lieu à des procédés. Si on lui demandait ce que c'est qu'un procédé, il répondrait probablement : C'est ce qui donne lieu à une méthode. Cette définition un peu imprévue pourra ne pas satisfaire tout le monde; nous nous en contenterons provisoirement, sauf à montrer chemin faisant ce qui peut utilement être mis à sa place.

Même avec la définition de M. Malgaigne, la méthode sous-cutanée peut être considérée comme une méthode, car elle a de nombreux procédés, qu'on l'a accusée d'avoir trouvés tout inventés dans ses devanciers. Voyons donc ce que les ouvrages de M. Malgaigne et de M. Velpeau peuvent nous révéler à cet égard.

M. Malgaigne nous avertit d'abord dans la préface de son *Manuel* que son livre est la perfection du genre. Cela est précieux pour les renseignements que nous avons à lui demander. « Les deux grandes parties de l'art que nous avons traitées avec un soin particulier, dit-il, sont l'anatomie chirurgicale et le manuel opératoire. Mais, sous ce double rapport, nous ne craignons pas de présenter ce petit livre comme *plus complet* que les ouvrages même les plus volumineux qui l'ont précédé. » Nous ne sommes pas éloignés de partager cet avis. Quant au *Traité* de M. Velpeau, nous l'apprécions plus que personne, et il ne nous rendra pas moins de services dans cette circonstance. Nous voilà donc nantis des meilleurs informateurs que nos antagonistes puissent désirer.

Le *Manuel* de M. Malgaigne commence par un long chapitre sur les incisions. Il en rapporte toutes les variétés, qui sont, comme on sait, très-nombreuses, avec une scrupuleuse précision. Le texte renferme même de nombreuses figures. Or l'auteur n'a pas accordé aux *incisions sous cutanées* la plus petite mention.

M. Velpeau, qui ne refuse pas absolument à la méthode sous-cutanée le droit de s'appeler une méthode, n'est pas plus explicite à cet égard. Cependant son *Traité* renferme un chapitre sur les *méthodes*, et un chapitre encore plus développé sur les incisions; silence absolu sur les incisions sous-cutanées. La seule indication qui se rapporte à ce que l'on a donné comme élément général de la méthode, la *ponction oblique*, n'existe même pas dans le *Traité* de M. Velpeau; et on ne trouve à cet égard, dans le *Manuel* de M. Malgaigne, que les trois lignes qui suivent : « Quelquefois on enfonce le bistouri plus ou moins obliquement; c'est surtout quand on veut détruire le parallélisme entre l'ouverture intérieure et celle de la peau. » Voilà donc ce qu'on trouve dans les généralités des deux ouvrages. Par compensation, suit dans le *Manuel* de M. Malgaigne un chapitre très-intéressant et très-détaillé sur les cors aux pieds, les diverses méthodes de les opérer, un traité complet sur l'art du pédicure et du dentiste.

Mais on a rassemblé depuis un certain nombre d'indications particulières, dans lesquelles, à défaut de méthode générale, on a prétendu retrouver des préliminaires, sinon des applications de la méthode sous-cutanée. Telles seraient :

La section de l'aponévrose palmaire, par A. Cooper;

La section des ligaments dans les luxations irréductibles du pouce, par Ch. Bell;

La section du tendon d'Achille, par Delpech;

La section d'une portion du sterno-mastoïdien, par Dupuytren;

Finalement, la section du tendon d'Achille, par M. Strohmeyer et ses imitateurs.

Examinons rapidement la valeur de chacun de ces faits. A. Cooper dit : « Quand la rétraction est due à l'aponévrose (aux mains) et que la bandelette rétractée est étroite, *on peut* avec avantage en faire la division avec un bistouri étroit, à travers une plaie très-peu étendue des téguments, et placer le doigt sur une attelle. » Vous remarquerez que l'auteur ne dit pas j'ai opéré, j'ai opéré de telle ou telle manière, mais *on peut*, c'est-à-dire une supposition. Donc, il est impossible d'apprécier la portée, le mode d'exécuter véritable et le résultat. L'indication *pure et simple* d'une opération de ce genre qui aurait été pratiquée sur le pied de son neveu, B. Cooper, n'en dit pas davantage.

Ch. Bell, dit-on, aurait *conseillé* la section des ligaments dans les luxations irréductibles du pouce avec une aiguille à cataracte. Conseillé, non exécuté, avec une *aiguille à cataracte*, cela ne dit pas que ce soit sur la peau.

Je suis obligé d'ailleurs d'accepter telle qu'elle m'est soumise par mes contradicteurs cette médication attribuée à Bell; car malgré des recherches approfondies, je n'en ai trouvé aucune trace dans B. Bell, dans J. Bell, qu'on avait cependant indiqués. Reste Ch. Bell, que je n'ai pu me procurer. Je me permettrai, à cet égard, une remarque. Puisque dans ce débat on a cru devoir transporter les habitudes du barreau, on aurait dû en observer les règles, faire connaître exactement les pièces du dossier, mettre à même d'en constater et vérifier l'exactitude. C'était, du reste, l'opinion de Montaigne, qui voulait qu'on prévînt toujours ses adversaires de l'heure, du jour, du lieu de l'attaque et des armes que l'on comptait employer.

Les tentatives de Delpech et de Dupuytren vous sont connues. Le premier a divisé le tendon d'Achille en ménageant la peau; mais d'après les indications plus précises du texte original donné par M. Verneuil, il n'aurait même pas cherché à prévenir l'inflammation suppurative des plaies cutanées; il n'aurait eu d'autre but que d'empêcher l'exfoliation du tendon. Quant à Dupuytren, une lecture plus attentive du texte de l'observation rapportée par M. Coster me porte à croire qu'il n'a pas été aussi heureux que je l'avais supposé d'abord; l'auteur dit que la plaie était guérie *au bout de treize jours*. Treize jours, c'est bien long, quand on sait que deux jours suffisent pour la cicatrisation de ces plaies. Je suis donc porté à croire que l'opération de Dupuytren a été suivie de suppuration; cela s'accorderait avec la version d'Ammon, qui reproche à Dupuytren d'avoir employé la méthode ancienne.

Voilà ce qu'avaient proposé, conseillé, tenté et exécuté A. Cooper, Bell, Delpech et Dupuytren. Examinons la valeur de ces tentatives.

A. Cooper attachait si peu d'importance à son indication, qu'il la perd immédiatement de vue. Il repousse formellement la section ligamenteuse *conseillée* par Bell, sans s'apercevoir que cette opération qu'il condamne dans Bell est celle-là même qu'il propose d'appliquer aux cordes aponévrotiques de la main. Mais il y a plus : lorsqu'il s'agit de remédier aux rétractions des orteils, il conseille tout simplement l'amputation, qu'il exécute en se félicitant du résultat. Dupuytren a fait aussi l'amputation du pied pour remédier à un pied-bot.

Qu'est-ce que cela, sinon des *expédients* inspirés pour des cas particuliers, sans idées ni principes, sans conséquence aucune, bornés au cas particulier qui les suggère, et qu'on oublie presque aussi vite qu'on les a conçus.

Les tentatives de Delpech et de Dupuytren sont des expédients plus sérieux, mais ne sont encore que des expédients. Outre qu'ils ne réalisent ni l'idée, ni le but, ni le résultat de la méthode sous-cutanée, ils n'offrent pas même le simulacre de son manuel opératoire. C'est sans doute un acheminement au procédé sous-cutané, mais ce n'est pas encore ce procédé.

Reste l'opération de M. Strohmeyer, que je regarde comme un progrès beaucoup plus sérieux que ce qui l'a précédée. C'est évidemment à ce chirurgien que l'on doit le premier cas certain de cicatrisation immédiate de la plaie ténotomique. Mais, en rendant pleine justice à cet habile opérateur, en rehaussant même son procédé de tout ce qu'on est en droit de réduire de celui de Dupuytren, il est permis d'assigner au progrès réalisé par M. Strohmeyer la valeur qui lui appartient. Or quelle est cette valeur, sinon celle d'une circonstance accessoire d'une opération principale réalisée sans autre but que de perfectionner la section du tendon d'Achille, de la simplifier, en remplissant, dit-il, l'indication posée par Delpech? Or le but de Delpech, on l'a vu, était simplement de prévenir l'exfoliation du tendon, sans se préoccuper même de la suppuration des plaies cutanées. Pour qu'on pût supposer que M. Strohmeyer eût vu quelque chose de plus dans son succès, il faudrait qu'il l'eût dit, et il a parlé précisément dans un sens qui ne permet aucune équivoque. A cet égard, « j'espère, dit-il à la fin du narré de ses opérations de section du tendon d'Achille, avoir suffisamment fixé l'attention de mes confrères sur un procédé tombé déjà deux fois dans l'oubli pour les engager à le mettre en usage et en retirer tous les résultats dont il est susceptible. » (*Archives de médecine*, 1836, p. 199.) Est-il rien de plus explicite? Il s'agit ici d'un procédé dont l'élément sous-cutané perfectionné n'était considéré que comme un accessoire, sans autre importance ni signification que de rendre plus efficace la section du tendon d'Achille déjà tombée deux fois dans l'oubli. C'était un procédé ténotomique perfectionné, et rien de plus. Le mérite de ce perfectionnement n'est-il pas encore moins apprécié par M. Velpeau lorsqu'il dit : « M. Strohmeyer serait peut-être en droit de réclamer pour lui les procédés qui ont le plus de vogue en France si son propre procédé ne revenait pas de droit à Dupuytren. » Nous sommes plus juste envers M. Strohmeyer, à qui nous n'hésitons pas à rapporter tout l'honneur de l'invention de son procédé ténotomique, mais sans autre signification intentionnelle que les tentatives de Delpech et de Dupuytren. Est-il besoin d'ajouter que les autres applications ténotomiques de M. Strohmeyer n'ont pas d'autre caractère.

Tels sont les essais et tâtonnements qui ont conduit au procédé ténotomique, que l'on peut considérer comme la première ébauche du véritable procédé sous-cutané. Mais il manque à cette ébauche l'idée qui pouvait la perfectionner et la féconder, c'est-à-dire la connaissance explicite du fait physiologique qu'elle renfermait, que personne jusque-là n'avait vu à part et en dehors du procédé ténotomique, et encore moins que personne n'avait songé à dégager.

Que dire maintenant de la prétention de mes contradicteurs qui veulent à tout prix retrouver, jusque dans ses moindres particularités, le manuel opératoire de la méthode sous-cutanée dans le procédé ténotomique qui l'a précédée, si ce n'est que cette prétention repose sur un vice de raisonnement et une série d'équivoques que je désire signaler à l'Académie!

Un procédé est l'expression d'une idée, et il s'imprègne de cette idée, d'où il suit que dans son ensemble, comme dans chacune de ses particularités, il est lui, et pas autre chose. Au lieu d'avoir égard à cette manière d'envisager les choses, mes contradicteurs considèrent séparément, et l'un après l'autre, les éléments du procédé sous-cutané, comme les diverses lettres d'un mot, sans se préoccuper du mot ni de la relation de chaque lettre d'où résulte la signification de leur assemblage. Ils se privent ainsi volontairement de la lumière qui aurait pu leur éviter les méprises qu'ils ont commises. Le plus simple rapprochement entre le procédé ténotomique antérieur à la méthode, et le procédé même de la méthode fait voir immédiatement les méprises, c'est-à-dire les différences que l'on a méconnues sous des apparences d'analogie trompeuse.

Soit un tendon à diviser par les deux procédés. Je veux considérer le pli, les plaies, leurs rapports et la condition physique et physiologique différente qu'ils réalisent au sein de la plaie sous-cutanée.

Le pli est identique dans les deux cas, a dit M. Malgaigne, et M. Guérin a reconnu lui-même, a-t-il ajouté, qu'il appartenait à M. Strohmeyer. Relevons d'abord cette allégation, qui ne repose que sur une équivoque, genre de ressource très-familier à l'orateur. Je n'ai reconnu en aucun endroit que j'eusse emprunté le pli de mon procédé à M. Strohmeyer. Mais passons. M. Malgaigne ne suppose qu'un seul pli possible, parce qu'il ne se doute pas qu'il puisse y avoir plusieurs idées à réaliser au moyen du pli, plusieurs buts à atteindre. Et il y a en réalité quatre plis, dont un appartient à M. Velpeau, sans qu'il ait paru s'en douter. Ce pli, qui n'est indiqué qu'une fois dans son *Traité* (p. 543), est fait après la ponction de la peau, dans le but de faciliter l'introduction du ténotome entre la peau et la face superficielle du tendon.

Le second pli est celui de M. Strohmeyer; il ne l'a appliqué qu'au torticolis, et jamais à la ténotomie du pied; et, au torticolis, il ne l'a employé que pour la section du sterno-mastoïdien divisé de la face superficielle à la face profonde. Pour la section de la face profonde à la face superficielle, M. Strohmeyer n'emploie pas de pli. Pourquoi cela? Parce que, dans ce cas, il veut se prémunir contre les incisions en T que fait le bistouri sur la lèvre inférieure de la peau, quand la peau n'ayant pas été soulevée préalablement ne peut pas suivre le mouvement d'abaissement de l'instrument tranchant. Cette explication n'est pas faite pour la cause; la voici imprimée en toutes lettres dès 1837, dans mon mémoire sur le torticolis : « Une fois le muscle soulevé et tendu, je fais à la peau, six à huit lignes au-dessus de l'insertion sternale du muscle, un pli parallèle à la direction de ce dernier, pli dont la base répond *au point de la peau* qui, dans le relâchement, longe le *bord externe du muscle*. Je plonge, à la base de ce pli, un bistouri mince, large de deux lignes et légèrement concave sur le tranchant. Dans le premier temps de l'opération, la lame de l'instrument est introduite à plat, le tranchant tourné du côté de la tête; lorsqu'elle a été enfoncée de six à huit lignes, c'est-à-dire de manière à dépasser le bord interne du muscle, sans traverser la peau du côté opposé, je relève, dans un second temps, la lame du bistouri, et j'applique son tranchant sur le muscle. Dans un troisième temps, j'abandonne le pli de la peau et coupe le tendon.

» La peau, rétractée et revenue sur elle-même, s'applique contre l'instrument, le presse et le suit pour reprendre ses premiers rapports; elle l'empêche ainsi de faire une ouverture plus grande que celle qui a servi à son introduction. » (*Nouveau mémoire sur les difformités*, 2e édition, page 20.)

(Nous donnerons la fin de ce discours dans notre prochain numéro.)

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 31. — SAMEDI 14 MARS 1857. (30e ANNÉE.) N° 31. — SAMEDI 14 MARS 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des indications de la thoracenthèse dans les épanchements pleurétiques aigus.

Des questions soulevées par le fait de M. Ch. Bernard, dont nous avons entretenu nos lecteurs dans les deux précédentes *Revues*, la plus importante sans contredit est celle qui concerne les indications de la thoracenthèse, ses avantages et ses dangers dans la période aiguë de la pleurésie.

Rappelons d'abord, avant d'apprécier d'une manière générale son opportunité, les résultats qu'elle a eus dans le cas particulier qui fait l'objet de cette disquisition clinique et les conditions dans lesquelles elle a été pratiquée.

Pleurésie avec épanchement, suivie d'une rechute, après une amélioration marquée; état stationnaire pendant une douzaine de jours; persistance d'un état général sérieux et persistance de l'épanchement qui, bien que d'une moyenne intensité, détermine un déplacement considérable du cœur, situé sous le sternum. Thoracentèse. Introduction de quelques bulles d'air. Point d'accidents pendant les dix-huit heures qui suivent. A la suite d'un refroidissement qui paraît avoir occasionné une nouvelle rechute, explosion d'accidents très-graves, et qui font pressentir une terminaison rapidement funeste. Le lendemain, déplacement complet du cœur, qui bat dans le côté droit de la poitrine. Seconde thoracentèse suivie d'un soulagement momentané. Développement d'accidents typhiques; reproduction de l'épanchement, séro-purulent cette fois ; mort. Tel est le résumé très-succinct de ce fait.

Les motifs qui ont déterminé M. Bernard à pratiquer l'opération sont les suivants : l'état stationnaire de l'épanchement depuis près de quinze jours, malgré l'emploi régulier des moyens de traitement prescrits en pareil cas ; l'aggravation de l'état général ; la gêne de la respiration, qui sans être portée jusqu'à la menace de la suffocation, augmentait cependant notablement ; la déviation du cœur à droite, que l'on pouvait d'autant plus craindre de voir se perpétuer que la matité absolue de la région postérieure et la persistance du bruit respiratoire dans une partie de cette région, portaient à présumer avec beaucoup de raison qu'il existait déjà dans la poitrine des fausses membranes épaisses, qui, en s'organisant, pourraient maintenir le cœur dans cette position vicieuse. Enfin, M. Bernard avait de non moins légitimes motifs de craindre le passage de la pleurésie à l'état chronique. Ces divers motifs, joints aux exemples encourageants qu'il avait de toutes parts sous les yeux, et aux faits nombreux rapportés depuis quelque temps, et qui semblaient effectivement proclamer, comme il le dit lui-même, l'innocuité de l'opération, justifiaient assez sa manière d'agir. Aussi est-il bien loin de notre pensée de trouver en tout ceci le moindre sujet de critique à l'égard de la conduite qu'a tenue, dans cette circonstance, notre honorable confrère.

Mais nous pensons qu'il peut être utile de prendre texte du fait lui-même pour montrer que l'opération n'est pas toujours aussi inoffensive qu'on est peut-être un peu trop généralement porté à le penser aujourd'hui, et qu'il y a lieu par conséquent, d'une part, à en restreindre l'application à des cas de nécessité bien déterminée, et d'apporter dans son exécution toutes les précautions capables d'en assurer l'innocuité.

Nous ne saurions mieux exposer les effets habituels de la thoracentèse appliquée aux épanchements séreux aigus, et en faire connaître les avantages, ainsi que les inconvénients et les dangers, qu'en résumant ici quelques-unes des propositions qui terminent le remarquable rapport fait, il y a quelques années, par M. Marotte devant la Société médicale des hôpitaux. Ce rapport résume lui-même de la manière la plus complète et la plus exacte l'état de la science sur ce point important de pratique, et ses conclusions si sages nous semblent devoir faire loi jusqu'à nouvel ordre sur la matière.

L'un des grands avantages de la thoracentèse, dit M. Marotte, est de s'opposer à l'introduction de l'air et de solliciter la dilatation du poumon. Mais indépendamment de l'indication physique qu'elle est avant tout destinée à remplir, elle exerce sur certaines fonctions, et en particulier sur celles de la plèvre, des actions d'un caractère différent et qui ne sont pas toutes favorables, ainsi qu'on en jugera par l'énumération des accidents suivants qui ont été observés à la suite de cette opération.

1° Une douleur ordinairement légère et peu durable, quelquefois fort vive et persistant plusieurs jours, due à la rupture de fausses membranes.

2° La toux, phénomène en général de bon augure, puisqu'il indique la pénétration de l'air dans les bronches, mais qui peut devenir répétée, incoercible, et durer plusieurs jours.

3° La syncope, qui semble se produire sous l'influence d'une déplétion trop brusque et trop abondante.

4° Un afflux vers la poitrine, caractérisé par la reproduction rapide du liquide, par son apparence sanguine, par une congestion pulmonaire, par une expectoration abondante, par une pneumonie, par l'exacerbation de la pleurésie qu'on a vue dans quelques cas amener la transformation purulente des produits sécrétés.

5° Enfin, dans quelques cas rares, il est vrai, où l'on a affaire à des sujets cachectiques ou dont l'épanchement est séro-purulent, la persistance, après la ponction, d'un trajet sous-cutané fistuleux.

Veut-on savoir maintenant quels sont les effets de l'introduction de l'air dans les plèvres, dont on a contesté l'action nuisible? Voici en quels termes M. Marotte les décrit, toujours d'après l'observation des faits :

L'air introduit dans la cavité des plèvres exerce une action multiple, mécanique, irritante et putréfiante.

L'action mécanique de l'air est fâcheuse en elle-même, parce qu'elle s'oppose à la dilatation du poumon, en même temps qu'elle permet un affaissement considérable de la paroi pectorale.

L'action irritante de l'air se manifeste par une inflammation dont l'intensité, la durée et les produits sont susceptibles de degrés infinis, dépendant en grande partie de la vitalité de la membrane séreuse, mais qui atteint presque nécessairement la suppuration.

L'action putréfiante de l'air ne s'exerce pas d'une manière aussi nécessaire qu'on l'avait avancé. Elle paraît avoir pour condition coefficiente un degré élevé d'inflammation, la rétention du pus et le non renouvellement de l'air, etc.

De la connaissance de ces effets et d'une juste appréciation des avantages et des dangers qui viennent d'être énumérés, rapprochés des circonstances qui peuvent constituer une imminence réelle pour la vie des malades atteints d'épanchements séreux aigus, M. Marotte déduit dans ce rapport les indications et les contre-indications suivantes de la paracentèse thoracique.

L'opération doit être écartée du traitement des pleurésies dans lesquelles l'inflammation est l'élément essentiel, et que caractérisent des épanchements peu abondants, principalement composés de productions organisables.

Si, contrairement à ce qui s'observe habituellement, la pleurésie suraiguë déterminait, pendant ses périodes d'état et d'augment, un épanchement qui menaçât immédiatement la vie par son volume, la ponction devrait être tentée, mais elle constituerait alors une opération de nécessité qui n'empêcherait pas la phlegmasie de reproduire l'épanchement.

La thoracentèse pratiquée dans la pleurésie aiguë modérée et donnant lieu à un épanchement abondant sans être excessif, n'abrège pas d'une manière évidente le temps nécessaire à la guérison définitive. En second lieu, elle n'épargne pas nécessairement et toujours aux malades les ennuis et les douleurs du traitement médical. Il n'est pas démontré enfin qu'elle n'entraîne une déformation du thorax moins considérable que dans les cas où elle n'a pas été mise en usage.

Par tous ces motifs, le rapporteur pose en règle que la thoracentèse ne trouve pas son indication dans la pleurésie aiguë modérée qui ne s'accompagne pas d'un épanchement excessif.

A-t-on affaire à un épanchement excessif, voici comment il formule la règle de conduite :

1° La ponction est de nécessité toutes les fois qu'il y a asphyxie imminente, quels que soient les symptômes concomitants.

2° Si la dyspnée et la gêne de la circulation ne sont pas considérables, mais qu'il existe un déplacement notable des viscères et surtout du cœur, que cet organe soit déjeté au delà de la ligne médiane du sternum, la ponction n'est pas aussi immédiatement nécessaire, mais elle est indiquée, et en tardant trop à la pratiquer, on s'expose à voir une émotion morale, un effort physique, déterminer inopinément soit une syncope, soit une congestion pulmonaire rapidement mortelle.

Ainsi, en résumé, l'épanchement excessif avec imminence de suffocation, et le déplacement du cœur au delà d'une certaine limite, telles sont les circonstances principales qui indiquent la thoracentèse.

Il faudra maintenant ajouter à ces indications celle qui ressort des recherches intéressantes de M. Landouzy, que nous avons exposées dans le précédent article; elle se résume à dire que l'opération est indiquée encore lorsqu'il existe du souffle amphorique indépendant de tubercules ou de fistules pulmonaires. Hors ces conditions principales, la plus grande réserve doit être apportée dans la pratique d'une opération qui peut souvent être inutile et quelquefois dangereuse, ainsi que le prouve le fait qui a été l'objet de ces considérations.

C'est ce que nous tenions à faire ressortir, comme conclusion dernière de tout ce qui précède, non sans reconnaître, toutefois, le service réel qu'ont rendu les médecins qui ont restitué à la pratique une opération qu'on en avait injustement proscrite, mais dont on pourrait compromettre l'avenir, si l'on n'en renfermait l'usage dans des indications bien nettement déterminées.

Propriété anesthésique de l'amylène.

En rendant compte dernièrement des recherches de M. le professeur Tourdes, de Strasbourg, sur les propriétés anesthésiques de l'amylène, nous avons fait connaître les résultats des expériences sur les animaux; on lira ici avec plus d'intérêt encore les observations recueillies à la clinique des maladies des enfants et dans le service de la clinique chirurgicale de M. le professeur Rigaud.

La première observation est relative à un enfant de trois ans, scrofuleux, d'une constitution affaiblie par la misère, entré à l'hôpital le 16 février pour un eczéma chronique avec excoriation de la face, un spina ventosa de plusieurs doigts et orteils et une ophthalmie granuleuse avec un commencement de renversement de la paupière supérieure. Les cris et la résistance de l'enfant empêchant d'explorer attentivement les yeux, on se décide à l'anesthésier à l'aide de l'amylène. M. le professeur Michel se charge de cette opération.

On emploie pour appliquer l'amylène un cornet de papier très-épais, coupé à son extrémité pointue de manière à laisser à l'air un libre passage. Une éponge est fixée par une épingle au fond de ce cornet; on l'imbibe d'amylène, puis on applique sur la face de l'enfant, au-devant de la bouche et des narines, la partie évasée du cornet.

L'enfant lutte pendant trois minutes, l'éponge est imbibée de nouveau à 2 ou 3 reprises. Tout à coup ses cris diminuent; ils cessent, et le petit malade devient insensible. On cautérise rapidement un des yeux ; la sensibilité revient presque aussitôt. L'amylène est appliqué de nouveau à 2 ou 3 reprises, et l'anesthésie se reproduit. On profite de cet instant pour cautériser l'autre œil, et en neuf minutes tout est terminé.

L'enfant n'est pas tombé dans ce coma profond qui est si facilement produit par le chloroforme. L'anesthésie n'a pas été jusqu'à la résolution musculaire. La sensibilité, la mobilité et la connaissance ont été suspendues à deux reprises pour un instant; elles ont reparu dès qu'on a cessé l'emploi de l'anesthésique.

Le pouls est resté le même avant comme après l'opération. La respiration, accélérée par l'agitation du petit malade, ne s'est pas ralentie pendant l'anesthésie. Il n'y a pas eu de nausées. L'enfant s'est remis presque instantanément.

Dans le second fait, il s'agit d'un homme d'une quarantaine d'années, qui avait à subir l'amputation d'un doigt pour une carie. M. Rigaud a procédé comme il suit :

Une éponge imbibée d'amylène fut placée dans une espèce de godet fait avec une compresse doublée de taffetas. On versa sur l'éponge 20 à 25 grammes d'amylène. L'odeur de cette substance ne parut pas impressionner le malade d'une manière désagréable, mais l'effet fut lent à se produire. Trois ou quatre fois une nouvelle dose d'amylène fut versée sur l'éponge. Au bout de quinze à vingt minutes, il se manifesta une légère contraction, accompagnée de quelques frémissements fibrillaires; l'anesthésie se produisit tout à coup : la compresse enlevée, l'insensibilité se prolongea pendant dix à quinze minutes, sans qu'on eût besoin de recourir de nouveau à l'amylène. Pendant cette période de stupeur, la circulation se ralentit vers la fin de l'opération, la respiration resta calme, accompagnée d'un léger ronflement, et la résolution des membres ne fut pas aussi complète que par le chloroforme.

Le réveil fut précédé d'un léger tremblement musculaire et d'un peu d'excitation hilariante. Le malade n'a eu ni nausées ni salivation; il dit s'être endormi sans le savoir, avoir rêvé de jeux et avoir entendu de la musique; enfin, il ne s'est pas aperçu de l'opération. Il est revenu à lui promptement. Au bout d'une demi-heure,

marchait en éprouvant quelques vertiges, mais sans céphalalgie. Ces légers symptômes se dissipèrent très-vite. On avait employé en tout 100 grammes d'amylène. On trouvera plus loin les nouveaux détails que M. Giraldès a communiqués à la Société de chirurgie et un résumé du travail que M. Debout vient de présenter sur ce même sujet à l'Académie. Nous devons, en outre, à l'obligeance de notre savant confrère la communication de plusieurs observations qui forment un appendice à ce travail, et qui, indépendamment du nouveau témoignage qu'elles apportent à l'appui de l'innocuité et de l'efficacité anesthésique de l'amylène, montrent qu'à l'aide d'un appareil approprié on peut obtenir le même résultat avec une dose très-inférieure à celle dont se sont servis MM. Tourdes et Rigaud, et en beaucoup moins de temps. Nous reviendrons sur ces faits dans la prochaine *Revue*.

De la méthode de M. Simpson (extraction du placenta) pour remédier à l'hémorrhagie pendant le travail, produite par l'implantation du placenta sur l'orifice.

Dans une leçon clinique de M. le professeur P. Dubois sur les hémorrhagies qui surviennent pendant le travail, et sur les moyens proposés pour y remédier, notre attention fut surtout appelée sur la manière dont le professeur apprécia le procédé hardi proposé par M. Simpson pour faire cesser les hémorrhagies produites par l'insertion du placenta sur le col. On sait que M. Simpson, se fondant sur ce fait, qu'on a vu dans quelques cas d'insertion centrale du placenta, la dilatation graduelle du col opérer le décollement complet de cet organe, qui se trouvait ainsi chassé au dehors de la vulve plusieurs heures même avant l'expulsion du fœtus, sans que cette circonstance eût pour la mère les conséquences graves qu'on aurait pu supposer; on sait, disons-nous, que M. Simpson a proposé en pareil cas de pratiquer artificiellement le décollement complet et l'arrachement du placenta. Nous nous proposions de présenter ici quelques-unes des considérations que M. le professeur Dubois a émises à ce sujet, lorsque, par une assez heureuse coïncidence, M. le docteur de Sayas (de la Havane) nous a fait remettre l'observation suivante, qui, grâce à cette circonstance, présente un intérêt tout d'actualité. Nous ajournons donc pour l'instant le projet que nous avions de résumer ici la discussion à laquelle s'est livré M. Dubois sur ce point de pratique obstétricale, pour faire place à l'observation de notre honorable correspondant, que nous publions textuellement et sans la faire suivre en ce moment d'aucun commentaire.

Implantation du placenta sur l'orifice interne du col, hémorrhagie grave pendant l'accouchement, combattue par la méthode de M. Simpson; extraction du fœtus à l'aide du forceps chez une primipare; par M. le docteur DE SAYAS (de la Havane).

La mulatresse N. N., âgée de dix-huit ans, d'une bonne constitution, me consulta pour une hémorrhagie qui durait depuis quinze jours; elle était dans le huitième mois de sa grossesse. Les remèdes généraux, le repos et une saignée qu'on lui conseilla ne la soulagèrent pas, et le flux sanguin, quoique peu considérable, la gênait et lui inspirait des craintes par sa continuité: du reste la grossesse avait été assez bonne, et son état était en rapport avec ce qu'elle me disait.

Je l'examinai avec soin; le fœtus était vivant, le ventre bien développé. L'hémorrhagie *était venue tout d'un coup, au milieu du sommeil*, sans antécédents d'aucune sorte, sans avoir été précédée et sans être accompagnée d'aucun symptôme qui fît croire à une cause autre que l'implantation du placenta sur l'orifice interne du col. Ce fut mon diagnostic que confirma la terminaison du travail précédée de l'extraction du placenta, ainsi qu'on va le voir.

Comme la perte était peu considérable, que les forces se conservaient, que le pouls était assez régulier et mou sans être faible, que le col utérin était ramolli en grande partie et l'orifice fermé, je me bornai à prescrire les limonades fraîches, des lavements pour tenir le ventre libre, le repos dans la position horizontale avec les reins élevés, et un régime léger en même temps que réparateur.

Je continuai ces moyens et d'autres analogues sans qu'ils parussent avoir une influence notable sur l'hémorrhagie, qui continua sans régularité pendant quarante jours, au bout desquels les douleurs de l'enfantement se firent sentir.

A mon arrivée je trouvai la femme couchée comme je le lui avais recommandé, les douleurs étaient régulières, intermittentes, de la classe des *préparantes*; le sang sortait avec plus d'abondance et l'orifice offrait déjà une dilatation du diamètre d'une pièce d'un franc, de façon à permettre l'introduction du doigt et à laisser reconnaître un corps mou, qui n'était pas les membranes, et au travers duquel on sentait la partie fœtale, qui était la tête. Le pouls était plus fréquent, mais non faible. Je lui défendis de faire des efforts; avec les barbes d'une plume je titillai le col, d'après le conseil de Puzos, pour activer les contractions de la matrice, et j'attendis trois heures la dilatation complète.

Jusqu'alors l'hémorrhagie avait été modérée, et l'état de la femme ne m'inspirait pas de graves inquiétudes; mais avec les douleurs *expulsives* l'hémorrhagie devenait plus abondante, et le danger pour la mère et pour l'enfant se faisait plus imminent. Je prévins la famille et demandai qu'on appelât des confrères, disposé que j'étais à pratiquer la version ou l'application du forceps, selon les circonstances. Immédiatement je perçai le placenta avec une sonde de femme, et administrai 50 centigrammes de seigle; j'engageai la femme à pousser, veillant attentivement sur la quantité du sang, sur l'état de la femme et sur les progrès du travail, qui se faisait lentement.

Vingt minutes plus tard vint un confrère qui me m'aida que dans la manœuvre. L'hémorrhagie était grave, le pouls faiblissait, les extrémités se refroidissaient, le travail n'avançait pas, la tête ne traversait pas le placenta. J'administrai un gramme de seigle et je disposai la femme et les aides pour procéder à l'extraction du délivre et immédiatement après à la version. J'introduisis la main et commençai à diviser le placenta du centre à la circonférence; mais j'éprouvais de grandes difficultés à cause des contractions énergiques de la matrice et des adhérences du placenta qui allaient à gauche à une hauteur considérable; je ne pus les vaincre sans rompre avant les membranes et après l'issue de la plus grande partie du liquide amniotique.

Extraction faite du placenta, les douleurs furent énergiques; ma main droite ne répondait pas au plan antérieur du fœtus pour pouvoir exécuter promptement le second temps de la version; l'enfant se présentait en première position, et tandis que je me préparais à introduire la main gauche, la tête franchissait l'orifice: cela m'engagea à appliquer le forceps directement pour terminer l'accouchement et mettre fin à l'accident grave que je cherchais à combattre.

L'extraction se fit avec assez de facilité; le fœtus était mort. L'hémorrhagie s'arrêta promptement avec deux doses d'un gramme chacune de seigle, l'application extérieure du froid et la position horizontale que je fis garder à la femme. Il n'y eut d'autre accident qu'une déchirure de la fourchette dans l'étendue d'un pouce.

La convalescence fut prompte et la déchirure se guérit avec le repos et la position, sans que j'aie eu à recourir à la suture.

NOTE SUR L'INNOCUITÉ ET LA VALEUR DE L'AMYLÈNE, considéré comme agent anesthésique.

Par M. le docteur DEBOUT.

(Lue à l'Académie de médecine dans sa séance du 10 mars.)

La pratique de l'anesthésie est un fait acquis à la science et si bien vulgarisé aujourd'hui qu'il n'est plus possible aux chirurgiens d'en refuser les bénéfices aux malades qui doivent subir une opération longue et douloureuse. Les dangers de l'emploi de l'un des deux agents consacrés par l'expérience, tout éventuels qu'ils sont, ont suffi pour engager les nombreux médecins qui se sont occupés de la question à formuler un *desideratum*, celui de trouver un agent d'une puissance intermédiaire entre l'éther et le chloroforme. L'*amylène*, dont M. Snow a découvert le premier les effets anesthésiques, est-il destiné à réaliser le progrès désiré? Telle est la question qui s'agite, et dont la prompte solution est vivement désirée.

J'ai l'honneur d'adresser à l'Académie:

1° Le compte rendu d'expériences entreprises sur les animaux dans le but de fixer le degré d'innocuité de l'amylène:

2° Une série d'observations d'anesthésies obtenues au moyen de l'amylène, dans les services de plusieurs des chirurgiens membres de la savante Compagnie.

Ces faits, dit M. Debout, recueillis par les élèves internes attachés à ces services, témoignent des avantages spéciaux qu'on doit attendre de l'emploi du nouvel agent. Ces anesthésies ont été produites, les unes au moyen de l'amylène préparé à ma demande par M. Berthé, chef du laboratoire des produits pharmaceutiques de la maison Ménier, les autres avec le même médicament fabriqué à Londres, et qui m'a été adressé par M. Snow, dans le but de m'assurer si nous expérimentions avec des agents semblables.

Les détails que vous a adressés M. Tourdes me permettent d'aborder seulement les deux points les plus importants de l'étude de l'amylène, son *innocuité* et sa *valeur anesthésique*.

Le savant professeur de Strasbourg cite à l'appui du premier fait la possibilité de pouvoir anesthésier le même animal sans que sa vie soit compromise. L'Académie trouvera dans le récit des expériences que je lui adresse une preuve nouvelle de la grande innocuité de l'amylène. Si dans une série de bocaux cubant deux litres d'air, on place des animaux très-sensibles à l'action des agents anesthésiques, des passereaux, par exemple, on verra qu'il suffit de verser deux gouttes de chloroforme dans l'un d'eux pour anesthésier l'oiseau qui s'y trouve enfermé. Si, dans un autre bocal, on porte la dose à cinq gouttes, l'oiseau est foudroyé. Qu'on répète une expérience semblable avec l'amylène, on constate l'insensibilité avec dix gouttes; si on élève la dose à cinquante gouttes (1 gramme 35), l'animal revient encore à lui si on ne prolonge pas son séjour dans l'atmosphère amylique au delà d'une minute. Un résultat identique est obtenu avec le produit de Londres et celui de Paris. Soumis à l'action de la *même quantité* d'éther et pendant le *même laps de temps*, l'oiseau succombe.

Ces expériences, répétées un grand nombre de fois en collaboration de M. Duroy, nous ont fait voir que s'il suffit de *doubler* la quantité du chloroforme pour transformer la dose *anesthésique* de cet agent en dose *toxique*, il faut *quadrupler* celle de l'éther et *quintupler* celle de l'amylène. Il ressort de ces faits que l'innocuité du nouvel agent est plus grande encore que celle de l'éther sulfurique.

Ces preuves de l'innocuité de l'amylène ont leur valeur; car l'Académie verra par les observations des malades soumis à l'action des vapeurs du nouvel agent, que pour les maintenir dans une insensibilité complète il a été nécessaire de prolonger l'inhalation pendant toute la durée des opérations.

Quelque restreint que soit encore le nombre de nos expérimentations, la variété d'âge, de sexe, de constitution, etc., des sujets soumis à nos essais, nous permettent de tracer un parallèle entre les effets de l'amylène et ceux de l'éther et du chloroforme. Cette étude aura pour résultat de mieux marquer la valeur de la découverte de M. Snow.

Pour ménager les moments de l'Académie, je le ferai sous forme de propositions:

1° Les vapeurs d'amylène, malgré l'odeur peu agréable du médicament, sont inhalées sans aucune répugnance par les malades. Ceux d'entre eux qui ont subi antérieurement l'anesthésie au moyen du chloroforme, accordent la préférence au nouvel agent et la légitiment par l'absence d'action irritante des vapeurs amyliques sur les muqueuses buccale et bronchique pendant l'inhalation, et la non-production de cépbalalgie au réveil.

2° La volatilité de l'amylène commande l'usage d'un appareil; son embout doit couvrir le nez et la bouche du malade, afin d'assurer la plus grande rapidité d'action de cet agent.

3° L'amylène agit plus promptement que l'éther. Deux minutes ont souvent suffi pour rendre des adultes insensibles. Ce résultat s'observe lorsque les malades ne sont nullement préoccupés de l'opération qu'ils vont subir et qu'ils respirent largement.

4° La rapidité avec laquelle se dissipent les effets anesthésiques de l'amylène force à continuer l'inbalation de nouvelles doses de vapeurs d'une façon intermittente pendant toute la durée des opérations.

5° L'excitation qui marque le premier temps de l'anesthésie est moins sensible lorsqu'on emploie l'amylène qu'avec les deux autres agents et surtout l'éther. Il présente sous ce rapport une prééminence incontestable.

6° L'insensibilité produite par l'amylène est moins profonde que celle que détermine le chloroforme. On observe souvent des signes d'anestbésie incomplète, des mouvements réflexes qui viennent témoigner d'une action moins puissante. Alors même qu'une insensibilité a été obtenue, le malade ne perd jamais le souvenir des circonstances qui ont marqué le début de son amylénation.

7° L'état moral des malades est des plus remarquables. Des rêves ont lieu habituellement, et laissent aux opérés des souvenirs toujours agréables. Lors du réveil la pbysionomie est gaie; les malades ne présentent jamais ce degré d'exaltation que l'étber détermine si souvent; jamais d'explosion de ces sentiments expansifs qui rappellent l'ivresse alcoolique.

8° Pendant toute la durée de l'anestbésie amylique le pouls reste large, plein et très-fréquent; les mouvements respiratoires amples; la peau chaude; le visage fortement coloré; absence en un mot des signes qui dénotent que le nouvel agent atteint facilement les phénomènes de la vie organique.

9° Les effets physiologiques, de même que les expériences sur les animaux, démontrent que l'amylène est un agent aussi inoffensif que l'étber, mais dont l'action se dissipe plus rapidement encore.

Si ces faits n'autorisent pas à proposer la substitution de l'amylène au chloroforme, ils constituent des titres réels au profit du nouvel anesthésique, et le feront inscrire au nombre des agents médicamenteux utiles.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Suite et fin du discours de M. Guérin.

Le pli de la méthode sous-cutanée est tout autre; il est fait et placé autrement, parce qu'il a un autre but, parce qu'il est inspiré par une autre idée. En effet, au lieu d'être fait en pinçant le tendon, comme les plis précédents, il est fait en soulevant la peau qui longe et côtoie le tendon, en ayant soin de le faire aussi large que possible. Et pourquoi? Parce qu'il est destiné à écarter le plus possible la plaie cutanée de la plaie intérieure, à les placer à plusieurs centimètres l'une de l'autre, en laissant un espace occupé par les coucbes celluleuses, qui oblitèrent par leur tassement le trajet sous-cutané parcouru par l'instrument. Voici donc comment avec trois buts différents on a été conduit à faire trois plis différents.

Les *plaies*, dans les deux procédés, ne sont pas moins différentes. Dans le procédé ténotomique, on fait une ponction sur le côté, mais en *regard* du tendon à diviser; après la section du tendon, la plaie cutanée et la plaie tendineuse *n'en font qu'une*; aucun intervalle ne les sépare; d'où il résulte une communication directe et constante entre les deux plaies. Dans le véritable procédé sous-cutané, tout est différent, sinon opposé; et cette différence, cette opposition résulte précisément de la différence des plis.

Enfin, des différences de *rapport* que nous venons d'établir entre les plis cutanés, la plaie tégumentaire et la plaie tendineuse, résulte une dernière et capitale différence: celle de la *condition physique et physiologique* que présente l'intérieur de la plaie profonde ou tendineuse.

Cette dernière particularité mérite de fixer au plus haut point l'attention de l'Académie, car là est la clef, le secret des résultats pratiques, si différents entre les deux procédés, c'est-à-dire des accidents nombreux que j'ai signalés d'une part, et d'autre part de l'innocuité constante de mes résultats.

En effet, lorsque l'on a divisé un tendon, mes contradicteurs s'accordent avec moi pour reconnaître qu'il se fait entre les deux bouts un écartement plus ou moins considérable. Cet écartement produit un espace qui est immédiatement rempli, ou par les liquides épanchés ou par l'air extérieur. C'est en ce sens que j'ai pu dire, en 1837, que mon procédé sous-cutané favorisait l'entrée de l'air dans les plaies (sauf à l'en faire sortir), parce que, contrairement à la règle du procédé de Delpech et de M. Stromeyer, je produisais un écartement immédiat assez considérable des bouts divisés. MM. Malgaigne et Velpeau ont deux fois équivoqué à cet égard.

Je n'ai pas donné le fait de l'écartement comme un caractère du vrai procédé sous-cutané, j'ai au contraire reconnu que c'est aujourd'hui la pratique suivie par tout le monde; mais j'ai signalé cette pratique comme favorisant les accidents que j'ai dit exister à la suite des opérations faites par des procédés qui n'y ont pas égard, et qui ne renferment rien pour les empêcher et les prévenir. Et en effet, malgré le dire de M. Velpeau, lorsque les deux plaies communiquent entre elles constamment et librement, il est presque impossible d'empêcber que la colonne d'air extérieur ne force l'entrée de la plaie cutanée pour mettre l'espace formé par la plaie profonde en équilibre avec l'atmosphère. Or, dans le vrai procédé sous-cutané, cela n'a point lieu: la pression extérieure agit précisément en sens contraire, c'est-à-dire favorise l'occlusion du trajet sous-cutané qui sépare les deux plaies, et maintient la plaie profonde constamment *lutée*.

Telle est, dans les deux procédés, la condition physique des deux plaies. Est-il besoin d'ajouter que le résultat physiologique n'est pas moins opposé. Dans un cas, la plaie tend toujours à devenir *exposée*;

dans l'autre, une fois l'air expulsé, la plaie reste sûrement *non exposée*.

Telles sont donc, et sous le rapport de l'ensemble, et sous le rapport des éléments de chaque procédé, les différences et oppositions qu'ils présentent.

J'ai dit que jusque-là l'idée physiologique de la méthode, le fait de la non-suppuration de la plaie sous-cutanée, n'avait pu être dégagé du résultat empirique qui le contenait pour être élevé à sa véritable signification, c'est-à-dire pour devenir la base d'une méthode générale applicable à toutes les opérations autres qu'à la ténotomie : c'est qu'en effet les idées régnantes sur la cicatrisation des plaies et les résultats incertains et parfois dangereux du procédé ténotomique ne permettaient pas d'y songer; les faits comme les théories défendaient d'aller au delà. Quels étaient ces faits, quelles étaient ces théories? C'est ici, messieurs, que mes contradicteurs se sont donnés beau jeu, qu'ils ont ouvert une large et libre carrière à leurs dénégations et à leurs affirmations gratuites : je prie l'Académie de vouloir bien m'accorder toute son attention, car nous quittons les détails arides pour entrer dans les grandes questions de doctrines et de principes.

A partir du jour où M. Strohmeyer eut fait connaître son procédé, l'usage s'en répandit rapidement, et on obtint de nombreux cas de cicatrisation immédiate. Cependant, peu à peu les insuccès arrivèrent; ils se multiplièrent; on dut en rechercher la raison : cette raison, comme je l'ai dit, on crut la trouver dans la théorie de la réunion immédiate, de l'inflammation adhésive. Dès lors l'inconstance des résultats pratiques du nouveau procédé fut considérée comme soumise aux chances d'instabilité de toutes les tentatives de la réunion immédiate. Voilà ce que j'ai dit, voilà ce que je maintiens; voyons comment mes contradicteurs répondent, et voyons ce qu'ils ont répondu.

Ici M. Guérin, après avoir rappelé les dénégations de MM. Velpeau et Malgaigne à l'égard des accidents en question, cite des faits nombreux de M. Velpeau lui-même, de M. Bouvier, de M. Guersant, de M. Pirogoff, de MM. Dieffenbach et Phillips, etc., qui démontrent l'existence de ces accidents. Puis, passant à la question de doctrine, il s'exprime ainsi :

J'ai dit qu'antérieurement à la méthode sous-cutanée on expliquait le travail de cicatrisation ténotomique par la doctrine de Hunter; que le procédé opératoire était, sous ce point de vue, d'accord avec la théorie; j'ai dit qu'on se rendait compte des accidents par la même doctrine, qu'on les considérait comme des réunions immédiates non réussies auxquelles la théorie n'avait rien à opposer, soit pour les prévoir, soit pour les prévenir; j'ai dit enfin que les accidents fâcheux, maintenant incontestables, auxquels donnait lieu la pratique, et les principes qui les commentaient et régissaient, étaient comme deux épouvanteils qui arrêtaient toute extension du procédé opératoire, et qui condamnaient d'avance toutes tentatives en dehors de la ténotomie si quelqu'un y eût songé. Je n'ai pas besoin de vous rappeler les dénégations de M. Velpeau sur ces différents points:

Je commence par faire cesser une équivoque transportée de la presse au sein de l'Acédémie, relative au sens que j'ai pu et dû donner à la qualification de *ténotomie huntérienne*. Il est presque superflu de le faire remarquer; je savais parfaitement que Hunter n'a pas pratiqué de sections de tendons, mais je croyais avoir très-clairement démontré que le procédé ordinaire, depuis Delpech et M. Stromeyer, avait été créé, réglé, appliqué et commenté conformément aux doctrines de la réunion immédiate, de l'inflammation adhésive; prenant les choses de plus haut et dans son sens le plus général, j'avais donc bien pu caractériser cette époque de la ténotomie sous-cutanée sous le nom de *ténotomie huntérienne*. Je vais montrer à l'Académie que cette interprétation et cette désignation même appartiennent bien aux opérateurs et aux auteurs de cette époque.

« La réunion par première intention, dit Hunter, n'est autre » chose qu'une attraction réciproque de cohésion qui s'établit entre les » parties vivantes qui ont été déviées, soit naturellement, soit par » l'art et le coagulum interposé, de telle sorte qu'il s'établit immédia- » tement entre elles et lui des rapports mutuels, et que leurs intérêts, » si l'on peut ainsi dire, deviennent les mêmes. » (Hunter, t. III, p. 49.) Et dans un autre endroit : « La rupture du tendon d'Achille » ne s'accompagne que de peu d'inflammation; cette inflammation » n'exige à peu près aucun traitement particulier. » (*Id., ibid.*, p. 493.)

Voilà l'idée générale et particulière du maître. Pour éviter toute équivoque ou méprise sur la différence de signification que mes contradicteurs pourraient donner à *la réunion immédiate, à l'inflammation adhésive*, voici deux lignes de l'éditeur de Hunter, du docteur Palmer, qui lèveront toute difficulté. « Actuellement on considère gé- » néralement comme synonymes les deux expressions : réunion par » première intention, inflammation adhésive. » (Note du docteur Palmer, *Œuvres de Hunter*, t. I, p. 444.)

Il est presque superflu de rappeler que Delpech et M. Stromeyer ont posé en principe de rapprocher les bouts du tendon divisé après la section dans le but d'en obtenir la réunion immédiate, sauf à étendre consécutivement par des tractions la substance intermédiaire. La différence entre ces deux auteurs, c'est que Delpech n'avait voulu d'abord que réunir les extrémités tendineuses, laissant les plaies cutanées suppurer, mais que M. Stromeyer a étendu à la peau le bénéfice de l'indication posée par Delpech pour le tendon seulement. Que postérieurement on ait abandonné la pratique conseillée per ces deux auteurs, que l'on ait, à l'exemple de M. Bouvier ou de M. Velpeau, préféré l'écartement immédiat, c'était une contradiction à la théorie, mais non l'abandon de la théorie. D'ailleurs, on le sait, MM. Bouvier et Velpeau n'ont pas dérogé au principe de la réunion immédiate en pratiquant l'écartement des bouts; ils n'ont fait qu'y substituer une explication (que l'on regarde généralement comme une erreur), à savoir, que la substance intermédiaire serait formée par l'épaississement et le tassement des lamelles celluleuses de la gaine : autre genre de procédé de l'inflammation adhésive. (Suivent quelques citations à l'appui empruntées à MM. Bouvier, Duval et Velpeau.)

Ainsi ce travail ténotomique de réunion immédiate, d'inflammation adhésive, est un véritable travail inflammatoire, que M. Bouvier s'efforce de limiter, que M. Duval rencontre de la manière la plus constante jusqu'au septième jour, que M. Ammon reconnaît comme l'inflammation adhésive de Hunter, et que M. Velpeau trouve *dangereuse* et même *redoutable* quand l'opération doit être portée sur les gaînes fibreuses et les toiles synoviales qui enveloppent certains tendons.

Et si tout cela ne suffisait pas pour prouver la doctrine, si ces appréhensions et ces menaces n'ajoutaient pas aux cas de phlegmon, d'abcès, de gangrène et de mort, maintenant bien et dûment constatés, pour arrêter toute idée de tentative *au delà du domaine de la ténotomie pure*, voici venir un auteur, parmi les plus habiles, parmi les plus éminents, qui formule les faits et la doctrine dans des termes qui ne laissent rien à désirer. Le 7 juillet 1843, M. le professeur Sédillot adressait à l'Institut un mémoire sur l'*innocuité de la ténotomie*, dans lequel l'auteur, discutant le caractère du travail de cicatrisation des plaies ténotomiques, concluait que ce travail était bien une application de l'inflammation adhésive de Hunter. C'était à ses yeux une méprise dangereuse que de le rapporter à un travail d'organisation immédiate, méprise qui devait, selon lui, conduire à de graves déceptions. (Citation extraite du t. VIII, p. 298, des *Annales de la chirurgie*.)

Voilà donc quels étaient les procédés, les résultats et les théories de la ténotomie sous-cutanée, avant la méthode sous-cutanée. De cette longue disquisition il résulte trois choses, trois vérités incontestables.

Premièrement, on en était venu, à la suite d'une série, d'expédients chirurgicaux, de tâtonnements et d'ébauches empiriques, à trouver un procédé pratique capable de produire la cicatrisation ténotomique immédiate.

Secondement, des accidents répétés et d'une gravité réelle, inexplicable et inexpliquée jusqu'alors, ne l'étaient que par la théorie de l'inflammation adhésive, de son aveu incapable de les prévoir et de les prévenir;

Troisièmement, les accidents observés à la suite des ténotomies suppurées d'une part, et, d'autre part, les doctrines qui en rendaient compte, constituaient deux épouvantails qui devaient s'opposer à toute tentative en dehors et au delà du cercle où la ténotomie sous-cutanée avait été renfermée jusqu'alors.

Voilà où l'on en était avant la méthode sous-cutanée. Vous allez voir, à la manière dont on a salué son avénement, si on n'a vu en elle qu'une *orgueilleuse aventurière parée de la dépouille de ses devanciers*.

A peine le principe de l'innocuité des plaies sous-cutanées fut-il proclamé, qu'un grand nombre de chirurgiens des plus distingués s'empressèrent à l'envi de réaliser la plupart des applications chirurgicales que l'auteur de la méthode avait lui-même indiquées, et tous en visant explicitement le nouvel ordre d'idées dont ils venaient attester les résultats.

C'est tout d'abord M. Barthélemy, chirurgien du Gros-Caillou, et après lui, M. Chaumet, chirurgien de l'hôpital de Bordeaux, M. Maréchal, qui guérissent des ganglions synoviaux par l'incision sous-cutanée.

C'est M. Malgaigne lui-même qui apporte sa pierre à l'édifice en modifiant le procédé de M. Barthélemy et en appliquant la méthode — considérée alors par lui comme nouvelle, et la rapportant à son origine — à la cure de l'hygroma. (*Bull. thér.*, 1840, p. 39.)

C'est Lisfranc, c'est M. Pinel-Granchamp, qui l'appliquent aux tumeurs articulaires considérables : M. Pinel-Grandchamp dans un cas grave, chez le gendre de sir Henry, malgré l'opposition et le pronostic fâcheux de MM. Blandin et Velpeau. (*Essai sur la méthode sous-cutanée*, 1841, p. 97.)

C'est M. Jobert qui tente la guérison de l'hydrocèle par les incisions sous-cutanées et qui reconnaît que la méthode sous cutanée « porte » déjà ses fruits et promet encore de féconds résultats. » (*Gazette des Hôpitaux*, 25 juillet 1840.)

C'est M. Ricord qui invente un nouveau procédé pour la cure du varicocèle par la ligature sous-cutanée des veines. (*Gazette des Hôpitaux*, 1840, p. 367.)

C'est M. Velpeau, qui « alors éclairé par les utiles travaux de » M. J. Guérin qui ont de nos jours fait valoir les résultats si promp- » tement avantageux des plaies sous-cutanées, » tente la cure radicale des hernies par les scarifications sous-cutanées. (*Gazette des Hôpitaux*, 1840, n° 84.)

C'est enfin M. Goyrand (d'Aix), qui imagine et applique un très-ingénieux procédé d'incision sous-cutanée pour l'extraction des corps étrangers du genou. Dans sa lettre d'envoi, M. Goyrand me témoigne sa surprise de ne pas voir de plus fréquentes applications de cette méthode, qu'il qualifie d'*immense progrès chirurgical*, dans le journal même de M. Velpeau, qui n'y met aucune opposition ni annotation.

C'est encore et surtout M. Bonnet (de Lyon), qui a tant fait par lui-même pour les progrès de la ténotomie et de la méthode sous-cutanée, qui le premier introduisit ces deux méthodes dans la chirurgie générale, en déclarant que « c'est à M. J. Guérin qu'on doit la découverte des phénomènes intimes dont les plaies sous-cutanées sont le siége, » etc...

Encore deux citations qui, j'espère, lèveront tous les doutes, s'il en existait encore.

Le nom de Dieffenbach a bien des fois été prononcé dans ce débat et opposé à l'auteur de la méthode sous-cutanée. Cet illustre chirurgien est mort, mais il a laissé un témoignage aussi honorable pour sa mémoire, que décisif dans la discussion qui nous occupe. Dans son dernier voyage à Paris, qui a coïncidé avec les violences de la coalition que nous avons eu l'honneur de susciter, l'illustre chirurgien, avec lequel j'avais eu quelques petits démêlés d'invention, vint me rendre visite, et là en présence de témoins qui ont recueilli ses paroles, il m'a dit ces mots :

« Puisque l'on vous persécute, et parce que l'on vous persécute, je » n'hésite pas à venir vous dire que je vous reconnais, moi, comme le » véritable auteur de la méthode sous-cutanée et de l'orthopédie scien- » tifique. » (Suit l'extrait d'une lettre adressée à l'Académie des sciences sur la méthode sous-cutanée par M. Phillips, l'élève et l'ami de Dieffenbach, dans laquelle il formule nettement à ce sujet l'opinion de son maître et la sienne.)

M. Guérin cite ensuite ici les passages de M. Malgaigne, que nous avons reproduits en partie dans le numéro précédent. Cette citation provoque une bruyante hilarité et des rires prolongés.

M. Guérin rappelle quelques-uns des incidents qui caractérisent l'opposition qui lui fut faite en 1844, lorsqu'il était chargé d'un service orthopédique à l'hôpital des Enfants; puis il examine quelques-unes des objections de M. Malgaigne contre la théorie pyogénique de l'air, et soumet ses expériences à un nouvel examen critique.

M. Guérin résume enfin la dernière partie de son discours en disant que toutes les évocations des auteurs que MM. Velpeau et Malgaigne ont faites, comme chacune d'elles en particulier peuvent être appréciées de la même manière, ce sont autant d'expédients que, pour la plupart, ces messieurs, et M. Malgaigne surtout, ne rapportent même pas dans leurs ouvrages; expédients qui ne doivent leur résurrection qu'à la méthode sous-cutanée, et que nos collègues n'auraient sans doute pas songé à faire revivre sans leur zèle amoureux bien connu pour cette méthode.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 mars 1857. — Présidence de M. Chassaignac.

Amputation sous-astragalienne.

M. Larrey. La pièce anatomique d'une amputation sous-astragalienne, montrée par M. Verneuil dans la dernière séance, m'engage à présenter aujourd'hui un militaire qui a subi cette amputation en Crimée. J'en résumerai l'observation, qui a été recueillie plus longuement par M. Lhonneux, aide de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce.

Le nommé D..., caporal au 3e régiment du génie, blessé devant Sébastopol le 28 juillet 1855, par un éclat de grenade qui lui a traversé le pied droit de part en part, est transporté immédiatement à l'ambulance de tranchée. On constate une fracture multiple et comminutive des os du métatarse, avec double plaie, hémorrhagie de l'artère pédieuse, et lésion des tendons extenseurs de la jambe. Le cas d'amputation est évident. Le chef de l'ambulance, M. Leroy, jeune chirurgien habile, choisissant l'amputation sous-astragalienne, la pratique, quelques heures après la blessure, selon, à peu près, le procédé à lambeau interne, réuni par des points de suture.

Des accidents d'inflammation vive, puis de suppuration diffuse se déclarent; le pus envahit les gaînes tendineuses, des abcès multiples se forment le long de la jambe, le périoste du tibia se détache dans un point, et une nécrose partielle entraînant l'élimination d'un séquestre provoque la formation de nouveaux abcès. La suppuration se prolonge ainsi pendant plusieurs mois, et vers le sixième enfin la cicatrisation est définitive.

Ces accidents si graves ne se compliquent pas néanmoins de la pourriture d'hôpital, sévissant alors aux ambulances; et, chose notable, une seconde plaie assez profonde de l'aisselle est parvenue en peu de jours à une prompte guérison.

Le blessé avait été évacué le 17 novembre sur Constantinople, et le 4 décembre sur Montpellier. C'est alors que son état s'améliore, et que les foyers purulents se tarissent; mais un eczéma très-aigu survient à la jambe et l'envahit dans sa plus grande étendue. Les eaux d'Amélie-les-Bains, employées au mois de mai 1856, diminuent, sans la faire disparaître, cette affection secondaire, qui persiste pendant la durée d'un congé de convalescence, et oblige enfin le malade à entrer au Val-de-Grâce le 3 décembre, en même temps qu'il vient réclamer une jambe artificielle.

Voici dans quel état se présente le membre à notre observation : L'eczéma, devenu chronique, occupe toute la région antérieure de la jambe; la peau, d'un rouge assez intense, est adhérente au tibia sur les cicatrices des abcès, les muscles sont atrophiés, le tendon d'Achille se rétracte de plus en plus, et un raccourcissement total d'un centimètre existe, d'après une mensuration exacte.

Quant au moignon, représentant l'amputation sous-astragalienne à lambeau interne et un peu antérieur, il offre une cicatrice assez régulière, une mobilité marquée, et une sorte de dépression due au tassement du pannicule graisseux qui double la peau du lambeau. Celui-ci est épais, assez étendu; mais par l'effort de la marche, ou même à la moindre pression sur le sol, ce lambeau, d'ailleurs mobile, est refoulé en arrière et entraîné en haut par l'action musculaire. Il en résulte une tension de la peau en avant, et une saillie de l'extrémité de l'astragale tellement prononcée, que la pression soutenue provoquerait une excoriation des téguments (comme cela est du reste survenu déjà chez cet amputé), et plus tard peut-être une dénudation de l'os, une nécrose et toutes ses conséquences. L'astragale est immobile et paraît soudée à la face inférieure du tibia par une ankylose complète.

Reste à savoir si le contact d'une bottine et la station prolongée ou la marche sans béquilles permettront à ce moignon de supporter le poids du corps sans accidents ultérieurs. C'est ce que l'on doit craindre et ce que nous pourrons apprécier plus tard seulement, lorsque l'amputé aura fait usage de la jambe artificielle commandée pour lui.

M. Larrey présente en même temps à la Société le moule fort bien fait du moignon.

M. Verneuil rappelle que dans la dernière séance il avait présenté un cas d'amputation du pied pratiquée pour une affection organique et suivie d'un résultat fâcheux. Dans la prochaine séance, il en présentera un autre également à la suite d'affection organique et suivi d'un résultat malheureux; d'un autre côté, une amputation pratiquée par M. Roux (de Marseille) pour une lésion traumatique et le fait que vient de présenter M. Larrey ont été suivis de succès. Ces résultats confirment le principe posé par M. Verneuil, que l'amputation du pied, excellente quand il s'agit d'une lésion traumatique, doit être rejetée dans les affections organiques.

M. Verneuil montre ensuite que le procédé qui a été employé sur le blessé que présente M. Larrey n'est ni le procédé de M. Jules Roux, ni celui qu'on emploie d'habitude pour l'amputation sous-astragalienne; au lieu du lambeau postéro-interne, on a taillé un lambeau antéro-interne. Il en résulte que la pression du sol, se faisant sur les téguments du dos du pied, au lieu de se faire sur les téguments du talon, cause une douleur assez forte. En outre, le lambeau est déjà entraîné en haut, et il est limité par une rainure produite par le tendon d'Achille adhérent à la cicatrice; il sera donc de plus en plus entraîné en haut par le gastro cnémien, et le malade finira par reposer exclusivement sur la peau de la face dorsale du pied. Il est donc douteux que cet homme puisse jamais bien marcher sur son moignon, qui est déjà douloureux dans la marche. En résumé, ce fait est intéressant en ce qu'il prouve l'utilité de l'amputation sous-astragalienne, et l'importance du choix à faire de la méthode qu'on doit employer.

M. LARREY. Je ferai remarquer à M. Verneuil que l'on ne peut admettre comme absolument bon un résultat obtenu au prix des accidents primitifs les plus graves et les plus prolongés. L'amputé avait été cependant l'objet des soins les plus assidus (de la part de M. Lasnier particulièrement), et il n'est pas encore à l'abri d'accidents secondaires, malgré le résultat reconnu satisfaisant aujourd'hui.

Tumeur de l'aisselle. — M. MICHON, absent, fait présenter en son nom une femme atteinte d'une tumeur encéphaloïde considérable au bord antérieur de l'aisselle.

M. GOSSELIN pense que cette tumeur doit être enlevée. Il a opéré la veille de Noël une tumeur également encéphaloïde et semblable à celle-ci. Pour arriver plus sûrement à la disséquer, en respectant les nerfs et les vaisseaux, il prit le parti de la morceler. Pour cela, après l'incision de la peau, il commença par fendre la tumeur et enlever ses parties antérieure et postérieure; il n'en restait ainsi sur les vaisseaux qu'une portion peu considérable, bien dégagée et par cela même facile à disséquer. La guérison eut lieu promptement, mais il y a déjà récidive.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Jules Roux adresse une observation d'amputation tibio-tarsienne pratiquée par M. Pichaud, chirurgien de 1re classe de la marine à Toulon. (Rapporteur, M. Verneuil.)

— M. le docteur Perret, ancien interne des hôpitaux, adresse pour obtenir le titre de membre correspondant les observations suivantes :

Hydrocéphalie chez un fœtus à terme, ponction des deux tumeurs, application du forceps;

Kyste de l'ovaire traité avec succès par la canule à demeure et l'injection iodée.

Commission : MM. Cullerier, Huguier, Cazeaux.

— M. Bouvier prie la Société, au nom de M. Gilbert d'Hercourt, de nommer une commission pour suivre l'effet du traitement d'une petite fille affectée de luxation congénitale des fémurs.

Commission : MM. Bouvier, Lenoir, Broca.

— M. le docteur Denucé, professeur adjoint de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Bordeaux, adresse les ouvrages suivants :

Mémoire sur les corps étrangers introduits dans la vessie;

Observation d'anévrysme inguinal traité par la ligature de l'artère iliaque externe;

Considérations sur l'autoplastie et sur les méthodes et les procédés opératoires qui la constituent.

— La Société reçoit en outre :

Le compte rendu des principaux faits observés à la clinique d'accouchements pendant les années 1852-1855 à Montpellier, par M. Dunal;

Le compte rendu de l'Association des médecins du département de la Seine pour l'année 1856, par le docteur Cabanellas.

De l'action anesthésique de l'amylène. — M. GIRALDÈS lit le mémoire suivant :

Lors de la discussion sur les accidents produits par le chloroforme, il a été plusieurs fois question dans cette enceinte des recherches d'un médecin anglais, M. John Snow, dont les travaux sur l'anesthésie méritaient une mention spéciale.

Depuis cette époque, l'habile expérimentateur ne cessa un instant de s'occuper de ce sujet, dans le but surtout de connaître soit la cause des accidents, les moyens de les prévenir, ou bien de trouver un produit nouveau ayant les propriétés anesthésiques du chloroforme sans avoir aucun des inconvénients qui lui sont attribués.

En continuant ses recherches de prédilection, M. Snow trouva dans la classe des hydro-carbonés un liquide, l'amylène, jouissant de propriétés anesthésiques assez marquées, et qui laissaient espérer qu'on pourrait le substituer avec avantage au chloroforme.

Après avoir soumis des animaux aux inhalations des vapeurs d'amylène, après l'avoir essayé sur lui-même, M. Snow se trouva amplement autorisé à en faire l'application à l'homme, dans le but d'obtenir l'anesthésie. Ses premiers essais ont été commencés vers la fin de l'année; l'expérience répondant complétement à son attente, il en continua l'application; aussi vers la fin de janvier de cette année, on comptait déjà soixante-neuf observations d'anesthésie amylénique dans des opérations de toute nature : amputations, taille, ablation de tumeurs, et même des accouchements.

En présence d'expériences satisfaisantes, tentées sous le contrôle de chirurgiens recommandables, je me suis trouvé suffisamment autorisé à en faire l'essai. Je viens donc vous rendre compte, un compte succinct, des vingt-cinq observations d'anesthésie amylénique recueillies dans mon service; j'ai pensé que la Société accueillerait avec faveur cette communication, faite dans le but de provoquer de la part de nos collègues des essais analogues, afin de juger complétement cette nouvelle et importante question.

Il ne rentre pas dans mes intentions de parler de l'histoire chimique de l'amylène; je n'ai pas autorité pour traiter ces matières, mais je crois pouvoir dire quelques mots touchant son mode d'administration.

L'amylène, on le sait, est un produit découvert en 1844 par M. Balard; c'est un liquide transparent, très-léger, très-volatil, bouillant à 35° et 39°, d'une odeur alliacée quelquefois assez prononcée. La volatilité de ce corps est si grande, que souvent pendant qu'on l'administre il se forme des cristaux de glace sur les parois du vase où il est contenu; de là la nécessité d'appareils appropriés pour le donner avec avantage.

Si on donne l'amylène dans une compresse pliée en cornet, comme on le fait pour le chloroforme, on dépense inutilement une grande quantité du produit, et on charge l'atmosphère ambiante de vapeurs qui peuvent quelquefois incommoder les assistants. C'est pour s'être servi d'un procédé à peu près analogue, que le professeur Rigaud, de Strasbourg, a employé 100 grammes d'amylène avant de déterminer l'anesthésie chez son malade.

L'amylène dont je me suis servi pour mes premiers essais avait une odeur alliacée prononcée, ce qui a fait dire que le liquide qui m'avait été fourni n'était ni le produit découvert par M. Balard ni celui dont s'est servi M. Snow. Mais comme l'amylène incriminé avait été préalablement examiné par M. Cloëz, répétiteur de chimie à l'École polytechnique, qui s'est assuré de sa pureté et qui a constaté qu'il bouillait à 39°, je suis autorisé à dire que de telles allégations n'avaient rien de fondé. D'ailleurs, en comparant l'amylène anglais préparé par M. Bulloch pour M. Snow, avec l'amylène préparé pour moi par MM. Rousseau frères, on n'y trouve pas une différence qui permette une pareille allégation.

Les malades chez lesquels j'ai employé l'amylène en place du chloroforme sont au nombre de vingt-cinq. Ce sont tous des enfants de l'âge de trois mois à dix ans, qu'il fallait soumettre à des explorations douloureuses, ou chez lesquels il fallait pratiquer quelque opération. Chez tous ces enfants j'ai fait usage de l'amylène préparé par M. Rousseau; chez tous l'anesthésie a été obtenue rapidement, dans un espace de temps dont le minimum est d'une minute, et le maximum de trois minutes. Tous ces enfants ont respiré l'agent anesthésique sans effort, sans résistance; chez tous, la respiration était calme, comme normale; chez tous aussi, l'anesthésie a été obtenue sans convulsions, sans nausées ou vomissements, quoique l'amylène eût été donné peu de temps après qu'ils avaient mangé. Chez eux le réveil a été rapide, complet, et les enfants ont conservé leur gaieté; ils n'ont pas été incommodés, irrités, maussades pendant le reste de la journée.

Aussitôt l'anesthésie obtenue, je suspendais les inhalations, les explorations et les opérations que je devais faire exigeant très-peu de temps, je n'ai donc pas jugé opportun de prolonger longtemps les inhalations amyléniques. Ainsi je m'abstiens de me prononcer sur la durée de l'anesthésie; si j'en juge néanmoins par quelques expériences sur des animaux, et par la pratique des chirurgiens anglais, je crois pouvoir dire que l'anesthésie amylénique est assez longue pour permettre de pratiquer les grandes opérations de la chirurgie. J'ajouterai comme complément que les vapeurs d'amylène, alors même que ce produit a une odeur prononcée, ne déterminent pas des accès de toux, des mouvements convulsifs du larynx, des contractions des mâchoires, des efforts et des congestions, etc., etc., qu'on observe dans bien des cas à la suite des inhalations du chloroforme.

D'après ce qu'il m'a été donné d'observer, je conclus, jusqu'à plus ample informé, que l'amylène pourra être employé avec avantage dans tous les cas où il est nécessaire d'obtenir l'anesthésie. Reste maintenant à déterminer si la durée de cette anesthésie est aussi longue que celle du chloroforme; si la résolution musculaire est aussi complète; si enfin elle est toujours obtenue sans roideur, sans contractions convulsives des muscles, sans donner lieu à des vomissements, des nausées, des congestions céphaliques : c'est ce que l'expérience seule pourra démontrer.

M. GOSSELIN demande que la Société nomme une commission chargée d'expérimenter l'action de l'amylène sur les animaux.

M. FORGET annonce que M. Debout a fait avec lui et M. Duroy des expériences sur de l'amylène dont une partie était envoyée par M. Snow, et l'autre préparée par M. Rousseau. Il se propose d'en rendre compte à la Société dans une prochaine séance.

M. GIRALDÈS répond à la proposition de M. Gosselin que, depuis le mois de janvier, des expérience sont été faites par lui et par d'autres; puis il entre dans quelques détails sur l'amylène, dont l'odeur désagréable est nulle quand il est en repos, mais se développe par la chaleur; il rappelle que M. Tourdes (de Strasbourg) attribue à la préparation au moyen de l'acide sulfurique l'odeur fétide de certains amylènes. Du reste, malgré son odeur, l'amylène ne provoque pas de toux, et se respire facilement. En terminant, M. Giraldès dit qu'il ne peut encore livrer les résultats de ses expériences, mais il croit néanmoins pouvoir affirmer que le chloroforme cause la mort des animaux plus vite que l'amylène. Du reste, le seul but de la communication de M. Giraldès était d'engager les chirurgiens à faire sur le vivant l'essai du nouvel anesthésique.

M GOSSELIN retire sa proposition du moment que l'on a déjà fait les expériences qu'il demandait.

— M. BROCA lit un rapport sur une observation de *varice anévrismale*, communiquée à la Société par M. Charnal.

M. GIRALDÈS propose l'insertion du rapport de M. Broca dans les mémoires de la Société en s'appuyant sur ce que l'observation de M. Charnal est le complément d'une observation de M. Follin, qui se trouve déjà dans les mémoires.

La Société, sur la proposition du rapporteur, décide qu'une lettre de remercîments sera adressée à M. Charnal. Elle vote, en outre, l'insertion du rapport dans ses mémoires.

— M. DESORMEAUX lit un rapport sur un travail de M. Bertherand; nous publierons dans un prochain numéro ce rapport avec le travail qui l'a motivé.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. GOSSELIN présente une fracture de la cuisse et de la jambe gauches, provenant d'un malade qui a été pris sous un éboulement de terre le 24 février dernier, et auquel il a pratiqué le jour même, six heures après l'accident, l'amputation de la cuisse à l'hôpital Cochin.

La fracture du fémur, qui était sans plaie et simple, est remarquable par sa direction, qui n'est ni oblique ni transversale, mais présente la forme dentelée indiquée par M. Malgaigne. On voit, en effet, sur le fragment supérieur deux prolongements latéraux triangulaires, et sur le fragment inférieur deux dépressions auxquelles s'adaptent parfaitement ces prolongements. Cette pièce, en même temps qu'elle nous offre l'occasion d'observer une fracture dentelée sur un adulte (le malade est âgé de 47 ans), permet de constater les lésions accessoires ou consécutives qu'a également signalées M. Malgaigne, et sur lesquelles M. Gosselin insiste également beaucoup. On voit deux fissures partir de la base des dents sur le fragment supérieur, et se diriger de bas en haut dans l'étendue de cinq à six centimètres. On n'a qu'à examiner la pièce si l'on veut comprendre le mécanisme de ces fissures accessoires. Il est évident qu'elles ont dû être produites par un mouvement de rotation ou de flexion forcée au moment où les fragments étaient encore engrenés, et que si les dents n'avaient pas été aussi résistantes elles se seraient rompues, comme cela a eu lieu dans les faits cités par M. Malgaigne à la page 74 de son *Traité des fractures*.

Ces fractures secondaires ou consécutives par la pression des fragments l'un sur l'autre, après la production du trait principal de la solution de continuité, sont encore plus remarquables, ajoute M. Gosselin, dans les fractures que j'ai nommées en V, celles-ci diffèrent des précédentes par la longueur plus grande et le nombre moins considérable des dents, d'où résultent une action plus violente des deux fragments l'un sur l'autre, et par suite, des fissures ou fractures consécutives beaucoup plus étendues, assez étendues même dans certains cas pour constituer la lésion principale.

C'est ce que démontre la seconde pièce que je mets sous les yeux de la Société, c'est-à-dire la jambe du même malade. Elle était le siége d'une fracture comminutive à quatre travers de doigt au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, avec plaie, issue du fragment inférieur dans l'étendue de 6 à 7 centimètres, et réduction impossible. Ce fragment offre une coupe oblique de haut en bas, et d'avant en arrière, et représente une longue pointe qui a la forme d'un V saillant, très-dur et très-résistant. Du côté du fragment supérieur, on voit une brisure comminutive avec douze ou quinze esquilles, dont le plus grand nombre est formé aux dépens du tissu spongieux, et avec division verticale des tubérosités du tibia, d'où pénétration de la fracture dans l'articulation du genou. J'avais soupçonné l'étendue de ces désordres à cause de la disposition en V du fragment inférieur, et c'était un motif de plus pour me déterminer à pratiquer de suite l'amputation. Je suis persuadé que cette brisure multiple du fragment supérieur a été due à ce que l'inférieur a été poussé dans l'épaisseur du premier par l'action combinée de la violence extérieure et de la contraction musculaire, et, en le pénétrant, a agi sur lui à la manière d'un coin.

Cette explication est confirmée par ce fait que la peau, le tissu cellulaire, les muscles, etc., ne présentaient ni les ecchymoses, ni les décollements, ni les déchirures qu'ils auraient certainement offerts si le désordre avait été produit par l'action d'une cause directe.

M. LARREY fait observer que dans le cas rapporté par M. Gosselin il y a eu écrasement du membre, et qu'il n'est pas prouvé que dans ce cas le mécanisme du coin qui s'enfonce pour détacher les esquilles n'est peut-être pas applicable comme dans les cas de chute.

M. GIRALDÈS ne pense pas que l'absence d'épanchement sanguin soit une preuve en faveur de l'opinion de M. Gosselin; cette particularité s'explique facilement dans les cas d'éboulement par la manière dont le membre se trouve soutenu au moment de la fracture. Si le membre est soutenu dans toute sa longueur et pressé sur une de ses extrémités, il se plie en se fendillant comme un morceau de bois vert avant de se fracturer. Alors il peut y avoir des esquilles et pas d'épanchement sanguin.

— En réponse à MM. Larrey et Giraldès, M. GOSSELIN fait observer que le malade ayant été surpris debout par l'éboulement, a reçu un choc violent de haut en bas, dans lequel le mécanisme du coin a pu intervenir comme pendant les chutes d'un lieu plus ou moins élevé. Quant aux objections faites au mécanisme du cuir, pour le cas actuel, M. Gosselin établit que la brisure comminutive du fragment supérieur n'a pu être produite que par l'un des deux mécanismes suivants : ou bien un écrasement direct par le corps vulnérant, ou bien une pénétration du fragment inférieur dans le supérieur. Or, il ne comprendrait pas que le premier de ces mécanismes eût été mis en jeu, sans que le corps vulnérant eût lésé en même temps les parties molles. L'absence d'ecchymoses, d'épanchement sanguin, de décollements et de déchirures, ne lui permet pas de croire que l'os ait été écrasé de cette manière. Et quand, d'autre part, il compare cette pièce à celles qu'il a vues déjà, et dans lesquelles le mécanisme du cuir ne pouvait être mis en doute, il ne peut pas admettre ici d'autres explications.

M. LARREY déclare que les observations qu'il a faites avaient pour but de soutenir la doctrine de M. Gosselin plutôt que de la combattre, parce qu'il lui semblait qu'elle serait compromise si on l'appliquait à des cas qui lui sont étrangers. Quant au délabrement des os sans lésion des parties molles, il le croit possible, et se propose de présenter à la Société deux fémurs fracturés qui viennent à l'appui de cette manière de voir.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, DESORMEAUX.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté en date du 3 mars 1857, sont institués agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Strasbourg, et attachés en cette qualité :

A la 3e section, médecine proprement dite, M. Hecht;

A la 4e section, chirurgie proprement dite, M. Bœckel.

Cette décision ne sera définitive qu'après l'expiration du délai de dix jours accordé aux concurrents pour se pourvoir devant le ministre, conformément aux dispositions de l'article 24 du statut du 20 décembre 1855, contre les résultats dudit concours.

— Par arrêtés du 5 mars, M. Dumas, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de cette année par M. Henri Sainte-Claire de Ville.

M. Le Verrier, professeur d'astronomie physique à la même Faculté, est également autorisé à se faire suppléer, pendant le même semestre, par M. Serret.

M. Hébert, docteur ès sciences, est chargé, pendant le même semestre, du cours de géologie de la Faculté des sciences de Paris.

— On se rappelle que M. le baron de Trémont a légué par testament, à chacune des Facultés de droit, de médecine et des sciences de Paris, une somme de 1,000 fr. pour être distribuée annuellement, à titre d'encouragement, à un ou deux de leurs élèves. Pour favoriser de la manière la plus conforme aux intentions de M. le baron de Trémont l'accomplissement de ces dispositions si généreuses, M. le doyen a fait afficher dans l'intérieur de la Faculté de médecine un avis indiquant que ceux de MM. les étudiants qui désirent se porter candidats pour ce prix sont invités à se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de onze à deux heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Conseils hygiéniques à la classe ouvrière, par les docteurs C. JANTET et H. JANTET. Broch. in-8°. Paris, chez tous les libraires de médecine.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 32. — MARDI 17 MARS 1857. (30e ANNÉE.) N° 32. — MARDI 17 MARS 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 16 MARS 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a reçu dans cette séance deux communications qui méritent d'être signalées. La première est une notice de M. E. Pélikan, membre de l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg, sur les propriétés du curare, qui confirme les expériences de M. Cl. Bernard sous le point de vue physiologique, et ajoute à ce que l'on connaissait déjà sur cette substance quelques faits nouveaux et intéressants au point de vue toxicologique. La seconde est une note de M. Mongin sur l'analogie qui peut exister dans certaines maladies nerveuses entre la voix humaine et le son vocal de plusieurs espèces d'animaux. L'auteur, sans nier que certaines modifications de la voix, dues à une contraction spasmodique de la glotte, puissent exister seules, sans convulsions générales, ainsi que MM. Bosredon et Pize en ont rapporté des exemples dans leur communication à l'Académie, pense que de semblables modifications se rattachent quelquefois à des affections convulsives générales, et il cite à l'appui des exemples dans lesquels le cri initial des grandes attaques d'épilepsie imitait la voix de plusieurs espèces animales. On trouvera en outre dans la note de M. Mongin un nouveau témoignage en faveur de l'efficacité du valérianate d'atropine, administré d'après la formule de M. Michéa, contre ce spasme de la glotte, et quelques considérations ingénieuses dont la pratique pourrait tirer d'utiles applications, relativement au rôle que joue le laryngisme dans la production des attaques d'épilepsie. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

Des déviations de l'utérus (1).

Traitement. — Faut-il traiter les déviations de l'utérus, ou bien faut-il ne s'occuper que des lésions phlegmasiques aiguës et chroniques qui les accompagnent si fréquemment ? C'est une question fort litigieuse, et à l'égard de laquelle les meilleurs esprits sont encore bien partagés.

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 février.

Pour décider cette question, il faut nécessairement exposer tous les moyens thérapeutiques qui ont été successivement proposés, démontrer leurs bons et leurs mauvais effets. Or, pour opérer ainsi, il faut nécessairement se placer successivement au point de vue des partisans des déviations primitives et de leurs contradicteurs. C'est ce que nous allons essayer de faire avec autant d'impartialité que possible.

DES MOYENS CONSEILLÉS POUR OPÉRER LE RÉTABLISSEMENT DE LA DIRECTION NORMALE DE L'UTÉRUS.

Ces moyens sont au nombre de quatre :

Les pessaires ;

La sonde utérine ;

Les redresseurs utérins ;

Les douches froides.

Pessaires. — Il n'entre en aucune manière dans notre intention de faire ici une histoire complète des pessaires ; il est cependant indispensable que nous entrions dans quelques détails touchant leur construction et la matière dont ils sont formés.

On donne le nom de pessaires à des corps résistants destinés à être placés dans le vagin, et à soutenir un utérus abaissé ou à redresser un utérus dévié.

Ils diffèrent entre eux suivant la matière qui les constitue, leur forme, leur volume et le point d'appui qu'on est obligé de leur donner.

Matière des pessaires. — On a employé des pessaires de bois, et surtout de buis ou d'ébène ; leur facile altération y a fait renoncer. Les pessaires d'ivoire sont faciles à construire légers, et s'altèrent plus difficilement ; aussi ont-ils joui longtemps d'une vogue, et sont-ils encore souvent employés par les partisans des pessaires.

Le caoutchouc est à peu près maintenant la seule substance employée ; il s'altère difficilement, se prête facilement à toutes les formes qu'on veut lui donner ; il est, de plus, très-léger et d'un prix très-peu élevé. On a successivement préconisé le caoutchouc ordinaire noir commun, et le caoutchouc vulcanisé, c'est-à-dire modifié d'une manière spéciale par l'emploi du sulfure de carbone. Ce dernier commence à être beaucoup employé dans la confection des pessaires, et surtout des pessaires à insufflation, que l'on doit à M. le docteur Gariel.

On a employé les pessaires d'argent, ou du moins des pessaires dont l'enveloppe est d'argent. Il paraît qu'ils s'altèrent au bout d'un certain temps, et qu'ils finissent par être détruits par les sécrétions morbides du col utérin et du vagin, avec lesquels ils sont en contact. Il y a un bel exemple d'une altération de ce genre rapporté par Mme Boivin.

Les pessaires en fil de fer ont été imaginés par Mayor (de Lausanne) : leur usage s'est peu répandu.

Forme des pessaires. — Cette forme a varié à l'infini, et on lui a fait subir des modifications très-nombreuses, suivant l'imagination des médecins qui y ont eu recours. Nous ne prétendons pas exposer toutes ces formes. Voici cependant les principales :

Les pessaires en boule pleine ou creuse ; ils sont utiles dans certaines circonstances pour redresser des antéversions, spécialement. Ils sont difficiles à maintenir.

Les pessaires en cylindre ou en boudin, dont la dénomination explique bien la forme. On préfère ceux qui sont perforés au milieu. On en fait peu usage.

Les pessaires annulaires ou en gimblette, constitués par un anneau cylindrique perforé au milieu. La largeur du trou placé au centre et l'épaisseur du cylindre, qui constituent l'anneau, sont très-variables. Ce sont les plus employés.

Les pessaires à cuvette, dont la forme peut également varier beaucoup, mais qui présentent, comme caractère général, une excavation ou coupole creusée à leur face supérieure et destinée à loger le col ou le corps de l'utérus.

Les pessaires en bilboquet. Ce sont tous les pessaires précédents auxquels on a ajouté une tige plus ou moins longue, destinée à aller s'arc-bouter soit dans un point quelconque des parois du bassin, soit au dehors.

Les pessaires à insufflation, dont on doit la découverte à M. Gariel. Ils consistent dans de petites vessies d'une certaine épaisseur, faites en caoutchouc vulcanisé. On leur donne la forme ou le volume que l'on désire. On les introduit vides dans le vagin, et une fois introduits à la place qu'ils doivent occuper, on les insuffle. Ces pessaires, en tant qu'on voudrait en employer, sont certainement ceux qui doivent avoir la préférence. Ils sont d'un prix peu élevé, s'altèrent difficilement, peuvent se placer et se déplacer avec une très grande facilité ; enfin, ils gênent peu les malades.

Volume des pessaires. Il doit être nécessairement subordonné au volume et au poids de l'organe qu'il doit soutenir, ainsi qu'à la capacité de la cavité dans laquelle il doit être placé.

Point d'appui des pessaires. — Les pessaires peuvent prendre trois points d'appui différents : 1° contre les parois du vagin ; 2° contre les parois solides du bassin ; 3° au dehors, à l'aide d'une tige, soit que cette tige soit maintenue avec des cordons, soit qu'elle s'appuie à une cuirasse vulvaire, espèce de ceinture dont la confection peut beaucoup varier.

Manière d'appliquer les pessaires. — Cette manière n'est pas la même suivant l'espèce de pessaire dont on veut se servir et la nature de la déviation qui est à redresser. Ce n'est pas ici le lieu de décrire ce manuel opératoire. J'établirai seulement comme principe qu'avant de fixer le pessaire dans la place qu'il doit occuper, il faut commencer par relever l'utérus s'il est abaissé, et le redresser s'il est dévié dans un sens quelconque.

Avantages des pessaires. — Les pessaires présentent un certain nombre d'avantages qu'il serait ridicule de méconnaître. Ces avantages sont les suivants :

1° Ils sont d'une application facile ;

2° Ils remplissent bien la plupart du temps l'indication pour laquelle on les utilise : c'est-à-dire qu'ils soutiennent bien l'utérus ou maintiennent bien la déviation ;

FEUILLETON.

De l'anatomie en botanique. — Le poisson considéré au point de vue des engrais. — La Société de secours des amis des sciences. — Le canal de Suez.

L'anatomie doit intervenir en botanique, comme en zoologie, pour fixer la place des ordres, des familles, des genres et souvent même des espèces de plantes dans la méthode naturelle. Elle est nécessaire pour compléter leur diagnose.

Cette proposition, dont nul ne saurait contester aujourd'hui l'exactitude, a servi de texte à un travail fort intéressant de M. Chatin. Ce botaniste distingué a soumis à un examen sérieux, pour en établir les caractères anatomiques essentiels, une classe de plantes dont le parasitisme, longtemps méconnu, fut enfin mis en pleine lumière par M. Decaisne ; je veux dire les *Rhinanthacées*.

Et d'abord, son attention a été frappée par un caractère constant dans la tige, dans le rhizôme, et jusque dans les feuilles, c'est la disposition des vaisseaux, qui ne sont jamais groupés, réunis en paquet.

La *tige* ne présente point de système fibro-cortical ou au moins de parenchyme cortical extérieur au tissu fibreux proprement dit ; de plus, son étui médullaire se confond avec la couche ligneuse.

Le *rhizôme*, qui est toujours constant, et dont la démonstration anatomique est toujours facile, n'offre ni rayons médullaires ni trachées véritables.

Quant aux *feuilles*, elles se font remarquer par leurs cellules épidermiques repliées en zigzag, à parenchyme homogène vers les deux faces. Ces cellules sont chromulifères, malgré l'existence de nombreux stomates. On constate aussi chez elles l'existence de glandes capitées 1—4 cellulées, rarement 8 — cellulées, comme dans beaucoup de vraies *Scrophulacées*.

Les rhinanthacées ont de grandes affinités avec des plantes non parasites, et n'appartiennent pas à la même famille. Cependant, elles possèdent des caractères morphologiques qui avaient paru suffisants à Laurent de Jussieu pour les séparer des scrophulacées. De plus, leur parasitisme, l'absence constante de rayons médullaires dans les tiges, et celle de paquets fibro-corticaux, sont autant de caractères qui viennent éclairer leur diagnose.

Mais ces plantes présentent beaucoup d'analogies anatomiques et morphologiques avec des plantes parasites, comme les *Épirhizanthacées*, les *Orobanchées* et les *Monotropées*.

L'agencement réciproque des vaisseaux et des fibres dans la tige et le rhizôme rapproche beaucoup les rhinanthacées des épirhizanthacées. Celles-ci sont voisines des orobanchées par leur rhizômes à large communication médullaire, leur épiderme à cellules subhexagonales remplies de gouttelettes oléo-résineuses, par leurs feuilles squammifères à parenchyme très-homogène et à vaisseaux pressés en un paquet dans l'axe des nervures.

Il existe entre les orobanchées et les rhinantacées des caractères morphologiques qui les séparent parfaitement ; mais l'anatomie vient elle-même fortifier cette barrière déjà établie. On a pu, en effet, réunir des faits constants et généraux assez importants : c'est ainsi que le rhizôme est habituellement privé de rayons médullaires ; ses vaisseaux ne sont jamais groupés.

La tige offre un système vasculaire épars et un étui médullaire distinct. Les feuilles sont munies de stomates nombreux, leur parenchyme est parfois hétérogène, et leurs vaisseaux sont distincts les uns des autres.

Nous arrivons aux monotropées. Ici la scène change. Les affinités anatomiques deviennent fort nombreuses. Parasites, les monotropées se rapprochent des rhinanthacées, dont nous avons accusé le parasitisme, et ici nous devons reconnaître combien la structure des êtres organisés se trouve dans des rapports nécessaires avec leur genre de vie.

Si nous soumettons au même examen les divers *genres* des rhinanthacées, nous trouvons que chacun possède ses caractères anatomiques comme ses caractères floraux.

Les *Bartsia* sont privés de système fibro cortical, mais leur étui médullaire est distinct. — L'anatomie et la morphologie semblent s'accorder pour réunir l'*Euphrasia* et l'*Odontites*. — Par contre, le *cymbaria* est parfaitement isolé. Ses vaisseaux sont souvent rapprochés irrégulièrement par deux, trois dans le rhizôme et disposés dans la tige en lignes rayonnantes. Il possède une couche fibro-corticale et des fibres épaisses et ponctuées qui entrent dans la composition des feuilles. Dans ces derniers temps, les morphologistes avaient séparé le *Rhynchocorys* du *Rhinanthus*, mais l'anatomie accepte ce genre en considérant que les trachées de l'étui ne sont pas ordonnées sur les lignes des vaisseaux ponctués-rayés de la couche ligneuse, et que dans les feuilles les vaisseaux sont isolés, en même temps que le parenchyme est homogène dans toute son épaisseur. Souvent les différences florales s'accordent avec les différences anatomiques. Le *Pedicularis*, genre assez nombreux, nous en offre un exemple. Cependant on peut encore établir ici des caractères généraux en étudiant les suçoirs, la tige et les feuilles. Nous trouvons en effet dans les suçoirs un développement considérable du cône perforant et l'existence de replis fibroïdes de

3° Ils gênent peu les malades;

4° Enfin, disons que dans certains cas d'abaissement, par exemple, ils constituent le seul moyen auquel on puisse avoir recours.

Il s'agit maintenant de savoir si ces avantages ne sont pas contre-balancés par des inconvénients plus ou moins sérieux. C'est ce que nous allons examiner.

Inconvénients des pessaires. — Les inconvénients des pessaires sont nombreux et quelquefois fort à craindre. Voici les principaux :

1° Ils ne sont pas toujours d'un maintien facile, et, chez certaines femmes qui en font surtout usage depuis un certain temps, leur fixation devient souvent un grand embarras; quelquefois même il est complétement impossible de leur faire remplir l'indication qu'on se propose;

2° Ils constituent, pour la plupart des femmes qui en font usage, une incommodité, une gêne très-grandes;

3° Ils les privent à peu près complétement de l'exercice des fonctions génitales : ce qui est un inconvénient quand les femmes sont encore jeunes;

4° Ils entretiennent un écoulement leucorrhéique plus ou moins abondant, qui parfois devient fétide, quelque chose que l'on fasse : inconvénient sérieux pour la femme et pour les personnes qui vivent avec elle;

5° Ils déterminent souvent des inflammations aiguës et chroniques du col utérin, inflammations qui peuvent même se propager au corps de l'utérus; des états fongueux du col, des granulations, des ulcérations, des vaginites aiguës et chroniques.

Les lésions morbides consécutives aux pessaires ont bien des fois obligé les femmes de renoncer à leur emploi, et on a été forcé de combattre d'une manière spéciale les lésions morbides qu'ils avaient déterminées.

Conclusion. — Voici maintenant le fruit de mes observations :

1° Les inconvénients attachés aux pessaires balancent et bien au delà les avantages qu'on peut en retirer;

2° Ils sont parfaitement inutiles dans un grand nombre de cas;

3° Il faut les réserver à peu près exclusivement pour les cas dans lesquels il y a un abaissement considérable, et où le col utérin vient se présenter à la vulve, ou même franchit cet orifice. Et encore faut-il distinguer, dans ce dernier cas, les faits dans lesquels le prolapsus est dû à l'abaissement du col, de ceux dans lesquels il est dû à son allongement hypertrophique, comme on en rencontre fréquemment suivant M. Hugnier.

Sonde utérine. — La sonde utérine n'a pas seulement été employée comme moyen d'exploration. On a pensé qu'avec son usage fréquemment répété, on pouvait arriver à redresser l'utérus. C'est surtout une prétention que Valleix avait eue, et il cite plusieurs cas de redressement opérés par le seul usage de la sonde utérine.

On emploie maintenant deux espèces de sonde : la sonde utérine ordinaire, qui consiste dans une tige d'argent aplatie et à bords arrondis, présentant à l'extrémité une petite olive, et montée sur un manche. La tige est graduée à partir de l'extrémité libre. On y ajoute souvent un anneau d'argent, espèce de curseur que l'on fait pénétrer jusqu'à l'endroit où la sonde sort de la cavité du col. On connaît ainsi, à la sortie, la profondeur à laquelle l'instrument a pénétré. Beaucoup de médecins se contentent d'employer le doigt, qui, en effet, remplit parfaitement ce but.

La sonde de M. Huguier, qui ne diffère de la précédente que parce que l'anneau curseur est mû par une tige spéciale qui vient sortir à l'extrémité du manche, et permet aussi de fixer plus facilement le point de sortie et le degré de pénétration de la sonde.

Pour redresser l'utérus avec la sonde utérine, on l'introduit chaque jour dans la cavité du col; on rétablit l'utérus dans sa position normale; on le maintient dans cette position pendant quelques minutes; puis on retire l'instrument, et on abandonne l'utérus à lui même. On recommence tous les jours pendant huit, dix, quinze jours, un mois.

Valleix a-t-il obtenu ainsi, comme il le dit, des redressements définitifs? Il faut le croire, car il est un observateur consciencieux; mais cela cependant est difficile à admettre, et voici pourquoi. L'utérus, à peine abandonné par la sonde, reprend sa position anormale, et le lendemain tout est à recommencer. Je crois que si on a obtenu des succès par ce procédé, c'est que l'emploi répété de la sonde a fini par déterminer un léger phlegmas péri-utérin qui a fixé ainsi la position nouvelle de l'utérus.

L'emploi si fréquemment répété de la sonde n'est pas exempt d'inconvénients. Cette application est souvent douloureuse; elle est souvent suivie d'un écoulement sanguin; elle rappelle même parfois prématurément les règles.

Elle augmente l'abondance des sécrétions pathologiques, et accroît l'intensité des engorgements inflammatoires du col et du corps de l'utérus; elle les fait même parfois passer de l'état chronique à l'état aigu.

Enfin, elle peut contribuer à produire ces phlegmas péri-utérins dont je parlais il y a un instant, et qui, maintenus à un degré léger dans certains cas, peuvent dans d'autres devenir beaucoup plus intenses.

Comme conclusion, je ne conseille en aucune manière d'avoir recours à ce mode de redressement, qui est très-incertain, n'offre aucun avantage et peut avoir de sérieux inconvénients.

Cependant, si l'on veut employer les redresseurs utérins dont je vais parler plus loin, il faut préalablement s'être servi souvent de la sonde, comme le recommandait Valleix, dans le but d'habituer l'organe utérin au contact d'un corps étranger.

Description des redresseurs de Simpson et de Valleix. — Lorsque M. Simpson eut l'idée de tenter de maintenir pendant un certain temps l'utérus redressé à l'aide d'une tige introduite dans sa cavité, il inventa un instrument composé de deux parties séparées pour la facilité du manuel opératoire, mais qui devaient être réunies pendant le séjour de l'instrument dans la cavité utérine. La principale était la tige métallique, du diamètre d'une plume de dinde, qui devait en pénétrant dans l'intérieur de l'organe lui servir en quelque sorte de tuteur. Pour éviter que cette tige ne pénétrât plus profondément et ne vînt perforer le fond de l'utérus, elle était terminée inférieurement par un disque également en métal, de forme ovalaire. Cette partie essentielle de l'instrument était supportée par une autre tige métallique soudée au-dessous du disque de façon à faire avec la première un angle droit. Cette tige, destinée à séjourner dans le vagin, était creuse et devait recevoir dans sa cavité une portion correspondante du plastron, seconde pièce de l'appareil, dont le but unique était de le maintenir en place, en prenant un point d'appui à l'extérieur, sur le pubis.

Plusieurs inconvénients ayant paru à Valleix résulter tant de la persistance de la flexion de l'appareil que du volume du disque, pour son introduction, il fit éprouver à cet instrument diverses modifications qu'il est inutile de décrire ici, où il nous suffira de connaître l'instrument qu'il avait adopté en dernier lieu.

On verra sans peine que cet instrument, toujours bien imparfait, pouvait subir encore de nouveaux changements, et je dois dire que Valleix s'efforçait chaque jour de le perfectionner davantage. Il avait d'abord diminué le volume du disque, puis s'était aperçu qu'alors le disque lui-même pouvait pénétrer dans la cavité du col utérin et permettre ainsi à la tige — qui pour lui n'était plus en métal, mais en ivoire — de venir heurter le fond de l'utérus et même de le perforer; il avait remplacé le disque métallique par un disque de caoutchouc vulcanisé, qui, vide d'air et ne présentant qu'un volume insignifiant au moment de l'introduction de l'instrument, ne gênait en rien les manœuvres, puis, étant insufflé, offrait au col de l'utérus un support aussi efficace et plus moelleux que le disque métallique. Mais la principale des améliorations de cet auteur était la possibilité de rabattre la tige utérine pour l'introduction, à l'aide d'un ressort qui jouait ensuite de lui-même après l'opération, replaçait les deux tiges vaginale et utérine à angle droit, comme elles le sont dans l'instrument primitif de M. Simpson. C'est ce redresseur à tige articulée et à disque de caoutchouc que Valleix employait *exclusivement* en dernier lieu.

Manuel opératoire. — La tige utérine étant donc abaissée de façon à se continuer en ligne droite avec la tige vaginale, et cette partie de l'instrument étant portée sur un manche *ad hoc*, on commence par relever l'utérus à l'aide de la sonde, puis on introduit la tige d'ivoire dans sa cavité, en se servant comme conducteur de l'index gauche placé dans le vagin.

Une fois la tige bien enfoncée dans l'utérus, on fait jouer le ressort, puis on place le plastron, que l'on fixe à l'autre partie de l'appareil au moyen d'un fil ciré. Un lien placé en ceinture et deux sous-cuisses maintiennent l'instrument en place.

MÉMOIRE

SUR LA LUXATION SIMULTANÉE NON ENCORE DÉCRITE des trois os cunéiformes sur le scaphoïde (1).

Par le docteur A. Bertherand, médecin principal d'armée, ex-professeur des hôpitaux d'instruction.

Les luxations des os cunéiformes sont certainement des accidents très-rares, et l'on doit avec A. Bérard (2) ne pas s'étonner si les auteurs de pathologie en parlent aussi peu.

La luxation du *premier cunéiforme* sur le scaphoïde a été observée deux fois par Astley Cooper. La première fois, le déplacement reconnaissait pour cause une chute d'une grande hauteur; le deuxième malade était tombé de cheval, et avait eu le pied fortement pris entre l'animal et le bord du trottoir. M. Nélaton (3) a vu une luxation semblable produite par le passage d'une roue de voiture sur le pied; il y avait plaie au niveau de la jointure cunéo-scaphoïdienne. Cette solution de continuité laissait sortir l'angle postérieur et inférieur du cunéiforme, qui avait subi un mouvement de bascule et s'était couché transversalement sur le petit cunéiforme.

Monteggia, dans le quatrième volume de ses *Institutions de chirurgie*, cite un exemple de la luxation des *deux premiers cunéiformes*.

La luxation simultanée des *trois cunéiformes* n'a été, que nous sachions, décrite nulle part, et c'est ce qui nous a surtout engagé à faire connaître l'observation suivante :

Girard, infirmier militaire de la division d'Alger, âgé de trente-sept ans, appartenait, en 1853, à l'hôpital militaire de Lagouatb, établissement improvisé à la hâte dans une agglomération de maisons d'indigènes.

Le 10 janvier au soir, se dirigeant mal par l'obscurité, il manqua l'escalier qui descendait d'une galerie du premier étage, et se précipita lourdement de quatre mètres environ de hauteur. Dans ce saut périlleux, ses mains rencontrèrent le fût d'une colonnette en pierre, qui servit ainsi de conducteur à la masse du corps et lui conserva sa verticalité jusqu'en bas. La chute porta donc entièrement sur la plante des pieds, et vraisemblablement de préférence sur la plante du pied droit.

Girard subit un traitement assez long pour combattre les accidents qui survinrent, et sur la nature desquels il nous a été impossible d'obtenir de lui des renseignements exacts; toujours est-il qu'il en resta une claudication marquée et une complète inaptitude à servir. Ses chefs l'évacuèrent sur le dépôt d'Alger pour y être l'objet d'une proposition de retraite.

Voici l'état dans lequel je le trouvai, à propos d'une opération de contre-visite à l'hôpital du Dey il y a deux ou trois mois, et tout récemment, en l'examinant de plus près, chez moi, en présence de mon frère, le docteur F. Bertherand, médecin de l'artillerie, et de plusieurs autres médecins et chirurgiens militaires et civils :

Le pied droit est notablement fléchi sur la jambe; cette flexion, plus apparente que réelle au fond, se remarque surtout au bord interne;

(1) Communiqué à la Société de chirurgie (séance du 4 mars).

(2) *Dictionnaire en* 30 *vol.*, article Pied.

(3) *Pathologie chirurgicale.*

---

renforcement. La tige possède un étui médullaire distinct, et les utricules de la moelle sont ponctuées; enfin, dans les feuilles les fibres sont épaissies, ponctuées, et l'épiderme comme le parenchyme sont souvent homogènes. — Le *Melampyrum* a le cône perforant des suçoirs bien organisés, mais il manque des replis de renforcement; son étui médullaire est sensiblement indistinct de la couche ligneuse concentrique. Ici nous trouvons une exception au caractère de l'ordre, car nous trouvons les vaisseaux de ses feuilles *groupés* comme dans les Orobanchées, parmi lesquelles il répond exactement au *Phelipea*. Enfin le *Tozzia*, qui se trouve par sa morphologie très-voisin du *Melampyrum*, se distingue bien de celui-ci par ses feuilles à vaisseaux ni prismatiques ni serrés, et par l'homogénéité de son parenchyme et de son épiderme.

Quelquefois l'anatomie vient décider dans les doutes qu'on peut avoir sur la parenté de certaines fleurs. Ainsi défavorable au dédoublement du genre *Bartsia* en *Eufragia* et *Trixago*, sépare au contraire l'*Odontites Jaubertiana* de l'*Odontites rubra*, en se basant sur la structure des feuilles et de l'étui médullaire. Bentham voudrait réunir l'*Euphrasia paludosa* et l'*Euphrasia speciosa* de R. Brown; l'anatomie s'y oppose, car la forme de ses cellules épidermiques, qui est même rare dans l'ordre, établit entre ces deux espèces une parfaite ligne de démarcation.

Nous ne prolongerons pas plus loin cette série d'exemples, renvoyant au mémoire présenté à l'Académie des sciences. Il suffit d'avoir montré que les botanistes pourront utilement recourir à l'anatomie, même pour déterminer la valeur des espèces critiques.

— Une fois la question alimentaire écartée, que peut-on faire d'un poisson? Cette question a fourni à M. Aug. Duméril une leçon fort intéressante, et dont nous voudrions rappeler les traits principaux, si le court espace qui nous est réservé pouvait nous le permettre. Tout le monde sait que les poissons donnent une *huile* dont on tire un grand profit; qu'on les emploie souvent comme amorces; que leurs épines et leurs défenses peuvent servir pour la pêche. On n'ignore pas que les habitants des côtes savent utiliser leur peau pour faire des vêtements, des chaussures. D'autres poissons fournissent des produits estimés, ou sont eux-mêmes des objets de luxe. Mais je ne veux pas m'appesantir sur ces diverses appréciations du poisson; je désire simplement le considérer sous un point de vue d'une très-grande importance, celui des engrais.

Quand la pêche est par trop abondante et qu'on ne peut écouler le poisson, on s'en sert comme d'engrais. Sur la côte du golfe d'Aden on en nourrit les animaux, et cette coutume se retrouve chez les habitants des pays septentrionaux, au Groënland et au Kamchatka. En Angleterre, il se passe un fait assez singulier sur les côtes du comté de Lincoln. Tous les sept ou huit ans, d'une manière assez périodique, on voit arriver des quantités extraordinaires d'épinoches. On a donné plusieurs explications de ce phénomène; mais comme aucun ne satisfait complétement l'esprit, nous n'en énoncerons aucun. Quoi qu'il en soit, il y a dans ces années d'abondance des pêches si miraculeuses qu'un homme peut seul en recueillir cent boisseaux en un jour. Cette surabondance de poisson a fait penser à l'employer comme engrais, et comme les débris organiques constituent un excellent engrais, on a obtenu de très-beaux résultats de cette manière de fumer les terres.

Au Malabar, on se sert pour cet usage d'une clupée assez voisine des sardines — c'est la sardinelle de Nieuhoff — poisson dont la chair contient une quantité considérable de graisse.

Que de détritus de poisson perdus à Terre-Neuve et sur les côtes de Norvége, où l'on fabrique les huiles de poisson et où on évalue à 30 millions de kilogrammes par an la quantité des débris qu'on jette à la mer! Que d'engrais détruits! Et si nous exprimons ces regrets, c'est que nous voyons en France des intelligences qui cherchent à tirer parti de ces débris et qui seraient bien vite à même de doter notre pays d'engrais excellent.

En France, dans le Finistère, près de Concarneau, on a établi une industrie dont les résultats sont un vrai bienfait pour l'agriculture. Après avoir placé les débris de poisson dans une chaudière à double fond, on fait arriver un jet de vapeur. Le poisson ne tarde pas à bouillir sous cette influence. On le soumet alors à une grande pression; et après l'avoir réduit à un état convenable de sécheresse en le privant de son huile, on en fait des tsurteaux qu'on livre au commerce. Ces tourteaux, soumis à l'examen des chimistes, ont accusé des propriétés qui ne le cèdent pas au guano du premier titre.

— La science n'enrichit point; elle se borne à donner à ceux qui la cultivent de douces jouissances, et puis bien souvent un jour arrive où le savant, qui a voué sa vie entière à l'étude, se trouve impotent et incapable de continuer ses travaux. Alors il vivotera de sa faible retraite, s'il en peut avoir une, ou bien, frappé comme ce pauvre Gerhardt dans la force de son talent, il ne laissera pour tout héritage à sa veuve et à ses enfants qu'un nom respecté et une renommée scientifique. Magnifique héritage sans doute, mais qui laisse mourir de faim!

Ces réflexions, qui ont bien souvent serré nos cœurs, ont inspiré au baron Thénard la pensée d'une de ces grandes associations destinées à protéger le savant contre ces épreuves si douloureuses, et à lui assurer une vieillesse aisée et à ses enfants un avenir moins amer.

Cette Société de secours des Amis des sciences a tenu déjà une séance le 5 de ce mois, sous la présidence de son illustre fondateur. Le bu-

elle résulte de ce que les trois premiers métatarsiens ne peuvent pas, comme le quatrième et le cinquième, s'appliquer naturellement sur le sol. Ils sont relevés en avant, de manière à former avec l'horizon un angle aigu dont le sommet répond en arrière au niveau des articulations cunéo-scaphoïdiennes. En un mot, les trois premiers métatarsiens et les trois cunéiformes sont soulevés, et constituent un plan supérieur au reste de la face dorsale du pied.

Au côté externe de ce soulèvement osseux, on sent distinctement un pan vertical : c'est la face externe du troisième cunéiforme, séparé d'avec le cuboïde. Au côté interne, une dépression qui augmente beaucoup en cet endroit l'excavation normale de la voûte plantaire. En arrière il existe une autre dépression, due à ce que la face supérieure du scaphoïde se trouve maintenant plus basse que le dos de la mortaise cunéenne ; dans cette cavité on perçoit plus rigides, plus saillants et plus détachés, les tendons des muscles *jambier antérieur*, en dedans, *extenseur du gros orteil* et *grand extenseur des orteils*, en dehors.

Si l'on compare le pied affecté avec son congénère, on constate une véritable atrophie, manifestement produite par le défaut d'exercice de cette portion de membre ; car depuis deux ans passés elle ne fonctionne plus que très-imparfaitement. Aussi les articulations du tarse et du métatarse sont-elles presque tout à fait ankylosées. En outre, la rétrocession des trois cunéiformes, sur le scaphoïde, a raccourci de 15 millimètres environ la longueur du bord interne du pied.

Le malade marche, du côté droit, exclusivement sur le talon. En effet, par suite du redressement forcé de la pointe des gros, second et troisième orteils, l'application exacte de la plante au sol ne pourrait s'obtenir que par une flexion prononcée de la jambe sur le pied. Tout le haut du corps serait alors porté outre mesure en avant, et les conditions d'équilibre dans la station, dans la progression surtout, deviendraient très-difficiles à régler.

Réflexions. — 1° La rareté des luxations des os du tarse, en général, tient à deux ordres de causes : les unes essentiellement *anatomiques*, les autres *physiques et physiologiques*.

2° Dans les chutes d'un lieu très-élevé, le poids du tronc et de la tête tend naturellement à faire basculer l'axe vertical du corps ; aussi est-il excessivement fréquent de voir le crâne ou la face frapper les premiers la terre. Pour que le contraire ait lieu, il faut presque nécessairement que le corps, abandonné à son poids, rencontre dans son parcours des obstacles qui l'empêchent de céder à la tendance de son centre de gravité ; c'est ainsi que l'infirmier Girard, s'accrochant à une colonne à portée de ses mains, a pu glisser sur elle perpendiculairement jusqu'au sol.

3° *Anatomiquement*, les os du tarse sont solidement unis à l'aide de très-forts trousseaux ligamenteux, doublés d'ailleurs par des tendons musculaires qui s'épanouissent autour d'eux, ou les croisent sur leurs faces dorsale et plantaire. La disposition *en voûte* de la plante constitue une autre raison *physiologique* de protection du tarse, puisque quand le sol sur lequel il vient à porter violemment est plat, le choc a lieu presque exclusivement sur le calcanéum en arrière, sur les articulations métatarso-phalangiennes en avant. Pour que les os cunéiformes soient directement chassés de leur place normale, il faut admettre que la chute, s'effectuant sur un terrain inégal, la face inférieure des trois cunéiformes, principalement celle du premier, ait violemment porté sur une saillie très-résistante, conique ou anguleuse. Cette particularité se présente encore dans le fait qui nous occupe, puisque la cour, théâtre de la chute de Girard, était recouverte de démolitions.

Quand les cunéiformes sont ainsi brusquement étreints entre deux pressions puissantes, mais inégales :

1° Un obstacle en saillie du côté du sol ;

2° D'en haut, le poids du corps, accru par la vitesse acquise, il est aisé à l'analyse d'expliquer la luxation survenue chez Girard.

En avant, les trois os dont il s'agit tiennent aux métatarsiens correspondants par une mortaise diarthrodiale très-serrée, peu mobile par conséquent, et à laquelle ne manquent pas les ligaments : il y en a 5 et quelquefois 6 *sur la face dorsale* (1). La même disposition existe à peu près du côté de la plante ; puis il y a trois ligaments inter-osseux bien connus, le premier surtout, des chirurgiens. Enfin, on a décrit des faisceaux fibreux entre les trois cunéiformes. La jonction intime de ces six os n'en forme plus, pour ainsi dire, qu'un tout continu, et les probabilités de déplacement ne sont pas de ce côté. Autre chose est de l'articulation cunéo-scaphoïdienne : il n'y a là qu'une simple arthrodie, avec mouvements assez caractérisés entre les trois facettes cunéennes postérieures, et la convexité antérieure du scaphoïde. Les grands moyens d'insertion de cet os dans le tarse, ne se trouvent donc pas entre lui et les cunéiformes, mais bien avec le calcanéum et le cuboïde. Voilà pourquoi, chez Girard, le scaphoïde est resté en place, retenu avec le calcanéum par le ligament inter-osseux de l'articulation astragalienne, accolé plus étroitement encore au cuboïde par un faisceau de fibres inter-osseuses courtes, serrées et très-résistantes.

(1) Chacun des os du métatarse en reçoit un des os du tarse avec lequel il est en contact. Il y en a donc un pour le premier, trois pour le second, et un souvent deux pour le troisième.

4° Nous regrettons que notre observation, faite deux ans après un accident vraisemblablement méconnu de prime-abord, et aujourd'hui incurable, ne nous laisse à exposer aucune considération expérimentale sous le point de vue du traitement. Chez les deux malades d'A. Cooper, la réduction n'avait point eu lieu non plus, sans doute aussi parce que le diagnostic avait fait défaut. Chez le malade de M. Nélaton, l'issue par la plaie de l'os luxé avait nettement fait préciser le désordre, et tracé l'indication thérapeutique. La réduction étant impossible, on pratiqua l'extirpation de l'os déplacé, et malgré une inflammation assez vive, suivie de suppuration fort abondante, le malade guérit complétement.

Quoi qu'il en soit, l'exemple que nous venons de rapporter, intéressant par sa nouveauté, aura peut-être encore cette utilité d'appeler l'attention des praticiens sur un ordre de lésions peu étudiées encore, et qui, dans le petit nombre de cas décrits jusqu'à ce jour, faute d'avoir été constatées en temps opportun, n'ont pu bénéficier des ressources de l'art.

Rapport sur le travail de M. Bertherand.

Par M. Desormeaux, au nom d'une commission composée de MM. Larrey, Lenoir et Desormeaux.

Il y a deux ans environ, M. le docteur Bertherand vous adressait une observation de ligature de l'artère carotide primitive, suivie à différentes époques d'autres travaux imprimés ou manuscrits. Chargé de vous faire un rapport sur ces différents travaux, des circonstances indépendantes de ma volonté m'ont empêché jusqu'ici de le faire, j'espère que vous voudrez bien excuser ce retard, et m'aider à le réparer auprès de M. Bertherand.

Vous vous rappelez sans doute un militaire qui vous fut présenté par notre collègue M. Larrey, de la part de M. Bertherand. Frappé d'une balle qui pénétra au-dessous de l'œil et sortit entre l'oreille et l'apophyse mastoïde, cet homme fut pris au bout de quelques heures d'une hémorrhagie qui le mit dans le plus grand danger. De toutes les artères qui avaient pu se trouver sur le trajet de la balle, il était impossible de savoir laquelle était blessée, il était plus impossible encore d'aller la chercher pour la lier. M. Bertherand prit donc aussitôt le parti de porter la ligature sur la carotide primitive. Après quelques accidents, la guérison eut lieu, et, au bout de deux mois, le blessé ne conservait que de la dureté de l'ouïe et un peu de faiblesse de la voix et de dysphagie, lorsqu'à la suite de deux attaques successives de choléra, il devint presque entièrement aphone. C'est dans cet état que le malade est venu devant vous.

Quelle était, dans cette aphonie, la part de l'opération ? quelle était celle du choléra ? A l'époque où se termine l'observation, il n'y avait aucune amélioration sous ce rapport. On devait cependant espérer que le malade reviendrait à l'état où il était avant le choléra ; car l'aphonie cholérique se dissipe toujours, et il nous a assuré qu'en effet sa voix commençait à revenir ; mais il est à craindre qu'elle reste toujours faible, d'après ce qui a été observé dans des cas analogues.

Après avoir rapporté ce fait, M. Bertherand cherche quelle peut être la cause de cette altération de la voix. Il rejette d'abord l'idée que le nerf pneumo-gastrique ait été compris dans la ligature. Le soin qu'il a mis à dénuder l'artère et à l'examiner après l'avoir amenée au dehors de la plaie ne permet pas de l'admettre, non plus que la ligature du nerf récurrent, trop éloigné de l'artère du côté gauche surtout, pour être saisi avec elle.

Peut on donc expliquer l'aphonie par la lésion de quelques filets nerveux moins importants ? M. Bertherand se demande s'il aurait lésé les ramuscules du plexus cervical et du grand hypoglosse unis pour animer les muscles sus-hyoïdiens, les anastomoses décrites par M. Huguier entre le nerf récurrent et le nerf laryngé supérieur, ou bien enfin les filets que le grand sympathique envoie autour de la carotide. Il discute ces questions comme vous les avez discutées, et, comme vous, les laisse sans une solution que l'état de la science ne permet pas de donner aujourd'hui.

A l'époque où M. Bertherand pratiqua cette opération, c'était la troisième ligature de la carotide pratiquée dans les ambulances d'Afrique, toutes trois avec succès. Ce résultat, comme il le fait remarquer, ajouté à ceux qui étaient déjà connus, est bien propre à donner confiance dans cette ressource extrême toutes les fois qu'elle est indiquée.

Je ne m'étendrai pas davantage sur cette observation, qui a déjà été pour vous le sujet d'une discussion complète, et dont vous avez publié, dans vos *Bulletins*, l'extrait fort étendu qu'en avait donné M. Larrey.

Plus tard, M. Bertherand vous a adressé une autre observation également intéressante, surtout parce qu'elle a pour sujet une lésion dont il n'existait pas encore d'exemple ; car, après avoir fait de nombreuses recherches à ce sujet, nous devons dire avec l'auteur qu'elle n'est encore décrite nulle part.

Un infirmier militaire marchant dans l'obscurité tomba d'une hauteur de 4 mètres environ, et arriva dans une situation verticale sur le sol, qu'il toucha surtout du pied droit, du moins est-ce pied qui a présenté une lésion grave à la suite de l'accident. Il subit un traitement assez long, et finit par guérir avec une déformation du pied et une claudication marquée.

M. Bertherand, qui ne vit le malade que deux ans environ après l'accident, constata l'état suivant : le pied paraît fléchi fortement sur la jambe, surtout par son bord interne, ce qui tient au relèvement des trois premiers métatarsiens et des cunéiformes, qui ne touchent plus le sol, et forment une saillie au-dessus du reste de la face dorsale du pied. En dehors de cette saillie, on trouve un plan vertical formé par la face externe du troisième cunéiforme. En dedans, on remarque un vide vers la face plantaire, qui augmente la concavité naturelle de la voûte du pied. En arrière, on trouve un autre vide formé par la dépression du scaphoïde, et dans lequel on sent les tendons des muscles jambier antérieur, extenseur du gros orteil et extenseur commun.

Par suite du défaut d'exercice, il y a une atrophie manifeste du membre et un commencement d'ankylose des articulations du tarse et du métatarse. En outre, le bord interne du pied se trouve raccourci de 15 millimètres environ par le chevauchement des trois cunéiformes sur le scaphoïde.

L'application exacte de la plante du pied sur le sol est impossible, et la marche a lieu sur le talon.

M. Bertherand, après la description de la luxation qu'il a observée, entre dans quelques considérations sur la rareté des luxations des os du tarse, qu'il attribue à des causes physiques et anatomiques. Les premières sont la répartition inégale du poids du corps entre ses différentes parties, par suite de laquelle, dans les chutes d'un lieu élevé, le corps bascule le plus souvent, de sorte que la tête porte la première. Pour que les pieds arrivent les premiers, il faut qu'un obstacle vienne empêcher pendant la chute ce mouvement de bascule.

Les causes anatomiques sont la force des moyens d'union fournis par les ligaments et par les insertions tendineuses, puis la forme voûtée du pied, d'où résulte que dans une chute le choc porte exclusivement sur les têtes des métatarsiens et sur le calcanéum, à moins qu'une saillie du sol ne vienne à la rencontre de la face inférieure des cunéiformes, comme cela paraît être arrivé au malade de M. Bertherand.

L'auteur termine ses considérations en montrant que l'articulation cunéo-scaphoïdienne se trouve placée entre des articulations beaucoup plus solides et moins mobiles, de sorte que la luxation doit porter sur cette articulation plutôt que sur celles du scaphoïde avec l'astragale et le cuboïde, ou sur les articulations cunéo-métatarsiennes.

Après l'excellente description tracée par M. Bertherand, nous ne pouvons que regretter qu'il ait observé le malade si longtemps après l'accident, ce qui nous a privé d'une bonne description de l'état primitif des parties, et sans doute aussi de considérations utiles sur le traitement.

Telle qu'elle est, cette observation, avec les réflexions qui l'accompagnent, et dont la concision fait peut-être mieux ressortir la justesse, vous paraîtra digne, je pense, de figurer dans votre *Bulletin* ; car au mérite d'une excellente description, elle ajoute celui qu'il ne faut pas dédaigner, d'établir les premières données pour l'histoire d'une lésion non encore décrite.

A ces travaux, M. Bertherand a ajouté trois brochures :

1° *Des pansements des plaies sous le rapport de leur fréquence et de leur rareté*, mémoire couronné par le ministre de la guerre.

L'auteur examine les deux doctrines des pansements rares et des pansements fréquents, et ne se déclare partisan exclusif ni des uns ni des autres ; il fait mieux que de chercher à faire prévaloir l'un des systèmes, il montre leurs avantages et leurs inconvénients, et pose les indications qui devront guider le choix des chirurgiens.

2° Un mémoire *sur les plaies d'armes à feu de l'orbite*, où, après avoir décrit les effets si bizarres des projectiles dans les réflexions qu'ils peuvent subir de la part des os, et même des parties molles, du globe oculaire en particulier, il rapporte l'observation d'une balle qui pénétra par l'orbite et vint s'enclaver dans les fosses nasales si solidement qu'il fut impossible de l'extraire.

3° Enfin, un *Traité des adénites idiopathiques et spécialement de celle du col*, qui sous un petit volume renferme une description complète du sujet, considéré d'abord d'une manière générale, et ensuite dans chaque région en particulier.

Messieurs, le nom de M. Bertherand, médecin principal à l'hôpital d'Alger, vous est bien connu ; vous savez tous qu'il est un des représentants les plus éminents de cette chirurgie militaire qui a contribué si puissamment à répandre la gloire chirurgicale de la France. Par les travaux qu'il nous a envoyés, il nous a prouvé que vous pouviez compter sur son ardeur pour enrichir votre moisson scientifique. J'ajouterai qu'il est l'aîné des trois frères qui se distinguent dans la chirurgie militaire.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous proposer :

1° De déposer aux archives les travaux de M. Bertherand ;

2° De renvoyer au comité de publication l'observation de luxation des trois cunéiformes, avec les réflexions qui l'accompagnent ;

---

reau était composé de MM. Dumas, Flourens, Geoffroy Saint-Hilaire, Moquin-Tandon, de Senarmont, Barreswil et F. Boudet.

Après un discours du vénérable président, discours plein de bonnes pensées et où le but de la fondation est clairement expliqué, M. de Senarmont, nommé secrétaire, a donné en cette qualité connaissance des statuts.

Avant que ces statuts soient arrêtés, nous croyons que nos lecteurs liront avec intérêt le projet qui doit servir de base à la discussion :

« Article 1er. La Société devra être autorisée par le gouvernement, comme établissement d'utilité publique ayant tous les droits d'une personne civile.

» Art. 2. La souscription annuelle sera de dix francs.

» Art. 3. Indépendamment des souscriptions annuelles, la Société recevra avec reconnaissance les *dons* et *legs* qui lui seront faits.

» Art. 4. Les fonds, produits des souscriptions, dons ou legs, seront placés en rentes sur l'État ou en actions de la Banque de France, par les soins du bureau.

» Art. 5. Il ne pourra être accordé de secours que sur les revenus des fonds placés.

» Art. 6. Nul ne pourra recevoir de secours, soit pour ses père et mère, sa femme ou ses enfants, s'il n'a présenté à l'Académie des sciences un mémoire jugé digne d'être imprimé parmi ceux des savants étrangers, ou un mémoire approuvé par elle.

» Art. 7. Une commission composée de.... membres, y compris le bureau, et nommés pour cinq ans par les souscripteurs, décidera, chaque année, s'il y a lieu d'accorder des secours, quelles sont les personnes qui en seront dignes d'après l'article 6 et leur état de gêne, et quelle est la somme qui leur sera accordée.

» Art. 8. Les secours ne seront accordés qu'à des Français ou à des étrangers naturalisés.

» Art. 9. Pour recevoir des secours, il ne sera pas nécessaire d'être souscripteur ; il suffira d'être dans le cas de l'article 6 et dans le besoin.

» Art. 10. Il y aura tous les ans une réunion : tous les souscripteurs y seront convoqués pour entendre le rapport sur tout ce qui concerne la Société et faire les nominations prescrites par les statuts. »

Nous ne ferons suivre ce projet d'aucune réflexion, attendant sa discussion, au courant de laquelle nous tiendrons nos lecteurs.

— Je désire, en terminant, enregistrer les conclusions du rapport de M. Ch. Dupin, sur le projet de canalisation de l'isthme de Suez. Ce gigantesque problème a été reconnu bon et possible par l'Académie des sciences ; mais je crois devoir laisser la parole au rapporteur :

« Nous résumons, dit-il, d'un seul mot notre pensée sur l'œuvre considérable soumise à notre examen, œuvre expliquée dans le mémoire de M. Ferdinand de Lesseps, et dans les calculs, les plans, les devis, les rapports à l'appui : *la conception et les moyens d'exécution du canal maritime de Suez sont les dignes apprêts d'une entreprise utile à l'ensemble du genre humain.*

» Par ces simples mots, nous croyons exprimer dans sa plus grande étendue le jugement favorable de toute l'Académie.

» Nous vous proposons de déclarer que les mémoires présentés par M. F. de Lesseps, tant en son nom qu'en celui de ses collaborateurs, sont dignes de votre approbation. »

Les conclusions de ce rapport ont été adoptées.

L'idée a reçu sa consécration du premier cénacle savant du monde : la mise à exécution aura-t-elle autant de bonheur ? Nous le désirons bien vivement, et nous appelons de tous nos vœux le moment à jamais mémorable où les eaux de l'Océan indien viendront se mêler à celles de la Méditerranée !

Dr E. Renaud.

3° D'admettre M. Bertherand au nombre des membres correspondants de la Société.

— M. GIRALDÈS appelle l'attention sur une cause d'aphonie consécutive à la ligature de la carotide, qui a été omise parmi toutes celles qui ont été mentionnées par le rapporteur. C'est la production plastique qui a lieu autour de la cicatrice, et qui, s'étendant aux parties voisines, englobe les nerfs et les comprime, comme il a eu l'occasion de le constater dans une autopsie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 mars 1857. — Présidence de M. Is. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Propriétés du curare. — M. E. Pélikan adresse une notice sur les propriétés physiologiques et toxicologiques du curare. Voici les principaux résultats de ses expériences.

1° Le curare introduit dans le tissu sous-cutané ou injecté dans les veines exerce une action dont tous les phénomènes caractéristiques ont été décrits de la manière la plus satisfaisante par M. Cl. Bernard. J'ai remarqué seulement, en irritant les nerfs moteurs d'un animal empoisonné par le curare, que les contractions des muscles correspondants ne cessent pas toujours immédiatement après la mort, quoique dans la majorité des cas, la loi posée par M. Bernard se confirme.

2° La section du nerf sciatique, avant l'empoisonnement de l'animal par le curare, n'empêche pas après la mort la cessation de l'irritabilité du nerf opéré, tandis que dans l'empoisonnement par la strychnine cette irritabilité se remarque encore longtemps après qu'elle a complétement disparu dans le nerf d'un autre membre resté intact.

3° La section de la partie cervicale du nerf sympathique d'un côté (chez un lapin) avant l'empoisonnement par le curare, modifie considérablement le phénomène caractéristique qui se manifeste vers la fin de l'action, c'est-à-dire la dilatation de la pupille avec l'extension en dehors du globe de l'œil; et quoique ce phénomène arrive identiquement sur les deux yeux, il est pourtant moins développé du côté opéré, et même quelque temps après la mort, on voit la différence entre les diamètres des deux pupilles. J'ai remarqué la même chose sous l'action de la strychnine : la pupille du côté non lésé se dilate pendant le tétanos beaucoup plus considérablement que la pupille du côté opéré.

4° La solution aqueuse du curare, introduite dans l'estomac au moyen d'une sonde élastique, agit comme poison, quoique plus lentement et d'une manière moins énergique, ce qui confirme les anciennes expériences de Fontana, Brocklesby, Emmer, et les recherches plus récentes de MM. Cogswell, Vulpian et Kölliker. La dose de 3 décigrammes a fait périr consécutivement trois lapins; un quatrième supporta cette dose et se rétablit. La dose de 62 milligrammes ne manifesta aucune action vénéneuse. Mais l'action moins énergique du curare introduit dans l'estomac n'est pas une propriété particulière et caractéristique de ce poison, et ne peut pas être expliquée, comme on a tenté de le faire, par la supposition que le curare contient une certaine quantité du venin des serpents venimeux; car la particularité sus-mentionnée est générale à presque tous les poisons narcotiques qui ont la propriété d'être facilement absorbés. Par exemple, l'action de l'extrait de la noix vomique est plus prompte et énergique, s'il est introduit dans le tissu sous-cutané, que dans le cas de son introduction dans l'estomac.

5° *La curarine* a été préparée par mon collègue M. Trapp, d'après le procédé de M. Boussingault, avec la différence que l'extrait aqueux a fourni à M. Trapp plus d'alcaloïde que l'extrait spiritueux. Je tiens pour certain que la curarine possède toutes les propriétés actives du curare. Cet alcaloïde, introduit sous la peau d'un lapin, à la dose de 5 centigr., a occasionné la mort de l'animal avec tous les phénomènes caractéristiques de l'empoisonnement par le curare.

6° Après que le curare a été absorbé à une dose suffisante pour produire la mort, il ne peut pas être question d'antidote. La strychnine peut provoquer les phénomènes qui lui sont caractéristiques seulement dans le cas où la dose du curare a été insuffisante, et réciproquement. La solution du curare précipitée par le tannin (tannate de curarine) perd son action délétère à une dose ordinaire; mais le curare en poudre, introduit dans l'intérieur d'une plaie avec de la poudre de tannin, conserve son action toxique. L'iode dissous dans l'iodure de potassium ne détruit pas l'action du curare, quand même les deux solutions, après un mélange préalable, ont été évaporées et le résidu introduit dans le tissu sous-cutané.

7° La présence du curare peut être facilement découverte par les réactions de la curarine. Ces réactions sont à peu près les mêmes que pour la strychnine, mais elles sont encore plus constantes que pour ce dernier alcaloïde. L'acide sulfurique avec le chromate de potasse ou avec le ferro-cyanure de potassium, ou avec le peroxyde de plomb puce, donne des colorations rouges très-belles. L'essai galvanique est aussi très sensible, et donne, comme avec la strychnine, la coloration rouge de la solution acide de la curarine à la lame de platine de l'anode. (Commissaires : MM. Cl. Bernard, Pelouze et Bussy.)

De quelques névroses de la voix. — M. Mongin adresse une note sur l'analogie qui peut exister dans certaines maladies nerveuses entre la voix humaine et le son vocal de plusieurs espèces d'animaux.

L'auteur commence par rappeler brièvement certains faits consignés dans les annales de la science : les bêlements observés au seizième siècle par Wierus chez plusieurs religieuses du couvent de Sainte-Brigitte, les aboiements de plus de quarante femmes d'un village voisin de Dax, mentionnés par Delancre (en 1613); ceux de deux filles de Landes, près Bayeux, en l'année 1732 (époque où sévissait à Paris l'épidémie convulsionnaire de Saint-Médard); quelque chose de semblable constaté à la même époque par Th. Willis sur cinq demoiselles de la même famille à Blackthorn, comté d'Oxford (c'était plutôt le hurlement d'un chien qu'un véritable aboiement); enfin des cas de miaulement chez des filles cloîtrées, rapportés par Raulin et Hecquet. S'appuyant sur cet historique, M. Mongin fait remarquer que, pour presque tous les cas cités, on a la certitude que les névroses de la voix coexistaient avec des attaques d'hystérie, dont elles semblent n'avoir été qu'un symptôme.

« Le mode de contraction spasmodique de la glotte qui modifie ainsi la voix, poursuit M. Mongin, peut-il exister sans convulsions générales, comme cela paraît avoir eu lieu pour le cas observé par M. Bosredon? Je ne me hasarderai pas à le nier; mais ce que je puis affirmer, c'est que le cri qui précède les grandes attaques d'épilepsie subit des modifications nombreuses dont quelques-unes imitent la voix de plusieurs espèces d'animaux, et j'en pourrais pour ma part citer deux exemples remarquables. Dans un de ces cas, chez un jeune garçon de dix-sept ans, qui faisait entendre une sorte de gloussement, et dont l'affection remontait à plus de quatre années, chacune des attaques épileptiques (il y en avait au moins deux par semaine) avait été pendant longtemps précédée d'un cri très-aigu; mais en septembre 1855, ce cri changea tout à fait de caractère : de perçant, il devint sourd, guttural, très-analogue enfin à celui du cas observé par M. Bosredon. Un autre point de ressemblance entre ce fait et celui dont je parle, c'est la disparition du phénomène morbide sous l'influence du même agent médicamenteux, le *valérianate d'atropine*. Je me servis comme M. Busredon du valérianate préparé d'après la formule du docteur Michéa. Sous l'influence de ce médicament donné sous forme de granule, d'abord à la dose d'un demi-milligramme par jour, et porté dans l'espace de deux mois à deux milligrammes, non-seulement le gloussement cessa complétement, mais les attaques épileptiques, qui n'étaient plus précédées d'aucune espèce de cri, furent considérablement modifiées. De nocturnes qu'elles étaient, elles devinrent diurnes, et diminuèrent notablement en force et en fréquence. Quant aux simples vertiges qui avaient lieu dans l'intervalle des grandes attaques, ils ont persisté, et sont peut-être même aujourd'hui un peu plus fréquents.

» Si l'on devait, poursuit l'auteur, admettre avec M. Marshall Hall, que dans l'épilepsie le spasme attaque de préférence les muscles du cou et du larynx, que le *trachélisme* et le *laryngisme* jouent un très-grand rôle dans la pathologie de cette affection; s'il était vrai qu'ils en produisent tous les symptômes, tels que la perte de connaissance, le délire, etc., de sorte qu'on parviendrait à faire avorter l'accès en faisant avorter le laryngisme; et si, d'une autre part, de nouveaux faits venaient confirmer la réalité de l'*influence élective* du valérianate d'atropine, il me semble qu'on aurait obtenu un progrès considérable dans le traitement de cette terrible maladie. » (Rapporteur, M. Andral.)

— M. Valat, en adressant un supplément à ses recherches concernant les moyens de faire disparaître les logements insalubres, demande que ce travail soit admis au concours pour les prix Montyon, et joint à cette demande, conformément à une des conditions imposées aux concurrents, une indication de ce qu'il considère comme neuf dans son mémoire. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. Garnier envoie, dans la même intention, l'analyse d'un livre sur l'insuffisance des valvules aortiques, livre publié en portugais par M. Alvarenga, et dont il a donné une traduction française qu'il présente en son nom et celui du médecin de Lisbonne au concours pour les prix de la fondation Montyon. (Même commission)

— M. Baudens prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour la place d'académicien libre vacante par suite du décès de M. de Bonnard.

Cette demande sera soumise en son temps à la commission chargée de préparer une liste de candidats.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial du 11 mars 1857 ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent :

Au grade d'officier : MM. Duplan, médecin principal de première classe; Favre, chirurgien principal de la marine, et Lefranc, chirurgien-major au 1er régiment d'infanterie de marine.

Au grade de chevalier : MM. Rideau, chirurgien de la marine de première classe; Le Goarant, chirurgien de deuxième classe; Galiay, ancien chirurgien-major; Larousserie, ancien chirurgien aide-major.

— Le *Moniteur* publie un décret, en date du 10 février 1857, par lequel sont autorisés à accepter et à porter décorations qui leur ont été conférées par des souverains étrangers, les médecins, pharmaciens et vétérinaires dont les noms suivent :

Ordre de Léopold (Belgique). *Officier* : M. Bertherand, médecin principal de 1re classe.

Ordre de la Rose (Brésil). *Chevalier:* M. A. Foucart, docteur en médecine.

Ordre de Saint-Grégoire-le-Grand (Etats Romains). *Chevaliers:* MM. Patezon, médecin aide-major au 11e de dragons; Nicora, pharmacien aide-major.

Ordre de Pie (2e classe) : M. Loyer, médecin-major.

Ordre du Sauveur (Grèce). *Chevalier:* M. Prassacachi, médecin.

Ordre de Saint-Stanislas (Russie). 2e classe : M. Cambay, médecin principal de 1re classe. — 3e classe: M. Lécard, médecin aide-major au 77e de ligne.

Ordre des Saints Maurice et Lazare (Sardaigne). *Officier* : M. Scrive, médecin inspecteur; *chevalier* : MM. Campmas, médecin principal de 1re classe; James, docteur en médecine.

Ordre du Medjidié (3e classe) : M. Secourgeon, médecin principal de 1re classe. — (5e classe): MM. Bruneau, médecin-major aux dragons de la garde; Deluy, médecin-major aux chasseurs de la garde; Dziewonski, médecin-major au 43e de ligne; Viry, médecin-major au 88e de ligne; Giraud, chirurgien de 1re classe de la marine; Macret, chirurgien de 1re classe de la marine; Stef, vétérinaire aux chasseurs de la garde; Pucelle, médecin aide-major au 1er grenadiers de la garde.

Ordre de Frédéric (Wurtemberg). *Chevalier:* M. James, docteur en médecine.

— Deux concours seront successivement ouverts cette année à l'Hôtel-Dieu de Marseille :

Le premier, pour une place de médecin agrégé, le 2 novembre;

Le second, pour une place de chirurgien agrégé, le 16 novembre.

Les candidats devront se faire inscrire huit jours au moins avant l'ouverture du concours au secrétariat de la commission administrative des hospices, à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

— Un arrêté royal du 23 février dernier vient d'approuver les changements qui avaient été proposés aux statuts organiques de l'Académie royale de médecine de Belgique.

D'après ces modifications, l'Académie se compose de membres titulaires et de membres correspondants. Le nombre des premiers est fixé à trente six; l'Académie détermine le nombre des seconds. Les membres honoraires belges ont voix délibérative dans toutes les discussions; les membres honoraires étrangers, seulement en matière de science. Les membres correspondants ne prennent part qu'aux discussions scientifiques; ils n'y ont que voix consultative.

Les membres correspondants belges ont droit à la moitié au moins des places vacantes parmi les titulaires. L'élection est faite par l'Académie, sur une liste de trois candidats présentée par la section dans laquelle se trouve la vacance à remplir.

Le bureau de l'Académie se compose d'un président et de deux vice-présidents, élus pour trois ans par l'Académie parmi ses membres titulaires, et d'un secrétaire. Le président n'est rééligible qu'après un intervalle de trois années.

Chaque année, une commission de trois membres, élue au scrutin secret, dresse, de concert avec le bureau, le budget des dépenses pour l'exercice suivant, et fait, dans les trois premiers mois de cet exercice, son rapport sur la situation financière de la Compagnie.

L'Académie ne tiendra plus désormais qu'une séance solennelle tous les trois ans. (*Presse méd. belge.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Dupuy, né à Lamonzie-Saint-Martin (Dordogne); *Traitement du psoriasis par le baume de copahu.*

Couméselongue, né à Bernos (Gironde); *De la pourriture d'hôpital observée à Montpellier en 1855 et 1856.*

Lepelletier, né à Coutances (Manche); *Considérations sur l'étiologie de la fièvre typhoïde.*

Colliac, né à Penne (Lot-et-Garonne); *Considérations physiologiques et cliniques sur les modifications du système nerveux chez les femmes en couches.*

SOUSCRIPTION

en faveur des veuves et des orphelins des médecins et pharmaciens de l'armée et de la flotte morts en Orient.

Souscriptions nouvelles reçues par M. le docteur MAHEUX, *secrétaire de la commission.* — MM. Bétel, aide-major à Montmédy, 5 fr.; Spiral, médecin, id., 5 fr.; Celice, pharmacien, id., 5 fr.; Pineau, interne des hôpitaux de Paris, 10 fr.

Liste supplémentaire des souscriptions recueillies à Bouzonville (Moselle), par le docteur KAYSER : 65 fr.

Souscription ouverte dans la Société de médecine de Besançon. — MM. les docteurs Janson, 10 fr.; Villars, 10 fr.; Martin, 10 fr.; Bouton; 5 fr.; Sanderet, 10 fr.; Druhen aîné, 10 fr.; Lebrune, 10 fr.; Coutenot, 15 fr.; Druhen jeune, 5 fr.; Chenevier, 5 fr.; Bertrand, 5 fr.; Lebon, 5 fr.; Roche, 5 fr.; Bruchon, 5 fr.; Monnod fils, 5 fr.; Becquet, médecin dentiste, 5 fr.; Pétey, id, 5 fr.; Debauchey, pharmacien, 5 fr., Renaud, id., 3 fr.; Guillin, id., 5 fr.; Guichard, id., 10 fr.; Billot, id., 5 fr.; Berger, médecin vétérinaire au 13e d'artillerie, 5 fr.

Autres souscriptions à Besançon. — MM. Revillout, 5 fr.; Corbet, 15 fr.; Grenier, 5 fr.; Colard, 5 fr.; Parguez, 10 fr.; Kolb, 5 fr.; Jacques, 5 fr.; Pourcelot, 3 fr.; Bastide, 1 fr.; Periard, 5 fr.; Coillot, 5 fr.; Kuzkowski, 5 fr.; Chenevière, 3 fr.; Maurivard, 3 fr.; Gognely et Grangé, 15 fr.; deux anonymes, 2 fr.

MM. Pagny, à Pouilley-les-Vignes, 10 fr.; Faivre d'Esnans, à Baume-les-Dames, 5 fr.; Pone, à Pontarlier, 10 fr.; Vaillandet, à Pin, 5 fr.; Gérard, à Pesmes, 5 fr.; Paris, à Gray, 3 fr.; Chavanan, à Orchamps, 10 fr.; Amiot, à Baume-les Dames, 5 fr. — Total, 303 fr.

Souscriptions recueillies parmi les médecins et pharmaciens de l'arrondissement de Lure (Haute-Saône). — MM. Chapelain, à Luxeuil, 10 fr., Aliès, 5 fr.; Pierrey, 5 fr.; Janney, à Saulx, 5 fr.; Perrin, 5 fr.; Petel, à Lomont, 5 fr.; Thirion, aux salines de Gouhenans, 3 fr.; Boisson, à Lure, 5 fr.; Boisson, id., 3 fr.; Duc, id., 5 fr.; Levrey, id., 2 fr.; Didier, id., 3 fr., Jacquez, id., 5 fr. — Total, 61 fr.; à déduire pour affranchissement, 5 fr. 40 c: total net, 55 fr. 60 c.

Dernières souscriptions à la Gazette des hôpitaux. — MM. Sistach, aide-major au 12e de ligne, 5 fr.; Woll-Moreau, méd.-major du 10e de ligne, 10 fr.

ERRATUM. — Dans le dernier compte rendu de la Société de chirurgie (no du 14 mars), on a imprimé deux fois par erreur, dans la réponse de M. Gosselin à MM. Larrey et Giraldès : *le mécanisme du* CUIR, au lieu *du* COIN.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Annuaire médical et pharmaceutique de la France, par M. le docteur Félix ROUBAUD. — Neuvième année, 1857. — 1 volume grand in-18. — Prix : 4 francs. Chez J. B. Baillière, libraire, et chez l'auteur, 13, rue de la Monnaie.

Recherches sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses, par M. le docteur LANDRY, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris et de l'Académie impériale de médecine. In-8o. Prix : 3 fr. 50. A Paris, chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Nouvelle méthode de compression par les appareils élastiques, par M. Philippe BOURJEAURD, ancien chirurgien de la marine. — In-8o. — Prix, 50 c. A Paris, dans toutes les librairies médicales; chez l'auteur, rue des Beaux-Arts, 11; et à Londres, 11, Davies Street (Berkeley Square).

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16. Un an. . . 30 } Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL DU VAL-DE-GRACE (M. Champouillon). De certaines prédispositions à la phthisie pulmonaire chez l'homme. — HÔTEL-DIEU DE NANTES (M. Malherbe). Gangrène pulmonaire traumatique terminée par infection purulente; hydatides fertiles enveloppées d'une couche de matière tuberculeuse. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 17 mars. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Deuxième lettre sur le choléra dans la Meurthe.

PARIS, LE 18 MARS 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

Le principe physiologique sur lequel repose la méthode sous-cutanée a reçu, dans cette séance, l'appui de deux témoignages qui seraient difficilement récusables, car ce sont les témoignages de l'expérience. On se rappelle que M. Bouley a déjà apporté à l'appui de ce principe un contingent de faits empruntés à la médecine vétérinaire. M. Renault, dont le tour d'inscription s'est trouvé avancé par l'absence momentanée de MM. Bouvier et Malgaigne, est venu à son tour exposer une série d'observations dont les conclusions sont les mêmes que celles de son collègue d'Alfort. Elles peuvent être résumées ainsi :

Les accidents gangréneux qu'on observe fréquemment sur les animaux domestiques à la suite de blessures ou d'opérations sanglantes, ont souvent pour cause la présence, sur les plaies qui en résultent, du sang qui s'y est putréfié sous l'influence de l'air : ce qui implique que si ces plaies avaient pu être soustraites à l'action de ce fluide, ces accidents ne se seraient pas produits. D'où cette conséquence pratique, qui a paru à M. Renault ressortir de cette observation, comme elle en ressort en effet : que toute opération qui pourrait être faite de manière à prévenir, à éviter la pénétration de l'air et surtout son contact permanent à la surface ou dans la profondeur des plaies, préviendrait la putréfaction du sang, et, partant, la production d'une des circonstances qui concourent le plus directement au développement de la gangrène.

La méthode sous-cutanée donne en effet la contre-épreuve de ce que montre à cet égard l'observation.

Cependant, comme en fait de démonstration scientifique, la surabondance de preuves ne nuit point, on ne peut qu'accueillir avec reconnaissance les expériences dont M. A. Dechambre a entretenu l'Académie au commencement de la séance, et qui semblaient venir tout juste comme pour fournir l'appoint naturel du système de démonstration développé dans le discours de M. Renault. L'objet de ces expériences, que M. Dechambre a entreprises avec la coopération de M. Marc Sée, a été d'étudier d'une manière directe l'influence de l'absence de l'air sur la marche naturelle des plaies exposées, en plaçant la plaie exposée dans un milieu gazeux autre que l'atmosphère. Les expérimentateurs ont employé à cet usage l'hydrogène. Ils ont en outre étudié l'influence de l'air confiné et celle de différents milieux non gazeux, mais non absorbables et dépourvus d'air. Bien que quelques-unes de ces expériences ne soient pas encore complètes, on peut, d'après les résultats constatés jusqu'ici, entrevoir assez nettement la conclusion qui en devra ressortir. Mais pour imiter la sage réserve des auteurs autant que pour respecter leurs droits, nous nous abstiendrons de la formuler, leur laissant le soin de le faire eux-mêmes lorsqu'ils auront complété leur travail.

—L'Académie s'est formée en comité secret à quatre heures et demie pour entendre le rapport de la section d'hygiène et de médecine légale sur les candidats à la place vacante dans cette section. Si nous sommes bien informés, l'Académie aurait ajouté d'office à la liste de candidature le nom d'un candidat que la section n'avait pas cru devoir y placer. A en juger par le bruit qui s'est fait dans le comité secret, ce ne serait pas sans quelque difficulté que la majorité de l'Académie aurait fini par faire prévaloir le droit que lui donne l'article 45 de son règlement, d'ajouter à la liste de présentation le nom de tel candidat dont elle juge que la commission n'a pas suffisamment apprécié les titres.

Quoi qu'il en soit, voici, sauf erreur, la liste de candidature telle qu'elle a été arrêtée par l'Académie :

En première ligne, *ex æquo*, MM. Devergie et Tardieu ;
En deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Bouchut et Duchesne ;
En troisième ligne, M. Grassi ;
En quatrième ligne, M. Boudin.
Candidat ajouté par l'Académie, M. Vernois.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance. — Dr Brochin.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. CHAMPOUILLON.

De certaines prédispositions à la phthisie pulmonaire chez l'homme.

M. Louis, en parlant des causes de la phthisie, s'exprime en ces termes :

« Nous voici parvenus au point le plus important de l'histoire de la phthisie, et malheureusement le moins bien étudié jusqu'ici. Non certes que les assertions manquent au sujet des causes qui disposent de longue main à cette maladie ou qui en décident l'explosion ; mais les faits constatés rigoureusement, ceux qui peuvent servir à l'avancement de la science, manquent sur presque tous les points. »

Les recherches statistiques entreprises et continuées depuis si longtemps dans le but de donner à l'étiologie de la tuberculisation pulmonaire le degré de précision qui lui manque ne fournissent, en effet, que des données souvent insuffisantes ou contradictoires. Ainsi, relativement à la constitution, par exemple, il est généralement admis que les individus robustes sont moins que les sujets délicats exposés à la phthisie. Cela peut être vrai pour ce qui concerne la population civile, mais cette assertion n'est pas aussi bien prouvée relativement à l'armée.

On sait que les troupes françaises se recrutent par l'élimination des sujets débiles ou valétudinaires; malgré cette épuration, il existe dans nos rangs une suffisante promiscuité d'individus robustes ou médiocres pour que des observations comparatives soient possibles en ce qui a rapport aux imminences morbides.

Quelle qu'en soit la cause, les cas de phthisie sont très-nombreux dans l'armée, et l'on sera peut-être surpris d'apprendre que cette affection s'observe particulièrement chez les gardes de Paris, tous hommes d'élite et fortement constitués.

Il n'est pas rare non plus de voir dans la troupe de ligne des individus à stature élevée, à formes herculéennes, avec un appareil respiratoire largement développé, devenir phthisiques avec une rapidité incroyable. Cela étonne. Pourquoi? Parce qu'on a pris l'habitude, même parmi les médecins, de considérer l'élévation de la stature, le volume du corps comme les attributs de la vigueur. Mais ce qui constitue la force organique, au contraire, c'est uniquement le privilége dont jouit une individualité quelconque de réagir avec énergie contre les agents morbifiques.

Qui de nous n'a vu certains militaires de chétive apparence triompher d'influences maléficiantes capables de ruiner un colosse! Classer les hommes suivant la force ou la faiblesse est donc une œuvre difficile, une estimation sujette à de singulières discordances.

Une autre remarque encore à ce propos. Pour les sujets traités dans les hôpitaux, il est souvent malaisé d'évaluer au juste les qualités de la constitution. D'abord, parce que les malades au moment où ils se présentent ont déjà subi une détérioration plus ou moins considérable, et, en second lieu, parce que la plupart mettent une certaine vanité à faire valoir leur état de santé habituel. C'est le propre des phthisiques, en effet, d'aimer l'illusion et de s'y complaire.

En définitive, pour pouvoir déterminer exactement l'influence de la force ou de la faiblesse sur la fréquence de la phthisie dans une classe quelconque de la société, il faudrait préalablement s'assurer de la proportion des sujets forts et des sujets faibles qui en font partie. Sans être absolument impossible, une pareille recherche est extrêmement difficile : elle n'a point encore été faite. Tout ce que l'on sait, et cela d'une manière approximative, c'est que dans les hôpitaux civils, la constitution forte figure pour un tiers dans le nombre des phthisies acquises ou héréditaires. La proportion est beaucoup plus considérable encore dans l'armée, ce qui est tout naturel, puisqu'il s'agit ici d'hommes choisis.

Quelle est la part des tempéraments sur la production de la phthisie? Cette influence ne paraît pas mieux démontrée que celle de la constitution, envisagée sous le même point de vue. On a prétendu que le tempérament lymphatique, qui domine dans les grandes villes ainsi que dans les régions septentrionales de la France, constitue une prédisposition spéciale à la tuberculisation pulmonaire. Il est facile pour les médecins de l'armée de contrôler cette proposition, car nos régiments se composent d'individus de toutes provenances;

DEUXIÈME LETTRE SUR LE CHOLÉRA DANS LA MEURTHE.

A monsieur le docteur E. DUCHÉ, *membre de la Société des sciences de l'Yonne.*

Mon honoré confrère,

Vous l'avez vu dans ma première lettre, je fais bon marché du pouvoir accordé à l'influence tellurique sur la marche du choléra épidémique, tout en maintenant de sérieuses réserves relativement à l'intervention toute spéciale de l'effluve paludéen dans les épidémies successives que j'ai été appelé à étudier. D'un autre côté, ce que j'ai appris du mode de progression du fléau, qui traversa perpendiculairement le cours de nos fleuves et de nos rivières, est en opposition avec ce que l'on semble vouloir ériger en loi. Qu'y faire? Je dis ce que je sais, ce que j'ai vu, *quæque miserrima vidi....*

Poursuivons.

On se fait d'étranges illusions sur l'époque précise, officielle de l'apparition du fléau dans les départements. C'est ainsi que l'on place la Haute-Marne à la tête des départements les premiers envahis, parce qu'elle le fut en mars 1854, tandis que Nancy avait déjà payé un tribut de treize victimes à la période d'incubation épidémique, depuis le 16 décembre 1853 jusqu'au 18 mars suivant. Ce fait, qui mérite de fixer toute l'attention des hommes sérieux, n'est point isolé; il s'est reproduit dans toutes les localités plus ou moins frappées; et, chose remarquable, quoique plusieurs l'aient mentionné — avec assez de légèreté sans doute —, personne jusqu'alors n'avait pensé à en tirer parti au profit de la science. Pour ceux qui voudront bien se placer à ce point de vue, tout les portera à croire que la cause épidémique, simultanément déposée en incubation dans toute l'Europe, s'y est développée au fur et à mesure qu'elle y a rencontré des éléments de retard ou d'accélération; qu'ici elle a été annihilée faute d'aliments, que là elle a opéré sous la pression de conditions hygiéniques contraires, mais inconnues.

Ainsi s'expliqueraient — je n'aime pas les explications, vous le savez — toutes les irrégularités, tous les retards, toutes les aberrations observés dans la marche, l'installation et le développement du fleuve épidémique. Toujours est-il que peu de départements français ont été épargnés en 1854: caractère de généralité qui distingue cette dernière épidémie des deux autres, et qui ne contribue pas peu à diminuer les chances déjà si minimes de la théorie tellurique.

Rien donc d'étonnant si le fléau, comme l'expérience l'a cent fois démontré, a paru marcher, s'étendre dans toutes les directions, revenir sur ses pas, épargner des localités malsaines relativement, en dépit de toutes les pressions, de toutes les températures, de tous les mouvements de l'atmosphère.

On sait d'ailleurs à quoi s'en tenir aujourd'hui sur l'indication étiologique de certaines déviations de l'aiguille aimantée, des aurores boréales, etc., etc.; mais il reste des doutes sur les relations de productions électro-chimiques avec la présence du choléra indien. Il n'est pas bien sûr que l'ozone, destiné, au dire de son inventeur, à purifier l'atmosphère, favorise par son absence les progrès des épidémies en général et de celle qui nous occupe en particulier. Et d'abord l'existence de cette combinaison de l'oxygène avec l'électricité, qui nous est révélée seulement par une odeur particulière, est-elle suffisamment établie pour servir de base à tout un système de pathogénie quelconque? Et le fût-elle, que l'ozonomètre, tel qu'on nous l'a fait connaître, serait encore aux yeux des hommes un peu rigoureux un instrument bien imparfait dans une foule de circonstances, telles qu'une trop vive lumière; divers acides suspendus dans l'atmosphère et une infinité d'autres accidents météorologiques inconnus, suffiraient pour en faire suspecter à bon droit la valeur essentiellement problématique. Enfin, il ne faut pas perdre de vue que, tous les chiffons étant blanchis au chlorure, la bande de papier imbibée d'iodure de potassium peut elle-même agir sur le liquide ioduré indépendamment de ce qui peut être ou n'être pas dans l'air ambiant.

Que savons-nous donc, en définitive, de l'étiologie du choléra épidémique, sinon que nul autre fléau ne s'est joué avec autant de constance de toutes les prévisions de l'hygiène publique et privée; qu'à chacune de ses apparitions, de plus en plus rapprochées, il gagne du terrain en étendue et en durée?

Dans aucune des agglomérations sociales, visitées par le fléau asiatique, qu'il y ait été importé ou qu'il s'y soit développé spontanément, il

toutes les zones du pays y sont représentées. Or, sur 1512 militaires tuberculeux, on ne trouve que 227 malades de cette classe, pour le tempérament lymphatique. D'où vient donc que cette variété de l'organisation humaine est si volontiers signalée comme un acheminement à la phthisie? Cela vient sans doute de ce que l'on confond le tempérament lymphatique, état physiologique, avec la cachexie scrofuleuse, état morbide, tenant de près à la cachexie tuberculeuse. Cela tient peut-être aussi à la coïncidence du lymphatisme et de l'évolution pubère, à l'âge où l'homme devient habituellement phthisique.

On reproche à Laënnec d'avoir exagéré le rôle que jouent les passions dépressives dans les prédispositions à la phthisie. Il est vrai que Laënnec va trop loin lorsqu'il dit que presque toutes les personnes devenues phthisiques sans y être prédisposées par leur constitution paraissent devoir au chagrin l'origine de leur maladie. S'il est hors de doute que l'adynamie du système nerveux favorise le travail de tuberculisation, des milliers de faits démontrent que l'espérance, le contentement, arrêtent souvent ce travail à son début.

Chez les jeunes soldats, il est peu de maladies qui ne se compliquent plus ou moins de nostalgie. On voit alors quelquefois la phthisie se développer parallèlement à l'affection primitive. Toute médication, dans ce cas, demeure sans effet. Mais qu'une simple promesse de congé ou de libération intervienne à propos, les allures morbides changent rapidement de direction, et l'on assiste alors à de surprenantes résurrections.

La clinique militaire note chaque jour de ces cures par influence morale. Il convient de dire toutefois que tous les cas de phthisie ne se terminent pas de la sorte dans les hôpitaux de l'armée.

C'est une opinion encore accréditée aujourd'hui que la transplantation de l'homme des climats chauds dans les climats froids suffit à elle seule pour favoriser le développement des tubercules. Il a été démontré pourtant, et d'une manière péremptoire, que la tuberculisation est propre à certaines localités plutôt qu'à la zone climatérique dont elles font partie. C'est ainsi que, pour la garnison de Paris, on compte à peu près autant de phthisiques parmi les soldats originaires du nord de la France, que parmi ceux qui proviennent des départements du Midi.

La profession militaire est peut-être celle qui résume le plus complètement les influences capables d'engendrer le tubercule. De toutes ces influences, la plus générale et la plus directe, c'est l'insuffisance d'action musculaire.

En effet, pendant l'hiver, le soldat languit dans l'oisiveté, les exercices gymnastiques, le maniement des armes, l'exécution des manœuvres lui font à peu près complétement défaut durant cette saison. Aucune révulsion ne vient corriger la susceptibilité morbide des poumons, dans lesquels germe à loisir l'élément tuberculeux. Lorsque, au contraire, les jeunes militaires sont soustraits à ce genre de vie, lorsqu'ils sont employés à des travaux de guerre ou d'utilité publique, la phthisie disparaît presque aussitôt de leurs rangs. Ainsi, bien qu'elles soient restées pendant deux ans aux prises avec toutes les causes morbides de destruction, nos troupes en Crimée n'ont fourni qu'un petit nombre de cas de phthisie tuberculeuse.

La vie recluse, les professions qui s'exercent dans un milieu confiné, sont universellement réputées comme causes prédisposantes de la phthisie. Il s'en faut toutefois que l'on ait déterminé d'une manière exacte les limites de cette influence, selon l'âge et la condition des individus qui y sont exposés. Grouper ainsi dans une formule générale des faits qui s'en dégagent par de nombreuses dissemblances, ce n'est servir ni la vérité ni le progrès.

En résumé, caractériser les prédispositions à la phthisie tuberculeuse est un problème très-compliqué, un travail immense; malheureusement il n'est pas très-avancé.

HOTEL-DIEU DE NANTES. — M. Malherbe.

Gangrène pulmonaire traumatique terminée par infection purulente. — Hydatides fertiles enveloppés d'une couche de matière tuberculeuse.

(Observation recueillie par M. Jouon, interne.)

Aimé Charles, commis, âgé de vingt-neuf ans, entre le 9 décembre 1856 (salle 6, n° 4).

Cet homme a fait, il y a six semaines, une chute sur les reins en descendant un escalier, le côté droit paraît avoir le plus souffert. Depuis cette époque, toux, oppression, fièvre continue; expectoration abondante de crachats filants, très-sanglants, quelquefois gris noirâtre et d'une odeur de gangrène; amaigrissement progressif, coloration jaune paille de la peau. Du reste, les fonctions digestives se font bien, malgré l'existence d'une tumeur à la région de l'épigastre, tumeur remontant à une époque non spécifiée par le malade, mais très-antérieure à la chute récente. Elle est indolente, facile à délimiter à travers les parois abdominales, dure, et n'a jamais mis obstacle à la digestion.

Examiné à plusieurs reprises, il présente les symptômes suivants: Pouls battant de 100 à 120 fois par minute, petit et régulier; souffle artériel modéré aux carotides; douleur au côté droit du thorax, au-dessous du mamelon ou dans l'aisselle; à la base de ce poumon, gargouillement, souffle, voix et toux caverneuses; pectoriloquie, matité; expectoration abondante (deux cuvettes par 24 heures, en moyenne) de crachats filants délayés dans une grande quantité de salive, gris, souvent mêlés de sang noir, exhalant presque toujours une odeur repoussante de gangrène, et contenant quelquefois, mais rarement, de petits lambeaux filamenteux de tissu pulmonaire mortifié. Oppression plus intense l'après-midi; décubitus dorsal ou sur le côté droit; à plusieurs reprises, sueurs froides surtout la nuit.

A partir de son entrée, la maigreur, l'affaiblissement et la dyspnée augmentent progressivement chaque jour, l'expectoration et l'accélération du pouls restant les mêmes. Une ou deux fois il a des accès de suffocation durant 24 heures.

Le traitement se compose d'une nourriture animale: 30 grammes d'huile de morue le matin, des potions stimulantes diffusibles, et deux pilules d'opium chaque soir; quelques vésicatoires (quatre) sur le côté douloureux ou des sinapismes; quelquefois des cataplasmes calmants.

Le 14 janvier, 124 pulsations; toux très-douloureuse; faiblesse considérable.

Le 15, très-fatigué; coliques intenses; oppression; sueurs abondantes.

Le 16, extrêmement faible.

Le 17, vive douleur à l'hypocbondre gauche.

Le 18, même douleur; extrêmement oppressé.

Le 19, même état; la faiblesse augmente rapidement.

Le 20, délire non agité. Mort à minuit.

Pendant cette dernière période, l'expectoration offre les mêmes caractères.

Autopsie, 36 heures après la mort.

Poitrine. — Plèvre et poumon gauche sains, excepté au sommet de l'organe, où l'on trouve trois ou quatre points durs, non pénétrés par l'insufflation, et composés de tubercules jaunes et durs, ramollis et mélanosés au centre (diamètre de 3 millim.); les corpuscules tuberculeux en sont très-beaux.

A droite, poumon intimement adhérent à la plèvre pariétale par toute sa périphérie, au moyen de tractus lamineux, blanchâtres et fort denses.

Incisé, il exhale une forte odeur de gangrène. Il contient trois larges cavernes, dont le plus grand diamètre est de 6 centimètres, et une dizaine d'autres plus petites, toutes anfractueuses, tapissées d'un détritus jaunâtre, et contenant des lambeaux en bouillie un peu fibreuse de tissu pulmonaire gangrené. On les trouve seulement dans les deux tiers inférieurs du poumon. L'une d'elles, pleine d'une sanie verdâtre, fait saillie dans l'abdomen à la face inférieure du diaphragme, qu'elle déprime sans l'avoir ulcéré ni même aminci.

Le péricarde contient un verre de sérosité jaunâtre un peu grumeleuse. Il est plus opaque qu'à l'habitude.

Le cœur est sain partout. Ses cavités contiennent des caillots jaunes ou noirs de date récente.

Encéphale. — Caillot blanc dans le sinus longitudinal. Un peu de sérosité sous-arachnoïdienne.

Au sommet de l'hémisphère gauche, on voit sous les membranes non injectées ni épaissies deux taches jaunes, fluctuantes, larges de 1 centimètre. Ce sont de petits abcès à pus crémeux placés sous la pie-mère et s'enfonçant dans l'angle intermédiaire à deux circonvolutions cérébrales. Le tissu de celle-ci ne paraît pas enflammé, mais offre une coloration gris-ardoisé. Dans l'intérieur du même hémisphère existe également un abcès un peu moindre, irrégulier, non enkysté, autour duquel le tissu présente la même teinte ardoisée que plus baut.

Dans l'intérieur de l'hémisphère droit deux abcès semblables. Couches optiques, corps striés, ventricules, protubérance, cervelet sains.

Abdomen. — Le foie, extrêmement hypertrophié, est adhérent au côlon transverse par son bord antérieur, à gauche du ligament suspenseur, au moyen de pseudo-membranes molles, jaunâtres, purulentes, détruites par une légère traction.

A la région splénique, on trouve un large kyste, complétement isolé du reste de la cavité abdominale, contenant deux grands verres de pus blanchâtre, au milieu duquel la rate est isolée. Les parois de ce kyste péri-splénique, mieux appelé abcès enkysté péri-splénique, sont les faces séreuses des organes voisins accolées entre elles par des fausses membranes molles et jaunâtres, qui les tapissent en dedans, ainsi que la rate, d'une couche molle et peu épaisse, au-dessous de laquelle le péritoine paraît sain, sans aucune trace d'inflammation. Ainsi, en baut, en arrière et en debors, le péritoine diaphragmatique; en bas le rein; en avant le côlon descendant; en dedans l'estomac et le bord gauche du foie jusqu'au cardia sont les parois de cet abcès.

Voici l'examen particulier des viscères abdominaux :

La rate, qui a 20 centimètres sur 10 de large, contient dans son tissu périphérique trois abcès gros chacun comme une noisette, pleins d'un liquide crémeux, jaune verdâtre, entourés d'une zone irrégulière de tissu splénique ecchymosé.

Rein droit hypertrophié; il contient à son bord convexe deux petits abcès situés immédiatement sous la tunique propre. Ils ont même structure que ceux de la rate.

Rein gauche également hypertrophié; il renferme aussi deux abcès, dont le plus gros contient un lambeau de tissu gangrené, adhérent par sa base à la paroi.

Capsule surrénale saine. (Le liquide de ces abcès rénaux ne contient ni globule de pus ni globule pyoïde; je n'y trouve que des granulations moléculaires et des globules de graisse.)

Urine de la vessie rougeâtre, très-ammoniacale, non albumineuse.

Pancréas sain.

Intestins, sains à l'extérieur, n'ont pas été examinés.

Foie. — Le lobe droit descend presque jusqu'à la crête iliaque. Le gauche s'étend à gauche jusqu'à la rate, et contribue, comme je l'ai dit, à former avec l'estomac la paroi interne de l'abcès péri-splénique.

Vésicule biliaire saine; elle contient de la bile brune, poisseuse, et une trentaine de calculs tétraédriques jaunes, de volume très-variable, ne dépassant pas celui d'une noisette.

L'aspect extérieur du foie est normal; seulement en avant, sur le lobe droit, sont deux taches verdâtres pénétrant un peu dans l'épaisseur de la glande. Le tissu de l'organe est d'ailleurs de consistance et d'aspect normaux.

Le lobe gauche présente en avant, près de son bord antérieur, une tumeur considérable blanche. Une ponction avec le scalpel donne issue à 100 grammes de liquide séreux, ne précipitant pas à l'acide nitrique, contenant des granulations graisseuses et des lamelles de cholestérine cristallisée.

On est entré dans une poche fibreuse pleine d'hydatides, et dont voici la structure, de debors en dedans :

1° Le kyste fibreux adventif, épais de 1 à 2 millimètres, adhère par sa face externe au tissu du foie, dont il est possible cependant de le séparer par de fortes tractions avec la pince. En quelques points il présente au scalpel la résistance d'une plaque calcaire. Il est composé de faisceaux fibreux entre-croisés en divers sens, trop feutrés en dehors pour qu'on puisse en pénétrer la disposition; en dedans ces faisceaux, courts et plus isolés, sont faciles à saisir. Ce kyste n'est pas arrondi régulièrement, mais présente plusieurs prolongements anfractueux.

2° Une couche molle, jaunâtre, épaisse de 0,3 à 0,5 millimètres en moyenne, de consistance de fromage, ressemblant à du pus concret ou à du tubercule jaune. Examinée au microscope, je la trouve exclusivement constituée de granulations moléculaires et graisseuses, de rares cristaux de cholestérine, et surtout de corpuscules tuberculeux, types offrant tous les caractères donnés par les auteurs, dimensions, formes, aspect, résistance à l'action de l'acide acétique, qui les pâlit seulement un peu. Pas la trace d'un globule de pus.

Une quarantaine d'hydatides, accolées à cette couche pulpeuse, mais ne leur adhérant pas autrement que par contact, de la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une orange moyenne, les unes jaunâtres, comme ratatinées; les autres ovoïdes, arrondies, pleines de liquide. Toutes, excepté la plus grosse, qui a été ouverte par l'incision du foie, sont fertiles, formées d'une membrane externe plus épaisse, et en dedans d'une membrane très-mince, transparente, présentant à sa face interne une foule de granulations blancbâtres fort petites. Ce sont des dédoublements vésiculiformes de la membrane fertile, contenant de 3 à 15 échinocoques. Presque tous sont globuleux et ont leurs crochets rentrés. Le liquide de ces kystes est plein de globules graisseux, de cristaux de cholestérine, de crochets isolés ou encore en couronne, d'échinocoques isolés ou pédiculés, enfin de quelques dédoublements de la membrane fertile.

Le plus gros de ces kystes est stérile. Sa membrane épaisse est molle, fortement rétractile, semble à l'œil un composé de feuillets superposés, et présente à sa face interne des mamelons pleins, blancbâtres, très-nombreux. Sa structure est fibroïde, à cassure très-nette,

Réflexions. — Les faits relatés dans cette observation sont de deux ordres : les uns de pathogénie, les autres d'anatomie pathologique.

Ainsi, l'on voit, à la suite d'une violence extérieure, se développer une pneumonie subaiguë à marche irrégulière, se terminant par gangrène, ou peut-être une gangrène immédiate dans laquelle

---

ne s'est épidémiquement étendu d'une manière brusque; sa présence a toujours été révélée par les signes certains d'une incubation plus ou moins prolongée, mais circonscrite dans les limites de quinze jours pour les plateaux élevés, à deux mois pour les bas-fonds marécageux : ces termes, comme vous le voyez, ont leur signification étiologique.

De même que le choléra, considéré isolément sur chaque individu, est toujours précédé, chez ceux qu'il atteint, d'une ou de deux diarrhées prémonitoires, de même l'épidémie cholérique suit de plus ou moins loin, dans les localités où elle sévit, des dérangements gastriques, des diarrhées, des suettes, puis deux ou trois cas foudroyants se succédant à de longs intervalles, après avoir fait cesser toute autre maladie régnante ou *endémique*. Tous ces phénomènes initiaux de l'épidémie, inobservés pour la plupart ou négligés jusqu'à ce jour, acquièrent cependant une grande valeur au point de vue de l'hygiène publique, lorsqu'il s'agit de déterminer une question relative à la contagion ou que l'on veut s'occuper des médications ou des moyens préventifs.

Quelle importance, en effet, peut avoir aux yeux des contagionistes sincères (1) l'explosion de l'épidémie, après l'arrivée d'un voyageur sortant de localités suspectes et frappées dans des bourgades éloignées, mais déjà sous l'influence de germes épidémiques en incubation ou sous la pression des signes précurseurs énumérés plus baut?

Il y a là, vous le pressentez, n'est-ce pas, mon bonoré confrère, toute une étude à reprendre, toute une statistique à refaire, si l'on veut arriver à la vérité. D'un autre côté, si le traitement de la diarrhée prémonitoire prévient, à n'en pas douter, le développement de la maladie chez les individus, pourquoi le fléau ne reculerait-il pas devant les soins de toute espèce que l'on peut prendre de chacune des formes de l'incubation épidémique? L'expérience s'est mise de mon côté pour répondre affirmativement à cette question.

A un autre jour les formes de la manifestation épidémique et le détail des éléments dont cette manifestation se compose.

Agréez, etc. E. A. Ancelon.

(1) Voir mon Mémoire sur les conditions dans lesquelles se développe la contagion du choléra-morbus épidémique. Académie des sciences, séance du 4 décembre 1854.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Lagarde, né à Munster (Haut-Rhin); *De l'abcès du foie observé en Afrique.*

Lhuillier, né à Laroué (Meurthe); *Recherches pratiques sur la nature et le traitement de l'infection purulente.*

Dumont-Pallier, né à Honfleur (Calvados); *De l'infection purulente et de l'infection putride à la suite de l'accouchement.*

Dubouch, né à Auch (Gers); *Quelques mots sur la taille hypogastrique chez l'homme.*

l'élimination des eschares est lente et difficile, permettant au malade de vivre trois mois après l'accident.

Une infection purulente consécutive à l'affection pulmonaire. En effet, je regarde comme des abcès métastatiques ces abcès multiples du cerveau, des reins et de la rate, entourés d'une zone ecchymotique, de teinte ardoisée au cerveau, rouge noirâtre ailleurs. On remarquera que ces collections ont une physionomie particulière, qu'elles semblent participer à la nature de l'affection pulmonaire, car une de celles du rein renferme un lambeau mortifié. Enfin, ce qui est extraordinaire, c'est de n'avoir trouvé dans le liquide des dépôts rénaux aucun globule de pus, ni pyoïde, malgré des recherches multipliées à cet effet; soit que les globules aient été détruits après la mort, supposition peu fondée, car on aurait au moins trouvé leurs noyaux; soit plutôt que la diathèse gangréneuse de l'économie, si je puis ainsi parler, ait empêché leur formation.

Le contenu des autres abcès n'a pu être examiné, les viscères ayant malheureusement été jetés.

Je rattache à ces abcès métastatiques l'abcès enkysté péri-splénique, qu'il ait succédé à une péritonite subaiguë idiopathique, ou que celle-ci fût sous la dépendance des abcès de la rate, éloignés cependant de plusieurs millimètres au moins de la tunique propre.

Enfin, et ce fait est, je crois, unique jusqu'à présent, c'est la présence d'une couche de matière tuberculeuse intermédiaire au kyste fibreux adventif, et à la membrane propre des hydatides. Les explications hypothétiques que l'on pourrait donner de l'existence simultanée dans le même organe et avec des rapports de contiguïté si singuliers de deux produits comme les hydatides et le tubercule, ne me paraissant pas satisfaisantes, je préfère donner le fait tel qu'il a été trouvé, jusqu'à ce que des observations exactes et nombreuses permettent de le rapporter à une loi générale et positive de physiologie pathologique.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 mars 1857. — Présidence de M. MICHEL LÉVY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le tableau des maladies épidémiques qui ont régné en 1856 dans le département de la Charente-Inférieure (commission des épidémies);

2° Le tableau récapitulatif des vaccinations pratiquées en 1856 dans le département d'Ille-et-Vilaine. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Albert, de Parthenay (Deux-Sèvres), adresse quelques renseignements sur les eaux aux jambes. (Commission de vaccine.)

— M. le docteur Lacaze adresse un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Montgeron (Seine-et-Oise). (Commission des épidémies.)

— M. Loiseau, médecin à Montmartre, communique une note sur un nouveau procédé de cautérisation et de désobstruction des voies aériennes dans le croup. (Commissaires : MM. Blache et Trousseau.)

— M. le baron Thénard, membre de l'Institut, adresse à l'Académie le procès-verbal de la séance d'inauguration de la Société de secours des Amis des sciences.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Gueneau de Mussy est assez sérieusement malade. Cependant le bureau a été informé qu'une amélioration s'était manifestée dans son état depuis hier. MM. Mêlier et Dubois (d'Amiens) sont invités à se rendre auprès de M. Gueneau de Mussy, et à lui transmettre les vœux de l'Académie pour le prompt rétablissement de sa santé.

RAPPORT.

Eaux minérales. — M. O. HENRY, au nom de la commission des eaux minérales, lit :

1° Un rapport sur l'eau d'une source sise à Champigneulle (Yonne). La commission déclare qu'il a été impossible, malgré des analyses réitérées, de constater dans l'eau de cette source l'existence du manganèse qu'on y avait annoncée.

M. le rapporteur propose, en conséquence, de répondre en son nom à M. le ministre qu'il n'y a pas lieu d'accorder, quant à présent, l'autorisation demandée. (Adopté.)

2° Un rapport sur l'eau saline de la fontaine de Salies, près d'Orthez. Cette eau peut être considérée comme chloro-bromurée-sodique; il y a lieu de penser qu'elle aura la même influence médicatrice que toutes les eaux salées qui renferment des bromures. Toutefois, comme la proportion des principes salins qu'elle contient est très-considérable, puisqu'elle s'élève à environ sept fois celle de l'eau de mer, il sera indispensable que l'administration de cette eau soit convenablement réglementée par un médecin.

La commission propose d'accorder l'autorisation, sous la réserve de la condition sus-énoncée. (Adopté.)

LECTURE.

Note relative à des expériences concernant l'influence de l'air atmosphérique sur la cicatrisation des plaies. — M. Dechambre lit sur ce sujet le travail suivant, fait avec la collaboration de M. Marc Sée :

Dans une des dernières séances, M. Malgaigne a fait allusion à des expériences en cours d'exécution sur l'importante question de physiologie pathologique qui occupe en ce moment l'attention du monde médical. Si M. Marc Sée et moi, qui sommes les auteurs de ces expériences, prenons la liberté d'en entretenir aujourd'hui l'Académie, bien qu'elles soient loin encore d'être terminées, c'est, d'une part, qu'il nous a paru que les résultats jusqu'ici obtenus intéressaient sérieusement la discussion pendante, et, d'autre part, que notre exemple pourrait appeler des imitations profitables.

L'influence de l'air peut et doit être considérée à deux points de vue bien distincts : au point de vue de l'action exercée sur les liquides pathologiques, notamment sur le pus déjà formé, ou même sur les parois des poches purulentes, et au point de vue de l'action exercée sur les plaies récentes. C'est exclusivement à ce dernier ordre de faits que se rapportent, quant à présent, nos recherches expérimentales.

Nous posons en deux mots la question. Personne ne conteste que les plaies sous-cutanées ne suppurent pas, du moins dans l'immense majorité des cas. Personne ne conteste que les plaies faites et laissées à l'air libre suppurent; mais il ne suit nullement de là que le défaut de suppuration dans un cas et le fait de la suppuration dans l'autre tiennent directement, ici à l'absence de l'air et là à sa présence. C'est même l'explication contestée par J. Hunter, qui absout formellement l'air atmosphérique de la suppuration des plaies *exposées*, comme il les appelle; contestée aussi par M. Malgaigne et par beaucoup d'autres qui voient dans la suppuration un travail normal, nécessaire au revêtement des plaies et à la formation de la cicatrice. D'où il suit que vouloir prouver l'innocuité de l'air par la non-suppuration d'une foule de plaies sous-cutanées, y en eût-il des milliers, c'est résoudre la question par la question. A ceux qui contestent que l'air soit l'agent de la suppuration des plaies exposées, on répond simplement que ces plaies suppurent; et à ceux qui contestent que l'absence de l'air soit la cause de la non-suppuration des plaies sous-cutanées, on répond que ces plaies ne suppurent pas. Reproduire ce raisonnement, c'est en faire sentir le vice radical.

Dans cet état de choses, qu'y avait-il à faire? Il y avait à obtenir des plaies qui fussent tout à la fois exposées, au sens huntérien, et soustraites au contact de l'air. Les pansements par occlusion, bien connus en chirurgie, dans lesquels la surface saignante est recouverte de taffetas gommé et de diachylon, ne remplissent pas l'indication capitale de l'expérience, qui est de laisser la surface de la plaie libre, aussi libre qu'elle l'est dans l'atmosphère. Nous devons ajouter, pour rendre hommage à la vérité, qu'il est à notre connaissance que M. Guérin avait fait fabriquer autrefois de petites capsules en verre destinées à tenir les plaies séquestrées. Ce projet paraît n'avoir eu aucune suite, puisque M. Guérin n'en a parlé en aucune occasion, pas même dans la discussion actuelle. A nos yeux, il n'est possible de satisfaire à l'indication que nous rappelions à l'instant qu'en plaçant la plaie exposée dans un milieu gazeux, mais autre que l'atmosphère. Nous n'avons encore employé à cet effet que l'hydrogène. De plus, et pour étendre la question, nous avons commencé des recherches relatives : 1° à l'influence de l'air confiné; tantôt confiné pendant toute la durée de l'expérience, tantôt renouvelé plus ou moins fréquemment, afin de déterminer, approximativement au moins, la proportion dans laquelle l'air influe sur la cicatrisation des plaies; 2° à l'influence de milieux non gazeux, mais non absorbables et dépourvus d'air, tels que l'huile. Ce sont en quelque sorte des échantillons de ces diverses catégories d'expériences, commencées il y a un mois, que nous offrons en ce moment à l'Académie, en lui épargnant le récit des mille difficultés d'exécution que nous avons rencontrées, et dont quelques-unes ne sont pas encore entièrement levées.

Bien qu'il soit admis aujourd'hui, même par les partisans les plus convaincus de la méthode sous-cutanée, que le contact passager de l'air sur la plaie n'amène pas, du moins habituellement, la suppuration, nous avons, pour plus de rigueur, imaginé un appareil à l'aide duquel il est facile de pratiquer une plaie superficielle au milieu même de l'atmosphère d'hydrogène, de telle sorte que l'air atmosphérique ne touche pas la plaie, même au moment où elle est produite. Dans la seule expérience que nous ayons faite de cette manière, les conditions d'une occlusion hermétique et permanente n'ont pas été tout à fait remplies; néanmoins le résultat obtenu est assez curieux. Voici cette expérience :

EXP. I. — *Chien adulte de forte taille.* — Trachéotomie et section des nerfs récurrents pour empêcher les cris; section sous-cutanée, avec un ténotome, du tendon d'Achille et du tendon du triceps fémoral du côté gauche pour mieux assurer l'immobilité du membre. L'appareil est ensuite appliqué sur la jambe, de telle sorte qu'un segment du membre est complétement soustrait à toute communication avec l'air extérieur. Un courant d'hydrogène est dirigé à travers cet appareil; et lorsqu'il a complétement chassé l'air contenu dans ce dernier, ce dont on s'assure par ce fait que le gaz qui s'échappe brûle sans détonation, on pratique une plaie qui intéresse la peau, l'aponévrose et les muscles de la jambe. Il s'écoule une quantité de sang assez notable, et pendant le jour suivant il y a un suintement séro-sanguinolent, dû probablement à la constriction assez forte à laquelle nous avons dû soumettre le membre. L'animal meurt au bout de trois jours pleins. Le courant d'hydrogène, que nous avions voulu rendre continu, a subi deux fois une interruption de plusieurs heures, pendant lesquelles de l'air a pénétré dans l'appareil.

A l'autopsie, nous avons trouvé un caillot cylindroïde du volume et de la longueur du petit doigt, adhérent à la plaie par une de ses extrémités, l'autre étant libre dans l'appareil. Ce caillot était d'une consistance ferme; il n'avait point subi de décoloration, et ressemblait parfaitement à ceux qui étaient interposés entre les bouts du tendon d'Achille et du triceps divisés. Il n'existait sur la plaie aucune trace de pus; la plaie du cou était, au contraire, couverte d'un pus crémeux abondant.

Nous nous proposons de répéter cette expérience; néanmoins on comprend bien qu'elle serait, en quelque sorte, de luxe, si la non-suppuration était aussi absolue sur une plaie qui ne serait mise que momentanément en contact avec l'air; c'est ce qui paraît résulter de cette expérience même et de la suivante :

EXP. II. — *Lapin vigoureux.* — Le 28 février, à midi, une plaie est faite au membre postérieur droit; on y applique ensuite un appareil fermant hermétiquement, et à travers lequel on fait passer un courant continu de gaz hydrogène. L'animal semble dans de bonnes conditions : il mange, il est assez vif jusqu'au 3 mars. Il meurt dans la nuit du 3 au 4. L'expérience durait depuis près de quatre jours. Le courant n'avait pas été interrompu une seule minute.

A l'autopsie, nous trouvons la plaie sèche; un caillot allongé adhère par un de ses bouts à la partie moyenne de la plaie, où les muscles ont été entamés. Ce caillot enlevé, la plaie paraît au premier aspect telle que si elle venait d'être faite : pas la moindre injection, pas la moindre granulation; les bords de la perte de substance pratiquée à la peau, exempts de toute rougeur, de toute tuméfaction, sont accolés aux parties sous-jacentes; ils ont perdu leur forme abrupte, se continuent insensiblement avec la partie moyenne de la plaie, et se fondent même par places entièrement avec elle, au moyen d'une pellicule demi-transparente, constituée par une trame filamenteuse très-dense et recouvrant jusqu'au niveau de l'entaille du muscle l'aponévrose mise à découvert. Il n'existe pas la moindre trace de pus. Encore une fois, la plaie est nette comme si elle eût été récente.

Dans l'expérience précédente, nous avions négligé de pratiquer une autre plaie qui pût servir de terme de comparaison. Nous ferons pourtant remarquer qu'une plaie exposée ne met pas d'ordinaire quatre jours à suppurer sur un lapin, et que d'ailleurs, comme on vient de le voir, le travail de réparation, qui sur une plaie exposée aurait exigé la suppuration, était ici assez avancée. Dans l'expérience suivante, nous avions fait une plaie comparative sur le membre laissé à l'air libre, et au même point que sur le membre plongé dans l'hydrogène.

EXP. III. — Un lapin subit la double opération pratiquée sur les précédents le 9 mars, à midi. La plaie est enfermée dans un manchon de caoutchouc, muni de deux robinets, et hermétiquement appliqué sur le membre. Un courant continu de gaz hydrogène passe à travers le manchon. L'animal jouit d'une liberté complète du tronc et des membres, sauf celui qui porte l'appareil.

Après l'opération, il est plein de vivacité, et mange avec avidité.

Le 12, c'est-à-dire trois jours après l'opération, on s'aperçoit que le gaz ne sort plus par le tube d'écoulement; le manchon est descendu, les bandes qui le fixaient en haut recouvrent maintenant la plaie. Cependant l'appareil est gonflé par le gaz.

Le 13, l'animal est très-malade; il a des selles muqueuses, et refuse de manger. On le tue à midi et demi.

Autopsie. — Les pièces de linge qui fixent le manchon sont infiltrées par l'urine. La plaie renfermée dans l'appareil est recouverte, dans toute son étendue, par une couche plastique, dans laquelle le microscope décèle une infinité de globules dits pyoïdes, appartenant au pus mal formé, ainsi qu'une foule de noyaux et de granulations moléculaires : c'est du *pus de mauvaise nature*. Les bords de la plaie n'ont subi aucune rétraction; ils sont encore décollés des parties profondes, et du pus se voit au-dessous de la peau, excepté au niveau du tiers supérieur de la circonférence de la plaie, où l'on trouve la peau intimement adhérente aux tissus sous-jacents, et se continuant graduellement avec eux par l'intermédiaire d'une couche plastique qui a subi un commencement d'organisation, mais qui est également couverte de pus.

La plaie exposée au contact de l'air, baignée par l'urine, semble au premier abord réduite considérablement en étendue; mais en y regardant de plus près on s'aperçoit que la peau seule s'est rétractée, qu'elle n'a point contracté d'adhérences avec les parties profondes, dont elle est séparée par une couche d'un pus sanieux, analogue pour la composition à celui de la plaie couverte.

L'expérience suivante est relative à l'influence de l'air confiné.

EXP. IV. *Chien de forte taille.* Section des nerfs laryngés inférieurs le 27 février. Une plaie est faite à l'air libre le 28, à neuf heures du matin, puis placée dans l'appareil, dont les robinets sont fermés. Le lendemain, 1er mars, celui-ci se trouve dérangé; il est réappliqué, et dès lors reste en place jusqu'à la mort de l'animal, qui a lieu le 4 mars, à cinq heures du soir, plus de quatre jours après la pose de l'appareil.

Autopsie. — La plaie est couverte d'un liquide épais, qu'au premier abord on pouvait prendre pour du pus; mais, en en enlevant une portion avec le scalpel, on trouve qu'il est transparent et nullement crémeux. Examiné au microscope, il ne présente pas le moindre globule purulent; il est composé presque exclusivement par une substance hyaline finement granulée renfermant à peine quelques noyaux très-petits, analogues à ceux des cellules fibro-plastiques, et quelques corpuscules granuleux de différents volumes. Les noyaux étaient sphériques ou un peu allongés. Les plus gros renfermaient plusieurs grains (trois ou quatre) foncés; les plus petits n'en contenaient point. Nous avons trouvé aussi dans ce liquide quelques gouttelettes de graisse; mais il nous a été impossible d'apercevoir des cellules fibro-plastiques bien caractérisées.

En faisant une section passant par la partie moyenne de la plaie, on voit que celle-ci est recouverte d'une couche blanchâtre mesurant près d'un millimètre d'épaisseur au voisinage de la circonférence, où elle se continue avec la peau, et allant en diminuant vers le point où les muscles ont été entamés. Dans ce dernier se voit un caillot adhérent, de couleur rouge-foncé. Étudiée au microscope, cette substance blanchâtre a présenté la même composition que le liquide enlevé par le scalpel.

Voici notre dernière expérience, relative à l'influence de l'huile :

EXP. V. *Lapin de taille moyenne.* Une plaie, faite le 4 mars, est maintenue dans une sorte d'éprouvette de verre remplie d'huile d'olive. Une plaie toute semblable est faite sur la cuisse du côté opposé. L'animal est mort dans la nuit du 7 au 8 mars. La plaie, exposée au contact de l'air, est couverte de pus, sur la nature duquel l'examen microscopique ne laisse subsister aucun doute. M. Rouget a bien voulu s'en assurer avec nous. La plaie qui avait plongé dans l'huile est couverte, dans toute son étendue, même dans sa portion musculaire, d'une pellicule blanchâtre assez adhérente, se laissant cependant arracher avec une pince, sous forme de petits lambeaux peu consistants. Un petit fragment de cette substance ayant été porté sous le microscope, on ne découvrit qu'une multitude de gouttelettes d'huile. Mais, après qu'une portion du fond de la plaie eut été placée dans la benzine, on put reconnaître sous le microscope une matière finement granulée, pâlissant sous l'influence de l'acide acétique sans se dissoudre complétement, et ne présentant ni cellules ni noyaux bien évidents.

Nous nous bornons à ce simple exposé. Il nous manque d'avoir pu faire vivre des animaux assez longtemps avec les moyens de coercitation et les opérations accessoires (section des récurrents) auxquels on est parfois obligé de recourir; que pour la réparation des plaies parcourût toutes ses phases dans l'hydrogène, dans l'air confiné ou dans l'huile; il nous manque d'avoir apprécié, par des épreuves comparatives, l'influence de la constriction exercée sur les membres pour obtenir l'occlusion hermétique de l'appareil; il nous manque enfin la variété d'expériences, qui serait si nécessaire dans une question de cette gravité. Aussi nous abstiendrons-nous, quant à présent, de conclusion

définitive, nous réservant de contrôler l'opinion que nous avons pu nous faire par des essais nouveaux, dans lesquels toutes les conditions d'une observation rigoureuse auront été remplies. (Commissaires : MM. J. Guérin, Bouvier et Renault.)

— A la suite de cette communication, M. J. Guérin prend la parole.

M. J. GUÉRIN. Je m'abstiens de toute observation sur la communication que l'Académie vient d'entendre; mais l'intérêt de la vérité m'oblige à déclarer que depuis l'année 1840 je n'ai cessé de m'occuper de la question de la cicatrisation des plaies hors du contact de l'air. J'ai fait des expériences exactement semblables à celles qui viennent d'être communiquées à l'Académie, avec les mêmes moyens, dans les mêmes conditions et avec des résultats plus ou moins semblables. Le nombre et la complexité des questions qui se rattachent à ce sujet sont si grands, que l'on comprendra sans peine que je n'aie pas dû ni voulu publier des résultats incomplets. Je fais donc toutes les réserves nécessaires à cet égard : et quand le moment sera venu, je saurai conserver à mes recherches l'antériorité qui leur appartient, aussi bien sous le rapport de la filiation des idées que sous le rapport des résultats nouveaux qui en sont la conséquence.

Suite de la discussion sur la méthode sous-cutanée.

M. RENAULT. Lorsque la méthode sous-cutanée a été appelée et a fait ensuite son apparition à cette tribune, j'avais dans la pensée qu'une autre question, l'influence de l'air sur les plaies, devait être préalablement abordée et discutée. La méthode sous-cutanée n'est, en effet, que l'application des conséquences qui résultent de cette influence de l'air sur les plaies. Si l'air n'avait pas réellement d'influence fâcheuse, la méthode sous-cutanée n'avait pas de raison d'être; si, au contraire, l'influence nuisible de l'air avait été reconnue, la discussion pouvait s'engager utilement, logiquement sur la méthode elle-même; on aurait ensuite recherché à qui la science est redevable de son invention, de son perfectionnement et de sa généralisation. Si la discussion avait suivi cette direction, nous n'aurions pas eu le spectacle d'orateurs parlant successivement sur la même question sans se répondre.

On s'est efforcé de prouver par de patientes et savantes recherches dans les annales de la chirurgie française et étrangère, que la méthode sous-cutanée avait sa racine dans l'antiquité, que les procédés en étaient plus ou moins connus, et que tel de nos collègues n'avait absolument rien à prétendre à son invention. On a contesté subsidiairement l'utilité de la méthode elle-même, et on a affirmé qu'elle ne répondait à aucun besoin. Je n'ai pas bien compris tout ceci; il m'a paru singulier qu'on voulût enlever à un membre de cette Académie la découverte d'une méthode dont on a contesté ainsi l'utilité. En réalité, je n'ai entendu traiter à fond, par M. Velpeau et par M. Malgaigne, que la question historique; et cela, pour établir que les différents procédés qui constituent la méthode ne sont pas nouveaux, et que M. Jules Guérin n'a fait que les réunir en faisceaux dans ces derniers temps.

Je crois plus logique d'étudier d'abord l'influence de l'air sur les plaies, et c'est ainsi que je vais procéder, en prenant, bien entendu, mon point de départ dans la chirurgie vétérinaire qui m'est plus familière. (Ici l'orateur trace un rapide exposé de la discussion de M. Malgaigne et de M. Velpeau, relativement à l'influence de l'air atmosphérique sur les plaies. En résumé, dit M. Renault, M. Velpeau ne s'inquiète pas beaucoup du contact de l'air sur les plaies, et il reconnaît cependant que ce contact est quelquefois nuisible; M. Malgaigne s'en inquiète moins encore, mais il convient que l'air paraît altérer le pus qui baigne les anfractuosités des plaies.)

Avant d'aborder la question spéciale que je veux traiter, je crois utile de faire remarquer que l'action de l'air sur les tissus vivants n'est pas tellement bénigne que la nature n'ait cru devoir protéger la peau par un épiderme plus ou moins épais, selon les régions; et les muqueuses, par de l'épithélium et des mucosités. Cette observation, que vient de faire avec raison M. le docteur Matteï, m'avait frappé depuis longtemps; à l'état physiologique, aucun tissu vivant n'est en contact immédiat avec l'air extérieur. Que la peau soit dépouillée de son épiderme dans une étendue même restreinte, ou qu'une muqueuse soit privée d'une portion de son épithélium, il se manifeste immédiatement une sensation de cuisson douloureuse qui ne cesse qu'après la sécrétion et la coagulation d'une petite quantité de lymphe plastique. Quelle que soit l'action organique qui produise cette exsudation, sa cause finale est évidemment, son résultat est certainement, de protéger les parties vivantes contre le contact de l'air.

A l'état pathologique, aucun travail d'organisation dans les plaies ne peut s'opérer au contact direct de l'air. Dans les plaies simples et superficielles, la cicatrisation se fait au-dessous de la lymphe plastique épaissie; dans les plaies graves et profondes, c'est sous la membrane pyogénique que se prépare et se forme la cicatrice. Donc, en principe et d'une manière générale, le contact de l'air sur les tissus vivants, sur les plaies récentes conséquemment, exerce une nuisible influence.

Cette action s'exerce sur les surfaces même ou sur le contenu des plaies. Si, dans le plus grand nombre des cas, l'air atmosphérique n'a pas d'influence nuisible sur la surface des plaies, il n'est pas non plus aussi inoffensif qu'on a bien voulu le dire. Je me bornerai à cet égard à rappeler sommairement ce qui a lieu pour certaines tumeurs, qu'il n'est pas rare de rencontrer sur le cheval et qui se développent sur les points qui ont à subir des frottements répétés, à la nuque et au garrot, par exemple. Ces tumeurs, formées par le soulèvement de la peau, constituent des bourses muqueuses, des cavités closes accidentelles, remplies au début de sérosité sanguinolente, et plus tard de sérosité plus limpide. Ces tumeurs se résolvent assez facilement avec des applications astringentes ou des résolutifs excitants; mais si malheureusement elles sont ouvertes, il se développe une inflammation des plus redoutables; les tissus et les ligaments sur lesquels reposent ces tumeurs peuvent même être envahis par la gangrène. Que si, au lieu d'ouvrir ces tumeurs, on évacue le liquide qu'elles contiennent au moyen d'une ponction faite avec le trocart d'essai, il n'y a aucun accident consécutif. Ainsi si l'air ne pénètre pas, aucun accident; une large ouverture, suivie de la cautérisation, est moins dangereuse qu'une ouverture plus étroite sans cautérisation. Je ferai sur ce point une observation : la membrane interne de ces bourses muqueuses accidentelles, qui a de l'analogie avec les séreuses en tant que tapissant une cavité close, et qui a plutôt, par son aspect et son organisation, le caractère des muqueuses, est dépourvue d'épithélium, au dire des micrographes; ne serait-ce pas là la cause de l'inflammation violente qui les envahit lorsque l'air y a pénétré?

Je dois faire remarquer encore, à ce propos, que si l'air qui pénètre dans un foyer purulent, qui y altère et corrompt le pus qui y est renfermé, n'y occasionne pas des accidents locaux et généraux aussi graves et aussi rapides que lorsque, comme je le dirai plus loin, il pénètre dans un foyer sanguin et y détermine la putréfaction des caillots, cela tient, sans doute, à l'existence dans les foyers purulents de la membrane pyogénique qui tapisse leurs parois et s'oppose dans une certaine mesure à l'absorption du liquide altéré.

J'arrive à la question spéciale que je veux traiter, l'action de l'air sur le sang épanché et amassé dans les plaies. J'ignore si le sang de l'homme est susceptible de subir les mêmes modifications que celui des herbivores domestiques : mais voici ce qui a lieu bien souvent chez ces animaux à la suite de blessures ou d'opérations sanglantes, quels que soient leur siége et leur importance. On remarque d'abord un engorgement rapide, avec tension douloureuse, empêchant ou arrêtant toute suppuration, suivi de symptômes généraux alarmants qui, s'ils ne sont pas enrayés à temps, causent rapidement la mort des animaux.

La succession des symptômes a lieu dans l'ordre suivant : trois ou quatre jours après l'opération ou la blessure, il se forme un engorgement inaccoutumé autour de la plaie, avec tension douloureuse. Au bout de quelques jours, on voit suinter à la surface de la plaie un liquide sanguinolent, d'une odeur fade d'abord, puis ammoniacale. L'animal manifeste une anxiété singulière; il n'y a pas encore de symptômes généraux sensibles.

La seconde période est caractérisée par l'augmentation considérable de l'engorgement, de la chaleur et de la douleur; un liquide infect, de couleur brunâtre ou bistrée s'échappe de la plaie. Les symptômes généraux apparaissent; le pouls s'accélère ainsi que la respiration; le regard indique un abattement extrême et de vives souffrances; les battements du cœur deviennent de plus en plus violents; il y a quelquefois une agitation inquiète, de la chaleur à la peau, de l'anorexie.

Enfin, les symptômes locaux se prononcent davantage et plus encore les phénomènes qui indiquent une infection générale; le pouls est de plus en plus petit et accéléré; les battements du cœur croissent en force au fur et à mesure que le pouls se déprime; la respiration est saccadée, convulsive; sueurs générales ou partielles; tremblements musculaires généraux ou locaux; les muqueuses sont livides; l'animal, qui est extrêmement faible, s'agite quelquefois vivement. Bientôt la faiblesse est extrême; la station et la marche deviennent incertaines; il se fait un refroidissement périphérique; l'animal tombe et finit par mourir au milieu de convulsions pénibles. La durée moyenne de la maladie est de trois à cinq jours, après l'apparition des premiers symptômes.

A l'autopsie, à moins de complications, les seules altérations qu'on remarque sont des altérations du sang, et accessoirement des lésions du cœur et de la rate.

Le sang veineux est noir, diffluent ou pris en caillots très-mous. Son odeur, notamment dans celles des grosses veines qui reçoivent le sang qui vient des parties malades, rappelle celle de la gangrène; les cavités droites du cœur sont exemptes de coloration, lorsqu'on ouvre l'animal immédiatement après la mort; le sang s'y trouve coagulé en caillots noirs très-mous. Les cavités gauches sont couvertes d'ecchymoses en quantité variable, comme on en rencontre d'ailleurs dans toutes les affections résultant d'intoxication. Le sang contenu dans le ventricule gauche s'y trouve en général sous forme de caillots d'un blanc jaunâtre, peu consistants, lamés d'une couche de caillots noirs sans consistance.

La rate est tuméfiée, noire, ramollie par places, et présente quelques ecchymoses. Quant aux lésions viscérales, elles n'ont rien de bien constant. Les lésions locales sont très-remarquables et constantes : le tissu cellulaire y est infiltré de sérosité séro-sanguinolente dans les parties les plus voisines du foyer citrin; dans celles qui s'en éloignent, le tissu musculaire y est d'un rouge lavé, flétri, parsemé de taches livides. Au centre de la plaie, on trouve un caillot mollasse, infect, dont la fibrine s'est quelquefois séparée. Aucune membrane ne tapisse le foyer.

Tel est très-sommairement l'ensemble des lésions que présentent les animaux qui ont succombé à l'infection putride; le sang seul présente des altérations constantes et primordiales. Et ces altérations ne sont pas le résultat de la putréfaction cadavérique, car on les constate immédiatement après la mort, et elles ne sont pas identiques dans tout le système vasculaire.

Quelle est la cause de la mort dans ces circonstances? Même en raisonnant par voie d'induction, on peut affirmer sans crainte d'erreur que la putréfaction du sang est le point de départ et la cause des accidents. Dans les plaies exposées, le sang se putréfie au contact de l'air, de même que les tissus que ne protége plus l'organisation. J'ai répété les expériences déjà faites par Barthélemy et Dupuy; j'ai inoculé du sang ou des muscles putréfiés, et j'ai observé toujours la même série d'accidents que je viens d'exposer à l'Académie, la même marche, la même terminaison, les mêmes lésions. Si, éclairé par l'expérience, on enlève les caillots avant que l'infection soit développée et qu'on nettoie la plaie, on arrête les accidents. Il en est de même lorsqu'on lave la plaie avec une solution concentrée d'un chlorure désinfectant. Les accidents de cette nature sont plus fréquents, plus rapides et plus graves dans les conditions constitutionnelles particulières, où le sang est plus putrescible, par exemple dans les animaux débilités par l'âge, la fatigue, la misère, des affections typhoïdes.

J'arrive maintenant au fond de la question. Quelle est en définitive la cause de la putréfaction des caillots sanguins? Elle est essentiellement due à l'action de l'air; c'est ce qu'on peut déduire d'une série de preuves qui me paraissent concluantes. Ainsi, suivant les qualités différentes de l'air, les accidents se produisent avec plus ou moins d'intensité. Les fluxions sanguines, les engorgements sanguins ne sont frappés de gangrène qu'autant qu'on a recours à un moyen thérapeutique qui donne accès à l'air au milieu du foyer. Les épanchements sanguins internes, qui résultent, surtout chez les chiens, d'efforts violents, de contusions, de coups de fusil, sont habituellement sans gravité quand on ne les ouvre pas. Les hémorrhagies du poumon ne constituent pas un accident sérieux chez le cheval, à moins qu'une bronche rompue ne devienne une cause de gangrène en laissant l'air arriver au milieu du foyer sanguin. Les hémorrhagies des viscères profonds, la rate, le foie, ne sont jamais suivies d'accidents graves. La castration des taureaux et des béliers par la torsion du cordon (*bistournage*) ne produit jamais la gangrène.

L'application de cette théorie à l'étiologie de la gangrène est générale. La terminaison par gangrène des inflammations, des hémorrhagies dans les organes, si fréquentes dans ceux qui sont physiologiquement en rapport avec l'air, est extrêmement rare dans ceux qui sont absolument soustraits à son contact. La pneumonie, le coryza, l'angine, la métrite après la parturition, se terminent assez souvent par gangrène; tandis qu'on ne voit jamais la pleurite, la péritonite sans plaie extérieure, la cérébrite, l'hépatite, la splénite avoir ce mode de terminaison.

La terminaison par gangrène dans les organes exposés est d'autant plus fréquente que l'air les pénètre davantage et s'y renouvelle plus facilement; qu'ils reçoivent plus de sang à l'état physiologique; que, dans les inflammations, le sang s'y épanche et s'y infiltre plus facilement; que les hémorrhagies y sont plus communes. Cette terminaison est aussi plus fréquente chez les animaux dont le sang est appauvri, ou dans certaines épizooties.

En résumé, je dirai, en terminant, que les accidents gangréneux qu'on observe fréquemment sur les animaux domestiques à la suite de blessures ou d'opérations sanglantes ont souvent pour cause la présence, sur les plaies qui en résultent, du sang qui s'y est putréfié sous l'influence de l'air; ce qui implique que si ces plaies avaient pu être soustraites à l'action de ce fluide, ces accidents ne se seraient pas produits.

Or, la conséquence pratique de ces considérations, si l'idée étiologique que j'ai cherché à justifier est vraie, c'est que toute opération qui pourra être faite de manière à prévenir, à éviter la pénétration, et surtout le contact permanent de l'air à la surface ou dans la profondeur des plaies, préviendrait certainement la putréfaction du sang qui pourrait y exister ou s'y répandre, et, partant, y préviendrait la production d'une des circonstances qui font développer la gangrène dans un assez grand nombre de plaies. C'est établir la raison d'être de la méthode sous-cutanée pour des cas de cette nature.

Je laisse à d'autres à rechercher, dans le cas où elle serait reconnue utile dans ces cas ou d'autres analogues, à qui il convient de rapporter l'honneur de l'avoir imaginée, réglée, enseignée et généralisée.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour discuter la présentation des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 14 mars, MM. Milliot, médecin-major au 3e escadron du train des équipages; Garnier, médecin-major du 2e régiment de hussards, et Massie, pharmacien aide-major aux hôpitaux de la division de Constantine, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— Le concours d'agrégation en médecine et en chirurgie, ouvert à la Faculté de médecine de Montpellier, s'est terminé le 7 mars. Les candidats étaient : pour la *médecine*, MM. Barbaste, Cavalier, Espagne, Farrat, Guinier, Pécholier, Ronzier-Joly; pour la *chirurgie* (après l'élimination exigée par le règlement), MM. Estor, Gailleton, Saurel.

Ont été nommés :

En médecine : 1° M. Guinier, à l'unanimité des suffrages; 2° M. Pécholier, par *cinq* voix, contre *deux* données à M. Cavalier; 3° M. Cavalier, par *quatre* voix, contre *trois* données à M. Farrat.

En chirurgie : M. Saurel, par *six* contre *une* donnée à M. Gailleton.

(*Revue thérap. du Midi.*)

— Le titre de docteur en médecine ne donne pas lieu, par lui-même, à l'imposition de la patente. Cette contribution ne peut atteindre que l'*exercice* de la profession médicale. Le médecin qui renonce à l'exercice de son art est donc fondé à réclamer contre la continuation de son imposition au rôle des patentes. Mais, comme il suffit d'avoir exercé au mois de janvier pour être passible de l'imposition pour l'année entière, il est indispensable que celui qui réclame établisse qu'il n'a pas exercé depuis le commencement de l'année à laquelle se rapporte sa demande. Le *Journal des Contribuables* vient de publier la décision suivante, qui consacre ce principe :

« Considérant, etc., etc., que le docteur Lavabre n'a pas exercé la médecine en 1854; que dès lors il est fondé à demander décharge des droits de patente auxquels il a été indûment imposé en qualité de docteur en médecine, il est accordé décharge, etc.... »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de chimie organique; par M. Charles Gerhardt, ancien professeur de chimie à la Faculté des sciences de Montpellier. 4 vol. in-8°. Prix : 39 fr.

Traité de chimie minérale et végétale; par M. Berzélius, traduit par MM. Esslinger et Hoefer, sur les manuscrits inédits de l'auteur, et en partie sur la cinquième et dernière édition allemande. 6 vol. in-8°. Prix : 53 fr. 75 c. Dont la *Chimie minérale*, 4 gros vol. in-8° accompagnés de planches, t. I à IV, prix : 33 fr.; la *Chimie végétale*, 2 gros vol., t. V et VI, prix : 20 fr. 75.

Théorie des proportions chimiques, par M. Berzélius. 2e édit. 1 vol. in-8° contenant les tableaux des proportions chimiques. Prix : 8 fr.
Nota. — Le dernier ouvrage sera donné *gratis* désormais lorsqu'on prendra, complet et en une seule fois, les 10 volumes qui composent le *Traité de chimie* de MM. Berzélius et Gerhardt. — Ces trois ouvrages se trouvent chez Firmin Didot frères, fils et Cie, rue Jacob, 56.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 34. — SAMEDI 21 MARS 1857. (30e ANNÉE.) N° 34. — SAMEDI 21 MARS 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE J[illegible] SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr., six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la paraplégie arsenicale.

On s'est beaucoup occupé, et non sans raison, des paralysies résultant de l'intoxication saturnine, et l'on s'est un peu trop habitué, à cause sans doute de l'extrême fréquence de ce genre d'intoxication, à la considérer comme à peu près la seule qui donnât lieu à des accidents paralytiques. Cependant des observations, consignées dans plusieurs ouvrages, mémoires ou recueils, relatifs à la médecine légale ou à l'histoire des empoisonnements, prouvaient qu'il se produit quelquefois aussi des paralysies partielles plus ou moins étendues à la suite de l'empoisonnement par l'arsenic; et d'autres faits sont venus démontrer depuis, que la paralysie, loin d'être exclusivement liée à l'intoxication saturnine, est un phénomène à peu près commun à la plupart des empoisonnements métalliques et même à un grand nombre d'empoisonnements organiques. Pour nous borner en ce moment à ce qui concerne l'arsenic, nous signalerons à l'attention de nos lecteurs quelques recherches intéressantes sur ce sujet, que M. le docteur Raoul Leroy (d'Etiolles) a communiquées récemment à la Société de médecine de Paris.

Aux faits consignés dans les auteurs, et aux renseignements nombreux qu'il a pu recueillir sur les effets de l'usage abusif que quelques populations du midi de l'Allemagne font de l'acide arsénieux, M. Raoul Leroy (d'Etiolles) a joint quelques observations de paraplégie arsenicale qu'il a recueillies lui-même, une notamment à l'hôpital de Pornic, de concert avec M. Trochon, médecin de cet hôpital, et une seconde à l'hôpital Beaujon, dans le service dirigé alors par M. Bouvier. De la réunion de ces faits il a pu déduire un ensemble de caractères qui lui ont permis, sinon de tracer une histoire complète de cette forme de paralysie, du moins d'en ébaucher les principaux traits. Voici en quels termes il a résumé les circonstances communes et quelques-unes des circonstances particulières de quatre observations détaillées qui font l'objet de sa communication.

Différente en cela de la paralysie saturnine, qui se localise le plus souvent comme on sait, soit aux avant-bras, soit dans un seul membre, la paralysie arsenicale semble avoir de la tendance à se généraliser. Elle s'étend le plus souvent aux quatre membres ; les membres supérieurs, moins gravement frappés, recouvrent d'abord le mouvement, et la paraplégie bien limitée persiste seule pendant un temps très-variable. Une grande similitude de symptômes rapproche d'ailleurs la paraplégie qui se manifeste dans les deux cas.

La durée de la paraplégie arsenicale, dans les quatre observations ci-dessus mentionnées, a été de 4, 6, 7 et 10 mois. Dans d'autres circonstances elle a persisté des années.

Dans deux de ces exemples, l'empoisonnement a été produit par une application externe de pâte arsenicale, dans laquelle l'arsenic entrait en trop forte proportion. La paraplégie s'est manifestée dans les premiers jours qui ont suivi l'application du topique.

Lorsque l'empoisonnement a lieu par l'ingestion de l'arsenic, la paralysie suit toujours de très-près les troubles primitifs de l'appareil gastro-intestinal. Elle peut, quand l'empoisonnement n'a pas été très-violent, débuter par un affaiblissement qui paraît à des époques variables : quinze jours, un mois. Mais c'est le plus souvent de suite qu'elle se déclare, et aussi caractérisée qu'elle doit l'être, pour diminuer progressivement plus tard.

La sensibilité qui, dans les paralysies saturnines, reste ordinairement normale, est, dans la paralysie arsenicale, presque toujours modifiée au même degré que le mouvement. Dans les quatre exemples en question elle a été relatée à différents degrés : deux fois complétement abolie, deux fois émoussée.

L'excitation cutanée électrique est sentie incomplétement le long des nerfs qui se rendent aux extrémités.

Les membres deviennent le siége de crampes, de secousses douloureuses, d'engourdissement, de fourmillement. Leur caloricité réelle et apparente est diminuée; les malades accusent un sentiment de froid, et la main qui les touche est saisie de leur basse température. Ils sont œdématiés; la peau a un aspect blafard.

Le caractère qui, d'après M. Leroy, distingue le plus nettement cette paralysie de la paralysie saturnine, c'est que l'amaigrissement général des membres n'est pas accompagné de l'atrophie des extenseurs; ce qui n'empêche pas cependant que les membres affectent la position demi-fléchie qui caractérise si bien la paralysie saturnine.

Le mouvement est anéanti sur une plus grande étendue que dans la paralysie saturnine; les membres supérieurs participent à la faiblesse dès l'invasion de la paraplégie. Il en a été ainsi dans les quatre faits cités comme exemples; les bras ont recouvré leurs fonctions longtemps avant les membres inférieurs.

La vessie et le rectum continuent à fonctionner naturellement, comme dans la paralysie saturnine.

Enfin M. Leroy constate que chez deux sujets, les seuls qui ont été électrisés, la contractilité électro-musculaire persistait, mais un peu affaiblie.

Quant au traitement, la paralysie arsenicale réclame le même ordre de moyens que la paralysie saturnine, et les résultats obtenus jusqu'ici ont permis d'espérer que la thérapeutique ne serait pas moins efficace.

Dans l'un des quatre faits, le malade a recouvré le mouvement peu à peu et sans l'intervention d'aucun moyen direct. Les symptômes d'empoisonnement avaient été efficacement combattus dès leur début par l'émétique, le sel de nitre, les acides minéraux et le café. Un second malade a recouvré le mouvement à la suite de pédiluves excitants. Un autre, soumis, mais sans résultat suffisant, à l'électrisation, a guéri complétement après quarante-six bains sulfureux.

Cancer récidivé du sein (squirrhe) traité par le caustique sulfo-safrané.

Une femme âgée de cinquante ans, déjà opérée il y a quelques années d'une tumeur squirrheuse du sein, est rentrée dans les premiers jours de février dans le service de M. Velpeau avec une nouvelle tumeur récidivée sur place et accompagnée de petites pustules disséminées dans le voisinage. Peu désireux d'attaquer par le bistouri ce squirrhe récidivé et presque certainement récidivable encore; mais considérant que cette femme, assez peu avancée en âge, bien portante d'ailleurs, et d'une constitution sèche et bonne en apparence, était très-désireuse d'être débarrassée de sa tumeur, M. Velpeau se décida à la traiter par le caustique sulfo-safrané.

Cette application eut lieu de la manière que nous avons déjà fait connaître; et, ainsi que M. Velpeau l'avait annoncé d'avance aux élèves qui suivent sa clinique, dès le lendemain la tumeur était déprimée, réduite à la moitié environ de son volume, et recouverte d'une eschare noire, sèche. Les jours suivants elle avait continué à s'affaisser et à se réduire de volume dans toutes les dimensions. Elle ne présentait plus que l'aspect d'une croûte sèche, noire; elle était parfaitement indolente; il ne s'était développé autour aucun travail inflammatoire, aucune apparence de réaction. Aussi la malade se considérait-elle comme complétement guérie, et s'étonnait-elle qu'on ne lui donnât pas sa sortie.

Trois semaines après, la tumeur, complétement flétrie, était réduite à cette eschare noire et sèche encore adhérente ; mais qui, suivant toute apparence, devait se détacher d'elle-même sitôt que la cicatrisation serait complète au-dessous, ainsi que cela s'était passé déjà chez plusieurs malades traitées par le même moyen. Aussi, M. Velpeau lui accorda-t-il sa sortie, mais avec la promesse qu'elle se présenterait sous peu à la consultation pour faire constater son état.

Cette femme s'est présentée, en effet, ces jours derniers. L'eschare était détachée, et il ne restait plus à la place de la tumeur qu'une toute petite plaie en voie de cicatrisation et qui présentait le meilleur aspect.

Le caustique sulfo-safrané mettra-t-il cette malade à l'abri d'une nouvelle récidive? C'est ce que l'avenir seul pourra nous apprendre; mais ce qui ressort jusqu'ici de ce résultat immédiat, c'est l'extrême bénignité des effets de ce caustique et la facilité avec laquelle il détermine, sans aucune réaction fâcheuse, la mortification et la chute de ces sortes de tumeurs; c'est déjà là un résultat qui ne manque pas d'un certain intérêt.

Faits cliniques à l'appui de l'innocuité et de l'efficacité anesthésique de l'amylène.

Nous avons annoncé dans la dernière *Revue* que nous devions à l'obligeance de M. Debout la communication de plusieurs expériences très-intéressantes d'*amylénation*, qu'il a faites dans plusieurs des hôpitaux de Paris, avec le concours des chefs de service, et notamment dans le service de M. Robert, à l'hôpital Beaujon. Ces expériences apportent, ainsi que nous l'avons dit, un nouveau témoignage à l'appui de l'innocuité de l'amylène et de son efficacité

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons de physiologie expérimentale appliquée à la médecine, faites au collége de France, par M. CLAUDE BERNARD, membre de l'Institut, professeur de médecine au collége de France, etc. Tome IIe, in-8° avec 78 figures intercalées dans le texte (1).

L'année dernière, en analysant le premier volume des *Leçons de physiologie expérimentale* de M. Bernard, nous l'annoncions comme le commencement d'une publication devant avoir trois ou quatre volumes. Nous disions que chacun d'eux traiterait des points fondamentaux de la physiologie, et qu'ils se succéderaient régulièrement chaque année. Cette promesse de l'auteur et des éditeurs est tenue avec une scrupuleuse exactitude, comme le prouve le présent volume, publié déjà depuis plusieurs mois.

D'une manière générale on peut dire que cette deuxième partie des leçons de physiologie constitue un traité complet de la digestion, non point un traité de la digestion se composant d'une série de déductions tirées d'un certain nombre d'expériences chimiques faites dans des capsules, avec un mélange d'aliments et d'acides étendus, mais un traité contenant la description de cette fonction, dans laquelle chaque page s'appuye sur des expériences directes.

Par expériences directes, je veux dire que la mastication et la déglutition, par exemple, ne sont étudiées qu'après avoir établi, par des expériences faites sur chaque glande salivaire à son tour, quelle est la nature du liquide qu'elle fournit, et à quel moment elle le produit en plus ou en moins grande quantité. La digestion stomacale à son tour n'est observée que sur des aliments imbibés de salive, par l'animal même sur lequel on expérimente, et seulement après avoir observé quels sont les caractères normaux et accidentels du suc gastrique; quelle est, sur sa production, l'influence de la sécrétion salivaire qui la précède ; et ainsi des autres en ce qui concerne le foie, les sécrétions duodénale, pancréatique, intestinale, proprement dites, etc.

Il y a loin des résultats obtenus alors, en examinant les parties et les liquides directement en jeu, aux données illusoires empruntées à la chimie. Il y a loin de cette physiologie à celle avec laquelle nous avons été élevés officiellement, et qui nous a servi à passer des examens, mais guère à autre chose. Aussi l'auteur commence-t-il dans son premier chapitre par exposer les principes qui le guident, ce que sont la physique, la chimie et l'anatomie par rapport à la physiologie. Nous pouvons résumer à peu près ainsi qu'il suit ce que dit à cet égard M. Bernard.

Tout phénomène en physiologie reconnaît pour condition d'existence une disposition anatomique particulière correspondante; et *vice versâ* toute disposition anatomique entraîne une particularité correspondante dans les actes. Aussi faut-il se garder d'une erreur très-répandue, qui consiste à croire, par exemple, que des actes différents, des sécrétions diverses, des actes intellectuels divers, seraient opérés par des glandes de structure identique, par la même partie du cerveau, etc. Cette erreur porte sur des observations tantôt inexactes, tantôt incomplètes : tel est le cas des diverses glandes salivaires qui, tout en offrant des culs-de-sac de dimensions semblables, des épithéliums presque identiques par la forme, présentent des différences par la quantité et le mode de disposition de ces épithéliums, par leurs réactions au contact des agents chimiques, etc. Cette erreur dépend, comme on le voit, de ce que dans l'étude de l'anatomie on omet encore habituellement de pousser l'analyse jusqu'à l'examen de la structure et de la composition immédiate ; ou de ce que dans l'étude des éléments anatomiques qui entrent dans la composition d'un tissu, on se borne trop souvent à constater quels sont leur forme et leur volume, sans se préoccuper de leur structure, de leur composition immédiate, de leurs réactions chimiques, etc.

Une erreur non moins grave est celle qui consiste à croire que l'anatomie enseigne la physiologie, et exempte d'étudier celle-ci. Il est impossible de déduire la seconde de la première : l'anatomie est indispensable à connaître pour comprendre ou pour faire quoi que ce soit en physiologie ; mais une fois l'anatomie connue, la physiologie entière reste à apprendre. Rien d'aussi peu exact que de dire de la phy-

(1) Chez J. B. Baillière et fils.

anesthésique, et montrent, en outre, qu'à la faveur de certaines conditions d'administration ce dernier résultat peut être obtenu avec des doses très-inférieures à celles qui ont été employées jusqu'ici. Nous ne doutons pas, à cause de ces deux circonstances, également heureuses, qu'on n'en lise ici les détails avec intérêt. Voici ces observations :

Ablation de la matrice de l'ongle du médius de la main droite ; cautérisation au fer rouge. — Anesthésie obtenue par l'amylène en quatre minutes. — D... (Désiré), d'un tempérament sec et nerveux, entre à l'hôpital Beaujon, le 3 mars, portant à l'extrémité dorsale du doigt une plaie saignante et fongueuse, siége d'élancements peu douloureux, mais n'ayant aucune tendance à la cicatrisation. M. Robert se décide immédiatement à enlever les parties affectées et à cautériser au fer rouge toutes les surfaces ulcérées. Cette petite opération devant être fort douloureuse, le malade est endormi.

Pour obtenir l'anesthésie, M. Debout emploie l'amylène préparé par M. Berthé. Le malade étant dans la position horizontale, on lui applique sur le nez et la bouche le pavillon de l'appareil Charrière, dans lequel on a versé environ 15 grammes d'amylène, et on lui recommande de respirer largement. Après quelques inspirations, la face se congestionne un peu, le pouls s'accélère d'une manière notable, les pupilles sont légèrement dilatées ; le malade ne dit rien et n'accuse aucune sensation désagréable. Une seconde dose de liquide, à peu près égale à la première, est versée dans l'appareil, et bientôt l'insensibilité est obtenue, sans secousses, sans contractions musculaires, aussi paisiblement que possible. La quantité d'amylène employée peut être évaluée à 30 grammes ; quatre minutes ont suffi pour obtenir l'anesthésie.

M. Robert procède alors à l'opération. Une incision antéro-postérieure d'un demi-centimètre est pratiquée avec des ciseaux pour faciliter l'excision de la matrice de l'ongle. Celui-ci est arraché par les doigts du chirurgien, puis deux fers rouges sont successivement éteints sur la surface saignante. Pendant la durée de cette opération peu longue, le malade continue à respirer des vapeurs d'amylène et ne manifeste aucune douleur ni par des plaintes ni par des mouvements.

L'appareil à inhalation enlevé, l'opéré reprend presque immédiatement connaissance, et raconte de lui-même que l'année dernière il a été endormi à l'hôpital Saint-Louis par le chloroforme pour une opération pratiquée sur l'index gauche écrasé par un engrenage, et qu'à la suite de ce sommeil il a conservé pendant trois jours de la céphalalgie et un malaise général.

Quelques minutes après l'opération, D... se sent mal à l'aise, il éprouve quelques contractions musculaires; pas de nausées ; le pouls bat à 120 pulsations. Il attribue cet état au besoin d'air frais ; en effet, le cabinet dans lequel il est couché est assez étroit et encore rempli de vapeurs d'amylène. Ce sentiment de malaise disparut en quelques instants dès qu'on eut ouvert la fenêtre.

Deux heures après, D..... est remis complétement et depuis longtemps de son malaise ; il n'a pas de mal de tête, et réclame un bouillon. Interrogé sur les sensations qu'il a eues pendant son inhalation, il répond en comparant ce qu'il a éprouvé aujourd'hui à ce qu'il a éprouvé l'an dernier sous l'influence du chloroforme. La respiration des vapeurs d'amylène n'est pas désagréable, dit-il, et n'occasionne pas de picotement à la gorge et de sécrétion de salive comme le chloroforme. Le rêve est plus gai (il avait assisté à une noce à Passy et y était allé sur le chemin de fer américain). Il croyait avoir parlé pendant toute la durée de son sommeil, et cependant il n'a pas proféré une parole. Il a entendu une partie de la conversation qui avait lieu, et se rappelle parfaitement que M. Debout faisait remarquer à M. Robert que par instants il avait les yeux ouverts. Le sommeil s'était manifesté brusquement ; il avait été beaucoup plus tranquille et accompagné de moins d'anxiété que lorsqu'il avait été endormi par le chloroforme, mais l'anesthésie avait été moins complète. Toutes les fois que M. Robert lui touchait le doigt, il avait éprouvé non des douleurs, mais des secousses assez désagréables. L'absence de la céphalalgie et la persistance de l'appétit lui paraissent les deux faits principaux à signaler au profit du nouvel agent.

Désarticulation de la dernière phalange de l'index ; résection de l'extrémité de la deuxième phalange. — Anesthésie par l'amylène en deux minutes. — Homme de trente-cinq ans, fort et vigoureux, qui, à la suite d'une piqûre d'arête de poisson, a été affecté d'un panaris siégeant à la face palmaire du doigt. L'inflammation occupe les téguments, l'extrémité inférieure de la gaîne tendineuse du fléchisseur, et même les surfaces articulaires, qui sont mobiles et font entendre un bruit de crépitation lorsqu'on leur imprime des mouvements. M. Robert, après avoir taillé un lambeau ovalaire, désarticule la dernière phalange, et trouvant alors la tête du second os malade, il le resèque à l'aide d'un sécateur.

Pour cette opération, le malade a été soumis par M. Debout aux inhalations d'amylène. L'anesthésie a été obtenue au bout de deux minutes, et a été prolongée pendant toute la durée de l'opération. Pendant ce temps, le malade est resté plongé dans un sommeil profond, qui est survenu sans secousses et sans agitation. Aussitôt que l'appareil a été appliqué sur sa bouche, le malade a respiré largement et s'est endormi tranquillement, comme le ferait un homme fatigué. Nous notons seulement une accélération du pouls, qui de 72 s'est élevé à 90 pulsations.

Après l'opération, et aussitôt l'appareil enlevé, le malade s'est réveillé. Il ne paraît pas d'abord se rendre compte de ce qui se passe autour de lui. Cet état d'étonnement, qui a existé chez presque tous les malades dont l'anesthésie a été complète, dure très-peu et se dissipe complétement en moins de deux minutes. Interrogé sur ce qu'il a éprouvé, cet homme répond qu'il a dormi d'un profond sommeil, seulement qu'il a eu vaguement conscience de la première incision ; il se rappelle à ce moment avoir serré les dents, mais aussitôt il s'est endormi et n'a plus rien senti. Une heure après, on panse la plaie ; le malade dit n'éprouver aucune douleur. Lorsque l'on touche son doigt, il n'éprouve plus les souffrances qu'il ressentait avant l'opération. La quantité d'amylène employée a été d'environ 25 grammes.

Phlegmon de la main ; incisions. — Anesthésie avec l'amylène en deux minutes. — Nicolas M..., trente-cinq ans, d'une constitution robuste, est admis à l'hôpital Beaujon pour un phlegmon suppuré de la main droite.

Le 6 mars, M. Robert, avant d'ouvrir le phlegmon, propose à M. Debout de soumettre le malade aux inhalations d'amylène. Le malade ne témoigne aucun dégoût, il respire largement et régulièrement ; en moins de deux minutes, il est insensible à une piqûre d'épingle et au pincement de la peau. Le pouls s'est accéléré, mais d'une façon moins notable que dans la plupart des autres expériences. Aucune contraction, aucun signe d'agitation ne s'est manifesté. L'opération consiste en une large incision comprenant toute l'éminence thénar, et en une seconde incision embrassant la base de l'ongle. Le malade reste complétement immobile, et ne trahit aucune souffrance pendant cette double action du bistouri. On suspend l'inhalation au bout de trois minutes et demie. Environ une demi-minute après, le malade se réveille à demi ; il est comme hébété ; le regard est incertain. Il répond très-nettement pourtant aux questions qu'on lui adresse, et prétend qu'il a parfaitement senti ce qu'on lui a fait. Mais tout à coup, et après une seconde minute, tout sentiment de stupeur a disparu ; il aperçoit sa main, et ne peut retenir une marque de surprise en voyant deux incisions d'où le sang coule. Aucune agitation, aucun malaise ne se font sentir après l'opération. Le pouls ne tarde pas à reprendre son rhythme normal. Le malade dort pendant presque toute la journée. Interrogé le soir, il dit qu'il n'a absolument rien senti; que pendant son sommeil il avait rêvé de sujets agréables. Comme les autres opérés, il a réclamé à manger.

Calculs prostatiques. — Opération de taille. — Anesthésie par l'amylène. — Trois quarts d'heure de durée des inhalations. — B... (Jean), soixante-deux ans, de constitution débile, est entré dans le service pour y être traité de calculs dans la prostate, dont l'existence provoque une incontinence d'urine, etc.

M. Robert procède à leur extraction le 6 mars.

Le malade, homme d'un caractère irrésolu et pusillanime, demande avec instance à être endormi. On a recours aux vapeurs d'amylène. L'anesthésie ne peut être obtenue qu'au bout d'une demi-heure. Vivement impressionné et en proie à une profonde terreur, le malade ne respire que très-imparfaitement, malgré les recommandations qu'on lui adresse; il faut sans cesse lui répéter qu'on ne commencera pas l'opération avant qu'il soit insensible.

Pendant ce laps de temps, aucun phénomène important ne se produit, si ce n'est une accélération du pouls. Les vapeurs d'amylène ne paraissent pas l'impressionner d'une façon désagréable et ne déterminent pas de toux. L'anesthésie obtenue, M. Robert procède à l'opération, et les inhalations sont continuées.

Pendant la première moitié des manœuvres opératoires, le malade ne fait pas un mouvement; mais l'inhalation étant suspendue un instant pour verser du liquide dans l'appareil, et cet instant s'étant prolongé, la sensibilité reparaît, et l'action des vapeurs anesthésiques ne manifeste plus sa puissance première ; le malade s'agite, pousse quelques plaintes ; en même temps apparaissent quelques contractions dans les muscles des cuisses.

L'opération terminée, on cesse les inhalations, qui ont duré trois quarts d'heure et consommé environ 35 grammes d'amylène. Le malade reprend presque immédiatement toute sa connaissance; il dit n'avoir pas senti l'incision faite au périnée par le bistouri, mais il a eu conscience de l'enlèvement des calculs, sans cependant en éprouver une grande douleur. Cette sensation, du reste, n'est pas bien nette, car il demande avec anxiété à être débarrassé de ses calculs, et M. Robert est obligé de lui prouver que l'opération est terminée.

Pendant une heure environ, le malade a senti son haleine exhaler une légère odeur d'amylène. Il a éprouvé une très-légère céphalalgie pendant une demi-heure. Pas de nausées, pas d'empâtement de la bouche. Le soir, il demande à manger du potage.

Depuis l'opération, B... va très-bien ; la fièvre qui existait avant l'extraction des calculs a complétement cessé. La longue durée des inhalations n'a eu d'autre suite que la production de phénomènes qui se sont manifestés immédiatement après l'opération.

Cette longue durée des inhalations a été exceptionnelle, d'après M. Debout. Notre confrère en fournit, en effet, la preuve par les résultats suivants de 11 autres *amylénations :*

2 cas	anesthésie en	1 minute 1/2.	Hommes de		25 et 28 ans.
3 cas	—	2 —	—		18, 34 et 35 ans.
2 cas	—	3 —	—		35, fille de 13 ans.
2 cas	—	4 —	—		23, fille de 23 ans.
1 cas	—	4 — 1/2	Femme		de 30 ans.
1 cas	—	6 —	Fille		de 13 ans.

Enfin, ainsi qu'on a pu le voir, la dose la plus élevée d'amylène a été de 35 grammes seulement, dans le cas où l'amylénation a duré le plus longtemps, circonstance qui n'est pas sans importance, si l'on considère le prix élevé de l'amylène et la difficulté que l'on a à se le procurer.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. RICHET.

Amputation tibio-tarsienne pratiquée pour une ancienne entorse des articulations du tarse. — Absence de guérison. — Amputation sus-malléolaire secondaire, cicatrisation lente. — Guérison définitive.

Abat (Jean), âgé de trente et un ans, brun, maigre, d'une constitution assez chétive, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 19 décembre 1854, pour une affection organique des os du pied droit. La maladie remontait à deux ans, et avait pour point de départ une violente entorse. Au mois d'avril précédent, un abcès s'était formé, il s'était ouvert spontanément et restait fistuleux depuis cette époque. M. Richet tenta la conservation du membre et soumit le malade à la médication iodée, mais sans succès. Le 19 avril 1855, il dut recourir à l'amputation et se décida pour la désarticulation tibio-tarsienne. Le procédé de M. Jules Roux fut mis en usage. Le sommet de la malléole entamée fut réséqué.

Les suites primitives de l'opération furent très-satisfaisantes, il n'y

---

siologie qu'on peut la définir *anatome animata;* elle doit nécessairement être faite à son tour sur des bases expérimentales nouvelles et tout à fait spéciales, expériences pour l'institution desquelles l'anatomie, la chimie, la physique ne sont plus que des instruments.

Cependant le lien entre toutes ces sciences est si étroit dans certaines divisions de la physiologie, que celle-ci a tour à tour été accaparée par les anatomistes, les physiciens et les chimistes. Il y a peu de temps encore qu'elle est devenue indépendante, qu'elle a conquis sa méthode, ses procédés; mais si aujourd'hui elle est une science à part, on ne doit jamais oublier que pour l'étudier avec fruit il faut au préalable connaître l'anatomie, la physique et la chimie.

En suivant une telle méthode, l'auteur nous fait assister en quelque sorte, tant est clair et naturel son mode d'exposition, à la découverte d'une série de faits nouveaux et inattendus; et pourtant, une fois qu'on les connaît, on se demande comment il se peut faire qu'on n'ait pas songé plutôt ou même deviné que c'est ainsi que les choses doivent se passer. Sans le dire lui-même, M. Bernard force son lecteur à reconnaître, que la digestion, cette fonction tant étudiée, retournée sous toutes ses faces, chimiquement parlant, et paraissant la mieux connue de toutes, restait encore à étudier dans ce qu'elle a de vraiment physiologique ou organique.

Aussi, à chaque page, se trouve l'explication de la cause de phénomènes pathologiques restés jusque-là inexplicables pour les médecins. C'est à la fois un traité expérimental de la physiologie normale et pathologique de l'appareil digestif que l'ensemble de cet ouvrage.

Par une étude des plus intéressantes de la composition du produit des diverses glandes salivaires, M. Bernard montre que jamais il n'existe de sulfocyanure de potassium dans la salive fraîche ou ancienne tant qu'on ne lui a pas fait subir de manipulations chimiques décomposantes. C'est déjà ce que pensait Berzélius. Il montre dans la salive parotidienne une substance azotée qui possède à la fois certains des caractères de la caséine, quelques-uns de ceux de l'albumine du sang. Mais pourtant ce n'est ni l'un ni l'autre de ces principes; c'est une substance organique azotée coagulable, spéciale à la salive, qui n'a pas non plus les caractères de ce qu'on a nommé la diastase salivaire. Ce dernier composé n'est en effet qu'un produit d'altération à l'air de la substance précédente dans les salives mixtes.

On peut reconnaître trois appareils salivaires bien distincts : l'un pour la gustation, l'autre pour la mastication, et le troisième pour la déglutition. Les propriétés physico-chimiques des salives sont parfaitement en rapport avec ces actions physiologiques diverses. La salive parotidienne, aqueuse et non gluante, imbibe et dissout facilement les substances, tellement que dans les cas de parotidite directe ou compliquant l'adénite des ganglions voisins, la mastication devient gênée et exige l'ingestion fréquente de liquides, faute de sécrétion parotidienne. La salive fournie par la glande sublinguale et les glandes buccales, au contraire, visqueuse et gluante, est merveilleusement appropriée pour envelopper le bol alimentaire, qu'elle rend plus cohérent et dont elle facilite le glissement. La salive sous-maxillaire, à cause de ses caractères mixtes, peut à la fois dissoudre, étendre ou affaiblir les substances sapides, en même temps qu'elle peut lubrifier les surfaces et diminuer l'énergie du contact. L'analyse physiologique expérimentale, en signalant la diversité des produits sécrétés, et surtout en faisant remonter aux influences nerveuses qui régissent ces sécrétions, apprend que chaque glande accomplit un acte spécial, et que son action s'exerce sous des influences séparées, sinon indépendantes. Malgré le déversement et le mélange des différentes salives dans la bouche, leurs usages restent distincts, et l'expérience nous apprend que le rôle caractéristique de la parotide est de sécréter pour faciliter la mastication ; aussi elle est très-grosse chez les animaux qui mâchent des aliments secs; celui de la maxillaire, de sécréter pour la gustation, et celui de la glande sublinguale et des glandes buccales, de sécréter pour la déglutition. C'est à l'aide de ces données physiologiques seulement qu'on pourra étudier et comprendre dans leur signification réelle les modifications anatomiques offertes par les organes salivaires dans les diverses classes d'animaux vertébrés. On commettrait donc une sorte de contre-sens physiologique, si, à l'exemple de quelques anatomistes, on voulait encore trouver chez les oiseaux des glandes parotides et sous-maxillaires, qui ne sauraient exister chez ces animaux, puisque les deux actions correspondantes, la mastication et la gustation manquent généralement.

Il est évident, dès lors, que les usages de toutes les glandes salivaires qu'on rencontre chez les oiseaux doivent être rapportés à la seule fonction qui persiste, c'est-à-dire, à la déglutition. Et, en effet, le liquide visqueux et gluant que sécrètent leurs glandes n'a rien de

eut aucun accident. La réunion du lambeau se fit rapidement dans presque toute l'étendue de la plaie. Mais cette marche heureuse se ralentit. Deux petits trajets fistuleux s'établirent sur la ligne cicatricielle, le moignon resta le siége d'un empâtement prononcé, et l'on put reconnaître les signes d'un travail inflammatoire lent, siégeant dans les extrémités osseuses. Ce soupçon se confirma, un stylet introduit par le pertuis fistuleux parvint jusqu'aux os, qui étaient à nu dans le foyer et ramollis.

On espéra longtemps une guérison de cette ostéite, et l'on chercha, par les moyens convenables, à la favoriser. Mais tout fut inutile. Le gonflement et la suppuration persistaient, le moignon était douloureux, la santé générale s'altérait par suite du séjour au lit et de l'ennui qui gagnait le malade. Une nouvelle opération était nécessaire, l'opéré lui-même la réclamait. M. Richet pratiqua, le 29 janvier 1856, l'amputation un peu au-dessous de la partie moyenne de la jambe, les suites furent encore très-simples, et cependant la réunion complète fut encore tardive. Au bout de cinquante-cinq jours, le moignon devint rouge et douloureux. Un petit abcès se forma dans la région antérieure, il fut ouvert et se cicatrisa assez vite. Quelques jours après, nouvel abcès circonscrit, situé un peu plus haut; ouverture, guérison rapide. Enfin les accidents cessèrent, et le malade sortit le 3 juin 1856. Une jambe de bois ordinaire lui fut donnée, et il put marcher sur le genou. J'ai eu par hasard l'occasion de le revoir au bureau central dans le mois de décembre 1856, la guérison ne s'était pas démentie, la santé générale était bonne, la marche facile. L'extrémité de la jambe, fléchie à angle droit, n'était point gênante.

Dissection du moignon. — La jambe se termine par un renflement assez volumineux, en forme de massue. Le lambeau formé par la peau du talon est tout à fait sain à l'extérieur, il est épais, consistant, bien nourri, la peau est saine partout, si ce n'est en arrière, vers l'extrémité coupée du tendon d'Achille, où elle montre un peu de rougeur et semble amincie.

La cicatrice de réunion est située en avant, elle est large de 7 ou 8 millimètres, violacée, mais solide et légèrement adhérente aux couches profondes; elle est interrompue par deux trajets fistuleux assez étroits, qui par la pression laissent sourdre quelques gouttelettes de pus. Ces trajets conduisent un stylet dans une cavité assez spacieuse, au fond de laquelle on rencontre les extrémités dénudées du tibia et du péroné.

Cette cavité est constituée par la face supérieure du lambeau plantaire, et par les restes de l'articulation tibio-tarsienne. On peut lui reconnaître deux faces et une circonférence. La face inférieure répond, ai-je dit, au lambeau; elle est entièrement recouverte par des fongosités très-vasculaires et assez épaisses, tout à fait analogues à celles qu'on rencontre dans les sinosités fongueuses ordinaires. Dans l'épaisseur de cette paroi et au milieu de ces végétations, on découvre une petite masse osseuse de nouvelle formation, peu adhérente et assez régulière. En dehors et en dedans, dans les points qui répondent au sommet des malléoles, le lambeau est déprimé en cupule. C'est le vestige de la formation des deux bourses séreuses, qui, dans les cas de guérison, se montrent toujours au-dessous de ces saillies osseuses. Ces bourses séreuses s'étendent ici sur les côtés, et remontent latéralement entre la face profonde de la peau et la surface extérieure des malléoles. Elles sont également tapissées par des fongosités.

La circonférence du foyer de l'amputation est formée par les vestiges de l'ancienne capsule articulaire, qui a contracté des adhérences avec la face profonde du lambeau. La face supérieure est constituée par les deux extrémités des os de la jambe. La surface articulaire du tibia est presque complétement recouverte par des fongosités qui se continuent avec les précédentes. Cependant, en quelques points, on retrouve encore des traces du cartilage diarthrodial, ce qui est assez surprenant au bout d'un temps aussi long et en présence d'une arthrite incontestable.

En résumé, le foyer de l'amputation représente donc une véritable arthrite fongueuse, une synovite chronique avec altération superficielle des surfaces osseuses. Cette cavité est remplie de pus. Elle présente un arrière-fond qui se prolonge en arrière jusque sous la peau, et qui à pris naissance par un mécanisme assez singulier : on sait qu'il existe normalement une cavité séreuse qui sépare le tendon d'Achille du calcanéum au voisinage de son insertion; je suppose que dans la dissection du lambeau une portion de cette séreuse aura été conservée; toujours est-il qu'on trouve au-dessous du bout coupé du tendon et en avant de ce dernier une petite cavité du volume d'une aveline, bien circonscrite et presque entièrement comblée par des fongosités épaisses; plus en arrière, l'extrémité du tendon adhère par des prolongements au tissu fibreux qui double le lambeau, disposition ordinaire dans ce genre d'amputation.

L'état des os mérite de fixer notre attention. Le périoste du tibia et du péroné est épaissi, pénétré de matière plastique dans l'étendue de 4 ou 5 centimètres; plus haut, il est mince et nacré; il n'est point détaché, mais adhère peu à l'os en bas; en haut, il a conservé, au contraire, sa cohésion et son adhérence normales.

Au-dessous, l'os est rouge, injecté dans les points où le périoste est épaissi; il est couvert d'ostéophytes et conserve une consistance considérable; plus haut, c'est-à-dire à 5 centimètres de l'extrémité, le tissu, au contraire, est ramolli; il se laisse pénétrer par le scalpel. Le tissu spongieux est infiltré de graisse liquide et raréfié. La diaphyse elle-même a perdu de sa consistance sans être très-amincie. Une coupe verticale étant pratiquée, on peut par une forte pression entre les doigts faire plier les bords des gouttières diaphysaires formées par cette coupe longitudinale.

En détachant les fongosités qui recouvrent les bouts osseux, on reconnaît que les mailles du tissu spongieux sont largement ouvertes et que les bourgeons vasculaires se prolongent assez haut dans leur intérieur. Les lamelles osseuses sont du reste hypertrophiées et résistantes; on voit par là qu'il n'existe aucun travail d'occlusion des aréoles du tissu spongieux. On ne peut donc savoir si les surfaces se seraient éburnées plus tard, si elles se seraient recouvertes d'un périoste adventice; mais les faits que j'ai observés jusqu'ici m'ont toujours montré que ces aréoles spongieuses, une fois ouvertes par la scie, avaient peu de tendance à s'oblitérer. Ce qui, soit dit en passant, serait une objection contre la résection des malléoles.

En résumé, voici l'état des os :

A l'extrémité inférieure, destruction de la lamelle osseuse sous-cartilagineuse. Ostéite condensante interstitielle; plus haut, ostéite aiguë avec hypertrophie et végétations périostiques; plus haut encore, ramollissement, raréfaction, infiltration graisseuse de l'os, sans travail plastique et avec intégrité apparente du périoste. C'est là, du reste, ce qu'on rencontre très-ordinairement dans les extrémités osseuses qui confinent à une synovite plus ou moins aiguë.

Un mot sur l'état des parties molles périphériques. La dissection ayant été commencée par un autre que par moi, je ne puis décrire les vaisseaux et nerfs superficiels, ce qui importe assez peu du reste. L'aponévrose d'enveloppe a conservé ses caractères; elle est brillante et nacrée, un peu épaissie et vascularisée à sa partie inférieure. Là l'espace qui la sépare du périoste du tibia est comblé par du tissu adipeux très-vasculaire. Les cloisons inter-musculaires sont reconnaissables, mais infiltrées de produits plastiques et graisseux très-adhérents, indurés et d'une coloration rougeâtre.

La portion des muscles qui fait partie du moignon est infiltrée de graisse; la direction des fibres indique une ascension de tous ces muscles, qui égale au moins 3 centimètres. Toute cette dissection est difficile, parce que les parties charnues, le périoste, les cloisons intermusculaires, les vaisseaux, sont toutes confondues en une seule masse et soudées ensemble par des produits plastiques et de la graisse. Les tendons sont reconnaissables, ils ont conservé leur brillant; mais ils sont soudés aux parois de la portion de leur gaîne qui a été ménagée par le couteau.

Je ne reviendrai pas sur la disposition du tendon d'Achille, moitié adhérent, moitié isolé par les fongosités que j'ai décrites plus haut. Les deux péroniers latéraux adhèrent intimement à la face postérieure de la malléole externe; le fléchisseur propre du gros orteil, le tibial postérieur, le fléchisseur commun adhérent par des prolongements fibreux plus ou moins grêles à la face postérieure du tibia dans les points où à l'état normal se trouvent leurs coulisses de glissement. L'extenseur commun des orteils, l'extenseur propre du gros orteil, le jambier antérieur sont fortement remontés; du bout coupé de leurs tendons partent des expansions fibreuses, membraniformes, qui vont adhérer à la peau au voisinage de la cicatrice. Il en résulte que, à l'exception du tendon d'Achille, aucun de ces tendons ne va se perdre dans le lambeau.

Les vaisseaux et nerfs tibiaux antérieurs n'offrent rien d'important à noter; ils sont appliqués contre le périoste du tibia et y adhèrent; le nerf est renflé comme de coutume.

Les vaisseaux tibiaux postérieurs ont été conservés dans le lambeau, suivant le précepte adopté aujourd'hui. Le nerf tibial postérieur présente plus d'intérêt. Il se prolonge aussi dans le lambeau, s'infléchit avec lui et occupe sa face profonde; il en résulte que, dans l'étendue de 3 ou 4 centimètres, il est baigné par le pus, dont il n'est séparé que par une couche de fongosités qui paraissent naître du névrilème lui-même. Ce nerf est donc vascularisé, au moins à l'intérieur; il a au moins doublé de volume, et cette tuméfaction, moins l'injection, se prolonge à la jambe presque jusqu'au niveau de l'amputation. On pourrait peut-être se rendre compte des douleurs que le malade accusait dans le moignon.

En présence des désordres anatomiques que je viens de décrire, pouvait-on songer à conserver le membre, et ce moignon aurait-il été apte plus tard à supporter le poids du corps dans la marche? Je ne le pense pas. On a donc bien fait de pratiquer l'amputation secondaire de la jambe. Maintenant fallait-il primitivement faire la désarticulation tibio-tarsienne, et ne valait-il pas mieux recourir d'emblée à l'amputation sus-malléolaire? La question est délicate, la solution difficile. Pour ma part, j'ai déjà vu tant de fois la section dans l'article inutile lorsqu'il s'agit d'affections organiques, que j'aurais peut-être recours d'emblée au sacrifice le plus radical, l'amputation sus-malléolaire n'offrant d'ailleurs pas plus de dangers que la désarticulation tibio-tarsienne.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 mars 1857. — Présidence de M. CHASSAIGNAC.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Luxations incomplètes de l'humérus en arrière. — M. CHASSAIGNAC présente deux jeunes enfants affectés de luxations incomplètes de l'humérus en arrière. Dans l'un et l'autre cas, l'accident fut attribué aux manœuvres de l'accouchement. Sur l'un des malades, la luxation fut suivie de rétractions incomplètes et de paralysie des muscles de l'avant-bras. Chez ces deux malades, les symptômes sont identiques; on trouve, à la partie postérieure de l'épaule, sous l'acromion, une saillie formée par la tête de l'humérus, tandis qu'il existe un vide à la face antérieure. De ces signes, M. Chassaignac conclut que, dans ces cas, la luxation est incomplète.

Il présente en même temps un enfant qu'il avait amené dans une précédente séance, avec une luxation semblable aux précédentes. La réduction a été obtenue facilement, et toute difformité a disparu.

M. HOUEL regarde, ainsi que M. Chassaignac, ces luxations comme incomplètes; mais il ajoute qu'il en est de même de toutes les luxations de l'humérus en arrière, qu'on ne devrait plus désigner sous le nom de *sous-épineuses*. M. Malgaigne les décrit sous le nom de *sous-acromiales*, comme étant toujours incomplètes; et, en effet, il n'existe qu'un exemple de luxation complète de l'humérus en arrière, encore était-elle compliquée. Elle a été rapportée par M. Denonvilliers. La tête de l'humérus correspondait au milieu de l'épine de l'omoplate; mais ce dernier os était brisé.

M. VERNEUIL présente un malade qu'il a opéré pour une pseudarthrose des deux os de l'avant-bras, par résection des extrémités osseuses.

M. ADOLPHE RICHARD. A propos de l'intéressante présentation de M. Verneuil, je rappellerai à la Société qu'il y a une vingtaine de mois environ je l'entretins d'un malade que j'avais opéré pour une pseudarthrose de l'humérus à l'aide d'un procédé nouveau. Avant de sacrifier par la scie les deux bouts d'os, je disséquai des deux côtés une manchette du périoste destinée à rester adhérente aux deux fragments conservés. Je comptais ainsi voir ces deux cylindres périostiques sécréter du cal, et augmenter ainsi d'autant la surface réparatrice.

Les dates pourront être constatées par les procès-verbaux de la Société, et cette opération eut à l'Hôtel-Dieu un grand nombre de témoins. J'avoue que j'y tiens un peu, parce que je crois que cette modification peut être très-favorable au succès de la résection dans les pseudarthroses. Plusieurs mois après mon opération, un chirurgien américain décrivit mon procédé.

Quoi qu'il en soit, chez mon malade, je voulus obtenir trop, et j'échouai radicalement. Il avait été déjà opéré deux ou trois fois; l'humérus était fort raccourci, et j'espérais augmenter la longueur de l'os. Aussi ne mis-je point en rapport exact les deux surfaces osseuses cruentées. Il arriva ainsi sans doute que les manchons de périoste se correspondirent par leur face externe. Aussi, à la première occasion, je compte bien essayer une coaptation aussi parfaite que possible des deux os coupés.

— Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

— M. VERNEUIL communique l'observation suivante (1) : (Voir plus haut, HÔPITAL SAINT-ANTOINE.)

(1) Je dois les détails de cette observation à l'obligeance de M. Richet, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, qui a bien voulu me confier la dissection de la pièce pathologique.

---

commun avec les salives parotidienne et sous-maxillaire, et ressemble en tout point au fluide que fournissent la glande sublinguale et les glandes buccales chez les mammifères.

Il existe entre les résultats obtenus par M. Bernard et ceux obtenus par M. Colin des analogies qui pourraient faire croire, d'après les citations de ce dernier, que M. Bernard a pu lui emprunter quelques-uns de ses résultats sans en mentionner la source. Mais il faut remarquer à cet égard que le travail de M. Bernard n'est que le complément de son *Mémoire sur le rôle de la salive* (*Archives génér. de médecine*, 1847), dont le physiologiste d'Alfort ne parle pas; or, c'est précisément ce travail qui contient la partie démonstrative expérimentale dont M. Colin regrette l'absence.

Tel est le résumé succinct des principales notions démontrées dans les sept premières leçons de l'ouvrage que j'analyse.

Je regrette de ne pouvoir développer avec M. Bernard les notions qui découlent de ces faits et celles qui prouvent combien c'est à tort que l'on a pu écrire dans de récents ouvrages de physiologie qu'il était impossible, à l'époque actuelle, de définir la *sécrétion* et de dire en quoi elle consiste. Je suis forcé, à cet égard, de renvoyer à l'ouvrage lui-même. M. Bernard arrive à démontrer expérimentalement, par des expériences portant le cachet de la plus grande sagacité, que le phénomène essentiel de la sécrétion consiste à créer dans la glande la matière qui caractérise le produit sécrété, qui lui donne ses propriétés spéciales. Déjà, sous ce rapport, je m'étais exprimé de la manière suivante dans diverses publications (*Chimie anatomique*, 1853; *Dictionnaire de médecine de Nysten*, 10e édit., par Littré et Robin, 1855; Béraud, *Éléments de physiologie*. Paris, 1857, 2e édit., t. II) :

« L'attribut fondamental des *parenchymes non glandulaires* (poumon, placenta, reins) est de rejeter hors du sang, en les lui empruntant avec choix, des principes immédiats qui se sont formés dans des tissus autres que celui qui rejette, par l'acte de désassimilation nutritive de chaque tissu; tandis que l'attribut caractéristique du *système glandulaire* est de fabriquer, à l'aide de matériaux empruntés au sang, des principes spéciaux qui caractérisent l'humeur sécrétée par chaque glande. La propriété de sécrétion (*secernere*, séparer, choisir), est la condition d'existence des attributs de chacun de ces systèmes; mais le parenchyme non glandulaire sécrète sans rien fabriquer, c'est-à-dire que la sécrétion y est bornée à un choix de principes existant déjà tout formés dans le sang; tandis que le parenchyme glandulaire, outre ce choix de certains principes empruntés tout formés au sang, lui en prend qui servent de matériaux pour la formation de principes nouveaux qui n'existaient pas. C'est ainsi que l'acide carbonique, les urates, formés ailleurs que dans le poumon et le rein, y arrivent tout formés et ne font qu'en sortir; tandis que le sucre de lait, la caséine, la pancréatine, etc., n'existent pas dans le sang de la mamelle et du pancréas, mais se forment dans le tissu de ces organes à l'aide de principes empruntés au sang de leurs artères. »

On voit, sous ce rapport, que : *a.* pour les parenchymes glandulaires, les principes caractéristiques de l'humeur sécrétée par chacun d'eux, existent dans le sang avant son entrée dans l'organe, et ne se retrouvent plus dans le sang qui en sort; *b.* que pour les glandes vasculaires sanguines, les principes qui se forment dans leur tissu n'existent pas dans le sang artériel qui les pénètre, et se trouvent seulement dans le sang veineux qui en sort; *c.* enfin que pour les glandes à conduit excréteur, les principes caractéristiques de l'humeur sécrétée, formés dans le tissu sécréteur, ne se trouvent ni dans le sang artériel qui arrive et fournit les matériaux, ni dans le sang veineux qui s'en va, mais seulement dans l'humeur produite. En ce qui concerne la différence des parenchymes non glandulaires avec les glandes sans conduits excréteurs ou vasculaires, il importe de ne pas confondre avec les principes sécrétés ceux qui se forment par simple désassimilation nutritive de leur tissu, et se retrouvent dans le sang qui en sort, lorsqu'ils n'existent pas dans celui qui entre. Tel est ce qu'on voit d'une manière continue pour le pneumate de soude dans le poumon, et d'une manière continue, mais avec des alternatives de plus et de moins pour le sucre du foie. (Voyez le tome Ier des *Leçons de physiologie* de M. Bernard, 1855, 3e leçon.)

Dans un prochain article, nous résumerons les *Recherches nouvelles* de M. Bernard *sur le rôle du suc pancréatique et de la bile dans les phénomènes digestifs* (Paris, 1857, in-4°), ce qui nous conduira naturellement à poursuivre jusqu'à leur terminaison l'examen des actes intestinaux, et de donner une idée complète de ces études auxquelles les médecins ont tant à emprunter.

CH. ROBIN.

— M. VERNEUIL communique ensuite l'observation suivante, au nom de M. Pichaud, chirurgien de 1re classe de la marine, à Toulon.

Plaie du pied droit. — Pourriture d'hôpital. — Amputation tibio-tarsienne. — Guérison. — Déambulation facile.

Le nommé Foulard (Moïse), noir, cultivateur à Cayenne (Guyane française), entre à l'hôpital le 7 octobre 1855, pour une plaie au pied droit, avec lésion des os du métatarse, produite par un coup de hache.

Foulard est âgé de cinquante ans, d'une constitution délabrée par la fatigue, la mauvaise nourriture et le climat; très-amaigri, d'un tempérament lymphatique.

A son entrée à l'hôpital de Cayenne la plaie était envahie par la pourriture d'hôpital et dans un état tel que les lambeaux n'auraient pas été suffisants pour pratiquer l'amputation médio-tarsienne (Chopart). La conservation du membre étant impossible, je songeai à désarticuler le pied. Je soumis immédiatement le malade à un traitement tonique et stimulant. Mais la pourriture d'hôpital ne s'arrêtait pas; la suppuration fatiguait Foulard, qui tombait rapidement dans la chloro-anémie; bientôt les parties molles allaient manquer pour pratiquer l'opération projetée. Le 13 du même mois, six jours après son entrée à l'hôpital, quoique l'état du malade ne fût pas favorable à une opération, et que la constitution médicale fût détestable (la fièvre jaune régnait alors à Cayenne), je me décidai cependant à pratiquer la désarticulation tibio-tarsienne d'après le procédé de M. J. Roux, chirurgien en chef de la marine à Toulon.

Le malade, soumis au chloroforme, fut maintenu dans une anesthésie complète pendant tout le temps de l'opération, qui fut assez longue. Je ne décrirai pas ici le procédé opératoire de M. J. Roux, qui est dans tous les traités de chirurgie; je me contenterai d'indiquer les particularités de mon opération. Une première difficulté, que je n'avais point prévue, fut l'épaississement de la peau de la plante du pied, qui, chez ce nègre, était comme cartilagineuse, et qui a rendu plus long et plus compliqué le temps de la dissection. Les malléoles ont été réséquées à l'aide de la scie, et le lambeau *plantaire latéral interne* a été maintenu au contact des os au moyen de sutures entortillées. Je n'ai eu à lier que l'artère pédieuse, ouverte dans l'incision dorsale de la peau. Des suintements, répandus sur le lambeau, n'ont pas nécessité d'autre ligature. Pas de réaction fébrile après l'opération.

J'ai été frappé, chez ce noir, de la faible couche de tissu cellulaire qui existait sur le lambeau, surtout dans la partie correspondante à la face interne du calcanéum. La couche musculaire était aussi atrophiée.

Deux jours après l'opération, le lambeau ayant parfaitement pris la forme du moignon, j'enlevai les épingles et j'appliquai une seule bandelette de diachylon. La cicatrisation fut retardée par la pourriture d'hôpital, qui envahit à un faible degré le limbe du lambeau. Le malade fut mis à un régime réparateur et à l'usage du quinquina, du fer et du vin de Madère.

A mon départ de Cayenne, le 30 octobre, l'état général de l'opéré s'était amélioré. La teinte blafarde de la plaie disparaissait; les bourgeons charnus, rouges, apparaissaient de toutes parts, et la cicatrisation commençait à se faire.

Voici les détails que j'ai reçus depuis de source certaine :

Pendant les mois de novembre et de décembre, sous la double influence d'un régime nourrissant, de médicaments toniques, secondés par des pansements convenables, le mieux a continué dans l'état général du malade et dans l'état local de la plaie, si bien que le 1er janvier la cicatrisation était complète.

Le désir de relever la constitution de l'opéré par une bonne nourriture, et la difficulté de se procurer une bottine ont fait retenir Foulard à l'hôpital jusqu'au 24 février 1856.

A cette époque, le moignon ne laissait rien à désirer; il recouvrait avec précision l'extrémité inférieure des os de la jambe, et la cicatrice n'appuyait pas sur le sol. La marche se faisait avec facilité, l'opéré s'aidant d'un bâton. Des renseignements précis et récents (février 1857) m'ont appris qu'aucun accident ne s'était présenté, et que l'opéré était arrivé à si bien se servir de son membre amputé, qu'il avait repris ses occupations de cultivateur et de batelier.

— La Société procède au vote sur la candidature de M. Bertherand, médecin principal de l'hôpital du Dey, qui est nommé à l'unanimité membre correspondant.

CORRESPONDANCE.

M. Ancelon, chirurgien de l'hôpital de Dieuze, qui avait déjà envoyé plusieurs travaux à la Société, adresse, pour obtenir le titre de membre correspondant, un mémoire sur la luxation simple du coude en avant. (Commission, MM. Richet, Deguise, Guérin.)

— M. le docteur Auguste Pillon adresse deux exemplaires de sa thèse inaugurale sur les exanthèmes syphilitiques, pour le concours du prix Duval.

Enfoncement du crâne. — A propos des cas d'enfoncement du crâne présentés par M. Danyau, M. Saurel adresse à la Société le fait suivant :

Le 15 novembre 1853, on lui présenta un enfant d'un peu moins d'un an, qui était tombé, huit jours auparavant, la tête la première, sur le pavé. Après l'accident, il resta quelques minutes sans connaissance, et, en le relevant, on remarqua un enfoncement du crâne où on aurait pu loger plusieurs doigts, au dire de la mère. Il y avait, en outre, une petite plaie et une large ecchymose. Il n'y eut aucun symptôme de paralysie.

Lorsque M. Saurel vit l'enfant huit jours après la chute, l'ecchymose et la tuméfaction avaient disparu; la dépression des os du crâne était évidente à la simple vue, et encore plus au toucher. Cet enfoncement était circulaire et de la largeur d'une pièce de cinq francs; il occupait la partie supérieure et latérale gauche du frontal, et empiétait un peu sur le pariétal. En parcourant son pourtour avec la pulpe du doigt, on ne sentait pas d'inégalités indiquant une fracture. La sensibilité et la motilité étaient normales, et les fonctions s'exécutaient bien, sauf un état de faiblesse qui était habituel.

Au mois de février 1854, M. Saurel revit le malade; la dépression osseuse était toujours facile à constater.

L'enfant mourut au mois de juin suivant. L'autopsie n'eut pas lieu.

M. Saurel pense que dans ce cas il y avait enfoncement simple sans fracture. Il s'appuie sur la facilité avec laquelle, sur les jeunes enfants, la pression des doigts produit un enfoncement momentané des os du crâne, et rappelle un cas publié dans le *Compte rendu de la Société anatomique*, dans lequel il y avait enfoncement sans fracture ni fissure.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Kyste fœtal ovarique gauche simulant un abcès de la fosse iliaque droite. — M. RICHET. La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société a été recueillie sur une femme de trente-cinq ans, morte dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, et dont il importe de récapituler l'histoire en peu de mots.

Cette femme, qui a eu plusieurs enfants, a été prise l'année dernière, au mois de mai, de symptômes que le médecin de la localité caractérisa de *fièvre typhoïde*. Elle fut assez longtemps à se rétablir, et pendant la convalescence, il survint dans la fosse iliaque droite une tumeur douloureuse, qui bientôt devint fluctuante et s'ouvrit spontanément au-dessus de l'arcade crurale, en bas et en dedans de l'épine iliaque antérieure. Depuis cette époque, l'ouverture, qui est restée fistuleuse, n'a pas cessé de laisser échapper chaque jour une notable quantité de pus, à ce point que la malade, inquiète et épuisée, résolut de venir à Paris pour chercher remède à son mal.

Elle entre à l'hôpital Saint-Antoine dans les premiers jours de février. Cette femme est parfaitement réglée, d'un assez bon appétit, seulement elle se plaint de douleurs continuelles dans le bas-ventre. Un stylet introduit par l'ouverture fistuleuse permet de constater que le trajet qui livre passage au pus est tortueux, très-oblique, se dirigeant en dedans du côté de la symphyse pubienne, parallèlement à l'arcade crurale. Le toucher vaginal démontre que l'utérus est à l'état normal comme volume et comme direction, et que le ligament large est étranger au développement du foyer purulent de la fosse iliaque.

Les jours suivants, j'introduis dans le trajet fistuleux un morceau d'éponge préparée, et quelques jours après je puis y porter le doigt, ce qui me permet de constater qu'il existe derrière la paroi abdominale un large foyer purulent, parfaitement limité en arrière par la fosse iliaque, en bas par l'arcade crurale et l'union de la gaîne du psoas à cette bandelette fibreuse, en avant par la paroi abdominale. En parcourant cette poche avec le doigt, je découvre du côté de la racine de la cuisse et attenante au psoas et à l'arcade crurale, une tumeur qui fait saillie dans la cavité du foyer. Afin de mieux explorer, j'agrandis l'ouverture à l'aide du bistouri du côté interne, et je constate alors que cette tumeur saillante contient quelque chose de dur et de rugueux que je saisis avec des pinces à pansement, et que j'amène, non sans quelques difficultés, à l'extérieur. C'était une dent; j'en retire successivement plusieurs, puis un fragment d'os, puis un paquet de poils et de cheveux. Plus de doute dès lors, le prétendu abcès de la fosse iliaque suite de fièvre typhoïde, n'est autre chose qu'un kyste fœtal.

Les jours suivants, je me borne à laver le foyer à l'aide de grandes lotions avec la décoction de quinquina; mais la suppuration est tellement abondante et fétide, et la malade a un tel désir d'être débarrassée de son infirmité, que je songe sérieusement à tenter l'extraction de ce qui reste de cette poche. Toutefois, afin de mettre toutes les chances favorables de mon côté, je décide que cette extraction ne se fera que par décollement et arrachement avec le doigt, sans le secours d'aucun instrument tranchant, de crainte d'intéresser la cavité péritonéale, que je soupçonne être très-voisine, et qu'elle n'aura lieu que progressivement et non en une seule séance. Il fut fait ainsi; c'est-à-dire que pendant plusieurs jours je retirai successivement des dents, des fragments osseux, des débris d'os, etc., jusqu'à ce qu'enfin je crus pouvoir décoller la portion du kyste opposée à la paroi péritonéale, celle qui adhérait à l'arcade crurale et au psoas. L'extirpation de cette portion se fit sans beaucoup de difficultés, et j'introduisis dans le foyer quelques bourdonnets de charpie.

Le lendemain, la malade était dans son état de santé habituel; mais le surlendemain elle fut prise d'un violent frisson; le ventre se gonfla, puis bientôt survinrent tous les symptômes d'une péritonite aiguë à laquelle elle succomba.

Il est bon de dire qu'en ce moment même la salle d'accouchement venait d'être fermée à cause d'une épidémie très-meurtrière de métro-péritonite puerpérale.

A l'autopsie, nous trouvâmes du pus dans la cavité péritonéale, et surtout dans le petit bassin. La fosse iliaque droite était occupée par une tumeur du volume du poing, que circonscrivaient des adhérences à la paroi abdominale; adhérences formées par le grand épiploon, enveloppant complétement et de tous côtés une tumeur globuleuse constituée par l'*ovaire gauche*. L'ovaire droit et l'utérus, refoulés dans le petit bassin, étaient situés au-dessous de la bride que fournit le ligament large du côté gauche, tiraillé et fixé dans la fosse iliaque droite. Une petite fissure existait entre les adhérences qui fixaient la tumeur et la paroi abdominale, près de l'arcade crurale, et c'était par là que les liquides contenus dans la poche avaient fusé dans la cavité péritonéale.

Sur la pièce que j'ai l'honneur de vous soumettre, vous voyez, messieurs, cette torsion du ligament large du côté gauche. Voici les débris du kyste fœtal, qu'on reconnaît encore parfaitement comme s'étant développés dans l'ovaire; il a le volume d'une petite pomme coupée en deux et l'on reconnaît encore dans son intérieur des dents, des poils et des fragments d'os. Il est évident que la moitié qui manque est celle qui adhérait à la fosse iliaque, et que j'ai enlevée pendant la vie. Il me paraît démontré que si cette péritonite n'était point survenue, le reste du kyste aurait pu se vider facilement à l'extérieur, et la malade guérir par rapprochement des parois du foyer.

Je regrette beaucoup d'avoir tenté cette opération dans un moment où une épidémie de péritonite sévissait d'une manière aussi intense dans l'hôpital, car j'ai la conviction qu'elle n'a pas été étrangère au développement de celle qui a enlevé ma malade.

M. HUGUIER fait observer, à propos de ce fait, qu'il n'est pas rare de voir l'ovaire malade quitter son siége primitif pour se porter de l'autre côté; il donne de ce phénomène l'explication suivante :

L'ovaire malade, devenu plus lourd, est entraîné par son poids dans le cul-de-sac recto-utérin pendant le décubitus dorsal; plus tard, si la femme se couche du côté opposé, il se porte dans le côté correspondant du cul-de-sac; puis enfin, lorsqu'il a pris un certain accroissement, il sort de ce cul-de-sac, qui ne peut plus le contenir, et devient adhérent à la marge du bassin, et plus tard se développe dans la fosse iliaque correspondante.

En terminant, M. Huguier demande si le kyste s'était développé dans la cuisse.

M. RICHET répond que la portion de la région inguino-crurale, limitée par le ligament de Fallope, faisait partie de la paroi antérieure de la tumeur. L'incision a été pratiquée au-dessus de l'arcade crurale.

M. CAZEAUX demande s'il était prudent d'exercer des tractions sur les fragments d'os et autres débris organiques qui se présentaient, et s'il n'aurait pas mieux valu attendre leur expulsion spontanée. Ne pouvait-on pas craindre par les tractions de détruire les adhérences du kyste, d'amener une inflammation et peut-être l'ouverture du péritoine ?

M. RICHET répond qu'il avait fait ces réflexions avant de chercher à extraire les corps qu'il pouvait saisir, et que, s'il s'y est décidé, c'est parce que la malade était épuisée par une suppuration abondante qui durait depuis un an. Du reste, il n'a extrait que les débris qui venaient facilement.

M. GIRALDÈS pense que M. Huguier a exagéré la fréquence des transpositions d'ovaires malades. Pour lui, il ne se souvient pas d'en avoir rencontré dans ses autopsies.

M. HUGUIER affirme qu'il a rencontré assez souvent ce genre de déplacement.

M. CHASSAIGNAC propose l'explication suivante : Les ovaires, lorsqu'ils ont acquis un développement suffisant, affectant toujours une position médiane, peuvent se fixer sur le côté opposé lorsqu'ils deviennent adhérents à cette époque.

M. HUGUIER, ayant toujours trouvé ces kystes déplacés, adhérents à la fosse iliaque, en conclut qu'ils s'enflamment après leur déplacement.

M. CAZEAUX accepte les idées de M. Huguier, surtout en ce qui concerne les kystes fœtaux, qui s'enflamment à certaines périodes de leur développement et contractent alors des adhérences. Ce sont ces kystes surtout qui deviennent adhérents au côté opposé à l'ovaire malade.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les épreuves cliniques du concours de l'agrégation ont commencé jeudi dernier, 19. Ni le public ni les concurrents eux-mêmes n'ont été admis à l'examen des malades fait par leurs compétiteurs. Nous ne comprenons pas le motif de cette mesure, encore sans exemple dans les annales des concours.

— La manière dont nous avons annoncé, dans le dernier numéro, la décision prise par l'Académie dans son comité secret de mardi dernier, à l'égard de l'un des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène, paraît avoir laissé quelques doutes sur la signification de cette décision. Il semblerait résulter, en effet, de ce que nous avons dit, que le nom de M. Vernois aurait été ajouté à la suite des candidats inscrits sur la liste de la section d'hygiène, tandis qu'en réalité M. Vernois a été déclaré candidat de l'Académie et placé comme tel, non à la suite, mais parallèlement à la liste des candidats de la section.

Nous devons ajouter, toujours sous la réserve de l'exactitude de nos informations, que cette décision a été prise à la presque unanimité des suffrages.

— Dans sa séance du 11 mars, l'Association de prévoyance et de secours des médecins du Rhône a procédé à l'élection de plusieurs membres de son bureau. M. Barrier a été nommé vice-président en remplacement de M. Rougier, devenu président; M. Jacques Bonnet, secrétaire général, et M. Duviard, secrétaire-adjoint, en remplacement de MM. Diday et Lacour, démissionnaires, et qui s'étaient déclarés non rééligibles.

— M. le docteur Lhommée, chargé de visiter sous le rapport médical les salles d'asile de Saint-Dié (Vosges), avait depuis longtemps remarqué qu'un certain nombre d'enfants à tempérament lymphatique étaient atteints de diverses variétés de scrofules. Sur sa proposition, le bureau de bienfaisance de cette ville vient, par une heureuse innovation, de décider que de l'huile de foie de morue serait distribuée à ces enfants maladifs par les religieuses qui dirigent les salles d'asile.

Le médecin dresse la liste des enfants qui ont besoin du remède, lequel n'est administré qu'avec l'agrément des familles. Chaque enfant a sa cuiller particulière, et, s'il a bien pris son huile, quelques grains de réglisse lui servent de récompense, en même temps qu'ils aident à faire oublier ce que celle-ci a de désagréable.

La mesure toute philanthropique prise par le bureau de bienfaisance de Saint-Dié, ne peut avoir que les résultats les plus avantageux pour la santé de ces pauvres enfants, et il est à désirer qu'elle trouve de nombreux imitateurs, surtout dans les grands centres de population manufacturière.

— MM. les professeurs particuliers qui désirent faire des cours dans les amphithéâtres de l'Ecole pratique sont invités à se rendre mercredi prochain, 25 mars, dans la salle habituelle de leurs réunions, à la Faculté.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Des fièvres éruptives sans éruption, et particulièrement de la scarlatine sans exanthème, par M. Ch. A. BATTURA, sous-bibliothécaire à l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires. — Brochure in-8° de 44 pages. Prix: 1 fr. 50 c. Paris, 1857. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Étude sur l'anesthésie locale dans ses applications à l'art dentaire, ou moyen de supprimer la douleur dans l'extraction des dents aussi bien que dans l'odontalgie, par M. J. B. GEORGE, dentiste. — Brochure in-8°. Prix : 1 fr. Paris, chez Labé, place de l'Ecole de Médecine.

La Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 35. — MARDI 24 MARS 1857. (30e ANNÉE.) N° 35. — MARDI 24 MARS 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 • Un an. 30 •

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Paris. — Hôpital de la Pitié (M. Becquerel). Des déviations de l'utérus. — Traitement rationnel de la couperose et de quelques autres affections chroniques de la peau. — De la chlorose et de l'anémie. — Rapport sur le Traité pratique de l'accouchement prématuré artificiel de M. le docteur Silbert (d'Aix). — Société de médecine pratique, séance du 5 février. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 23 MARS 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nous demandons à nos lecteurs la permission de les déplacer un instant, et de les conduire du palais Mazarin, où nous avons l'habitude de leur faire faire tous les mardis une petite station, au siége de la Société philomatique, où ils ont rarement l'occasion de s'arrêter. Ce petit déplacement ne les détournera nullement du but qu'ils se proposent ordinairement en jetant les yeux sur cette place. Dans l'une des dernières séances de cette Société savante, M. le docteur Hiffelsheim a exposé quelques nouvelles expériences sur le mécanisme des mouvements du cœur, qui nous paraissent de nature, en effet, à les intéresser.

On se rappelle que M. Hiffelsheim a cherché à démontrer que les battements du cœur étaient dus à l'issue du sang, quand ce liquide, énergiquement comprimé par les ventricules, en soulève subitement les valvules artérielles. Se fondant sur ce fait physique de la tendance au recul dans les vases à parois fixes, qui donnent subitement issue à un liquide par un orifice pariétal, il avait cru pouvoir appliquer cette loi aux vases à parois mobiles, telles que celles du cœur. Plusieurs physiciens ayant déclaré, à cette occasion, que le principe ne serait acquis à la physique qu'après avoir été consacré par des expériences, voici celles que M. Hiffelsheim a imaginées, et qui ont fait l'objet de sa communication.

La notion abstraite de mobilité étant seule à considérer, l'expérimentateur a choisi le caoutchouc, comme la substance la plus propre à reproduire les conditions les plus comparables à celles de la structure du cœur.

Si l'on construit, dit-il, une poche en caoutchouc vulcanisé, de la capacité de 100 grammes, et munie d'une ouverture, et qu'après avoir fortement distendu la poche avec de l'eau on pince le pourtour de l'orifice avec une disposition qui permette de l'ouvrir subitement sans toucher le petit appareil, le recul est assez considérable pour entraîner vivement le grand pendule du collége de France. Cette expérience a été exécutée dans les conditions les plus variées sur une lame dynamométrique, et on a pu ainsi mesurer l'influence du diamètre de l'orifice, de la pression et de la quantité du liquide ; l'influence de l'épaisseur des parois en deçà et au delà de certaines limites, etc.

Après avoir mis à l'abri de toute contestation ce fait : Les corps à parois mobiles reculent dans les mêmes conditions que les corps à parois fixes, M. Hiffelsheim s'est attaché à montrer qu'il ne pouvait y avoir de différence essentielle sous ce rapport entre les parois mobiles du cœur et les parois mobiles du caoutchouc placées les unes et les autres dans les mêmes conditions physiques. D'ailleurs la nature elle-même a pris soin de démontrer l'analogie qui existe dans ces deux effets, rétraction du caoutchouc, contraction du muscle cardiaque. Nombre d'animaux inférieurs, ainsi que le fait remarquer notre confrère, sont munis d'une poche musculaire qui ne diffère d'un cœur simple que par la forme. Cette poche, munie d'une espèce de siphon aspirateur décrit par M. Ch. Robin, s'emplit d'eau chez ces animaux aquatiques ; puis, lorsqu'ils veulent marcher, ils contractent le muscle et sont entraînés dans une direction opposée à celle qu'ils ont volontairement donnée à l'orifice. C'est ainsi que les animaux parcourent les eaux qu'ils habitent par une succession de *reculs*.

M. Hiffelsheim a fait voir encore que cette analogie se retrouve dans les détails, en montrant que lorsqu'on charge la poche en caoutchouc avec de l'eau tous les diamètres augmentent, et que tous les diamètres diminuent lorsqu'elle se contracte.

Restait à démontrer qu'un cœur qui bat chez un animal, bat à cause de cet effet de recul. L'énoncé seul de la proposition, savoir : que l'issue du sang produit le choc ou l'impulsion précordiale, perceptible à l'œil, à la main, à l'oreille, appliquées sur la région du cœur, devait naturellement inspirer le procédé expérimental.

Si le liquide en sortant du cœur produit un semblable effet, la suppression de la cause devait entraîner la suppression de l'effet. M. Hiffelsheim a interrompu avec des serres fines le cours du sang, tant à la sortie qu'à l'entrée du cœur, et le battement disparaissait et reparaissait dans les épreuves et contre-épreuves nombreuses et variées qu'il a réalisées.

Tels sont en substance les faits contenus dans la communication que M. Hiffelsheim a faite à la Société philomatique, et qui n'est que le préliminaire d'une série de recherches faites selon la même méthode sur la circulation en général, qu'il se propose de lui soumettre plus tard. Nous avons pensé que nos lecteurs nous sauraient gré de les tenir au courant d'un ordre de recherches qui peuvent conduire à des résultats intéressants.

Quant au compte rendu de la séance de l'Académie des sciences dont ce court exposé vient de prendre la place, il se bornera à faire connaître le résultat du scrutin qui a eu lieu pour l'élection d'un membre dans la section de géologie et minéralogie, le reste de la séance ayant été consacré à des communications étrangères aux sciences médicales.

Les candidats étaient, pour la géologie : en 1re ligne, M. D'Archiac ; en 2e, *ex æquo*, et par ordre alphabétique, MM. Daubré, Deville, d'Orbigny et Durocher ; en 3e, M. Rozet. Pour la minéralogie : 1° MM. Delafosse et Pasteur, *ex æquo* ; 2° M. Des Cloizeaux.

Au premier tour, M. Delafosse ayant réuni la majorité des suffrages, a été proclamé membre de l'Académie. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

Des déviations de l'utérus (1).

Précautions consécutives. Application du redresseur. — Souvent cet instrument ne peut pas être supporté plus de quelques heures, et alors il ne faut pas insister ; *on doit le retirer immédiatement.* D'autres fois, les coliques utérines légères qui suivent son application diminuent graduellement et disparaissent tout à fait.

Mais au bout d'un certain temps, très-variable suivant les sujets, qui pour quelques-uns peut être de quelques heures seulement, et qui est d'habitude de huit à dix jours, ces coliques reviennent ; il s'écoule un peu de sang, les règles apparaissent, et, suivant Valleix, il faut alors enlever l'instrument.

Chez les femmes qui, pour une cause ou pour une autre, ne sont pas réglées, il est supporté plus longtemps. Valleix a pu le laisser quarante-huit et quarante-neuf jours chez une nourrice. M. Simpson, qui ne l'enlève pas au moment des règles, avait en 1852 une malade qui le portait sans interruption depuis plus de trois ans (*Des déviations utérines*, Valleix).

Mais Valleix craignant les métrorrhagies et l'anémie qui en est la conséquence, ne le laissait pas pendant les règles, car il avait remarqué qu'il en augmentait l'abondance.

Souvent cette première application ne suffit pas, et il faut y revenir à plusieurs fois, en ayant soin de surveiller bien attentivement les malades pour l'enlever juste au moment opportun, mais pas avant. C'est là un point sur lequel Valleix a insisté, et je ne puis mieux faire que de rapporter à ce sujet ses propres paroles, extraites des leçons cliniques sur les déviations utérines qu'il a professées en 1852 dans cet hôpital, et qui ont été recueillies et publiées sous ses yeux par son interne M. Gallard :

« Quand les malades ont porté le redresseur pendant un certain temps, un moment arrive ordinairement où, après avoir joui d'une santé parfaite, elles sont prises de *coliques utérines* plus ou moins fortes et rapprochées, de *douleurs se prolongeant dans les lombes*, quelquefois avec une *courbature générale* et un peu de *tension du ventre.* Il faut alors enlever le redresseur, car ou les règles vont apparaître, et il pourra être nécessaire de le replacer plus tard, ou elles ne se montreront pas encore, et *ces symptômes indiquent que la présence de l'instrument a déterminé dans l'utérus un travail favorable à la guérison.* Je pense, en effet, que l'*utérus ne se maintient pas en place seulement parce qu'on l'y a remis*, mais parce que la *tige utérine*, en séjournant dans sa cavité, *a eu sur ses parois une action excitante susceptible de modifier la vitalité des tissus.* Cette action commence après un temps variable. » (*Loc. cit.*, p. 165, 166.)

Enfin, dans certains cas de rétroversion et de rétroflexion, Valleix en était venu à se dispenser complétement de la tige intro-utérine à demeure ; il redressait l'utérus avec la sonde, puis le maintenait fixé dans cette position à l'aide d'un pessaire Gariel. Des expériences cadavériques lui avaient démontré l'efficacité de ce support. On trouve à ce sujet des renseignements dans la thèse de M. Cusco (*De l'antéflexion et de la rétroflexion de l'utérus*, thèse. Concours d'agrégation, 1853).

Avantages des redresseurs utérins. — Comment peuvent et doivent agir les redresseurs utérins pour maintenir une déviation utérine et la faire disparaître ? C'est là une question qu'il est tout d'abord important de décider et qui doit servir de base à la discussion.

Les redresseurs utérins peuvent-ils rétablir la direction normale de l'utérus purement et simplement par le seul fait de son replacement dans la situation qu'il doit occuper, et ne peut-on être exposé à voir la matrice reprendre sa position vicieuse une fois que l'instrument qui l'avait momentanément effacée aura été retiré de la cavité utérine ? J'avoue que c'est mon opinion, et je suis heureux de la voir conforme à celle de beaucoup d'habiles praticiens qui l'ont émise avant moi. Telle est notamment l'opinion de M. Aran, qui s'est occupé spécialement de ce sujet.

Pour guérir les déviations, les redresseurs agissent d'une autre manière. Ils déterminent une phlegmasie légère de l'utérus et du tissu cellulaire qui l'entoure. Cette inflammation dure tout le temps que les redresseurs sont en place, et souvent même très-longtemps après, enclavant momentanément l'utérus au milieu du tissu cellulaire, enflammé et engorgé. Si cette inflammation est terminée par résolution, comme cela a lieu souvent, il se forme des adhérences, et la matrice se trouve consolidée en place et redressée. Tel est certainement ce qui a lieu dans un certain nombre de cas ; car personne ne saurait mettre en doute que des guérisons positives aient été obtenues par Simpson et par Valleix. Je dis plus, que si l'on admet la réalité de ces guérisons, et je les admets, elles ne peuvent s'expliquer autrement. Je dis si on les admet, car tous les médecins ne sont pas de cette opinion, et pour beaucoup il est difficile de les regarder comme réelles, voir en particulier l'opinion de M. Aran, que je transcris textuellement :

« Je dois déclarer que je n'ai jamais vu dans les antéversions ou rétroversions aucune guérison résultant de l'emploi des pessaires intra-utérins ; et, l'instrument retiré, l'utérus m'a paru reprendre toujours sa place ancienne : ce qui ne veut pas dire que les malades n'aient pas été soulagées et très-soulagées, probablement par la dilatation de la cavité utérine, et beaucoup aussi par l'immobilisation de l'organe. Dans les flexions, au contraire, et seulement dans les flexions en arrière du col et du corps, j'ai pu constater non pas des redressements complets, jamais je n'ai été assez heureux pour cela, mais des changements considérables dans la courbure. »

Si les guérisons de redressement sont réelles, et si elles ne peuvent avoir lieu qu'à la condition que les redresseurs déterminent un certain degré d'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin, qui aboutit à l'enclavement et à la fixation de l'utérus dans la nouvelle position qu'on lui a donnée, je prétends que là est un grand danger, et que c'est précisément de cette circonstance que naissent tous les inconvénients graves qui ont fait que tant de médecins sérieux se sont élevés contre l'emploi des redresseurs utérins.

Quels sont donc ces inconvénients ?

1° L'application des redresseurs produit souvent des douleurs vives, qui sont quelquefois assez fortes pour obliger le médecin de renoncer à leur emploi.

2° Elle produit souvent une augmentation des engorgements inflammatoires, qui accompagnent si fréquemment les déviations utérines ; elle peut les faire passer de l'état aigu à l'état chronique.

3° Les redresseurs utérins produisent souvent un écoulement de sang qui, dans quelques circonstances, aboutit à une métrorrhagie.

4° Ils augmentent les sécrétions pathologiques.

5° Ils déterminent chez beaucoup de femmes l'apparition d'un mouvement de fièvre, qui est tout simplement symptomatique de l'inflammation des organes du petit bassin, que l'application des redresseurs a produit.

6° Les redresseurs ont souvent amené des métrites aiguës ou chroniques, des phlegmas péri-utérins plus ou moins étendus et plus ou moins graves. La science possède maintenant un certain nombre d'observations de ce genre.

7° Les redresseurs utérins ont enfin eu dans plusieurs cas (Broca, Cruveilhier) une conséquence beaucoup plus fâcheuse ; ils ont amené une péritonite et la mort. Ce sont maintenant des faits acquis à la science, et que personne ne saurait récuser.

Voici maintenant les conclusions auxquelles me conduit mon expérience personnelle.

On doit rejeter d'une manière absolue et formelle l'emploi des redresseurs utérins pour les raisons suivantes :

1° Ils ne redressent jamais l'utérus, lorsque cet organe et le tissu cellulaire qui l'entoure reste normal.

2° Ils ne redressent l'utérus qu'en déterminant un certain degré de métrite et un certain degré de phlegmas péri-utérin nécessaire

(1) Suite. — Voir les numéros des 24 février et 17 mars.

pour enclaver l'utérus et le fixer dans sa nouvelle position. Or ce sont des lésions dont on ne peut ni mesurer ni modérer l'intensité, et qui peuvent être la source d'accidents graves.

3° Dans ce dernier cas même, le redressement est encore fort incertain, et il est nié par beaucoup de médecins qui ont largement expérimenté à cet égard.

4° Ils déterminent souvent des accidents graves qui altèrent pour longtemps la santé de la femme, et auxquels il est parfois très-difficile de remédier. Enfin, ils ont plusieurs fois amené la mort.

Douches froides. — On a conseillé les douches froides pour combattre les déviations de l'utérus. Elles constituent certainement un moyen excellent; mais il faut s'entendre sur leur mode d'application, et surtout sur leur manière d'agir et sur les cas dans lesquels on peut y avoir recours.

Les douches froides vaginales ascendantes, pratiquées à l'aide du grand irrigateur d'Eguisier, de l'appareil à douches de Charrière, ou de toute autre pompe un peu énergique, peuvent être employées dans deux circonstances différentes, qui sont les suivantes :

1° *Déviations accompagnées d'un engorgement inflammatoire du col et du corps de l'utérus, se traduisant par des symptômes caractéristiques.* — Dans ce cas, les douches froides intérieures combattent directement l'engorgement inflammatoire, ainsi que nous avons déjà eu occasion de le dire; elles contribuent de plus à faire que, le traitement étant achevé, l'utérus se trouve naturellement redressé. Ce moyen est bon, mais il constitue un traitement long et qui peut se prolonger plusieurs mois. Je conseille donc beaucoup plutôt d'employer les douches froides en même temps qu'on fait usage des autres moyens thérapeutiques employés contre les lésions phlegmasiques du col et du corps de l'utérus, et en particulier que les cautérisations.

2° *Déviations non accompagnées d'engorgement inflammatoire, et par conséquent ne se traduisant pas par des symptômes bien nets.* — Que ces symptômes aient existé et aient disparu sous l'influence d'un traitement spécial, ou bien qu'ils n'aient jamais existé, le cas est le même. On se trouve alors très-bien des douches froides, qui, en donnant du ton aux ligaments de l'utérus et à l'organe lui-même, peuvent ainsi achever de le redresser, et surtout peuvent empêcher la reproduction des engorgements inflammatoires qui une première fois avaient produit les symptômes.

TRAITEMENT DES DÉVIATIONS, AU POINT DE VUE DES MÉDECINS QUI N'ACCORDENT A CES LÉSIONS ANATOMIQUES QU'UNE IMPORTANCE SECONDAIRE.

Deux cas peuvent se présenter :

1° Les déviations sont accompagnées d'engorgements inflammatoires, et par conséquent elles traduisent leur existence par des phénomènes morbides spéciaux.

Dans ce cas, on doit faire abstraction complète de la déviation, agir sur l'engorgement absolument comme si cette dernière n'existait pas. Il faut donc combattre ces lésions phlegmasiques aiguës et chroniques absolument comme si elles étaient simples, et en se basant sur les mêmes indications que dans ce dernier cas. Il y a cependant ici deux circonstances qui ne doivent pas être perdues de vue.

a. La déviation utérine s'oppose souvent, lorsqu'elle est considérable, à ce que le spéculum puisse atteindre et embrasser le col de l'utérus, et par conséquent empêcher de pratiquer les cautérisations qui sont si souvent nécessaires en pareil cas. Lorsqu'il en est ainsi, on doit commencer par essayer de redresser l'utérus avec le doigt et en imprimant au spéculum des mouvements de bascule qui lui permettent d'embrasser le col. Mais si on échoue, il faut sans hésiter avoir recours à la sonde utérine. On redresse alors l'utérus à l'aide de cette sonde, préalablement introduite à l'aide du doigt dans la cavité utérine. On tient fixement la sonde dans la main gauche, puis avec la main droite on introduit un spéculum plein, qui laisse filer dans son milieu la sonde utérine. On est alors certain d'arriver jusqu'au col, de le circonscrire, et de l'embrasser dans l'orifice interne du spéculum. C'est alors qu'on peut pratiquer toutes les cautérisations nécessaires. Une fois la cautérisation effectuée, on enlève le spéculum, et on recommence la même opération lorsqu'une nouvelle cautérisation devient utile.

b. Lorsque des déviations sont accompagnées d'engorgements inflammatoires du col ou du corps de l'utérus, il est nécessaire, sinon indispensable, d'employer en même temps que les autres moyens des douches froides d'une certaine énergie. Elles diminuent peu à peu les déviations, combattent l'abaissement, et font que souvent le changement de direction de l'utérus est tout à fait modifié quand les lésions phlegmasiques aiguës ou chroniques de l'organe sont guéries.

2° Les déviations ne sont accompagnées d'aucun engorgement inflammatoire, et par conséquent ne se traduisent par aucun phénomène morbide.

Si aucun symptôme n'existe, les femmes ne sont pas prévenues de l'existence de la déviation ; le médecin ne peut par conséquent songer à examiner les organes : par conséquent le traitement est nécessairement nul.

Mais on peut arriver à pratiquer cet examen, soit qu'un engorgement inflammatoire ait existé à une époque antérieure, récente ou ancienne, soit qu'on vienne incidemment à pratiquer cet examen.

En pareille circonstance, deux cas peuvent se présenter :

a. La déviation est médiocre. Il ne faut absolument rien faire, à moins que la femme ne sorte tout récemment d'un engorgement inflammatoire, cas qui rentrerait alors dans le suivant.

b. La déviation est considérable. Il y a lieu de craindre le développement d'un engorgement inflammatoire. Or, rien ne réussit mieux en pareil cas que les douches froides un peu énergiques. Elles donnent du ton à l'utérus, aux ligaments larges, et contribuent aussi bien à redresser l'utérus qu'à prévenir les complications dont cet organe pourrait devenir consécutivement le siége.

(La suite à un prochain numéro.)

TRAITEMENT RATIONNEL DE LA COUPEROSE

et de quelques autres affections chroniques de la peau (1),

Par le docteur DUCHESNE-DUPARC.

La couperose guérit bien rarement d'elle-même ou par l'unique secours de l'hygiène. Cela n'a lieu que dans quelques cas exceptionnels, où le mal est récent, superficiel, et dû à l'action de causes passagères et accidentelles. La couperose remonte presque toujours à une date déjà ancienne quand le médecin est consulté ; il est, d'ailleurs, aussi ordinaire de la trouver dès son début compliquée de troubles fonctionnels plus ou moins graves, que de voir ces différents désordres ne se montrer que longtemps après son invasion, comme autant de conséquences sympathiques de sa persistance et de son extension. Parfois le mal semble offrir un caractère critique et salutaire ; son apparition semble, en effet, chez certains malades, coïncider avec l'extinction rapide ou graduelle de troubles organiques ayant pour siége, tantôt la muqueuse bronchique, plus souvent celle des voies digestives. On comprend avec quelle prudence le médecin doit agir, en pareil cas, pour éviter une répercussion dont le moindre danger serait le retour probable de l'affection interne. Mais souvent aussi, disons-le, la couperose n'est que la manifestation d'une diathèse herpétique constitutionnelle, peut-être même héréditaire.

En présence d'états pathologiques si divers, est-il possible d'admettre qu'un seul et même traitement, surtout un traitement topique, puisse suffire à toutes les indications ? C'est à l'expérience seule qu'il appartient de résoudre cette question.

Je recommande, avant tout, aux personnes atteintes de couperose, d'éloigner du visage toute influence irritante, d'éviter tout ce qui peut porter et entretenir le sang vers la tête.

Mais ce qu'il est surtout essentiel de surveiller, c'est le régime alimentaire. Combien de malades ont payé par le prurit ou de vives cuissons l'imprudence de goûter d'un mets trop épicé ou d'une boisson fermentée ! Aussi doit-on, tout en laissant un libre cours à l'appétit, donner la préférence aux aliments les plus doux et les moins susceptibles de provoquer de réaction, tels que les fruits rouges, les raisins, etc., pris en grande quantité.

Un procédé qui m'a toujours réussi consiste à résoudre d'abord l'engorgement folliculeux. Dans ce but, j'ai habituellement recours à l'emploi méthodique de la solution de *sulfure de potassium.* Voici ma formule :

Eau.	32 grammes
Sulfure de potassium.	8 —

Ce topique, que j'ai le premier fait connaître comme l'un des meilleurs auxiliaires du traitement externe des affections vareuses, est d'un emploi facile. Je fais toucher matin et soir l'orifice dilaté du follicule ou le sommet du bouton d'acné avec la pointe d'un pinceau à miniature suffisamment imbibé de solution sulfureuse. Il suffit d'un contact de quelques secondes. Il en résulte dans la partie malade un sentiment de cuisson assez vif lorsque la solution a été successivement appliquée sur un grand nombre de points; mais cette sensation disparaît rapidement par l'effet de lotions adoucissantes immédiates, qui ont, en outre, l'avantage de prévenir l'inflammation des parties avoisinant le follicule altéré.

On peut se contenter, chez beaucoup de malades, d'une seule application dans les vingt-quatre heures, faite de préférence le soir, afin que le repos de la nuit procure l'amélioration qu'on doit en espérer.

Mais bien que la solution de sulfure de potassium me soit journellement utile dans le traitement externe de la couperose, je ne lui reconnais pas cependant de propriétés absolues, encore moins spécifiques; ce sera, si l'on veut, un agent résolutif *spécial* d'une suffisante énergie pour la plupart des cas indiqués, d'un emploi commode et sûr, exempt de tout inconvénient. Son mode d'action rentre dans la méthode substitutive. Ce remède est pour moi ce que l'iodure de soufre était pour Biett; l'acide chlorhydrique affaibli, mais surtout le nitrate d'argent pour Alibert; ce que le biiodure de mercure semble être pour M. Cazenave. Ce moyen, d'ailleurs, n'a qu'une influence directe et toute locale qui ne dispense d'aucune des indications fournies soit par la maladie elle-même, soit par la constitution ou le tempérament.

Il y a généralement avantage à agir simultanément sur les follicules sébacés et sur les plaques érythémateuses, qui sont, comme on le sait, sous la dépendance de la circulation générale, et par conséquent du cœur. Il semblerait donc tout naturel de diminuer la masse du sang, pour rendre à la peau du visage ses conditions premières. Il n'en est cependant pas toujours ainsi; car s'il est démontré par des faits nombreux que chez les sujets forts et pléthoriques, chez les femmes sur le point de perdre et qui étaient abondamment réglées, les fréquentes saignées, les applications répétées de sangsues constituent le plus sûr moyen de combattre les teintes animées de la couperose, l'expérience prouve également qu'en dehors des conditions organiques que je viens de signaler, et dans tous les cas où le mal étant très-ancien, les vaisseaux sont devenus tout à fait variqueux, on pousserait les évacuations sanguines jusqu'à l'épuisement des forces sans empêcher le sang de se porter au visage, ou plutôt d'y former une fluxion toute passive par suite d'une véritable altération de texture.

Il vaut mieux alors s'en tenir aux saignées locales, telles que l'ouverture de la veine frontale ou l'application de sangsues aux narines, au devant ou derrière les oreilles.

On aide puissamment cette médication en régularisant ou en rétablissant s'il y a lieu les écoulements auxquels sont assujetties une foule de personnes ; ainsi, les règles chez les femmes, le flux hémorrhoïdal si fréquent dans l'un et l'autre sexe.

La *méthode évacuante* est ici d'un secours précieux, et contribue chaque jour à donner les meilleurs résultats. A cette méthode se rattache l'emploi du tartre stibié par doses fractionnées ou celui du calomel. Quelle que soit au reste la substance employée, les effets obtenus s'expliquent d'eux-mêmes et sans qu'il soit nécessaire d'admettre d'influence spéciale.

Ne guérissons-nous pas ainsi journellement, par dérivation ou voie de déplacement, une foule de fluxions cutanées, de celles surtout que M. Devergie appelle avec raison sécrétantes ? Mais pour réussir il faut choisir son temps d'application ; ce serait en vain qu'on insisterait sur les purgatifs, passé la période d'hypersécrétion des follicules sébacés.

S'il est vrai qu'on a souvent abusé des astringents dans le traitement externe de la couperose, on ne peut nier toutefois que cette classe d'agents ne fournisse, pour une foule de cas donnés, de précieux moyens d'action. Dans les couperoses déjà anciennes, qui persistent malgré les changements de saison et de climat, se signalant par de nombreuses arborisations vasculaires, par des pustules à base tuberculeuse, n'arrivant que fort lentement ou imparfaitement à suppuration, on se trouve souvent bien de recourir aux eaux minérales sulfureuses, sous forme de bains, de lotions, de douches, etc.; aux préparations d'alun, de plomb, de zinc, en dissolutions plus ou moins étendues ; aux décoctions de tan, de ratanbia, etc.

Une préparation qui m'a rendu quelques services est la dissolution de sulfate de fer dans les proportions de 5 à 10 gramm. pour 500 grammes d'eau.

Je reconnais qu'il est des cas de couperose dans lesquels la peau a subi de véritables altérations de texture; elle est rugueuse et pleine de nodosités, parfois véritablement épaissie ; de pareils désordres réclament l'emploi des moyens les plus énergiques : en pareil cas, les caustiques sont souvent indiqués; chez les sujets lymphatiques, surtout si les tissus sont fortement boursouflés, on se trouvera bien de provoquer et d'entretenir quelque temps, sur le visage même, une légère suppuration. Pour une pareille indication, je n'hésiterais pas à recourir à la pommade de M. le docteur Rochard, non telle qu'elle est formulée, mais avec des proportions suffisantes d'iodo-chlorure mercureux, pour produire l'effet désiré.

Le vésicatoire, tant et si souvent reproché à Darwin et Ambroise Paré, avait-il donc un autre but ? Il est certain que de pareils procédés, employés d'une manière générale et pour des cas ordinaires, doivent être sévèrement proscrits d'une saine pratique ; je soumettrais volontiers à la même proscription les cautérisations avec les acides concentrés, les lotions avec l'eau de chaux seconde, l'eau rouge de l'hôpital Saint-Louis, l'eau mercurielle, les frictions avec les pommades de cantharides et autres semblables, et il n'est peut-être cependant aucun de ces moyens que je voulusse condamner d'une manière absolue, tant il peut s'offrir d'indications différentes et inattendues dans les couperoses invétérées.

Dans l'emploi des vésicants et des caustiques, il ne faut jamais perdre de vue la délicatesse des tissus du visage, ni la facilité avec laquelle l'érosion en apparence la plus légère donne lieu à la formation de cicatrices souvent indélébiles. Les cautérisations doivent toujours être superficielles et limitées aux surfaces malades ; on ne doit pas craindre de les répéter, mais avant d'en pratiquer une nouvelle, on attendra toujours la chute complète des eschares produites par la cautérisation précédente.

Pour ne pas étendre outre mesure cet exposé thérapeutique, je ne dirai rien des indications que peuvent offrir, soit certaines conditions diathésiques, soit l'état de souffrance des voies gastriques ou de quelque organe parenchymateux, indications qu'on ne peut cependant méconnaître sans être exposé à perdre le fruit des efforts les plus soutenus et en apparence les mieux combinés. Ma tâche consistait principalement à présenter l'ensemble des moyens à l'aide desquels on parvient à triompher des couperoses les plus rebelles. Mais quelle que soit la médication mise en usage, n'oublions jamais qu'on ne doit pas se faire illusion sur la durée du traitement de la couperose, et que la guérison de cette dermatose, surtout dans les cas graves et invétérés, se fait presque toujours longtemps attendre. Que penser à présent des propositions avancées par MM. les docteurs Boinet et Rochard ? Pour ces honorables confrères, le traitement de la couperose pourrait être ramené à une thérapeutique uniforme, et même à l'application topique d'un seul médicament ; car, s'il est question pour M. Boinet du proto-iodure de mercure, M. le docteur Rochard n'emploie que l'iodo-chlorure mercureux. Il serait bien à souhaiter, pour la science et l'humanité, que l'expérience de faits nombreux et irrécusables vînt justifier la confiance de mes savants confrères dans la double méthode

(1) Suite. — Voir le numéro du 7 mars.

qu'ils préconisent à l'exclusion l'une de l'autre. Mais un tel cachet d'évidence et de supériorité se rencontre-t-il dans les observations publiées? C'est ce qu'il me reste à examiner.

DE LA CHLOROSE ET DE L'ANÉMIE,

à propos d'une observation ayant pour titre : CHLORO-ANÉMIE (1).

Par M. LECLERC, professeur à l'Ecole de médecine de Caen.

Des occupations incessantes m'ayant empêché de lire exactement la *Gazette des Hôpitaux*, ce n'est qu'aujourd'hui que j'ai pris connaissance d'une lettre de M. Becquerel, qui me conteste le titre de *chloro-anémie*, que j'ai donné à l'observation publiée le 7 février, d'une femme morte à trente-trois ans sans avoir été réglée.

Tout en rendant justice au savoir de M. Becquerel, dont j'ai lu avec intérêt les travaux, notamment les excellentes leçons à la Pitié, sur la chlorose et l'anémie, dont il a fait ressortir les caractères différentiels, il m'est permis de douter de sa parfaite compétence pour juger ainsi à distance d'un fait qu'il n'a pas été à même d'observer. Il est vrai qu'il s'appuie sur le texte de mon observation, sur les symptômes que j'ai passés en revue, pour déclarer que ce que j'ai appelé *chloro-anémie* est la maladie de Bright chronique.

Avant de m'expliquer, je vais rappeler quelques-unes de ses nombreuses propositions quant à l'anémie, formulées dans la *Gazette des Hôpitaux* (nos des 8 et 10 janvier 1856) ; il sera facile, en y rattachant la plupart des symptômes qui ressortent de mon observation, de reconnaître leur complète conformité.

1° La chlorose et l'anémie, confondues par un grand nombre de médecins, sont essentiellement différentes.

2° *Étiologie.* Les causes qui produisent l'anémie sont celles qui affaiblissent les individus, et entre autres le défaut d'oxygénation de l'air.

3° *Causes pathologiques.* Un foule d'états divers contribuent à la diminution des globules, comme les maladies chroniques, surtout si ces maladies sont dues au développement d'un produit organique de nouvelle formation.

4° Il y a souvent tendance aux hydropisies; la peau est pâle, d'un blanc mat.

5° Les hydropisies s'accompagnent souvent de diminution des globules, comme dans la maladie de Bright.

6° Elle constitue souvent seule l'état morbide; c'est la première espèce de l'auteur.

7° Souvent, au contraire, elle est combinée avec d'autres maladies; deuxième espèce.

Le médecin de la Pitié, passant en revue les variétés de cette deuxième espèce, admet que l'anémie peut être la conséquence d'une maladie antérieure ou en précéder une autre, dont elle est le début, et dont souvent elle peut modifier l'aspect.

Je m'abstiens de relever un grand nombre d'autres questions énumérées par M. Becquerel, et qui prouvent combien ont été persévérants ses efforts pour jeter la lumière sur un sujet mal défini.

Je vais reprendre l'une après l'autre, en les désignant par leur ordre de numéros, celles que je viens de consigner, et les faire suivre de quelques réflexions comparatives.

1° La chlorose et l'anémie étant confondues par d'habiles observateurs, j'ai pu prendre un moyen terme en adoptant pour titre le mot complexe de *chloro-anémie*, mot admis dans la science, qui me paraissait bien expliquer l'état d'une femme non réglée, quoique cette femme eût dépassé l'âge ordinaire où apparaît cette maladie.

2° L'utérus malade n'ayant jamais fonctionné, il en est résulté, suivant moi, un trouble dans l'accomplissement régulier de l'hématose. Je ne m'écarte donc pas du sens de la deuxième proposition.

3° Les kystes trouvés dans l'ovaire me donnent encore jusqu'à un certain point raison pour ma dénomination.

4° L'hydropisie, la pâleur de la peau, d'un blanc mat, figurent dans mon observation.

5° Un œdème général s'observait chez la malade, et pouvait exister sans albuminurie.

6° Nous n'avons pas affaire, dans l'espèce, à une anémie simple.

7° Mais à une anémie conséquence de l'état maladif de l'utérus, de la présence des kystes ovariques, ces deux dernières circonstances pouvant dater de plusieurs années sans avoir d'abord exercé une influence fâcheuse sur la santé de la femme Lemonnier.

Fallait-il voir dans le cas qui nous occupe la maladie de Bright chronique pour expliquer les symptômes observés? Je ne le crois pas. Si elle existait, elle était considérablement modifiée par l'anémie, circonstance reconnue par le professeur dans sa dernière proposition. Rien ne pouvait donc la faire supposer. Il n'y a jamais eu de douleurs lombaires : il est vrai qu'elles manquent quelquefois.

Il est vrai aussi que les urines n'ont pas été examinées, ni aucun des organes de la cavité abdominale, si ce n'est l'utérus.

Je passe volontiers condamnation sur un grand nombre d'oublis au point de vue de mon honorable contradicteur, et je ne cherche pas une justification dans le peu de temps que j'ai visité la malade que j'ai perdue de vue pendant les derniers jours de sa vie.

Quand j'aurais reconnu la maladie de Bright, je n'en aurais pas moins appelé spécialement l'attention sur le fait d'une femme arrivée à l'âge de trente-trois ans sans menstruation, et mourant avec tous les symptômes d'une altération du sang que j'attribuais à une cause ayant son siége dans l'utérus. C'était sur ce terrain que j'attendais l'expérience de mes confrères.

J'attachais si peu d'importance au titre de *chloro-anémie*, que je ne l'ajoutai qu'en dernier lieu à celui qui vient après, mais qui me parut trop vague, n'indiquant aucune maladie.

Cette omission m'eût sans doute évité la critique d'un savant confrère, dont j'apprécie, du reste, depuis longtemps, le beau et consciencieux caractère.

(1) Voir les nos des 7 et 26 février dernier.

RAPPORT

Sur le Traité pratique de l'accouchement prématuré artificiel de M. le docteur SILBERT (d'Aix);

Par M. LABORIE, ancien chef de clinique d'accouchement de la Faculté de Paris.

(Lu à la Société de chirurgie dans la séance du 12 novembre 1856.)

Vous nous avez chargé de vous faire un rapport sur un ouvrage imprimé de M. le docteur Silbert. Cet ouvrage est intitulé *Traité pratique de l'accouchement prématuré artificiel, comprenant son histoire, ses indications, l'époque à laquelle on doit le pratiquer, et le meilleur moyen de le déterminer.*

Comme vous en pouvez juger, messieurs, par la rigoureuse reproduction du titre adopté par M. Silbert, l'honorable auteur a imprimé au fronton de son œuvre un programme bien complet. Ne reculant devant aucune des difficultés de son sujet, il a pensé pouvoir, dans une brochure de 120 pages, exposer, élucider et juger toutes les questions si délicates, si controversées qu'il présente à chaque pas.

Ayant accepté la tâche que vous nous avez confiée, nous avons lu et relu avec le soin le plus attentif le travail de M. Silbert, et nous venons vous faire part de nos impressions, sinon avec toute l'autorité désirable, tout au moins avec toute la sincérité dont nous ne saurions jamais nous départir.

Le traité dont nous rendons compte est divisé en trois parties.

La première est consacrée à la définition et à l'histoire de l'accouchement prématuré artificiel;

La seconde comprend les indications et les contre-indications ;

La troisième enfin, comprend l'étude des procédés opératoires et un résumé des principes qui doivent servir de règle au praticien.

Nous suivrons l'auteur dans la division qu'il a choisie.

PREMIÈRE PARTIE. Chap. Ier. *Définition de l'accouchement prématuré artificiel.* — M. Silbert ne donne le nom d'accouchement prématuré artificiel qu'à celui pratiqué lorsque la gestation est assez avancée pour que le produit soit viable. Il repousse avec raison le nom d'accouchement forcé, et pour éviter toute confusion, il a soin d'éloigner aussi de sa définition le nom sous lequel on a également désigné l'opération, à savoir, celui d'*avortement provoqué.*

Si jamais opération a dû prendre rang dans le domaine de l'obstétrique, c'est sans doute celle qui permet, dans certains cas, de hâter le moment de la délivrance. Pour se guider dans cette voie difficile, le praticien ne peut moins faire que d'imiter les nombreux faits que la nature s'est chargée seule, et sans secours, de donner pour exemples. Parmi les observations les plus concluantes, nous rappellerons celles publiées en 1838 par Fodéré (*Journ. de la Soc. des sciences, arts et agriculture du Bas-Rhin*), M. Silbert la cite avec raison comme essentiellement probante.

Dans les quelques lignes consacrées à l'appréciation différentielle des divers procédés employés pour terminer un accouchement à terme lorsqu'il est entravé par des difficultés dont la source se trouve dans la structure de la mère, M. Silbert, tout imbu de la bonté de la cause, passe avec une légèreté regrettable sur la valeur plus ou moins contestable des moyens proposés. Nous reviendrons sur ce sujet.

Chap. II. *Historique.* — C'est en 1642 que se trouve la première indication formulée de recourir à l'accouchement provoqué avant terme, et c'est seulement pour les cas de métrorrhagie.

Louis Bourgeois et Jacques Guillemeau donnaient le conseil de le provoquer par l'introduction successive des doigts et de la main en totalité, pour extraire le fœtus par la version.

En 1743 (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*), dans un *Mémoire sur les pertes de sang qui surviennent aux femmes grosses*, nous voyons Puzos s'élever contre l'accouchement forcé, et procéder, lorsqu'il devenait indispensable de déterminer la déplétion de l'utérus, à des manœuvres dont le but était de provoquer les contractions de l'utérus, et par conséquent de ramener autant que possible l'accouchement à ses conditions normales. Cet intéressant travail de Puzos est tout un manifeste dirigé contre l'accouchement forcé.

Ainsi, après avoir établi, en parlant de cette opération, que l'on aurait à se reprocher de ne pas s'être servi d'un moyen qui est recommandé par les meilleurs auteurs et que l'usage autorise journellement, il ajoute que le principe de l'accouchement forcé étant admis, « ce » secours, tel qu'il est, ayant encore de grands inconvénients et ne » nous mettant pas à l'abri du malheur de voir périr presque autant » de mères et d'enfants que nous en échappons par cette opération tant » recommandée, j'ai cru devoir chercher dans les différentes façons de » pratiquer ces accouchements de nécessité une méthode qui les ren» dît moins dangereux, et qui pût épargner aux gens dévoués à cet » art la douleur de voir périr si fréquemment des femmes deux heures » ou une heure après des accouchements très-heureux en apparence » jusqu'à ce moment. »

Puzos expose avec un véritable talent les raisons qui doivent imposer aux praticiens l'intervention dans les cas de pertes produites par des décollements du placenta. Il fait ressortir avec une sagacité pratique remarquable l'influence des douleurs sur la quantité de sang perdu et sur les suites de l'accouchement. Permettez-nous encore cette citation : « Ayant été souvent mandé pour secourir des femmes en perte » de sang au moment d'accoucher, j'ai remarqué que celles qui avaient » des douleurs assez fortes pour laisser agir la nature dans un tra» vail qui promettait de la célérité perdaient moins de sang que celles » dont les douleurs étaient lentes; que l'augmentation des douleurs » devenait un moyen pour arrêter ou suspendre la perte avant la fin » du travail, et j'ai éprouvé que ces femmes accouchaient très-heu» reusement, et que rarement les suites funestes attachées à l'accou» chement forcé venaient troubler le succès de ces opérations natu» relles. »

Vous voyez, Messieurs, tout ce qu'il y a de raison dans ces quelques lignes. Je vous ferai d'abord remarquer l'heureuse expression que Puzos emploie pour désigner l'accouchement provoqué : il le nomme accouchement de nécessité. Il n'y a pas d'objection possible avec cette désignation, et les plus énergiques adversaires de l'accouchement provoqué ont bien été forcés d'admettre un accouchement de nécessité, puisque notre grand accoucheur, Baudelocque lui-même, le pratiquait dans les cas de métrorrhagie.

Vous pouvez juger combien la place que Puzos occupe dans l'historique de cette opération est grande. Nous louons fort M. Silbert d'avoir rendu justice à cet auteur en disant qu'il fut le véritable inventeur de l'accouchement prématuré artificiel. Et quand on a voulu le déposséder de cette gloire en prétendant qu'il ne faisait que l'accouchement forcé, on n'a sans doute pas lu le mémoire dont nous parlons, et surtout on n'a pas lu le parallèle qu'il fait entre l'accouchement naturel et l'accouchement forcé; c'est un chapitre bien fait, très-condensé, et qui mériterait d'être reproduit. Nous regrettons que M. Silbert ne se soit pas plus étendu sur cette partie de son historique.

Disons seulement que les procédés conseillés par Puzos étaient insuffisants ; mais le principe était exposé tout entier, et tel qu'on n'avait plus rien à y ajouter.

Nous ne suivrons pas plus loin M. Silbert dans la partie historique de son travail ; elle n'offre rien de nouveau.

Dans le troisième chapitre sont exposées et discutées les objections élevées contre l'emploi de l'accouchement prématuré artificiel ; l'auteur les range sous quatre chefs :

1° Difficultés des indications ;

2° Incertitude de l'époque à laquelle il faut pratiquer l'opération ;

3° Dangers de l'opération, résultats qu'on en obtient, suites qu'elle peut avoir ;

4° Immoralité qu'il peut y avoir à la pratiquer, et abus qu'on pourrait en faire.

1° *Difficultés des indications.* — Rien de plus délicat que l'appréciation rigoureuse des règles à suivre dans les cas d'angustie pelvienne. Sur ce terrain, les objections faites ont une grande valeur, et M. Silbert nous paraît avoir peut-être trop écourté cette partie de son sujet.

Les adversaires de l'accouchement prématuré artificiel pouvaient surtout appuyer leurs objections sur des faits tout à fait inattendus, et nous comprenons, dans une certaine limite toutefois, la force du raisonnement de Mahon, lorsqu'il dit « que la nature ou le principe de » vie a dans l'homme des ressources dont on n'a pas d'idée » ; et c'est de la part de M. Silbert une réponse trop magistrale que celle qu'il oppose à la phrase que nous venons de citer, lorsqu'il dit : « Que peut, » hélas ! le principe de vie contre les décisions du pelvimètre! »

Ce qui peut être vrai dans les cas extrêmes devient quelquefois complétement erroné dans des circonstances qui paraissaient cependant ne pouvoir laisser aucun doute sur l'impossibilité d'une terminaison heureuse de l'accouchement. Nous suivrons, du reste, M. Silbert dans les développements qu'il donne à cette question.

2° *Incertitude de l'époque à laquelle il faut pratiquer l'opération.* — Dans quelques lignes consacrées à la réfutation de cette objection, M. Silbert reconnaît ce qu'elle a de fondé; mais en raison de l'utilité réelle de l'opération, *il faut*, dit-il, *prendre son parti des difficultés qui lui sont inhérentes.*

3° *Dangers de l'opération; ses résultats et ses suites.* — A l'aide de chiffres empruntés à MM. Mely, Stoltz, Macaulay, Ramsbotham, etc., l'auteur démontre le peu de valeur des attaques formulées par Baudelocque, Capuron et Dugès. Rien n'est plus péremptoire, et la conviction ne peut manquer de devenir générale, si en regard des observations d'accouchements prématurés connus jusqu'à ce jour on dresse le tableau nécrologique donné par l'opération césarienne, si on signale les terribles accidents qui peuvent être déterminés par la symphyséotomie, et si surtout on arrête sa pensée sur la cruelle opération de la céphalotripsie, opération que nous sommes cependant dans la nécessité d'accepter comme un véritable bienfait à la période ultime de la grossesse.

4° *Immoralité et abus.* — Nous ne nous arrêterons pas à cette partie du sujet; nous ne trouvons dans les auteurs qu'une phraséologie creuse, et pas un seul bon argument dans les attaques dirigées contre l'accouchement provoqué.

DEUXIÈME PARTIE. Chapitre Ier. *Indications de l'accouchement prématuré artificiel.* — Après un rapide et suivant nous insuffisant examen des objections opposées aux adversaires de l'accouchement prématuré, M. Silbert aborde la deuxième partie de son travail. Il commence par reconnaître tous les *desiderata* de la science pratique, et il range sous deux chefs les indications : 1° relativement à l'état de la mère; 2° relativement à l'état du fœtus.

1° *Indications fournies par l'état de la mère.* — *Angustie pelvienne.* — L'angustie pelvienne, quelle que soit du reste son origine, soit par déformation, soit par étroitesse absolue, soit par la présence d'une tumeur quelconque, constitue l'indication la plus importante de l'accouchement provoqué.

Pour M. Silbert, le minimum du rétrécissement doit être de 7 centimètres, et le maximum de 8 centimètres pour autoriser l'intervention prématurée de l'accoucheur. Le rétrécissement du détroit inférieur peut aussi nécessiter cette intervention. (Obs. de M. D'Outrepont.)

M. Stoltz n'admet l'opportunité de l'opération que jusqu'au minimum de 73 à 76 millimètres.

Après avoir lu le chapitre consacré par M. Silbert à l'angustie pelvienne, nous sommes forcé de dire notre pensée. Il nous a paru tout à fait insuffisant. Les descriptions soulevées sur ce sujet sont assez importantes pour devoir être reproduites d'une façon plus complète, et l'auteur, en effleurant seulement son sujet, a laissé dans l'oubli plusieurs points offrant cependant le plus grand intérêt.

Rien, en effet, de plus inattendu que les résultats fournis par l'expérience, et nous avons vu, pour notre compte, des faits tellement en dehors de toute espèce de prévision, que nous sommes disposé à traiter moins résolûment la question de limite fixe pour l'intervention chirur-

gicale. Nous eussions désiré voir rappeler ces cas par l'auteur, et peut-être eût-il été moins affirmatif aussi bien dans le sens du minimum que dans le sens du maximum.

Nous dirons à M. Silbert que bien souvent l'accoucheur doit hésiter, même dans les cas les plus positifs en apparence, et il est un sage précepte que nous lui rappellerons, précepte qu'il ne faut jamais oublier : Laissez à une primipare la chance d'un accouchement normal, et à moins d'une indication sans réplique, différez votre intervention jusqu'à une deuxième grossesse.

C'est alors surtout que votre intervention deviendra légitime, inattaquable, et vous pourrez seul, avec votre seule responsabilité, agir sans hésitation comme sans regrets.

Si ce précepte a ses applications dans les cas de rétrécissement allant jusqu'à 8 centimètres, il devient encore bien plus important dans les cas de rétrécissement moindre, qui semblerait devoir permettre à la nature d'agir seule. Nous avons publié une observation qui montre combien on peut s'aider, pour agir, de l'histoire des grossesses antérieures de la patiente.

Permettez-nous, messieurs, de vous en donner une très-rapide analyse.

Une femme, mariée à 20 ans, devient enceinte seulement après 18 ans de mariage. Ce premier accouchement fut horriblement pénible, et l'enfant à terme ne put être extrait qu'à l'aide du forceps et par de violentes tractions. Il était mort; le travail avait duré trois jours, s'accompagnant de souffrances terribles.

Un an après, deuxième grossesse, mêmes difficultés, même terminaison malheureuse. Suites de couches extrêmement graves.

Une troisième grossesse a lieu, la malade effrayée me demande conseil; je l'engage à se rendre à Paris dans le cours du mois de la gestation. M. Dubois voulut bien examiner cette dame avec moi, et nous reconnûmes au détroit supérieur 93 millimètres pour le diamètre sacropubien. Sans aucun doute, dans ces conditions, on était en droit sur une primipare de s'en rapporter aux ressources naturelles pour mener à bonne fin la délivrance, et l'intervention eût pu être taxée de téméraire. Mais, éclairé par l'histoire des deux grossesses antérieures, on ne devait pas hésiter, et appuyé par les conseils de notre savant maître, nous avons provoqué l'accouchement et avec un succès complet. L'enfant, né à huit mois, a aujourd'hui dix ans, et jouit d'une parfaite santé. Les suites de couches ont été des plus heureuses.

Il est encore une considération importante à signaler, qui pourra modifier la décision du chirurgien. Nous voulons parler de l'âge de la malade. Lorsqu'une femme primipare est âgée d'une trentaine d'années, on ne doit point compter sur la mobilité des symphyses pelviennes, et leur résistance accroît encore les difficultés de l'accouchement.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 février 1856. — Présidence de M. Bossu, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. MAGNE fait un rapport sur le travail de M. Gavin Gulia, médecin à Malte, et intitulé *Repertorio botanico*.

M. Magne propose d'adresser des remercîments à l'auteur, et de le nommer membre correspondant. Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

Imperforation de l'anus; absence du bout inférieur du rectum. Opération. — M. FOUCART. Sans être fréquentes, les imperforations de l'anus ne sont pas excessivement rares, et parmi elles une des variétés que l'on rencontre le plus souvent est celle dans laquelle manque le bout inférieur du rectum dans une étendue plus ou moins grande. Aussi est-il souvent fort difficile, quelquefois complétement impossible de parvenir au rectum par la voie ordinaire, par la région coccygienne, et, ce qui est plus triste à dire, dans les cas où on y est parvenu la plupart du temps les enfants ont succombé au bout de quelques jours, par suite de la production d'une vive inflammation qui s'était propagée aux parties voisines, ou consécutivement à une infection générale déterminée par le passage du méconium et des excréments à travers le tissu cellulaire interposé entre la peau et l'extrémité inférieure du rectum.

J'ai eu hier à observer dans ma pratique un fait d'imperforation de l'anus, dont je demande à la Société la permission de l'entretenir.

Le 4 février, je fus appelé par une sage-femme, Mme Godet, pour voir un enfant du sexe masculin qu'elle avait reçu l'avant-veille, le 2 février, à onze heures du soir, et qui depuis le moment de sa naissance, c'est-à-dire depuis quarante heures, n'avait pas rendu de méconium. Etonnée, elle avait examiné la région de l'anus, et avait été fort surprise de ne trouver aucune trace d'ouverture. C'est alors qu'elle m'avait fait demander.

Lorsque je vis l'enfant, à trois heures de l'après-midi, il paraissait bien portant. C'était un garçon à terme, pas très-gros, mais de volume satisfaisant cependant. Il ne semblait nullement souffrir, n'avait pas le ventre tendu ni douloureux; il avait pris plusieurs fois le sein de sa mère.

L'examen de la région anale me fit reconnaître qu'en effet il n'y avait aucune trace d'ouverture. La peau passait de l'une à l'autre fesse, présentant seulement une sorte de raphé médian, légèrement saillant, qui se continuait avec le raphé du scrotum. L'exploration la plus attentive ne put me faire constater en aucun point de cette ligne médiane la moindre trace de fluctuation ou de quelque chose y ressemblant, et pouvant me permettre de croire que l'extrémité inférieure du rectum était immédiatement sous-jacente à la peau, comme il arrive dans la seconde espèce de la division admise par Boyer : *imperforation par une membrane qui couvre l'anus.*

Il fallait cependant prendre une décision, et rapide; car si l'on attendait que des accidents se produisissent du côté du ventre par suite de la rétention des matières fécales, toute chance de succès disparaissait. Je résolus donc d'agir sur-le-champ, comme si je n'avais affaire qu'à ce recouvrement de l'anus par la peau, et comme si, ce que j'espérais du reste encore, je devais trouver le rectum immédiatement au-dessous des téguments.

J'avertis d'abord la mère de la gravité de l'état de son enfant; je lui fis comprendre que sans opération il succomberait infailliblement et en peu de jours; et de plus, lui déclarai qu'il était possible que l'on ne rencontrât pas l'intestin, et enfin, que l'intestin une fois rencontré et ouvert, l'enfant succombât aux suites de l'opération. Ceci fait, je procédai à l'opération.

L'enfant étant couché sur le ventre, sur les genoux de la sage-femme, je fis à la peau une incision de 1 centimètre environ dans le sens antéro-postérieur. Puis, doucement et en quelque sorte couche par couche, je parvins à plus d'un demi-centimètre de profondeur : je ne rencontrai aucun vestige d'intestin ; mon bistouri ne divisait que du tissu cellulaire. L'extrémité du petit doigt, introduite par la plaie de la peau, ne sentait aucune apparence de fluctuation, comme il serait arrivé s'il avait rencontré le bout inférieur du rectum. J'agrandis la plaie toujours dans le même sens, jusqu'à lui donner 1 centimètre et demi de long. A l'aide d'une sonde cannelée, j'écartai les tissus formant le fond de la plaie, et j'introduisis l'indicateur jusqu'à une profondeur de 2 centimètres au moins, et le résultat fut toujours négatif. Je m'arrêtai.

Fallait-il, après ces tentatives infructueuses, renoncer à tout espoir d'arriver à l'intestin, abandonner l'opération commencée et chercher à établir un anus artificiel, soit dans l'aine, soit dans la région lombaire, comme le voulait notre vénéré maître Amussat, et comme il a tenté plusieurs fois de le faire, par le procédé dit de Callisen? Pour des raisons que j'exposerai plus bas, je ne le crus pas. Seulement je voulus appeler à mon aide un chirurgien dûment autorisé par l'expérience, familier avec des cas semblables, et de la hardiesse duquel je fusse aussi sûr que de l'habileté. J'écrivis un mot à notre excellent confrère et ami M. Maisonneuve, que j'étais certain de rencontrer à ce moment chez lui.

M. Maisonneuve, examen fait de l'enfant, crut pouvoir sans témérité partager mon espoir de rencontrer le bout inférieur du rectum, et résolut de pousser plus loin encore ses tentatives.

Il introduisit d'abord dans la plaie les mors d'une forte pince à pansements, et, écartant à plusieurs reprises et fortement les branches, il s'efforça d'agrandir le commencement du canal creusé dans le tissu cellulaire par un simple écartement, sans division des tissus. Ceci fait, il introduisit l'extrémité du doigt; mais il ne put non plus parvenir à constater la présence du rectum.

Alors armé d'un très-mince trocart explorateur, et suivant aussi près que possible la direction du sacrum, il poussa lentement l'instrument en haut; à un certain moment, il crut sentir le trocart pénétrer dans une cavité. Il retira la lance du trocart, puis au bout d'un instant la canule; il y avait du méconium. Dès lors, il ne restait plus aucun doute; à quatre centimètres environ existait le rectum. Un stylet fut introduit par la voie frayée par le trocart; sur le stylet, une sonde cannelée, et enfin M. Maisonneuve se servit de cette dernière comme conducteur pour plonger dans l'intestin une lame mince de bistouri.

Un flot de méconium sortit à l'instant. M. Maisonneuve introduisit son doigt dans la plaie, et il lui sembla sentir quelque chose d'assez analogue à un sphincter. Si réellement ce sphincter existe, et que l'enfant survive à l'opération, l'intestin pourra peut-être, quant à la rétention des matières fécales, se comporter comme un rectum ordinaire. Nous ne fîmes aucun pansement, recommandant seulement de fréquentes lotions et la plus grande propreté.

Aujourd'hui, à midi, j'ai revu l'enfant; il avait rendu pendant la nuit une grande quantité de méconium; ses langes étaient aussi tachés dans une assez grande étendue. Cependant il a été tranquille pendant la nuit, a dormi, ne paraît pas affaibli; il ne sortait plus de sang par la plaie.

— Deux mots maintenant sur les motifs qui nous ont engagés, moi d'abord, M. Maisonneuve ensuite, à insister sur la recherche de l'intestin par la région coccygienne, plutôt que de tenter, après mon premier insuccès, une ouverture anormale dans l'aine ou la région lombaire.

D'abord j'avais l'espérance, qui ne s'est pas réalisée, de trouver le rectum immédiatement au-dessous de la peau; cette disposition s'étant rencontrée quelquefois, rien ne s'opposait à ce que je pusse espérer d'avoir ce bonheur de la rencontrer en cette circonstance.

La première incision faite, fallait-il s'arrêter? Si de grands chirurgiens, J. L. Petit, Boyer, ont été d'avis de ne pas continuer lorsque l'anus n'est pas immédiatement sous la peau, et ont affirmé que l'on n'avait jamais obtenu de succès, nous savions, nous, que la guérison n'était plus aujourd'hui impossible comme de leur temps, et nous nous rappelions avoir vu en 1842 un succès complet obtenu par Amussat dans un cas absolument pareil. C'était un motif de plus de continuer et de chercher le bout inférieur du rectum.

Dans des cas analogues, je soutiens que le chirurgien peut, qu'il doit même, avant tout, essayer de rétablir artificiellement les voies naturelles; l'enfant court des dangers, mais il y a des chances de réussite, et, fussent-elles plus faibles, il nous semble qu'il vaut mieux, dans l'intérêt du sujet, les lui faire courir, que de lui infliger, en lui pratiquant un anus artificiel dans l'aine ou dans la région lombaire, une infirmité qui fera le désespoir de sa vie, s'il parvient à l'âge adulte.

Qu'on pratique ces anus artificiels à un sujet atteint d'une maladie du rectum, s'il y consent, rien de mieux; mais on peut se demander jusqu'à quel point on a le droit d'agir de même chez un sujet qui maudira toute sa vie ceux qui lui auront conservé une si triste existence.

Ce n'est pas que je révoque en doute le devoir du médecin de conserver à tout prix à l'enfant cette vie prête à lui échapper; mais je prétends que s'il y a la moindre chance de le faire vivre en lui épargnant une aussi triste infirmité, il faut avant tout la saisir, lors même que les dangers seraient plus grands.

Nous tiendrons la Société au courant des suites de ce fait.

M. MATTEI. Je partage complétement l'opinion de M. Foucart, et m'associe par conséquent à la conduite de M. Maisonneuve.

L'anus contre nature n'est pas une guérison, mais une infirmité qui rend la vie presque aussi à charge qu'une maladie mortelle. Qu'on opère du reste par le procédé de Littre ou de Callisen, les cas où l'on réussit sont rares. Pour mon compte, j'ai vu des accoucheurs habiles tenter deux fois l'opération qui du reste paraissait avoir réussi anatomiquement parlant, et les enfants sont morts. Je connais beaucoup d'autres faits de ce genre. Si on ne les connaît pas tous, c'est qu'on est plus disposé à publier les succès que les revers.

L'oblitération du rectum n'a lieu le plus souvent qu'entre la paroi externe formée par la peau et la surface péritonéale du plancher, c'est-à-dire dans l'ampoule rectale ou cloaque. C'est ce qui fait que, quand on divise la peau et les tissus sous-jacents sur la région périnéo-coccygienne et que pour aller plus profondément on écarte ces tissus, on croit être allé plus loin qu'on n'est en réalité, de sorte qu'en suivant surtout la face antérieure du sacrum, comme l'ont fait nos confrères, on peut aller loin dans le méso-rectum, dépasser même le niveau de la partie déclive du péritoine sans intéresser cette séreuse.

Si après ces recherches on n'arrive pas sur l'intestin dilaté, la pratique de plonger un trocart explorateur est parfaitement autorisée, et, si elle donne du méconium, on doit débrider surtout d'avant en arrière et de droite à gauche; mais on doit livrer un passage à la matière des intestins, devrait-on même intéresser sur quelque point la séreuse péritonéale.

Dans l'anus contre nature par le procédé de Littre, cette séreuse est largement ouverte, et si dans le procédé de Callisen, comme dans les perforations artificielles de l'anus, on a réussi, il ne faut pas être sûr qu'on n'aura jamais intéressé le péritoine. Si cette séreuse est d'une grande susceptibilité, elle a montré aussi dans bien des occasions qu'elle peut être blessée et se réunir sans fièvre.

Pour me résumer, je dirai donc que, lorsque par le bistouri et le trocart explorateur on peut atteindre l'intestin, on doit opérer par le périnée.

Je réserverais l'anus contre nature pour le cas où la région périnéale serait sonore à la percussion, où un trocart explorateur plongé même sans division de la peau n'amènerait pas de méconium. Si dans ces cas on trouve au contraire par la percussion que la matière est ramassée dans une des deux fosses iliaques, et surtout dans la gauche, alors on peut aller à la recherche du gros intestin par le procédé de Callisen. Ce ne serait que tant que la matité occuperait la région moyenne et inférieure, ou qu'elle serait facile à déplacer, que j'emploierais le procédé de Littre, parce qu'alors il y a à craindre que tout le gros intestin ne soit imperméable.

M. RAMON demande si l'on n'a pas essayé d'arrêter l'hémorrhagie qui a eu lieu. Il pense qu'il eût été bon d'employer un hémostatique, le perchlorure de fer, par exemple, ou tout au moins une mèche de charpie enduite de cérat qui aurait en outre l'avantage de s'opposer aux adhérences.

M. DUHAMEL partage cette opinion; il croit que l'on pourrait avec avantage se servir d'une canule en gomme, qui, tout en comprimant les lèvres de la plaie, donnerait issue aux matières fécales.

M. FOUCART fait observer que l'hémorrhagie a eu lieu cette nuit; que quand il a revu l'enfant ce matin, elle était arrêtée. S'il n'en survient pas de nouvelle, il a le dessein d'abandonner la plaie à elle-même en la surveillant toutefois. Le passage du méconium et des matières fécales suffira peut-être pour empêcher la plaie de se fermer.

M. DUPERTUIS se rappelle avoir eu à traiter un cas analogue à celui de M. Foucart: c'était à Gournay, il y a une dizaine d'années; l'enfant avait six jours; une incision faite avec le bistouri fit évacuer une grande quantité de méconium; il existait des vomissements depuis deux jours, et le neuvième jour l'enfant succomba à une entéro-péritonite.

Hémorrhagies. — M. BOSSU. L'hémorrhagie anale dont il vient d'être question me rappelle un malade que je vis dernièrement dans des conditions dont je dois vous faire part. Ce malade est sujet à des hémorrhoïdes internes qui le font souffrir, et qui laissent écouler du sang une ou deux fois par an. Appelé il y a quelques jours auprès de cet homme, je constatai une hémorrhagie excessivement abondante; un plein vase de sang avait été répandu, au milieu duquel nageait une masse énorme de tissu spongieux, ressemblant à un amas de fibrine. Cette masse charnue ne se laissait pas diviser par la pression.

M. MATTEI regrette que M. Bossu n'ait pas gardé le tissu en question, qui n'était probablement qu'un caillot. Je me rappelle, dit-il, un homme atteint d'un polype du rectum, qui ne sortait qu'avec beaucoup d'efforts et rentrait de même. M. le professeur Serres (de Montpellier), appelé à faire disparaître cette tumeur, ne voulut pas l'exciser, bien qu'elle fût pédiculée; c'est que dans un cas analogue, où l'on avait fait usage de l'instrument tranchant, il survint une hémorrhagie formidable accompagnée de sueurs, de refroidissements et de syncopes. L'expulsion d'un caillot eut lieu, le tamponnement fut pratiqué et le malade sauvé à grand'peine. Quant au polype pédiculé dont j'ai parlé en commençant, il disparut rapidement à l'aide d'une ligature.

M. BOSSU. Je pense comme notre confrère qu'il s'agissait chez mon malade d'un fort caillot; mais il avait ceci de particulier qu'il s'offrait sous forme d'une masse spongieuse, membraneuse, représentant l'apparence d'un débris de placenta; autre observation curieuse à noter, c'est que le malade avait été à la garde robe la veille.

M. DUHAMEL. J'approuve d'autant plus l'opinion de M. Mattei et la conduite de M. Serre, relativement aux polypes même pédiculés, que voici ce qui m'est arrivé : Je pratique chez une femme la section d'un polype près du méat urinaire; deux heures après je suis rappelé; l'opérée était exsangue; il existait peu de sang à l'extérieur, mais la vessie en était remplie; je fis une cautérisation à l'aide de l'azotate d'argent, la guérison eut lieu. Dans un cas analogue, j'eus le soin d'associer la cautérisation à l'excision : l'hémorrhagie ne se produisit pas.

Ophthalmologie. — M. COURSSERANT présente un malade qui, à son avis, est atteint d'un pannus charnu.

Le secrétaire annuel, AL. MAGNE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours pour une place de prosecteur à l'amphithéâtre des hôpitaux s'ouvrira le 7 avril prochain, dans les bureaux de l'administration générale de l'assistance publique.

Le candidat nommé entrera en fonctions pour quatre ans.

— M. Dufresnoy, membre de l'Institut, directeur de l'École des mines, a succombé vendredi dernier 20 mars, à une longue et douloureuse maladie.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 . . Un an. . . 30 . .

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 25 MARS 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

Après avoir entendu un rapport officiel de M. O. Henry sur une nouvelle source minérale, et une lecture de M. Woillez sur un procédé nouveau et ingénieux de mensuration de la poitrine, susceptible d'utiles applications à la pratique, l'Académie a procédé à l'élection pour la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale. Toutes les voix se sont concentrées, dès le premier tour de scrutin, sur les deux candidats portés *ex æquo* en première ligne, MM. Devergie et Tardieu. La nomination a été chaudement disputée. M. Devergie a été nommé à la majorité stricte. L'importance autant que l'ancienneté des titres de cet honorable candidat justifient assez ce choix. Quant à M. Tardieu, les 34 voix qu'il a obtenues sont un engagement que l'Académie n'oubliera pas à la première occasion.

Le reste de la séance a été consacré à la suite de la discussion sur la méthode sous-cutanée. L'impartialité nous fait un devoir de résumer le discours qui a été prononcé hier dans ce qu'il a de substantiel et d'exclusivement scientifique. Nous laisserons aux lecteurs le soin, en rapprochant les textes, les dates et citations des deux antagonistes, de juger eux-mêmes de la valeur des objections et des critiques dont les prétentions de M. Guérin ont été l'objet.

Mais nous devons à la vérité d'ajouter que nous avons cru devoir supprimer dans l'analyse de ce discours tout ce qui nous a paru dicté par un sentiment que nous nous abstiendrons de qualifier ici. Plus jaloux de la dignité de l'Académie qu'elle ne l'a été elle-même, nous avons voulu épargner à nos lecteurs l'impression pénible produite par ce discours, acceptant d'avance la responsabilité de cette manière d'agir, et certain que nous sommes de l'approbation de tous ceux de nos confrères pour qui le respect professionnel n'est pas un vain mot. — Dr Brochin.

HOTEL IMPÉRIAL DES INVALIDES. — M. HUTIN.

Encéphaloïde du testicule. — Ablation et guérison. Phthisie pulmonaire ultérieure. — Mort.

(Observation recueillie par M. le docteur AUBAS, médecin aide-major de 1re classe.)

Le nommé Thibert, âgé de soixante ans, d'un tempérament lympha-tico-sanguin, d'une constitution moyenne, entra à l'infirmerie de l'hôtel le 14 août 1854.

Ce malade présentait dans le côté droit du scrotum une tumeur pesante, de forme ovoïde, un peu aplatie latéralement, plus dure en arrière dans la partie occupée par l'épididyme, douloureuse à la moindre pression, avec chaleur et tuméfaction. L'engorgement se prolongeait le long du cordon testiculaire jusqu'à l'anneau inguinal. Une fièvre assez légère compliquait ces symptômes locaux. Thibert n'avait aucun écoulement blennorrhagique. Il n'avait contracté ni urétrite ni affection syphilitique depuis plus de vingt-cinq ans. Le testicule douloureux n'avait été le siége d'aucune violence extérieure directe. Il se rappelait qu'en allant à la garde-robe quelques jours auparavant, il s'était assis violemment sur le trou de la lunette des latrines, en tombant d'une hauteur qu'il ne croyait pas aussi éloignée du siége. Il ne se heurta pas aux parois, mais son cordon spermatique droit éprouva un tiraillement qui retentit péniblement jusque dans l'abdomen. Le testicule devint alors le siége d'un engorgement douloureux qui ne lui inspira d'abord qu'une médiocre inquiétude. Le quatrième jour, l'engorgement et la douleur devinrent assez considérables pour que le malade entrât à l'infirmerie et offrît l'ensemble des symptômes signalés plus haut. — Vingt-cinq sangsues furent appliquées sur le cordon ; des cataplasmes, des bains, le repos et le régime, des frictions d'onguent mercuriel puis de pommade d'iodhydrate de potasse, et l'emploi de quelques laxatifs complétèrent le traitement.

Les symptômes inflammatoires principaux ayant disparu, les frictions furent continuées, et le scrotum, environné d'une couche de ouate, fut enfermé dans un suspensoir. Le malade fut soumis à l'action des pilules de ciguë et de calomel pendant près d'un mois. L'induration et le gonflement continuèrent ; le testicule devint le siége d'un abcès phlegmoneux qui s'ouvrit en trois points rapprochés. Ces ouvertures restèrent longtemps fistuleuses, puis se fermèrent définitivement. Thibert demanda sa sortie.

Plus d'un an après, M. Hutin le revit pour une affaire étrangère à son affection. Le testicule droit était dans le même état ; le gauche, sain jusqu'alors, commençait à s'engorger ; l'épididyme était raboteux et induré.

On perdit ce malade de vue pendant dix huit mois encore. Ce n'est qu'en novembre dernier qu'il se décida à rentrer dans nos salles. Le testicule droit était, comme le jour où Thibert sortit de l'infirmerie, induré et raboteux. On aurait pu croire néanmoins à une faible amélioration, en voyant une légère rénitence dans les tissus de l'organe. A gauche, les parois du scrotum étaient perforées, et par cette ouverture, d'où s'écoulait la matière caractéristique de la dégénérescence, le doigt tout entier pouvait entrer dans la cavité vaginale, et s'arrêter au milieu d'un tissu encéphaloïde qui remplaçait la trame spermatique du testicule.

M. Hutin ausculta la poitrine du malade, afin de reconnaître si les symptômes locaux n'étaient pas les signes d'une diathèse générale. La cage thoracique s'ouvrait avec ampleur aux mouvements de la respiration. Il n'existait aucune matité, aucun son tympanique ; nul bruit de pot fêlé, nuls râles ou craquements secs ou humides. Il n'y avait ni résonnance de la voix, ni bronchophonie, ni pectoriloquie. Le malade, interrogé avec la plus scrupuleuse attention, n'accuse ni toux ni douleur dans aucun point de la poitrine. Il n'existe donc aucun symptôme de phthisie pulmonaire. L'opération fut décidée et acceptée par le malade.

Soumis à l'inhalation du chloroforme, Thibert éprouva les plus grandes difficultés à supporter cet agent anesthésique. Ce ne fut qu'après de violentes quintes de toux qu'il tomba dans une insensibilité relative. L'opération réussit parfaitement, et la cicatrisation fut complète au bout d'une douzaine de jours ; mais la toux persista après l'ablation du testicule, et ne put céder aux moyens thérapeutiques employés contre elle. En peu de jours les plèvres et les poumons furent entrepris avec violence ; plusieurs cavernes se creusèrent rapidement. La fièvre hectique se déclara, avec ses sueurs nocturnes, et le malade succomba le 5 mars 1857, dans le dernier degré du marasme.

Autopsie, 36 heures après la mort. — Le cadavre est très-émacié. Les téguments de la poitrine sont accolés à la cage thoracique, dont les côtés se dessinent en relief très-prononcé. Les parois abdominales sont rétractées.

Des adhérences très-fortes, infiltrées de matière tuberculeuse, confondent d'une manière intime les deux feuillets de la plèvre dans la partie antérieure et latérale des deux poumons. Ces brides, que nous ne pouvons détruire qu'avec le scalpel, manquent en arrière.

Dans la région postérieure et inférieure droite, la base du poumon baigne dans une sérosité roussâtre dont nous pouvons évaluer la quantité à un demi-litre. La base du poumon gauche est saine et crépite légèrement sous les doigts qui la pressent. Dans tout le reste de l'étendue des organes respiratoires, c'est à peine si on trouve, au milieu de la matière tuberculeuse infiltrée, les traces de l'organisation première : toute forme normale a disparu. Dans ces noyaux rougeâtres ou noirâtres mélangés d'une matière diffluente d'aspect caséeux, il est impossible de trouver les traces d'un vaisseau sanguin ou d'un tube aérien. C'est un putrilage informe, où le doigt éprouve la sensation de corps durs disséminés çà et là en formant des espèces d'îlots dans ce ramollissement général. Après avoir ouvert, disséqué et analysé dans tous les sens ce parenchyme désorganisé, nous avons cru y reconnaître la disposition suivante ; au sommet des deux poumons sont creusés de grandes cavernes dans lesquelles viennent s'ouvrir des excavations plus petites dont le tissu pulmonaire est criblé. Un liquide purulent s'échappe à flots à la moindre pression du doigt ou du manche du scalpel. La masse pulmonaire donne au toucher la sensation d'un tissu compact ; à la vue, elle semble carnifiée, hépatisée ; à la moindre traction elle se déchire ; elle gagne rapidement le fond de l'eau. Le cœur est sain. Une ou deux cuillerées de sérosité dans le péricarde. Dans la trachée-artère, quelques arborisations, un pointillé rouge ou brun nuancent le ton blanchâtre de la muqueuse friable et ramollie. Le larynx, ses membranes, ses muscles intrinsèques, la glotte et l'épiglotte ne présentent rien de remarquable. Il existe une légère ulcération taillée à pic à l'angle de réunion des replis arythénoïdiens.

Les muscles des parois abdominales sont amincis, décolorés. Les canaux inguinaux et cruraux me semblent assez relâchés pour que dans l'anneau inguinal interne droit se soit engagée une anse de l'iléon.

L'estomac rétracté, vide, présente des rides transversales qui sillonnent sa grande tubérosité. Le duodénum, le jéjunum, l'iléon et surtout le gros intestin sont remarquables par la diminution considérable de leur calibre. On ne trouve pas de ces ulcérations tuberculeuses si communes chez les phthisiques ; le malade n'avait pendant sa maladie présenté de cette diarrhée si fréquente chez les tuberculeux. Les ganglions mésentériques sont sains. Le foie est d'une couleur et d'un volume normaux ; son tissu ne graissait ni le papier ni le scalpel. On trouve une assez large ecchymose en arrière sur le lobe de Spiegel.

Reins normaux, uretères rétrécis, surtout à leur entrée dans la vessie, leur diamètre à peine du calibre d'une plume de corbeau. Vessie s'enfonçant dans la cavité du bassin ; son volume était si peu considérable qu'on pouvait douter qu'elle pût contenir à peine un demi-verre de liquide. Entre chacune de ses membranes existait de la matière

---

TROISIÈME LETTRE SUR LE CHOLÉRA DANS LA MEURTHE.

A monsieur le docteur E. Duché, membre de la Société des sciences de l'Yonne.

Mon honoré confrère,

La manifestation épidémique, on l'a dit avec raison, peut affecter une marche rapide, en quelque sorte *aiguë*, ou se traîner lentement, à la façon des maladies chroniques. Elle se montre aussi parfois intermittente.

Ainsi — pour ne parler que de ce que j'ai observé —, dans la ville de Dieuze, bâtie sur un marais, au confluent vaseux de la Seille et de deux de ses affluents, et à une altitude de 207 mètres, l'épidémie, après une incubation d'un mois, traduite aux yeux des observateurs d'abord par une sorte d'*acrodynie*, ensuite par des dérangements gastro-intestinaux multipliés et divers, éclata tout à coup le 29 juillet 1854, par quelques cas supposés foudroyants, mais en réalité consécutifs à une diarrhée prémonitoire ; puis elle disparut pour se reproduire de la même manière de dix en quinze jours, sans laisser d'autres traces dans le cours de ses *intermittences*, qui se sont répétées ainsi jusqu'au 10 décembre.

Sa marche, dans les communes rurales, s'est montrée d'autant plus rapide que la constitution médicale de ces communes était moins influencée par l'action des effluves paludéens ; après une incubation de un à deux mois, sa durée a été de quinze à quarante jours. Il est digne de remarque que celle des localités où l'incubation a été le plus longue, a été frappée d'une manière cruelle. Une seule commune, placée sur les bords fangeux de la Seille, après une incubation de plus de deux mois, n'a eu qu'un seul cas de choléra, quatre ou cinq diarrhées suspectes et un grand nombre de suettes.

A Dieuze et dans les communes du canton le moins frappées, le choléra a fait place immédiatement à une épidémie de fièvre catarrhale de mauvais caractère.

Une épidémie de choléra se compose d'éléments, dont la prédominance particulière est subordonnée à une pression étiologique toute locale. Ainsi nous avons eu à observer, dans des proportions fort inégales, des coliques avec constipation invincible et quelquefois hématémèse, des suettes, des diarrhées prémonitoires plus ou moins rebelles, des choléras consécutifs à ces affections, enfin des choléras plus ou moins foudroyants, mais toujours précédés de diarrhées caractéristiques, au moins pendant vingt-quatre heures. A cette occasion, il est nécessaire de faire remarquer que la diarrhée prémonitoire, à selles très-liquides et à peu près involontaires, toujours sans douleur, est considérée comme rien par beaucoup de gens, ceux de la campagne surtout, qui en nient imperturbablement l'existence, lors même qu'on les prend sur le fait : de là vient sans doute que beaucoup de médecins, ignorant l'influence de la cause cholérique sur le moral des individus les plus stoïques, ont été induits en erreur et se sont élevés contre la constance de la diarrhée prémonitoire. Pour moi, je puis affirmer qu'une enquête sérieuse et opiniâtre, après la déclaration de chaque cas foudroyant, m'a *toujours* fait remonter à une diarrhée prémonitoire soigneusement cachée et niée par les victimes, et souvent par leur entourage, avant l'invasion des accidents graves.

a. Dieuze compte quelques cas de suette, beaucoup de diarrhées prémonitoires, un certain nombre de coliques avec constipation et hématémèse, et 32 morts du choléra, dont 16 du sexe masculin et 16 du sexe féminin.

b. Dans une commune rurale de 137 feux et de 518 habitants, Guénestroff, l'épidémie, après une incubation de deux mois, a atteint, dans sa marche aiguë, du 3 novembre au 10 décembre 1854, 162 malades répartis de la manière suivante : coliques avec constipation, 2 ; suettes, 45 ; diarrhées, 73 ; choléra, 42. Les 2 cas de colique ont guéri ; 2 suettes ont récidivé, et une jeune fille atteinte de suette, a eu plus tard à lutter contre une attaque de choléra dont elle a triomphé ; des 42 cholériques, 22 sont morts ; 12 appartenant au sexe féminin, 10 au sexe masculin : un seul parmi ces derniers, après avoir été atteint le premier à Dieuze, le 29 juillet, est venu succomber à une nouvelle attaque à Guénestroff, dans sa famille, dont tous les membres du sexe masculin, au nombre de trois, ont été gravement atteints. Des 20 cholériques guéris, un septuagénaire n'a dû son salut qu'à une inflammation douloureuse qui a déterminé, quoi qu'on fasse, la fonte du bulbe oculaire gauche.

c. Guébestroff, autre commune de 20 feux et de 108 habitants,

tuberculeuse, qui donnait aux doigts l'impression de nodosités très-dures, son tissu présentait au toucher la sensation d'un corps squirrheux. Sa membrane muqueuse semblait noueuse, et sur sa surface rougeâtre se détachaient en relief des mamelons blanchâtres exclusivement formés de matière tuberculeuse, dont les fragments caséeux s'enlevaient sous le scalpel. La prostate n'était qu'un énorme tubercule dont les lobes infiltrés gênaient le passage de la sonde dans le cathétérisme du canal de l'urètre.

Le testicule qui restait et qui avait été malade le premier, fut disséqué avec soin. Une quantité assez minime de sérosité formait une légère hydrocèle dans la tunique vaginale. Dans le tissu du testicule, nous avons trouvé deux forts tubercules de la grosseur de deux petits haricots. Sept ou huit autres que nous pourrions comparer à des grains de millets, étaient disséminés dans le parenchyme spermatique. L'épididyme n'était qu'un tissu tuberculeux compact extrêmement dur. Aucun de ces noyaux n'avait la moindre apparence de ramollissement.

L'encéphale ne nous a présenté aucun caractère particulier.

Quel est le point de départ de la phthisie à laquelle le malade a succombé ? L'examen minutieux et attentif de la poitrine n'a laissé aux personnes qui l'ont préalablement auscultée aucun doute sur l'intégrité des organes pulmonaires. Renfermaient-ils cependant quelques tubercules dont l'existence n'a pas été reconnue ? le fait est possible, et M. Hutin ne prétend pas le nier complétement. Y a-t-il eu métastase ? Existait-il à l'état latent une diathèse tuberculeuse à laquelle l'opération a fait faire explosion ? L'irritation causée par le chloroforme sur les bronches, en persistant outre mesure, a-t-elle donné le signal de cette fatale explosion ? Chacune de ces hypothèses est admissible.

Quoi qu'il en soit, M. Hutin, qui s'est déjà vu dans la nécessité d'enlever une douzaine de testicules pendant sa longue carrière chirurgicale, dit que Thibert est le troisième malade chez lequel il a fait cette opération pour un encéphaloïde, et que ces trois malades sont les seuls qu'il ait perdus. De là il infère que, s'il peut y avoir quelque bénéfice à opérer un encéphaloïde du testicule chez un homme jeune ou dans l'âge mûr, il y a plutôt avantage à s'en abstenir chez les vieillards quand on n'a pas la main forcée par les circonstances (1).

(1) Nous regrettons que la tumeur enlevée chez ce malade n'ait pas été l'objet d'une description complète. En face des détails consignés dans cette autopsie faite avec tant de soins, nous sommes autorisés à penser que l'on avait affaire ici plutôt à un tubercule suppuré du testicule qu'à une dégénérescence cancéreuse. *(Note de la Rédaction.)*

DES DOULEURS VÉSICALES, OU CYSTALGIE.

Les causes propres à faire naître ou à entretenir de la douleur dans la vessie sont quelquefois très-difficiles à saisir. Il résulte de là un grave embarras pour le praticien lorsque celui-ci veut donner au traitement une direction précise. Scruter la vessie est, en pareil cas, une précaution indispensable ; mais cette opération ne résout pas toujours à elle seule les difficultés du diagnostic. En supposant, en effet, que l'on rencontre un calcul dans la vessie, est-on pour cela suffisamment autorisé à considérer ce corps étranger comme la cause unique des douleurs ? L'observation suivante, que nous empruntons à M. Champouillon, semblerait indiquer que la cystalgie peut n'être pas sous la dépendance exclusive d'un calcul se développant dans l'appareil excréteur de l'urine.

M. de N., âgé de soixante-douze ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin prononcé, partisan avoué de la bonne chère, avait joui pendant sa longue carrière d'une santé irréprochable, lorsque vers le mois de novembre de l'année 1855, il éprouva un certain dérangement dans l'excrétion de l'urine. Le malade ne se préoccupa d'abord que fort peu de cet accident. Mais à quelques jours de là, son attention et ses inquiétudes furent éveillées par des douleurs très-vives partant de l'anus et s'étendant vers le col de la vessie. Ces souffrances, à retours périodiques, devinrent bientôt continues et intolérables.

M. Civiale, consulté, reconnut dans la vessie de M. de N... la présence d'un calcul de grosseur moyenne. On crut avoir sous la main la véritable cause des douleurs cystiques, et dès lors on se prépara à la lithotritie. L'opération eut lieu le 12 avril 1856.

Exécutée par M. Civiale avec l'incomparable dextérité qu'on lui connaît, cette opération demeura néanmoins incomplète, en ce qu'une partie du calcul seulement fut broyée, et cela par la faute du malade; aucune exhortation ne put décider celui-ci à se soumettre à de nouvelles tentatives de lithotritie. Une cystite des plus graves ne tarda pas, du reste, à justifier cette résistance et à commander l'abstention.

Pendant un mois environ, l'urine sortit fétide et purulente ; puis la phlegmasie perdit progressivement de sa violence, laissant après elle des douleurs vésicales, qui se déclaraient habituellement tous les deux ou trois jours. Il fut affirmé de nouveau à M. de N... que ces douleurs ne disparaîtraient qu'avec le calcul qui en était la seule cause. Découragé par la perspective d'une seconde opération, M. de N... se laissa aller à la dérive jusqu'à l'homœopathie, cette dernière et vaine espérance des malades aux abois. Les gouttes et les globules lui furent donc prodigués avec persévérance, mais sans résultats aucuns.

Le malade épuisé par la souffrance, dégoûté d'ailleurs du régime homœopathique, réclama les conseils de M. Champouillon vers les premiers jours du mois de janvier 1857. A cette époque, des spasmes très-douloureux agitaient l'anus et le col de la vessie deux ou trois fois par semaine, et pour quelques heures seulement. Durant ces accès, l'urine était lancée par bonds et à plein canal, le plus souvent limpide ; elle était quelquefois troublée par du mucus et un sédiment briqueté. Le malade, enclin à la mélancolie, s'imagine être frappé à mort. Son état de prostration est extrême, et l'on ne parvient à l'en relever que momentanément.

Avant de coordonner les moyens de traitement réclamés par cette situation, il fallait préalablement résoudre la question d'étiologie suivante : quelle est la véritable cause des souffrances éprouvées par le malade? Y a-t-il dans le cas présent, un exemple de plus de ces douleurs provoquées et entretenues par la seule présence d'un calcul dans la vessie ?

Nous nous rappelons, dit M. Champouillon, avoir pratiqué l'autopsie de deux invalides morts de pneumonie, et qui ne s'étaient jamais aperçus qu'ils fussent calculeux. Chez l'un et chez l'autre, la pierre, libre et flottante, était exclusivement composée d'acide urique. Un calcul de cette nature peut donc se former dans la vessie sans y occasionner la moindre douleur. Cela arrive, en général, selon Boyer, lorsque le calcul est très-petit, lorsque sa surface est lisse, ou bien encore lorsqu'il est immobile. Or, en fouillant la vessie de M. de N..., M. Civiale avait constaté la fixité du calcul; de plus, la portion de celui-ci, extraite par la lithotritie, un gravier rendu depuis, et le sédiment briqueté soumis à l'analyse chimique et microscopique, furent reconnus pour de l'acide urique pur, le plus lisse, le plus doux, le plus inoffensif de tous les corps solides que l'on puisse rencontrer dans les voies urinaires.

D'un autre côté, il est à noter que chez M. de N..., en dehors des accès, le besoin d'uriner n'est pas plus fréquent qu'il ne doit l'être; que l'excrétion de l'urine, possible dans toutes les attitudes, ne subit jamais d'interruption brusque par occlusion de l'orifice de la vessie.

Donc, de ce qui précède, et en tenant compte du siége invariable de la douleur, de la marche qu'affectent ses retours, de l'innocuité de la promenade à pied ou en voiture, on ne peut guère attribuer au calcul qu'une participation tout à fait secondaire à la maladie de M. de N...

La périodicité des douleurs, le développement progressif de leur intensité, leur brusque disparition convenaient mieux, au contraire, à l'hypothèse d'une cystalgie, surtout au moment où le malade déclarait que depuis fort longtemps il est tourmenté par des rhumatismes ambulants. Ces rhumatismes ne sont point toujours accompagnés ou suivis de douleurs vésicales, mais le plus souvent ils se déplacent et précèdent celles-ci de quelques jours. Cette métastase s'annonce par un sentiment de chaleur dans la portion membraneuse de l'urètre et par des soubresauts à l'anus, l'urine acquiert aussitôt une acidité extrême, et se trouble plus ou moins par la présence d'une certaine quantité de mucus. Puis survient une douleur aiguë, atroce, après la cessation de laquelle le malade rend des urines colorées par l'acide urique et un peu de sang.

L'ensemble des phénomènes spéciaux et des troubles fonctionnels que nous venons d'exposer résume bien, croyons-nous, les caractères de l'affection que l'on nomme cystalgie, ou, mieux encore, névralgie du col de la vessie.

Le choix des moyens curatifs devait naturellement se déduire de l'appréciation des données précédentes. Changer la composition de l'urine, remédier aux accidents névralgiques, telle était la double indication thérapeutique à remplir.

Pourquoi et comment modifier les qualités de l'urine?

La prédominance de l'acide urique, soit en solution, soit sous forme de dépôt, devient une cause d'irritation pour la vessie, en même temps qu'elle favorise l'accroissement des calculs. De là la nécessité de délayer l'urine et d'en saturer les éléments acides au moyen de boissons aqueuses et de substances alcalines; de là aussi l'utilité d'assujettir le malade à un régime alimentaire peu azoté.

Les bains prolongés, les laxatifs végétaux à dose moyenne, la médication anti-périodique et sédative ont réussi à détourner la douleur depuis trente-huit jours.

Ce succès ne nous éblouit pas, ajoute M. Champouillon; nous en connaissons la valeur, et nous ne comptons guère sur sa durée. Mais il nous plaît d'en prendre note, parce qu'il nous semble justifier notre manière de comprendre la nature de la maladie de M. de N... Non pas qu'il y ait ici une névralgie ordinaire, spontanée; nous sommes persuadé, au contraire, que la présence d'un calcul dans la vessie n'est pas étrangère aux douleurs qui se font sentir dans ces organes. Cela se voit fréquemment. Mais dans le cas actuel, il convient d'attribuer une influence prépondérante à l'élément rhumatismal.

Nous avons connu un vieillard qui vécut pendant quatorze ans aux prises avec des douleurs de vessie revenant d'abord une fois par semaine, puis une fois au plus par mois, et dont la violence n'était amoindrie que par des doses élevées de laudanum. Cet homme avait constamment repoussé avec effroi toute manœuvre propre à explorer l'intérieur de sa vessie, dans laquelle on ne trouva du reste après la mort qu'un amas médiocre d'acide urique cristallisé, et une hypertrophie notable de la membrane muqueuse du col.

Ramenés à leur véritable signification, ces faits prouvent que les douleurs vésicales peuvent être produites par un calcul ou être complétement indépendantes de cette cause. C'est aussi l'opinion d'Ullmann, de Roux et de M. Velpeau.

Puisque la cystalgie peut être de nature purement rhumatismale, la lithotritie ou l'opération de la taille dans les cas de calcul ne garantit donc pas toujours le malade contre le retour des douleurs vésicales.

MALADIE DES VOIES URINAIRES.

Cathétérisme immédiatement suivi de fièvre pernicieuse. Mort et autopsie.

A la suite du cathétérisme, il n'est pas très-rare de voir survenir les accidents les plus sérieux. Sanson, dans ses cliniques, appelait vivement l'attention sur ce point; il prescrivait immédiatement un bain au malade chez lequel il avait éprouvé quelque difficulté à faire pénétrer une sonde.

Il y a peu de temps, appelé à pratiquer cette opération chez un malade affecté d'un rétrécissement de l'urètre, nous vîmes, malgré la facilité avec laquelle nous avions franchi l'obstacle à l'aide d'une bougie à boule, malgré la précaution que nous avions eue de nous conformer aux préceptes de notre maître, nous vîmes, dis-je, se développer des accidents très-graves, que nous fûmes assez heureux de conjurer à l'aide d'un traitement des plus énergiques.

M. Perdigeon a recueilli dans sa thèse inaugurale un certain nombre de faits de cette nature. Il signale ces accidents fébriles à forme pernicieuse qui ont pu quelquefois être conjurés à l'aide du sulfate de quinine; il rapporte plusieurs cas d'arthrites purulentes survenues à la suite du cathétérisme, et terminées par la mort des malades.

L'exemple suivant, que nous empruntons à la *Gazette hebdomadaire*, démontrera encore une fois de plus l'extrême gravité des accidents qui quelquefois peuvent se manifester à la suite du cathétérisme.

Le 15 juin, à huit heures du matin, se présenta dans notre cabinet M. P..., âgé de soixante-trois ans, de taille moyenne, de tempérament sanguin-bilieux, d'une bonne constitution générale, au moins en apparence. Il venait demander nos conseils, et réclamait notre secours contre l'affection suivante :

Depuis vingt-cinq ans, et à la suite d'une blennorrhée, ce malade observait que le jet de son urine devenait plus mince et inégal, qu'il se bifurquait et sortait parfois en spirale, et que, quoique la blennorrhée fût guérie, il coulait toujours de l'orifice de l'urètre une matière muqueuse et purulente. Tous les médecins qu'il avait consultés avaient considéré sa maladie comme un rétrécissement de l'urètre. Beaucoup de moyens avaient été employés inutilement contre cet état, et principalement la destruction du rétrécissement au moyen du porte-caustique de Lallemand. Un seul avait réussi à conduire jusque dans la vessie une sonde de gomme élastique. Mais cette opération n'avait pas été suivie du traitement nécessaire pour la cure radicale, et depuis ce moment le malade observa souvent dans son urine un dépôt qui était tantôt muqueux, tantôt purulent, mais toujours fortement odorant. Il y avait parfois du sable dans ce dépôt. Le jour de notre examen, les urines ne présentaient complétement ni l'un ni l'autre de ces phénomènes.

Après cet historique, le malade réclama l'examen de son canal, et, dans cette intention, nous introduisîmes facilement une bougie jusqu'à la portion membraneuse de l'urètre. Là nous rencontrâmes un obstacle ; cependant, après quelques tentatives modérées, le bout de l'instrument entra de deux lignes dans le rétrécissement ; mais il était difficile de pousser la bougie plus loin, ce qui fit que nous nous arrêtâmes malgré les instances du malade, et nous lui dîmes, pour le consoler, qu'il guérirait de son rétrécissement.

A peine quelques minutes furent-elles écoulées, que le malade fut en proie à des bâillements et à des pandiculations fortes et répétées, que les poils de ses mains et de ses bras se hérissèrent, et que le frisson s'empara de lui. On le transporta immédiatement dans sa maison, et alors se montrèrent successivement tous les symptômes d'une fièvre pernicieuse typhique. Trois confrères furent appelés en consultation et

compte 31 malades, dont 9 du sexe masculin et 22 du sexe féminin : 9 suettes, 11 diarrhées, 11 cas de choléra; 7 morts, à partir du 9 octobre, premier jour de l'invasion, jusqu'au 11 novembre, jour de la cessation de l'épidémie. Un seul cas de suette a passé au choléra, et s'est terminé par la mort. Une jeune femme, nourrice d'un enfant de neuf mois qu'elle perdit du choléra, fut prise d'une suette qui passa au choléra et se termina heureusement par une variole discrète (cette femme avait été vaccinée); le dernier malade a été atteint d'une dyssenterie suraiguë.

d. A Kerprick, commune de 96 feux, de 469 habitants, et beaucoup plus rapprochée des marais que les autres, nous avons noté, du 1er novembre, jour de l'invasion, au 11 décembre 1854, 20 malades, dont 3 morts, du sexe masculin, et 29 autres, dont 5 morts, du sexe féminin, ainsi répartis : choléra, 11; diarrhée, 13; suettes, 25. Presque tous les cas ont été foudroyants, et le premier qui ait guéri s'est terminé par une effroyable parotide. Une épidémie catarrhale, qui a immédiatement suivi la première, a sévi avec une intensité, une malignité sans exemple.

e. Mulcey, village de 112 feux et de 422 habitants, placé dans les marais, sur la rive droite de la Seille, n'a eu qu'un seul cas de choléra, 9 diarrhées, 20 suettes, puis un grand nombre de pneumonies catarrhales fort graves.

f. Les villages placés sous l'influence immédiate des marais de l'étang de Lindrebasse n'ont eu que de graves suettes. Toutefois on a compté quelques cas de choléra parmi les suettes de Lindrebasse.

Nous venons, mon honoré confrère, de passer en revue, avec la rapidité exigée par le style épistolaire, à peu près toutes les causes auxquelles on impute, à tort ou à raison, les méfaits du choléra, et je vous ai indiqué, en passant, les conditions diverses qui m'ont semblé contraires ou favorables au développement du germe épidémique. Nous nous en tiendrons là, si vous le voulez bien, pour le moment. Si je m'arrête, ce n'est pas, croyez-le bien, que je réserve mes succès en thérapeutique pour marcher à la conquête du prix Bréant, si vivement convoité par la foule des compétiteurs; non, car, entre nous, je n'ai guéri, en 1854, que mes paysans, assez entêtés pour refuser obstinément toute médication prétendue rationnelle et se gorger d'eau froide avec toute la déraison de malades dévorés par une soif inextinguible. Peut-être serait-il bon que la commission instituée *ad hoc* par l'Académie des sciences fût informée de ce fait de rébellion contre l'autorité de la thérapeutique.

Agréez, etc. E. A. ANCELON.

La première série des épreuves pour le concours à deux places de médecin au Bureau central vient de se terminer par l'admission aux épreuves définitives des huit candidats dont les noms suivent : MM. de Beauvais, Goupil, Labric, Laboulbène, Lurain, Montanier, Simonet, Vulpian. La deuxième série des épreuves a commencé mardi.

furent unanimes sur le diagnostic, d'autant plus qu'un des médecins (1) assura qu'il avait déjà souvent soigné ce malade pour des fièvres pernicieuses. Le traitement, quoique convenablement et énergiquement appliqué, fut malheureusement inutile ; à peine vers dix heures du soir apparut-il pendant une heure une légère transpiration, à laquelle succéda immédiatement une aggravation qui emporta le malade le 16, à quatre heures du soir.

Autopsie vingt-six heures après la mort. — L'abdomen ayant été ouvert, on trouva tous les organes teints de sang ; la rate était fort tuméfiée et très-altérée dans sa consistance, de telle sorte qu'en voulant l'attirer, même avec précaution, elle se déchirait; une grande partie de sa face postérieure était adhérente à la portion du péritoine qui tapissait l'extrémité vertébrale des dernières côtes : d'ailleurs toute la substance de cet organe ressemblait à de la lie de vin rouge. Le rein gauche était plus petit que le droit et en quelque sorte atrophié.

La vessie était contractée et plissée; son tissu était épaissi et sa membrane muqueuse avait subi diverses altérations et était ramollie. La prostate était hypertrophiée et en partie altérée par une induration chronique qui était devenue depuis longtemps purulente. A un travers de doigt en avant de l'orifice de la vessie, existait un rétrécissement ; mais tout le reste du canal de l'urètre était intact et dans l'état physiologique.

FRACTURE DE L'OCCIPITAL.

Contusion et commotion du cerveau. — Phlegmon consécutif du cuir chevelu. — Suppuration du cerveau. — Mort.

Par M. le Dr JOLY (de Bruxelles).

H. W..., âgé de cinquante-neuf ans, adonné à l'ivrognerie, après une copieuse libation de genièvre, se prit de querelle avec un de ses compagnons de table. Celui-ci, obsédé par les paroles et les gestes menaçants de W..., le repoussa, et W... alla tomber à la renverse, la tête heurtant assez violemment le sol carrelé. Au moment même de sa chute, il fut étourdi, et un peu de sang s'échappa par les narines. Peu à peu il se remit de son premier étourdissement, se releva, et enfin fut conduit, au bras d'un voisin, jusqu'à son domicile. Chemin faisant, W... causa constamment avec toute la lucidité que comportait son état d'ébriété.

Le lendemain, il fut obligé de garder le lit. Voici les symptômes que reconnurent plusieurs médecins, appelés sur-le-champ :

Comme lésion locale, il n'y a qu'une légère excoriation à l'occiput. Comme symptômes généraux, on remarque un coma des plus prononcés ; les pupilles sont fixes et largement dilatées ; il existe des mouvements automatiques dans tous les membres ; le malade ne peut proférer une parole; la déglutition des boissons est facile quand on introduit une cuillerée de liquide entre les dents; il y a expulsion involontaire des excréments et des urines.

On institua immédiatement un traitement antiphlogistique des plus énergiques ; aux évacuations sanguines, on ajouta une révulsion très-puissante sur le tube intestinal, et quinze jours après l'accident le blessé se trouvait dans un état satisfaisant. En effet, il put se lever, s'habiller, et alla s'asseoir au foyer d'une chambre voisine, où il s'amusa à tisonner le feu en causant avec les personnes qui s'y trouvaient. Rien dans son attitude ni dans sa manière de parler ne décelait ses souffrances passées et encore moins des souffrances présentes. W... causait avec facilité, lucidité, et faisait preuve d'une excellente mémoire. Dès ce moment, une alimentation légère fut permise au malade; tout allait pour le mieux; on espérait un prompt rétablissement, quand tout à coup il succomba pour ainsi dire subitement le dix-neuvième jour de l'accident.

Autopsie pratiquée le surlendemain de la mort. — En disséquant le cuir chevelu, on découvre sur la partie postérieure de la tête un phlegmon diffus qui s'étend dans toute la région occipitale et cervicale postérieure ; il existe dans cette région deux ulcérations d'une étendue d'environ 2 centimètres carrés. L'incision des téguments crâniens laisse suinter une quantité considérable de pus qui se trouve comme infiltré dans l'épaisseur des tissus. Le crâne, entièrement dénudé, ne présente rien d'anormal. La calotte osseuse, enlevée par un trait de scie, fait reconnaître un engorgement prononcé de tout le système veineux méningien.

Vers l'apophyse crista-galli, le sinus longitudinal est considérablement dilaté, et forme une poche remplie d'un sang noir en décomposition et mêlé à des gouttelettes de pus bien caractérisé. Les extrémités antérieures des hémisphères cérébraux sont réduites à l'état de putrilage; cette profonde désorganisation de la substance cérébrale s'étend à la profondeur de trois ou quatre centimètres dans les lobes, et doit être considérée comme résultant de l'inflammation consécutive à la contusion du centre nerveux. Une sérosité abondante remplit les différents ventricules et le canal rachidien. Aussi longtemps que les os du crâne restèrent couverts, d'un côté par le péricrâne, de l'autre par la dure-mère, il fut impossible de découvrir la moindre lésion osseuse ; mais après avoir raclé ces membranes et mis ainsi les os à nu, on découvrit une fêlure de l'occipital, s'étendant depuis la tubérosité externe de cet os jusque dans le grand trou. A ce dernier endroit, il existait un épanchement de sang qui se continuait dans le ligament occipito-altoïdien.

Cette observation prouve une fois de plus que l'on ne saurait mettre assez de réserve dans le pronostic des lésions traumatiques de la voûte crânienne. En effet, alors que tous les accidents résultant de la commotion cérébrale sont dissipés, alors que l'état du blessé permet de concevoir les plus belles espérances d'un prompt rétablissement, il peut exister dans la profondeur de la boîte crânienne des désordres très-graves.

Ces lésions, qui ne se dénoncent par aucun trouble fonctionnel de l'organe important où elles siégent, échappent à tous nos moyens d'investigation, et viennent tôt ou tard se révéler par la mort subite du patient.

(1) M. Anninos lui avait déjà administré à différentes reprises de fortes doses de sulfate de quinquina.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 mars 1857. — Présidence de M. MICHEL LÉVY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Haute-Vienne et l'arrondissement de Villefranche. (Commission des épidémies.)

— Le même ministre, en réponse au rapport qui lui a été transmis par l'Académie sur la préparation nouvelle désignée sous le nom de *quinium*, appelle l'attention de la compagnie sur les inconvénients des dispositions et des réserves auxquelles il a cru devoir subordonner son approbation. Il demande s'il ne suffirait pas que la circulaire ministérielle par laquelle sera notifiée aux préfets l'autorisation d'insérer la formule du quinium au *Bulletin de l'Académie*, recommandât expressément aux jurys médicaux d'exercer une surveillance particulière sur la composition de ce nouveau remède. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

MM. O. Henry fils et Humbert adressent une note relative à un perfectionnement qu'ils ont apporté à la recherche de l'iode et du brome. (Commissaires: MM. Guérard, Chevallier et Wurtz.)

— MM. Malapert et Pichot (de Poitiers) exposent à l'Académie un perfectionnement qu'ils ont apporté à la préparation des papiers destinés à la filtration des liquides. (Commissaire, M. Henry.)

— M. le docteur Bertherand (de Lille) adresse un mémoire intitulé *Etudes historiques et statistiques sur la vaccine et la variole dans le département du Nord, de 1803 à 1856.* (Commission de vaccine.)

— M. Thomas-Longueville, membre correspondant de l'Académie, communique un mémoire contenant des considérations sur les eaux minérales naturelles, thermales ou autres, et observations sur quelques bains thermaux célèbres qu'il a visités. (Commission des eaux minérales.)

— M. Vernois écrit pour remercier l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en plaçant son nom sur la liste de présentation des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que la santé de M. Guéneau de Mussy est en voie d'amélioration.

RAPPORT.

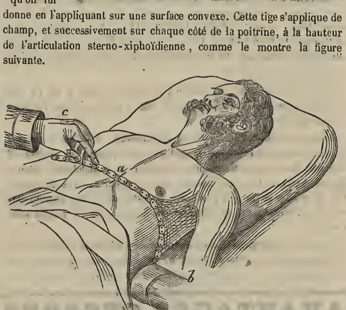
Eaux minérales. — M. O. HENRY, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport sur les eaux minérales de Soultz-sous-Forêt (Bas-Rhin). Cette eau appartient au genre des eaux salines salées (chloro et iodo-bromurées). Elle a une grande analogie de composition chimique avec celle de Bourbonne-les-Bains, à la température près, car elle est froide; mais elle peut être chauffée sans altération sensible. La commission est d'avis qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter cette source, à la condition d'y exécuter les travaux convenables de captage et d'aménagement. (Adopté.)

LECTURE.

Nouveau procédé de mensuration de la poitrine. — M. le docteur Woillez, médecin des hôpitaux, lit une *Note sur un nouveau procédé de mensuration de la poitrine.*

Pour pratiquer ce nouveau mode de mensuration, l'auteur se sert d'un instrument nouveau qu'il appelle *cyrtomètre* (quoique ce nom ait été déjà donné à un instrument d'ailleurs tout différent), et qui fournit à la fois non-seulement l'étendue du contour circulaire, ou *périmètre des deux côtés* de la poitrine, et *tous ses diamètres*, mais encore un *tracé sur le papier* de la courbe horizontale circulaire du thorax.

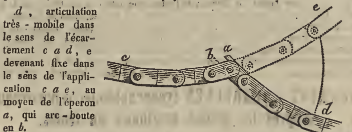
Le nouveau cyrtomètre consiste en une tige en baleine aussi peu embarrassante qu'un ruban gradué, longue de 60 centimètres environ, et articulée à double frottement de 2 en 2 centimètres, de manière à conserver l'inflexion qu'on lui donne en l'appliquant sur une surface convexe. Cette tige s'applique de champ, et successivement sur chaque côté de la poitrine, à la hauteur de l'articulation sterno-xiphoïdienne, comme le montre la figure suivante.



a, articulation sterno-xiphoïdienne; *b*, main droite fixant l'extrémité du cyrtomètre (*a* de la fig. 1re) contre l'épine; *c*, main gauche, qui maintient l'instrument appliqué.

Le cyrtomètre une fois appliqué se monte en quelque sorte sur la convexité de la poitrine, dont il indique en même temps le périmètre ; et il peut facilement être écarté sans se déformer, grâce à deux articulations particulières (*voyez* la fig. ci-dessous) qui rendent cet écartement très-facile, tout en permettant de rétablir ensuite la courbe primitive, et de la tracer sur le papier à l'aide d'un crayon.

d, articulation très-mobile dans le sens de l'écartement *c a d*, e devenant fixe dans le sens de l'application *c a e*, au moyen de l'éperon *a*, qui arc-boute en *b*.



L'application de l'instrument est aussi facile chez la femme que chez l'homme.

Le rapprochement, sur une ou plusieurs feuilles de papier, des courbes obtenues dans le cours d'une maladie, permet de saisir au premier coup d'œil les différences survenues dans la capacité de la poitrine, soit dans ses diamètres, soit dans son périmètre.

L'emploi du nouvel instrument a démontré que, dans la mensuration, on doit tenir compte de la capacité générale de la poitrine comparée à différentes époques (comme M. Damoiseau l'a entrevu dans certains cas de pleurésie), et non des résultats comparatifs des deux côtés à un moment donné. Le cyrtomètre a prouvé de plus que la mensuration n'est pas un moyen de diagnostiquer les maladies, mais d'en suivre la *marche*, et par suite d'en établir le *pronostic*, et parfois même d'en instituer le *traitement*.

C'est principalement dans le cours des affections thoraciques, dans certaines affections du foie, mais surtout dans la pleurésie, que cette mensuration peut être utile au praticien. Elle révèle la marche cachée des épanchements pleurétiques, et fournit l'indication précise de la thoracentèse, même dans les cas dits *latents*.

La chirurgie et l'orthopédie retireront sans doute quelques avantages de l'emploi de ce nouveau moyen d'exploration, qui pourrait servir aussi à étudier la conformation extérieure du crâne mieux qu'on n'a pu le faire jusqu'à présent.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section d'hygiène et de médecine légale.

Les candidats portés sur la liste sont :

En 1re ligne, *ex æquo*, MM. Devergie et Tardieu.

En 2e ligne, *ex æquo*, MM. Bouchut et Duchesne.

En 3e ligne, M. Grassi.

En 4e ligne, M. Boudin.

Candidat présenté par l'Académie parallèlement à la liste précédente, M. Vernois.

M. Boudin, par une lettre adressée au conseil d'administration, déclare qu'il se désiste de sa candidature.

L'Académie procède au scrutin.

Nombre des votants, 84 ; majorité, 43.

M. Devergie obtient.	43 voix.
M. Tardieu.	34
M. Boudin.	2
MM. Bouchut et Vernois chacun.	1
Billets blancs.	4
Total. . .	84

M. Devergie, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages, est proclamé membre de l'Académie.

Son élection sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

Suite de la discussion sur la méthode sous-cutanée.

M. MALGAIGNE. Depuis que, pour la première fois dans la discussion actuelle, je suis monté à cette tribune, la question me paraît avoir changé de face. J'avais suivi pas à pas M. Guérin dans son exposition ; j'avais traité d'abord la priorité de la méthode sous-cutanée; j'en avais ensuite discuté la réalité dans ses principes et dans ses applications. Lorsque M. Guérin est monté à la tribune à son tour, il a laissé complétement de côté et dans l'ombre la question de réalité pour ne s'occuper que de la priorité. M. Renault, qui lui a succédé à cette tribune, s'est occupé surtout de l'influence de l'air dans la production de la gangrène. J'aurais voulu le suivre dans son argumentation, mais c'est là une discussion collatérale et trop éloignée dans laquelle, à mon grand regret, je ne puis m'engager. La question se trouve restreinte aujourd'hui à la priorité d'invention de la méthode.

J'avais donc cru et je crois encore que ces sortes de questions doivent se résoudre par des faits, par l'histoire complète et impartiale, et, dans la mesure de mes forces, j'avais recherché tout ce qui a été écrit sur ce sujet, tant en France qu'à l'étranger. M. Guérin a bien essayé quelques petites réponses à quelques-uns des faits que j'avais cités, mais il a généralement pris la question sous un autre point de vue; il a voulu interroger de préférence l'opinion à l'époque de la promulgation de sa méthode.

Peut-être n'avions-nous pas fait suffisamment attention à ce point; l'histoire, en effet, trouve quelquefois une rivale dans l'opinion, et il convient de compter avec elle. Mais cependant l'opinion ne peut pas être son juge à elle-même; il y a deux sortes d'opinions, l'opinion éclairée et l'autre ignorante. La première s'éclaire par les faits, par l'histoire; l'autre se concentre dans un pays, dans un peuple, dans une ville. Il pourrait y avoir ainsi sur la question scientifique qui nous divise une opinion à Paris, une autre à Londres, une troisième en Allemagne, etc. Non, c'est aux faits accumulés, c'est à l'histoire impartiale à résoudre de pareilles questions. Je me figure un enfant de village à qui son magister a pu communiquer quelques idées sur le système du monde. Qu'il aille à la ville voisine, on lui dira que ces idées appartiennent à Copernic. Cet enfant pourrait-il donc répondre : Que m'importe Copernic, que m'importe la priorité, sans mon magister je ne saurais rien de tout ceci !

Est-il donc vrai qu'à l'époque de la promulgation de la méthode nous étions plongés dans une telle ignorance qu'il n'y avait rien qui ressemblât de près ou de loin à la méthode sous-cutanée? M. Guérin a cru devoir faire appel à cet égard à des autorités que vous ne récuserez pas, a-t-il dit, celle de M. Velpeau et la mienne. Quant à la mienne, je la considère comme nulle quand elle n'est pas d'accord avec les faits. Si en 1837 j'ignorais ce que je sais maintenant, j'ai lu, j'ai appris depuis, voilà tout. En citant l'édition de 1837 de mon *Manuel de médecine opératoire*, M. Guérin a cru trouver un argument *ad hominem* qui a bien son petit mérite; j'y vais répondre tout à l'heure. Je laisse M. Velpeau tout à fait à part; je n'aurai pas l'outrecuidance de le défendre, il s'en acquittera bien lui-même. Entrons sur le terrain de notre contradicteur, rétrécissons encore le débat déjà si limité; voyons ce qui a été dit à propos de ce pauvre petit *Manuel*.

On me prête gratuitement cette niaiserie d'avoir dit dans la préface que ce petit livre est la perfection du genre, comme aussi une définition tout à fait singulière du procédé en chirurgie. Je renvoie tout ceci à qui de droit.

« Le *Manuel* commence, a dit M. Guérin, par les incisions; des *sous-cutanées*, pas la plus petite mention. Quant aux évocations d'auteurs faites depuis, ce sont autant d'expédients que, pour la plupart, ces messieurs, et M. Malgaigne surtout, ne rapportent même pas dans leurs ouvrages, expédients qui ne doivent leur résurrection qu'à la méthode sous-cutanée. » Ce petit manuel est-il donc réellement si pauvre? pas le moins du monde; j'ouvre l'édition de 1837, et j'y trouve des procédés opératoires pour les ponctions sous-cutanées, l'ouverture des abcès et des ganglions, la section des brides palmaires, la ponction avec broiement des tumeurs érectiles, la section du tendon d'Achille par le procédé de Strohmeyer, des opérations pour les varices, les hydarthroses, les corps étrangers articulaires. (Pages 12, 118, 124, 129, 153, 163, 208 et 211.)

Eh bien, même en supposant que M. Guérin n'eût eu que mon manuel pour apprendre la chirurgie, il n'aurait pas eu besoin de faire de grands frais d'invention pour découvrir le danger de l'accès de l'air dans les plaies, et les principes généraux de la méthode sous cutanée.

Mais, messieurs, pourquoi M. Guérin s'en est-il tenu à l'édition de 1837? Il y en avait une autre de 1839; la date y est; cette édition est antérieure de quinze jours à la promulgation de la méthode sous-cutanée. Cette édition nouvelle pouvait donc beaucoup mieux que la première indiquer l'état de la science; serait-ce *intentionnellement* que M. Guérin ne l'a pas citée? On vient de voir tous les documents que lui avaient fournis celle de 1837, pour constituer sa méthode : celle de 1839 lui en a apporté bien d'autres, et il eût été juste d'en avertir l'Académie. Je vais réparer cet oubli. Ouvrez le livre, p. 151 : *Opérations qui se pratiquent sur les muscles et leurs dépendances*, et vous y trouverez un tableau des sections tendineuses déjà pratiquées à cette époque, qui démontre qu'il restait bien peu de chose à faire pour la généralisation de la ténotomie sous-cutanée, qu'on attribue fort libéralement à M. Guérin. (M. Malgaigne lit ce passage.) Or, ce tableau était incomplet, et déjà je blâmais ce débordement d'opérations (p. 52). Je sais que depuis on a été plus loin, mais malheureusement pour les malades et pour la science.

Cependant on peut être surpris de ne pas voir figurer M. Guérin dans l'exposé que je viens d'indiquer. Est-ce qu'il y aurait mauvaise volonté de ma part? M. Guérin avançait, en effet, hardiment à cette tribune, dans une de nos précédentes séances, que de 1835 à 1839, il avait pratiqué un très-grand nombre, un nombre prodigieux de sections tendineuses.

Ce n'est pas une médiocre fatigue, messieurs, qu'une discussion où les moindres assertions ont besoin d'être vérifiées; mais vous allez voir combien la vérification est utile. Jusqu'au 2 décembre 1837, M. Guérin n'avait pas coupé un seul tendon. On lit dans le mémoire de M. Guérin sur le torticolis, p. 32, qu'il fit sa première section le 2 décembre 1837, la seconde le 16 janvier 1838. Je ne veux rien en conclure, je tenais seulement à expliquer comment je n'avais pu citer M. Guérin pour des opérations qu'il n'avait pas faites.

Seulement, comme il avait coupé le sterno-mastoïdien, je le dis un peu plus loin dans cette même édition. J'examine les procédés, et je dis que les siens paraissent valoir mieux que les autres. Mais il y manquait quelque chose suivant moi, la ponction avec le ponctionneur et le ténotome mousse, et j'indiquais ce perfectionnement à la page 188 de mon Manuel, édition de 1839. Je suis donc pour quelque chose dans le perfectionnement de la méthode sous-cutanée, et je n'en suis pas plus fier.

Dans ce même volume, à propos de la section du muscle sterno-mastoïdien, je distingue deux méthodes, la méthode ancienne et la méthode nouvelle. Pour la section du tendon d'Achille, même distinction. L'idée de la méthode sous-cutanée était tellement vulgaire, que Vidal (de Cassis), dans un livre classique qui a servi d'éducation à toute une génération chirurgicale, et dont les deux premiers volumes avaient paru en 1838, distinguait trois méthodes pour les sections tendineuses : 1° Isaacus Minius divise du même coup le tendon et la peau qui le recouvre; 2° Delpech respecte cette portion de peau; elle est seulement divisée sur les deux côtés du tendon, et celui-ci n'est pas mis à nu : c'est le principe de la méthode sous-cutanée; 3° Dupuytren ne fait qu'une ouverture à la peau, coupe le tendon ou le muscle, et complète la méthode sous-cutanée. Est-elle bien dénommée ici avec le nom que M. Guérin lui a donné, et cela est-il assez clair? Notez que c'est au chapitre général de la ténotomie, et qu'il s'agit bien d'une méthode générale. Et ce livre n'était pas inconnu de M. Guérin, puisque l'analyse des deux premiers volumes parut dans la *Gazette médicale* le 17 novembre 1838. Mais peut-être l'article des *rétractions* n'attira l'attention de personne. Un paragraphe spécial de l'analyse est consacré à cet article : « Dans aucun ouvrage de chirurgie, est-il dit, ce sujet, peu exploré jusqu'ici, n'est traité avec autant de développements. »

Je viens de parler de ce qui avait été décrit en France; mais à l'étranger, on avait aussi étudié ce sujet. En Allemagne, Dieffenbach avait publié son *Orthopédie sous-cutanée*; en Angleterre, nous trouvons un grand nombre de chirurgiens, Ch. Bell, Brodie, A. Cooper, Marshall-Hall, Syme, Asthon Key. « A. Cooper, dit M. Guérin, attachait si peu d'importance à son indication, qu'il la perdit immédiatement de vue. » Mais le chirurgien anglais la perdit si peu de vue, qu'à plusieurs reprises il en est question dans ses *Lectures of surgery*. A propos du tic douloureux de la face, il conseille la section sous-cutanée du nerf sus-orbitaire, du sous-orbitaire, du mentonnier et de la plupart des nerfs de la face.

Si nous arrivons au procédé de M. Guérin, nous trouvons le fameux *pli de la peau*, que M. Velpeau lui a si généreusement et si malencontreusement laissé. Ce pli a des vertus supérieures; c'est en lui que réside toute la méthode. Mais Strohmeyer, bien auparavant, avait fait ce pli. Pourquoi? pour ne pas agrandir l'incision en retirant le bistouri, nous dit M. Guérin; et dans son *Mémoire sur le torticolis* il cite à l'appui de cette idée une page tout entière de Strohmeyer. Mais il y a une méprise, c'est son propre texte que M. Guérin donne pour celui de Strohmeyer. Quant à la valeur du pli en lui-même, M. Bouvier vous en parlera; il a fourni des résultats plus mauvais que le procédé ordinaire.

Voyons maintenant les résultats. M. Guérin avait parlé de phlegmons, de gangrènes. On en avait observé avant lui des multitudes. J'ai nié qu'il en fût ainsi, mais sans contester le fait en lui-même, car j'ai cité les deux cas de Dieffenbach et les deux de M. Duval. J'ai rappelé à ce propos les accidents qu'engendrent quelquefois les piqûres d'aiguilles. Il arrive qu'on voit survenir aux doigts piqués des panaris violents et même des accidents plus graves, heureusement rares dans nos climats. Dira-t-on ici que c'est la pénétration de l'air qui a été la cause de l'inflammation. Ceux qui croient avec leur pli éviter l'inflammation, feraient bien de relire le chapitre de Boyer sur les plaies par instruments piquants.

Les sept témoignages rapportés par M. Guérin ne suffisent pas à justifier son dire. Le fait de Blandin ne paraît pas résulter de l'opération elle-même, puisqu'il existait en ce moment une épidémie d'érysipèle dans les services de l'Hôtel-Dieu. Dans le cas qui appartient à M. Velpeau, il se forma un phlegmon quinze jours après; cette date éloignée du moment de l'opération semblerait l'innocenter. Bérard a observé un fait semblable dans les mêmes conditions. Les deux accidents survenus dans le service de M. Guersant, car il n'en existe que deux, sont dus assurément à l'application intempestive d'un bandage dextriné. Il faut examiner l'opération en elle-même et dégagée des complications qui la suivent.

En réunissant les cas observés par ces chirurgiens, on en trouve cinq ou six depuis 1835 jusqu'à 1841, pendant une période de six ans; M. Guérin en a eu autant à lui tout seul. Où donc est cette multitude de revers annoncés par M. Guérin?

Voilà pour Paris. Mais M. Guérin fait le tour de l'Europe. Il cite Dieffenbach et M. Phillips, qui ont observé des cas d'érysipèle, d'abcès, d'inflammation vive, et même de grands abcès. Il n'y a, à vrai dire, de Dieffenbach que les deux abcès dont j'ai parlé, et pas un troisième. M. Pirogoff a eu deux chevaux tués sous lui au Caucase par la méthode sous-cutanée; il aurait vu aussi mourir deux hommes. En réalité, M. Pirogoff n'a observé qu'un cas malheureux; l'autre est de M. Adelman, qui a vu mourir un homme à Dorpat à la suite d'une opération sous-cutanée. Mais ici, il y avait eu redressemen forcé de l'articulation et une application vicieuse d'un appareil amidonné. M. Pirogoff est d'ailleurs un des partisans de M. Guérin; il faut donc ajouter ceci à la série des revers de la méthode sous-cutanée. Pour Denbowitzki, il n'y a que des ouï-dire, et pas un seul fait.

En s'opposant à l'entrée de l'air, on croit pourvoir à tout et rendre l'inflammation impossible. Erreur; l'inflammation a des causes nombreuses. Dieffenbach avait redressé trop violemment les membres opérés; dans les cas de M. Guersant et dans quelques autres, il y a eu application intempestive d'appareils dextrinés; sur les onze cas, il en est à peu près sept qui peuvent être attribués à des circonstances indépendantes de l'opération. N'eussiez-vous pas une gouttelette d'air dans la plaie, attendez-vous, en pareil cas, à des accidents inflammatoires. Ainsi, au total, à Paris, de 1835 à 1841, 7 cas malheureux; en Europe, de 1830 à 1849, 11 cas, et, pour les trouver, il a fallu aller jusqu'au Caucase! Et M. Guérin est venu nous dire que tous les chirurgiens en avaient vu.

D'après mes conseils, M. Guérin a lu Hunter; mais il ne l'a pas bien lu; je l'engage à le relire encore, car il ne connaît pas l'inflammation adhésive.

A la promulgation de la méthode sous-cutanée, tous les chirurgiens se précipitent dans cette voie nouvelle, nous apprend M. Guérin. Il cite MM. Barthélemy, Malgaigne, Lisfranc, Pinel-Grandchamp, Jobert, Ricord, Velpeau, Goyrand, Bonnet, etc. L'orateur s'efforce de démontrer ici que les opérations pratiquées et instituées par ces chirurgiens, ou ne dérivaient pas de la méthode sous-cutanée, ou lui étaient antérieures.

Parmi les chirurgiens distingués qui avaient adopté la méthode sous-cutanée, poursuit l'orateur, figure M. Malgaigne, et cela pour avoir écrit quelque part : « Je pensai qu'on pouvait appliquer là avec avantage les incisions sous-cutanées sur lesquelles M. Guérin avait récemment éveillé l'attention des chirurgiens. »

Il y a eu un autre nom évoqué, c'est celui de Dieffenbach, qui serait venu dire à M. Guérin, devant quelques personnes : « Puisque l'on vous persécute, et parce qu'on vous persécute, je n'hésite pas à venir vous dire que je vous reconnais, moi, comme le véritable auteur de la méthode sous-cutanée, et le créateur de l'orthopédie scientifique. » Ce devait être en 1844, et Dieffenbach est mort le 11 novembre 1847. Il est singulier que tout le monde ait gardé le secret de cette entrevue. Dieffenbach a publié depuis sa *Chirurgie opératoire* sans en rien dire. M. Phillips en parle seulement huit ans après, en 1855. Messieurs, j'ai eu l'honneur de connaître Dieffenbach, esprit ingénieux, habile opérateur; il était tout à fait chirurgien, et par conséquent tenait à ses procédés, et s'il a abandonné ainsi ses droits, il a fait un grand acte de générosité.

Il me faut arriver à quelque chose de bien difficile : ce sont les citations que M. Guérin a faites de ce que j'avais écrit à une autre époque, et qu'il a empruntées au *Journal de chirurgie*. Ces citations ont excité des rires, rires justifiés si elles étaient exactes. Pour que je n'échappe pas cependant au châtiment mérité par ma versatilité scientifique, je me condamnerai moi-même à relire ces passages; mais, je dois le dire d'avance, ces citations sont inexactes et tronquées de manière à en dénaturer le sens.

L'orateur reprend ici les citations empruntées par M. Guérin au *Journal de chirurgie*, et il déclare qu'elles ne peuvent en aucune façon donner une idée de son opinion à cette époque, si on ne les fait suivre du passage qui vient immédiatement après, et qui concerne M. Bouvier.

M. Guérin a encore cité le commencement d'une lettre que j'adressais à l'Académie le 28 février de la même année : « L'innocuité à peu près constante des plaies sous-cutanées est un fait *désormais acquis à la science*, et qui n'a pas été sans influence sur les progrès de la médecine opératoire. A M. Guérin revient surtout l'honneur *de s'être emparé de ce fait, de l'avoir érigé en principe, d'en avoir généralisé les applications*, et enfin d'avoir essayé d'en donner la théorie. » Si l'on poursuit la citation, on voit que je rappo tais la théorie à qui de droit, c'est-à-dire à A. Monro, et que je la déclarais peu fondée. Suivait la critique des expériences de M. Guérin, et l'exposé des miennes. Quant au grand fait de l'innocuité des ponctions sous-cutanées, je le déclarais acquis à la science; et ce que j'accordais à M. Guérin, c'était surtout l'honneur de s'en être emparé. Mais j'accordais qu'il en avait généralisé les applications? C'est vrai, voilà le malheur. J'en avais cru, pour les applications nouvelles, à MM. Barthélemy, Goyrand, Bonnet, qui faisaient dériver leurs procédés de la prétendue découverte, ne sachant pas, eux pas plus que moi, moi pas plus qu'eux, que depuis longtemps toutes ces applications étaient du domaine public. Que mon exemple serve de leçon; comme vous le disiez dans une apostrophe à M. Broca, il faut prendre garde d'écrire à trente ans des choses qu'on pourra regretter à cinquante.

Mais à cette époque une forte discussion s'était élevée dans cette Académie même; il s'agissait de ce que M. Guérin appelle une coalition. On discutait à l'Académie, on discutait au dehors.... Il y avait Gerdy, Vidal, Dezeimeris engagés dans le débat. Il me semblait alors qu'on n'accordait pas assez aux travaux de M. Guérin; il me semblait qu'on allait trop loin. Je volai au secours de l'opprimé, et, tout en réservant, comme je le croyais alors, les droits de la science, j'essayai de le consoler par un grand et beau langage, d'autant plus beau que moi-même j'avais à m'en plaindre.

Si je changeai bientôt, messieurs, c'est que je ne tardai pas à m'apercevoir que, dans ma crédulité naïve, j'avais trop facilement accepté certains faits. J'étais alors un homme de la presse, et, comme j'avais pu tromper par mon langage un certain nombre de mes lecteurs, je compris que j'étais tenu de les détromper.

J'ai fini, messieurs, et quoi qu'il arrive, quelque tour que puisse encore prendre cette discussion, je n'y rentrerai plus; je renonce à la parole; les triomphateurs d'hier pourront se donner demain de nouveaux airs de triomphe si bon leur semble : ils n'auront pas d'autre réponse que le silence.

M. J. GUÉRIN. L'Académie comprendra ma réserve et mon insistance tout à la fois; il y a dans le discours de M. Malgaigne deux ordres de choses très distincts, des critiques prétendues scientifiques auxquelles je ne répondrai plus, et des attaques personnelles auxquelles je me réserve de faire la réponse qui leur convient.

M. MICHEL LÉVY. L'heure est trop avancée pour que je puisse accorder aujourd'hui la parole à M. Guérin; elle lui sera réservée pour l'ouverture de la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures vingt minutes.

— M. Sacquez, médecin de régiment au 3e régiment d'artillerie de l'armée belge, a été nommé chevalier de l'ordre de Léopold, par arrêté royal du 17 février dernier.

Le Sousb.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la valeur diagnostique du souffle dans la pleurésie.

Dans la *Revue clinique* du 7 mars, nous disions sur ce sujet et à propos du fait observé par M. Ch. Bernard : « Quant au souffle tubaire et amphorique, ils ont été récemment l'objet de recherches cliniques qui obligent à revenir sur la valeur accordée jusqu'à présent à ces signes. » Et plus loin : « Le souffle tubaire dans la pleurésie, d'abord considéré comme rare et exceptionnel, a été reconnu depuis quelques années, par de très-judicieux observateurs, comme étant beaucoup plus fréquent qu'on ne l'avait pensé depuis, et d'après Laënnec. »

Ces réflexions avaient principalement pour objet d'appeler sur ce phénomène stéthoscopique l'attention de ceux de nos lecteurs qui, n'ayant ni la possibilité, ni le loisir de se tenir au courant des ouvrages et travaux spéciaux sur la matière, auraient pu encore se méprendre sur la valeur des signes dont il s'agit. Mais en leur signalant quelques-unes des recherches les plus récentes sur ce sujet, nous n'avons pas eu la prétention de leur présenter un historique complet de la question. Cela explique comment nous n'avons pas mentionné les recherches qu'a publiées sur ce sujet, il y a déjà un assez grand nombre d'années, M. le docteur Hirtz, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg. Notre honorable et savant confrère nous écrit à cette occasion pour nous faire remarquer que la question n'est pas aussi neuve que cela semblerait résulter de nos réflexions.

Nous accueillons avec d'autant plus d'empressement la réclamation de M. Hirtz, qu'en même temps qu'elle nous fournit l'occasion de rendre justice à ses travaux, elle nous permet de mettre sous les yeux de nos lecteurs quelques documents historiques qui ne seront pas pour eux sans intérêt. Mais après avoir fait la part de la justesse des observations de notre confrère et de la légitimité de sa revendication à l'égard du fait dont il s'agit, nous devons faire remarquer que ce que nous avons considéré comme nouveau dans les recherches exposées dans la *Revue* du 7 mars, c'est moins le fait lui-même que l'interprétation séméiologique qui ressort de ces nouvelles recherches, interprétation qui diffère, ainsi qu'on a pu le voir, de celle qui lui avait été donnée jusque dans ces derniers temps par les divers pathologistes qui s'en étaient occupés et par M. Hirtz lui-même. C'est ce dont nos lecteurs pourront juger d'ailleurs par ce qui va suivre. Voici comment s'exprime notre confrère de Strasbourg :

« En 1837, c'est-à-dire *il y a vingt ans*, j'ai publié dans un journal très-connu et très-autorisé, les *Archives générales de médecine*, un mémoire sur le *diagnostic de la pleurésie*, destiné en grande partie à établir le fait du souffle *comme règle* dans cette maladie. J'en extrais, entre autres, le passage suivant : « La nappe » de sérosité qui sépare le poumon de la plèvre comprime l'organe » respirateur, rend sa surface compacte, efface les vésicules et em» pêche l'air de pénétrer au delà des bronches ; de là *une respira» tion bronchique très-intense*. Pendant la phonation l'air produit » dans les tuyaux bronchiques une vibration qui n'est autre chose » que la bronchophonie, mais qui, transmise à travers le liquide » ondulant, prend ce caractère chevrotant qui l'a fait appeler égo» phonie..... Ainsi, les phénomènes propres à la pleurésie *arrivée à » cette époque* sont : la matité étendue, la *respiration bronchique* » et l'égophonie. Cette respiration tubaire existe *toujours* à cette » période de la maladie ; elle est aussi constante que l'égophonie, » à laquelle elle est liée aussi intimement qu'elle l'est à la broncho» phonie. — On a eu tort, ce me semble (ajoutai-je), de regarder ce » phénomène comme exceptionnel, ou du moins rare dans les cas » d'épanchement, erreur qui provient sans doute de ce qu'on n'a » pas distingué les époques auxquelles les circonstances anatomi» ques lui permettent d'avoir lieu ou en empêchent la production. »

» Je fis remarquer dès lors ce fait, que M. Landouzy et M. Ch. Bernard ont tout récemment constaté, l'extrême intensité que revêt quelquefois ce souffle, car j'ajoutai : « Bien plus, dans les cas d'é» panchement la respiration tubaire a encore bien plus d'intensité » que lors de l'hépatisation, et elle s'élève au véritable souffle. » (Souffle amphorique (1) ; *Archives génér. de médecine*, 1837, p. 176 et suiv.)

» Ce n'est donc pas sans surprise que je trouve la mention de mon travail omise dans le corps du mémoire d'ailleurs excellent que M. Landouzy vient de publier dans les mêmes *Archives ;* il n'en est question que dans une note qui porte cette phrase étrange : M. Hirtz, qui *paraît* avoir observé des faits analogues aux miens sous le rapport de l'intensité du souffle, etc. (1). » Le travail de M. Landouzy est assez riche par d'autres faits qui lui sont propres pour qu'il eût pu rendre justice au mien, lui surtout qui a soin de citer MM. Hardy et Béhier, Grisolle, Monneret, dont les recherches, postérieures d'ailleurs aux miennes, sont loin d'avoir été aussi explicites sur ce point.

» Je pense que de ces citations il ressort clairement que l'existence du souffle pleurétique, quelle que soit son intensité, n'est ni un fait rare ni un fait récent ; aussi depuis longtemps est-il devenu une vérité de monnaie courante, du moins à la clinique de Strasbourg. D'ailleurs depuis la publication de mon travail les faits se sont accumulés à un tel point, et des observateurs de premier ordre l'ont si pleinement confirmé, que je suis quelque peu étonné qu'il ne soit pas plus généralement connu à Paris.

» Sans parler de Skoda, qui l'a étudié avec un grand soin, je citerai M. Fournet (1839) ; M. Chomel, qui dit l'avoir constaté chez la plupart des pleurétiques (*Dict. de méd.*, t. XXV, p. 19) ; et si M. Andral en 1834 l'a regardé comme une rareté, d'un autre côté M. Monneret, dans de belles et consciencieuses recherches, l'a constaté 26 fois sur 39 pleurésies, et sur ces 26, 24 étaient parfaitement simples (*Gaz. méd.*, p. 849). Enfin, dans leur seconde édition (1844), MM. Barth et Roger, qui dans leur première édition (1841) avaient nié l'existence du souffle comme appartenant à la pleurésie, sont revenus de leur erreur. Il n'est donc pas juste de dire avec M. Landouzy que les observateurs ont jusqu'ici manqué à ce phénomène (p. 43 de son mémoire).

» En résumé, mes observations et ces citations tendent, comme vous le voyez, à confirmer les faits énoncés par MM. Landouzy et Ch. Bernard, ainsi que les considérations dont vous les accompagnez. Seulement il m'a paru utile et opportun de les ramener à leur véritable valeur en les rattachant à un ensemble de recherches qui les classent, non comme des faits rares et nouveaux, mais comme de nouvelles confirmations d'une vérité clinique déjà établie par tous ceux qui suivent les progrès de la science, soit dans les livres, soit à la clinique.

» A propos de l'observation si intéressante de M. Ch. Bernard, permettez-moi encore de relever un fait. Je lis à cette occasion que malgré que le poumon fût entièrement refoulé vers la colonne vertébrale, par l'épanchement très-considérable qui remplissait presque toute la cavité thoracique, le bruit respiratoire naturel fut entendu seulement affaibli à travers l'épanchement considérable et des fausses membranes très-épaisses. Avant de donner à la physique un pareil démenti, je me suis demandé s'il n'était pas plus facile d'admettre ici, non une erreur, mais une illusion d'acoustique ? Ne serait-il pas arrivé ici ce que Laënnec avait déjà reconnu, à savoir, qu'on ait perçu le bruit respiratoire exagéré du côté sain, et transmis à travers les parois solides et assez bonnes conductrices de la cage thoracique. Cela me paraît plus possible que la persistance du bruit vésiculaire dans un poumon comprimé, effacé et affaissé ! »

(1) En effet, les souffles amphorique et tubaire sont absolument le même phénomène, à l'intensité près : même cause anatomique, même caractère physique, même signification pathologique et diagnostique ; et M. Landouzy lui-même les confond avec raison à différentes reprises. La nouveauté n'est donc pas là-dedans.

(1) Bien que nous pussions laisser à M. Landouzy le soin de se justifier lui-même de ce reproche, nous devons faire remarquer ici que la mention que le médecin de Reims fait du travail de M. Hirtz est accompagnée d'une citation qui montre précisément la différence de l'interprétation de ce phénomène donnée par ces deux auteurs, et le point nouveau établi par les recherches de M. Landouzy.

« M. Hirtz (de Strasbourg), dit M. Landouzy, qui a publié un excellent mémoire sur le diagnostic de la pleurésie, et qui paraît avoir observé des faits analogues aux miens sous le rapport de l'intensité du souffle, n'hésitait pas à affirmer que « toutes les fois qu'on entend la respiration tubaire » dans la pleurésie, on doit diagnostiquer un épanchement dans lequel le » *poumon plonge encore*. » Or, M. Landouzy cite ce passage précisément pour montrer que tous les observateurs qui avaient constaté l'existence du souffle tubaire dans la pleurésie, avaient fait jusqu'ici de la présence actuelle du liquide dans les plèvres la condition essentielle de ce phénomène, tandis que le but de son travail est de démontrer, au contraire, que le souffle est indépendant de cette condition ; que non-seulement il continue après la thoracentèse, lorsque le poumon se trouve enfermé dans une fausse membrane inextensible, mais que la disparition du liquide peut même augmenter l'étendue de la respiration bronchique, ce phénomène dépendant directement de la condensation du tissu pulmonaire, soit par le liquide seul, soit par un liquide et des fausses membranes, soit par des fausses membranes sans liquide, etc. On comprend toute la différence de ces deux interprétations du même fait au point de vue de sa valeur séméiologique et des indications pratiques qui en découlent. C'était là principalement le point nouveau des recherches de M. Landouzy que nous signalions à nos lecteurs. (*Note du Rédacteur.*)

Fissure à l'anus traitée par l'alcool et le chloroforme.

On se rappelle que M. le docteur Chappelle (d'Angoulême), a communiqué récemment à l'Académie de médecine la formule d'un moyen de traitement qu'il dit avoir employé plusieurs fois avec succès contre la fissure anale. Cette formule consiste dans l'association du chloroforme avec l'alcool dans les proportions de deux parties de chloroforme pour une partie d'alcool, mélange qui est porté à l'aide d'un pinceau de blaireau sur la fissure et les parties voisines. M. le professeur Trousseau a eu l'occasion, ces jours derniers, d'expérimenter ce moyen de traitement sur une malade de son service. Le résultat, sans être décisif en faveur du moyen, nous a paru cependant mériter d'être signalé.

Une jeune femme de vingt-trois ans, couturière, est entrée le 6 mars à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, n° 11, en proie depuis quinze jours à des douleurs très-vives de la région anale, douleurs qu'exaspéraient les efforts pour aller à la garde-robe.

Le 8 mars, deux jours après son entrée à l'hôpital, pendant la visite du soir, elle fut prise d'une syncope occasionnée par une douleur violente en allant à la selle. Il se fit un écoulement de sang peu considérable par le fondement. En déplissant l'anus, on reconnut alors en arrière une fissure saignant avec la plus grande facilité.

Le jour suivant, M. Trousseau prescrivit de porter dans l'anus un pinceau de blaireau trempé dans le mélange suivant :

Alcool. . . . . 5 grammes.
Chloroforme. . . . . 10 —

Cette application fut suivie immédiatement de douleurs très-violentes qui arrachèrent des cris à la malade durant près de dix minutes. Ces douleurs étaient accompagnées de contractions et de relâchements alternatifs du sphincter, qui persistèrent pendant tout le reste de la journée. Mais le soir, on trouva la malade levée et marchant. Bien que ses douleurs du matin eussent été très-vives, elle convint cependant qu'elles avaient été moins violentes et moins prolongées que les douleurs qu'elle éprouvait les jours précédents en allant à la garde-robe. — 15 grammes d'huile de ricin pour le lendemain.

Le 12, la purgation prise la veille à midi n'a fait d'effet que dans la soirée. La malade a commencé à souffrir environ une heure avant d'aller à la garde-robe ; elle a eu une seule selle très-dure. Dans le moment même elle a eu des douleurs modérées ; mais aussitôt après les douleurs ont augmenté, sans atteindre toutefois l'intensité de celles qu'elle avait éprouvées l'avant-veille ; elles étaient tolérables ; elles ont duré ainsi pendant une heure, puis il y a eu de petites douleurs jusqu'à minuit, et à dater de cette heure, la malade a complétement cessé de souffrir.

Le 13, il n'y a point eu de selles et point de douleurs depuis la veille. Une seconde application de chloroforme alcoolisé est pratiquée : elle est à peu près aussi douloureuse que la première ; mais de simples lotions d'eau fraîche ont suffi pour calmer presque aussitôt la malade, qui était enchantée, en comparant son état à celui où elle était après la première application.

Le 14, il y a eu une garde-robe la veille au soir ; la malade a commencé à souffrir une demi-heure après, autant qu'à la suite des selles précédentes ; les douleurs ont duré toute la nuit, et n'ont cessé qu'à son lever à sept heures du matin. La selle avait d'ailleurs été naturelle et facile.

Le soir, elle a eu une nouvelle selle naturelle, sans douleur, ni pendant ni après.

Le 15 s'est passé sans douleur.

Le 16, après une selle naturelle, il est survenu une douleur qui a duré une heure.

Le 17, nouvelle garde-robe le matin, suivie de douleurs plus violentes que celles de la veille, mais qui n'ont duré qu'une demi-heure. — Quatre portions.

Le 18, il y a eu la veille, dans la journée, plusieurs selles liquides sans douleurs. La diarrhée persistait encore dans la matinée du 18, mais sans que la malade accusât aucune souffrance ni pendant ni après les selles. — On prescrit 4 grammes de sous-nitrate de bismuth et quatre portions.

Du 18 au 20, les garde-robes se régularisent, et la malade ne souffrant plus du tout, demande sa sortie qui lui est accordée.

Des injections iodées dans la cavité utérine, dans les cas d'hémorrhagies utérines après l'accouchement.

Un de nos honorables correspondants, M. le docteur Dupierris

(de la Havane), signale à notre attention un moyen qu'il croit appelé à rendre de très-grands services dans les cas d'hémorrhagies utérines après l'accouchement. Ce moyen consiste à pratiquer l'injection, dans la cavité utérine, d'un liquide composé d'un tiers de teinture d'iode et de deux tiers d'eau, dans le but de solliciter la contraction de cet organe.

Déjà, lors de son voyage à Paris, en 1853, M. Dupierris, s'autorisant de plusieurs faits, communiqua à M. le docteur Campbell et à M. le professeur Dubois la certitude qu'il avait de pouvoir arrêter une métrorrhagie puerpérale au moyen d'une seule injection de liquide iodé. Il en fit part également à d'autres médecins de la capitale; mais la plupart lui objectèrent qu'ils craignaient l'action trop excitante du remède. Mais de nouvelles expérimentations, couronnées de succès, l'ont encouragé à appeler de nouveau l'attention des praticiens sur ce moyen, et à les engager à en essayer l'emploi. Des observations recueillies dans une trentaine de cas différents lui ont prouvé l'innocuité du contact de l'iode avec la membrane muqueuse utérine. « J'ai plus de cent fois injecté la teinture d'iode affaiblie par deux tiers de son poids d'eau, dit notre confrère, pour combattre les métrorrhagies provenant de causes différentes en dehors de la gestation. Je n'ai pas tenu compte de quelques cas de métrorrhagies puerpérales, qui m'ont paru trop simples pour en prendre note; je n'ai conservé l'historique que de quatre cas, que je ne relate point ici, attendu qu'ils sont l'objet d'un mémoire que j'ai adressé dernièrement à l'éditeur de la *Revue médicale* de Jefferson; mais je citerai un cinquième cas observé par deux des médecins les plus en renom de cette ville. »

Voici ce fait :

Appelés pour assister Mme Ald... dans ses couches, MM. les docteurs Gutierez et Zayas se pourvurent d'avance de teinture d'iode et d'une seringue convenable pour pratiquer l'injection d'après la méthode de M. Dupierris, dans le cas où il y aurait métrorrhagie, car ils savaient que cette dame, dans toutes ses couches antérieures, en avait été atteinte au point de faire craindre pour son existence; et la dernière fois, il s'en était suivi un état anémique qui avait exigé de grands soins. Ce nouvel accouchement fut accompagné du même accident; les moyens qui, dans les autres cas, avaient réussi à arrêter l'hémorrhagie, furent cette fois inefficaces. M. Gutierez avait encore la main dans la cavité de l'utérus, dont il cherchait à réveiller l'action, lorsque M. Zayas lui présenta le syphon de la seringue chargée de la liqueur iodée, afin qu'il le plaçât convenablement pour faire pénétrer l'injection dans l'utérus. A peine celle-ci eût-elle touché les parois de cette cavité, qu'une violente contraction repoussa la main avec une force irrésistible. Ces messieurs assurent n'avoir jamais vu de suites de couches plus heureuses que celles de Mme Ald... dès l'accomplissement de cette opération.

Toutes les accouchées chez lesquelles a été faite l'injection d'iode, d'après M. Dupierris, ont à peine eu un peu de fièvre de lait à l'époque habituelle; chez toutes les lochies ont coulé avec peu d'abondance, il est vrai, et pendant une durée moindre, mais toujours dans l'ordre le plus régulier; aucune n'a éprouvé de tranchées consécutives; enfin chez aucune d'elles on n'a rien observé qui indiquât que l'économie eût été défavorablement influencée à la suite de l'injection, sans excepter les malades les plus anémiques.

Les faits qui précèdent concourent à démontrer la parfaite innocuité de ce remède; et, pour peu qu'on réfléchisse que l'inertie plus ou moins grande de l'utérus expose la femme à de graves dangers, il sera aisé d'apprécier l'utilité d'un moyen qui supplée aux efforts de la nature, quand celle-ci est impuissante. Il y a plus, ajoute M. Dupierris : sinon un état d'inertie complète de l'utérus, du moins son retour incomplet sur lui-même, pourra donner lieu à un écoulement quelque peu démesuré des lochies, et il pourra même s'ensuivre des tranchées causées par la présence de caillots sanguins, ce qui arrive assez communément, et, dans ce cas on donne quelques excitants à la malade. On a l'air de prendre cet accident pour une chose naturelle, et l'on semble n'en point faire cas; parfois cependant cet état se prolonge et prend une gravité qui réclame les secours de l'art, et on le fait bientôt cesser en administrant le seigle ergoté à petites doses répétées. L'injection iodée, pratiquée une fois chez une négresse qui se trouvait dans ce cas, en proie à des coliques journalières depuis un mois qu'elle était accouchée, eut pour résultat une guérison instantanée.

On vient de voir que, par suite de l'injection iodée, la durée et la quantité des lochies étaient moindres que d'habitude. Si l'on reconnaît, continue M. Dupierris, que les sinus sanguins où plongeaient les cotylédons du placenta se trouvent à peu près étranglés par l'effet de la contraction générale de l'utérus, on devra en déduire que cette partie qui est celle qui fournit les lochies, 1° sous forme sanguine; 2° puis, à mesure que la contraction devient plus complète, sous forme séro-purulente (la contraction est la cause de la diminution proportionnelle des lochies); cette partie la plus délicate, étant aussi celle d'où proviennent les hémorrhagies, sera à la fois la plus prédisposée à l'inflammation et à ses conséquences. Ainsi, produire une contraction utérine parfaite, c'est prévenir une hémorrhagie, c'est aussi prévenir une inflammation.

Nous espérons pouvoir sous peu publier quelques-uns des faits dont M. Dupierris ne donne, dans cette note, qu'un résumé général, et mettre ainsi les lecteurs en mesure de juger par eux-mêmes de la valeur de cette méthode, qui n'a pas été encore, que nous sachions, expérimentée en France dans le cas dont il s'agit.

CAS D'HYDROCÉPHALES CONGÉNITAUX.

Rapport présenté à la Société de chirurgie (séance du 18 mars) par M. le Dr Boinet.

Si en médecine ou en chirurgie on peut nuire en agissant, on peut également nuire en n'agissant pas, et tel est le cas d'hydrocéphalie. Cette affection, qui malheureusement est loin d'être rare parmi les vices de conformation congénitaux, a toujours été considérée comme au-dessus des ressources de l'art, l'évacuation naturelle ou artificielle du liquide entraînant des accidents presque toujours mortels. L'opinion généralement admise est que, tant qu'il n'y a pas d'accidents imminents, on doit s'abstenir de toute opération, attendant pour agir que la mort soit prochaine, et encore, dans cette dernière circonstance, on n'agit pas dans le but de guérir (la guérison est regardée comme impossible), mais dans le but de prolonger la vie, en pratiquant une ponction, et en faisant des ponctions successives. Cette manière de voir nous paraît trop absolue; quelques faits publiés dans les auteurs nous empêchent de l'accepter, et l'observation d'hydrocéphalie guérie par l'injection iodée, que M. le docteur Tournesko (de Bucharest) a adressée à la Société de chirurgie, doit nous faire espérer qu'un certain nombre de cas d'hydrocéphales trouveront un moyen de guérison dans les injections iodées. D'ailleurs cette affection est-elle absolument incurable sans les injections iodées? Nous ne pouvons l'admettre, à moins de rejeter comme faux le succès des opérations consignées dans les observations de divers auteurs : dans celles de Sam-Vosa, qui ponctionne à trois reprises différentes la tumeur; de Hallbrouck, de Syme (1); ainsi qu'un fait rapporté dans *The London medical Review* (january 1846), et un autre dans le *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris* (séance du 20 juin 1850) par notre collègue M. Chassaignac. Sur sept cas d'hydrocéphale traités par la ponction, Adams aurait réussi cinq fois. A chaque ponction la quantité de liquide diminuait, et la tumeur finissait par se réduire au volume d'une noix, et n'était plus alors constituée que par des parties solides. D'autres faits de guérison d'hydrocéphales par la ponction sont encore consignés dans la *Gazette des Hôpitaux* (2). Dans l'un de ces faits, qui appartiennent à M. Bédor (de Troyes), la ponction fut pratiquée neuf fois, dans l'espace de quatre mois, sur un enfant de quatorze mois. La première ponction avait donné issue à un litre de sérosité. Graefe a également obtenu un succès sur un enfant de quatre mois qu'il a ponctionné onze fois dans une année. Cet enfant, qui était bien portant, fut présenté à l'âge de deux ans et demi à la Société de médecine de Berlin (3).

En 1837, le docteur Hofbing en rapporte un cas, dont la guérison fut due à une cause assez singulière : à une fracture du crâne. L'enfant était âgé de cinq ans. Pendant huit jours l'écoulement du liquide fut assez abondant, et diminua ensuite peu à peu. Deux ans après cet accident, la santé de l'enfant était excellente (4).

M. Conquest (de Londres) a publié en 1838 (5) dix-neuf observations d'hydrocéphales traités par la ponction, sur lesquelles il aurait obtenu neuf guérisons. Chez un enfant de deux mois et demi, la ponction fut répétée quatre fois en un mois, et la guérison la plus complète fut obtenue par le docteur Kilgour (d'Edimbourg).

De son côté, le docteur West a publié dans le *London medical Gazette* un mémoire renfermant 56 cas d'hydrocéphale traités par la ponction. Dans plusieurs cas cette opération a procuré des guérisons radicales.

Enfin, M. Monod (6) compte aussi un succès par la ponction chez un enfant de quatorze mois. Le fait de M. Chassaignac est surtout curieux à cause des circonstances qui l'ont accompagné. Ce chirurgien, croyant avoir affaire à un kyste du cuir chevelu, ouvrit une hydrocéphale; il ne reconnut son erreur qu'au moment où, en exerçant une forte traction sur les parois de la poche, il vit apparaître de la substance cérébrale, entraînée par les parois de cette poche, qui n'était autre que la dure-mère elle-même. Il craignait que cette fâcheuse méprise n'eût les conséquences les plus graves, mais ses appréhensions furent trompées; tout s'est borné à une suppuration de quelques semaines, après lesquelles le rétablissement a été complet. Six mois après cette opération, tout portait à croire que la guérison était définitive.

Ces succès ne seraient-ils pas plus apparents que réels, plus passagers que définitifs, et autorisent-ils, dans les cas d'hydrocéphalie, à pratiquer la ponction? Quant à la réalité des guérisons obtenues par la ponction, elle est indubitable; malheureusement elles sont très-rares, relativement au grand nombre d'individus hydrocéphales; mais cette rareté dans le succès est-elle une raison pour ne rien tenter et pour abandonner les malades à eux-mêmes? Nous pensons, au contraire, que c'est dans les maladies où les guérisons sont les plus rares, dans celles où l'on n'a rien à perdre, qu'il est permis, qu'il est même recommandé d'expérimenter les nouvelles méthodes.

Un fait qui ressort des cas d'hydrocéphales guéris, c'est qu'il est important de chercher à établir une distinction entre les cas curables et ceux qui ne le sont pas. Ainsi, on peut dire *à priori* que la guérison est rare, très-rare, peut-être impossible, dans les hydrocéphalies aiguës, congénitales, dans celles où l'hydropisie siége dans les ventricules du cerveau, parce que ces cas coïncident presque toujours avec une altération de cet organe; qu'elle est possible, et qu'elle a été observée lorsque l'hydropisie de l'arachnoïde ne se propage pas aux ventricules cérébraux et qu'elle est bornée à la partie de cette membrane séreuse en rapport avec les hémisphères; lorsqu'elle permet aux enfants de vivre pendant plusieurs mois, qu'elle se forme lentement et graduellement; en un mot, quand elle passe à l'état chronique, qu'elle soit congéniale ou acquise : dans ces cas, l'opération est indiquée et doit être pratiquée malgré les rares succès qu'elle fournit.

S'il y a pour certains cas d'hydrocéphale impossibilité radicale de guérir, il y en a d'autres où l'impossibilité tient peut-être à l'imperfection des moyens employés; et si l'on en trouvait qui fussent inoffensifs en même temps qu'ils offriraient des chances de réussite, il faudrait s'empresser d'y recourir. Les injections iodées semblent offrir ces chances de succès. L'observation qui vous a été adressée par notre honorable confrère M. Tournesko, est un exemple remarquable d'hydrocéphale guéri par l'injection iodée. Déjà M. Brainard, président du collége médical de Chicago (Illinois), les avait appliquées pour guérir cette maladie. Comme ces deux faits sont les seuls connus dans la science, et qu'ils sont intéressants sous plusieurs rapports, nous croyons devoir les rapporter avec tous les détails donnés par les auteurs, afin que la Société puisse se former une opinion sur la valeur de la méthode employée.

Voici l'observation qui vous a été adressée par M. Tournesko, par l'entremise de notre collègue M. Broca.

« Ce qu'on France et en Angleterre, et peut-être aussi en Allemagne, on n'a pas encore osé faire, je viens de le tenter ici, à Bucharest, avec un succès qui paraît être jusqu'à ce moment des plus beaux; je veux parler de l'*injection iodée* dans la cavité crânienne. Voici le fait :

» Chirurgien de l'hôpital civil de Koltsa, à Bucharest, j'ai eu l'occasion d'opérer pendant les deux derniers mois, en présence de mes confrères les docteurs Polyzo, médecin en chef de l'hôpital de la Philanthropie, et Georganta, médecin des prisons de Bucharest, deux enfants d'hydrocéphale congénitale.

» Le premier enfant ne présente rien de remarquable. Il était âgé d'un an; il ne voyait pas; il ne remuait qu'à peine ses membres inférieurs, frappés d'atrophie et presque insensibles; la périphérie occipito-frontale de sa tête était de 59 centimètres. Après une première ponction et la sortie de 10 onces de sérosité, la tête, malgré la compression que j'ai pratiquée aussitôt après l'opération, ne tarda pas à reprendre (en vingt-quatre heures) son volume primitif. Trois jours après la première ponction j'en ai fait une seconde, j'ai tiré la même quantité de liquide et j'ai eu presque le même insuccès, puisque trois jours plus tard la sérosité remplit de nouveau l'intérieur du crâne, qui ne m'offrit que 1 centimètre et demi de diminution dans sa circonférence. C'est alors que j'ai songé à une injection de teinture d'iode; mais la mère, découragée, ne voulut plus soumettre son enfant à une nouvelle tentative, et partit pour son village avec son fils, du reste bien portant.

» Le second hydrocéphale n'avait, lors de l'opération, que deux mois à peine, et sa tête me donna 56 centimètres et demi de circonférence. A la première ponction, je n'ai laissé s'écouler que 11 onces de sérosité. Vingt-quatre heures plus tard, le liquide remplissait complétement le crâne; une nouvelle ponction fut pratiquée le surlendemain, et cette fois j'ai tiré tout ce que j'ai pu de liquide de la cavité crânienne, c'est-à-dire 24 onces de sérosité, et immédiatement après j'ai fait une injection de teinture d'iode. L'enfant pâlit et poussa plusieurs cris. Les jours suivants il eut de la fièvre et une constipation contre laquelle je n'ai prescrit que le calomel. Dix jours plus tard la fièvre cessa, et le vingt-troisième jour après l'injection iodée, l'enfant fut présenté par sa mère devant MM. les docteurs Arsaki, éphore des hôpitaux civils de la principauté de Valachie, et le proto-médicus Goussy, et sa tête mesurée ne donna que 44 centimètres de circonférence, circonférence normale à peu de chose près, puisque la tête des enfants du même âge bien conformés oscille, d'après mes propres mensurations, entre 41 et 43 centimètres. Quinze jours après cet examen, la tête me donna la même périphérie, et l'enfant, sauf une légère bronchite, jouit d'une santé parfaite.

» Voici maintenant quelques détails relatifs à la ponction ainsi qu'à l'injection iodée :

» 1° Le trocart dont je me suis servi était d'un très-gros calibre;

» 2° Je l'ai introduit à une profondeur de 5 centimètres et demi;

» 3° J'ai ponctionné la partie latérale de la suture fronto-pariétale, comme le point le plus rapproché des ventricules.

» 4° La direction de ma ponction a fait un angle de 45 degrés avec l'horizon.

» 5° Le liquide injecté était ainsi composé : teinture d'iode, 12 gram., eau distillée, 24 gram. J'ai injecté le tout, et je n'ai retiré que la huitième partie, après avoir remué en différents sens la tête de l'enfant.

» Cette lettre a été écrite le trente-huitième jour après l'opération. Si l'on peut établir une analogie entre l'hydrocèle et l'hydrocéphale traitées par le même agent irritant, il est permis de considérer la diminution de la tête de l'enfant comme définitive, quoiqu'une récidive au bout de trois ou même de six mois ne soit pas absolument impossible. Quoi qu'il en soit, cette tentative prouve d'une manière incontestable que la teinture d'iode introduite dans une cavité aussi délicate que celle du crâne n'est pas nécessairement suivie d'accidents graves, et peut trouver ses applications dans bon nombre de cas. »

Comme le fait remarquer M. Tournesko, sa lettre a été écrite le trente-huitième jour après l'injection iodée dans le crâne; mais ce laps de temps est suffisant pour permettre d'espérer que la guérison sera radicale, si l'on peut établir une analogie entre l'hydrocèle et l'hydrocéphale traitées par le même agent irritant, quoiqu'une récidive au bout de trois ou même de six mois ne soit pas absolument impossible. Un autre fait qui frappe l'attention, c'est que la teinture d'iode, injectée dans une cavité aussi délicate que celle du crâne, n'est pas nécessairement suivie d'accidents graves. On remarque aussi la diminution rapide de la tête, qui, mesurée le vingt-troisième jour après l'injection, avait diminué de 12 centimètres et demi. Les seuls phénomènes qui ont accompagné et suivi cette injection dans le crâne ont été la pâleur de l'enfant, plusieurs cris et une fièvre qui a duré dix jours; et un mois et huit jours après cette opération l'enfant jouissait d'une santé parfaite. Il serait important de savoir ce que deviendra cet enfant, et si la guérison se maintiendra. Notre collègue M. Broca, qui est en relation avec M. Tournesko, sera peut-être à même de nous donner plus tard quelques renseignements sur ce jeune malade.

Cette application de l'injection iodée au traitement de l'hydrocéphale n'est pas la première, comme semble le croire M. Tournesko; déjà M. Brainard, président du collége de Chicago (Illinois), vous a communiqué un cas d'hydrocéphale qu'il avait pratiqué sans accident et dans l'espace de sept mois, 21 injections iodées; seulement dans ce cas, le résultat n'a pas été aussi favorable que dans celui de notre confrère de Bucharest, mais il faut ajouter que dans le cas de M. Brainard, l'hydropisie siégeait jusque dans les ventricules, ainsi que l'autopsie est venue le démontrer; voici d'ailleurs cette intéressante observation, qui a été

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. X, p. 456.
(2) *Gaz. des Hôp.*, n° 39, p. 156; n° 147, p. 488. — 1831.
(3) *Arch. gén. de méd.*, 1832, t. XXVIII.
(4) *Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. XV.
(5) *Gaz. des Hôp.*, 16 mai 1840, p. 230.
(6) *Gaz. des Hôp.*, 3e série, t. II, n° 115, p. 458.

communiquée à la Société de chirurgie en 1854, et que j'ai rapportée avec tous ses détails dans mon *Traité d'iodothérapie*, à la page 141.

Le sujet était une petite fille de quatre semaines, très-faible, dont la tête avait 19 pouces de circonférence, au niveau des protubérances frontales et pariétales; les os du crâne n'étaient qu'imparfaitement formés. Du 13 octobre au 14 avril 1849, c'est-à-dire dans l'espace de sept mois, M. Brainard fit 21 injections iodées, contenant ensemble 6 grammes 25 d'iode, et 18 gr. 35 d'iodure de potassium. Dans les premières opérations, le chirurgien ne retira qu'une quantité de liquide égale (environ 2 gr. de sérosité) à la quantité de solution qu'il devait injecter. Dans la dernière, il retira des quantités de sérosité variant de 180 à 360 grammes, et injecta jusqu'à 30 grammes de liquide iodé. La première injection contenait 3 milligrammes d'iode, et 6 milligrammes d'iodure de potassium.

Dans aucun cas, ces injections, qui furent faites d'abord tous les quinze ou vingt jours, ensuite tous les cinq ou six jours, ne produisirent de douleur, excepté lorsqu'on perçait les téguments en faisant la ponction. A part la réaction, qui commençait douze à vingt-quatre heures après l'opération et durait de 48 à 72 heures, il n'y eut pas d'accidents. L'iode était rapidement éliminé par toutes les sécrétions, et l'on n'en trouvait jamais de traces dans la sérosité encéphalique. Pendant la réaction, la tête était tendue, chaude; quand la chaleur diminuait, le volume de la tête diminuait aussi. Pendant les cinq premiers mois du traitement, la santé de l'enfant s'améliora d'une manière très-remarquable; la figure, qui dans le principe était maigre, s'arrondit; la peau de la tête prit l'aspect naturel et se couvrit de cheveux. L'enfant engraissa, et ses membres acquirent de la force.

Bref, l'enfant mourut avec les symptômes caractéristiques de la dernière période de l'hydrocéphale, engourdissement, somnolence. Pour diminuer ces symptômes, M. Brainard eut recours à deux ponctions sans injection iodée; ces ponctions procurèrent peu de soulagement, et eurent des suites plus graves que celles résultant de l'injection. La mort arriva le 14 mai 1850, à la suite de convulsions.

A l'autopsie, on trouva 1,200 grammes de sérosité limpide, presque entièrement contenue dans les ventricules. Il n'y avait qu'une légère couche à la surface du cerveau. Les circonvolutions des hémisphères cérébraux étaient effacées, et ceux-ci formaient une immense cavité, dont la surface interne n'était pas tapissée par une membrane. A la paroi inférieure de cette cavité était le plexus choroïde hypertrophié, et présentant l'apparence d'une agglomération de follicule muqueux plutôt que l'apparence normale de la membrane; entre le cerveau et le cervelet, il y avait un kyste du volume d'une petite prune. Au fond de ce kyste était une petite surface formée d'un tissu semblable sous tous les rapports au plexus choroïde de la grande cavité.

Si le fait de M. Brainard n'est pas un exemple de guérison complète, il prouve au moins, avec celui de M. Tournesko, l'innocuité des injections iodées, qui peut-être auraient eu un meilleur succès si les lésions graves qu'a révélées l'autopsie n'avaient pas existé. Ces deux faits, et celui de notre confrère de Bucharest surtout, n'en sont pas moins de nature à encourager à faire ces injections iodées dans les cas où l'hydropisie de l'arachnoïde ne se propagerait pas aux ventricules du cerveau, et où cet organe n'aurait subi aucune altération dans son développement.

Nous croyons donc pouvoir conclure de ces deux seuls faits que les injections iodées, faites avec les précautions nécessaires, sont non-seulement innocentes, mais efficaces dans le traitement de certaines hydrocéphalies, lorsqu'elles ne sont pas compliquées d'altération grave de la substance encéphalique.

OPÉRATION D'UNE HERNIE OMBILICALE ÉTRANGLÉE

chez M. Couronné, directeur de l'École de médecine de Rouen.

Par M. le docteur Gressent.

L'opération de la hernie ombilicale après étranglement a d'ordinaire une issue assez malheureuse pour que ce soit une bonne fortune de publier un succès en semblable matière.

Quand cette opération conserve à sa famille un homme éminent par son caractère; à une grande cité et à un vaste hôpital qui furent pendant trente-cinq ans le double théâtre de son zèle et de son talent, un médecin justement renommé pour l'étendue de son savoir et la maturité de son expérience; à une Ecole de médecine un directeur vénéré, il est bien permis de signaler la main habile à laquelle est dû un succès si précieux. Je ne saurais céder ce soin à personne.

Voici donc dans quelles conditions M. Leprêtre, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen, fut appelé à opérer d'une exomphale étranglée M. Couronné, médecin en chef de l'Hospice général de Rouen.

Jusqu'à l'âge de quarante-cinq ans, M. Couronné, aujourd'hui parvenu à la soixantaine, avait pu dominer les tendances d'un tempérament lymphatique bien accusé, et les rudes labeurs incombant à tout praticien qui mène de front un service d'hôpital, un enseignement et une clientèle étendue, ne l'avaient point préservé d'un brillant embonpoint.

Vers cet âge, en même temps qu'une hernie ombilicale, apparaissait une bronchite intense, et surtout tenace. C'était le début d'une affection des voies aériennes qui, après une apparition régulière chaque hiver, prit, sous la forme de bronchorrhée, un droit de domicile inamovible, surtout à partir de 1852, époque à laquelle une pneumonie grave mit en danger les jours de M. Couronné.

Cette dernière maladie, après une assez longue convalescence, ne laissa toutefois aucune trace de son passage; mais la bronchorrhée reparut bientôt pour prendre chaque année des proportions graduellement plus sérieuses, et l'été de 1855 fut impuissant à modérer la toux fréquente et opiniâtre, l'expectoration difficile de mucosités visqueuses, et surtout la dyspnée habituelle. Celle-ci s'accrut même sous l'influence des plus fortes chaleurs de juin, à tel point que l'hématose fut évidemment compromise; des phénomènes de congestion vers les centres nerveux ne laissèrent point de doute à cet égard. A cette circonstance se rapportait sans doute une asthénie musculaire générale, surtout prononcée dans les membres inférieurs.

A l'automne de la même année, sur l'avis de M. le professeur Andral, M. Couronné dut quitter le climat de Normandie et aller demander à l'air des Pyrénées le modificateur que la thérapeutique n'avait pu lui fournir. Après cinq mois de séjour à Pau et l'usage discret pendant le même temps de l'eau de Bonnes, il revenait à Rouen le 10 mai dernier, les bronches taries, ne toussant plus, et jouissant d'une puissance de respiration qui lui était depuis longtemps inconnue; mais il avait notablement maigri, et la faiblesse musculaire des membres inférieurs s'était sensiblement accrue.

Cependant, l'époque de la tournée du jury médical de la Seine-Inférieure réclamait de M. Couronné l'accomplissement d'un devoir. Si pénible qu'il fût, eu égard à l'état de sa santé, il n'hésita pas à s'engager dans l'exercice d'une fonction à laquelle il tenait particulièrement. Mais deux fois, à dix jours de distance, le bandage, qui avait parfaitement contenu l'exomphale depuis son apparition, fait défaut, et la hernie s'échappe à travers une éraillure de la ligne blanche, en dehors et à droite de l'anneau ombilical. Lors du premier accident, qui se produisait à peu de distance de Rouen, M. Couronné put facilement rentrer chez lui, et, par quelques efforts de taxis, obtenir lui-même une facile réduction; mais au second accident, qui survenait à Londinières, près de Dieppe, plusieurs tentatives de réduction, pratiquées d'abord par le malade, puis renouvelées par M. le docteur Desbois, son collègue du jury, demeurèrent assez longtemps inefficaces, jusqu'au moment où de vives douleurs abdominales signalant une situation plus sérieuse, un vomissement inopiné vint amener une heureuse solution et permettre à M. Couronné de terminer sa tournée.

De retour à Rouen, son premier soin est de faire modifier son bandage. L'amaigrissement survenu à la suite du séjour dans le Midi nécessitait évidemment quelques changements dans les conditions de cet appareil; ce qui était d'autant plus urgent que très-prochainement le directeur de l'Ecole de médecine de Rouen était appelé à Caen pour la session du conseil académique.

Le 10 juin, en effet, M. Couronné partait pour Caen dans des conditions qui semblaient lui promettre un heureux séjour. Mais après un voyage facile, une nuit calme, le mardi 11, à son réveil, il constate l'issue de sa hernie, qui est plus volumineuse, plus tendue que dans les deux circonstances précédemment signalées. Pendant cette journée, le taxis fréquemment renouvelé, les bains prolongés, les cataplasmes sédatifs et narcotiques, les lavements purgatifs, tout échoue pour conjurer le danger de l'étranglement.

Dans l'après-midi, M. le docteur Vatel, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen, collègue du malade au conseil académique comme directeur de l'Ecole de médecine de Caen, vient le voir et constate une situation alarmante. M. Leprêtre, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen, est mandé le soir, et ces messieurs arrêtent que pendant toute la nuit de la glace sera constamment maintenue sur la région ombilicale.

Le mercredi 12, à six heures du matin, l'étranglement persiste, les vomissements commencent, le pouls faiblit, les traits s'altèrent; le ventre, toutefois, n'est ni météorisé ni douloureux. Un nouveau bain est prescrit. Vers neuf heures, MM. Vatel et Leprêtre reviennent, accompagnés de M. Rouland, chirurgien distingué de Caen. Le chloroforme est employé pour favoriser une dernière tentative de taxis, mais en vain. Après quelques instants de débat sur la résolution à prendre, l'opération est proposée par M. Leprêtre. Le malade l'accepte, ou plutôt décide qu'elle sera faite immédiatement, bien convaincu, comme son chirurgien, que la temporisation en semblable circonstance est trop souvent la principale cause des insuccès.

Vers dix heures, M. Leprêtre procède à l'opération. En trois minutes, elle est terminée. Une incision cruciale aussi limitée que possible découvre le sac; par une petite ouverture de ce dernier, l'intestin est mis à nu; l'éraillure aponévrotique formant anneau constricteur est dilatée, plutôt à l'aide du doigt que par l'instrument tranchant (circonstance sans doute plus douloureuse, dit M. Couronné, mais plus sûre, d'après l'opérateur), et la réduction de l'intestin est obtenue dans les conditions les plus heureuses.

Pas un incident regrettable ne vient troubler les suites de cette opération jusqu'au cinquième jour. Alors toute sécurité paraît acquise contre les accidents consécutifs du côté du ventre. La plaie offre l'état et l'aspect les plus rassurants. Une alimentation déjà réparatrice est parfaitement supportée. Pas de fièvre. Mais, vraisemblablement sous l'influence du décubitus dorsal prolongé, la respiration s'embarrasse, une irritation bronchique assez vive se manifeste, accompagnée de réaction fébrile et de troubles digestifs; par suite, les phénomènes de nutrition languissent, le malade est affaibli par une transpiration excessive. Toutefois, après quelques jours de diète et l'emploi de boissons béchiques et expectorantes, il est permis de revenir à un régime plus substantiel. La plaie, qui n'a cessé de se bien comporter malgré tous ces incidents, tend chaque jour à une cicatrisation plus prochaine. Vers les derniers jours de juin, le succès de l'opération est assuré. L'affection bronchique seule semble devoir retarder de quelques jours la parfaite convalescence.

Le 3 juillet, en effet, M. Couronné, faible encore, quittait Caen, sur l'avis de son opérateur et celui des médecins qui lui avaient prodigué pendant sa maladie les soins les plus affectueux et les plus dévoués. Le soir, il était de retour à Rouen (*Gazette hebdomadaire.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 mars 1857. — Présidence de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Kyste hydatique du foie traité par l'injection iodée. — M. Chassaignac, après avoir cédé le fauteuil de la présidence à M. Larrey, présente un homme qu'il a traité d'un kyste hydatique du foie. Lorsque ce malade entra à l'hôpital, il ressentait des douleurs dans sa tumeur, qui prenait un accroissement rapide, et sa santé générale était très-altérée.

Le 22 septembre dernier, huit jours après une ponction exploratrice, M. Chassaignac fit dans le kyste une injection iodée. Après l'opération, le malade resta assez longtemps souffrant et sujet à des accès de fièvre; mais enfin il finit par guérir, et jouit aujourd'hui d'une santé parfaite.

En examinant la région du foie, on trouve des cicatrices résultant d'applications de caustique de Vienne, qui avaient été faites en prévision du cas où il aurait fallu pratiquer une ouverture, et l'on peut constater que la matité hépatique est encore un peu plus étendue qu'à l'état normal.

M. Voillemier, dans les cas de kystes hydatiques du foie qu'il a eu à traiter, a obtenu la guérison au moyen de la ponction simple, après l'écoulement d'un liquide séreux; mais plus tard il y eut des récidives. Il pense qu'on doit s'attendre à une récidive sur le malade de M. Chassaignac, non pas, sans doute, dans le kyste même qui a été injecté, mais dans un autre point de l'organe. Il faut donc attendre encore avant d'admettre une guérison définitive.

M. Robert demande quelques détails sur les symptômes de la maladie et le traitement qui a été suivi.

M. Chassaignac répond qu'au commencement il ne savait pas si le kyste que présentait le malade était de nature hydatique; mais que, le voyant augmenter, il y fit une ponction exploratrice pour lever ses doutes. Il ne sortit pas d'hydatides, mais un liquide parfaitement transparent et non coagulable par la chaleur, ce qui constitue un signe pathognomonique des acéphalocystes. Huit jours après, M. Chassaignac pratiqua une nouvelle ponction, qui donna issue à une assez grande quantité de liquide semblable au premier; puis il fit une injection composée d'un tiers de teinture d'iode et deux tiers d'eau avec un peu d'iodure de potassium. Après l'injection, la tumeur se reproduisit; pendant plusieurs mois il y eut de l'inappétence, des accès fébriles, mais enfin le malade alla mieux et finit par guérir, du moins peut-il être aujourd'hui considéré comme guéri.

M. Robert pense que les différences qui existent entre les kystes hydatiques du foie, les uns contenant une seule grosse hydatide, tandis que les autres en renferment des centaines de toutes les grosseurs, peuvent influer sur les résultats des traitements employés. Il ajoute que la ponction exploratrice aurait peut-être suffi sans l'injection pour amener la guérison.

Sur un malade qui lui était adressé par M. Legroux, M. Robert fit une ponction exploratrice, qui donna issue à un liquide transparent, légèrement salé, incoagulable par la chaleur et l'acide nitrique, caractéristique, en un mot, des kystes hydatiques. En conséquence, M. Robert était décidé à traiter ce malade par la méthode de Récamier; mais le malade quitta l'hôpital par crainte du choléra, qui régnait alors. Il revint un an après, sa tumeur n'avait pas reparu, et, après plusieurs années, la guérison ne s'est pas démentie. Depuis cette époque, M. Robert a observé un fait semblable sur une femme; M. Cruveilhier en a rapporté un autre.

Dans ces différents cas, si les kystes s'étaient remplis, qu'aurait-il fallu faire? L'injection iodée. Mais la guérison ne peut avoir lieu que par adhérence des parois de la cavité; et s'il existe plusieurs poches hydatiques, celles qui n'ont pas été touchées par le trocart empêchant le rapprochement des parois, la guérison ne peut avoir lieu malgré l'injection iodée. Il faut donc être très-réservé quand il s'agit d'admettre une guérison radicale.

M. Giraldès demande si on a fait l'examen microscopique du liquide trouvé chez le malade de M. Chassaignac. Cet examen aurait seul pu démontrer l'existence des hydatides en montrant soit les hydatides elles-mêmes, soit au moins les crochets qui ne manquent jamais.

M. Chassaignac n'a pas fait l'examen microscopique des liquides, mais il ajoute à ce qu'il a déjà dit que le liquide de la seconde ponction était très-légèrement albumineux.

M. Richard regarde comme certain qu'on peut guérir les kystes hydatiques par l'injection iodée. Indépendamment des faits rapportés par M. Aran, il en cite un qui lui est propre. Une femme était affectée d'une poche hydatique énorme du foie; il l'évacua à l'aide de la ponction, et fit une injection iodée. La malade guérit; mais quelques mois après elle revint avec une tumeur grosse comme le poing dans le lobe droit du foie. La ponction pratiquée dans cette tumeur fournit un liquide transparent et contenant des crochets. M. Richard, qui s'occupait alors des injections alcooliques, injecta 12 grammes d'alcool, qu'il laissa dans le kyste; il survint des symptômes inflammatoires qui n'eurent rien d'alarmant; la tumeur se développa, puis elle se mit à diminuer, et la guérison fut complète.

M. Boinet répond à ce qu'a dit M. Robert sur la curabilité des kystes hydatiques par l'injection iodée, qu'il ne sait pas comment se fait la guérison, mais qu'il l'a plusieurs fois obtenue. Dans ces cas, l'injection iodée ne produit aucun symptôme fâcheux, la tumeur disparaît et le malade revient à la santé; M. Boinet ne sait pas si plus tard il y a eu des récidives, mais toujours est-il qu'il y a eu des guérisons. La récidive peut, du reste, être plus apparente que réelle. S'il existe plusieurs kystes, ceux qui n'ont pas été injectés se développeront plus tard et feront croire à une récidive.

Enfin M. Boinet ajoute que l'accolement des parois n'est pas nécessaire pour la guérison. Elle se fait par retrait et froncement de la membrane kystique. Dans une autopsie faite dans le service de M. Briquet, il a trouvé la membrane d'un kyste, qui avait été opéré, revenue sur elle-même, et renfermant encore des débris d'hydatides.

M. Guersant a opéré quatre fois des kystes hydatiques sur des enfants. Il les a toujours ouverts au moyen du caustique de Vienne, et n'a obtenu la guérison qu'après l'évacuation complète des acéphalocystes, évacuation toujours longue, qui était favorisée par les secousses de la toux, les efforts, et que l'on aidait en faisant des injections, et en retirant, à l'aide de pinces, les débris qui pouvaient se présenter.

M. Verneuil s'élève contre l'emploi des caractères chimiques du liquide, comme signe diagnostic des kystes hydatiques. En effet, ce liquide, qui ne se coagule pas dans les premiers temps, peut plus tard devenir coagulable, sa coagulation n'est donc pas une raison de repousser l'idée d'hydatides. Le seul signe pathognomonique est la présence de l'animal, ou de ses crochets dans le liquide, et il est toujours facile de les trouver quand ils existent. Dans un liquide provenant d'un kyste hydatique, et qui paraissait clair comme de l'eau de roche, M. Verneuil a vu se former un dépôt granuleux parfaitement visible, ressemblant à une couche de grains de semoule transparente, dont chaque grain

était un échinocoque ; les crochets aussi étaient bien visibles. Dans les cas où la ponction a amené la guérison, tous les échinocoques avaient été évacués, et il ne restait que la membrane ; il n'est même pas impossible qu'elle ait disparu, et l'ouverture du kyste n'aurait peut-être pas fait plus, car on ne parvient pas toujours à enlever la totalité de la poche.

M. Verneuil ajoute que les kystes hydatiques du foie sont souvent multiples ; pour lui, il en a vu trois ou quatre dans le même organe, jamais plus. Dans ce cas, la récidive doit nécessairement arriver.

M. BOINET n'hésite pas à regarder comme un signe de kyste hydatique la présence d'un liquide clair comme de l'eau de roche et non coagulable. Suivant lui, la guérison a lieu après l'injection parce que le liquide injecté détruit les acéphalocystes, qui sont ensuite résorbés ; mais si on a fait une ouverture permanente, il faut que tout soit enlevé avant que la guérison puisse arriver.

M. DEMARQUAY avait, il y a huit mois, opéré, dans le service de M. Monod, un kyste hydatique de la cuisse. La ponction avait donné issue à des hydatides, et avait été suivie d'une injection iodée. Le malade, qui était sorti de la maison de santé dans un état satisfaisant, revint dernièrement avec sa tumeur, qui s'était reproduite. Sous la partie superficielle qui était fluctuante, on sentait une portion dure qui fit décider l'extirpation de la tumeur.

M. Demarquay essaya l'emploi de l'amylène, qu'il fit respirer sur une compresse roulée en cornet, dont la base enveloppait la bouche et le nez ; mais au bout de seize minutes, il n'y avait aucun effet sensible, quoiqu'il y ait eu 80 grammes d'amylène d'employés, et il fallut recourir au chloroforme. Avant de procéder à l'opération, M. Demarquay fit une ponction exploratrice, qui donna issue à du pus mêlé d'hydatides ; alors il se contenta d'agrandir l'ouverture et de vider la tumeur. La base dure qu'on avait sentie était formée par une accumulation d'acéphalocystes rassemblés à la partie déclive. Les hydatides étaient vivantes quoique plongées dans le pus.

M. CHASSAIGNAC fait observer que, chez son malade, l'amélioration de la santé générale peut faire espérer une guérison définitive.

M. LARREY, avant de clore la discussion sur les kystes acéphalocystes, invite M. Chassaignac à présenter de nouveau son malade à la Société, lorsqu'il jugera qu'un laps de temps assez long s'est écoulé pour confirmer la guérison.

J'ajouterai, pour ma part, dit M. Larrey, qu'ayant observé assez peu de ces kystes, j'en ai cependant rencontré un qui me paraît pouvoir être indiqué à propos. Voici le fait :

Un militaire était entré au Val-de-Grâce en 1853 pour une tumeur de la hanche droite, siégeant au niveau même du grand trochanter, attribuée à une cause mécanique déjà ancienne, parvenue à peu près au volume du poing, doublée de parois épaisses, et offrant une fluctuation profonde tout à fait indolente. Le diagnostic douteux de cette tumeur m'engagea à y faire une ponction exploratrice, d'où s'écoula un liquide incolore, transparent comme l'eau la plus pure, et reconnu ensuite incoagulable par l'analyse chimique. C'était donc un kyste acéphalocyste ; mais après cette simple ponction, il se reproduisit promptement. Une ponction nouvelle, suivie d'une injection iodée, donna lieu à une inflammation non pas adhésive, mais suppurante, qui me décida aussitôt à ouvrir la poche par une large incision. Le kyste se présenta de lui-même sur les bords de la plaie, d'où il fut détaché sans peine et tout d'une pièce. Ses parois étaient d'une épaisseur considérable, et son fond contenait une masse d'hydatides tassées ensemble. La cicatrisation s'effectua ensuite sans incident notable.

De ce fait et de bien d'autres, connus plus spécialement de M. Boinet, nous pourrions conclure que l'injection iodée des kystes acéphalocystes n'assure pas la guérison par une inflammation adhésive, si elle ne tend même à provoquer une inflammation suppurative.

Amylène.

M. GIRALDÈS revient sur l'emploi de l'amylène dans l'observation de M. Demarquay, qui a usé sans résultat 80 grammes de ce liquide ; il demande comment il l'a employé.

M. DEMARQUAY répond qu'il employait, comme pour le chloroforme, une compresse ou cornet renfermant une éponge sur laquelle on versait le liquide. Le malade a respiré pendant seize minutes les vapeurs amyléniques, sans éprouver autre chose qu'un léger engourdissement.

M. GIRALDÈS fait observer qu'en s'y prenant de la sorte l'amylène, qui est très-volatil, disparaissait à mesure qu'on le versait ; c'est ce qui est arrivé dans une expérience de M. Rigaud. En employant un appareil convenable, l'anesthésie aurait été facilement obtenue.

M. VOILLEMIER a employé l'amylène sur dix malades, et toujours avec succès ; la plus longue durée de l'amylénation a été de onze minutes : il employait un cornet dans lequel il plaçait une boulette de charpie pour recevoir le liquide. Sur une femme, l'anesthésie est arrivée en une minute et demie ; sur cette même malade, le chloroforme l'avait produite en une minute. Les phénomènes observés ont été les mêmes qu'avec le chloroforme.

Trois fois M. Voillemier a expérimenté l'amylène sur lui-même ; il n'a presque pas senti l'odeur de la substance en la respirant, et les sensations qu'il a éprouvées étaient les mêmes qu'avec le chloroforme. Le résultat s'obtient plus vite quand on emploie un appareil.

M. GIRALDÈS signale l'importance, dans les expérimentations, de connaître le degré d'ébullition de l'amylène qu'on emploie. Celui qui bout à 50° a peu d'odeur, et produit peu d'effet ; il en est tout autrement s'il bout à 39°. Plus le point d'ébullition est bas, plus l'amylène a d'odeur et plus il est actif. Mais il est important, à cause de sa volatilité, de l'employer dans un appareil fermé, et le meilleur est celui dont on se servait pour l'éther.

M. ROBERT partage l'opinion de M. Giraldès. Pour obtenir un bon résultat, il faut :

1° Employer un bon appareil ;

2° Accélérer les inhalations.

On doit prolonger l'amylénation lorsque l'opération a quelque durée, parce que les effets de l'amylène cessent promptement. Une fois, il a fallu à M. Robert une demi-heure pour obtenir l'anesthésie ; mais généralement il suffit d'une ou deux minutes. L'insensibilité et la résolution sont moins complètes qu'avec le chloroforme, et se dissipent plus vite. Dans un cas d'extirpation de glande mammaire, l'action a duré huit minutes ; dans une opération de calcul vésical, elle dura un quart d'heure, mais il fallut prolonger les inhalations.

A peine l'opération terminée, l'intelligence revient très-vite ; la sensibilité ne reparaît que plus tard.

M. VOILLEMIER a observé chez un malade un accès de toux en commençant les inhalations. La plupart des malades reprennent de suite leur intelligence ; mais il a vu un enfant rester quatre ou cinq minutes dans un état d'ivresse. Il a toujours été effrayé par la rapidité avec laquelle l'insensibilité arrive quand on emploie de fortes doses.

M. CHASSAIGNAC, en employant l'amylène sur une éponge placée dans une compresse, n'a obtenu aucun résultat, bien qu'il ait prolongé les inhalations pendant une demi-heure, et employé plus de 80 grammes d'amylène.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit le tome XIXe de la collection générale des *Dissertations de la Faculté de médecine de Strasbourg*, année 1856.

Une lettre de remercîments sera adressée à M. le doyen de la Faculté.

— M. Sistach, médecin aide-major au 12e de ligne, adresse une observation de *tumeur volumineuse de la cuisse de nature douteuse ayant nécessité la ligature de l'artère fémorale, et causé la mort quatre mois après*. (Commission : MM. Larrey, Guérin, Morel-Lavallée.)

— M. LARREY présente, de la part de M. le docteur Achard (de Saint-Marcellin), une brochure intitulée *Note sur un nouveau mode de pansement des plaies*, que l'auteur appelle *méthode attractive*, d'après un terme usité anciennement, les *attractifs*, par A. Paré lui-même. Ce mode de pansement, qui a pour base les résines combinées avec les corps gras, soit sous forme unguentaire, soit sous forme emplastique, a été essayé utilement dans quelques cas au Val-de-Grâce, mais il aurait besoin d'être expérimenté davantage.

RAPPORT.

M. BOINET, au nom d'une commission composée de MM. Broca, Verneuil et lui, lit un rapport sur deux cas d'hydrocéphales congénitaux. (Voir plus haut.)

La Société vote des remercîments à l'auteur, et décide que son observation sera insérée dans les *Bulletins*.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. LARREY, à propos de la pièce anatomique d'une fracture compliquée du fémur présentée par M. Gosselin dans une précédente séance, montre deux fémurs récemment fracturés dans les circonstances suivantes :

Le 18 février, un soldat du 47e de ligne se précipite du haut des remparts de la forteresse de Vincennes. A en juger surtout d'après les lésions, il tombe sur les pieds. On le relève dans un état de commotion cérébrale intense, et après constatation d'une fracture compliquée des deux cuisses, le médecin-major le fait transporter le soir même au Val-de-Grâce.

A son arrivée à l'hôpital, le blessé n'a pas repris connaissance ; il reçoit les premiers soins du médecin de garde, et le matin nous le trouvons dans l'état le plus grave, mais assez revenu à lui pour nous autoriser à recourir au chloroforme, avec précaution, afin de lui épargner les douleurs d'une exploration nécessaire.

La cuisse droite présente à la face antérieure de son tiers inférieur une plaie de 3 centimètres environ, en rapport avec le foyer d'une fracture comminutive et avec une ouverture de l'articulation du genou. La cuisse gauche offre aussi au même niveau une plaie contuse, avec fracture du fémur et épanchement dans l'articulation.

La réduction de la fracture est facile du côté droit, mais difficile du côté gauche ; elle aurait été impossible sans l'anesthésie. Elle ne peut d'ailleurs être maintenue régulièrement sur le double plan incliné auquel on assujettit les deux membres rapprochés l'un de l'autre, et recouverts de fomentations réfrigérantes.

Des émissions sanguines locales et générales, et quelques soins secondaires dirigés contre les accidents cérébraux, ne peuvent en arrêter l'aggravation, et le malade meurt le 22 février, au quatrième jour de l'accident.

L'autopsie faite par M. Lhonneur, aide de clinique, ne démontre cependant aucune lésion notable du cerveau ou de la moelle. Une congestion assez intense existe dans les poumons, et une déchirure superficielle se montre à la face supérieure du foie. Les autres viscères abdominaux sont intacts.

Quant aux membres fracturés, celui du côté droit fait découvrir au-dessous de la plaie des téguments, une double perforation de l'aponévrose fémorale, à travers laquelle passe un fragment osseux complètement détaché du corps du fémur ; puis une vaste déchirure du muscle triceps, et enfin le fémur complètement broyé ou réduit en fragments multiples dans l'étendue de 6 centimètres environ de son tiers inférieur, avec séparation des deux condyles.

L'articulation du genou est largement ouverte, et la rotule trouée par une esquille à sa face postérieure, offre une fracture verticale incomplète. Le calcanéum du même membre, écrasé dans sa moitié antérieure, et un épanchement sanguin dans les articulations de la première rangée du tarse, confirment l'indication de la chute sur les pieds, quoiqu'il n'y ait point d'épanchement dans l'articulation tibio-tarsienne.

Le membre gauche présente d'abord une plaie un peu plus large que celle de la cuisse droite, et une attrition profonde des muscles, avec détritus et ramollissement pulpeux de leur substance. Le fémur, fait assez rare, est nettement brisé en rave, à la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur de cet os. Il offre, de plus, une fracture du col d'une espèce peu fréquente aussi ; c'est une fracture absolument intra-capsulaire, presque verticale, avec contusion manifeste et séparation à peu près complète de la tête fémorale.

L'articulation du genou, sans avoir été ouverte, est le siége d'un épanchement de sang qui soulève la rotule brisée en morceaux. Un épanchement semblable existe dans l'articulation tibio-tarsienne, mais sans autre fracture.

Toutes les surfaces articulaires des deux membres sont enfin injectées par la violence des contusions ; mais de chaque côté les artères sont restées saines au milieu de l'attrition des muscles et du broiement de l'un des fémurs.

— M. MOREL-LAVALLÉE présente une pièce de sacro-coxalgie recueillie sur une femme phthisique, et chez qui la maladie débuta après un accouchement. Les signes furent une douleur dans la hanche et beaucoup de symptômes semblables à ceux de la coxalgie.

M. LARREY. La pièce anatomique présentée par M. Morel-Lavallée se rapporte à une affection rarement observée sans doute dans les hôpitaux civils, car c'est à peine si les auteurs des traités de chirurgie en disent quelques mots. M. Laugier a cependant rédigé un article de dictionnaire sur la *sacro-coxalgie*, et M. Nélaton l'a décrite dans son ouvrage, mais surtout d'après un travail publié en Allemagne par Hahn, qui avait observé trois cas de cette maladie.

Elle n'est pas rare, au contraire, dans les hôpitaux de l'armée, sans avoir été jusqu'à ces derniers temps l'objet d'une étude spéciale. Mon père l'avait signalée trop sommairement dans sa clinique chirurgicale ; mais les différents faits que j'ai eu occasion de voir depuis bon nombre d'années au Val-de-Grâce ont particulièrement fixé mon attention. Trois de ces observations recueillies à notre clinique par M. Hattute pendant l'année 1851, et jointes à d'autres, lui ont fourni les matériaux d'une thèse assez complète sur l'*artropathie sacro-iliaque*.

Tumeur fibreuse de l'utérus extirpée au moyen de l'écraseur linéaire. — M. DEMARQUAY présente un tumeur fibreuse de l'utérus qu'il a enlevée après l'avoir sectionnée à l'aide de l'écraseur linéaire. La tumeur était attirée au moyen d'érignes ; il passa sur elle la chaîne de l'écraseur, qu'il poussa le plus haut possible, et en détacha ainsi une portion. Le reste fut ensuite enlevé facilement à l'aide de pinces de Museux.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, DESORMEAUX.

Nous recevons d'un de nos honorables confrères qui a désiré conserver l'anonyme, et dont nous respectons l'intention à cet égard, la lettre suivante, que nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs :

Monsieur,

On a cherché jusqu'à présent à rapprocher dans des réunions confraternelles les médecins circonscrits dans une certaine localité, et qui conséquemment devaient avoir des intérêts opposés, au lieu de chercher à ramener vers un centre ceux qui étaient éloignés les uns des autres. Assurément, ceux-ci n'ayant pas d'intérêts opposés, sont préparés à l'affection mutuelle ; ils ressentiraient donc cette affection s'ils étaient réunis, ils en donneraient l'exemple, et en imposeraient la tradition.

C'est cette considération qui me conduit à proposer d'aller chercher *au loin* les éléments d'une union solide et franche entre les médecins, en fondant une institution que je désigne sous le nom de *banquet médical universel*.

Voir venir des pays lointains au centre de lumière et d'action tous les médecins de l'univers ; voir et serrer la main de celui qui, de loin, occupe par ses travaux votre pensée et votre intelligence, qui provoque votre intérêt et votre admiration ; rassembler à un temps donné une partie de la grande famille médicale ; établir une solidarité universelle dans les intelligences et dans les cœurs ; donner de l'unité aux coutumes, aux mœurs, aux usages ; faire cadrer l'institution médicale avec les grandes institutions qui surgissent, et qui toutes, par une puissante influence, tournent vers l'universalité ; établir enfin dans notre pays un point vers lequel convergeraient toutes les idées, tous les faits, tous les pouvoirs, toute l'influence, en tirant de notre banquet le grand avantage d'une réunion médicale générale et périodique, tout cela serait certes un embellissement et une gloire nouvelle pour la France.

C'est à ce titre, Monsieur, que je fais un appel aux réflexions des amis de la concorde, de la science médicale et de l'honneur de la profession.

Je fais cet appel pour fonder et instituer, si toutefois l'idée est trouvée raisonnable et féconde, le *banquet médical universel*.

Dans les questions générales, les individualités tuent les questions. C'est pour cela, Monsieur, que cette lettre vous arriverait sans signature si chacun ne devait répondre de ses actes. Je suis donc obligé de la signer.

J'envoie *également* et *simultanément* une semblable lettre aux autres organes de la presse médicale, afin que l'*individualité collective* d'un journal ne puisse donner à l'œuvre proposée aucun caractère spécial, aucun intérêt spécial, aucune direction spéciale, et aussi pour conserver à cette œuvre la majesté d'une institution désirée par tous, accueillie par tous et édifiée par tous.

Proscrire les *individualités* et les *drapeaux*, c'est respecter la dignité de tous. Que cette proscription soit la loi suprême, libérale et conservatrice de l'institution pour laquelle je vous sollicite, et qui n'a d'autre but que l'union, le progrès et l'honneur du pays.

J'ai l'honneur, etc.

Nous ne pouvons que nous associer à l'excellente idée de confraternité qui a dicté cette lettre, et encourager de nos vœux l'exécution du projet qui y est développé, sans nous dissimuler toutefois les difficultés de mise en œuvre qu'il pourra rencontrer. Mais nous connaissons l'auteur pour un homme assez ingénieux pour trouver lui-même des ressources que nous chercherions peut-être longtemps en vain.

Par décret du 18 mars, M. Saint-Pair, second médecin en chef de la marine à la Guyane française, a été nommé au grade de premier médecin en chef et destiné à continuer ses services à la Guadeloupe.

— M. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, commencera son cours clinique sur les maladies chirurgicales des enfants, le jeudi 2 avril, à sept heures et demie, et le continuera tous les jeudis. Leçons et opérations, de sept heures et demie à dix heures. Tous les jours, visites à sept heures et demie.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 38. — MARDI 31 MARS 1857. (30e ANNÉE.) N° 38. — MARDI 31 MARS 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne ; Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 30 mars 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Cl. Bernard continue, avec cette persévérance qui est la marque d'une ferme conviction et d'une foi entière en son œuvre, l'étude de l'intéressant problème physiologique qu'il s'est proposé de résoudre. Dans le nouveau mémoire qu'il a lu dans cette séance, il a envisagé le mécanisme de la fonction glycogénique du foie sous un jour nouveau. Le sucre du foie serait pour lui maintenant le résultat de la transformation d'une matière préexistante, matière glycogène analogue à l'amidon végétal, et pouvant comme lui se changer ultérieurement en sucre en passant par un état intermédiaire à celui de la dextrine. Une analogie à peine aperçue jusqu'ici rapprocherait ainsi la fonction hépatique de l'un des phénomènes les plus communs de la physiologie végétale. Nous regrettons, vu l'étendue du travail de M. Bernard, de ne pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs la série des expériences à l'aide desquelles il a établi ce fait qui engage la question de la glycogénie hépatique dans une phase nouvelle. Mais nous espérons que les développements donnés à l'exposé du fait lui-même et de ses conséquences immédiates suffiront pour leur permettre d'en apprécier l'importance.

L'Académie a reçu dans cette même séance un assez grand nombre de communications qui présentent de l'intérêt. Nous signalerons particulièrement : une note de M. Guyon, transmise par M. le ministre de la guerre, relative à un orage qui a fondu sur un navire du commerce, et qui a permis d'étudier quelques effets physiques de la foudre et les lésions organiques produites sur les hommes de l'équipage. Nous signalerons encore les savantes recherches de M. Giraud-Teulon sur la théorie physique de la marche ; un nouveau mémoire de M. Foltz sur l'accommodation de l'œil aux diverses distances, et enfin un mémoire de M. Sollier sur le traitement de la couperose. — Dr Brochin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. L. Orfila, professeur-agrégé.

De l'élimination des poisons (1).

Dès qu'on sait que les poisons sont portés par le sang dans tous les organes, on est naturellement entraîné à rechercher combien de temps ils y séjournent, par quelle voie ils sortent de l'économie animale et quelle influence exerce leur présence. L'étude de l'élimination ne peut donc être mieux placée qu'immédiatement après l'histoire de l'absorption : nous la ferons aujourd'hui ; elle mérite une grande attention. Non-seulement elle éclaire l'étiologie de l'empoisonnement, mais encore elle est une source d'enseignement précieux pour le diagnostic et le traitement, et aussi pour la solution de problèmes très-difficiles de médecine légale.

Vous verrez, en effet, que l'analyse de l'urine peut dans certains cas nous indiquer d'une manière certaine à quel poison doivent être attribués des accidents que nous sommes appelés à calmer.

Vous apprendrez comment nous pouvons aider les efforts que fait l'économie pour se débarrasser des substances toxiques, et cette indication thérapeutique est la principale dans les cas d'empoisonnement. C'est l'étude de l'élimination qui a donné l'idée de la médication diurétique, et l'expérience a pleinement justifié les espérances qu'on avait conçues de son efficacité : c'est elle qui a indiqué l'utilité des purgatifs et des sudorifiques après l'absorption des poisons.

Déjà dans une des leçons précédentes j'ai eu l'occasion de vous faire pressentir que l'étude de l'élimination est indispensable pour la solution de quelques problèmes de médecine légale ; aujourd'hui je serai naturellement amené à revenir sur ce point, et à préciser dans quels cas les notions sur l'élimination vous aideront à fournir à la justice des éléments importants : les occasions ne sont pas rares, il est bon d'être préparé sur le sujet.

Les détails que je me propose de vous faire connaître peuvent être rattachés aux trois questions suivantes :

Les poisons sont-ils éliminés ?

Quelles sont les voies d'élimination ?

Combien de temps l'économie animale met-elle à opérer cette élimination ?

Examinons successivement chacune de ces questions.

A. *Les poisons sont-ils éliminés ?* — Quand on songe avec quel soin l'économie animale se débarrasse des corps étrangers accidentellement introduits dans les tissus, on est bien porté à admettre que les substances toxiques ne restent pas indéfiniment dans les organes. Cette opinion, qui a longtemps été en faveur, est maintenant un peu ébranlée. On a d'abord annoncé que le mercure peut rester plusieurs années dans les organes des animaux après un traitement mercuriel. Pour le prouver, M. Colson a rapporté des observations qui, suivant nous, n'ont aucune portée. En effet, je vous le demande, est-ce parce qu'une salivation fétide et des ulcérations de la cavité buccale surviennent après l'usage d'une médication mercurielle que l'existence du mercure dans les organes est suffisamment prouvée ? Non, certainement non. A la vérité, dans d'autres observations citées par le même médecin, on a fait intervenir la chimie pour constater l'existence du mercure. Malheureusement tous les expérimentateurs qui ont étudié la question ont reconnu que les caractères indiqués par les auteurs que cite Colson ne sont pas exacts. D'ailleurs un travail que nous avons fait nous-même avec grand soin nous a montré que Colson doit être dans l'erreur ; nous avons constaté que le mercure est éliminé par les chiens au bout d'un mois.

Mais si les preuves de Colson ne méritent pas confiance, des expériences concluantes ont établi dans ces derniers temps qu'un certain nombre de poisons peuvent séjourner très-longtemps dans les organes des animaux. M. Millon a retrouvé de l'antimoine quatre mois après l'ingestion de l'émétique, et nous-même nous avons pu constater l'existence du plomb et du cuivre dans les organes huit mois après l'ingestion de l'acétate de plomb et du sulfate de cuivre. N'est-il pas permis d'admettre que des substances qui séjournent si longtemps dans les organes sans déterminer aucun trouble sérieux de la santé peuvent y rester indéfiniment ? Nous l'admettrions si nous n'avions par devers nous un fait capable de nous arrêter. En effet, nous avons pu voir qu'après l'administration de l'azotate d'argent, on retrouve l'argent dans les organes des animaux *au bout de cinq mois,* tandis qu'il ne nous a pas été possible d'en découvrir *au bout de sept mois.*

Ce fait peut être exceptionnel, nous avons pu commettre une erreur d'analyse, malgré tous nos soins ; nous ne le contestons pas ; cependant, à notre avis, il faut attendre avant de se prononcer.

Il est d'ailleurs démontré maintenant que certains poisons sont complétement éliminés au bout d'un certain temps ; du moins ces substances ne peuvent-elles plus être décelées par les procédés aujourd'hui employés : jusqu'à preuve contraire, nous ne pouvons donc pas les considérer comme éliminés.

Après cette courte discussion vous voyez que, dans l'état actuel de la science, nous ne pouvons pas résoudre la question qui nous occupe. Nous nous bornerons à dire que certains poisons sont promptement éliminés, que d'autres, au contraire, séjournent très-longtemps dans les organes.

B. *Quelles sont les voies d'élimination ?* — Presque tous les produits que l'accomplissement régulier des fonctions entraîne au dehors, servent à l'élimination des poisons. *L'urine, l'exhalation pulmonaire, la sueur, la salive, la sécrétion de la membrane muqueuse gastro-intestinale*, sont autant de véhicules que la nature met à profit pour l'élimination des substances toxiques, véritables corps étrangers, inutiles pour le moins, si elles ne sont pas nuisibles à l'organisme.

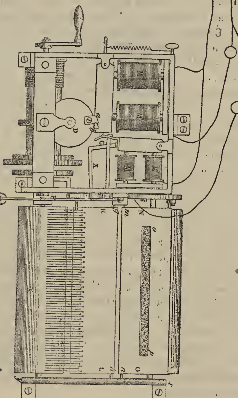
J'ai eu l'occasion déjà de vous annoncer que beaucoup de sub-

(1) Suite. — Voir les nos des 23 décembre 1856 ; 8, 29 janvier ; 3 et 12 mars 1857.

FEUILLETON.

L'enregistreur des improvisations musicales. — Une leçon à la Faculté de médecine de Montpellier. — L'apostolat scientifique et l'année scientifique. — La médecine à Hérat (Perse).

Il y a quelques années que des hommes de talent se proposèrent de venir en aide à l'inspiration des compositeurs de musique. Il ne s'agissait rien moins que de tracer d'une manière fixe ces rêveries et ces douces mélodies qui, promptes à naître sous un doigt savant, devenaient immédiatement la proie du vent qui les emportait. C'était donc une belle et grande pensée que d'inventer un mécanisme qui, suivant les diverses pressions exercées sur les touches d'un piano ou d'un orgue, sût les reproduire avec la plus grande exactitude sur une feuille de papier. Mais hâtons-nous d'ajouter que malgré les plus grands soins on n'était parvenu à créer que des instruments faciles à se déranger. Le rôle immense que joue l'électricité fit alors tourner les vues vers cet agent victorieux de tant de difficultés, et M. du Moncel — si honorablement connu par ses travaux sur l'électricité — résolut de trancher cette question. Nous allons exposer rapidement la description de son appareil, heureux d'appuyer ces quelques lignes des planches que nous devons à sa parfaite obligeance. — Faire réagir électriquement les touches d'un piano sur un petit clavier composé d'aiguilles de fer, et mis à la portée d'un enregistreur électrochimique, tel est le but que se proposait l'auteur.

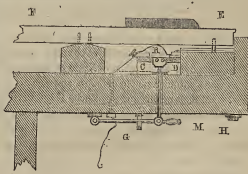


Voici maintenant l'ingénieux appareil auquel il a donné naissance. Son *enregistreur des improvisations musicales* se compose de trois parties qu'il nous faut d'abord passer séparément en revue.

1° Un mécanisme moteur, d'une marche régulière, représenté par un mouvement de tourne-broche dont la vis sans fin, AB (fig. 1), porte un disque d'embrayage CC, et se termine par un système de quatre ailettes adaptées à un tourniquet à encliquetage D, destiné à éviter un arrêt trop brusque au moment du renclanchement de la détente.

Ce mécanisme moteur doit communiquer son mouvement au cylindre enregistreur X ; aussi l'axe de ce cylindre correspond-il au moyen d'une boîte d'engrenage avec l'axe EF (fig. 2) du second mobile, qui se prolonge en dehors des tringles de support.

Deux électro-aimants M M M' M', disposés de manière à constituer un rhéotome de Tyer compose le système de détente et d'arrêt, dont le jeu est facile à comprendre.



Le disque d'embrayage pré-

stances, après leur ingestion, ont été retrouvées dans l'*urine* : cette excrétion est, d'après les expériences faites jusqu'à présent, celle qui emporte le plus grand nombre de poisons, et en plus grande quantité. Même, sans qu'il soit toutefois permis, faute d'un nombre suffisant d'expériences, d'établir une règle générale, on peut dès à présent avancer que la rapidité de l'élimination d'un poison est proportionnelle à la quantité entraînée par l'urine. Les substances dont l'élimination est la plus prompte sont aussi celles qui se retrouvent dans l'urine le plus longtemps après leur entrée dans l'économie; tandis que celles dont l'élimination est lente cessent de passer dans la sécrétion urinaire peu de temps après leur ingestion.

Les substances gazeuses ou volatiles à une basse température doivent être éliminées par la *surface pulmonaire*. Déjà Tiedelmann et Magendie ont fait voir que l'alcool, le camphre, le musc, le sulfure de carbone et le phosphore s'échappent par cette voie. Dans ces derniers temps, M. Cl. Bernard, par des expériences précises, a établi que l'hydrogène sulfuré, introduit dans les voies digestives, ou injecté dans les vaisseaux sanguins, est rapidement éliminé par le poumon, du moins en partie. Il rattache même à ce phénomène un fait dont l'explication ne pouvait être donnée jusqu'à présent : l'innocuité de l'hydrogène sulfuré, quand il est introduit dans l'estomac, ou injecté doucement dans les veines; il s'échapperait au fur et à mesure par la surface pulmonaire, avant de pénétrer dans le système artériel, et par conséquent avant d'avoir été porté par le sang dans les différents organes.

Les expériences qui démontrent l'élimination des poisons par la *peau* sont peu nombreuses. Kramer a retrouvé de l'iode dans la sueur, et M. Chatin a trouvé de l'arsenic en grande quantité dans la sérosité d'un vésicatoire chez une femme qui avait avalé de l'acide arsénieux dans le dessein de s'empoisonner. M. Isambert a constaté que le chlorate de potasse est éliminé par la peau. Mais en voyant les produits excrémentiels, l'urée par exemple, sortir de l'organisme par la peau en même temps que par les voies urinaires, on est autorisé à admettre que, d'une manière générale, la peau doit concourir avec les reins à débarrasser l'économie d'une foule de substances. Des recherches ultérieures justifieront sans doute ces prévisions.

La *salive* entraîne aussi avec elle des substances toxiques. Après l'administration de l'iode ou de l'iodure de potassium, Kramer a constaté l'existence de l'iode dans la salive. Il résulte des expériences de M. Audouard de Bezière et des miennes que dans le ptyalisme mercuriel la salive renferme du mercure. M. Cl. Bernard a confirmé les expériences de Kramer sur l'iodure de potassium; il a d'ailleurs retrouvé du fer dans la salive, après avoir introduit dans l'estomac d'un chien, par une fistule gastrique, de l'iodure de fer ou bien du lactate de fer, et en même temps de l'iodure de potassium. Il ne retrouvait pas de fer lorsque le lactate de fer était porté seul dans l'estomac.

Le chlorate de potasse est, d'après M. Isambert, éliminé avec la salive.

Injectez dans les veines d'un animal des dissolutions de lactate de fer et de cyano-ferrure de potassium, la face interne de l'estomac se trouvera couverte de bleu de Prusse. Or, comme en injectant du bleu de Prusse l'estomac ne contient pas trace du corps injecté, il est incontestable que le lactate de fer et le cyanure de potassium n'ont réagi l'un sur l'autre qu'à la surface interne de l'estomac, où ils étaient arrivés avec les sécrétions gastriques; car si le bleu de Prusse s'était formé dans les veines, il n'aurait pas passé à la surface de la muqueuse stomacale. Ces expériences sont dues à M. Bernard. D'ailleurs M. Chatin a retrouvé de l'arsenic dans les mucosités intestinales d'un animal qu'il avait tué en plaçant de l'acide arsénieux dans le tissu cellulaire de la cuisse ou du dos. Nous avons répété ces expériences, et nous avons obtenu les mêmes résultats. On peut donc admettre que la *membrane muqueuse de l'intestin* contribue à l'élimination du poison.

Jusqu'à présent aucun fait concluant n'établit que la *bile* entraîne des poisons avec elle. M. Isambert a bien cru reconnaître dans cette sécrétion la présence du chlorate de potasse; mais, avec raison, il n'attache pas une grande importance à son expérience. M. Chatin de son côté, et moi du mien, nous n'avons pu retrouver de l'arsenic dans la bile. M. Meheux, d'ailleurs, n'a pas non plus reconnu l'iode dans ce liquide, alors que le foie en renfermait une notable quantité. Ces résultats surprenants nous ne pouvons les expliquer, mais nous devions les consigner.

Le plomb, après l'administration de l'acétate de plomb, et le chlorate de potasse passent dans le *lait*. Je n'ai pas pu y reconnaître l'argent après l'ingestion de l'azotate d'argent.

C. *Combien de temps l'économie animale met-elle à opérer l'élimination?* — Voilà pour les applications médico-légales la question la plus féconde. Mais pour que les notions que nous possédons sur ce point conservent dans la pratique leur portée, il faut considérer l'élimination comme terminée à partir du moment où le procédé d'analyse chimique le plus sensible de tous ceux qui sont employés ne permet plus de reconnaître dans aucun organe la présence du poison. C'est là une condition nécessaire et suffisante; nécessaire, parce que, comme il résulte de nombreuses expériences faites par nous-même, un poison peut exister dans les organes sans qu'il soit possible d'en découvrir une trace dans l'urine. Beaucoup d'auteurs ont commis une faute en considérant l'élimination comme terminée par cela seul que l'urine ne renfermait plus le poison. La même condition est suffisante, parce que les considérations physiologiques ou pathologiques ne constituent pour nous que des preuves accessoires de l'existence d'une substance toxique dans les organes.

Maintenant, examinons les résultats fournis par les expériences, puis je tâcherai de vous montrer quel parti on peut en tirer pour les applications médico-légales. Les expériences ont été faites sur des chiens, et voici ce qu'elles nous ont appris.

1° L'arsenic est complétement éliminé douze jours après l'administration de l'acide arsénieux.

2° Le mercure, après l'administration du sublimé corrosif, ne reste pas un mois.

3° L'antimoine, quand il a été donné à l'état d'émétique, séjourne dans les tissus plus de quatre mois.

4° L'argent a été trouvé cinq mois après l'administration de l'azotate d'argent, mais il n'a pu être décelé au bout de sept mois.

5° Le plomb et le cuivre introduits, le premier à l'état d'acétate et le second à l'état de sulfate, existent encore dans les organes au bout de huit mois.

6° Un composé vénéneux peut exister dans les organes d'un animal sans aucun trouble apparent de la santé.

7° Les organes peuvent renfermer une substance vénéneuse alors même que l'urine n'en contient plus depuis longtemps.

8° La marche de l'élimination d'un corps ne peut être connue que par des expériences faites sur ce corps lui-même. Vous n'avez pas oublié que M. Bernard retrouvait du fer dans la salive après avoir porté de l'iodure de fer ou en même temps du lactate de fer et de l'iodure de potassium dans l'estomac par une fistule gastrique, tandis qu'il n'en retrouvait pas quand il injectait le lactate tout seul.

Il est inutile de vous faire observer qu'il n'est pas dit que l'arsenic ne puisse être éliminé en moins de temps; mais dans toutes les expériences faites jusqu'à présent, on a reconnu que l'élimination était terminée au bout de douze jours, et c'est la donnée importante pour la pratique. Il va sans dire aussi que les animaux soumis à ces expériences n'ont été l'objet d'aucun traitement; on a laissé agir la nature toute seule.

Voilà donc des conquêtes importantes que nous devons à l'expérimentation sur les chiens. Les notions que nous a fournies l'observation directe sur l'homme se bornent aux voies d'élimination d'un petit nombre de substances et au temps pendant lequel ces substances existent dans certaines sécrétions, surtout dans l'urine; elle ne nous a rien appris sur la durée du séjour dans les organes, et malheureusement nous n'avons rien à attendre de l'observation directe pour cette dernière donnée, la plus importante pour les applications médico-légales. En effet, avec les animaux, on est libre de rechercher, à quelque moment que ce soit, si les organes renferment encore le poison, et on peut multiplier les essais à volonté; au contraire, les occasions de faire des recherches à des moments déterminés sur l'homme sont bien rares. Il faut donc tirer parti des connaissances acquises par l'expérimentation sur les animaux; il faut trouver un moyen d'en rendre les résultats applicables à l'homme, et je veux vous donner à ce sujet quelques indications.

M. Chatin, en expérimentant avec l'acide arsénieux, a observé que le temps nécessaire à l'élimination varie avec les espèces animales. Cet auteur a été porté à conclure que « *la promptitude de l'élimination est chez les divers animaux en raison inverse de la faculté de résister au poison.* » Fixons un peu nos idées sur cette faculté de résister. On mesure la faculté relative de résister à un point que présentent deux animaux, par le temps qu'ils survivent à l'intoxication. Vous n'ignorez pas que ce temps varie pour les animaux de même espèce, et vous voyez par conséquent que cette appréciation n'est pas susceptible d'une grande précision. Il faut convenir cependant que, pour des espèces éloignées, les différences sont assez notables pour que les influences individuelles disparaissent. En comparant, par exemple, des chiens, des lapins et des oiseaux, on obtient des résultats assez nets : c'est ainsi qu'a procédé M. Chatin, et c'est après cette étude qu'il a été conduit à établir entre la promptitude de l'élimination et la faculté de résistance la relation que je viens de vous dire.

Quoiqu'on puisse admettre d'une manière générale que l'homme et le chien possèdent une faculté de résister aux poisons qui ne diffère pas beaucoup, je ne vous conseillerai pas de considérer comme établi que l'élimination s'opère dans des temps égaux. Mais en nous restreignant à l'acide arsénieux, sur lequel ont porté les expériences de M. Chatin, et en admettant que l'élimination s'opère chez le chien trois fois plus vite que chez l'homme, nous écartons, il me semble, toute chance d'erreur dangereuse en pratique.

Notre prudence peut être exagérée; mais cet excès qui dans certains cas, il est vrai, nous empêchera de reconnaître la source du poison, nous met à l'abri de fautes graves. L'application sera moins fréquente, mais plus sûre. Chez l'homme, l'acide arsénieux serait donc éliminé *trente jours* après son ingestion. Il est bien entendu d'ailleurs que cette conclusion ne peut être appliquée en pratique que comme une probabilité.

Pourquoi, me direz-vous, ne pas étendre à tous les poisons les observations faites sur l'acide arsénieux? C'est que ces questions sont encore trop nouvelles pour que nous puissions nous écarter tant soit peu des résultats de l'expérience. D'ailleurs, pour le moment, il n'y aurait pas grand intérêt à commettre cette imprudence. Parmi les substances dont l'élimination a été particulièrement étudiée, le mercure seul avec l'arsenic est assez promptement éliminé pour que dans la pratique médico-légale la connaissance exacte de la durée de son séjour dans les organes puisse fournir des éléments importants. Les autres, le plomb, le cuivre, l'argent, sont éliminés trop lentement pour que l'occasion se présente de rechercher si l'élimination pouvait être terminée à un moment qui rarement est très-éloigné.

Voilà donc comment nous pouvons ne pas laisser stériles les connaissances que nous avons acquises par l'expérimentation. Maintenant, quelques exemples vous aideront à mieux comprendre quel parti vous pouvez tirer dans les expertises des notions que je viens de vous exposer sur l'élimination des poisons. On peut ramener les problèmes dont ces notions peuvent fournir ou faciliter la solu-

---

sente une dent *a* qui, sous l'influence du ressort antagoniste de l'armature de l'électro-aimant MM, vient buter contre la dent *b* de l'armature, et le mécanisme est arrêté. Mais supposons d'abord que le courant soit fermé à travers l'électro-aimant MM, nous verrons alors le disque se dégager, et son armature sera tenue éloignée du disque D au moyen de la boucle G de l'armature de l'électro-aimant M'M'. Cet effet durera tant qu'un courant ne viendra pas passer dans l'électro-aimant M'M'. Maintenant, si ce dernier électro-aimant vient à être traversé par un courant, la première armature se trouve dégagée à son tour et arrête le mécanisme moteur. On voit donc qu'à l'aide de deux boutons placés sur les côtés du piano ou sous son clavier, on pourra à volonté arrêter ou faire marcher l'appareil.

2° Un mécanisme enregistreur, qui se compose de quatre parties principales : d'abord deux cylindres X et Y formant laminoirs; un râteau KL, armé de petits fragments de ressorts de montre, est maintenu sur le plancher KL au moyen de vis à bois, et représente assez bien des aiguilles. Chacun de ces ressorts communique par un fil à un bouton d'attache fixé sur la tablette qui sert de support à l'appareil. Ces fils ne communiquent point entre eux, mais ils sont repliés au-dessus d'un tube de verre X Y placé à la partie supérieure d'un des montants de l'appareil. Un levier articulé V, chargé d'un contre-poids, force le râteau à appuyer sur le cylindre X, de manière que le papier que nous allons voir s'enrouler sur le cylindre soit soumis à l'action des ressorts. C'est dans ce but que la planche K L est articulée en G'H.

Tout un système d'éponge destiné à mouiller le papier, et qu'on peut apercevoir dans l'appareil, devient aujourd'hui inutile, car on a maintenant un papier chimique *hygrométrique* qui permet de ne plus mouiller le papier.

Enfin ce mécanisme enregistreur comprend un rouleau P placé dans une boîte où l'on entretient de l'humidité par un vase rempli d'eau, et sur lequel s'enroule du papier chimique. Celui-ci tourne autour du cylindre X, et se trouve pris entre les deux cylindres qui le font avancer sous les aiguilles du laminoir d'une manière uniforme.

3° Un appareil transmetteur, représenté dans la planche 3, composé de petits ressorts d'acier R courbés en cou de cygne et fixé sur la planche C D, un sous chaque touche EF du piano. Une lame de cuivre, qui communique à l'aide d'un bouton avec un fil particulier allant à l'une des aiguilles du récepteur, est placée sous chaque ressort. Tous ces fils réunis en câble passent à l'intérieur du piano, et, sortis par sa partie inférieure, ils se rendent à l'enregistreur. On peut au moyen d'un mécanisme très-simple soulager les ressorts quand on n'a pas de morceau à enregistrer. La planche C D est soutenue par un levier qui traverse la table du piano, et qui, retenue dans une agrafe au moyen de la bascule M, peut être abaissée quand on le sort de l'agrafe M.

Cette description un peu rapide terminée, voici le jeu de l'appareil. Quand on touche le bouton M, l'enregistreur est mis en mouvement, et dès lors chaque note touchée forme un courant à travers l'un des ressorts d'acier de l'enregistreur. La durée plus ou moins longue de la tenue de la note est représentée sur le papier par un trait plus ou moins long; de plus, l'espace laissé entre les notes se mesure par un espace blanc, et la hauteur des traits indique la nature des notes. On parvient à faire la traduction de ces traits en langue musicale au moyen d'un transparent. Celui-ci présente 82 lignes correspondant exactement aux ressorts traçants; elles sont divisées en huit zones de diverses couleurs et représentant les octaves du piano. Une échelle tracée d'avance offre la longueur qui doit représenter une blanche; on peut alors facilement distinguer les notes.

Cet appareil, qui fonctionne parfaitement, nous montre tout ce que les beaux-arts peuvent eux-mêmes attendre de la science.

— Au commencement de ce mois, il s'est passé dans l'amphithéâtre de chimie de la Faculté de médecine de Montpellier presque un événement dont on gardera certainement le souvenir. On sait combien la physiologie demande presque à chaque pas les lumières de l'anatomie. Il s'agissait de discuter *ex professo* les questions anatomiques et physiologiques d'une des grandes questions d'actualité, la glycosurie. MM. les professeurs Benoît et Béchamp s'étaient réunis pour démontrer théoriquement et expérimentalement la fonction glycogénique du foie. M. Benoît, après avoir rappelé sommairement la structure intime de l'organe hépatique, telle qu'elle résulte des derniers travaux micrographiques, exposait les découvertes nouvelles dont s'est enrichie la physiologie de la glande hépatique, grâce surtout aux travaux et aux expériences de M. Claude Bernard.

Cette première partie terminée, le professeur, attaquant la partie physiologique, développa les modifications subies par les globules sanguins, la diminution de l'albumine, la disparition de la fibrine du sang, etc.; enfin, abordant la fonction glycogénique, M. Benoît a soumis à une savante discussion tous les motifs et tous les faits sur lesquels M. Cl. Bernard s'est fondé pour établir la réalité de la nouvelle fonction.

A M. Benoît a succédé M. Béchamp, qui, prenant la question au point où venait de la laisser son collègue, a étudié la partie chimique de la question, et indiqué la série de moyens par lesquels on peut constater la présence du glycose dans les substances soumises à l'essai.

Les expériences ont alors été invoquées à l'appui de cette exposition

tion au suivant : Déterminer si l'élimination d'un poison qui a été introduit sans qu'il y ait crime ni suicide, peut être terminée au moment de la mort.

Posons quelques cas particuliers.

A. Un individu qui a suivi un traitement arsenical meurt deux mois après avoir cessé cette médication. L'analyse fait découvrir de l'arsenic dans les organes, et cet arsenic ne peut y avoir pénétré que pendant la vie. Doit-on attribuer la présence de l'arsenic à la médication ou à une ingestion ultérieure ? Sans pourtant affirmer d'une manière absolue, faute d'observations directes sur l'homme, nous pourrons considérer comme extrêmement probable que l'arsenic trouvé ne provienne pas des médicaments pris d'abord. Ajoutez à ces éléments les indications fournies par les symptômes qui ont précédé la mort et par les lésions de tissu observés sur le cadavre, et rarement vous serez embarrassés pour résoudre la question ; toujours vous pourrez éclairer les magistrats qui vous consultent. Quoique cette solution ne soit pas absolue, il ne faut pas la dédaigner, elle peut être utile. Les experts, ne l'oubliez pas, peuvent faciliter singulièrement l'action de la justice, même alors qu'ils ne donnent que des renseignements.

Dans le procès Lafarge, la défense voulut profiter d'une circonstance analogue. Lafarge possédait des forges dans lesquelles on travaillait des minerais de fer qui pouvaient renfermer de l'arsenic. Mais au moment de sa mort, Lafarge avait cessé depuis cinquante jours de paraître à la fabrique. L'objection fut repoussée.

B. Il résulte aussi de la notion qui précède que nous pouvons constater une tentative d'empoisonnement sur un individu vivant, par l'analyse de son urine, de sa salive, de sa sueur.

C. Enfin, quoique nous ayons à revenir sur ce point, je veux faire ressortir dès à présent une conséquence importante de l'étude de l'élimination. Puisque les poisons (même ceux dont une portion reste très-longtemps dans l'économie) sont éliminés en partie dès les premiers moments de l'intoxication, il n'y a pas lieu de conclure que la quantité de toxique ingéré est insuffisante pour déterminer la mort par cela seul qu'on n'en aura décelé que des traces dans les organes.

Ces exemples suffisent, il me semble, pour vous montrer quel intérêt présente déjà l'étude de l'élimination, encore si peu avancée. Comme vous voyez, elle mérite, par ses applications, de fixer l'attention des expérimentateurs, et leurs efforts ne seront pas perdus. Le terrain, encore vierge, promet ample moisson.

RAPPORT

Sur le Traité pratique de l'accouchement prématuré artificiel de M. le docteur Silbert, d'Aix (1) ;

Par M. Laborie, ancien chef de clinique d'accouchement de la Faculté de Paris.

(Lu à la Société de chirurgie dans la séance du 12 novembre 1856.)

État de maladie de la mère. — Dans cette catégorie d'indications pouvant autoriser l'accouchement prématuré, se trouvent les plus grandes difficultés de la pratique. M. Silbert examine successivement les *maladies de la grossesse* ; les *maladies aggravées par la grossesse* ; *les maladies qui font craindre que la femme n'arrive pas au terme de la gestation* ; les *grossesses tardives*.

Les maladies de la grossesse. — Si les adversaires de l'accouchement provoqué se sont élevés avec énergie contre cette opération dans les cas d'angustie pelvienne, on doit prévoir combien ils devaient la proscrire dans les cas de maladies compliquant la grossesse et aggravées par le fait de l'état de plénitude de l'utérus.

Aussi, ne pouvons-nous nous défendre de blâmer M. Silbert de n'avoir pas donné à cette partie de son travail le développement qu'elle méritait.

Dans un mémoire que nous avons publié dans l'*Union médicale* en 1848, nous avons abordé cette question sous ce titre : *Dans quelles circonstances, en faisant abstraction des vices de conformation du bassin, est-il indiqué de provoquer l'accouchement, quelle que soit, du reste, l'époque de la grossesse ?*

Comme on le voit, nous avions étendu le champ de notre étude, puisque nous ne tenions pas compte de la viabilité de l'enfant, et nous adoptions absolument l'opinon de M. Dubois, qui, dans ses leçons de clinique, disait : « Il nous semble que dans des circonstances où il serait prouvé que la mère et le fruit, ou du moins l'un d'eux, ne pourrait résister à un accouchement à terme, et où en même temps l'avortement présenterait moins de chances fâcheuses que tout autre moyen de délivrer la mère, il faudrait y recourir. »

M. Silbert, dont le travail est antérieur au nôtre, pouvait trouver dans les livres classiques de précieux éléments pour donner plus d'intérêt à son œuvre. Mais poursuivons.

La grossesse peut déterminer des modifications mécaniques telles, que la vie de la mère soit compromise.

M. Silbert, dans cette catégorie d'indication, cite l'exagération de volume de l'utérus (observation de Duclos, de Toulouse); la capacité insuffisante du bassin et de la cavité abdominale produisant les mêmes résultats (dyspnée, infiltrations, anasarque). L'observation de Desormeaux (*Dict. en 30 vol.*) offre un exemple remarquable de ce genre d'accident ; et sans doute l'accouchement provoqué avant terme eût dû sauver la malade, qui mourut trois jours après la délivrance, après avoir présenté pendant les deux derniers mois de la gestation les phénomènes les plus graves d'asphyxie. M. Silbert cite également certains déplacements de l'utérus qui, à mesure que son volume s'accroît, gêne nécessairement les fonctions des organes voisins qu'il comprime. Mais ce genre d'obstacle à une époque déjà avancée de la grossesse, peut assez facilement être combattu sans qu'on soit dans la nécessité de provoquer l'accouchement. Disons, en passant, qu'il n'en est pas de même dans les premiers mois de la grossesse, et que certaines antéro ou rétroversions irréductibles constituent une indication formelle d'avortement.

Les modifications physiologiques sont ensuite examinées par M. Silbert. Il range parmi elles l'insertion vicieuse du placenta, qui nous paraissait bien plus devoir constituer une classe à part sous le titre d'*anomalies*. Nous n'avons pas à nous étendre sur l'indication d'urgence fournie par les hémorrhagies ; elle est trop formelle pour devoir être discutée.

Quant aux *modifications sympathiques*, dans lesquelles M. Silbert range les vomissements incoercibles et l'éclampsie, elles présentent des difficultés de pratique d'une solution tellement délicate que la science, sur ce point, reste encore plongée dans une obscurité profonde, et ce ne sont pas les six pages consacrées à cette étude dans le livre que nous analysons qui pourront y porter la lumière. Et cependant il y avait, dans un traité qui s'intitule *Traité pratique*, nécessité d'aborder ces questions, sinon pour les résoudre, tout au moins pour fournir des éléments de jugement. Les vomissements incoercibles sont indiqués dans tous les auteurs comme pouvant se terminer par la mort de la malade, et il est à remarquer que la question du traitement dans la période extrême de cette affection n'est pas même jugée dans la plupart des livres classiques ; on dit bien que l'accouchement prématuré a été proposé, mais on ne discute pas cette proposition.

M. Dubois, qui a tracé avec une précision pratique parfaite la marche de ces vomissements, qui suivent trois périodes bien tranchées, n'hésite pas à proposer l'avortement. Comme traitement, il nous paraît surtout applicable à la dernière période, lorsque surviennent des accidents cérébraux, des hallucinations, des douleurs névralgiques intolérables, etc., et enfin une espèce de sommeil comateux précurseur d'une mort prochaine.

Les louables efforts tentés pour éclairer l'étiologie de ces vomissements laissent malheureusement trop à désirer pour qu'on puisse attribuer la maladie à une lésion anatomique toujours la même. Jusqu'à ce qu'on soit fixé sur ce point la question reste complexe, et à la conscience du médecin appartiendra le droit de prendre une résolution.

Quant à l'éclampsie, on a davantage étudié l'opportunité de l'intervention chirurgicale pour sauver la mère et l'enfant. M. Silbert est disposé à admettre cette intervention. Nous avons nous-même (travail déjà cité) essayé de juger la question, et, tout en y mettant une excessive réserve, nous avons prévu l'importance que pourrait acquérir l'accouchement prématuré dans le traitement de l'éclampsie, si, à l'aide du chloroforme, on pouvait parvenir à diminuer la gravité des accidents produits sous l'influence des manœuvres auxquelles il faut recourir pour provoquer la déplétion de l'utérus.

Nous signalerons encore un genre d'accidents nerveux qui pourrait rendre nécessaire l'accouchement provoqué : nous voulons parler de certaines formes de chorée.

Les *maladies aggravées par la grossesse* offrent aussi une série de difficultés tout aussi complexe, et il est de toute impossibilité d'arrêter un code pratique définitif. Seulement les faits sont déjà assez nombreux pour aider les médecins dans la décision à prendre. Ainsi on a provoqué l'accouchement avec succès dans des cas d'anévrysme, dans les épanchements plastiques, dans l'épilepsie, l'apoplexie, l'hydropisie ascite, la péritonite, dans le choléra, etc., etc. M. Silbert ne se prononce qu'avec timidité sur ce sujet, et pour lui il n'est permis d'intervenir « que quand la vie de la mère ou du fœtus est dans un danger pressant et qu'on a la conviction, en employant cette pratique, de ne courir le risque de nuire gravement ni à l'un ni à l'autre. » (Page 65.)

Nous avons voulu reproduire cette proposition textuellement, car il est impossible de formuler d'une façon plus absolue une opinion opposée à l'intervention. Si le médecin est condamné à se croiser les bras lorsqu'il n'est pas sûr, dans une aussi grave opération, de ne faire courir aucun risque ni à la mère ni à l'enfant, il peut certainement se considérer comme un simple spectateur, et abdiquer ; pour nous, sans autre autorité que celle puisée dans une conviction profonde, nous jugeons différemment, et, sans hésiter, nous conseillerons toujours l'intervention chirurgicale dès que la vie de la mère se trouvera menacée. Nous saurons faire taire devant ce grand intérêt la douleur que nous inspireront les dangers auxquels nous exposerons l'enfant, et bien plus, si cela devenait nécessaire, nous n'hésiterons même pas à faire le sacrifice de l'enfant, si le salut de la mère ne devait être obtenu qu'à ce prix.

Dans les quelques lignes consacrées aux maladies qui font craindre que la femme n'arrive pas au terme de la grossesse, M. Silbert cite l'observation de M. Asbwel.

Une femme enceinte de six mois présentait un ostéo-sarcome du genou à progrès si rapide, que l'amputation devait être pratiquée sans retard, et avant de la pratiquer, on a cru devoir provoquer l'avortement.

Ceci fait, on a amputé. Je n'ai pas à vous dire quel a été le résultat de cette opération, et je m'abstiens de la juger.

Viennent enfin les grossesses tardives. Malgré l'opinion de médecins éclairés, nous repoussons toute intervention dans ces cas si douteux. M. Silbert l'admettrait chez les femmes en récidives de grossesse tardive. Il n'aura pas, je pense, l'occasion de l'appliquer dans toute sa carrière médicale.

Nous arrivons actuellement *aux indications fournies par l'état du fœtus.*

M. Chailly a cru devoir hâter le terme de la délivrance chez deux femmes qui avaient eu antécédemment des enfants d'un volume extrême. Mais disons que dans un de ces cas au moins, le bassin offrait un certain degré de rétrécissement. L'enfant venu avant terme, dit-on, avait une tête développée comme elle l'est au terme de la gestation (diamètre occipito-mentonnier, 136 millimètres ; diamètre occipito-frontal, 115). La mort eut lieu par convulsion douze heures après la naissance. Quant à l'autre malade, elle eut tellement peur de l'idée de M. Chailly, qu'elle accoucha avant l'opération. Nous croyons que la science ne peut rien gagner à ces deux faits.

On a proposé d'accoucher avant terme des femmes chez lesquelles le fœtus succombait habituellement dans le dernier mois de la grossesse (Deumann et Hayn). Dans toute cette question la fantaisie semble régner spécialement ; il ne reste rien encore pour la pratique. Quant aux vices de conformation du fœtus, ils sont trop difficiles à diagnostiquer pendant la vie intra-utérine, pour pouvoir être considérés comme pouvant fournir des indications pour l'accouchement provoqué, et nous avons même indiqué comme contre-indication ces vices de conformation, si *à priori* ils avaient pu être reconnus. M. Silbert ne partage pas notre manière de voir, fondée cependant sur l'inutilité d'exposer la mère à un danger qui n'aura même pas comme compensation le salut de l'enfant.

Le chapitre consacré à l'examen de l'époque à laquelle on doit pratiquer l'opération aurait pu être résumé en quelques mots. Le terme

(1) Fin. — Voir le numéro du 24 mars.

---

théorique. On a donc expérimenté séance tenante sur trois animaux (lapins), dont l'un avait été nourri de substances végétales, le deuxième de viande, et dont le troisième avait été tenu à la diète. Les animaux en expérience ayant été préalablement sacrifiés par la piqûre du bulbe rachidien, et après avoir pris toutes les précautions nécessaires pour empêcher le reflux du sang dans la veine-porte, on a essayé successivement le sang de la veine-porte, celui des veines sus-hépathiques et celui du cœur droit, puis la substance hépathique elle-même, et comparativement celle de la rate. Les réactions obtenues ont été celles qui ont été signalées par M. Bernard.

Nous n'avons pas cru devoir laisser passer sans en parler cette leçon si intéressante et si instructive ; et c'est de grand cœur que nous applaudissons à l'heureuse innovation qui a été réalisée dans cette séance, où l'anatomie et la chimie sont venues mettre en évidence un fait physiologique des plus remarquables. Jusqu'à ce jour, l'Ecole de Montpellier est restée un peu trop théorique dans son enseignement — c'est le grand reproche qu'on lui adresse toujours —, il est donc bon qu'elle entre désormais résolûment dans la voie expérimentale. Grâce au zèle, à l'activité et à l'instruction des professeurs chargés de l'enseignement des sciences dites accessoires, nous avons la conviction que cette Ecole, déjà distinguée par la supériorité de ses doctrines, ne le cédera à aucune autre par son empressement à profiter de toutes les acquisitions de la science moderne.

— Nous venons de recevoir un petit livre écrit avec soin et sous l'empire d'une conviction bien profonde. Les quelques pages qu'il nous a été déjà donné de lire nous ont été trop agréables pour que nous ne voulions pas vous en faire profiter. C'est un essai scientifique d'un écrivain bien connu de tous ceux qui ont parlé science, qui, après avoir tenu avec la plus grande distinction le sceptre de la critique scientifique dans un de nos grands journaux — la *Presse* — s'est de nouveau dévoué plus intimement encore aux intérêts de la science dans une feuille qu'il rédige avec beaucoup de talent. En attendant que je puisse vous en parler en pleine connaissance de cause, lisez l'*Apostolat scientifique* de M. Victor Meunier, le rédacteur en chef de l'*Ami des sciences*, et je suis persuadé d'avance que, si vous avez eu dans un jour morose quelque plainte à exhaler contre la science, vous ne pourrez résister au langage convaincu et presque inspiré de ce véritable ami de la science.

Après la page philosophique, un second livre palpitant d'intérêt, c'est-à-dire d'actualité. C'est le percement de l'isthme de Suez ; les chemins de fer, les inondations de 1856 ; l'ozone, la photographie, l'hygiène, la médecine, la paléontologie ; j'en passe et des meilleurs. Vous avez déjà nommé l'*Année scientifique* de M. Figuier. La première édition est déjà épuisée, la seconde s'épuise, et nous ne sommes qu'à la fin de mars. Nous vivons décidément au siècle des sciences, et il est vraiment impossible de ne pas suivre le courant quand on a pour guide le style souple, instructif et pénétrant du rédacteur actuel du *Bulletin scientifique* de la *Presse*.

Nous allons, pour terminer, vous dire la manière dont on exerce la médecine à Hérat.

Tous les voyageurs européens ont dans ce pays la réputation d'être de grands médecins, et comme les docteurs d'Hérat ne sont pas, comme vous allez le voir, des savants fort distingués, ils ne demandent pas mieux que de s'instruire, et accablent de questions l'Européen qui les visite. On leur expédie des Indes une foule de médicaments dont ils ignorent même les noms, et comme ils ne savent pas davantage la manière de s'en servir, ils ont recours à la méthode suivante : administrer le médicament inconnu à *doses progressives* jusqu'à ce qu'on ait trouvé la maladie à laquelle il doit s'appliquer. Je vous laisse à penser les résultats d'une semblable... expérimentation. L'adjudant général Ferrier, qui nous communique ces détails, ajoute qu'il fut un jour tellement obsédé par les docteurs d'Hérat, qu'il finit par en écouter un qui tenait singulièrement à savoir ce que contenait une petite fiole qui lui avait été expédiée. « Cette substance, disait-il, m'a été complétement inutile, car sur cent malades un seul a guéri ; tous les autres sont morts ! » — C'était du cyanate de mercure !

Dr E. Renaud.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq ; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

La Médecine et les Médecins, philosophie, doctrines, institutions, critiques, mœurs et biographies médicales ; par Louis Peisse. — 2 vol. in-18 de 450 pages chacun. Paris, 1857. Prix, 7 fr. — A Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires, rue Hautefeuille, 19.

Cet ouvrage comprend : Esprit, marche et développement des sciences médicales. — Découvertes et découvreurs. — Sciences exactes et sciences non exactes. — Vulgarisation de la médecine. — La méthode numérique. — Le microscope et les microscopistes. — Méthodologie et doctrines. — Comme on pense et ce qu'on fait en médecine à Montpellier. — L'encyclopédisme et le spécialisme en médecine. — Mission sociale de la médecine et du médecin. — Philosophie des sciences naturelles. — La philosophie et les philosophes par-devant les médecins. — L'aliénation mentale et les aliénistes. — Phrénologie : bonnes et mauvaises têtes, grands hommes et grands scélérats. — De l'esprit des bêtes. — Le feuilleton. — L'Académie de médecine. — L'éloquence et l'art à l'Académie de médecine. — Charlatanisme et charlatans. — Influence du théâtre sur la santé. — Médecins poëtes. — Biographie.

extrême pour obtenir un enfant viable est au moins de la trente et unième à la trente-deuxième semaine. Avant cette époque, c'est l'avortement. Depuis ce moment de la vie intra-utérine jusqu'à sa complète évolution, on suivra les indications fournies par les circonstances qui vous mettent dans la nécessité d'intervenir.

Nous passerons rapidement sur les moyens de déterminer l'accouchement prématuré, qui sont exposés dans le troisième et dernier chapitre; nous pouvons louer M. Silbert de l'exactitude qu'il a mise à reproduire sur ce point l'état actuel de la science. Nous arrivons enfin à l'appréciation de ces divers procédés, qui pour M. Silbert se résument ainsi, abstraction faite des moyens indirects :

1° Ponction simple et directe de l'œuf;

2° Ponction de l'œuf à sa partie supérieure par le procédé de M. Meissner, modifié par M. Villeneuve;

3° La dilatation progressive du col au moyen de l'éponge préparée par le procédé de M. Kluge;

4° Le décollement des membranes soit par la méthode de Zuidhock, soit par l'injection intra-utérine de M. Cohen (de Hambourg);

5° Enfin les douches utérines dirigées sur le col utérin par le procédé de M. Kiwisch.

Pour les cas urgents, M. Silbert adopte la ponction de l'œuf. Dans les cas ordinaires, les douches utérines mériteront la préférence. Nous n'avons rien à reprendre à cette appréciation.

Nous voici, Messieurs, au terme de la tâche que vous nous avez confiée. Le travail de M. Silbert se termine par une série de propositions que nous ne reproduirons pas, puisque nous avons eu le soin dans cette analyse déjà trop longue de vous exposer successivement les opinions de l'auteur.

Si l'opération est adoptée par lui comme un véritable bienfait pour l'humanité, et avec raison, suivant nous, il aurait dû, pour donner plus de force à cette appréciation, montrer ce que donne l'expectation, et présenter seulement sous forme de statistique les tristes résultats fournis par les opérations que l'on a dû pratiquer à la période ultime de la grossesse.

Permettez-nous de joindre à notre rapport quelques considérations sur ce sujet.

La symphyséotomie, qui peut, à la rigueur, ajouter une dizaine de millimètres au diamètre sacro-pubien, est jugée en ces termes par un de nos honorables collègues, M. Cazeaux : *C'est une opération qui compromet souvent la vie, et toujours la santé de la mère.* Aussi doit-on la considérer comme abandonnée, malgré quelques succès, et *à priori* nous serions même disposé à lui préférer la pubiotomie.

L'opération césarienne méritait d'être appréciée dans le travail de M. Silbert; c'était un sujet bien délicat, il est vrai, et sur lequel la controverse la plus animée se ravive à toute occasion.

On sait les tristes résultats, et résultats constants, fournis par cette opération chaque fois qu'elle a été pratiquée à Paris. Aussi la plupart de nos maîtres, sinon tous, aujourd'hui sont-ils d'accord pour ne l'admettre que dans les cas tout à fait exceptionnels d'angustie pelvienne portée à un tel degré que l'extraction de l'enfant même mutilé ne peut se faire par les voies ordinaires. La limite extrême du rétrécissement serait, pour M. P. Dubois, de 54 millimètres. M. Cazeaux adopte cette opinion, et dans quelques lignes écrites sous l'inspiration des sentiments les plus honorables, il motive le rejet de l'opération césarienne en dehors de ce degré d'angustie.

Nous avons eu l'occasion d'assister deux fois à cette opération, et ce que le raisonnement nous donnait de répulsion contre elle, la pratique l'a encore accrue, si c'est possible. On a vivement reproché aux chirurgiens le cruel sacrifice de l'enfant encore vivant; mais tout en prenant notre part de ces doléances sur le sort du fœtus, nous gardons toute notre sollicitude pour la mère : c'est sa vie surtout que nous sauvegardons. Et si l'occasion se présente jamais pour nous de tenir en nos mains la double destinée de deux êtres, dont l'un inconnu, à vie hypothétique, dont l'autre vivant, souffrant cruellement, entouré d'affections, notre parti sera vite pris, et sans arrière-pensée, sans remords, nous ferons le sacrifice de l'enfant.

C'est assez dire que dans toute occasion où elle sera applicable nous aurons recours à la céphalotripsie.

En résumé, Messieurs, le travail de M. Silbert, auquel nous reprochons surtout de ne pas être assez complet, mérite cependant votre approbation. Il constitue, sinon un traité, au moins un mémoire utile et intéressant, qui doit être considéré comme pouvant, pour sa part, servir à vaincre les résistances opposées par les adversaires de l'accouchement prématuré artificiel.

Nous avons donc l'honneur de vous soumettre les deux propositions suivantes :

1° Adresser à M. Silbert une lettre de remercîments;

2° Déposer honorablement son mémoire dans la bibliothèque de la Société.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 mars 1857. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Sur le mécanisme physiologique de la formation du sucre dans le foie. — Dans sa communication du 24 septembre 1855 *sur le mécanisme physiologique de la formation du sucre dans le foie*, M. Bernard signalait des résultats qui lui semblaient incompatibles avec les diverses théories chimiques émises jusqu'alors pour expliquer cette singulière production de matière sucrée dans un organisme animal. Ces expériences, dit-il, m'avaient conduit à penser, contrairement aux opinions précédemment rappelées, que le sucre ne se forme pas d'*emblée* dans le tissu hépatique par le dédoublement direct de tel ou tel élément du sang, mais qu'il s'y trouve constamment précédé par la création d'une matière spéciale capable de lui donner ensuite naissance par une sorte de fermentation secondaire. Il ajoutait en terminant que pour faire faire de nouveaux progrès à la question glycogénique, il fallait absolument parvenir à isoler cette matière hépatique préexistante au sucre, afin d'étudier ses caractères et de déterminer son rôle physiologico-chimique.

Cette nouvelle communication a pour objet d'annoncer l'existence positive et l'isolement de la matière glycogène qui préexiste au sucre, à laquelle il deviendra très-facile, comme on va le voir, d'assigner son rôle dans le mécanisme physiologique de la formation du sucre dans le foie.

Il était évident, d'après les faits contenus dans le précédent mémoire, que la matière glycogène créée par le foie à l'état physiologique pendant la vie, est susceptible de se changer en sucre, uniquement à l'aide d'un ferment et indépendamment de l'influence vitale. L'expérience du foie lavé qui se charge de nouveau de matière sucrée en était la preuve.

Toute la difficulté consistait donc à séparer la matière en question du tissu du foie et à l'isoler du ferment qui l'accompagne. En voyant la cuisson arrêter la formation d'une nouvelle quantité de sucre dans le foie lavé, j'étais demeuré pendant très-longtemps dans cette croyance fausse que la matière glycogène devait être une substance albuminoïde altérable par la chaleur, tandis que ce n'était en réalité que le ferment seul qui se trouvait détruit par la coction; c'est ce dont je me suis assuré ultérieurement en faisant fermenter du foie lavé cuit à l'aide du ferment emprunté à du tissu hépatique frais.

Dès lors il me fut prouvé que la matière glycogène hépatique avait la faculté de se dissoudre dans l'eau bouillante, et qu'elle pouvait être ainsi séparée de son ferment, qui restait coagulé avec les autres matières albuminoïdes du foie.

Les expériences rapportées dans ce travail ont pour objet d'établir que le foie des chiens nourris exclusivement avec de la viande possède la propriété spéciale et exclusive à tout autre organe du corps de créer une matière glycogène tout à fait analogue à l'amidon végétal et pouvant comme lui se changer ultérieurement en sucre, en passant par un état intermédiaire à celui de la dextrine.

Relativement à la formation physiologique du sucre chez les animaux, elle doit être nécessairement envisagée, non comme un phénomène de dédoublement chimique direct des éléments sanguins au moment du passage du sang dans le foie, mais comme une fonction constituée par la succession et l'enchaînement de deux actes essentiellement distincts.

Le premier acte entièrement vital, ainsi appelé parce que son accomplissement n'a pas lieu en dehors de l'influence de la vie, consiste dans la création de la matière glycogène dans le tissu hépatique vivant.

Le second acte, entièrement chimique et pouvant s'accomplir en dehors de l'influence vitale, consiste dans la transformation de la matière glycogène en sucre à l'aide d'un ferment.

Pour que le sucre apparaisse dans le foie, il faut donc la réunion de ces deux ordres de conditions. Il faut que la matière glycogène puisse être créée par l'activité vitale de l'organe; il faut ensuite que cette matière soit amenée au contact du ferment qui doit la transformer en sucre.

La matière glycogène se forme comme tous les produits de création organique par suite des phénomènes de circulation lente qui accompagnent les actes de nutrition. Voici comment le contact entre la matière glycogène et son ferment peut s'opérer chez l'animal vivant.

J'avais d'abord pensé que le ferment était spécial au foie, comme la matière glycogène elle-même; j'étais même parvenu à l'obtenir à l'état d'isolement. Mais, voyant ensuite que le liquide sanguin possède la propriété de transformer cette matière glycogène en sucre avec une très-grande énergie, il devint impossible de songer à une localisation du ferment, celui qu'on peut extraire du foie venant très-probablement du sang lui-même. De sorte que si en dehors de l'organisme nous avons plusieurs ferments pour opérer la transformation de la matière glycogène en sucre, chez l'animal vivant il suffit d'en admettre un représenté par le sang, qui du reste possède aussi la propriété de changer rapidement l'amidon végétal hydraté en dextrine et en sucre. L'observation des phénomènes physiologiques apprend que dans le foie, parallèlement à cette circulation lente et nutritive, il faut encore en considérer une autre, intermittente, variable et dont la suractivité coïncide avec l'apparition d'une plus grande quantité de sucre dans le tissu de l'organe.

Chez les animaux en digestion, la circulation dans la veine-porte est surexcitée, et alors la transformation de la substance glycogène est beaucoup plus active, quoique la formation de cette matière ne paraisse pas correspondre à ce moment-là. Cette suractivité circulatoire peut aussi être réveillée en dehors de la digestion; et alors le même phénomène de transformation de la matière et de l'apparition du sucre a également lieu. Chez les animaux hibernants ou engourdis, comme les grenouilles, par exemple, le ralentissement de la circulation qui est lié à l'abaissement de la température amène une diminution et quelquefois une disparition à peu près complète du sucre dans le foie. Mais la matière glycogène y est toujours, ainsi qu'on le prouve en l'extrayant. Il suffit alors de mettre les grenouilles engourdies à la chaleur pour activer leur circulation et voir bientôt le sucre apparaître dans leur foie. En plaçant de nouveau les animaux dans une basse température, on voit le sucre diminuer ou disparaître pour se montrer de nouveau quand on remet les grenouilles dans un milieu où la température est plus élevée.

Chez les animaux à sang chaud, on peut agir aussi au moyen du système nerveux sur les phénomènes de la circulation abdominale et secondairement ensuite sur la transformation de la matière glycogène dans le foie. J'ai montré que quand on coupe ou qu'on blesse la moelle épinière dans la région du cou, au-dessous de l'origine des nerfs phréniques, on diminue considérablement l'activité de la circulation hépatique, au point qu'après quatre ou cinq heures il n'y a plus de traces de sucre dans le foie de l'animal, dont le tissu reste cependant encore chargé de matière glycogène.

J'ai prouvé également qu'en blessant l'axe cérébro-spinal dans la région du quatrième ventricule, on produit des phénomènes exactement opposés; la circulation abdominale est très-accélérée, et conséquemment le renouvellement du contact de la matière glycogène avec son ferment considérablement étendu. Aussi la transformation de la matière glycogène devient-elle si active et la quantité de sucre emportée par le sang si considérable, que l'animal, comme on le sait, devient diabétique dans ce cas, c'est-à-dire que l'excès de sucre versé dans le sang par le foie surexcité passe dans ses urines.

Dans les deux cas précités, le système nerveux agit évidemment sur la manifestation purement chimique d'un phénomène physiologique. Mais quand on analyse son mode d'action, on reconnaît que ses effets n'ont été que mécaniques et ont porté primitivement sur les organes moteurs de la circulation capillaire, qui ont eu pour effet tantôt d'amoindrir ou d'empêcher, tantôt d'étendre ou d'augmenter le contact de deux substances capables par leurs propriétés de réagir l'une sur l'autre; elles donnent ainsi naissance à un phénomène chimique que le système nerveux règle indirectement, mais sur lequel il n'a pas d'action directe et primitive.

Quant aux conclusions que nous pouvons actuellement déduire, au point de vue de la physiologie générale, du mécanisme que nous avons indiqué pour la formation du sucre dans le foie, il est impossible de ne pas être frappé de la similitude qui existe sous ce rapport entre la fonction glycogénique du foie et la production du sucre dans certains actes de l'organisme végétal. La formation du sucre dans le foie des animaux passe par trois séries de transformations successives tout à fait analogues à celle de la formation de l'amidon, de la dextrine et du sucre dans la graine des végétaux.

En résumé, d'après tous les faits contenus dans ce travail, nous pouvons conclure que la question de la formation du sucre dans les animaux a réalisé un progrès important par suite de l'isolement de la matière glycogène qui préexiste constamment au sucre dans le tissu du foie.

Mais il reste encore à déterminer la forme organique de cette matière glycogène, ainsi que les conditions anatomiques et physiologiques exactes de sa formation dans ses rapports avec les phénomènes de développement et les divers états physiologiques du foie.

Traitement de l'apnée. — M. Marshall Hall communique une note relative à une méthode de traitement de l'apnée ou asphyxie. L'auteur formule dans les termes suivants les règles de traitement de cette affection :

1° Traiter le malade à l'instant, au lieu même, au grand air, excepté dans les saisons trop sévères;

2° Poser le malade sur la face, afin de débarrasser l'entrée des voies aériennes;

3° Instituer la pronation avec compression de la poitrine, et l'enlèvement de cette compression avec rotation, alternativement, quinze ou seize fois par minute;

4° Comprimer et frotter les membres par un mouvement porté vers le cœur.

(Nous donnerons la fin de cette séance dans le prochain numéro.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le jury du second concours à deux places de médecin du Bureau central, qui doit ouvrir le 6 avril prochain, est composé comme suit : MM. Baron, Baillarger, Cruveilhier, Gubler et Monod, titulaires; MM. Bally et Michon, suppléants.

— Par arrêté du 12 février dernier, M. le docteur Goetbuys a été nommé médecin de la maison de réclusion de Vilvorde (Belgique), en remplacement de M. le docteur Kumps, admis à faire valoir ses droits à la pension de retraite.

— Par décision du 30 janvier 1857, M. le ministre de la guerre a décerné à M. Renucci, médecin colonial, dans la banlieue de Constantine, la prime de 250 fr. attachée à la découverte du *cowpox*. Le 26 mai dernier, ce médecin constata sur une vache un cas de cowpox, dont il inocula la sécrétion sur-le-champ à un nouveau-né. L'opération ayant parfaitement réussi, d'autres enfants furent, à quelques jours d'intervalle, vaccinés aussi heureusement.

— M. Broussonnet, médecin de l'hôpital général et professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, vient de mourir dans cette ville.

— La distribution des prix aux internes en pharmacie, et la nomination des internes nouveaux ont eu lieu mercredi dernier à l'administration de l'assistance publique.

La séance était présidée par M. Dubost, secrétaire général de l'administration, assisté de MM. de Cambray et Censier, chefs de division, et Vée, inspecteur. MM. Cap, Chatin, Buignet, Guyart, juges du concours de l'internat, MM. Ducom, Grassi et Réveil, juges du concours des prix, siégeaient au bureau.

Les noms des lauréats et élèves nouveaux ont été proclamés comme il suit :

Première division. — *Prix : Médaille d'argent.* — M. Morin (de Rouen), interne en pharmacie de 4e année à l'hôpital des Cliniques.

Accessit (livres). — M. Gallois (de Vitry-le-François), interne de 4e année à l'hôpital de la Charité.

Mention honorable. — M. Arnould, interne de 3e année à l'hôpital de Lourcine.

Deuxième division. — *Prix : Médaille d'argent.* — M. Magne, interne de 1re année à l'hospice de la Vieillesse (hommes).

Accessit (livres). — M. Méhu, interne de 1re année à l'hôpital Saint-Louis.

Mentions honorables. — 1° M. Roussin, interne de 1re année à l'Hôtel-Dieu;

2° M. Toubin, interne de 1re année à l'hôpital Beaujon.

Les 24 internes nouvellement nommés sont :

MM. Rives, Noël, Brun, Rousseau, Dessaïs, Lebaigne, Combarieu, Monbrun, Stockers, Truchaud, Coquelet, André dit Pontier, Bonnejournée, Testard, Bru, Giroud, Allorges, Bonzom, Dusart, Moreaux, Poulain, Grignon, Deschamps, Berger.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Pillon, né à Paris (Seine); *Des exanthèmes syphilitiques.*

Billoir, né à Origle-Verger (Pas-de-Calais); *De la phlébite utérine puerpérale.*

Zambaco, né à Constantinople (Turquie); *De la gangrène spontanée produite par perturbation nerveuse.*

Le Gérant.

Paris, — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 39. — JEUDI 2 AVRIL 1857. (30e ANNÉE.) N° 39. — JEUDI 2 AVRIL 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL DES CLINIQUES (M. Nélaton). Observations d'enchondromes. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 31 mars. — ACADÉMIE DES SCIENCES, fin de la séance du 23 mars. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 1er AVRIL 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

Lorsque la discussion sur la méthode sous-cutanée s'est engagée, il était aisé de prévoir qu'elle dégénérerait tôt ou tard en une discussion personnelle. Il ne fallait qu'un peu de mémoire et la connaissance des hommes et des choses pour juger qu'il en devait être ainsi. L'événement a été au delà même de nos prévisions. Les réticences que nous avons été obligés de faire sur une partie du dernier discours en ont dit à cet égard plus peut-être que nous n'eussions voulu. La réponse de M. Guérin, dans la situation qui lui était faite, n'a été que ce qu'elle pouvait, que ce qu'elle devait être ; et lorsque le public a répondu par des applaudissements à une péroraison très-peu académique sans doute, mais qui allait droit au sentiment de tous les hommes de cœur, le bureau a montré une susceptibilité un peu tardive. En présence d'une manifestation qu'il a jugée contraire au respect de l'Académie, M. le président a menacé de lever la séance. Le bureau se serait peut-être épargné la nécessité de cet acte d'autorité, s'il se fût avisé huit jours plus tôt de ce souci pour la dignité de l'Assemblée.

On nous saura gré de ne pas insister davantage sur ce regrettable incident, réservant bien entendu toute appréciation en ce qui concerne la partie scientifique du discours de M. Guérin, comme nous l'avons fait pour l'argumentation de son contradicteur. — Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

OBS. I. — Enchondrome de la parotide du côté droit. — Ablation. — Guérison.

(Observations recueillies par M. Aug. VOISIN, interne du service.)

Examen microscopique des tumeurs fait par M. Ch. ROBIN.

Au n° 33 de la salle des hommes est couché le nommé Gosse, âgé de quarante-deux ans. Le malade ne peut rien nous apprendre sur les maladies de son père et de sa mère ; pendant son enfance, il a toujours été très-chétif. Depuis l'âge de sept ans, il porte dans la région parotidienne du côté droit une tumeur qui, il y a trois ans, avait le volume d'une noisette; mais depuis cette époque elle a fait des progrès rapides. L'année dernière; il y a éprouvé des douleurs piquantes. Il entre à l'hôpital le 1er avril 1856.

Cet homme paraît jouir d'une bonne santé. Il porte à la région parotidienne droite, à un centimètre au-dessous du lobule de l'oreille, une tumeur ovoïde, du volume d'une grosse noix, un peu comprimée de sa face externe vers sa face profonde, à grand diamètre vertical ; son extrémité inférieure descend jusqu'au niveau de l'angle de la mâchoire; son diamètre transversal est de cinq centimètres et demi, le vertical de six et demi.

La tumeur semble tout d'abord très-mobile sur les parties sous-jacentes ; mais un examen plus attentif fait constater, si on cherche à imprimer une locomotion étendue, qu'elle a des adhérences profondes. Les téguments sont mobiles sur la tumeur. Sa circonférence n'est pas parfaitement régulière ; on y sent une disposition lobulée. La tumeur est également dure en tous points ; elle a la consistance des tumeurs cartilagineuses; elle est indolente, et participe aux mouvements de la mâchoire.

Le diagnostic porté par M. Nélaton fut celui-ci : *Masse cartilagineuse développée dans la région parotidienne ; pédicule de la tumeur inséré dans la parotide.*

Le 11 avril, M. Nélaton fait une incision verticale partant du lobule de l'oreille et se dirigeant vers l'extrémité inférieure de la tumeur. Dans cette première incision, la peau et l'aponévrose superficielle sont seules divisées. La tumeur est alors saisie, énuclée en partie ; mais il fallut une dissection attentive pour la détacher profondément de ses adhérences avec la parotide. La plaie fut pansée comme une plaie simple. Pas de sutures.

La tumeur fut examinée au microscope par M. Robin. Elle était constituée par un noyau central cartilagineux, avec des prolongements périphériques. Le reste de la tumeur était formé de tissu amorphe et légèrement granuleux. A sa surface externe existe une portion de la glande parotide.

Les résultats de l'opération furent très-simples. La suppuration dura jusqu'au 30 avril, et le 2 mai le malade sortait de l'hôpital, sa plaie parfaitement cicatrisée.

Nous avons revu le malade le 1er février 1857. La cicatrice est presque linéaire ; il n'existe aucune induration dans son épaisseur. Les parties sous-jacentes présentent une souplesse remarquable. Le malade ne ressent aucune gêne, aucune douleur. Il n'est survenu de tumeur en aucune autre partie du corps.

OBS. II. — Enchondrôme de la première phalange du doigt médius. — Opération. — Guérison.

Au n° 7 de la salle des hommes est couché le nommé Terrage, âgé de soixante-cinq ans. Aucun membre de sa famille n'a été atteint de l'affection qui l'amène à l'hôpital. Son père est mort à soixante-quatre ans de mort violente. Sa mère a succombé au choléra. Pas de maladies antérieures.

Il fait remonter à quinze mois le début de son affection actuelle. La cause occasionnelle serait un violent effort, une espèce d'entorse, à la suite de laquelle le malade aurait vu survenir presque aussitôt de la tuméfaction dans la première phalange du médius. L'augmentation de volume a progressé jusqu'à ce jour.

Dès le début, la tumeur a toujours été molle et dépressible ; le malade assure que jamais elle ne lui a paru dure et résistante. Les médecins qu'il consulta appliquèrent des vésicatoires volants, convaincus qu'ils étaient d'avoir affaire à une affection articulaire chronique.

Depuis un an, la tumeur est le siége de douleurs intolérables. Il entre à l'hôpital le 5 novembre 1856.

Voici l'état actuel :

Ce malade paraît robuste et porte le cachet d'une bonne santé. Il présente à la face dorsale de la main droite une tumeur en forme de rave, du volume d'une noix, qui occupe toute la partie supérieure du doigt médius, et se prolonge jusqu'au-dessus de la tête du troisième métacarpien. Elle occupe les deuxième et troisième espaces intermétacarpiens. En haut, elle s'étend jusqu'à 1 centimètre au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius; en bas, elle est distante de 1 centimètre et demi de l'articulation de la phalange avec la phalangine. Saillante surtout à la face dorsale de la main, on constate en avant un relief arrondi au niveau du pli digito-palmaire. La saillie dorsale est plus sensible que la saillie palmaire.

La peau qui recouvre la tumeur dans la paume de la main a conservé sa couleur normale et ses plis ; à la région dorsale elle est d'un blanc mat et tellement distendue, qu'on ne peut la déplisser ; celle du doigt médius est squammeuse.

La tumeur est dure, si on la considère dans son ensemble; mais en quelques points, et surtout dans sa portion dorsale, le palper y fait percevoir de l'empâtement et une véritable fluctuation. Elle est immobile sur les parties profondes ; elle n'est pas transparente.

Nous avons dit que l'exploration de la tumeur permettait de constater une fluctuation bien manifeste dans sa partie dorsale; si l'on cherche à la percevoir à la face palmaire et à faire refouler le liquide présumé de la face dorsale à la face palmaire, on arrive à un résultat négatif.

La tumeur est le siége de douleurs spontanées, exagérées principalement par la toux, l'action de se moucher, calmées, au contraire, par la chaleur du lit et des cataplasmes. Le malade compare ses douleurs à des piqûres d'épingle. De temps à autre il ressent dans le bout du doigt médius des fourmillements qui disparaissent en frottant légèrement la tumeur avec la paume de la main gauche. Nous avons constaté plusieurs fois dans le jour ce mouvement instinctif.

L'avant-bras est parfois le siége d'engourdissements très-pénibles. L'articulation métacarpo-phalangienne a conservé quelques mouvements de flexion et d'extension qui ne provoquent pas de douleurs. Le doigt médius est immobile, il est dans l'extension forcée. Le mouvement de flexion, bien que très-limité, réveille les douleurs.

La sensibilité de la peau qui recouvre la tumeur n'est pas diminuée. Mais nous avons pu constater une anesthésie cutanée presque complète au doigt médius. L'existence de cet homme est devenue très-pénible, par suite des douleurs incessantes et de la rigidité du doigt médius ; il réclame avec instance un traitement curatif.

Diagnostic. — Le diagnostic de cette tumeur ne laisse pas que d'offrir un certain intérêt. En effet, la maladie date de quinze mois seulement; très-dure en certains points, cette tumeur est dans d'autres franchement fluctuante. Son siége primitif paraît être l'extrémité supérieure du doigt médius ; mais elle se prolonge au delà de l'articulation métacarpo-phalangienne. On conçoit que la connaissance du siége anatomique ait ici une très-grande importance au point de vue opératoire. La tumeur n'a-t-elle pas envahi ou a-t-elle envahi le troisième métacarpien ?

Plusieurs symptômes militent en faveur de la première opinion : la persistance et l'indolence des mouvements normaux de l'articulation métacarpo-phalangienne ; le plus grand volume de la tumeur au tiers supérieur de la phalange ; quant à la deuxième hypothèse, on pourrait se fonder sur la tuméfaction que l'on observe à 1 centimètre au-dessus de l'articulation.

Quant à la nature de la tumeur, elle n'avait pas été reconnue avant l'opération. On était resté indécis de savoir si la maladie était constituée par des fongosités articulaires ou une ostéite de l'extrémité de la phalange. L'âge de la tumeur, sa mollesse, la fluctuation perçue, avaient éloigné l'idée d'un enchondrome.

M. Nélaton, pensant que la lésion dépassait l'articulation métacarpo-phalangienne, pratiqua le 13 novembre l'amputation du doigt médius, et réséqua la tête du troisième métacarpien. L'opération fut des plus simples, ainsi que ses suites; si bien que le malade sortit de l'hôpital le 3 décembre 1856, conservant un petit orifice fistuleux à la région dorsale.

Examen de la tumeur. — Après avoir pratiqué une coupe de la tumeur suivant l'axe du médius, nous avons reconnu de la partie dorsale vers la portion palmaire les couches suivantes : la peau considérablement amincie; le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose d'enveloppe réduits à de minces lamelles. Le périoste, une couche de 3 millimètres d'épaisseur, ramollie, offrant l'aspect du tissu encéphaloïde ramolli ; une masse cartilagineuse contenant dans son épaisseur des fragments de tissu osseux ; et enfin une portion du métacarpien.

Le *périoste* est violacé, coloration due à une vive injection. La masse, d'aspect cartilagineux, de consistance dure, élastique et tenace, est diversement colorée. Ici la coloration est grisâtre, là rosée; plus loin, d'un blanc mat, ailleurs, violacée. On aperçoit disséminées dans la tumeur des parcelles osseuses, rougeâtres, qui présentent les cavités caractéristiques de l'ostéite.

Ainsi, dans toute la portion dorsale de la tumeur, la première phalange est réduite à quelques fragments de très-petit volume. Examiné dans le reste de son étendue, l'os nous a paru sain dans son tiers inférieur ; mais dans ses deux tiers supérieurs il est altéré. Son volume est doublé, sa forme n'a pas changé ; mais de ses parties constituantes il ne reste que le tissu compact; le tissu spongieux a été remplacé par le cartilage.

Le tissu compacte manque lui-même dans une étendue d'un centimètre, à la face dorsale et au niveau de la plus grande saillie de la tumeur.

L'examen de l'articulation métacarpo-phalangienne nous montre que la synoviale est soulevée au niveau des ligaments latéraux par de petites tumeurs violacées du volume de grains de millet et très-molles. Du reste, les surfaces articulaires sont saines.

Le ligament antérieur de l'articulation et le périoste qui l'avoisine sont infiltrés d'une matière d'apparence colloïde, au milieu de laquelle nous trouvons un noyau cartilagineux dont le volume est égal à celui de la tête d'une grosse épingle.

Le tendon de l'extenseur du médius est porté vers la face interne de la tumeur.

En résumé, ce premier examen nous fait reconnaître un enchondrôme de la partie supérieure de la première phalange du doigt médius, et nous apprend que la fluctuation bien manifeste que nous avions constatée avait sa raison d'être dans la mollesse de la partie dorsale. Le microscope seul pouvait nous apprendre la structure intime de cette portion ramollie. Nous avons porté la pièce à M. Robin, qui a bien voulu nous en donner une description détaillée.

« La portion du tissu qui avait la consistance cartilagineuse est composée entièrement de la substance cartilagineuse fondamentale, tout à fait homogène, à peine granuleuse, comme dans le cartilage vrai. Quelques parties ont l'aspect strié fibroïde, comme dans le fibro-cartilage.

» Du reste, cet état fibro-cartilagineux n'existe que dans une très-petite étendue et dans des points disséminés çà et là.

» Le tissu est creusé en plusieurs points de cavités cartilagineuses contenant toutes une et rarement deux cellules. Les cellules offrent un diamètre de 2 à 3 millièmes de millimètre, et ont l'aspect général des cellules de cartilage chez les jeunes sujets pendant la vie intra-utérine et peu après la naissance. Elles sont arrondies ou ovoïdes, la plupart transparentes, toutes finement granuleuses. Le plus grand nombre est dépourvu de noyau. Quelques-unes contiennent éparses çà et là dans leurs cavités des granulations graisseuses. Aucune ne présente ces grosses gouttes d'huile si fréquentes, on le sait, dans beaucoup de cartilages pathologiques et dans les cartilages de la trachée chez le vieillard.

» Là où le tissu cartilagineux est d'un gris ardoisé, les cellules de cartilage renferment beaucoup de granulations graisseuses. Cette couleur est due, suivant M. Robin, à un phénomène de réfraction de la lumière.

» Telle est la structure de la tumeur centrale, d'aspect franchement cartilagineux.

» Quant à la partie superficielle ou la partie molle de la tumeur, elle diffère très-peu histologiquement de la portion que nous venons de décrire; elle offre les caractères bien tranchés du cartilage.

» Toutefois on n'y trouve pas l'aspect strié propre à la substance fondamentale du fibro-cartilage. Les cellules cartilagineuses que nous voyons sont plus petites du quart à la moitié que celles que nous avons déjà décrites. Elles sont plus pâles, bien que renfermant un assez grand nombre de granulations moléculaires grisâtres; la plupart contiennent un noyau sphérique ou ovoïde large de 0,008 à 0,009.

» Cette substance molle est donc bien constituée par les éléments propres du cartilage, avec cette particularité que la substance fondamentale de cet élément est molle, de consistance presque gélatineuse;

elle ressemble aux premières traces de cartilage qui forment les lames vertébrales chez l'embryon.

» Le tissu, d'aspect colloïde, placé sur le ligament antérieur de l'articulation métacarpo-phalangienne, est composé d'une trame de fibres de tissu cellulaire, isolées et écartées les unes des autres, entrecroisées en tous sens, de manière à circonscrire des mailles polygonales, remplies elles-mêmes par une matière amorphe transparente parfaitement homogène. Toutefois çà et là cette matière amorphe est parsemée de fines granulations grisâtres, mais elles ne renferment aucune trace d'éléments anatomiques particuliers. »

Nous avons revu le malade le 15 février 1857. A cette époque, il restait encore un très-petit orifice fistuleux à la région dorsale de la main. Les mouvements des doigts annulaire et indicateur étaient libres. Aucune tumeur ne s'était développée dans la main, et le malade n'y avait pas ressenti la moindre douleur depuis sa sortie de l'hôpital.

Cette observation nous a paru présenter un très-grand intérêt. Nous avons déjà parlé de la marche rapide, anormale de la tumeur, si rapide même qu'on peut penser qu'elle existait longtemps avant d'avoir attiré l'attention du malade. En outre, la portion ramollie, analogue au tissu trouvé chez le malade de Lugol, a surtout rendu le diagnostic très-difficile. C'est dans ces cas que l'examen microscopique seul permet d'éviter l'erreur. On n'aurait, en effet, jamais pu soupçonner que le tissu ramolli était du cartilage.

OBS. III. — Enchondrome du deuxième métacarpien. Opération. Infection purulente. — Mort.

Au n° 9 de la salle des hommes est couché le nommé Lapouge, âgé de dix-neuf ans, horloger. Il est entré à l'hôpital le 2 novembre 1856.

Ce jeune homme raconte qu'à l'âge de deux ans deux tumeurs se sont développées sur le doigt médius de la main droite. Elles étaient très-dures, et prirent un développement lent et progressif jusqu'à l'âge de douze ans, époque à laquelle fut amputé le doigt médius dans sa continuité. Les tumeurs à cette époque offraient chacune le volume d'une noix.

Le malade, quatre mois après cette opération, vit apparaître dans l'intervalle du deuxième et du troisième métacarpiens la tumeur qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital. L'augmentation de volume a été très-lente et tout à fait indolente. La crainte seule de voir la tumeur se développer encore le décide à réclamer les secours de la chirurgie.

Voici l'état du malade à son entrée à l'hôpital :

Le jeune homme est d'une constitution peu robuste; il porte sur la face dorsale de la main droite une tumeur saillante au-dessus du niveau de la peau, globuleuse; la base en est légèrement rétrécie; le volume en est comparable à celui d'une noix. Si on la comprime latéralement, elle présente la dureté du cartilage; tandis que, comprimée d'avant en arrière, elle se laisse déprimer comme une poche fortement distendue par un liquide, et cependant la tumeur n'est pas fluctuante.

En l'exposant à un rayon de soleil, on est frappé de la transparence remarquable qu'elle présente. En même temps, on constate que la tumeur prend une couleur rougeâtre générale due à de nombreuses stries et arborisations paraissant constituées par du sang.

Les téguments sont amincis, de couleur rosée, mais paraissent glisser librement sur la tumeur.

De distance en distance, le palper y fait reconnaître de petites bosselures arrondies.

Le siége apparent de la tumeur est en partie sur la face dorsale du troisième métacarpien et en partie dans l'espace inter-métacarpien. Mais un examen attentif fait constater que la tumeur n'est nullement adhérente au troisième métacarpien, mais bien au deuxième. Des mouvements latéraux et en sens opposé ne se transmettent pas au troisième métacarpien, mais au deuxième seul. La tumeur paraît donc implantée sur la face interne du deuxième métacarpien. Son pédicule s'insère sur l'os à une distance de 1 centimètre au-dessus de son extrémité inférieure; il a une longueur de 2 centimètres. La tumeur est bridée à sa base par deux cordons durs, qui paraissent être les tendons des muscles extenseurs du médius amputé et de l'indicateur.

Le deuxième métacarpien a un volume normal dans toute la partie qui ne correspond pas à la tumeur. Les mouvements du doigt indicateur sont restés à l'état normal. Aucune douleur. M. Nélaton pensa qu'il s'agissait d'une tumeur cartilagineuse, d'un enchondrome du deuxième métacarpien. Quant à la variété d'enchondrome, il crut avoir affaire à une tumeur cartilagineuse à la périphérie, osseuse au centre. Son diagnostic se fondait sur la transparence remarquable de la tumeur, sur sa dépressibilité et sur l'absence de crépitation osseuse.

M. Nélaton n'a pas cru devoir pratiquer l'ablation pure et simple de la tumeur. On sait, en effet, que ces tumeurs ont toujours leur point de départ dans les os, et que, par conséquent, extirper seulement la tumeur, c'est laisser la moitié du mal.

La résection du deuxième métacarpien a paru aussi à M. Nélaton une opération mauvaise, à cause du voisinage du tendon extenseur de l'indicateur. Après la suppuration inévitablement longue qui suit les résections, les tendons contractent des adhérences, et le doigt indicateur resterait plus tard inutile et même nuisible par sa rigidité.

M. Nélaton préféra amputer l'indicateur, et réséquer le deuxième métacarpien jusqu'à une distance de deux centimètres au-dessous de l'extrémité supérieure de l'os. Aucun symptôme n'indique, en effet, que la tumeur se prolonge plus haut dans le métacarpien.

Le 24 novembre, l'opération est pratiquée suivant la méthode circulaire. Pendant la section du métacarpien, M. Nélaton s'aperçut que la scie à chaîne mordait dans un tissu malade. Il fit une seconde section à cinq millimètres plus loin; le canal médullaire était encore envahi par la tumeur. Il se vit contraint de saisir l'os avec un davier, et de le désarticuler dans son articulation supérieure. L'articulation était saine. M. Nélaton avait tout d'abord écarté cette opération, voulant éviter les suppurations si dangereuses des articulations du carpe. L'opération dura dix minutes; le malade resta plongé dans le sommeil chloroformique durant ce laps de temps.

Dans la journée, le malade accusa de très-vives douleurs dans la plaie et dans l'avant-bras; il fut en proie une partie de la journée à une grande exaltation, qui fit place le soir et la nuit à une stupeur profonde dont rien ne put le tirer.

Le lendemain matin, 25, le malade était rétabli.

Le 27, une suppuration abondante s'établit entre les lèvres de la plaie.

Tout allait bien, quand le 1er décembre le malade est pris, à quatre heures du soir, d'un violent frisson, qui dure une demi-heure, et est suivi d'une chaleur intense; le tout durant deux heures.

Le 2, M. Nélaton prescrit : bi-sulfate de quinine, à la dose de 1 gramme. — Pas de frissons.

Le 3, le bi-sulfate de quinine est continué à la dose de 1 gramme 50 centigr., et en trois prises. Ce traitement est continué pendant quatre jours encore.

Le 5, le malade accuse une douleur vive dans la fesse gauche. Nous y constatons une tumeur sous-musculaire très-profonde, sans fluctuation bien manifeste. M. Nélaton préfère attendre, avant de l'ouvrir, que la tumeur soit mieux circonscrite et la fluctuation plus franche. La raison qu'il donne est que dans les cas où les abcès sont petits et profondément situés, l'instrument pourrait passer à côté de la tumeur sans y pénétrer. La suppuration dans la main se maintient abondante et de bonne nature. Le soir, le malade est pris d'une sueur intense sans frisson. — Même traitement.

Le 6, ponction de la tumeur de la fesse avec un trocart. Il sort une quantité de pus évaluée à un verre ordinaire. — Injection dans le foyer de 60 grammes de teinture d'iode pure.

L'état de la main est satisfaisant. Le soir, sueur intense; pas de frisson. — Même traitement.

Le 7, la ponction de l'abcès et l'injection iodée ont fait cesser les douleurs de la fesse. Le soir, le malade nous accuse de la douleur au niveau des deux articulations sterno-claviculaires. Nous trouvons de l'empâtement, et le simple palper exagère les douleurs.

Pendant la nuit du 7 au 8, le malade est en proie à une vive agitation; il se plaint de dyspnée; il éprouve la sensation d'un poids qui l'étouffe.

Le 8, jusqu'à ce jour, le malade a pris 4 gr. 50 c. de sulfate acide de quinine. Le malade ne veut plus en prendre. Il ressent des bourdonnements d'oreilles qui le fatiguent, et il attribue au médicament son état d'éréthisme et d'agitation; la suppuration est de bonne nature, mais les articulations du poignet et du carpe sont envahies par le pus. Le moindre mouvement imprimé à la main produit une crépitation qui paraît se passer dans les articulations carpiennes; M. Nélaton ordonne 1 gramme d'alcoolature d'aconit. — Le sulfate de quinine continuera à être administré au malade.

Le 9, frissons à quatre heures du soir et dans la nuit; le soir le malade est en proie à une très vive agitation, il se plaint d'étouffer. — Alcoolature d'aconit, 2 grammes; sulfate de quinine, 1 gramme.

Le 10, les deux articulations sterno claviculaires sont toujours douloureuses et davantage tuméfiées. Frissons le soir. — Même traitement.

Le 11, douleurs dans les genoux et les talons; la suppuration se maintient de bonne nature; plusieurs frissons. Pendant les pansements, il se produit une hémorrhagie; la quantité de sang écoulé est évaluée à 120 grammes. L'ouverture de la fesse faite par le trocart est restée fistuleuse et donne issue à une énorme quantité de pus. Le malade s'amaigrit considérablement, nous trouvons le soir sa peau couverte d'une sueur froide.

Jusqu'au 13 décembre, l'état du malade ne fait qu'empirer, il est pris de frisson plusieurs fois par jour; il s'agite, se plaint continuellement; la suppuration se maintient cependant abondante et de bonne nature; mais à partir de ce jour, il tombe dans la prostration et le coma. La suppuration se tarit, et le jeune homme meurt le 14 décembre au soir. Le traitement n'a pas été interrompu un seul jour.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 31 mars 1857. — Présidence de M. MICHEL LÉVY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet un rapport de M. le docteur Chapelain, médecin inspecteur des eaux minérales de Luxeuil (Haute-Saône), sur le service médical de cet établissement en 1855. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Martin, médecin aide-major au 64e de ligne, envoie une note accompagnée d'une observation sur le traitement de l'eczéma. (M. Gibert, rapporteur.)

— M. le docteur Lebel (André) adresse une note sur l'emploi de la poudre de scordium composée (base de l'électuaire diascordium) pour modérer les flux hémorroïdaux. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

— M. Leras, inspecteur de l'Académie à Quimper, écrit pour rappeler qu'il a adressé en 1849 un mémoire sur le pyro-phosphate de soude et de fer. L'auteur fait remarquer qu'aucun rapport n'a été fait sur la communication, et que des travaux publiés depuis sur ce sujet n'ont fait aucune mention de ses recherches sur cette substance. (Commission nommée.)

— M. Duroy communique un mémoire intitulé : *Essai sur l'amylène, nouvel agent anesthésique.* (Commissaires : MM. Velpeau, Malgaigne et Robert.)

— Sur l'invitation de M. le président, M. Melier donne à l'Académie des nouvelles de M. Gueneau de Mussy. Il lui apprend que la santé de l'honorable académicien est en voie d'amélioration.

RAPPORT.

M. Robinet lit au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées.

Valérianate d'ammoniaque. — Le même rapporteur lit au nom de la même commission un rapport sur un travail de MM. Laboureur et Fontaine (de Paris), relatif à un procédé ayant pour objet la préparation du valérianate d'ammoniaque à composition définie.

Suivant les auteurs, ce sel n'avait pas été obtenu jusqu'à présent à l'état de pureté et solide. Les traités de chimie décrivaient le valérianate d'ammoniaque comme un produit liquide, et les fabricants de produits chimiques n'avaient pu, en effet, avant MM. Laboureur et Fontaine, présenter un valérianate d'ammoniaque solide et cristallisé pur et à composition constante.

Le procédé de MM. Laboureur et Fontaine consiste dans la préparation à l'état de pureté de l'acide valérianique et de gaz ammoniac; puis dans la réunion de ces deux corps. A mesure que la combinaison a lieu le sel cristallise sous une forme en apparence confuse; mais au microscope on distingue très-bien des prismes à quatre pans terminés soit par des pyramides, soit par des biseaux.

L'analyse élémentaire démontre que le produit ainsi obtenu est du valérianate pur.

De ces faits et de ces considérations, la commission croit pouvoir conclure que le procédé et le produit de MM. Laboureur et Fontaine présentent la nouveauté et l'utilité exigées par le décret du 3 mai 1850, et elle propose de répondre à M. le ministre qu'il y a lieu de faire l'application de ce décret à la formule ci-jointe :

Pr. l'acide valérianique mono-hydraté et pur; disposez-le en couches unies dans une capsule plate, recouverte d'une cloche parfaitement close; faites arriver dans la cloche du gaz ammoniaque anhydre jusqu'à parfaite saturation de l'acide valérianique.

Conservez le valérianate d'ammoniaque, par petites parties, dans des flacons parfaitement clos.

Après quelques explications échangées entre MM. Caventou, Lecanu, Gaultier de Claubry et M. le rapporteur, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— Pendant la lecture de ces rapports, l'Académie a procédé à la nomination des commissions de prix. Le résultat du scrutin sera annoncé dans la prochaine séance.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la méthode sous-cutanée.

La parole est à M. J. Guérin.

M. LE PRÉSIDENT. Je prendrai la liberté de rappeler le vœu que j'avais émis au commencement de cette discussion, celui qu'elle conservât un caractère exclusivement scientifique. Malheureusement ces limites ont été outre-passées, surtout dans la dernière séance. Je préviens les orateurs que si un pareil fait se renouvelait, je me verrais forcé d'intervenir dans leur propre intérêt, dans celui de la dignité de l'Académie. En donnant la parole à M. Guérin, je n'ai qu'à le prier de continuer à se tenir dans les limites des convenances qu'il a observées jusqu'à présent. (Marques d'approbation.)

Suite de la discussion sur la méthode sous-cutanée.

M. J. GUÉRIN. En reprenant la parole dans cette discussion, mon premier besoin est de remercier et de rassurer l'Académie.

Je la remercie d'abord parce que, faisant violence à ses habitudes de modération et de haute convenance, elle a permis à un système de critique, sur le caractère duquel il pouvait y avoir encore quelques doutes, de se montrer au grand jour, de se publier sans réticence, enfin de se démasquer. L'Académie ne saurait croire à quel point elle m'a rendu service, à moi en particulier et à la science en général. Grâce à sa rare indulgence, il ne sera plus permis de se méprendre sur le caractère des attaques qui poursuivent depuis tant d'années ma personne et mes travaux.

Mais, ainsi que je viens de le dire, j'éprouve aussi le besoin de rassurer l'Académie. Elle pourrait croire que, donnant un libre cours à un mouvement de réaction trop légitime, je voudrais réveiller ses déplaisirs de mardi dernier; mais non, quoi qu'on ait fait et dit pour me forcer à sortir de mon caractère, je resterai ce que j'ai été; je tâcherai de répondre ainsi à la bonne opinion de notre honorable président. (Très-bien.) Ma patience a eu le temps de s'exercer, depuis des années qu'elle est à l'épreuve; elle a appelé à son secours un sentiment plus calme et plus académique, le sentiment qui est le refuge des honnêtes gens. D'ailleurs, mon respect bien connu pour l'Académie et l'ardente conviction des vérités que je veux faire triompher, prévaudraient en moi sur toute autre considération et seraient bien capables de me contenir jusqu'au bout.

Mais si je prends l'engagement de rester, par mon attitude et mon langage, digne de l'Académie, je me réserve de caractériser comme il doit l'être le système d'attaques qui ne cesse de me poursuivre, depuis bientôt quinze ans, jusque dans cette enceinte; il faut que ce système soit connu jusqu'à la trame; je n'aurai pas de grands efforts à faire pour cela; mon adversaire y a déjà pourvu. Je me bornerai donc à compléter son exhibition.

Il est superflu de le faire remarquer, la science dans cette discussion n'a été qu'un prétexte. Ce n'était pas la méthode sous-cutanée qu'on voulait mettre en cause, mais l'auteur de la méthode, sa personne même, son caractère, sa réputation.

En effet, dès l'origine, M. Malgaigne m'a représenté comme un spoliateur des devanciers, comme déguisant tant bien que mal mes emprunts. J'ai prouvé de toutes les façons que ces prétendus emprunts étaient bien ma propriété, mon travail, ma pensée, mon invention. J'ai défini cette invention de façon à rendre toute méprise impossible, et j'ai confronté une à une avec elle toutes les allégations de M. Malgaigne et des personnes qui lui sont venues en aide. Cette confrontation a été si décisive, que ni M. Malgaigne ni personne n'a essayé de soutenir la lutte sur ce terrain.

Dans cette occurrence, qu'a fait alors M. Malgaigne? Il est remonté à cette tribune, non plus pour soutenir, ce qui n'était plus soutenable, que les opérations de Monro, de Bromfield, de Desault, de Boyer, de Bell, d'A. Cooper, de Dupuytren, de Brodie, de Delpech, de Dieffenbach, de Strohmeyer, sont de véritables opérations sous-cutanées, ayant le caractère, la signification et le but de la vraie méthode sous-cutanée, émanant du même principe, employant les mêmes moyens et aboutissant au même résultat : l'absence de toute inflammation suppurative; sur ce terrain, dis-je, la lutte était impossible. Mais il est revenu armé d'un système d'équivoques, de citations arrangées, tronquées, supposées pour prouver non pas que je m'étais trompé, que je m'étais abusé, mais que j'avais surpris la religion de l'Académie.

Il ne s'agit donc plus de la méthode sous-cutanée, ni de son origine, ni de ses principes, ni de ses applications, mais de moi-même, de ma personne et des moyens que j'aurais employés pour m'assurer une invention qui ne m'appartient pas. Tel est le système de M. Malgaigne, traduit dans toute sa simplicité et nudité. (Bruit, agitation.) — Puisque l'Académie ne paraît pas désirer être plus amplement édifiée à cet

égard, je n'insisterai pas; les applications quo j'ai à examiner achèveront de mettre dans tout leur jour les intentions et les moyens de mon adversaire.

Il est bien entendu, messieurs, que dans ce qui va suivre je ne m'arrêterai plus à discuter, sous le point de vue de la question de priorité, les allégations de M. Malgaigne; je ne les examinerai que pour maintenir l'autorité des documents dont il n'a pas craint de mettre la sincérité en question. Je dirai même, à cet égard, que je ne m'arrêterai qu'aux points principaux de sa critique, convaincu que par ceux que je résoudrai vous pourrez apprécier la valeur de ceux que je passerai sous silence.

L'Académie se rappellera que, voulant fixer l'état de la science à l'époque de la publication de mon premier mémoire sur la méthode sous-cutanée, j'avais choisi le *Manuel de médecine opératoire* de M. Malgaigne, édition de 1837; il m'a fait deux graves reproches à cet égard. Suivant lui, j'aurais omis de citer ce que cet ouvrage renfermait de documents sérieux comme opérations sous-cutanées antérieures à mes travaux; de plus, j'aurais pris l'édition de 1837 au lieu de prendre l'édition de 1839. Je vais répondre à ces deux reproches.

Et d'abord, j'ai cité et discuté en réalité toutes les citations extraites du *Manuel* de M. Malgaigne; elles sont au nombre de neuf. Si je n'avais été averti tout à l'heure par quelques personnes que ces citations avaient produit quelque impression, je me serais borné à rappeler ce que j'en ai dit précédemment; ce sont autant d'expédients qui n'ont aucun rapport avec la vraie méthode sous cutanée. Leur reproduction ne les rend ni plus nouvelles ni plus significatives. Leur nombre a pu en imposer:

« De loin c'est quelque chose;
» De près ce n'est plus rien. »

Toutes, à l'exception de deux, l'*incision des ganglions* et la *ponction avec broiement des tumeurs érectiles*, qui n'avaient jamais figuré jusqu'ici au débat, ont été citées et discutées à satiété. Il suffira de les mentionner pour rappeler à l'Académie et ce qu'elles sont en réalité et la manière dont je les ai caractérisées.

Première citation. — « Quelquefois on enfonce le bistouri plus ou moins obliquement; c'est surtout quand on veut détruire le parallélisme entre l'ouverture intérieure et celle de la peau. » J'ai reproduit ce passage dans mon dernier discours comme le seul se rapportant au manuel opératoire général de la méthode sous-cutanée. Il n'a pas acquis plus d'importance depuis.

Deuxième citation. — *Abcès, ponctions successives.* — Procédé de Boyer et autres, sur lequel je me suis expliqué; procédé abandonné, et que M. Malgaigne lui-même a déclaré mauvais, préférant les larges incisions.

Troisième citation. — « On a conseillé l'ouverture à l'aide d'une très-petite incision. » Nous y reviendrons tout à l'heure.

Quatrième citation. — « La ponction avec broiement. On a proposé de plonger dans la tumeur une aiguille à cataracte, avec laquelle on broierait les tissus morbides. » Nous y reviendrons plus loin.

Cinquième citation. — *Description du procédé de Stromeyer pour le pied-bot.*

Sixième citation. — *Description du procédé d'A. Cooper* pour les brides palmaires avec cette annotation: « Ce procédé est le premier en date, et a précédé le procédé analogue de M. Stromeyer pour le tendon d'Achille. »

Septième citation. — *Varices. Procédé de Brodie.* — « On espérait ainsi éviter l'entrée de l'air, cause présumée de la phlébite; mais Béclard a vu survenir la phlébite et l'érysipèle phlegmoneux après ce procédé, comme après l'autre. »

Huitième citation. — *Corps étrangers articulaires.* — « L'extraction achevée, on laisse revenir la peau sur elle-même; l'incision de la capsule se trouve ainsi fermée et à l'abri du contact de l'air. »

Voilà bien les citations fournies par le *Manuel* de 1857. L'Académie n'en reconnaît-elle pas immédiatement sept pour avoir été discutées ici, et réduites à leur juste valeur. Elles se rapportent toutes à trois éléments:

1° A la crainte de l'air, idée mal définie, tour à tour abandonnée et reprise, et considérée par M. Malgaigne comme une erreur;

2° Au déplacement de la peau en haut, en bas, sur les côtés, comme moyen de détruire le parallélisme de la peau, ressource jugée comme stérile, et abandonnée par tous les chirurgiens, et par M. Malgaigne lui-même;

3° Aux petites ouvertures faites avec un bistouri étroit. Mais, nous l'avons dit à satiété, ces ponctions n'ont rien de commun avec la méthode sous-cutanée, et M. Malgaigne n'en fait aucun cas. Il est maintenant acquis au débat que ces différents éléments, donnés comme précurseurs de la méthode sous-cutanée, sont tout à fait sans valeur. Qu'ils aient été fournis ou non par le *Manuel* de M. Malgaigne, cela importe peu; ce qu'il importe, c'est qu'on sache bien que mon adversaire, comme ceux qui lui sont venus en aide, ne prisent en aucune façon ces indications, et qu'elles ne sont citées, pour la plupart, par eux, que comme des précautions stériles. Témoin le défaut de parallélisme des plaies cutanées et articulaires, dans l'extraction des corps étrangers articulaires, que M. Malgaigne avait cité comme illusoire à l'occasion du procédé de Desault, et qu'au dire de Bichat, cet illustre chirurgien avait abandonné.

Restent donc deux indications nouvelles ajoutées aux anciennes: *la ponction des ganglions*, et *la ponction avec broiement des tumeurs érectiles*. A l'égard de ces deux indications, je reconnais que je ne les avais pas citées, parce qu'en effet on ne les avait jamais données jusqu'ici comme ayant un rapport, même éloigné, avec la méthode sous-cutanée. C'était aussi l'opinion de M. Malgaigne à une autre époque, au moins pour ce qui est des ganglions. Lorsque M. Malgaigne réinventa le procédé de M. Barthélemy pour inciser les ganglions par la méthode sous-cutanée, il trouva le procédé aussi nouveau qu'excellent. Voici, en effet, comment il s'exprimait alors: « J'ai déjà dit que l'écrasement et la ponction ne m'inspiraient *aucune confiance*; je n'avais pas voulu, vu le nombre des tumeurs, recourir aux incisions. En y réfléchissant, je pensai qu'on pouvait appliquer là avec avantage les incisions sous-cutanées sur lesquelles M. Guérin avait récemment éveillé l'attention des chirurgiens. » Puis, après avoir constaté les heureux résultats du procédé sous-cutané, l'auteur dit: « Telles sont les circonstances dans lesquelles j'ai employé cette nouvelle méthode opératoire. » (C'était donc, entre les mains de M. Malgaigne, une nouvelle méthode)..... « Ce qui doit frapper avant toute chose, c'est sa simplicité et *son innocuité*. » (*Bulletin de thérapeutique*, année 1840). Voilà ce que M. Malgaigne pensait de la ponction des ganglions, lorsqu'il croyait avoir inventé un procédé sous-cutané; vous savez ce qu'il en pense aujourd'hui.

Puisque le nom de M. Barthélemy se présente, permettez-moi de vous faire remarquer, chemin faisant, que le défaut de concordance signalé par M. Malgaigne entre la première publication du procédé de M. Barthélemy et mes premières publications sur la méthode sous-cutanée s'expliquent beaucoup plus facilement que ne paraît le croire mon adversaire. Voici: M. Barthélemy m'avait vu opérer, il m'avait entendu parler des avantages de ma manière d'opérer, et l'idée de son ingénieux procédé lui était venue de la sorte. Il a eu la loyauté de le reconnaître, tout en conservant la propriété de son application spéciale aux ganglions. M. Malgaigne trouve ce la incompréhensible. — Voilà pour la ponction des ganglions.

Quant à la *ponction et au broiement des tumeurs érectiles à l'aide d'une aiguille à cataracte*, il faut n'être pas bien difficile pour y voir une opération sous-cutanée. Ponctionner une tumeur et broyer son contenu à travers une petite ouverture, et à l'aide d'une aiguille à cataracte, n'est-ce pas faire ce qu'on fait quand on détruit le cristallin à travers une petite ouverture de la cornée? A ce titre, l'*opération de la cataracte* serait une véritable opération sous-cutanée. Il ne serait pas difficile d'en trouver beaucoup d'autres du même genre. Telles sont les tentatives attribuées à Cooper, à Ch. Bell, de couper des brides aponévrotiques et ligamenteuses à l'aide *d'une aiguille à cataracte, à travers une petite ouverture de la peau*. L'exiguïté de la plaie et l'aiguille à cataracte n'impliquent pas plus, dans ces cas que dans ceux cités plus haut, que l'opération ait été faite sous la peau, qu'elle ait été sous-cutanée, et encore moins qu'elle ait offert les véritables caractères de la méthode. De sorte que le manuel de M. Malgaigne traiterait d'un bout à l'autre de la méthode sous-cutanée. Qui s'en serait douté? Ne vous semble-t-il pas, messieurs, que lorsqu'une cause est obligée d'avoir recours à de tels expédients, elle est bien près de se regarder comme perdue?

Mais nous voici en face d'une seconde équivoque. L'Académie se rappellera que M. Malgaigne s'est beaucoup récrié de ce que j'aurais omis volontairement de recourir à une édition plus récente de son *Manuel*, à l'édition de 1839, antérieure de quelques jours à la méthode. J'y aurais vu bien autre chose en fait d'opérations sous-cutanées. Il n'y a qu'un petit malheur, messieurs, c'est qu'il n'existe pas d'édition de 1839, mais une édition de 1840, ce qui n'est pas tout à fait la même chose. Je suis bien sûr que M. Malgaigne a daté la préface de cette nouvelle édition du 24 juin 1839. C'est ainsi qu'il a justifié son accusation; mais, à moins que le livre n'eût paru avant d'être imprimé, je devais m'en rapporter tout simplement au millésime placé au bas du titre, et ce millésime est bien de 1840. C'est là une misère sans doute, mais sous cette misère, et à la faveur d'une seconde équivoque, M. Malgaigne a pu placer sa seconde accusation. Au demeurant, qu'y a-t-il de plus dans le *Manuel* de 1840 que dans celui de 1837? De nouvelles applications de la ténotomie et de la myotomie, rien de plus. Or n'est-ce pas par une nouvelle équivoque, dont on a tant abusé dans ce débat, qu'on prétend trouver et faire trouver de nouveaux développements, de nouveaux progrès de la méthode sous-cutanée dans une plus ou moins grande extension de la ténotomie. Que l'on coupe des tendons ou que l'on en coupe cent, la méthode sous cutanée ne fait pas un pas; c'est le même procédé, la même idée, le même but que quand on n'en coupait qu'un.

Je conclus donc que le *Manuel* de 1837 et celui de 1840 ne renferment rien de plus sérieux que ce que j'ai dit exister avant mon premier mémoire.

L'ouvrage de Vidal (de Cassis) a servi de prétexte à une troisième et quatrième accusation. Suivant M. Malgaigne, Vidal serait le véritable inventeur de la généralisation de la méthode sous-cutanée, et je l'aurais *prise* à cet auteur en omettant de le nommer. L'allégation est catégorique. En effet, Vidal parle bien de méthode sous-cutanée, mais à propos de ténotomie. « Il y a trois méthodes de ténotomie, dit-il, celle d'Isaacus Mindus, celle de Delpech et celle de Dupuytren. » (*Traité de pathologie externe*, p. 449.) Et plus loin, p. 478, et à l'occasion de la ténotomie du cou, il écrit ces lignes, que M. Malgaigne s'est bien abstenu de citer: « Ici, comme pour toutes les ténotomies, la méthode sous cutanée a été préférée; elle a été pour ainsi dire créée par M. J. Guérin, car ce praticien dit qu'il ignorait ce qu'avait fait Dupuytren; en cela, M. Guérin ressemblait à beaucoup de chirurgiens. J'avoue que je me suis beaucoup occupé de Dupuytren et de ses travaux, et j'ignorais cependant ce fait de ténotomie. D'ailleurs il n'est pas certain que le chirurgien de l'Hôtel-Dieu n'ait pas percé la peau sur les deux côtés du faisceau musculaire. »

Voilà donc comment Vidal n'était et n'avait aucune prétention à être l'auteur de la généralisation de la méthode sous-cutanée, et voilà comment je n'ai pas eu à lui prendre ce qu'il n'avait pas; et enfin, voilà, au contraire, comment cet auteur, qui n'avait après tout d'autre but que de faire un ouvrage de vulgarisation, m'avait rendu justice.

J'arrive à une accusation bien autrement sérieuse. L'Académie va voir au complet le système de critique de M. Malgaigne. Je veux parler de la date affirmée par moi de mes premières sections de tendon, que M. Malgaigne trouve en contradiction flagrante avec la date de mes premières opérations consignées dans mes écrits imprimés. Pour cette allégation, il convient de la lire textuellement dans le discours de M. Malgaigne.

« M. Guérin annonçait *hardiment* à cette tribune: Pendant plusieurs » années, de 1835 à 1839, j'avais pratiqué un très-grand nombre, un » nombre prodigieux de sections tendineuses. » « Ce n'est pas une médiocre fatigue, messieurs, qu'une discussion où les moindres assertions ont besoin d'être vérifiées; mais vous allez voir combien la vérification est utile. Or, en 1835, M. Guérin *n'avait pas coupé un seul tendon*; en 1836, M. Guérin *n'avait pas coupé un seul tendon*; en 1837, jusqu'au 2 décembre, *il n'avait pas coupé un seul tendon*. Le 2 décembre 1837, il fit enfin, pour la première fois, la section du sterno-mastoïdien. De pareilles assertions vous épouvantent *peut-être*, et vous seriez bien aises d'en avoir la preuve. Lisez donc le mémoire de M. Guérin *sur le torticolis*; vous y verrez (page 32) qu'il fit sa première section le 2 décembre 1837; la deuxième, le 16 janvier 1838. Fort bien, direz-vous, mais il *avait probablement déjà coupé autre chose?* Lisez donc le *mémoire sur la méthode sous-cutanée* (page 52): « *Mes* premières expériences sur l'homme consistèrent dans la section » sous-cutanée des muscles sterno et cléido-mastoïdien. » D'où il résulte que l'illustre opérateur, qui croyait avoir pratiqué un nombre prodigieux de sections sous cutanées, à partir de 1835, en réalité, au 1er janvier 1838, n'en avait encore pratiqué *qu'une seule*. »

Tel est textuellement et dans tout son développement le système de critique de M. Malgaigne. Ceci est bien grave, messieurs, et pourtant il n'y a là qu'une équivoque, une altération de texte, au service d'une accusation que je ne veux point qualifier, puisque cela paraît vous déplaire, mais qui se qualifiera d'elle-même.

M. Malgaigne a fait semblant de ne pas s'apercevoir qu'il confondait la ténotomie avec la myotomie. Ma première opération de myotomie du cou, de section du muscle sterno-mastoïdien, la première pratiquée en France par le procédé sous-cutané, date bien du 2 décembre 1837, et mes premiers essais (de myotomie) ont bien commencé à la section du sterno-mastoïdien. Mais M. Malgaigne s'est bien gardé de vous dire, tout en se demandant si je n'avais pas déjà coupé autre chose, que, dans l'ouvrage même où il empruntait cette première indication de mes expériences myotomiques chez l'homme, il y avait de quoi faire cesser toute méprise et toute équivoque. On lit, en effet, à la page 19 de mon *Essai sur la méthode sous-cutanée*, ce qui suit: « Mes premières sections sous-cutanées de tendons datent du commencement de 1836; pendant deux années je les ai répétées au pied et au cou, en me conformant aux règles pratiques précédemment établies. »

Que M. Malgaigne mette en doute ce que je viens de vous citer, c'est conforme à ses habitudes. Mais que sciemment il vous cite un passage renfermant l'équivoque que vous savez, et qu'il passe sous silence un passage d'à côté qui devait empêcher toute méprise, il y a là quelque chose qui confond, et que je ne veux pas qualifier. Mais je ne me borne pas à rétablir un texte altéré par un texte supprimé; je vais mettre l'Académie à même de se convaincre qu'en réalité, au commencement de 1836, j'avais bien pratiqué des sections de tendons. Voici, en effet, dans mon premier mémoire sur les difformités du système osseux, page 40, l'observation d'une jeune fille, Elisa Geoffroy, mise en traitement sous les yeux de deux commissions de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, le 14 janvier 1836: « Cette jeune fille était atteinte depuis sa naissance d'une déviation latérale dorso-lombaire à droite, accompagnée d'un *pied-bot postérieur considérable*. »

« En note, on lit: « J'ai fait sur le même sujet, et à la même époque, la section du tendon d'Achille, du long fléchisseur du gros orteil et d'une portion de l'aponévrose plantaire. » J'ajoute: « La guérison du pied-bot a été constatée par une commission de l'Académie des sciences, ainsi qu'elle l'a relaté dans son rapport. » Et, en effet, messieurs, voici le rapport de la commission pour le grand prix de chirurgie, sur les ouvrages déposés le 1er mars 1836, et on y trouve le résumé des sujets traités: « Quatre cas de pied-bot, dont un cas *extrême*, consistant dans un renversement en arrière de la partie antérieure du pied, la malade marchant sur la face dorsale du tarse. » Il ne peut y avoir de méprise. Voici la planche représentant tous les sujets traités, et voici les deux plâtres du pied opéré, avant et après le traitement, avec les noms de tous les commissaires et la signature du président. Voilà donc un fait certain pour ceux qui voudraient faire avec un peu plus d'exactitude et de charité que M. Malgaigne, l'histoire de la ténotomie. Et voilà, messieurs, comment, en réalité, j'ai été... je n'ose pas dire le mot, commenté par M. Malgaigne.

L'Académie voudra bien le remarquer, le cas que je viens de citer avait été précédé déjà par d'autres cas de ténotomie. De ce que je ne les avais pas publiés, il ne s'ensuivait pas que je ne les eusse pas pratiqués, car je n'ai pas l'habitude de publier des opérations qui ne sont qu'une répétition de ce que tout le monde sait. Je n'attache de prix à une observation particulière qu'autant qu'elle renferme une idée nouvelle. Or le cas que je viens de mettre sous les yeux de l'Académie est certainement un des plus remarquables qui aient été rencontrés; il n'en existe peut-être pas deux exemples, et sous le point de vue opératoire, c'est une de mes premières applications de la ténotomie étiologique, qui m'a conduit à la généralisation de la ténotomie, c'est-à-dire à l'institution de la méthode mise en rapport avec toutes les formes et variations de difformités résultant des applications et distributions diverses de la rétraction musculaire.

(Nous donnerons la fin de cette séance dans le prochain numéro.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Fin de la séance du 23 mars 1857. — Présidence de M. Is. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Lésions produites par la foudre. — M. Guyon transmet une note sur des lésions produites par la foudre à bord du brick *la Félicité*, de Saint-Malo.

Le 16 décembre 1856, ce navire venait d'être assailli par une averse de gros grêlons, lorsque le capitaine (Durand) fut ébloui par un éclair ou, pour mieux dire, par une gerbe de feu, au bruit semblable à la décharge d'une pièce de quatre-vingts: la foudre avait fait explosion, et le navire paraissait tout enflammé, comme si des feuilles de papier y brûlaient, dispersées, et sur le pont, et dans les vergues, et dans le pourtour du navire. Une très-forte odeur sulfureuse, semblable à celle du soufre qui brûle, se faisait sentir en même temps.

La foudre était tombée sur la pomme (extrémité) du mât de petit perroquet, mât qu'elle avait fendu en plusieurs éclats dans toute sa longueur, jusqu'au mât de misaine sur lequel elle avait creusé un sillon d'environ trois mètres de longueur. Les avaries de ces deux mâts avaient eu lieu du côté de l'arrière du navire.

La foudre, dans le trajet qu'elle avait parcouru, avait frappé six hommes sur huit dont se composait l'équipage, savoir: Roubaud, matelot; le second du navire, Salveja; le novice Chénel, les matelots Basset et Chiozza; Joseph, mousse. Les deux hommes respectés par la foudre étaient le capitaine, M. Durand, et un mousse qui était dans la cuisine au moment de l'explosion.

Le capitaine, qui était à la barre du gouvernail, crut pendant quelques instants que tout son équipage était mort; car, outre que personne n'avait répondu à l'appel qu'il en avait fait après l'explosion, il voyait Roubaud renversé sur lui-même dans la hune, et les cinq autres étendus sans mouvement sur le pont au pied du mât de misaine.

Roubaud était atteint d'une brûlure au deuxième degré, qui s'étendait de la partie supérieure et antérieure de la cuisse droite sur la

région inguinale correspondante. De plus, au milieu de la brûlure de la cuisse, se voyaient placés l'un au-dessous de l'autre trois points chacun du diamètre d'une pièce de 5 francs, où le derme avait été détruit dans une grande partie de son épaisseur, destruction représentée par trois surfaces déprimées et grisâtres, qui étaient des eschares. La région inguinale et la cuisse tout entière étaient en outre noircies comme par du charbon.

Ces parties, la cuisse et la région inguinale, se trouvaient au moment de l'explosion fortement appuyées contre le mât, ce qui explique leur atteinte par la foudre. La marche de celle-ci, pour passer du mât chez Roubaud, était d'ailleurs indiquée par une déchirure faite au pantalon du blessé au point en rapport avec les eschares dont il vient d'être parlé.

Les eschares de la cuisse se détachèrent insensiblement; il en restait encore des lambeaux lorsque le malade fut pansé le 3 janvier, à bord du *Phare*, dans la rade d'Alger.

Roubaud quitta son navire le 10 janvier pour rentrer en France; à cette même date les plaies provenant de la chute des eschares suppuraient encore, en même temps que la partie inférieure du membre était toujours tuméfiée et douloureuse.

Le novice Chénel présentait dans le pourtour inférieur et postérieur de l'articulation scapulo-humérale, côté gauche, une eschare semblable à celle qu'aurait produite l'application énergique d'un fer chauffé à blanc; elle pouvait avoir de 6 à 7 centimètres de longueur, sur une largeur de 2 centimètres et plus. Une hémorrhagie abondante avait eu lieu après l'accident, toute la chemise du novice en était imbibée. Chénel présentait encore une forte tuméfaction de l'articulation tibio-tarsienne, aussi du côté gauche, et il avait en outre non-seulement les parties blessées, mais encore toutes les autres parties du corps noircies comme par du charbon.

A la date du 12 janvier, la partie antérieure de la plaie de l'aisselle n'offrait plus qu'une cicatrice linéaire, tandis que la partie postérieure était encore profondément ouverte. Les bords de la plaie étaient surmontés par des croûtes recouvrant de gros boutons charnus. Son aspect démontrait, du reste, que non-seulement le derme, mais encore une épaisse couche de tissu cellulaire, avaient été compris dans l'eschare.

Le bas des jambes était tuméfié et sensible à la pression, et les malléoles externes offraient des traces d'une brûlure légère.

Chénel, dans le moment de l'explosion, avait la main gauche élevée au-dessus de sa tête, tenant une manœuvre, et la foudre semblerait être arrivée à l'articulation qu'elle frappa par la manche de la chemise. Cette manche, en effet, n'était percée nulle part. En revanche, le corps même de la chemise était tout lacéré et en lambeaux, derrière et sur le côté gauche de la poitrine. De plus, de ce même côté de la poitrine, et vers sa partie moyenne, la veste de Chénel offrait une déchirure dans laquelle le pouce passait aisément, et qu'on pouvait considérer comme le point de sortie de la foudre.

Salveja, second du navire, avait été frappé dans la bouche, dont toute la muqueuse, y compris celle de la langue, se détacha par lambeaux les jours suivants. Les dents se trouvaient noircies comme par du charbon; elles avaient été fortement ébranlées, et elles vacillaient encore à notre visite de Salveja, le 12 janvier.

La commotion cérébrale avait été vive; mais la perte de connaissance avait peu duré, car Salveja avait pu balbutier quelques mots à l'appel que le capitaine avait fait de son équipage. Toutefois, à partir de ce moment, Salveja accusa des maux de tête, qui, très-violents d'abord, s'affaiblirent insensiblement, mais dont il souffrait encore lorsque nous l'interrogeâmes sur son accident le jour de notre visite.

Le matelot Basset avait été atteint à l'articulation de l'avant-bras avec la main (côté droit), laquelle articulation était tuméfiée dans tout son pourtour, avec noirceur des téguments. Cette tuméfaction se dissipa insensiblement dans l'espace d'une quinzaine de jours, et à notre visite du blessé, le 12 janvier, il n'accusait plus qu'un peu de sensibilité à la pression des parties qui en avaient été le siége.

Le matelot Joseph avait été frappé à l'avant-bras droit, qui était tuméfié depuis le coude jusqu'à l'extrémité des doigts. Tout le membre tuméfié présentait en même temps une noirceur semblable à celle offerte par les précédents blessés. La tuméfaction parcourut les mêmes phases que celles observées chez le matelot Basset.

Le mousse François Michel avait tout le bas des jambes, et surtout le pourtour de l'articulation tibio-tarsienne, tuméfié et rouge, mais sans que cette lésion s'accompagnât, comme chez les précédents, d'une noirceur extérieure. Il resta de dix à quinze minutes sans connaissance, après avoir proféré un cri de terreur.

Ce mousse était sur le pont lors de l'explosion, mais loin des autres, sur l'arrière du navire, et ne tenant aucun cordage. Il avait été frappé au bas des jambes. Or le second du navire, Salveja, disait qu'au moment de l'explosion il était passé devant lui avec la rapidité de l'éclair, de l'arrière du navire sur l'avant, où il tomba. En admettant le dire de Salveja, faudrait-il voir dans la translation rapide du mousse un effet de la foudre? Quoi qu'il en soit, des effets analogues ont déjà été signalés dans l'histoire du mystérieux fléau. Tous les six blessés, après l'explosion, restèrent plus ou moins longtemps sans connaissance; celui qui y resta le plus longtemps fut Chénel, qui ne reprit ses sens que quarante-huit heures après; tous, revenus à eux-mêmes, avaient une dureté de l'ouïe qui persista les jours suivants; elle était encore assez forte chez Roubaud le 10 janvier, jour de son départ pour la France.

Le capitaine, aussitôt après l'événement, s'était hâté de se diriger sur le fort Génois, refuge le plus voisin du point où il était. Or, pendant tout ce trajet, qui fut de près de trois jours, le navire n'était arrivé au fort Génois que dans la matinée du 19 décembre, pendant tout ce trajet, Roubaud et Chénel, qui ni l'un ni l'autre n'avaient jamais eu le mal de mer, vomirent abondamment tous deux. Les matières du vomissement, d'abord très-blanches, exhalaient une forte odeur sulfureuse.

Traitement de la couperose. — M. Sellier adresse un mémoire sur le traitement de la couperose par l'iodure de chlorure mercureux. Dans le résumé de ce mémoire, M. Sellier annonce que depuis le 1er décembre 1851, époque de la présentation de son premier travail sur ce sujet, il a obtenu un grand nombre de guérisons complètes de toutes les espèces d'achés, beaucoup plus promptement que par le passé. L'action de ce médicament nouveau ne comporte aucun inconvénient; il est d'une grande puissance sur l'économie; au lieu de répercuter, il a la propriété d'appeler à l'extérieur les fluides morbides. Jusqu'à ce jour, je n'ai pas constaté une seule récidive chez les malades guéris depuis plusieurs années, et je n'ai pas eu un insuccès, même chez les personnes d'un âge avancé.

A la fin du traitement, il ne reste plus aucune trace de pustules, des rugosités et de l'érythème de la peau; les vésicules variqueuses de la face perdent de leur volume et reviennent à leur calibre normal, les traits du visage reprennent toute leur régularité; les altérations diverses survenues dans les organes et les fonctions disparaissent, les malades recouvrent une santé parfaite.

La médication est tout à la fois externe et interne; je fais des frictions sur la face et je prescris des pilules contenant le même médicament, des boissons dépuratives. Une heure, ou souvent deux heures après les frictions, le médicament étant complétement absorbé, il détermine une très-vive animation de la peau, un mouvement fébrile; c'est alors qu'il s'échappe de toutes les parties de la face une sérosité jaunâtre ou une matière plus épaisse, qui forment des croûtes dont la chute a lieu quelques jours plus tard.

Lorsque tout est détergé, je fais successivement de nouvelles frictions jusqu'à ce qu'il ne sorte plus rien. L'expérience m'a toutefois démontré qu'il est nécessaire de laisser reposer certains malades pendant quelque temps avant de recommencer le traitement.

Je n'ai pas dû reproduire dans ce mémoire tout ce qui a été décrit dans la communication du 1er décembre 1851, mais je dois faire remarquer qu'avec l'iodure de chlorure mercureux modifié j'ai obtenu la résolution de plusieurs goîtres, de plusieurs adénites cervicales, et la prompte disparition des plaques couleur de bronze qui accompagnent la grossesse des femmes et qui persistent souvent si longtemps sur leur figure après l'accouchement. (Renvoi à l'examen de la Commission nommée pour une précédente communication sur le même sujet, Commission qui se compose de M. Andral et de M. J. Cloquet, remplaçant feu M. Lallemand.)

Sur la marche. — Réfutation de la théorie de MM. Weber (1). — M. Giraud-Teulon présente sous ce titre un mémoire dont voici un extrait:

Il y a une quinzaine d'années parut en France un ouvrage dû à deux savants allemands, MM. P. et G. Weber, offrant avec un grand nombre de faits expérimentaux une théorie de la marche entièrement neuve et qui n'a pas dû peu surprendre les physiologistes. Dans cette théorie, les principes de la physiologie semblent absolument mis de côté, et la locomotion subordonnée aux seules lois de la physique mathématique. On en peut juger par les citations suivantes:

« Dans la marche douée d'une certaine rapidité, le tronc se trouve » porté par les jambes, un peu comme une baguette que l'on porte » sur le bout du doigt. Il s'établit alors entre la gravité, la propulsion » en haut et en avant et la résistance du milieu un certain état d'équi- » libre qui a pour effet la translation du centre de gravité du sujet sur » une ligne horizontale. »

Aux yeux de MM. Weber, il semble en effet que la force d'impulsion qui dans la marche pousse le corps en avant soit une puissance indépendante de la volonté et de la conscience du sujet, et appelle nécessairement un régulateur sans l'intervention duquel la progression deviendrait uniformément accélérée, et échapperait bientôt à toute règle, à toute mesure?

Ce point de vue ressort à chaque page de l'ouvrage; avons-nous besoin de longs développements pour montrer combien il est en réalité peu en rapport avec les faits?

Le mouvement de la marche, disent MM. Weber, est uniforme dans un plan horizontal; et ces physiologistes, au moment où ils écrivent ces lignes, viennent d'établir eux-mêmes le fait d'observation qui détruit absolument ce point de départ de leur théorie.

« Pendant la marche sur un sol horizontal, le tronc est transporté » *presque* en ligne droite. Il *oscille* cependant *suivant la verticale*, sur » une hauteur de 32 millimètres environ, entre son point le plus élevé » et son point le plus bas. Cette oscillation est constante, quelle que » soit la vitesse. »

Si MM. Weber n'ont pas senti *à priori* que des impulsions intermittentes, périodiques, comme celles imprimées par chaque jambe au moment de son extension, ne pouvaient lutter sans des alternatives de succès et de défaites périodiques aussi contre une cause perpétuellement en action comme est la pesanteur, comment n'ont-ils pas été du moins frappés par le fait expérimental des oscillations constatées dans cette dernière proposition? S'il y a des oscillations verticales, il est clair que le mouvement n'est pas uniforme et dans un plan horizontal. La ligne droite par le centre de gravité n'est donc pas droite; elle n'est pas même continue. C'est une courbe offrant à chaque pas un point de rebroussement, comme on en observerait dans la représentation d'une série de branches de cycloïde posées à la suite les unes des autres.

(Nous donnons dans notre mémoire l'explication détaillée du mécanisme de ces oscillations et de leur cause prochaine.)

Sur cette donnée (inadmissible) de l'uniformité du mouvement, MM. Weber ont prétendu fonder une théorie de la marche exclusivement mathématique, et dans laquelle les éléments physiologiques ne jouent pour ainsi dire aucun rôle.

« Les organes du corps humain qui servent à la marche et à la » course semblent, disent-ils, devoir offrir quelque chose d'analogue » (au mouvement du pendule) qui rende possible la continuation uni- » forme du mouvement, alors même *que le marcheur ou le coureur ne* » *dirige pas continuellement son action vers ce but.* »

Prenant l'équation générale du mouvement d'un système de points donnés par Paisson, MM. Weber y font alors les simplifications qui résultent de leur hypothèse de l'uniformité du mouvement, et d'une proposition expérimentale inexacte dans sa formule mathématique, et dont voici l'énoncé:

« La jambe oscillante est perpendiculaire au sol au moment où la postérieure le quitte. »

Cette proposition n'est vraie qu'appliquée à la situation non de la cavité cotyloïde, mais du centre de gravité.

(1) *Mécanique des organes de la locomotion chez l'homme. Encyclopédie anatomique.* Baillière, 1843.

Nous ne suivrons pas MM. Weber dans leurs longs calculs: nous nous bornons à noter que leur point de départ ne peut être adopté; secondement que, si on l'admettait, on serait conduit par eux à des résultats numériques qu'on ne peut pas davantage accepter.

Leur point de départ, disons-nous, ne peut être adopté: il suffit, en effet, de jeter les yeux sur le mécanisme de la locomotion dans la marche pour concevoir qu'avec des oscillations verticales, éprouvées à chaque pas par le centre de gravité du corps et démontrant l'intermittence d'action de la puissance, le mouvement produit ne peut appartenir qu'à la classe des mouvements *périodiquement uniformes*, circonstance fort différente de celle sur laquelle s'appuient MM. Weber. Dans ces sortes de machines, l'égalité du travail moteur et du travail résistant a bien lieu pendant chaque période, mais elle n'a lieu que pour les périodes prises dans leur ensemble, et non à chaque instant de la période, comme le supposent MM. Veber.

Quant aux résultats des applications numériques des formules trouvées par ces physiologistes, en voici un saillant, et remarqué, paraît-il, par eux-mêmes:

« Dans le triangle rectangle formé suivant eux pendant la marche » par le sol et les deux membres, l'*hypothénuse est la moitié environ du* » *côté vertical.* »

Cette discordance géométrique se trouverait, il est vrai, corrigée si l'on admettait certaines explications peu claires de ces savants; mais pour les accepter, il faudrait également admettre qu'une expression de la forme (+ 02) pût figurer dans leur formule finale à titre de quantité *négative.*

Dans leurs conséquences, comme dans leur base, ces théories choquent donc tout autant les principes mathématiques qu'elles devaient sembler surprenantes aux physiologistes. A ce double titre, nous les citons devant le tribunal de l'Académie; la place importante qu'elles ont prise dans l'enseignement de la physiologie leur doit faire accorder cet honneur, car l'on ne pouvait que gagner à s'en tenir aux opinions classiques qui exposent et commentent le phénomène de la marche.

Accommodation de l'œil. — M. Foltz adresse un second mémoire sur ce sujet. Dans son premier mémoire, présenté à l'Académie dans la séance du 23 février dernier, l'auteur a cherché à démontrer l'influence considérable qu'un changement de courbure de la cornée, opéré par des pressions mécaniques convenables, exerce sur l'accommodation; il se propose aujourd'hui de démontrer la proposition corrélativement inverse, qu'une cornée invariable dans sa courbure priverait presque entièrement l'œil de cette précieuse faculté.

Voici les conclusions de ce travail:

1° L'expérimentation démontre qu'une cornée invariable rendrait nulle ou presque nulle l'accommodation.

2° Dans les grands mouvements d'accommodation, l'action de la cornée est complétée par un changement probable dans la longueur de l'axe du globe oculaire.

(Commissaires: MM. Pouillet, Milne-Edwards, Cl. Bernard.)

Céphalæmatomes des femmes. — M. Mougeot soumet au jugement de l'Académie une note sur les *céphalæmatomes* des femmes.

Cette affection, dit l'auteur, consiste dans une fluctuation apparaissant spontanément au cuir chevelu des femmes sur les régions pariétales et occipitales qu'elle occupe parfois presque entièrement, s'accompagnant de plus ou moins de sensibilité locale et de céphalalgie, pouvant durer de un à deux septenaires et se terminant par une résolution spontanée. Dans presque tous les cas l'apparition de ces tumeurs coïncidait avec l'époque de la menstruation.

(Commissaires: MM. J. Cloquet, Jobert.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour deux places de médecin au Bureau central, ouvert le 11 février dernier, s'est terminé hier par la nomination de MM. Labric et Vulpian.

— Par suite de la non-acceptation de M. Baillarger, le jury du nouveau concours pour deux places de médecin au Bureau central qui s'ouvrira lundi prochain 6 avril, se trouve composé de MM. Baron, Cruveilbier, Gubler, Monod et Bally, *titulaires*, et de MM. Michon et Hervez de Chégoin, *suppléants*.

— Nous avons annoncé qu'un concours pour une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux s'ouvrira mardi prochain 7 avril. Le jury de ce concours est composé de MM. Racle, Moreau (de Tours), Demarquay, Follin et Huguier, *titulaires*; Serres et Cusco, *suppléants*.

— Le *Journal des connaissances médicales* raconte en ces termes une anecdote relative à M. le docteur baron de Polinière, dont la médecine lyonnaise déplore encore la perte récente:

« Le baron de Polinière n'affectait point le désintéressement trop peu méritoire de ces prétendus praticiens qui discrédite les humbles confrères vivant de leur travail; il ne crut jamais déroger en recevant, et même en exigeant des honoraires équitablement proportionnés.

« J'ai trois sortes de malades, répliqua-t-il à un monsieur affecté de » *marchandomanie suraiguë*: ceux qui me payent, ceux qui ne me » payent pas, et ceux que je paye. Choisissez vous-même votre catégo- » rie. » Le client subitement transformé cessa d'être son débiteur pour devenir son ami. »

— M. le docteur Montallegri, ancien médecin de la garde du premier Consul, ancien chirurgien de l'armée d'Italie, chevalier de la Légion d'honneur, est mort à Paris le 18 mars dernier.

— M. le professeur Trousseau commencera ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu, le jeudi 2 avril, et les continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 40. — SAMEDI 4 AVRIL 1857. (30e ANNÉE.) N° 40. — SAMEDI 4 AVRIL 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Pneumo-thorax. Nouveau signe physique pathognomonique de cette affection.

Un jeune homme couché au n° 11 de la salle Sainte-Agnès, à l'Hôtel-Dieu, est affecté d'un pneumo-thorax survenu avec des circonstances assez extraordinaires pour que nous croyions intéressant d'en faire mention.

Habituellement bien portant jusque-là, ce jeune homme, qui exerce la profession de prestidigitateur, fut pris tout à coup, probablement à la suite des refroidissements auxquels il s'était exposé à plusieurs reprises, en sortant de soirées où il donnait ses séances, d'une toux d'abord peu intense, sèche, sans expectoration, mais s'accompagnant d'un certain affaiblissement des forces générales. Toutefois l'appétit restant parfaitement conservé et même vigoureux, le malade crut ne pas devoir se traiter, ou pour mieux dire il crut devoir combattre cette faiblesse en se nourrissant de bonnes viandes, de bon vin de Bordeaux ; en même temps, il traitait sa toux par des bains de vapeur.

Malgré ce traitement singulier et ce régime assez peu antiphlogistique, les accidents n'empirèrent pas notablement. A la vérité, ils ne diminuaient pas, et leur persistance fatiguant, tourmentant le malade, celui-ci vint à l'hôpital pour se faire débarrasser, suivant son expression, de cette petite toux dont il était ennuyé. Il était alors sans fièvre, légèrement pâle, mais c'était, affirmait-il, la couleur normale de son teint ; il avait un certain embonpoint ; en un mot, il ne paraissait pas essentiellement malade. Son appétit était conservé, assez prononcé même pour qu'il réclamât instamment à manger, s'insurgeant contre la diète ; ses digestions étaient régulières. Il toussait un peu, mais sa toux était sèche, ou du moins ne s'accompagnait que d'une expectoration insignifiante par sa quantité ; quant à la qualité de cette expectoration, elle consistait en crachats spumeux, blancs, aérés, albumineux bien plus que muqueux.

L'attention étant appelée sur les organes respiratoires, lesquels paraissaient, en somme, le siége des troubles fonctionnels les plus prononcés, on constata, à la percussion en arrière à gauche, au niveau de la fosse sous-épinière de l'omoplate, une matité notable. Partout ailleurs, en avant du thorax de ce côté, comme en avant et en arrière à droite, une sonorité normale. Mais en avant, sous la clavicule gauche, on entendait à l'auscultation un bruit expirateur prolongé, assez lointain ; en arrière, là où le plessimètre donnait l'obscurité du son, un souffle tubaire des plus intenses, s'entendant également dans les deux temps de la respiration et s'accompagnant de râles muqueux à grosses bulles, de gros râles craquants. Le souffle s'entendait avec une intensité d'autant plus grande qu'on appliquait l'oreille de plus en plus près de la gouttière vertébrale.

A droite en arrière, on entendait un bruit expirateur incessant, d'autant plus intense aussi qu'on l'écoutait plus près du rachis, mais perceptible encore vers le creux de l'aisselle.

Quelques jours après son entrée, le jeune homme présenta tout à coup des accidents plus sérieux. Bien que sa santé générale se maintînt toujours dans les mêmes conditions en apparence, son appétit restant prononcé et peu satisfait du régime de bouillons et potages auquel on le tenait, les digestions s'opérant régulièrement, une toux assez opiniâtre, sèche, sans expectoration caractéristique, étant le seul phénomène qui fatiguât le malade, il fut pris un jour d'un point de côté extrêmement violent au-dessous du mamelon gauche, point dont la douleur s'exaspérait à la pression et au moindre effort de toux, gênant considérablement les mouvements de la respiration et déterminant de l'oppression et de l'anxiété. En même temps il y avait de la fièvre. Ce point de côté persista quarante-huit heures environ, et la douleur céda après l'application d'un large vésicatoire volant *loco dolenti*. C'est alors que les phénomènes plessimétriques et sthétoscopiques se modifièrent. On ne percevait en arrière qu'un souffle assez lointain, encore le timbre en était-il changé, présentant quelque chose de métallique. Partout ailleurs, on n'entendait plus ni le murmure vésiculaire, ni les râles notés précédemment. La percussion donnait une sonorité égale, de ce côté du thorax, à celle qu'elle donnait à droite.

Le lendemain, le souffle amphorique métallique se caractérisa plus nettement, et à ce signe d'une perforation pulmonaire, d'un pneumo-thorax, s'en ajouta coïncidemment un autre sur la valeur duquel il nous paraît d'autant plus important d'insister, que ce signe, trouvé et signalé depuis plusieurs années déjà par M. le professeur Trousseau, n'a pas encore, jusqu'à présent, fixé l'attention des observateurs. Voici en quoi il consiste : si, en appliquant l'oreille sur la paroi postérieure de la poitrine d'un individu affecté d'un pneumo-thorax, on fait percuter la paroi antérieure, soit à l'aide du plessimètre et du marteau dont le professeur fait habituellement usage, soit plus simplement encore — ce moyen étant à la disposition de chacun —, à l'aide de deux pièces de monnaie servant de plessimètre et de marteau, soit à l'aide d'une pièce de monnaie et du doigt, on entend un bruit métallique des plus aigus, des plus vibrants, et souvent d'une telle intensité, que l'oreille en est pour ainsi dire blessée. C'est un bruit analogue à celui que l'on perçoit lorsque, appliquant l'oreille sur le fond d'une barrique vide et ouverte par la bonde, on fait percuter sur l'autre fond ; ou, pour rendre plus exactement ce phénomène, c'est un bruit tout à fait semblable à celui qui se produit lorsque l'on frappe d'un coup sec sur un vase d'airain.

Ce bruit d'airain est un signe pathognomonique de la présence de l'air dans la cavité pleurale ; il est tellement manifeste, tellement constant, tellement facile à produire et à constater, qu'on ne saurait le méconnaître. Il est plus caractéristique que le souffle amphorique métallique, qui souvent, d'une part, se perçoit difficilement, qui, de l'autre, se produit dans les cas de cavernes pulmonaires. Le bruit d'airain appartient essentiellement au pneumo-thorax ou à l'hydro-pneumo-thorax, et, dans ce dernier cas, à la matité donnée par la percussion indiquant la présence du liquide, vient s'ajouter le bruit de flot déterminé par la succussion hippocratique.

Chez le malade qui fait l'objet de cette note, ce bruit est des plus nettement caractérisés.

Il s'y joint, en outre, comme phénomène se rattachant au pneumo-thorax, une sonorité exagérée dans toute l'étendue de la poitrine du côté gauche ; et, comme phénomènes fonctionnels, de l'anxiété, de l'oppression dont le malade se plaint d'ailleurs très-peu, mais qui n'en est pas moins manifeste, surtout lorsque le malade parle, sa parole étant gênée, entrecoupée par des inspirations. La toux est toujours la même, et l'expectoration, assez difficile, ne change pas de caractère. Cependant depuis plusieurs jours la fièvre s'est allumée, fièvre caractérisée par une chaleur à la peau, avec frissons et sueurs, surtout la nuit ; par un pouls petit, mou, battant 120 à la minute. Enfin, ces jours derniers, à ces symptômes fébriles s'était ajoutée une diarrhée qui, survenue sous l'influence de préparations antimoniales, semble aujourd'hui céder à l'usage du sous-nitrate de bismuth et de la craie préparée, administrés simultanément.

Le signe sur lequel nous venons d'appeler l'attention existait d'une façon très-prononcée chez un malade également atteint de pneumo-thorax, et couché dans les salles de M. Piedagnel à l'Hôtel-Dieu. Chez ce malade, comme chez celui dont nous avons analysé l'observation, ce phénomène caractéristique, ce bruit d'airain, a pu être perçu par un grand nombre de personnes alors réunies pour suivre les conférences cliniques de M. le professeur Trousseau.

Emploi du baume de copahu dans le traitement du psoriasis.

La thérapeutique n'est certainement pas désarmée contre le psoriasis. La médication arsenicale à l'intérieur, l'huile de cade, le goudron en topiques, jouissent, comme on le sait, d'une certaine faveur auprès des dermatologistes. Mais la médication topique n'est que trop souvent palliative ; l'arsenic lui-même ne met pas toujours à l'abri des récidives, et son administration, quelque prudemment dirigée qu'elle soit, est loin d'être toujours inoffensive. Ces diverses considérations ont engagé M. Hardy à tenter d'autres moyens. Il s'est arrêté au choix du baume de copahu à l'intérieur.

Voici, d'après quelques détails qu'on lit sur ce sujet dans le dernier fascicule du *Bulletin de thérapeutique*, le mode de traitement en usage en ce moment dans le service de ce médecin à l'hôpital Saint-Louis.

M. Hardy commence en général le traitement par la dose de 3 grammes de baume de copahu environ ; puis, pendant la durée du traitement, il l'élève à 4 et à 6 grammes. Le copahu est administré le matin à jeun et dans l'intervalle des repas. Ce traitement est continué ainsi pendant un certain temps (un mois au moins, et quelquefois davantage).

En général, le copahu est associé à des moyens locaux ; cependant dans quelques cas il a été employé seul avec succès.

Le copahu ainsi administré détermine généralement de la diarrhée ; mais cette diarrhée, très-bien supportée par les malades, ne les empêche pas ordinairement de manger, même avec appétit. Il ne donne que très-rarement lieu à l'érythème spécial, dit érythème copahique. L'éruption squameuse guérit ordinairement d'une manière générale, et l'amélioration n'est pas toujours plus marquée en commençant aux membres inférieurs, comme cela a lieu dans les autres traitements ; le mieux se déclare d'abord dans les points le plus légèrement atteints, et de là converge vers les lieux d'élection. Lorsque les écailles épidermiques se détachent, la peau sous-jacente est généralement saine, quelquefois encore un peu rouge. Le psoriasis en plaques se convertit en psoriasis circiné, la guérison commençant par le centre de la plaque, et le psoriasis circiné se transforme lui-même en guttata.

L'énoncé sommaire des faits suivants, empruntés à la thèse de M. Paul Dupuy, l'un des élèves de M. Hardy, mettra les lecteurs mieux à même d'apprécier les effets de ce traitement et de juger ce qu'on en peut espérer.

Un malade, entré à l'hôpital Saint-Louis depuis deux ou trois mois pour un psoriasis, et traité par les moyens ordinaires (préparations arsenicales, bains, pommades, etc., conservait une petite plaque psoriasique sur l'épaule gauche. Le 12 février, la solution arsenicale est remplacée par 3 ou 4 grammes de baume de copahu. Huit jours après la plaque avait presque disparu. Au bout de trois semaines le malade était guéri.

Un second malade, âgé de quarante-neuf ans, et appartenant à une famille dont plusieurs membres ont été atteints d'affections dartreuses, a eu à l'âge de vingt ans une première éruption de psoriasis qui a disparu d'elle-même au bout de quelques mois. Depuis il est survenu de loin en loin de nouvelles éruptions ; mais à partir de 1840 le psoriasis a toujours persisté, tantôt dans un point, tantôt dans un autre.

Entré à l'hôpital Saint-Louis au mois de novembre 1855, il avait alors des plaques psoriasiques sur les coudes, les genoux, les lombes, le cuir chevelu, les oreilles. Traité par la solution arsenicale, par les bains de vapeur, les bains sulfureux et alcalins, les pommades à l'huile de cade, puis au proto-iodure de mercure, son psoriasis persistait encore le 28 février suivant, sous forme de larges plaques aux coudes, aux genoux, aux lombes ; seulement il y avait moins de squammes. Il est mis alors à l'usage du baume de copahu à la dose de 3 grammes, graduellement élevée jusqu'à 6 grammes. Les moyens locaux sont continués ; la solution arsenicale seule est supprimée.

Au bout de huit jours, résultat appréciable, et le 25 mars le malade sort parfaitement guéri, après avoir toujours pris jusque-là le copahu.

Revu le 11 juin, il ne présentait aucun indice de récidive.

— Chez un troisième malade, l'affection remontait à cinq semaines seulement : psoriasis en plaques et *guttata*, ayant son siége aux coudes, aux bras, aux avant-bras, aux genoux, aux jambes, aux cuisses. Démangeaisons très-vives pendant la nuit.

Entré à l'hôpital le 8 mars, il fut soumis deux jours après à l'opiat de copahu, à la dose de 4 grammes d'abord, progressivement élevée à 6 grammes.

Le 15, il y avait déjà une amélioration sensible. Les *guttæ* avaient moins de largeur et étaient en grande partie effacées sur plusieurs points ; moins de squammes, à peine des démangeaisons.

Le 3 avril, presque plus rien aux cuisses, aux bras, à la face postérieure de la jambe, au niveau du mollet ; partout ailleurs moins de saillies et moins de squammes.

Le 15, affaissement général des plaques dans les points où les squammes étaient détachées.

Le 15 mai, il n'y avait plus de psoriasis qu'aux lieux d'élection et sur le devant des jambes.

Le 1er juin, plus rien aux bras et à la jambe gauche.

Le 15, le coude droit est complétement guéri à son tour ; il ne restait plus alors que quelques squammes sur le genou droit.

Le 20, le malade sort sur sa demande.

Pendant toute la durée du traitement, les fonctions digestives s'étaient régulièrement accomplies, les selles n'avaient pas été plus fréquentes que d'habitude.

Nouvelles applications de l'amylène.

Les expériences sur l'amylène se continuent dans les hôpitaux de Paris et dans les services de clinique de l'hôpital de Strasbourg. M. Debout poursuit la série de ses recherches dans le service de M. Robert à l'hôpital Beaujon ; nous avons été témoin ces jours

derniers de quelques essais faits dans le service de M. le professeur Jobert à l'Hôtel-Dieu. Nous aurons l'occasion de revenir sur ces faits; nous nous bornerons à constater pour le moment qu'il résulte de ce que nous avons vu que l'amylène ne produit des effets sûrs et prompts qu'à l'aide d'appareils appropriés. Les résultats les plus intéressants pour l'instant sont ceux qui nous parviennent de la Faculté alsacienne. C'est sur les nouveaux faits exposés par M. le professeur Tourdes, dans le dernier numéro de la *Gazette médicale de Strasbourg*, que nous allons donc appeler l'attention de nos lecteurs.

Ces faits sont relatifs à des applications de l'amylène à l'obstétrique, à la médecine proprement dite et à la chirurgie des enfants.

Applications à l'obstétrique. — Deux essais d'amylénation ont été tentés à la clinique obstétricale de M. le professeur Stoltz. Voici ces deux cas :

Une femme de vingt-six ans entre à la clinique en travail d'enfantement. Au bout de quelques heures, le col étant effacé, l'orifice dilaté et la tête faisant saillie au détroit supérieur, on la soumet à l'action de l'amylène. On commence au moment où la tête s'engage dans l'excavation. On verse l'amylène dans un sachet fermé avec une compresse et doublé à l'extérieur de toile cirée. La femme pousse quelques cris ; elle se roidit. Après cinq minutes d'inhalation, on observe un commencement d'anesthésie. Une contraction de la matrice survient alors, et la femme pousse quelques plaintes, beaucoup moins vives que d'habitude. A une heure et demie, nouvelle application d'amylène ; en cinq minutes, la femme commence à perdre connaissance : une contraction survient et arrache quelques gémissements. A deux heures, la tête se dégage pendant une troisième inhalation, qui produit aussi un commencement de perte de connaissance ; la femme pousse un cri au moment où l'accouchement se termine. Interrogée sur ses sensations, elle dit avoir éprouvé des vertiges, des tintements d'oreilles, un sentiment de brûlure dans le pharynx ; elle se rappelle tout ce qui s'est passé, mais elle n'a pas ressenti de douleur. L'enfant est vivant et bien constitué. Les contractions utérines n'ont pas été influencées par l'amylène.

— Une autre femme de 24 ans, enceinte pour la seconde fois, entre à l'hôpital le 14 mars, en travail depuis 48 heures. Le travail a commencé par l'écoulement des eaux. Les contractions sont rares et lentes ; mais à chacune d'elles, la tête paraît à la vulve. M. le professeur Stoltz lui fait respirer de l'amylène dans une compresse doublée à l'extérieur de toile cirée et pliée en forme de sac, comme dans le cas précédent, et dans le même but, celui d'épargner à cette femme les dernières douleurs de l'enfantement. Au bout de quelques minutes, la femme s'agite et veut arracher l'appareil ; après dix ou quinze minutes, elle est prise d'une espèce d'ébriété, à la suite de laquelle elle s'affaisse sans perdre connaissance et sans tomber dans la résolution musculaire. Aucune contraction de l'utérus ne s'est produite pendant toute l'amylénation ; des frictions exercées sur cet organe ne déterminent aucune douleur expulsive ; la matrice se durcit un instant pour se relâcher aussitôt. Les battements du cœur du fœtus descendant à 60 pulsations, M. Stoltz se décide à terminer l'accouchement par l'application du forceps. La femme ne sent pas l'introduction de l'instrument ni les tractions que nécessite la sortie de l'enfant. Pendant l'amylénation, elle a éprouvé des vertiges et de la sécheresse dans la bouche. L'enfant était vivant, mais faible, à demi-asphyxié ; il n'était point à terme.

Cette dernière circonstance d'un accouchement prématuré, jointe à la longueur du travail, a fait penser à M. Stoltz que l'amylène n'était probablement pour rien dans la lenteur des contractions utérines et dans le commencement d'asphyxie éprouvée par l'enfant. D'autres faits pourront éclairer les doutes à cet égard.

Application médicale. — M. le professeur Schützenberger a employé l'amylène pour un cas médical où il était indiqué d'obtenir une anesthésie superficielle et rapide. Voici ce cas :

Il s'agit d'une fille de vingt-deux ans, atteinte d'attaques périodiques de contractures occupant les extrémités inférieures, et envahissant quelquefois les membres supérieurs. Ces attaques se reproduisaient environ tous les quinze jours ; abandonnées à elles-mêmes, elles duraient environ douze heures ; on les faisait disparaître assez promptement en produisant l'anesthésie à l'aide du chloroforme ; cependant à la dernière attaque les contractions étaient revenues à trois reprises différentes, après la cessation de l'anesthésie.

Le 18 mars, cette jeune fille eut une attaque qui commença à sept heures et demie du matin ; le membre inférieur gauche était contracté violemment ; la cuisse était fléchie sur le bassin, la jambe sur la cuisse ; la contracture s'étendait aux orteils ; la sensibilité était complétement abolie. La malade fut soumise à l'amylène. — 10 à 12 grammes versés sur une éponge fixée au fond d'une compresse.

Au bout de deux ou trois minutes, l'anesthésie fut complète ; elle se produisit aussi rapidement au moins qu'à l'aide du chloroforme. Pendant l'opération on remarqua quelques spasmes des muscles pharyngiens ; la résolution fut précédée par quelques efforts de vomissements. Les contractures cessèrent sous l'influence de l'amylène ; la malade resta plongée dans le sommeil anesthésique pendant une minute, à partir du moment de la résolution ; l'intelligence reparut la première ; les réponses furent justes immédiatement.

Au bout de cinq minutes, les contractures se reproduisirent avec la même intensité qu'avant l'opération.

Une nouvelle application fut essayée avec la même dose ; mais cette tentative ne fut pas poussée jusqu'à l'anesthésie en raison des spasmes assez forts qui survinrent. Pendant les deux inhalations, le pouls ne s'accéléra pas sensiblement ; il n'y eut aucune trace de cyanose. L'attaque de contracture se prolongea quelques heures, mais sa durée en somme fut abrégée, et la malade n'a éprouvé aucun accident consécutif.

Nouveaux essais sur les enfants. — De nouveaux essais faits par M. le professeur Tourdes sur des enfants lui ont permis d'apprécier mieux que tous les autres l'efficacité et l'innocuité de l'amylène. Nous ne donnerons ici que le sommaire de ces observations :

Enfant de sept mois, atteint de phimosis congénial avec ulcération du prépuce ; circoncision, amylénation (35 grammes d'amylène). L'anesthésie, provoquée à quatre reprises, a duré en tout environ huit minutes. La résolution des membres n'a pas été complète, mais on a obtenu une immobilité suffisante, sans roideur des muscles, et la sensibilité a été complétement éteinte.

— Enfant de quatre ans ; ophthalmie granuleuse ; cautérisation, amylénation pendant quatre minutes (20 grammes d'amylène). L'insensibilité était accompagnée d'une immobilité à peu près complète, sans résolution musculaire. Il n'y a pas eu de contractions ni de frémissements fibrillaires, point de nausées ni de salivation. La respiration a été accélérée, le pouls fréquent.

— Enfant de deux ans et demi ; contusion grave de la cuisse ; amylénation employée pour faciliter le diagnostic. Insensibilité produite en deux minutes ; la résolution musculaire n'est pas complète, les membres ne présentent pas de roideur, la respiration est accélérée. L'amylène éloigné, la sensibilité tend à revenir au bout d'une demi-minute. Nouvelle application, retour presque subit de l'insensibilité avec commencement de résolution des membres ; sommeil de cinq minutes, durant lequel se font les explorations. Une minute après l'amylénation, retour de la sensibilité ; deux minutes après, retour de l'intelligence (il a été employé 15 grammes d'amylène).

— Enfin, M. le professeur Rigaud a obtenu une anesthésie complète sur trois enfants âgés de douze à quatorze ans. On n'a noté que chez l'un de ces trois petits malades seulement comme phénomènes consécutifs un peu de céphalalgie et quelques nausées, qui se sont dissipées promptement.

Voici en quels termes M. Tourdes résume les résultats de ses observations et de ses expériences sur les enfants :

Les enfants acceptent l'amylène sans aucune répugnance ; l'odeur de cette substance n'irrite ni ne fatigue les voies respiratoires. Aucun appareil n'est nécessaire pour endormir les petits malades ; une éponge dans un cornet de toile cirée, entr'ouvert au fond, suffit pour appliquer l'amylène.

L'action anesthésique est rapide ; la résistance dépasse rarement une ou deux minutes.

L'insensibilité est complète sans qu'on ait besoin d'aller jusqu'à la résolution musculaire. Il est bien plus facile avec l'amylène qu'avec le chloroforme de ne pas dépasser les effets que l'on veut produire, de s'en tenir à une anesthésie passagère et superficielle proportionnée au but qu'il s'agit d'atteindre.

Avec le chloroforme, on va souvent plus loin qu'on ne veut, on détermine une anesthésie profonde, une complète résolution des membres, tandis qu'avec l'amylène on est à peu près certain de ne pas produire ces effets quand on ne cherche pas à les obtenir par des inhalations persistantes.

Si l'on a besoin d'une anesthésie profonde accompagnée de résolution musculaire, ce résultat peut encore être atteint au moyen de l'amylène, en prolongeant suffisamment son action. Ici se trouve encore une différence importante entre cette substance et le chloroforme. Dès que le malade cesse de respirer l'amylène, les effets de cet agent diminuent avec rapidité. L'insolubilité absolue et la volatilité excessive de ce corps ont pour résultat une élimination rapide et une prompte diminution de symptômes.

Avec le chloroforme, au contraire, dont la volatilité est beaucoup moindre, les effets se prolongent davantage ; quelquefois ils s'aggravent encore après que les inhalations ont cessé.

Le réveil est complet et rapide. A la suite d'une anesthésie de courte durée, ne dépassant pas six à huit minutes, deux ou trois minutes suffisent pour rendre à l'enfant la plénitude de ses facultés. Le temps nécessaire est un peu plus long quand le sommeil a duré davantage. Jusqu'ici on n'a observé aucun accident consécutif. L'élimination est rapide, et les traces de l'amylène s'effacent promptement.

Enfin M. Tourdes signale comme un dernier avantage de l'amylène sur le chloroforme, l'absence, ou du moins la très-grande rareté des nausées et des vomissements.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 31 mars 1857. — Présidence de M. MICHEL LÉVY.

Fin du discours de M. J. Guérin.

J'en ai terminé avec cette accusation principale et capitale de M. Malgaigne. Il ne me reste plus qu'à maintenir l'exactitude et le vrai sens de mes citations, en ce qui concerne les chirurgiens que j'ai indiqués comme ayant accepté ou appliqué comme méthode nouvelle la méthode sous-cutanée. Je n'entrerai pas dans de longs détails ; je me bornerai à citer trois des hommes principaux : M. Bonnet (de Lyon), M. Goyrand (d'Aix) et Dieffenbach. Le peu de mots que je vais vous dire suffira pour vous faire voir de quel côté sont les citations exactes et les interprétations vraies.

J'avais cité quelques courts passages de M. Bonnet (de Lyon) ; j'en aurais pu citer beaucoup d'autres, car personne n'a jugé mes travaux avec plus de bienveillance, et j'ose dire, personne n'a rendu plus de justice à ce que j'ai fait pour la méthode sous-cutanée. Dans un des passages que j'ai omis, passage très-élogieux d'ailleurs, se trouve une légère restriction, que je puis contester, parce qu'elle résulte du sens différent que nous donnons, M. Bonnet et moi, au mot principal de la méthode. Mais cette légère dissidence est plus que compensée par la manière large et élevée dont notre célèbre collègue apprécie ma part dans l'invention et la constitution de la méthode sous-cutanée. « C'est à M. J. Guérin qu'on doit *la découverte* des phénomènes intimes dont les plaies sous-cutanées sont le siége. Mais il faut ajouter que là ne se borne point la part de cet auteur dans l'établissement des principes de la méthode sous-cutanée ; doué de cette puissance d'esprit qui permet d'analyser les éléments des problèmes, de déduire de cette analyse des lois simples et générales, sachant poursuivre ensuite un principe nettement formulé dans toutes ses conséquences, M. Guérin, quoique n'ayant pas été *l'inventeur proprement dit* des principes de la méthode sous-cutanée, a contribué plus que personne à lui assigner *son véritable caractère*, et à en montrer les nombreuses et fécondes applications. » (Bonnet, *Sections tendineuses*, p. 15.) Voilà pour M. Bonnet.

En ce qui concerne M. Goyrand, voici une lettre reçue ce matin même de notre savant collègue, qui dit tout ce qu'il faut qu'on sache, sans qu'il soit besoin d'y ajouter le moindre commentaire. J'avais prié M. Goyrand de vouloir bien s'expliquer sur le véritable sens des passages si étrangement commentés par M. Malgaigne. Voici la lettre de M. Goyrand :

« Mon cher confrère, j'ai suivi avec un très-vif intérêt les diverses phases de la discussion qui s'agite en ce moment devant l'Académie de médecine, et je suis d'autant plus disposé à vous rendre le témoignage que vous réclamez de moi, que je n'ai qu'à répéter ici, dans les mêmes termes, ce que j'écrivais il y a seize ans (janvier 1841) dans le premier numéro des *Annales de la chirurgie française et étrangère*. « La généralisation de la méthode des incisions sous-cutanées, disais-je à cette » époque, est un immense progrès chirurgical ; chaque jour on pourra » faire des applications nouvelles de cette méthode. » Et plus loin : « Les progrès récents de la chirurgie nous ont ouvert de nouvelles » voies : l'innocuité, si bien démontrée par M. Guérin, des plaies sous- » cutanées, alors même qu'elles pénètrent dans les articles, m'a donné » l'idée d'une opération nouvelle, qui guérira cette infirmité (les corps » étrangers articulaires) sans exposer au moindre danger. »

» Je n'ai pas un mot à ajouter ni à retrancher à cette appréciation de vos travaux, et je reconnais volontiers, aujourd'hui comme alors, que c'est dans la lecture attentive de vos deux mémoires sur les plaies sous-cutanées en général (1839), et sur les plaies sous-cutanées des articulations (1840) que j'ai trouvé la première inspiration de mon procédé pour l'extraction des corps étrangers de l'articulation du genou, procédé que j'ai employé pour la première fois le 22 septembre 1840.

» Agréez, etc. GOYRAND. »

Dieffenbach est mort ; il ne peut donc nous rendre le même service que M. Goyrand. Mais, à défaut de Dieffenbach, son élève, son ami, M. le docteur Phillips est là pour édifier l'Académie. Voici ce qu'il m'a répondu il y a peu de jours :

« Mon cher et honoré confrère,

» Je n'ai pas attendu, comme l'a dit M. Malgaigne, jusqu'à l'année 1855 pour faire connaître la noble conduite de mon illustre maître Dieffenbach à votre égard. Dès l'année 1848, dans une lettre adressée à l'Académie de médecine de Belgique, j'avais consigné les belles paroles de Dieffenbach, et vous n'avez fait que les reproduire telles que je les ai entendues sortir de sa bouche.

» Je suis plus jaloux que personne de la gloire de mon maître, et c'est pour cela que je vous remercie d'avoir rappelé un fait qui honore sa mémoire et son caractère.

» Recevez, etc. »

Telles sont, messieurs, les explications que j'avais à donner à l'Académie pour maintenir l'autorité et la moralité des documents que M. Malgaigne a si *hardiment* détournés de leur vraie signification. Il en est un dernier, le plus significatif de tous, celui qui a paru le plus embarrassant pour mon adversaire, celui pour lequel il a fait d'incroyables mais stériles efforts d'explications, de suppositions, d'insinuations. Je n'ai pas besoin de dire qu'il s'agit de l'appréciation faite en 1843, par M. Malgaigne, de mes travaux en général et de la méthode sous-cutanée en particulier. Le seul grief articulé par M. Malgaigne est que je n'ai pas lu en entier l'article dont mes citations sont extraites. M. Malgaigne a pris soin de rétablir la totalité de l'article, et il s'est trouvé que tout était bien comme je vous l'ai lu, sans addition ni interversion. Il n'y manquait que l'appréciation de la personne et des travaux de M. Bouvier, que je n'avais aucune raison de faire intervenir. Mais je laisse M. Malgaigne se débattre avec son article de 1843, et je me borne à en tirer un petit renseignement fort précieux pour l'histoire des opinions du temps.

Vous vous rappelez, messieurs, que, voulant expliquer les attaques dont j'étais déjà l'objet en 1843, M. Malgaigne nous a dit « qu'il percait à travers les mailles les plus serrées des discours et des écrits de mes adversaires d'alors comme un affreux soupçon de fraude et de mensonge. » Est-ce bien vrai ? Voyons l'appréciation de M. Malgaigne à cette époque : « Pour nous, et nous croyons en ceci représenter *l'opinion générale*, nous professons une *très-haute estime* pour l'un et l'autre talent. » Pour éviter toute équivoque, nous nous plaisons à répéter que ceci était écrit en 1843, et que M. Malgaigne n'est plus du tout de cet avis aujourd'hui.

Arrêtons-nous un instant, messieurs, pour résumer dans son caractère le plus général et le plus significatif le système dont je viens de dérouler les applications sous vos yeux.

LE BUREAU. Non, non, cela n'est pas nécessaire.

M. J. GUÉRIN. Mais au contraire cela est très-nécessaire, car M. Malgaigne vous a rappelé en termes très-exprès qu'il avait appliqué son système en grand ; j'ai besoin de montrer à l'Académie en quoi il consistait, comment il s'y prenait, comment « Il sonnait le tocsin d'une manière si terrible qu'il retentit d'un bout de la France à l'autre. » Mais quelques mots suffiront pour suppléer à des explications qui seraient pourtant nécessaires.

J'avais publié un relevé statistique à propos duquel M. Malgaigne

de concert avec quelques-uns, avait mis ma loyauté scientifique en cause. « J'avais annoncé des faits controversés, des guérisons qui n'existaient pas. » C'était, comme aujourd'hui, sur une plus vaste échelle. Ayant voulu demander compte à mes adversaires devant la justice de leur nouveau système de critique scientifique, M. Malgaigne eut recours à une immense équivoque : il sonna le tocsin au profit du *droit de libre discussion* que je menaçais de supprimer. Il mit véritablement la France médicale en émoi. Beaucoup de gens honnêtes signèrent la protestation sans se douter de ce dont il s'agissait. C'est comme si aujourd'hui j'avais déféré à la justice les imputations prononcées à cette tribune par M. Malgaigne; dirait-il que je veux supprimer le droit de discussion académique, et signeriez-vous sa protestation? Mais que M. Malgaigne se rassure, je ne veux pas d'autres juges que vous, ni d'autre tribunal que l'Académie. (Très-bien!) Voilà en quoi a consisté cette terrible application de son système de critique, qui, suivant M. Malgaigne, « a été moins terrible encore que ce qui en fut l'objet.

LE BUREAU. Assez! assez!

M. J. GUÉRIN. Mais, messieurs, si, pour me conformer au vœu de l'Académie, je suis obligé de supprimer une partie de l'histoire, vous me permettrez au moins de vous rappeler comment j'ai eu recours à la science pour protéger ma réputation sérieusement ébranlée par M. Malgaigne.

J'ai demandé au conseil général des hôpitaux de vouloir bien nommer une commission qui s'assurerait de la réalité des faits que j'avais annoncés. Sept de nos plus éminents collègues, aussi haut placés dans la hiérarchie médicale que dans l'estime publique, remplirent cette mission avec un dévouement scientifique sans exemple. Pendant quatre années, ils suivirent assidûment ma pratique, toujours présents, toujours réunis, constatant l'état de tous les malades, assistant à toutes les opérations, prenant, en un mot, toutes les précautions pour que leur contrôle ne fût pas et ne pût être considéré comme illusoire. Voici, après ces quatre années d'un examen assidu et après avoir rapporté tous les faits dans leurs plus grands détails, comment la commission s'exprimait :

« Tels sont les faits nombreux et remarquables dont les membres de » la commission ont été les témoins attentifs et consciencieux. Dans » toutes les catégories auxquelles ces faits appartiennent, des succès » incontestables ont été obtenus. Nous signalons expressément ces ré- » sultats, parce que dans la polémique ardente soulevée par la publi- » cation du relevé de M. Guérin, la réalité et jusqu'à la possibilité des » succès annoncés par lui avaient été révoqués en doute, et parce que » l'utilité même de l'orthopédie avait été mise en question. »

Voilà comment la commission des hôpitaux s'est exprimée sur les faits de guérison qu'elle a observés, en concordance avec ceux portés aux différentes catégories du relevé tant attaqué par M. Malgaigne. Que l'Académie me permette maintenant de lire les conclusions par lesquelles la commission des hôpitaux a terminé son rapport.

« 1° Les résultats obtenus par M. J. Guérin sous les yeux de la commission pendant les années 1843, 1844 et 1845, dans le traitement du strabisme, du torticolis, des déviations de l'épine, des luxations congéniales, des déviations des genoux, des pieds-bots, des difformités arthralgiques, des difformités par rétraction de cicatrices, des difformités rachitiques, des excurvations tuberculeuses et des abcès par congestion, sont de nature à établir que la pratique de M. J. Guérin est tout à la fois remarquable par les considérations élevées et judicieuses sur lesquelles elle se fonde, et par l'habileté et souvent la hardiesse heureuse avec laquelle les procédés opératoires sont exécutés.

» 2° Les méthodes, procédés et appareils imaginés par M. J. Guérin pour le traitement des difformités et accidents qui les compliquent, et les règles qu'il a posées pour leur application, constituent un ensemble de moyens et de préceptes à l'aide desquels il a produit des résultats complétement nouveaux; comme l'ensemble de ses recherches et de ses idées sur cet ordre de faits avait dès longtemps constitué une branche de la médecine presque entièrement nouvelle.

» 3° En raison des progrès qu'il a imprimés à la science des difformités et à l'art de les traiter, en raison des sacrifices qu'il a faits, en raison de la persévérance avec laquelle il a poursuivi de longues et pénibles recherches, la commission est heureuse de déclarer, M. J. Guérin a bien mérité de la science et de l'humanité; elle émet, en conséquence, le vœu que le service chirurgical qui lui a été confié par la précédente administration lui soit conservé tout à la fois comme un établissement utile aux pauvres malades et comme une juste récompense de ses travaux. »

Vous savez, Messieurs, comment fut accueilli ce document par M. Malgaigne. Sans souci du caractère des hommes qui l'avaient produit, sans souci des résultats scientifiques remarquables qu'il consacrait, sans souci de la question grave de moralité scientifique, M. Malgaigne y fit l'application de son système de critique, renouvelant les allégations et les imprécations précédentes. Dès lors je crus devoir déférer à la justice ces nouvelles attaques, qui eurent bientôt la leçon sévère que vous savez.

LE BUREAU. Ceci est inutile à rappeler.

D'AUTRES VOIX. Parlez! parlez!

M. J. GUÉRIN. Je ne pousse pas plus loin le récit des faits qui me paraissaient pourtant propres à compléter l'édification de l'Académie. Je supprime donc beaucoup d'autres choses importantes que l'Académie me saura gré de ne pas rappeler, et je passe à la fin de ce que j'avais à dire.

A la suite de la leçon sévère que M. Malgaigne avait reçue, il cessa toute attaque pendant quatre années.

Cependant, que s'est-il passé depuis?...

Quatre années de silence pouvaient faire penser que les passions s'étaient amorties, sinon éteintes. Je commençais à recueillir les fruits de mes travaux. Les paroles de justice réparatrice de la commission des hôpitaux avaient rétabli la confiance dans les esprits; l'Institut avait sanctionné à deux reprises, par les plus hautes récompenses, le suffrage de nos éminents collègues; il avait couronné la généralisation de la ténotomie et la généralisation de la méthode sous-cutanée. Mais de tels résultats, qu'on aurait cru devoir imposer silence à toutes les passions, n'ont fait que les rendre plus ardentes, plus audacieuses. Vous les avez entendues, vous les avez vues s'agiter, s'évertuant à trouver de nouveaux outrages, de nouvelles calomnies, pour ajouter, si c'eût été possible, aux injures, aux outrages, aux calomnies d'autrefois. Messieurs, j'ai épuisé toutes les juridictions, j'ai demandé satisfaction à la science, et la science me l'a donnée; j'ai demandé satisfaction à la justice, et la justice, et tous les degrés de la justice me l'ont donnée; j'ai demandé aussi satisfaction à l'homme, mais l'homme m'a répondu par de nouvelles injures, par de nouveaux outrages, par de nouvelles calomnies, me signifiant qu'il ne répondrait jamais autrement.

(Interruption du bureau; bruyants applaudissements.)

M. MICHEL LÉVY, président. Je préviens l'Académie que s'il se manifeste de nouvelles interruptions, je me verrai forcé de lever la séance.

M. J. GUÉRIN. En face d'un tel adversaire, que me reste-t-il à faire, messieurs? A m'en rapporter à votre justice souveraine et à répéter avec l'Évangile : « Pardonnez-lui, Seigneur, car il ne sait ce qu'il fait. »

Parce ei, Domine, quia nescit quod facit.

(Applaudissements; tumulte.)

M. LE PRÉSIDENT. Messieurs, la séance est levée. (Il est quatre heures et demie.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 mars 1857. — Présidence de M. CHASSAIGNAC.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Goyrand (d'Aix) adresse la lettre suivante :

A monsieur le président de la Société de chirurgie.

Monsieur le président,

A l'occasion d'un fait d'atrésie de l'anus, dont M. Boinet a entretenu la Société de chirurgie dans sa séance du 11 février, plusieurs membres de la Compagnie ont successivement pris la parole, et émis des avis divers sur la conduite à tenir dans ce cas, et sur le procédé par lequel on pouvait remédier à ce vice de conformation. J'ai rencontré dans ma pratique deux cas à peu près identiques à celui de M. Boinet, et si la Société veut bien m'accorder un moment d'attention, j'aurai l'honneur de lui faire connaître le résultat de mes observations sur ce sujet.

Dans le cas de M. Boinet, l'anus, très-étroit, est situé en avant de sa position normale, de façon qu'entre cette ouverture et la vulve, il n'existe presque pas de périnée. Quand les matières fécales sont liquides, elles sont rendues assez facilement; mais, lorsqu'elles ont plus de consistance, elles sont retenues, et l'enfant a eu déjà plusieurs fois des constipations opiniâtres qui ont fini par s'accompagner de tous les symptômes de l'étranglement intestinal. Faut-il opérer?

M. Richard n'hésite pas à conseiller l'opération.

M. Michon ne trouve pas que les accidents soient assez pressants pour qu'il faille opérer encore.

MM. Boinet et Verneuil combattent l'opinion de M. Michon, et je partage entièrement leur avis; les accidents qui se sont déjà montrés rendent urgente l'intervention de l'art. On ne peut pas espérer ici que les choses s'arrangent comme dans le cas observé par M. Gosselin, où l'anus vulvaire, qui avait d'abord paru trop étroit, s'élargit apparemment à mesure que l'enfant grandit, si bien qu'il a fini par être suffisant. Du reste, aurait-on cet espoir, il faudrait encore opérer pour éloigner l'anus de la vulve, et corriger autant que possible une difformité qui aurait plus tard des inconvénients très-graves.

Mais quelle est l'opération qui convient à ce cas?

M. Jarjavay raconte que, dans un cas analogue à celui de M. Boinet, il a opéré de la manière suivante :

Il a introduit dans le rectum une sonde cannelée avec laquelle il a soulevé le périnée, qu'il a incisé crucialement à la place qu'aurait dû occuper l'anus, puis il a excisé les quatre lambeaux résultant de l'incision. Cet anus artificiel a bien fonctionné d'abord; mais bientôt, la mère ayant négligé l'usage des mèches qui avait été prescrit, l'ouverture artificielle se rétrécit à ce point que la défécation devint impossible. M. Jarjavay fit alors une longue incision, qu'il fallut recommencer quelque temps après; enfin, l'ouverture s'étant de nouveau oblitérée, on dut faire une quatrième opération. Cette fois ce fut une incision prolongée jusqu'au coccyx. Le résultat de cette dernière a été durable. L'enfant est maintenant âgé de six ans; l'anus qui lui a été fait est un peu étroit, mais il est suffisant.

M. Guersant, dans un cas pareil, s'est servi de la sonde cannelée, comme M. Jarjavay, et, ayant ouvert l'ampoule rectale sur la cannelure, a introduit dans l'intestin un lithotome double avec lequel il a pratiqué une incision bilatérale; il a enfin maintenu l'ouverture au moyen d'une canule de caoutchouc laissée à demeure. Après la guérison, la défécation se faisait bien par l'ouverture artificielle, mais il s'échappait toujours quelques matières fécales par l'ouverture vulvaire.

M. Verneuil demande s'il existe dans les annales de la science quelque cas de réussite définitive de ce genre d'opération. Les prétendus cas de succès qu'il a trouvés, au nombre de trois ou quatre, ont été publiés quelques semaines après l'opération. Il n'a trouvé aucune observation qui eût rapport à un adulte opéré dans la première enfance.

Ce chirurgien rejette les procédés par ponction soit avec le bistouri, soit avec le trocart, et propose d'opérer par une longue incision pratiquée sur la ligne médiane, incision qui doit être prolongée jusqu'au coccyx, qu'on peut même exciser s'il le faut, et veut qu'après avoir ouvert l'intestin on réunisse par la suture la muqueuse de cet intestin à la peau. Quand on suit ce procédé, dit-il, le pourtour de l'ouverture artificielle n'est pas formé par du tissu cicatriciel, et on n'a point à craindre le resserrement consécutif.

Tels sont les faits et les doctrines qui se sont produits à la Société de chirurgie. Je partage entièrement la manière de voir de M. Verneuil, et dans un mémoire que j'ai publié l'année dernière dans la *Gazette médicale*, et dont j'adresse un exemplaire à la Société de chirurgie, je me suis hautement prononcé contre les procédés par ponction; j'ai recommandé les grandes incisions sur la ligne médiane, et j'ai beaucoup insisté sur les avantages du procédé qu'Amussat mit en pratique en 1835 (1), qui consiste à réunir par la suture la paroi intestinale, et non la muqueuse seule, aux bords de l'incision de la peau. Quand j'en ai trouvé l'occasion, j'ai mis ce procédé en pratique, et je vais donner ici la substance de deux faits que j'ai publiés avec des détails suffisants dans mon travail, et qui prouveront, j'espère, l'excellence de la méthode. Voici les observations; elles ont, quant à l'espèce d'atrésie, la plus grande ressemblance avec celles de MM. Boinet, Guersant et Jarjavay.

1er FAIT. — Il s'agit ici d'une petite fille de onze mois, chez qui le rectum s'ouvre par un orifice étroit à la commissure postérieure de la vulve. Cette ouverture, suffisante dans les premiers mois, ne suffit plus maintenant. Les matières liquides sont expulsées avec effort; les matières solides ne sortent qu'en petite quantité, passant à la filière par cette petite ouverture. Le moment d'agir est venu. J'opère le 18 avril 1855. J'incise sur la sonde cannelée le prolongement vulvaire du rectum, la paroi inférieure de cet intestin et la région ano-périnéale, jusqu'au milieu de l'intervalle qui sépare la place où devrait se trouver l'anus du sommet du coccyx, et je réunis, dans toute l'étendue de la plaie, les bords de l'incision de l'intestin à la peau par cinq points de suture entrecoupée.

Le résultat fut excellent. Le 12 mai, l'enfant me fut amenée. Je rédigeai alors la note suivante :

« La paroi intestinale et la peau sont réunies immédiatement. L'ou- » verture artificielle forme une fente présentant quelques rides trans- » versales. Quand l'enfant crie ou fait des efforts, on voit la paroi su- » périeure de la portion terminale du rectum s'engager un peu dans » l'ouverture. Si on écarte les bords de celle-ci pendant que l'enfant est » en repos, on voit cette paroi former sur la fente une espèce d'oper- » cule. La défécation se fait avec une entière liberté, et c'est par la » moitié postérieure de la fente, et par conséquent assez loin de la » vulve, que sortent les matières fécales. »

Cette petite fille a joui de la meilleure santé après l'opération; mais six mois plus tard elle est morte d'une maladie aiguë qui n'avait aucun rapport avec son vice de conformation ni avec l'opération qu'elle avait subie. Tout le temps qu'elle a vécu après l'opération, l'anus a fonctionné de la manière la plus satisfaisante.

L'opération a eu, dans ce cas, un succès complet. Mais peut-être dira-t-on que plus tard cette ouverture aurait pu se rétrécir. Voici un autre fait qui répond au *desideratum* de M. Verneuil, puisque le sujet opéré en 1840 jouit encore aujourd'hui de la santé la plus brillante.

2e FAIT. — Ici, le sujet est un garçon né avec un vice de conformation assez compliqué de l'anus, du rectum et de l'appareil génito-urinaire.

C'est le 2 mars 1840 que je fus appelé à donner mes soins à cet enfant, alors âgé de six mois. Je le trouvai dans un état des plus graves, en proie à tous les accidents de l'iléus.

L'anus, chez cet enfant, n'était pas ouvert à sa place ordinaire. Le raphé scrotal, déprimé, avait l'aspect d'une vulve. Le pénis, assez développé, était imperforé; l'urètre s'ouvrait à la base de cet organe, à la partie antérieure ou supérieure de la dépression raphéale. L'intestin s'ouvrait à la commissure postérieure de cette fausse vulve. J'aurais eu du doute sur le sexe de l'enfant, si je n'eusse reconnu les testicules dans les parties latérales de cette fente, qui simulaient les grandes lèvres.

Pendant les premiers mois de la vie, l'ouverture périnéale du rectum avait suffi à la défécation; mais quand, par les progrès de l'âge, les matières fécales devinrent plus consistantes, la défécation devint plus difficile, puis impossible, et depuis quatre jours aucune matière stercorale n'avait été rendue, quand l'enfant me fut présenté. La région ano-périnéale était soulevée et rénitente. Je fendis le canal recto-scrotal, le périnée et la paroi inférieure du rectum sur la ligne médiane, de l'orifice scrotal jusqu'au sommet du coccyx. Quand l'intestin se fut vidé, je saisis, avec des pinces à torsion, les bords de l'incision faite à cet organe, et les amenai facilement au dehors, où je les fixai par cinq points de suture dans des rapports parfaits avec les bords de l'incision de la peau.

Le résultat ne laissa rien à désirer. Je n'eus pas recours à l'usage des mèches. Trois mois après l'opération, j'en constatais le résultat dans la note suivante :

« L'anus forme une boutonnière de 3 centimètres de longueur, allant » de la fente raphéale à 2 centimètres au-devant du coccyx. Les bords » de la boutonnière sont en contact. Quand je les écarte, je vois au » fond la paroi supérieure de la partie du rectum qui, par l'effet du » vice de conformation, a une direction horizontale. La membrane » muqueuse et la peau sont réunies par une cicatrice parfaitement li- » néaire sur les bords de l'ouverture que j'ai pratiquée. Le doigt pé- » nètre en arrière avec une entière liberté dans la cavité rectale. Il n'y » a plus eu la moindre difficulté pour la défécation. »

L'opéré, maintenant âgé de dix-sept ans, est grand et fort. La boutonnière anale n'a rien perdu de ses dimensions; elle est très-dilatable. La défécation a toujours été très-facile, et (circonstance à noter) il n'y a pas d'incontinence de matières fécales; mais ce jeune homme est dans l'habitude de satisfaire le besoin de défécation aussitôt qu'il se fait sentir.

Ce fait vient à l'appui des doctrines d'O' Beirne sur les fonctions du côlon iliaque et du rectum. Dans un pareil cas, l'incontinence des matières stercorales serait inévitable si le rectum était un réservoir et non un simple canal de transmission.

Le procédé que conseille M. Verneuil et que j'ai mis en pratique, a sur les autres une supériorité qui n'est pas contestée. M. Guersant, qui ne l'a point pratiqué, reconnaît que, quand la muqueuse n'a pas été réunie avec la peau, on est obligé de combattre toujours la tendance à l'oblitération. Ce chirurgien a pu constater cette fâcheuse tendance dans une douzaine de cas. M. Verneuil prend acte de cette déclaration et fait remarquer que, d'après cela, on peut regarder le résultat comme à peu près nul, puisque si la vie est prolongée elle ne l'est pas au delà de deux ou trois ans.

Mais cette réunion de l'intestin avec la peau sera-t-elle toujours possible? A cette question qui lui était adressée par M. Verneuil, M. Guersant répondait (séance du 18 février) que cet affrontement de la peau

(1) *Gaz. méd.*, 1835, p. 753.

avec la muqueuse est quelquefois possible, mais que souvent il ne l'est pas. Je m'incline devant l'expérience de M. Guersant. Cependant, je ferai remarquer que la chose a été facile chez mes deux opérés, et je serais porté à croire qu'il doit en être le plus souvent ainsi dans les cas analogues; en effet, quand l'intestin vient s'ouvrir au dehors, à une distance plus ou moins grande du lieu où se trouve ordinairement l'anus, le rectum se termine sur le plancher du bassin par une ampoule, d'où naît le prolongement vulvaire ou périnéal, et cette ampoule, dilatée par l'accumulation des matières fécales, présente, après qu'elle s'est vidée, une laxité très-favorable à l'affrontement de la paroi intestinale avec la peau.

Maintenant, quelques mots sur une autre particularité du procédé : L'excision par laquelle j'ai ouvert le rectum diffère des opérations de MM. Jarjavay et Guersant en ce que ces chirurgiens, soulevant le périnée au moyen de la sonde cannelée introduite dans l'ouverture vulvaire de l'intestin, ont incisé celui-ci à la place qu'aurait dû occuper l'anus, et ont laissé subsister le conduit qui venait s'ouvrir à la vulve, tandis que j'ai compris ce conduit et son orifice dans mon incision.

Voici les motifs qui m'ont déterminé à agir ainsi :

1° Ce qu'on doit craindre le plus à la suite des opérations qu'on pratique dans le but d'assurer une libre issue aux matières fécales, c'est le resserrement consécutif de l'ouverture artificielle; or, quand une incision est pratiquée en plein dans les tissus intacts, toutes ses parties tendent au rapprochement, tandis que si l'incision est limitée à une de ses extrémités par le trajet muqueux d'une ouverture naturelle, cette extrémité reste étrangère au travail de cicatrisation, qui ne partant que de l'angle saignant, ne doit jamais amener un rétrécissement aussi considérable.

2° L'opération faite par MM. Guersant et Jarjavay ne détruit pas le prolongement de l'intestin situé en avant de l'anus artificiel et son orifice vulvaire ou périnéal, qui continue de laisser passer des matières fécales, ainsi que l'a observé M. Guersant; et si on arrive à faire un anus convenable par ce procédé, on aura à s'occuper plus tard de l'oblitération de ce prolongement de l'intestin, devenu inutile et incommode; or, existe-t-il un meilleur moyen de détruire ce prolongement que l'incision de sa paroi inférieure suivie si l'on veut de la destruction de la muqueuse qui le tapisse ? Eh bien, s'il en est ainsi, le premier temps de l'opération secondaire se trouve exécuté en même temps que l'opération essentielle, dans le procédé que j'ai suivi; et si, après que l'issue facile des matières fécales aura été assurée par l'opération, on jugeait convenable de substituer à la gouttière muqueuse une surface cicatricielle, on pourrait détacher par la dissection, ou détruire par la cautérisation, la muqueuse qui revêt cette gouttière; mais je ne vois guère l'avantage qu'il y aurait à détruire cette surface muqueuse, à laquelle le contact de l'air et des vêtements finira par donner les caractères de la peau extérieure.

Je ne terminerai pas cette lettre déjà trop longue sans dire quelques mots encore du procédé suivi par M. Jarjavay, et des motifs qui le lui ont fait adopter. Ainsi que l'a dit M. Verneuil, si dans ce cas l'opération eût été pratiquée la première fois par une longue incision suivie de la réunion de la paroi du rectum avec la peau, on n'aurait pas été obligé d'exposer quatre fois le petit malade aux chances d'une opération sanglante, et l'ouverture obtenue ne serait pas trop étroite; mais M. Jarjavay a dit les motifs qui lui avaient fait préférer les incisions peu étendues : c'est que ce chirurgien espérait conserver ainsi le sphincter, si le muscle existait.

Il nous faut entrer ici dans quelques détails anatomiques.

Quand, l'anus manquant, le sphincter existe, ce muscle n'est plus annulaire ni elliptique; il est constitué par un faisceau charnu à fibres parallèles situé sur la ligne médiane, et s'étendant du sommet et de la face cutanée du coccyx à une intersection aponévrotique qui le sépare du bulbo-caverneux chez le garçon, du constricteur du vagin chez la petite fille. Ce faisceau est quelquefois très-mince et tout à fait insignifiant (*voir* la VI[e] obs. de mon mémoire); il est impossible alors de l'utiliser. D'autres fois il est large et épais, comme chez le sujet de ma V[e] observation; dans ce dernier cas, il importe de le ménager dans l'opération. Bien que son action soit bornée au rapprochement des deux bords de la boutonnière anale, et qu'il n'ait pas d'action circulaire, il rendra des services; mais quand on tient à conserver ce muscle, il faut bien se garder de faire à la région ano-périnéale des incisions transversales ou des excisions. Ainsi, l'incision bi-latérale de M. Guersant diviserait transversalement les deux moitiés latérales de ce faisceau charnu; l'incision cruciale avec excision des angles faite par M. Jarjavay le détruirait; tandis que l'incision longitudinale, même prolongée jusqu'au coccyx, ne fait qu'en séparer les fibres, qu'elle laisse intactes et dans les meilleures conditions possibles pour que le muscle puisse plus tard remplir ses fonctions.

Agréez, etc. D[r] GOYRAND.

Aix, 21 mars 1857.

M. BOINET annonce que l'enfant qu'il s'était abstenu d'opérer pour une atrésie de l'anus, d'après les observations de M. Michon, est toujours exposé à des accidents dépendant de la constipation, et qu'après avoir entendu la lecture de la lettre de M. Goyrand, il est disposé à pratiquer l'opération aussitôt qu'il surviendra des accidents nouveaux.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. GOSSELIN montre à la Société une exostose du fémur gauche, qui a été fracturée, avec plaie, sans que l'os lui-même ait éprouvé de solution de continuité, et dont la suppuration a amené une infection purulente et la mort.

Le malade, âgé de cinquante et un ans, avait reçu, le 19 février dernier, un moellon sur la partie inférieure de la cuisse, et avait fait plus d'une lieue à pied pour venir à l'hôpital Cochin.

Le lendemain, à la visite, nous avons trouvé une petite plaie avec un épanchement sanguin considérable donnant la sensation d'un clapotement fourni par un liquide mélangé avec des gaz. La plaie fut immédiatement fermée au moyen d'un pansement par occlusion. Quelques jours après, cette plaie se rouvrit et laissa passer, malgré l'appareil, une notable quantité de sang; le lendemain, le foyer étant affaissé, l'on reconnut une crépitation osseuse analogue à celle des coquilles de noix remuées dans un sac, et la sortie de gouttes huileuses abondantes avec le sang, sortie qui est pathognomonique dans les fractures, ne laissa pas de doute sur l'existence d'une solution de continuité osseuse. Cependant il n'y avait aucun signe de fracture du fémur.

Interrogé avec soin, le malade apprit alors à M. Gosselin qu'à l'âge de dix ans il avait fait une chute, et était resté trois semaines au lit avec un appareil; qu'il pensait avoir eu la cuisse cassée à cette époque, et qu'en tout cas il avait depuis conservé une tumeur qu'il appelait un *calus*. C'est pourquoi M. Gosselin pensa qu'il avait affaire à la fracture partielle d'un cal irrégulier.

Quelques jours après son entrée, le malade fut pris d'un violent frisson suivi d'un ictère, qui fit songer au développement d'une infection purulente. La suppuration s'établit, et nécessita une grande incision, à la suite de laquelle l'état général s'améliora assez pour que l'on pût espérer qu'il n'y avait pas infection purulente.

Cependant, à partir du 10 mars, la fièvre reparut, devint incessante, avec affaiblissement et amaigrissement rapides; la suppuration devint très-abondante et fétide, à tel point que M. Gosselin, prévoyant une mort imminente, proposa et pratiqua l'amputation de la cuisse. Le malade succomba le troisième jour, après avoir eu une hémorrhagie capillaire du moignon.

A l'autopsie, on a trouvé des abcès métastatiques dans le foie et les poumons, sans pus dans les grosses veines, et la plupart des abcès étaient à une période trop avancée pour qu'on puisse considérer leur formation comme postérieure à l'opération; ils avaient évidemment commencé avant cette dernière, et il s'est agi ici d'une infection purulente à marche insidieuse et lente, comme on en observe assez souvent à l'hôpital Cochin.

Quant au fémur, son examen nous a fourni, dit M. Gosselin, les particularités suivantes: au lieu d'une fracture et d'un cal vicieux, cet os présente à sa face interne, dans son tiers inférieur, une exostose. On se rappelle que Roux, dans son travail sur les exostoses, a signalé le tiers inférieur du fémur comme étant le siége de prédilection de ces sortes de tumeurs. Par sa face externe, l'exostose était bosselée et adhérente au vaste interne et au troisième adducteur; elle était implantée sur le fémur par deux points, l'un inférieur plus large, l'autre supérieur plus étroit, et entre ces deux points se trouvait un espace au niveau duquel le fémur était sans adhérence avec la tumeur : d'où la forme en arcade que présente cette dernière, forme tout à fait insolite et exceptionnelle. La production osseuse est fracturée en un grand nombre d'esquilles, dont plusieurs, complétement détachées, n'ont pu être conservées, et qui toutes étaient en suppuration. Sa structure est aréolaire, et plusieurs des cellules avaient une grande capacité. Il est probable que cette structure et la disposition en arcade ont favorisé la solution de continuité.

Enfin, l'exostose se détache de la surface même de l'os, et appartient évidemment à la catégorie de celles qu'A. Cooper a nommées exostoses périostales, et que nous appelons aussi *épiphysaires*. Comme d'ailleurs ses insertions au fémur sont rompues, il en résulte que la couche compacte superficielle de cet os n'existe plus, et qu'ainsi les cellules de son tissu spongieux ont pu verser leur substance médullaire en même temps que les aréoles de la tumeur elle-même en fournissaient. Il était permis de penser, lorsque la suppuration s'est établie, et lorsque les symptômes généraux sont survenus, que le tissu spongieux et le canal médullaire du fémur devenaient le siége d'une ostéo-myélite suppurante. La coupe longitudinale qui a été faite montre qu'il n'en a pas été ainsi; l'intérieur de l'os est tout à fait sain. Cette coupe démontre en même temps qu'il n'y a pas eu de fracture autrefois; car on ne vit aucune déformation, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du fémur. Or, il n'est pas probable qu'une fracture qui aurait donné lieu à une stalactite aussi volumineuse se fût consolidée sans laisser aucune autre trace.

En résumé, ajoute M. Gosselin, ce fait m'a paru intéressant sous le rapport clinique, comme exemple de fracture avec plaie d'une exostose, qui a amené des accidents mortels après avoir fourni une abondante quantité de gouttes huileuses, et, sous le rapport anatomique, comme exemple d'une exostose à double insertion, ou en arcade.

M. FOLLIN fait observer ce que cette exostose présente d'insolite. Il demande si le fémur de l'autre côté présentait quelque chose d'analogue, parce que les exostoses idiopathiques du fémur s'accompagnent toujours de quelque trace d'exostose dans le point correspondant du fémur opposé. Celles que vient de présenter M. Gosselin sont semblables à celles qui viennent à la suite de contusions.

M. LARREY rappelle qu'il a présenté l'année dernière deux exostoses épiphysaires qui différaient essentiellement de la tumeur que montre M. Gosselin. Cette dernière ne lui paraît pas présenter tout à fait les caractères des exostoses; elle ressemble plutôt aux stalactites osseuses qui se développent souvent à la suite de contusions du périoste, de fractures mal consolidées ou de l'élimination des os nécrosés.

M. GOSSELIN a eu la même idée que M. Larrey; mais à l'autopsie il n'a pas trouvé de trace de fracture, de façon qu'il ne peut rapporter à un cal vicieux la production qu'il vient de montrer, d'autant plus que le malade a toujours dit qu'elle existait déjà à l'âge de dix ans.

M. MICHON demande à M. Gosselin s'il connaît des cas de ruptures partielles de cals, cette lésion lui paraissant difficile à admettre. La sortie d'une matière graisseuse ne lui paraît pas une raison suffisante pour y croire. En effet, il ne croit pas que ce soit un signe pathognomonique des lésions osseuses; car on trouve des gouttelettes de graisse dans les liquides qui s'écoulent de plaies sans aucune fracture. D'ailleurs, en supposant que la présence de gouttelettes huileuses indiquât une solution de continuité des os, elles ne pourraient provenir que des cavités médullaires, et on ne voit pas comment la rupture d'un cal incomplet pourrait en fournir.

M. GOSSELIN. Les remarques de M. Michon portent sur deux points : en premier lieu, sur la question de savoir si je connais des exemples de fracture partielle d'un cal. Je n'en connais pas; mais je concevais la possibilité d'un cal assez difforme et irrégulier pour qu'une partie de sa portion périphérique fût seule fracturée à la suite d'une pression violente qui n'aurait pas agi sur toute la longueur de l'os. Ce sont les renseignements donnés par le malade qui m'avaient fait admettre cette opinion; et d'ailleurs, je ne connaissais pas plus d'exemples de fractures d'exostose que de fractures partielles du cal. En second lieu, M. Michon m'objecte que l'écoulement des gouttes huileuses n'est pas pathognomonique des blessures des os. Je réponds que, pour ma part, toutes les fois que j'ai rencontré sur un membre, à la suite d'une lésion traumatique, ce phénomène si bien indiqué par M. Velpeau, et j'en ai eu de temps en temps l'occasion à l'hôpital Cochin, j'ai pu constater qu'il y avait une fracture.

M. BOINET pense que la tumeur osseuse du malade de M. Gosselin reconnaît pour cause une périostite. Il y aurait eu, suivant lui, au moment de l'accident éprouvé par le malade dans son enfance, un épanchement sanguin sous-périostique, puis inflammation du périoste amenant la production de stalactites osseuses.

M. GOSSELIN répond que l'exostose existait depuis si longtemps qu'il n'a pas été possible d'obtenir des renseignements exacts sur son origine. Il paraît bien certain qu'il y a eu une lésion du périoste, mais il n'est pas possible d'en connaître la nature.

M. MARJOLIN, d'après les commémoratifs, et bien que la section de l'os ne montre pas de traces de cal, regarde cette lésion comme le résultat d'une fracture ou d'une contusion du périoste. Il a vu quatorze ou quinze cas de fractures des condyles de l'humérus sur des enfants; ces fractures guérissent facilement, mais il reste une difformité dont il ne doute pas qu'il soit difficile de trouver plus tard l'explication.

M. CHASSAIGNAC rapporte le fait suivant, qui présente quelques rapports avec celui de M. Gosselin. (Nous publierons ce fait dans un prochain numéro.)

Ce fait inspira à M. Chassaignac la pensée que pour attaquer de semblables exostoses on pourrait commencer par les fracturer et les éloigner de leur lieu d'implantation pour les extraire plus tard, après la guérison de la fracture.

M. CLOQUET, après avoir constaté l'intérêt que présente la communication de M. Gosselin, cherche à déterminer si la tumeur osseuse qui a été fracturée était due à un cal vicieux ou formait une exostose.

Si c'était une exostose, elle serait d'une espèce particulière, et n'aurait aucune analogie avec ces exostoses styloïdes, assez fréquentes dans ce point, qui se terminent par une extrémité aiguë, et se confondent avec le fémur par leur base. M. Cloquet n'y trouve pas davantage l'aspect des végétations qui se forment sur un cal vicieux, mais il y reconnaît une tumeur composée, renfermant du cartilage, du tissu fibreux, de la substance osseuse, et qui lui paraît être de la nature de celles qui viennent à la suite des contusions. Ces tumeurs dégénèrent quelquefois; M. Cloquet en a vu un exemple sur un étudiant en médecine qui avait fait une chute en patinant. La tête du péroné, qui avait reçu une contusion, devint le siége d'une de ces tumeurs composées, qui plus tard se développa sous forme de tissu encéphaloïde. En résumé, il regarde la tumeur en question comme une exostose suite de contusion.

Quant à l'écoulement d'une matière huileuse, M. Cloquet l'a observé dans un trop grand nombre de cas différents pour le regarder comme pathognomonique des fractures. Il l'a remarqué surtout dans les liquides qui s'écoulaient après des opérations de hernies étranglées, lorsque l'épiploon était gangrené. Il l'a vu encore dans les épanchements sanguins sur des sujets gras. Il lui paraît tenir à une altération du tissu graisseux.

M. GOSSELIN. Ce que vient de dire M. Cloquet de l'écoulement des gouttes huileuses ne contredit pas ce que j'ai avancé de la valeur de ce signe, sur lequel j'ai entendu souvent insister M. Velpeau dans le diagnostic des fractures compliquées de plaie. En effet, mon assertion s'applique aux lésions traumatiques, dans lesquelles on a intérêt à reconnaître immédiatement la fracture, et non aux opérations de hernie. Or, je crois que dans les membres et à la tête la graisse n'est pas assez coulante, ou est trop enchevêtrée dans les mailles organiques qui la circonscrivent pour s'écouler de cette manière. M. Cloquet ajoute, il est vrai, qu'il a constaté les gouttes huileuses dans des cas de simples épanchements sanguins. S'il y avait une gangrène, comme dans les cas auxquels M. Boinet faisait allusion tout à l'heure, je le comprends encore; mais s'il n'y avait pas gangrène, le fait est en contradiction avec tout ce que j'ai vu jusqu'à présent. Cependant j'ai trop de confiance dans les observations de M. Cloquet pour ne pas m'engager à prêter dans l'avenir une nouvelle attention à ce phénomène.

M. CHASSAIGNAC admet que la présence de gouttelettes huileuses dans les liquides qui s'écoulent d'une plaie peut être un signe de lésion osseuse. Mais il n'y a pas besoin, pour qu'on le constate, d'une solution de continuité de l'os; il suffit qu'il soit mis à nu, car il l'a trouvé dans des ostéo-myélites où l'os était simplement dénudé.

M. Chassaignac fait observer en outre que la matière huileuse qui provient des os forme des globules ronds extrêmement fins et égaux entre eux, et non pas des taches plus ou moins larges et irrégulières comme la graisse qui se trouve dans le pus provenant de toute autre source.

M. GOSSELIN. Du moment où M. Chassaignac fait venir les gouttes huileuses de la substance des os, et je ne pense pas qu'il ait le moindre doute à cet égard, je trouve que son observation vient à l'appui de mon assertion générale. Quand on voit s'écouler des gouttes huileuses à la suite d'une lésion traumatique plus ou moins voisine d'un os, on doit, comme dans les cas de lésion spontanée, attribuer ces gouttes huileuses à une communication établie entre la substance osseuse et l'air extérieur.

M. CLOQUET fait observer qu'il ne nie pas que, dans les plaies récentes, les gouttelettes graisseuses indiquent une lésion osseuse; seulement il ne regarde pas ce signe comme appartenant exclusivement à ce genre de lésion.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

Le conseil d'administration des hôpitaux de Lyon vient de prendre un arrêté qui déclare incompatibles les fonctions de chirurgien titulaire de l'Hôtel-Dieu et celles de professeur de clinique chirurgicale de l'École. En vertu de cet arrêté, M. le docteur Barrier a dû cesser le 1[er] avril son service à cet hôpital; il y sera remplacé par M. le docteur Berne. Cette grave mesure soulève une question d'incompatibilité qui n'avait pas encore été entrevue jusqu'ici, et dont la solution actuelle, nous l'espérons, ne sera peut-être pas définitive.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

LE GÉRANT.
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 41. — MARDI 7 AVRIL 1857. (30e ANNÉE.) N° 41. — MARDI 7 AVRIL 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr., six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 6 AVRIL 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie n'a reçu dans cette séance qu'une seule communication qui intéresse directement les sciences médicales ; c'est un intéressant mémoire de M. le docteur Thore sur la folie consécutive aux maladies aiguës. On en trouvera un résumé dans le compte rendu. Parmi les communications étrangères à la médecine, il en est une qui mérite ici une courte mention parce qu'elle touche à un point important d'hygiène professionnelle ; c'est un travail de M. H. Masson sur l'emploi du sulfate de plomb pour remplacer la céruse dans la fabrication des dentelles.

On sait que l'industrie dentellière fait usage de la céruse, soit pour remettre à neuf les dentelles souillées, soit pour faire disparaître les traces des doigts et dissimuler ainsi le raccordement des dessins. Dans cette dernière opération, les ouvrières, quand elles ont terminé une application, doivent saupoudrer leur travail avec du carbonate de plomb dont elles respirent chaque fois une certaine quantité. Cette pratique se répète pour elles à chaque instant, et leur santé est très-promptement altérée. Cela est si bien connu, que les fabricants trouvent difficilement des ouvrières, malgré la forte rémunération donnée à ce genre de travail. Il y avait donc un intérêt majeur, au double point de vue industriel et hygiénique, mais surtout sous ce dernier point de vue qui doit seul nous occuper ici, à chercher un moyen capable d'être substitué sans désavantage au carbonate de plomb. M. H. Masson croit être parvenu à résoudre ce problème, en proposant l'usage du *sulfate de plomb*. Cette substance, dont l'action sur l'économie est très-faible, remplit d'après lui toutes les indications voulues. Si l'expérience confirme à cet égard les assertions de M. Masson, on ne peut que l'encourager à poursuivre une aussi utile réforme, qui aurait pour résultat de faire disparaître une profession très-insalubre. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Des scrofules.

Au nombre des affections que la nosographie a érigées en maladies générales, il en est une que l'on se plaît à retrouver trop souvent dès que le mal revêt une forme chronique et semble résister aux médications ordinaires; nous voulons parler de la scrofule, cette maladie dont l'existence avait déjà été si énergiquement, et non sans raison, contestée par Broussais.

Qu'est-ce donc que la scrofule? On la définit une disposition générale inhérente à l'organisme, sous l'influence de laquelle se produisent des engorgements ganglionnaires dans les différentes régions du corps. Deux ordres de phénomènes constituent, en effet, ce que l'on appelle l'état scrofuleux : les uns sont caractérisés par une disposition *générale* de l'organisme qu'il est assez facile d'apprécier, comme nous le verrons plus loin; les autres, véritables lésions *locales*, ne s'adressent qu'à certains tissus et certains appareils. Il serait trop long d'entrer dans la discussion de tous les faits relatifs à cette question; aussi ne parlerons-nous guère aujourd'hui que des phénomènes de la seconde espèce, et notamment des accidents ganglionnaires.

Quelle que soit l'idée qu'on puisse se former sur l'état général, —hallopathie (Marchal, de Calvi) ou diathèse strumeuse—, toutes les fois qu'on examine attentivement le mode de production de la plupart des lésions dites scrofuleuses, on est forcé de remarquer qu'elles sont soumises aux lois générales de la circulation lymphatique, et que, par exemple, les ganglions ne deviennent malades qu'à la suite d'un trouble organique situé sur le trajet des vaisseaux afférents. Mais les faits n'ont pas toujours été envisagés de cette façon, et c'est pour lutter contre cette tendance à la spécificité de la maladie scrofuleuse, que nous refusons, avec M. le professeur Velpeau, de reconnaître cette maladie comme légitime. Trois observations vont suffire à notre démonstration.

OBS. I. — Au n° 5 de la salle Saint-Charles se trouve un garçon âgé de seize ans et demi, d'une constitution très-faible. Sa poitrine est peu développée, ses membres émaciés; les articulations paraissent volumineuses. Il a peu de sang; la circulation est languissante. Sur le côté droit du cou on rencontre des cicatrices nombreuses dont l'existence est déjà ancienne. Interrogé avec soin, le malade raconte que durant son enfance il a eu longtemps des ophthalmies qui furent suivies d'abcès dans la région droite du cou. Il a toujours vécu, avec toute sa famille, dans la plus extrême misère.

OBS. II. — Un garçon de dix-sept ans est couché au n° 14 de la salle Saint-Charles. Sans maladies antérieures, il est d'une constitution assez faible, et en ce moment il est en voie de traitement pour une pneumorhémie (hémoptysie) tuberculeuse. Mais il ne peut ouvrir la bouche; un ganglion dur et volumineux situé sous le maxillaire inférieur gêne les mouvements de la mâchoire et détermine une douleur sourde quand le malade veut se livrer à des mouvements de mastication. On examine la bouche, et l'on y trouve une *dent cariée* qui le fait souffrir énormément.

Dans ces deux faits, on peut suivre parfaitement la succession d'un mal local (ophthalmie, carie dentaire) déterminant une ganglionite que l'on avait considérée comme étant de nature scrofuleuse. De plus, la deuxième observation nous fait voir la phthisie précédant en quelque sorte les manifestations de la scrofule. Mais le fait suivant présente encore plus d'intérêt, car il nous fait assister d'une manière non moins manifeste aux inconséquences de la scrofule.

OBS. III. — *Ganglionite cervicale et bronchique. — Ulcération de l'amygdale. — Asphyxie imminente.*

M. G..., de Lagny (Seine-et-Marne), âgé de dix-sept ans, d'un tempérament lymphatique, né de parents sains et bien portants, bien portant d'ordinaire lui-même et sans maladies antérieures, passa le 28 janvier dernier deux nuits consécutives au bal, et s'y livra à des excès de tout genre.

Le 1er février, il fut pris d'un mal de gorge avec tuméfaction des amygdales. En même temps, et d'une manière très-brusque, il se manifesta une augmentation de volume des ganglions cervicaux, surtout du côté droit. Une dyspnée assez intense ne tarda pas à survenir ; le malade en rapportait la cause à la partie supérieure du sternum. Il y eut engourdissement dans tout le bras droit; fièvre vive.

Une application de sangsues sur la région sous-maxillaire n'amena guère de résultat favorable, et le malade resta dans cet état de demi-asphyxie jusqu'au 18 février, jour où on le conduisit à Paris, en raison de l'imminence de la suffocation.

18 février. *Etat actuel.* — M. le professeur Piorry constate que les amygdales sont très-rouges, très-volumineuses, sans fausses membranes. Le pharynx est aussi le siége d'une inflammation intense. Le passage de l'air est encore facile; on peut introduire l'indicateur entre les deux amygdales. Le larynx est libre, et pourtant la respiration est manifestement gênée.

Les ganglions cervicaux sont plus volumineux qu'à l'état normal; mais du côté droit ces ganglions ont pris un tel développement, et les parties circonvoisines ont tellement participé à ce phénomène inflammatoire, que l'on constate tout d'abord une tumeur occupant toute la partie droite de la région cervicale, depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à la clavicule, sur laquelle elle semble s'appuyer. Le toucher permet de retrouver les ganglions du cou au milieu de cette tuméfaction générale.

Le poumon, percuté superficiellement, a conservé ses caractères normaux d'élasticité et de sonorité. Une percussion plus profonde rencontre de la matité avec dureté dans un espace de forme arrondie s'étendant d'une part sous le sternum et jusqu'à la quatrième côte; d'autre part la matité remonte jusqu'à la clavicule, où elle est en contact immédiat avec les ganglions que nous avons vus former la tumeur cervicale du côté droit. Du reste, la respiration est libre des deux côtés, et ne permet point de soupçonner une lésion du poumon ou de la plèvre, malgré la respiration trachéale qui s'entend à distance.

Le malade est anémique; la fièvre vive (100 pulsations).

En présence de ces faits, M. Piorry conclut qu'une ganglionite étendue le long de la trachée comprimait ce conduit et le nerf de la huitième paire, et que la cause de ces accidents était *probablement* une ulcération du pharynx ou de l'amygdale droite.

Un vésicatoire appliqué sur la partie supérieure du thorax, la cautérisation des amygdales, et l'iodure de potassium (3 grammes par jour) furent la base du traitement. De plus un redoublement de fièvre, qui coïncidait avec une légère intumescence de la rate, et qui augmentait le péril, fut combattu par le sulfate de quinine.

Sous l'influence de ces moyens, continués pendant huit jours, la tumeur située dans la poitrine fut réduite au quart de son volume; les ganglions cervicaux ont éprouvé la même diminution, et les amygdales, revenues à peu près à leur volume normal, ont permis de *constater une ulcération* taillée à pic, à fond grisâtre, sur l'amygdale droite. La respiration, moins gênée, s'exécute plus facilement, et tout fait espérer une guérison complète.

Cependant, a fait observer M. Piorry, il est à craindre que les ganglions ne restent volumineux et chroniquement engorgés. Les excès du 28 janvier, la marche et la persistance du mal permettent de sup-

---

PROJET

D'ASSOCIATION MÉDICALE.

Après les orages, viennent les aspirations vers le repos et la recherche du mieux-être. Le génie du temps porte impérieusement à la recherche de l'amélioration du sort des peuples et de chaque classe de la société; les gouvernements eux-mêmes se font gloire de présider aux progrès de la civilisation. Le siècle est vraiment le siècle des associations pacifiques.

Le décret qui fonda les sociétés de secours mutuels électrisa les hommes de bien, ceux qu'une noble philanthropie anime. Alors on vit surgir de nombreuses institutions, toutes destinées à soulager le vieillard, la veuve et l'orphelin. La science proprement dite a trouvé son écho dans l'illustre Thénard.

Sur ces entrefaites, le gouvernement anglais accepta sérieusement un merveilleux projet qui consistait à élever un palais pouvant contenir trois cents appartements et un collége ; l'un pour des médecins vieillards ou infirmes, l'autre destiné à l'éducation de trois cents élèves, tous fils de médecins.

A cette annonce, saisi d'enthousiasme, je vis là sur-le-champ la solution d'un problème que je cherchais depuis longues années.

Il n'entre point dans ma pensée de faire l'apologie des médecins. Les dépenses si onéreuses pour leur double éducation ; leur dévouement et leur courage dans les graudes occasions; leur désintéressement lorsqu'il s'agit du pauvre; leurs longues veilles pour acquérir de la science et se conserver au niveau du progrès, parlent assez hautement en leur faveur. Mais il y a bien des nuances dans leur position. Que de tristes mécomptes! Que d'infortunes! Ce n'est pas seulement dans les villages que ces maux sont palpables. Qui de nous n'a pas vu dans la capitale des capacités, des positions éminentes privées du nécessaire dans les derniers instants de la vie? Et les familles qui survivent ! !

Vers l'époque où le projet de la Grande-Bretagne fut publié, je donnais un concours assez actif à l'organisation d'une société de secours mutuels. L'étude obligée des décrets et instructions me fit comprendre l'avantage de les appliquer à la grande famille médicale et de combiner ces sages dispositions avec celles de nos voisins.

Je communiquai mes plans au congrès scientifique d'Arras et à l'Académie impériale de médecine. La presse médicale s'en empara, puis, l'oubli absolu! Que peut être, en effet, la voix d'un vieillard sans pouvoir, vivant ignoré et retiré dans les champs!

A cette époque, et dans le but de la double combinaison, je signalais les hauteurs de Chaillot comme le local le plus favorable pour l'élévation des deux édifices.

Il importe de dire que sous le nom de médecins, j'entends tout ce qui touche par un point quelconque et légal à l'exercice de l'art de guérir : hommes et femmes, pharmaciens et vétérinaires, médecins proprement dits et spécialistes.

Bien qu'immense, et en apparence gigantesque, ce projet est moins impraticable, ou, si l'on veut, moins onéreux qu'en Angleterre, car il se compose de deux combinaisons : l'une, qui nécessairement serait, comme outre-Manche, aux frais de l'État; l'autre, qui pourrait pourvoir à l'entretien par une loi qui fixerait un impôt proportionnel, soit à la manière, soit en remplacement des patentes.

Je vous dirai donc : Élevez vos vœux vers cette pensée qui a fait tant et de si prodigieuses choses en quelques jours ! Cette haute intelligence, cette providence des temps modernes vous comprendra comme elle comprend tout ce qui est bien.

La plus grande gloire de Louis XIV, la plus noble, la plus pure, repose dans ce magnifique hôtel où le guerrier jouit d'un doux loisir. Les médecins ne sont-ils pas la milice de tout ce qui souffre. Où est une classe plus nombreuse et plus utile? L'homme de l'art est partout, près du trône comme dans la cabane; il est le consolateur universel. Chaque jour les magistrats, dans l'ordre civil comme dans l'ordre judiciaire, invoquent sa science.

Il vole courageusement et sans hésitation dans les épidémies; il présente noblement sa poitrine à ces projectiles qui viennent de déchirer l'artère du soldat; car il faut être là pour vaincre la mort.

Un jour je vous raconterai la déplorable destinée de ces deux cent cinquante officiers de santé que la contagion de la fièvre jaune et le poignard toujours sanglant de Dessalines nous enlevèrent à Saint-Domingue ; et si vous me demandez : Que sont devenus les veuves et les orphelins ? je vous répondrai : Interrogez la misère et la tombe.

RÈGLEMENT.

Il ne m'appartient point de tracer le règlement; c'est une affaire de

poser l'existence d'une cause syphilitique, malgré les dénégations du malade. C'est pourquoi, dans la prévision d'accidents ultérieurs, il a conseillé au malade un traitement anti-syphilitique (proto-iodure de mercure et iodure de potassium), la cautérisation des amygdales avec le nitrate d'argent et la teinture d'iode, enfin l'élévation de la tête pendant le sommeil.

Plusieurs faits dans cette observation méritent de fixer l'attention; l'engorgement rapide des ganglions cervicaux et bronchiques, l'ulcération de l'amygdale, et enfin la suffocation du malade. Pour un grand nombre de praticiens, les accidents ganglionnaires dont il est ici question doivent être considérés comme une manifestation locale, une bouffée d'une maladie générale, et ainsi se trouve constitué le diagnostic de la scrofule. Pourtant, jusqu'au jour où le malade entra en observation, sa santé n'avait ressenti aucune atteinte qui eût pu faire soupçonner l'existence, *même latente*, des scrofules, tandis qu'une large ulcération se voyait sur l'amygdale droite. Or n'y a-t-il pas ici la relation de cause à effet? L'ulcération, qui n'avait d'abord été admise que par *présomption* et qui ne put être aperçue que postérieurement, était le point de départ de la maladie ganglionnaire. La science possède bien des faits dans lesquels on signale une marche analogue; sans parler des ganglions de l'aine ou de la cuisse qui s'engorgent à la suite des ulcérations de la verge ou des plaies du pied, on voit chaque jour de la façon la plus manifeste des ulcérations des paupières, du nez ou des lèvres devenir le point de départ d'un érysipèle de la face avec tuméfaction des ganglions sous-maxillaires; les ulcérations du cuir chevelu, qu'elles soient ou non recouvertes de croûtes, donnent naissance à ces ganglionites réputées scrofuleuses, et qui pour cette raison restent fatalement abandonnées à elles-mêmes jusqu'à ce que la cicatrisation s'opère avec plus ou moins de régularité par les seuls efforts d'une organisation déjà languissante. De même, il est parfaitement reconnu qu'à la suite d'une piqûre de scalpel le mal se communique aux ganglions voisins par les lymphatiques de la région, et la coloration de la peau permet de suivre dans les vaisseaux sous-jacents le trajet de l'inflammation ou la progression des fluides altérés.

C'est dans un ordre de faits du même genre qu'il faut ranger la tuméfaction qu'on observe dans les ganglions mésentériques consécutivement aux ulcérations de l'intestin, et pourtant on n'a jamais songé à attribuer à la cause scrofuleuse cet engorgement ganglionnaire prototype qui constitue une des principales altérations de la fièvre typhoïde.

Tout ce qui vient d'être signalé à propos des membranes tégumentaires s'applique aussi aux maladies des organes profonds, et l'on peut dire en thèse générale que partout où ces accidents surviennent, ils suivent cette marche uniformément progressive.

Cette vérité n'avait pu échapper aux partisans de la maladie scrofuleuse, dont elle contrariait les vues théoriques; c'est pourquoi, à une époque qui n'est pas bien éloignée de la nôtre, lorsqu'on prétendait que le bubon vénérien pouvait survenir sans autre accident préalable, et qu'il était parfois le premier indice d'un contact impur, en un mot lorsqu'on admettait le bubon d'emblée, l'analogie, cette grande source d'erreur, détournant l'observation de son véritable terrain, avait engagé les pathologistes à maintenir des adénites scrofuleuses débutant aussi d'une manière idiopathique sans aucune lésion antécédente. La doctrine des bubons vénériens d'emblée ne put résister aux attaques que lui porta M. Ricord; aussi n'avons-nous à entrer dans ces détails que pour rappeler les paroles dans lesquelles le savant chirurgien de l'hôpital du Midi stigmatise cette doctrine, à laquelle il fait pourtant une concession quand il reconnaît le bubon strumeux d'emblée: « Analysez ce qu'on a dit de tout temps, disséquez surtout les observations publiées à l'appui, et vous verrez partout défaut d'appréciation des causes, fausses analogies, erreurs de diagnostic, ignorance des lois d'évolution et de leurs conséquences possibles. » (Ricord, *Lettre XXVI*e *sur la syphilis.*)

« Si les parties étaient explorées avec beaucoup plus de soins, dit Hunter, si les malades étaient minutieusement interrogés, il est probable qu'on découvrirait souvent qu'un petit chancre est la cause de l'infection; c'est ce que j'ai vu plus d'une fois. » (Ricord, même lettre.)

L'analogie que l'on avait voulu établir entre le bubon vénérien et les engorgements strumeux essentiels tombe donc d'elle-même, le point de départ sur lequel on l'avait appuyée ne pouvant résister aux exigences rigoureuses de l'*observation*. Et de même que tous les individus ne contractent pas également un bubon vénérien, de même les ganglionites dites scrofuleuses exigent une condition particulière qui leur donne naissance.

Mais ici se présente une objection qu'on ne doit pas laisser passer sous silence, car elle semble apporter avec elle tous les éléments d'une certitude absolue. Les ganglions ont été engorgés, les accidents aigus disparaissent et laissent à leur suite une *induration permanente* dans les parties primitivement affectées: comment donc refuser à une disposition diathésique le rôle qui lui est généralement accordé dans l'évolution de ce phénomène? Tel est l'argument qu'on peut nous opposer.

L'anatomie normale et la physiologie pathologique aideront à résoudre cette difficulté. Quelle est, en effet, la texture des ganglions lymphatiques? Nous laissons parler ici l'anatomiste, dont les travaux ont contribué de la manière la plus évidente à l'histoire du système lymphatique: « Les corps glanduliformes ou ganglions lymphatiques que traversent les absorbants se composent essentiellement de deux petits systèmes vasculaires: l'un divergent, dû à la décomposition des vaisseaux qui entrent; l'autre convergent, dû à la recomposition préalable des vaisseaux qui sortent. Ces deux systèmes intra-ganglionnaires, anastomosés entre eux comme les artères et les veines, constituent au point de vue de leur capacité un double cône; en s'adossant base à base, ces cônes donnent naissance à un ellipsoïde. » (Sappey, *Anat. descript.*, tome Ier, p. 588.) — « Chaque ganglion se trouve ainsi composé de capillaires lymphatiques qui s'anastomosent, se croisent, s'entrelacent, et constituent, en un mot, un véritable peloton de vaisseaux. » (Sappey, *loc. cit.*, p. 629.) — D'un autre côté, la physiologie pathologique enseigne que tout état inflammatoire se traduit d'abord par un arrêt de la circulation sanguine ou lymphatique, par la coagulation du liquide contenu dans les vaisseaux, puis par l'exsudation d'une lymphe plastique organisable. Si l'inflammation cesse, la circulation pourra se rétablir dans ces canaux; mais le produit plastique qui s'était épanché dans le tissu cellulaire interstitiel ou dans celui de la périphérie, que devient-il? Il ne disparaîtra pas de la même façon. Subissant une condensation, un retrait analogue à celui qui s'opère dans la cirrhose du foie (*voir* la thèse d'agrégation de M. Gubler, 1852), non-seulement il sera, par ce fait, le siége d'une induration ganglionnaire, mais encore, par sa présence, il gênera à son tour la circulation lymphatique, et, véritable épine au milieu d'un tissu non enflammé, il pourra devenir la source d'un nouveau travail pathologique. Cette induration, qui persiste après la cessation des accidents aigus, ne peut donc être regardée comme un phénomène diathésique; elle est la suite à peu près inévitable d'une inflammation qui s'est développée au milieu de vaisseaux flexueux et pelotonnés les uns contre les autres.

Les considérations précédentes d'anatomie et de physiologie conduisent aussi à l'explication de certaines circonstances dont on s'est emparé avec empressement pour démontrer la spécificité de ces abcès ganglionnaires. Chacun sait, en effet, que les adénites réputées strumeuses ne subissent leur évolution complète et ne parviennent à la période suppurative qu'avec une très-grande lenteur, sans apparence de travail inflammatoire, ce qui leur a valu la désignation d'abcès froids. De plus, quand la suppuration est établie, la même lenteur s'observe dans le travail de réparation et de cicatrisation. Or, les conditions au milieu desquelles surviennent tous ces accidents en expliquent suffisamment la pathogénésie; il n'est aucun de ces malades dont la circulation ne soit languissante, le cœur petit et la masse du sang peu considérable, et, depuis les travaux de Magendie, il est hors de contestation que la circulation générale exerce sur la circulation de la lymphe une influence directe. Comment se pourrait-il faire alors qu'on constatât chez ces malades un travail franchement inflammatoire, puisque le sang lui-même est privé en quantité et en qualité des éléments nécessaires au développement d'un tel travail pathologique?

Mais indépendamment de cette condition il en existe d'autres. La source de l'engorgement ganglionnaire est, en général, un travail phlegmasique peu étendu, avec le transport dans les lymphatiques de certains principes virulents ou de liquides altérés, et si l'on tient compte de la multiplicité des canaux qui constituent un ganglion en même temps que de la lenteur du travail qui s'opère physiologiquement dans cet organe, on comprendra pourquoi le mal affecte ainsi une marche lente et chronique, et pourquoi ces ganglionites ne parviennent qu'après un long espace de temps à la période suppurative. De plus la coagulation du chyle ou de la lymphe, la gêne apportée à cette circulation et la dilatation consécutive des lymphatiques déterminant une distension de ces vaisseaux et la perforation de leurs tuniques, en un mot, la désorganisation des canaux qui constituent le ganglion lui-même, nous donnent le motif pour lequel, même en l'absence d'une maladie plus profonde, telle qu'une périostite ou une carie osseuse, la cicatrisation est si longue à obtenir; ajoutons que cela se passe chez des malades où jamais l'on n'observera de réaction, puisque leur organisme ne peut en fournir les éléments. C'est pourquoi l'on est en droit de se demander comment, en présence de ces faits, on persiste à vouloir retrouver la scrofule toutes les fois qu'il s'agit d'une lésion ganglionnaire.

En dehors de ces troubles locaux, l'observation n° 3 nous en offre d'autres non moins graves, et consécutifs à l'altération pathologique sur laquelle nous venons d'insister. Ainsi lorsque le malade se présenta à l'observation de M. Piorry, l'asphyxie était imminente; un examen minutieux permit de trouver derrière le sternum une masse dure en rapport direct de contiguïté avec les ganglions cervicaux tuméfiés.

Ce n'était point une lésion du larynx qui amenait cette suffocation. La voix du malade avait conservé son timbre et son intensité normale; le passage de l'air n'était pas intercepté par l'hypertrophie des amygdales, puisque le doigt pouvait être introduit entre elles. La cause du mal était donc profondément située; elle avait pour point de départ cette tumeur intra-thoracique qui exerçait une compression sur les nerfs de la respiration, et cette idée fut pleinement confirmée par le traitement. En effet, la tumeur, que la percussion avait trouvée derrière le sternum, ayant assez rapidement diminué de volume, le pneumo-gastrique put reprendre ses fonctions, et la suffocation cessa.

Interprétés d'une façon toute différente, des cas analogues à celui-ci avaient fait admettre jadis l'existence d'une maladie particulière que l'on avait désignée sous le nom d'asthme thymique ou spasme de la glotte (Lee, *London méd. Gaz.*, 1834). Si nous laissons de côté une foule d'écrits conçus dans les mêmes idées que celles du médecin anglais, nous citerons M. Marchal (de Calvi) qui, dans un mémoire sur la tuberculisation des ganglions bronchiques, a appelé l'attention sur cette compression des nerfs pneumo-gastriques (*Mém. de méd. chir. et pharm. mil.*, 2e série, t. V). (Voir sur le même sujet un travail publié dans la *Gazette hebdomadaire de médecine*, septembre 1856.) Mais c'est A. Hourmann qui, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1832), a le plus nettement formulé les conséquences de l'engorgement des ganglions bronchiques, et prouvé l'insuffisance des expressions asthme thymique, etc. Quoi qu'il en soit, et quelle que puisse être la nature de cette augmentation de volume des ganglions, qu'il s'agisse de tubercules ou d'une simple congestion sanguine, dans ces diverses relations il n'a jamais été fait mention d'une tumeur intra-thoracique reconnue *pendant la vie*; la cause des accidents ne fut reconnue qu'*après la mort*. En résumant donc cette troisième observation, on peut dire que la suffocation si manifeste chez ce malade se trouve expliquée par la compression qu'exerçaient sur les nerfs de la respiration les ganglions *bronchiques* et cervicaux engorgés, et que l'ulcération de l'amygdale, cause première du mal, avait été merveilleusement secondée dans ses conséquences perturbatrices par les excès auxquels le malade venait de se livrer.

Si l'on réfléchit à ces diverses circonstances, on ne peut pas ne pas remarquer combien est peu légitime l'opinion de certains auteurs qui, se fondant sur une observation incomplète, n'hésitent pas à proclamer l'existence de la maladie scrofuleuse dans les conditions que l'on vient de passer en revue. Mais on nous demandera peut-être ce qu'il faut, en définitive, entendre par scrofules, et comment nous expliquons la filiation de tous ces désordres. C'est par cette exposition que nous terminerons, en cherchant à être aussi concis que possible.

Et d'abord, un fait capital sur lequel on ne s'est pas suffisamment appesanti domine tout cet ensemble pathologique. Examinez les individus appelés scrofuleux, et vous serez frappé d'un phénomène constant: il n'en est aucun qui ne puisse être considéré comme la personnification d'une débilité extrême. Le sang est peu abondant (nous ne parlons même pas des altérations qu'on a cru rencontrer dans ce liquide); le cœur est petit, les veines peu dilatées, la circulation générale languissante; les bruits du cœur sont éclatants, et la poitrine, peu développée, rend à la percussion un son extrêmement sonore. D'un autre côté, les membres sont grêles, et les articulations paraissent plus volumineuses qu'à l'état normal, bien qu'elles ne soient pas, en réalité, le siége d'une tuméfaction; ce sont les muscles qui, par leur peu de développement, donnent ainsi aux saillies articulaires la prédominance qu'elles affectent dans le squelette.

En un mot, l'organisation n'a pu atteindre son entier dévelop-

---

haute administration. Je veux seulement signaler quelques articles dont l'omission serait fâcheuse.

1° Disons d'abord que l'exercice de l'art, au dehors de l'établissement, doit être sévèrement interdit.

2° Mais entre l'exercice pratique et l'émission de la pensée, il y a une différence capitale. La science trouverait, au contraire, dans les méditations paisibles et en dehors de tout souci, chez les vétérans de l'art, un essor, une vigueur que la vie agitée ne saurait permettre.

3° La présidence du conseil d'administration appartiendrait nécessairement au ministre dans les attributions de qui entrerait cette institution.

4° Toute réunion ou assemblée collective doit être prohibée.

5° Mais il y aurait plusieurs locaux pour bibliothèques, lieux d'étude qui seraient bientôt enrichis, soit par les dons des hommes généreux, soit par l'obligation où serait tout pensionnaire d'apporter ses livres.

6° L'autorité nommerait le conseil d'administration, dont les membres seraient pris dans l'Académie impériale de médecine.

7° C'est ce conseil qui, sauf l'approbation de l'Empereur, élirait les membres et pensionnaires qui se recommandent par leurs vertus, leurs bonnes mœurs, qui ont atteint l'âge déterminé par les lois, ou qui sont infirmes, ou encore sous le poids d'une grande infortune.

8° Le lycée, bien que composé de fils de médecins, appartiendrait à la direction universitaire, qui penserait sans doute que l'instruction y doit être mixte, laissant toujours au choix des élèves la profession vers laquelle la vocation les dirigerait.

Ne repoussez pas brusquement l'idée de cette vaste création, vous les heureux de la terre, les éminents de la profession! Voyez loin de vous, à côté de vous, au-dessous de vous.

Tout projet, dit-on, est enfanté par l'égoïsme, par l'intérêt; c'est ce qui se voit chaque jour. La source du mien ne saurait avoir une telle origine; car avant que la pierre fondamentale soit posée, je n'aurai plus rien à faire avec les humains. Une idée me domine, celle de vivre dans le cœur de mes confrères, qui toujours m'ont honoré d'une bienveillante indulgence.

Dr V. Bally,
Membre de l'Académie de médecine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Essais scientifiques, par Victor Meunier, rédacteur en chef de l'*Ami des Sciences*. 12 volumes in-12, paraissant de mois en mois. Prix du vol., 1 fr. 25 c.; l'ouvrage entier, 15 fr. Pour les personnes qui souscrivent d'avance à l'ouvrage entier, le prix de la collection est de 12 fr. pour Paris et 15 fr. pour les départements. — Le premier volume des Essais scientifiques, dont notre collaborateur M. E. Renaud a fait l'éloge dans son dernier feuilleton, est en vente au bureau de l'*Ami des Sciences*. Ce volume contient l'Apostolat scientifique, et à titre de développements: 1° l'abondance universelle; 2° deux discours sur la leçon des choses; 3° projet d'association pour la constitution des sciences.

pement; c'est un avortement de l'accroissement organique avec lequel coïncident tous les caractères de l'anémie ou de l'hydrémie, et consécutivement une disposition aux engorgements ganglionnaires, dont les premiers indices se rencontrent dans le jeune âge, et surtout chez les enfants abandonnés en nourrice. Ce fait capital n'est autre chose que ce qu'on appelle la diathèse scrofuleuse. Quelque obscur et controversé que soit le sens du mot diathèse, on comprendra aisément la nature de cette faiblesse organique si l'on remonte aux sources de ce drame pathologique. La diathèse scrofuleuse ne peut, dit-on, se reconnaître que par ses effets. En d'autres termes, nul ne sera déclaré scrofuleux s'il ne présente des accidents réputés tels. Dès lors l'existence de cette diathèse devient sinon problématique, du moins inutile; les conditions organiques indiquées précédemment se présentent, au contraire, avec leurs caractères de stabilité et d'évidence qui expliquent l'ordre d'évolution des troubles morbides, Or, en se livrant à des recherches d'étiologie, M. Lebert n'a rencontré l'hérédité que dans un tiers des cas, assertion qui diminue considérablement l'influence de cette prédisposition. Baudelocque, moins confiant dans la puissance de l'hérédité, reconnaissait l'altération, la viciation de l'air comme les causes vraiment procréatrices; et, si l'on est plus explicite, on arrive à une considération formidable devant laquelle on reste muet; nous voulons dire la MISÈRE, qui se manifeste aussi bien dans les classes riches, par suite des tendances de l'éducation, que dans les classes primitivement et essentiellement malheureuses.

Chaque malade, on l'a vu, présente au plus haut point les attributs de l'hypémie. Voilà donc l'explication du mal; car, qui ne saisit les rapports intimes qui existent entre l'anémie et la misère? Celle-ci amène à sa suite toutes les causes de maladie: alimentation insuffisante et de mauvaise qualité, mauvaises conditions d'habitation et de vêtements, respiration d'un air insalubre, etc; celle-là donne naissance à une circulation languissante, à des stases vasculaires et ganglionnaires, et le développement incomplet de l'organisme, ainsi que son fonctionnement peu énergique, ou l'hyporganisme, seront le point de départ d'une foule de lésions locales que nous venons d'étudier longuement.

Tel est donc le phénomène principal, organisateur de tous ces désordres, et ceux-ci, donnant à leur tour l'éveil à la cause générale dont ils décuplent en quelque sorte la puissance pathogénique, ne sont pas moins redoutables que l'état primordial de la circulation. C'est ainsi qu'il est nécessaire de comprendre l'ordre et la marche de ces états pathologiques, et ainsi se trouve démontrée l'illégitimité de la maladie scrofuleuse. Si nous insistons sur ces différentes circonstances, ce n'est point sans raison. Les conséquences pratiques qui en découlent sont de la plus haute gravité. Il importe, en effet, de chercher à modifier l'état général de la constitution; et ici l'on rencontre tous les problèmes d'économie sociale relatifs à la misère; mais aussi, dès qu'une lésion, point de départ d'accidents ganglionnaires, aura été reconnue, on doit se hâter d'agir localement, et l'on ne se bornera pas à un traitement général, dont les effets salutaires pourraient parfois trop longtemps se faire attendre.

Frédéric DURIAU.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. A. RICHARD.

Traitement de l'hydrocèle des enfants.

Dans l'espace d'un mois, douze opérations d'hydrocèle ont été pratiquées par M. Ad. Richard, qui remplace en ce moment M. Guersant à l'hôpital des Enfants.

Sans doute le hasard est pour beaucoup dans l'accumulation d'un pareil nombre de faits en un aussi court espace de temps; mais on ne peut s'empêcher d'en conclure que l'hydrocèle des petits enfants est beaucoup plus commune que ne l'indiquent les traités de chirurgie, et que ne le pensent la plupart des praticiens.

L'hydrocèle des enfants est communément désignée sous le nom d'hydrocèle congéniale. Cette épithète de congéniale, rejetée par M. Malgaigne pour la hernie inguinale du nouveau-né, peut être conservée pour l'hydrocèle. Tout porte à établir, en effet, que dans la grande majorité de ces cas la vaginale communique avec le péritoine, et conséquemment, cette *persistance congéniale* paraît être une des conditions de la maladie. Non pas que toutes ces poches séreuses soient réductibles sous la main qui les presse, car il est plus fréquent de les voir irréductibles; mais toutes, ou presque toutes, suivies pendant un temps convenable, présentent cette particularité de paraître et de disparaître, d'augmenter et de diminuer d'un moment à l'autre.

Sur nos douze cas, deux fois seulement l'hydrocèle était purement funiculaire; sur les dix autres, elle envahissait la région du scrotum et le cordon. C'est donc là une des espèces d'hydrocèle du cordon. Les kystes du cordon, qui souvent simulent un troisième testicule, sont donc, chez les enfants ou les adolescents, développés dans la portion funiculaire de la vaginale persistante. Chez les adultes, ce sont au contraire presque toujours des kystes de l'épididyme à liquide louche et plein de zoospermes.

Quoi qu'il en soit, si chez les jeunes enfants l'hydrocèle se distingue par cette particularité que presque toujours elle communique dans le péritoine, on juge bien que ceci ne saurait être indifférent en pratique. Eh bien, l'expérience vient dissiper les craintes bien naturelles que l'on peut concevoir à cet égard.

L'opération qui a été pratiquée chez nos douze petits malades a consisté en :

1° Évacuation du liquide jusqu'à la dernière goutte, à l'aide d'un trocart explorateur court et d'un très-petit calibre, celui conseillé par M. Ad. Richard pour l'opération de l'hydrocèle par l'alcool;

2° Compression sur le bas du ventre et le trajet inguinal par la main d'un aide;

3° Injection de 6 à 7 grammes d'alcool pur à 40 degrés (aréomètre Beaumé);

4° Immédiatement après retrait brusque de la canule, qui laisse ainsi le liquide dans la poche;

5° La compression du trajet inguinal est continuée pendant une minute, puis l'enfant est abandonné à lui-même.

Les suites de l'opération sont d'une extrême simplicité. La tumeur grossit un peu vers le soir, est très-légèrement douloureuse le lendemain, puis devient très-vite absolument indolore. Vers le dixième, douzième ou quinzième jour, *en l'espace de quelques heures*, c'est-à-dire du jour au lendemain, la tumeur disparaît, et le malade est guéri.

Si l'enfant est d'âge à marcher, il n'est nullement besoin de le condamner au repos; il mange, il joue, il dort comme d'habitude.

Il est, chez les petits enfants, une particularité de l'injection alcoolique qui impose d'une manière absolue l'usage d'un très-petit trocart. Au moment où la canule est retirée, laissant l'alcool dans la vaginale, souvent, par la contraction énergique du crémater et du dartos, un peu du liquide injecté est expulsé. En même temps le petit malade est pris d'érection, et peut même laisser échapper involontairement des matières fécales.

Cette issue d'un peu d'alcool s'arrête presque de suite, et n'offre aucun inconvénient.

Il peut se faire néanmoins que quelques gouttes de liquide s'infiltrent entre la peau et la vaginale. C'est ce qui est arrivé à l'un de nos petits malades. Alors en un point la peau rougit les jours suivants; il se forme une petite saillie grosse comme un pois, analogue à un clou, puis le petit abcès s'ouvre et se guérit sans que la vaginale souffre aucunement de ce travail voisin.

Un trocart aussi petit que possible est donc nécessaire pour cette délicate opération. Mais il faut avouer qu'un pareil instrument vient un peu augmenter la difficulté du manuel. On est en effet exposé à faire une *ponction blanche*, si on manque d'habitude. Pour l'éviter, il faut tendre fortement l'hydrocèle avec la main gauche, en la détachant et l'isolant le plus possible; tenir le petit trocart de la main droite, en appliquant la pulpe du pouce et la deuxième phalange de l'index assez près de l'extrémité pointue de l'instrument.

Pour la ponction, au lieu de plonger presque avec élan, ainsi qu'on le fait chez l'adulte, il faut *insinuer la pointe* comme si on maniait un bistouri.

La guérison une fois accomplie, une bonne précaution est de faire porter pendant trois ou quatre mois un bandage inguinal au petit malade; car mettre à l'abri contre la production d'une hernie est un des avantages sérieux de l'opération de l'hydrocèle congéniale.

DE L'ABLATION PARTIELLE DU GLOBE OCULAIRE,

Par M. le Dr GUÉPIN (de Nantes).

Depuis vingt-sept ans que je fais spécialement de l'ophthalmologie, je n'ai eu recours que cinq fois à l'ablation totale de l'œil, l'ablation partielle étant plus prompte, moins dangereuse, moins douloureuse, et permettant l'application d'un œil d'émail mobile, qui corrige toute difformité.

De mes cinq ablations totales, trois ont donné lieu à des récidives suivies de mort; tandis que je n'ai eu aucune récidive pour les ablations partielles que j'ai pratiquées toutes à temps, la dégénérescence ayant commencé par la partie antérieure de l'œil; et cependant, depuis 1840, je n'ai pas fait moins de dix ablations partielles chaque année. D'août 1856 à janvier 1857, j'en ai pratiqué neuf, dont quelques-unes fort intéressantes pour la science.

La méthode à laquelle j'ai recours est extrêmement simple. Le malade se couche sur une chaise en bois à dos brisé, qui forme une sorte de lit.

Armé d'un couteau à lame plate et mince, je me place à sa tête, comme pour pratiquer une kératomie supérieure. Ce couteau a 45 millimètres de long et 8 de large au talon.

J'entre dans l'œil par la partie externe de la sclérotique, et je pénètre à peu près perpendiculairement à l'axe.

L'état de l'œil décide du point d'entrée et de la marche du couteau. Je relève, moi-même, la paupière supérieure d'une main, tandis que mon aide abaisse l'inférieure.

Comme les doigts glissent toujours en pareil cas, nous nous servons d'un morceau de linge pour obvier à cet inconvénient. Ma sclérotomie à lambeau supérieur terminée, l'aide me passe une pince-érigne et je saisis mon lambeau dont j'achève la section avec tout le soin possible, en deux, trois, et quelquefois quatre coups de ciseaux.

La durée de cette opération varie de 17 à 35 secondes.

L'écoulement de sang peut inquiéter les chirurgiens qui opèrent pour la première fois, surtout quand la choroïde est variqueuse, mais il est généralement avantageux et toujours facile à arrêter. 30 grammes de sirop de ratanhia à l'intérieur et des compresses trempées dans de l'eau légèrement vinaigrée et alcoolisée m'ont toujours suffi lorsque j'ai cru devoir agir; mais le plus souvent je ne fais rien.

Au moment où l'opération se termine, si la douleur est très-vive, je la calme en faisant respirer au malade du chloroforme et en frictionnant le front et la tempe du côté opéré avec une pommade à l'atropine :

Axonge	. . . .	10 grammes.
Atropine	. . . .	0,05

Toutefois il est plus sage de faire d'abord une sclérotomie latérale et de terminer ensuite avec des ciseaux dans les cas suivants :

1° Lorsqu'une éclaboussure de fonte de fer a fait pénétrer de la fonte dans l'œil;

2° Lorsqu'une capsule fulminante est entrée dans cet organe et a pénétré dans le cristallin ou l'humeur vitrée;

3° Lorsque des graviers ont été enfoncés profondément dans l'œil (ceci a lieu plus souvent qu'on ne le pense). Ainsi de la fonte brûlante tombe-t-elle sur du sable mouillé, il en résulte une sorte d'explosion. Les bombes, les obus peuvent donner lieu à des accidents semblables, qui lancent du sable dans toutes les directions;

4° Des éclats de bois, de fonte, de fer ou de cuivre, sous l'action du burin, du tour, etc., etc., peuvent encore donner lieu à des accidents qui nécessitent une section latéralisée de la sclérotique, seul moyen de se débarrasser aisément des corps étrangers qui entraînent la désorganisation de l'œil.

Cette section latéralisée, je la pratique de haut en bas, du côté externe, comme s'il s'agissait d'une kératomie, par la méthode de Wenzel, et je termine avec des ciseaux.

Le pansement est toujours très-simple : quand l'hémorrhagie est arrêtée, j'applique sur l'œil du coton pour le tenir chaudement, après toutefois l'avoir recouvert d'un linge doux et usé.

En général, les personnes que j'opère appartiennent aux classes inférieures. Elles viennent à pied chez moi et s'en retournent à pied une heure après l'opération, et du quatrième au sixième jour la guérison est terminée.

Il m'est arrivé, il y a douze ou treize ans, d'opérer une bonne, femme de confiance dans la maison où elle servait, sans que sa maîtresse, qui le lui avait expressément défendu, s'en soit doutée. Cette dame professait, sans savoir pourquoi, une répugnance invincible pour les personnes qui ont des yeux d'émail, et, si je ne me trompe, elle portait des dents fausses!

Le cinquième jour après l'opération, j'appliquai à sa bonne un œil d'émail; celle-ci portait un bandeau pour un staphylome de la cornée et de la sclérotique, à la guérison duquel sa maîtresse a bien voulu croire.

M. Collombel, maire de Nantes, m'adressa un de ses amis, M. de P..., avec qui je suis aujourd'hui très-lié. Il souffrait jour et nuit d'une dégénérescence de la partie antérieure de l'œil gauche survenue à la suite d'une ophthalmie purulente. Je l'ai opéré, et, quatre jours après l'opération il accompagna au spectacle le maire de notre ville; il avait un œil d'émail parfaitement mobile qui cachait sa cicatrice. M. Boissonneau fils, à qui je l'ai adressé, lui a depuis fait un œil tout exprès, d'une perfection rare, et M. de P..., qui est un homme fort instruit, a pris plaisir à embarrasser chez moi des étudiants en médecine sur la nature de l'opération que je lui avais pratiquée.

Assez souvent les choses ne se passent point ainsi et préoccupent davantage l'opérateur.

M. Viaud, ajusteur à Indret, avait reçu dans l'œil droit un morceau de fer en montant une machine. De là d'atroces douleurs que rien ne calmait et qui ont duré des années. En 1856, il se décida à se faire opérer après neuf ans de souffrances. Je pratiquai une sclérotomie supérieure en passant derrière le corps étranger, qui était visible, et l'excision du lambeau fut faite en deux coups de ciseaux; mais il ne s'écoula aucun liquide. J'étais surpris au delà de toute expression. Eh quoi! me disais-je, une humeur vitrée solide! Je n'hésitai pas à la fendiller avec mon couteau. Mais le lendemain l'œil était encore volumineux, et l'humeur vitrée était en place. Quatre ou cinq cautérisations au centre de cette humeur avec un crayon de pierre infernale m'en ont débarrassé. Mais ce n'est que six semaines après que j'ai pu appliquer un œil d'émail sur la cicatrice.

Au mois d'août dernier, je fus appelé pour un ouvrier qui avait reçu dans l'œil un copeau de fonte en burinant. Je dus l'opérer sur le seuil de sa porte dans d'assez mauvaises conditions. J'avais pour aide mon fils, élève interne à l'hôpital Saint-Jacques. Les paupières, très-tuméfiées, furent difficiles à ouvrir. Je latéralisai mon opération, et, quoique je n'aie pas vu dans les liquides le morceau de fer cause de la cécité, des douleurs et de l'opération, il est probable cependant que j'ai réussi à en débarrasser le malade, qui était parfaitement guéri le sixième jour, car il n'a pas souffert depuis.

Chez cet ouvrier, l'accident était récent; cependant il n'y avait plus de cristallin. Les humeurs coulèrent d'un seul flot; elles étaient extrêmement liquides et mêlées de pus. Un long retard dans l'opération eût amené l'ouverture du globe ou la mort peut-être.

Il ne faut pas croire que les corps étrangers dans l'œil soient toujours la source de si vives douleurs. Il y a dans l'établissement d'Indret un ouvrier dans le cristallin duquel on voit une pointe d'acier qui y a pénétré *par la sclérotique* sans douleur sensible. A l'époque où je l'ai vu la dernière fois, il ne souffrait aucunement, et le cristallin jouissait de toute sa transparence.

Vers le mois de septembre dernier, j'ai opéré un peintre en bâtiment, chlorotique, pour un état variqueux de toute la partie antérieure de l'œil. Il n'y a eu ni hémorrhagie ni accidents ultérieurs; mais le septième ou huitième jour, quand cet homme a repris son

travail, il a eu froid au moignon de l'œil opéré, quoique cet œil fût couvert de coton.

Le matin à neuf heures, il venait chez moi se plaignant de douleurs sus-orbitaires, et je le renvoyais chez lui l'œil très-bien couvert, après avoir calmé les douleurs par des frictions à l'atropine sur la tempe et sur le front.

A trois heures, sa femme éperdue venait me chercher. Bains de pieds, ventouses scarifiées sur le cou, frictions mercurielles avec l'atropine sur la tête et sur le front, tout était inutile. Les douleurs de tête étaient atroces, le pouls petit, serré, très-vif et misérable. J'imbibai de la ouate d'un mélange d'une partie d'ammoniaque et de deux parties d'huile, et j'en fis une large application sur le front et sur la tête dans les parties qui correspondaient à la souffrance. Au bout de cinq minutes, les douleurs commencèrent à se calmer ; elles étaient complétement calmées au bout d'un quart d'heure, et la guérison a persisté. Mon malade était très-misérable et chlorotique, ainsi que je l'ai dit en commençant. Je ne l'ai pas mis à la diète ; au contraire, j'ai envoyé chercher de la viande, et j'ai voulu qu'il prît un bon potage, mais à petites doses et de distance en distance. Quelques jours plus tard, il retournait à son travail. Il n'y a pas eu d'accident nouveau.

Je signale à tous les praticiens la rapide et utile action de l'ammoniaque dans cette circonstance. J'estime que ma vésication a doublement agi ; et comme médication, et comme antiphlogistique par absorption d'une certaine dose d'ammoniaque. J'ai, du reste, fréquemment employé des vésications ammoniacales étendues en surface, au lieu de vésicatoires ordinaires dans la pleurésie, dans la pleuro-pneumonie, et même au sommet des poumons chez les personnes qui offraient de la matité. Je crois ce moyen supérieur au vésicatoire ordinaire. Je l'ai conseillé à quelques vétérinaires, qui en ont fait usage et s'en louent, surtout dans les pleurésies et les pleuro-pneumonies. Je retrouve à cette occasion dans mes notes, que ce même moyen m'a très-bien réussi chez la fille d'un douanier, au début d'une méningite. Je ferme cette parenthèse, et j'en reviens à l'ablation partielle du globe de l'œil.

M. Richard, valet de chambre du préfet actuel de Nantes, fut pris d'une iritis grave à Genève, soigné et guéri par M. Maunoir. Repris à Lyon de la même affection, il s'adressa au docteur Pétréquin, qui le guérit une seconde fois. Repris une troisième fois à Lyon, toujours à l'œil droit, il s'adressa à un oculiste ambulant qui se faisait annoncer dans les journaux. Cette fois, il ne fut pas guéri, la maladie s'étendit, gagna le grand cercle de l'iris, le corps ciliaire, la choroïde, et peu à peu il se produisit des symptômes sur le bord de la cornée. Un état variqueux, très-intéressant à étudier à la loupe, se manifeste sur le bord de la cornée, dans la sclérotique, le corps ciliaire et la choroïde. Alors survinrent des douleurs frontales d'abord, puis temporales ; M. Richard ne dormait plus et voulut être opéré. Je pratiquai chez lui l'opération en faisant un lambeau supérieur. Trois coups de ciseaux à cause de la disposition spéciale des staphylomes de la sclérotique, servirent à tailler le lambeau inférieur, et l'œil se vida en entier. Il n'existait plus de cristallin, l'humeur vitrée était jaune et liquide.

Aussitôt l'opération terminée, M. Richard ressentit une douleur atroce, que mon fils qui me servait d'aide calma de suite en lui faisant respirer du chloroforme. L'inhalation de la vapeur de chloroforme produisit l'insensibilité et l'ivresse, une ivresse très-gaie, avec une surprenante rapidité. Quand il fut revenu à lui, je frictionnai le front et la tempe avec de la pommade à l'atropine, et je m'occupai d'arrêter l'hémorrhagie, qui était abondante.

J'avais sous la main du sulfate de cuivre ; j'en fis une solution étendue, j'en imbibai des compresses et je les appliquai sur la paupière, bien assuré que l'endosmose serait excessivement prompte et qu'elle tamiserait, si je puis ainsi parler, le sulfate de cuivre, qui n'agirait qu'à doses infinitésimales. Je prescrivis pour la nuit une potion avec du sirop d'opium et un peu de sirop de belladone. Pendant la nuit, l'hémorrhagie reparut ; on vint me trouver, et je fis ajouter 30 grammes de sirop de ratanhia aux moyens employés.

Le lendemain matin, à neuf heures, M. Richard vint chez moi. L'œil, gonflé par le caillot, était douloureux et gros comme dans les ophthalmies purulentes les plus graves. J'ouvris délicatement les paupières, et avec des ciseaux je coupai les deux tiers du caillot. Cette petite opération soulagea le malade, sans hémorrhagie sensible. Le caillot augmenta dans les vingt-quatre heures qui suivirent, et je dus encore recommencer le lendemain. Le surlendemain, la surface du caillot était lisse, polie, comme recouverte d'une vraie membrane ; ce fait a lieu assez souvent en pareille circonstance. J'abandonnai l'œil à lui-même. Le jour suivant, trouvant le globe oculaire plus volumineux qu'avant l'opération, j'incisai la membrane qui remplaçait les parties enlevées, et j'incisai le caillot qui occupait l'intérieur du globe oculaire, mais avec des précautions infinies et un grand soin. Le malade ne se plaignit de rien, si ce n'est de la pression de ma main gauche qui retenait la paupière supérieure, et de celle du petit doigt de la droite qui retenait l'inférieure, pendant qu'avec mon instrument tenu comme une plume à écrire j'agissais sur le caillot qui remplissait le globe de l'œil. Le lendemain, les choses étaient à peu près comme la veille, avant cette opération. Je pris alors une pierre infernale coulée dans un moule conique que j'ai fait fabriquer en 1839 ou 1840, et je cautérisai le centre, le noyau du caillot, moyen que j'ai toujours employé en pareil cas, et qui m'a *toujours* réussi. Je suis revenu trois fois à la cautérisation, et un mois environ après l'opération, j'avais un excellent moignon sur lequel j'ai appliqué un œil d'émail que M. Boissonneau fils avait si admirablement préparé, que Richard a pu faire croire que je me suis borné à lui enlever les petites tumeurs qui déparaient son œil droit.

Je me suis étendu sur ce fait parce qu'il est un type auquel se rapportent assez exactement plus de trente des opérations que j'ai pratiquées. La plupart ont été moins sérieuses, mais il en est au moins trois qui l'ont été beaucoup plus. — J'y reviendrai dans un autre article.

NOTE

sur un mode particulier d'administration de la douche dans le traitement hydrothérapique,

Par M. le Dr Wertheim.

En France, avec les habitudes et les mœurs, et peut-être aussi avec la température moyenne du climat, l'une des difficultés que rencontre le praticien pour ordonner le traitement hydrothérapique, c'est l'appréhension de l'eau froide, c'est l'impression pénible qu'elle produit sur le corps.

Pour obvier à ce sérieux inconvénient, j'ai fait depuis dix-huit ans les tentatives les plus multipliées. Je suis arrivé aujourd'hui à administrer la douche d'une façon que je crois très-profitable ; c'est ce qui m'a d'ailleurs engagé à en faire l'objet d'une communication à la Société d'hydrologie médicale, dans sa séance du 16 février dernier.

Après avoir longtemps cherché par quelle partie de la surface du corps je devais commencer l'application de la douche, je me suis aperçu que toutes les fois que ce moyen hydrothérapique était administré d'abord par les pieds et en gagnant progressivement de bas en haut, la sensibilité du sujet était moins éprouvée. En outre, j'ai remarqué que lorsqu'au lieu de doucher le dessus des pieds du malade, on portait le jet sur la face plantaire, il se produisait un effet particulier entraînant une impression au froid bien moindre.

Ce premier fait devint bientôt pour moi l'objet d'une observation suivie ; et aujourd'hui, après une expérience acquise sur un grand nombre de cas, je suis en droit de formuler un procédé au moyen duquel l'hydrothérapie peut être exercée sur les sujets les plus impressionnables.

Voici comment je procède : après avoir soumis la surface du corps à une simple lotion avec de l'eau dégourdie (*abgeschreckles wasser*), faite rapidement avec une grosse éponge, je dispose le malade de manière qu'il présente alternativement la plante de chaque pied au jet de la douche flexible (*froide*), puis je promène ce jet de bas en haut jusqu'aux jarrets. Pendant ce temps-là, la personne soumise à l'expérience se frictionne les parois thoraciques avec les deux mains ou avec une éponge peu mouillée. A peine cette opération préparatoire a-t-elle demandé une minute, que le jet de la douche peut être porté sur toutes les parties du corps sans qu'il en résulte cette sensation pénible qu'on eût éprouvée sans cette disposition préalable.

L'appréhension du traitement hydrothérapique est un fait qui doit fixer l'attention du médecin au même titre que la préparation des médicaments qui répugnent aux sens du malade.

Je crois donc faire une œuvre profitable à mes confrères en les instruisant d'une méthode qui tend à diminuer l'impressionnabilité organique des personnes très-sensibles au contact de l'eau froide, et qui redoutent les premières épreuves de la médication hydrothérapique.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 mars 1857. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Folie consécutive aux maladies aiguës. — M. Thore communique sous ce titre un mémoire dans lequel il fait connaître de nombreux cas de délire maniaque ou d'hallucination observés les uns à la suite de certaines maladies aiguës, telles que la pneumonie, l'angine tonsillaire, la rougeole, la fièvre typhoïde, la variole ; les autres dans le cours de ces affections. Les observations relatives aux hallucinations développées dans le cours de la variole sont à elles seules au nombre de douze ; l'auteur les fait suivre des remarques suivantes :

« D'après nos observations, les hallucinations se montrent dans la variole cinq fois sur cent à peu près. Leur fréquence est plus grande dans cette maladie que dans toutes les affections aiguës pendant le cours desquelles nous les avons signalées. A quelle cause attribuer cette fréquence ? — A une congestion cérébrale ? — On conçoit que le développement beaucoup plus abondant des pustules à la face et au cuir chevelu, le gonflement du tissu cellulaire, l'état de tension et l'inflammation des téguments, favorisent les afflux du sang vers le cerveau. Cependant, dans plusieurs des faits que j'ai rapportés, il n'y a eu qu'une variole très-bénigne, qu'une simple varioloïde, partant une éruption peu abondante à la face, qui même, chez quelques individus, s'est bornée à sept ou huit pustules. On doit d'ailleurs tenir compte de la position morale dans laquelle se trouvent placées les personnes atteintes par la variole. Lorsqu'elles sont jeunes, elles voient avec une sorte de terreur l'invasion de cette maladie, moins encore à cause des dangers auxquels elle expose, que des stigmates qu'elle peut laisser après elle. Enfin, ces aberrations sembleraient se manifester par suite d'une influence épidémique. C'est ainsi qu'au mois d'octobre 1852 nous avons vu dans une même localité, et presque en même temps, trois personnes affectées d'hallucinations très-intenses, bien que deux d'entre elles ne fussent que très-légèrement atteintes.

» Le sexe masculin paraît être une cause prédisposante, puisque huit fois sur douze les hallucinations existaient chez des hommes, c'est-à-dire dans les deux tiers des cas. L'âge a varié entre vingt et trente-neuf ans.

» C'est rarement avant le quatrième jour, rarement après le septième, que les hallucinations se manifestent. Dans les deux tiers des cas, c'est le cinquième jour, ordinairement à l'époque où l'éruption a pris son développement et où les boutons commencent à suppurer.

» Elles durent trois jours en général, quelquefois moins. Chez les individus qui ont succombé, elles ont persisté jusqu'à la mort. Chez ceux qui ont guéri, on voit les hallucinations rester toujours bien isolées et sans autre trouble appréciable de l'intelligence, puis disparaître au bout de deux ou trois jours. C'est le cas le plus commun. Ordinairement l'intelligence redevient parfaitement nette après un sommeil plus ou moins prolongé. Nous avons cité un fait dans lequel un de nos malades avait dormi trente-six heures et s'était réveillé complétement débarrassé de ses hallucinations. Quelquefois elles disparaissent ou s'effacent ; le délire devient plus général, l'agitation plus grande, il y a des idées prédominantes : le malade s'imagine qu'il va mourir, qu'il est menacé à chaque instant d'une fin prochaine, que l'on conspire contre lui, etc. Le calme renaît bientôt après cet accès de délire maniaque, et tout rentre dans l'ordre.

» Nous ne décrirons pas toutes les variétés de forme que peuvent prendre les hallucinations ; elles l'ont été avec assez de détails dans les histoires des maladies qui ont servi de base à ce travail. Un mot seulement quant au traitement.

» Les opiacés ont donné des résultats toujours satisfaisants et souvent assez rapides. Dès que le sommeil survient et qu'il est durable, on peut prédire la fin de ces accidents, qui préoccupent et inquiètent tant les parents des malades. Nous avons toujours employé l'extrait d'opium à dose modérée, et nous avons rarement dépassé celle de 5 centigrammes dans l'espace de vingt-quatre heures. On obtiendrait sans doute des résultats plus prompts, mais peut-être moins sûrs, en l'administrant à dose plus élevée. Ce moyen a été le seul à peu près que nous ayons employé. Cependant, dans un ou deux cas, nous avons prescrit l'application de sangsues aux oreilles quand l'éruption était très-confluente, les conjonctives injectées, la face très-tuméfiée, le délire général avec agitation considérable.

» Le pronostic est en général favorable, et n'est point en rapport avec l'inquiétude que cause toujours l'invasion du délire et surtout des hallucinations pendant le cours d'une maladie aiguë. » (Commissaires : MM. Serres, Andral, Cl. Bernard.)

— L'Académie reçoit les pièces suivantes destinées au concours pour les prix de médecine et de chirurgie :

De M. Deleau, un mémoire sur l'usage du perchlorure de fer dans les maladies ;

De M. Carret (de Chambéry), un mémoire sur un appareil en carton pour les fractures des membres ;

De M. Toffoli (de Padoue), un mémoire sur la nature de la rage canine, sur l'origine de cette maladie et les moyens propres à en empêcher le développement ;

De M. Fraysse de Gouzes, une note concernant un mode de traitement qu'il dit avoir employé avec succès contre les dartres, note destinée au concours pour le prix annuel du legs Bréant ;

De M. Chauveau, un mémoire ayant pour titre : *Se forme-t-il du sucre dans le tube digestif des animaux nourris exclusivement à la viande ?*

— M. Falconi envoie, comme pièces à l'appui d'un mémoire qu'il se propose de présenter au concours pour le prix dit des *arts insalubres*, différents documents relatifs à l'effet obtenu d'une préparation de son invention pour la conservation temporaire des cadavres.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 3 avril, M. Bouchut, agrégé, est chargé de remplacer M. Duméril pendant le semestre d'été, dans le cours de pathologie interne à la Faculté de médecine ;

M. Gosselin, agrégé, est chargé de remplacer M. Cloquet, pendant le même semestre, dans le cours de pathologie externe, à la Faculté de médecine ;

M. Tardieu, agrégé, est chargé de faire dans le local de la Faculté un cours complémentaire de médecine légale.

— Le *Moniteur* publie un décret par lequel sont autorisés à accepter et à porter les décorations qui leur ont été conférées par des souverains étrangers, les médecins dont les noms suivent :

Ordre d'Isabelle-la-Catholique (Espagne). — *Chevalier* : M. Chevassu, médecin aide-major à l'Ecole polytechnique.

Ordre du Medjidié (Turquie). — 4e *classe* : M. Marmy, médecin-major de 1re classe. — 5e *classe* : MM. France, médecin-major du 3e bataillon de chasseurs à pied ; Fourquet, médecin-major du 79e de ligne, et Berrier-Fontaine, médecin à Paris.

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce vient de faire remettre à M. le docteur Bourguet (de Rodez) une médaille en or, et à M. le docteur Montety (de Sévérac), une médaille d'argent, en récompense du zèle avec lequel ils se sont livrés à la propagation de la vaccine. Notre honorable confrère, M. le docteur Bourguet, a reçu déjà sept médailles en argent.

— Les candidats inscrits pour le concours de chef des travaux anatomiques à la Faculté de Montpellier sont MM. Bouliech, Bourdel, Jacquemet et Moutet.

— M. le docteur Devay vient de donner sa démission de médecin titulaire de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Par suite de cette démission, M. le docteur Fiène, le plus ancien des médecins suppléants de l'Hôtel-Dieu, est entré en fonctions de médecin titulaire de cet hôpital le 1er avril.

— M. le docteur Bamps, président de la Commission médicale de la province du Limbourg, professeur à l'Ecole provinciale d'accouchements, ancien conseiller provincial, membre de la commission de statistique et du Comité d'inspection des aliénés, est mort le 28 mars à Hasselt (Belgique).

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE. SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 8 AVRIL 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur la méthode sous-cutanée est rentrée enfin dans les termes dont elle n'eût jamais dû sortir. Elle n'a peut-être rien perdu au fond de sa vivacité, car il serait difficile de concevoir une plus complète opposition que celle qui existe entre l'orateur que l'Académie a entendu hier et l'auteur de l'exposé de la méthode sous-cutanée. Mais cette opposition, si elle laisse percer un profond antagonisme, s'est produite du moins sous une forme et avec un appareil scientifiques qui commandent l'attention. Sur ce ton, au moins, la discussion est acceptable et possible.

En réclamant pour Stromeyer la priorité de l'invention des principes et des premières applications rationnelles de la méthode sous-cutanée, en protestant contre la part du lion que M. Guérin s'est faite dans l'historique de la constitution de cette méthode, et contre le rôle d'agneau qui lui était laissé, ce qu'il a déclaré ne vouloir pas accepter, en discutant enfin les théories développées dans l'exposé, relativement au rôle de l'air dans les plaies, etc., M. Bouvier ne s'est certainement montré au fond ni moins vif, ni moins pressant, ni moins opiniâtre à la lutte que ceux qui l'y ont devancé. Mais du moins a-t-il gardé jusqu'au bout la mesure de convenance et de respect qu'exige toute discussion scientifique. Enfin la science, nous nous plaisons à le dire, occupe la principale part de ce long discours, dont l'auteur n'a pu terminer la lecture dans cette séance. C'est une œuvre sérieuse, et avec laquelle il y aura à compter. Nous en jugerons beaucoup mieux d'ailleurs quand nous l'aurons tout entier sous les yeux.

Avant la reprise de la discussion, l'Académie a entendu une lecture de M. le docteur Philippe, médecin de l'hôpital militaire de Lille, sur l'utilité de la médication évacuante dans le traitement des fièvres des pays chauds. C'est l'œuvre d'un praticien habile et d'un observateur scrupuleux, qui a mis à profit un long séjour en Afrique et à Rome, à la tête de grands services hospitaliers de l'armée, pour étudier cette question essentiellement pratique du traitement des fièvres paludéennes, et pour contrôler les nombreux travaux dont elle a été l'objet depuis une vingtaine d'années. L'étendue du compte rendu de la séance ne nous permet pas d'en présenter aujourd'hui un résumé à nos lecteurs. Nous en publierons un extrait dans un des prochains numéros.

Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON (1).

OBS. III. — Enchondrome du deuxième métacarpien. Opération. Infection purulente. — Mort.

(Observations recueillies par M. Aug. VOISIN, interne du service.)

Examen microscopique des tumeurs fait par M. Ch. ROBIN.

Autopsie. — L'autopsie nous montre trois abcès métastatiques dans le poumon gauche; du pus dans les deux genoux et les deux articulations tibio-tarsiennes, dans les deux articulations sterno-claviculaires, et la fonte purulente des deux ligaments inter-articulaires, et des cartilages d'encroûtement de ces deux dernières articulations. Toutes les articulations du carpe sont envahies par la suppuration; les extrémités osseuses dépourvues en grande partie de cartilages.

Dans aucun organe on ne trouve de tumeur cartilagineuse.

Description de la tumeur cartilagineuse. Examen microscopique fait par M. Ch. Robin. — Les couches qui recouvrent la tumeur sont la peau amincie, un tissu cellulaire lâche et même une couche de périoste sans caractères particuliers. La tumeur a le volume d'une grosse noix ; elle est régulièrement arrondie, mais rétrécie à la base d'implantation sur le métacarpien. Tandis qu'en effet, sa portion la plus excentrique présente une circonférence de 11 centimètres et demi, celle de la portion rétrécie est de 8 centimètres et demi. La hauteur de la tumeur, prise de son point d'insertion sur l'os, à sa partie la plus excentrique, est égale à 4 centimètres. Au niveau de son insertion sur le métacarpien, elle nous présente en dedans et en dehors deux rainures dirigées suivant l'axe de l'os, parcourues : l'externe, par le tendon extenseur de l'indicateur; l'interne, par le tendon extenseur du doigt amputé.

La tumeur part de la face dorsale interne du deuxième métacarpien. Sa limite inférieure est distante de 1 centimètre de l'extrémité inférieure du métacarpien. En haut, elle remonte jusqu'au tiers supérieur de l'os. Le volume de l'os n'est pas augmenté; la tumeur paraît comme surajoutée au métacarpien.

La circonférence de la tumeur est limitée par une lamelle osseuse très-mince, dépressible ; en deux points, cette enveloppe osseuse fait défaut. Le contenu de la tumeur est constitué par du tissu cartilagineux; ce tissu adhère intimement à la coque osseuse. Si on cherche à les détacher l'un de l'autre, on n'y parvient que difficilement, et la surface interne de la coque osseuse apparaît hérissée d'esquilles qui en émanent, et qu'il est du reste difficile d'isoler complétement du cartilage. Dans l'épaisseur même de la tumeur, on trouve çà et là de petites cavités osseuses. Il en existe surtout deux, du diamètre de lentilles, toutes deux remplies de sang ; le tissu osseux qui les constitue a l'aspect de l'os enflammé. Çà et là, dans la tumeur, on trouve encore des lamelles osseuses qui offrent les caractères de l'ostéite.

Nous avons déjà dit que le contenu de la tumeur était formé de tissu cartilagineux ; en effet, il est d'un beau gris bleuâtre, paraît très-brillant à la lumière, et offre la consistance élastique et la ténacité du cartilage. Si on examine par transparence une mince lame du tissu, on voit des lignes rougeâtres se dessiner sur un fond bleuâtre ; mais l'impression d'ensemble est celle d'une couleur rougeâtre. Ces lignes ont une apparence striée, en forme d'arborisations ; elles ont une direction irrégulière, et laissent entre elles des intervalles variables dans leur forme et leur étendue. Les stries présentent, en outre, à noter que dans leur trajet on aperçoit de petits renflements d'un beau rouge, qui nous semblent être de petites gouttelettes de sang d'un volume d'une tête d'aiguille de moyenne grosseur.

La tumeur cartilagineuse se continue, sans ligne de démarcation, avec une masse également cartilagineuse contenue dans la cavité médullaire du métacarpien ; cette masse se prolonge jusqu'à cinq millimètres de l'extrémité supérieure de l'os.

Le tissu cartilagineux présente à l'extrémité supérieure de l'os une grande différence avec le tissu que nous venons de décrire ; il n'offre pas l'élasticité, la ténacité et les arborisations que nous avons signalées; il se laisse séparer en grumeaux. Sa couleur nous a paru comparable à celle de l'amidon cuit.

Examen au microscope. — « Le tissu qui compose cette tumeur offre les caractères du tissu cartilagineux. On y voit çà et là de petites cavités larges environ d'un quart de millimètre à un millimètre. Le tissu est très-vasculaire, excepté dans la partie de tumeur la plus voisine de l'extrémité supérieure du métacarpien. Dans cette portion, il n'existe pas de traces de vaisseaux.

» Les cavités, d'un quart de millimètre à un millimètre, sont des dilatations des conduits que parcourent les vaisseaux, disposition qu'on trouve à l'état normal chez le fœtus. Chez le fœtus, en effet, on trouve, sur le trajet des canalicules vasculaires du cartilage en voie d'ossification, des dilatations irrégulières analogues à celles-ci.

» Dans quelques-unes de ces cavités, les vaisseaux présentent des subdivisions infiniment petites qui se replient sur elles-mêmes, et donnent à l'œil nu l'aspect de taches rougeâtres situées sur le trajet des vaisseaux.

» Les cellules et les cavités du tissu cartilagineux, sont plus grandes qu'à l'état normal. Les cellules sont plus granuleuses. Dans cette pièce, une grande quantité de substance amorphe fondamentale a l'aspect strié et se rapproche un peu de l'état propre au fibro-cartilage, disposition particulière à tous les enchondromes.

Cette observation nous a paru offrir un certain intérêt sous plus d'un point de vue.

1° Et d'abord ce malade a résisté pendant quatorze jours à l'infection purulente, tandis que les auteurs assignent comme extrême limite le douzième jour. Doit-on attribuer cette prolongation à l'action des médicaments? On est presque en droit de l'affirmer, et cela d'après des cas de guérisons d'infection purulente dues certainement aux médicaments mis en usage dans ce cas particulier.

Les deux faits que nous allons citer à l'appui sont dus à la pratique de M. Nélaton.

Le premier a rapport à un jeune homme qui s'était tiré au milieu du front un coup de pistolet chargé de grains de plomb. Il survint un décollement du cuir chevelu, et consécutivement des accidents d'infection purulente que M. Nélaton traita par l'alcoolature d'aconit.

(1) Fin. — Voir le numéro du 2 avril.

QUATRIÈME LETTRE SUR LE CHOLÉRA

DANS LA MEURTHE.

A M. le docteur DUCHÉ, *membre de la Société des sciences de l'Yonne.*

(CONCLUSION.)

Mon honoré confrère,

Vous avez raison; j'ai peut-être trop sacrifié aux idées de notre siècle démolisseur : après avoir détruit il faut reconstruire. Je vais tenter de refaire pièce à pièce, et à mon point de vue, la pathogénie que j'ai renversée.

Cherchons.

Quel est le *fait* saillant pour les médecins du dix-neuvième siècle? Quel est le fait incontestable, incontesté même aujourd'hui par ceux d'entre les médecins qui ambitionnent le titre de statisticiens?

C'est le *déplacement* de la mortalité *depuis la vaccine*, si ce n'est *par elle*, n'est-ce pas?

Ce fait a une cause, bien évidemment. Quelle est cette cause, et comment la découvrir?

La réponse est simple. S'il est *une* maladie *sui generis* dans laquelle le même déplacement se remarque; s'il n'en est qu'*une seule*, on peut être *certain* que c'est en elle que réside la cause du mal.

Eh bien, il en est en effet *une seule* qui, de l'enfance, a passé sur l'âge viril. Ce n'est ni la rougeole, ni la scarlatine; celles-ci, dont rien n'entrave la marche, suivent toujours leur ancien sillon. C'est la petite vérole *seule*, qui a complétement changé de marche. Donc dans la petite vérole est *la cause* du mal!

Je ne vois pas trop ce que la logique la plus exigeante aurait à reprendre ici.

Maintenant, parmi les maladies *non déplacées dans l'âge*, quelles sont celles qui sont devenues plus meurtrières?

Sont-ce les maladies des voies aériennes? Non.

Sont-ce les maladies des voies digestives? La statistique dit oui!

Donc, la cause qui réside dans la petite vérole rend plus meurtrières les maladies *gastro-intestinales.*

Voilà le second point établi.

Choléra, typhus, dyssenterie, coliques, fièvres continues, etc., etc., c'est tout un devant *la cause;* celle-ci *complique toutes* les maladies dont le siége est dans les voies digestives, sans cependant en *changer* le caractère primitif. Ces maladies ainsi compliquées ne se ressemblent pas plus que l'acide sulfurique ne ressemble à l'acide azotique, ou celui-ci à l'acide carbonique, bien que ces acides soient tous composés d'*oxygène.*

Relisez Sydenham, mon honoré confrère, et vous verrez (section III) qu'à la petite vérole régulière de 1667 succède la *variolosa febris* de 1668, la dyssenterie de 1669 et le *choléra-morbus* le plus violent qu'il ait rencontré.

Que le choléra vienne de l'Inde ou n'en vienne pas, qu'est-ce que cela fait à *la cause?* Elle se marie avec lui, indigène ou exotique, et le rend contagieux pour ceux qui n'ont pas eu la petite vérole.

Voici, à cet égard, les faits les plus instructifs.

En 1854, quarante soldats venant de Marseille sont débarqués à Constantinople atteints du choléra, qui se répand parmi les populations étrangères, et ménage la population turque! Russes, Anglais, Français, tous ont la maladie cholérique. Les Piémontais arrivent, la prennent en 1855, perdent soixante hommes par jour, tandis que les Turcs n'en perdent point!... Cependant ils sont campés côte à côte sur les rives de la Tchernaïa!

Un médecin, revenant de Crimée, attribuait cette immunité à la *circoncision*, et proposait de circoncire nos soldats. Cette raison vous fait rire? Elle est tout aussi bien fondée que la géologie médicale.

Pour moi, je dis que les Turcs du dix-neuvième siècle sont comme les Turcs du dix-huitième, tandis qu'il n'en est pas de même des Russes, des Anglais, des Français, des Piémontais, qui sont *vaccinés.*

Le choléra a ses allures particulières. Il n'a pas visité Versailles, parce que, disent les étiologistes quand même, cette ville est élevée et sans rivière. Or, il est entré à Château-Chinon, bien autrement élevé, et n'est pas venu à Lyon, ville sale à faire reculer, et parcourue par les eaux de deux grandes rivières!... O hygiénistes!

En résumé, si la petite vérole n'était pas, depuis Jenner, une maladie de la jeunesse galante, le *trousse-galant* du dix-huitième siècle ne serait pas plus grave qu'il n'était alors, et ne serait que très-rarement contagieux. Il en serait de même du typhus et des fièvres *continues.*

Agréez, etc.

E. A. ANCELON, D.-M.

Il se produisit, entre autres symptômes de l'infection, du pus dans les articulations d'un des pieds. Le malade a guéri, et jouit encore aujourd'hui d'une bonne santé.

Le second est tout récent; il a rapport à un malade âgé d'une cinquantaine d'années, auprès duquel M. Nélaton fut appelé il y a quelques mois pour une gangrène spontanée d'un pied. Pendant l'élimination des parties sphacélées survint une infection purulente. Le malade fut soumis à l'alcoolature d'aconit à la dose de 1 gramme par jour. Pendant cinq jours il fut dans un état désespéré; mais quinze jours après l'apparition du premier frisson tout symptôme d'infection purulente avait disparu. Depuis, l'élimination du pied s'est achevée sans nouvel accident.

2° Dans une de ses leçons cliniques, M. Nélaton a attiré l'attention sur la crépitation que l'on percevait dans le poignet du malade pendant les pansements, et sur le pronostic de ce symptôme. M. Nélaton est persuadé qu'après le retour à la santé, et au bout d'un temps variable la crépitation disparaît. Il ne pense pas qu'il y ait reproduction de tissu cartilagineux, mais bien de tissu fibreux, et d'une membrane de frottement. Il a cité, entre autres exemples, ce jeune homme qu'il a guéri d'infection purulente survenue à la suite d'une plaie par arme à feu. Le malade, qui avait présenté une crépitation bien manifeste dans les articulations du pied, a repris entièrement aujourd'hui la liberté de ses mouvements, et n'offre plus trace de crépitation.

OBS. IV. — Enchondrome de l'humérus gauche. — Résection de l'extrémité supérieure de l'os. — Guérison.

Le quatrième fait appartient à la pratique particulière de M. Nélaton. Il s'agit d'un jeune homme d'une vingtaine d'années et d'une bonne constitution.

Au mois de mars de l'année 1855, il éprouva dans l'épaule gauche une douleur sourde; cette douleur fut dès le premier jour intermittente. Elle n'était pas, du reste, assez vive pour que le malade s'en préoccupât beaucoup.

Au mois de mai de la même année, les mouvements du bras gauche devinrent imparfaits; la main gauche ne pouvait plus atteindre un objet que la droite touchait sans effort.

A dater de ce moment, la douleur se fit sentir plus intense et plus fréquente.

La maladie parut rester stationnaire jusqu'au mois de mars 1856; la gêne des mouvements et la douleur furent jusque-là les seuls symptômes observés par le malade.

Mais, en mars 1856, les douleurs prirent une nouvelle intensité, et, partant de l'épaule gauche, s'irradièrent dans le coude, l'avant-bras et la main. Les articulations furent le plus souvent intéressées. A une certaine époque, la douleur fut tellement atroce à l'avant-bras que le malade put se méprendre un moment sur le véritable siége du mal.

Les mouvements de son bras devinrent de plus en plus bornés, et le malade observa souvent l'œdème des doigts de la main gauche.

Au mois d'avril 1856, l'état du malade avait encore empiré : le bras ne fonctionnait presque plus; il était devenu plus maigre que l'autre; les douleurs, que chaque mouvement exaspérait, avaient amené une insomnie que rien ne put vaincre.

Au mois de juin, plusieurs médecins constatèrent un développement exagéré dans la partie supérieure de l'humérus gauche.

La tumeur augmenta pendant juillet et août. C'est à la fin de ce dernier mois que l'on signala dans l'aisselle gauche la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon.

Dès ce moment, l'épaule grossit rapidement. Parmi les médecins de la localité, aucun n'était d'accord avec ses confrères sur la nature du mal. C'est alors que le malade, vaincu par la douleur et l'insomnie, vint consulter M. Nélaton au mois de septembre 1856.

Ce chirurgien a pu constater l'état suivant, et c'est sous sa dictée que nous avons recueilli les détails que nous donnons ici :

Le moignon de l'épaule gauche présente un volume beaucoup plus considérable que ne le comportent l'embonpoint du sujet et le développement de ses muscles. L'augmentation de volume porte principalement sur le diamètre antéro-postérieur.

Le bras est écarté du tronc, et ne peut en être rapproché sans douleur. Les autres mouvements des bras sont conservés, mais ont tous perdu de leur étendue. Le mouvement d'élévation est surtout notablement diminué.

Les téguments ne sont nullement altérés. Les veines qui entourent et avoisinent l'épaule ne présentent pas de développement variqueux. Pas d'œdème du membre.

Le palper fait reconnaître l'existence d'une tumeur formée aux dépens de l'extrémité supérieure de l'humérus, tumeur bosselée, surmontée d'un prolongement qui s'étend jusqu'au-dessous de l'apophyse épineuse, dans la fosse sous-épineuse, dont elle atteint la partie moyenne.

La tumeur est peu saillante en avant.

Dans le creux axillaire, la main trouve une tumeur arrondie, accolée à la face interne du col chirurgical de l'humérus, dont elle est séparée par une rainure assez profonde.

La consistance de cette masse est ferme, élastique; elle donne à l'esprit l'idée d'un tissu cartilagineux. Il est facile de reconnaître que cette masse atteint la tête de l'humérus, dont elle suit tous les mouvements.

Le membre n'est pas allongé, comparativement au bras sain; les douleurs revêtent le même caractère que celui déjà signalé. M. Nélaton, d'après ces données, diagnostiqua un enchondrome de l'humérus, et prit le parti d'en réséquer l'extrémité supérieure; il pratiqua cette opération dans les derniers jours de septembre 1856.

Il fit une incision partant du milieu de l'apophyse épineuse du scapulum, descendant jusqu'à la partie moyenne du deltoïde, et remontant à partir de ce point jusqu'au niveau de l'apophyse coracoïde. Il avait ainsi une incision semi-annulaire. L'incision, d'abord limitée à la peau, fut poussée jusqu'à l'os; M. Nélaton eut alors un lambeau formé par la peau et une portion du deltoïde. Il releva ce lambeau, qu'il fit tenir par un aide; la tumeur apparut seulement à ce moment. M. Nélaton, après avoir séparé avec le couteau la partie supérieure de l'humérus de tout ce qui la retient, capsule, tendons du biceps, du sous-scapulaire, sous-épineux et sus-épineux, passa une scie à chaîne en arrière de l'os, et fit la section un peu au-dessus des insertions des muscles grand rond et grand pectoral.

Le lambeau fut alors abaissé et la plaie réunie avec des bandelettes agglutinatives. La plaie suppura; le malade, au bout de six semaines, était assez bien pour quitter Paris. Il y a un mois, il a annoncé à M. Nélaton qu'un morceau d'os était sorti de la plaie.

M. Nélaton a revu le malade il y a peu de jours; il a constaté l'état suivant :

A la partie interne et supérieure du bras existent deux fistules qui laissent suinter chaque jour une petite quantité de pus. Le membre offre un raccourcissement de trois centimètres; la déformation de l'épaule est à peine sensible. Le malade a recouvré l'intégrité presque totale de ses mouvements, mouvements de rotation, d'élévation, d'abduction, d'adduction. Une articulation de nouvelle formation s'est évidemment établie entre le moignon huméral et un point du bord axillaire du scapulum. L'état du malade est des plus satisfaisants; il n'éprouve aucune douleur.

Description de la tumeur. — Au-dessus de l'extrémité supérieure de l'humérus est formée une tumeur qui embrasse la demi-circonférence postérieure de l'os. Sa limite supérieure est au même niveau que la tête humérale; sa limite inférieure dépasse un peu le col chirurgical. La tumeur est haute de 7 centimètres; même mesure transversalement. Elle est arrondie; elle a à peu près le volume d'un gros œuf. Elle est constituée par deux lobes séparés l'un de l'autre par un sillon; sa couleur est d'un gris bleuâtre, sa consistance est élastique.

La tête humérale est intacte dans presque toute son étendue. Le cartilage d'encroûtement est sain; un seul point, situé en arrière, est envahi par la tumeur, et encore n'est-ce que dans une hauteur de 1 centimètre. L'os n'est pas augmenté de volume. La tumeur est recouverte par une couche celluleuse, et ne paraît pas avoir de revêtement osseux. Elle est bordée par les tendons des muscles sous-scapulaire, sous-épineux et sus-épineux.

Nous avons pratiqué une coupe à la tumeur et à l'os, suivant l'axe de l'humérus; nous avons pu constater qu'il n'y a pas de lamelles osseuses à la circonférence. Le tissu qui la compose est bleuâtre, tenace, élastique, et très-peu vasculaire; il rappelle l'aspect du cartilage.

La masse est intimement unie au périoste, qui revêt la face postérieure de l'extrémité supérieure de l'humérus. L'implantation de la tumeur sur l'os se fait, du reste, précisément au col anatomique, et en ce point la face postérieure de l'os présente une excavation qui rappelle le volume d'une amande, excavation dans laquelle pénètre le cartilage. La surface interne de cette cavité est hérissée de lamelles osseuses enflammées; le tissu cartilagineux s'est introduit dans les intervalles qu'elles laissent entre elles.

La tête humérale ne présente rien à noter dans son intérieur. Le tissu cartilagineux n'a pas envoyé de prolongements dans le reste de l'humérus.

En résumé, la tumeur tient par une sorte de pédicule à l'extrémité supérieure de l'os, et c'est de ce point qu'elle s'est étendue dans les parties molles qui environnent l'épaule.

L'examen microscopique a démontré la présence de cellules caractéristiques du cartilage.

RÉFLEXIONS. — Nous avons recueilli dans les leçons cliniques de M. Nélaton plusieurs de ses idées sur l'histoire des enchondromes; nous essayerons de rassembler en peu de mots les paroles du maître.

M. Nélaton pense que ces tumeurs restent dans un état stationnaire tant qu'il ne s'y établit pas de vascularisation. A ce moment il se forme des épanchements de sang dans ces masses cartilagineuses, qui prennent dès lors un développement effrayant; elles perdent de leur densité, et revêtent souvent l'aspect bosselé.

Il n'existe pas de tumeurs pouvant acquérir un volume aussi considérable que les enchondromes. A ce propos, M. Nélaton a rappelé l'histoire d'un malade qu'il a observé dans le service de Lugol, à l'hôpital Saint-Louis, malade désigné sous le nom d'*homme-ballon*, et qui présentait une circonférence de 1 mètre 60 centimètres au niveau de sa tumeur.

Il est une transformation de ces tumeurs qu'il est bon de connaître, c'est la production de liquide filant comme le liquide de certains kystes de l'ovaire; cet état a été noté chez le malade de Lugol. Or ce liquide filant fut examiné par M. Robin, qui constata l'existence de cellules cartilagineuses. La tumeur du malade qui fait le sujet de l'observation II en fournit un exemple de plus.

Ces tumeurs s'accroissent tant que les téguments fuient devant elles; mais il arrive un moment où la peau cède et où la tumeur se transforme en un ulcère. Quand un malade arrive en cet état, il faut toujours, pense M. Nélaton, s'enquérir des caractères de la tumeur au début, et savoir si elle a présenté cette dureté commune aux enchondromes.

M. Nélaton a remarqué, en outre, dans le voisinage des points du corps où se développent ces tumeurs, de la tendance à la production de tissu cartilagineux de nouvelle formation.

Il classe ces tumeurs parmi les tumeurs bénignes; il ne croit pas à leur récidive, et regarde comme tout à fait exceptionnel le fait relaté par M. Richet : il s'agissait, on le sait, d'enchondromes trouvés dans les viscères.

Les faits que nous relatons (Obs. I, II et IV) viennent à l'appui de cette doctrine.

L'autopsie pratiquée sur le sujet de l'observation III nous a montré l'absence de tumeurs cartilagineuses viscérales. M. Nélaton a bien voulu nous communiquer un fait à l'appui de la non-récidive. La date de l'opération, le chirurgien qui l'a pratiquée, nous ont paru donner à ce fait un certain intérêt.

Il s'agit d'une dame âgée de cinquante ans, que M. Nélaton a souvent l'occasion de rencontrer. Cette dame portait, il y a vingt-cinq ans, une tumeur sur un métacarpien de la main droite. D'après les détails qu'elle donne, la tumeur était certainement un enchondrome. Elle alla consulter Dupuytren, Roux et Ant. Dubois. Ces deux derniers se refusèrent à enlever la tumeur; mais Dupuytren la décida à se laisser opérer. Il pratiqua l'amputation du métacarpien. Depuis, la dame n'a plus eu à s'occuper de son affection, et aujourd'hui encore la guérison s'est maintenue.

M. Robin, dans les intéressantes conversations que nous sommes honoré d'entretenir avec lui, nous a émis les idées suivantes sur deux points de l'histoire des enchondromes.

Les cavités quelquefois énormes que l'on trouve dans les enchondromes sont les analogues des cavités des cartilages du fœtus en voie de développement. Pour s'en convaincre, il n'y a qu'à pratiquer la tranche d'un cartilage de clavicule de fœtus. M. Robin pense que dans les tumeurs cartilagineuses ramollies comme celle observée chez le malade de l'observation II, et chez le malade du Lugol, le cartilage est dans un état de développement plus avancé que dans une tumeur dure. Cet état est annoncé par la capacité plus grande des cavités du cartilage d'une part, et par une plus grande vascularisation d'autre part.

La tumeur du malade de l'observation III le démontre surabondamment. Nous y avons en effet observé 2 portions bien distinctes, la première constituant la tumeur saillante à l'extérieur; la seconde, située dans la cavité médullaire du métacarpien, près de son extrémité supérieure; la première née depuis neuf ans, la seconde de date sûrement moins ancienne, si l'on en juge par l'absence de tuméfaction de l'os à son niveau; la première rougeâtre, très-vasculaire et contenant des cavités nombreuses, la seconde opaline, grenue, et ne contenant aucune cavité.

Le microscope constatait dans la première beaucoup de vaisseaux, et la seconde ne présentait aucune trace de vascularisation. Celle-là est tenace, élastique, celle-ci se laisse écraser sous le doigt.

CHORÉE.

Morsures répétées de la langue. — Asphyxie. — Mort.

Par M. MAVEL, d'Ambert (Puy-de-Dôme).

Le 30 mars 1847, Louise Monteilhet se rend chez moi accompagnée de sa mère; elle est âgée de vingt ans, habituellement bien portante, forte, sanguine, peu mais bien réglée. Depuis deux jours seulement elle a de la céphalalgie, elle éprouve des tremblements dans les deux membres gauches; l'intelligence me paraît intacte. Je lui prescris des infusions de feuilles d'oranger, des bains tièdes, et, s'il ne survient pas d'amélioration, une saignée.

Le 31, je suis appelé près d'elle; elle ne va pas mieux; elle réclame la saignée, je la lui pratique. Dans la soirée, elle demande à sa mère pour quel motif elle porte une bande à son bras; elle ne se rappelle ni la saignée du matin ni la visite qu'elle m'a faite la veille; enfin elle ne se rappelle pas m'avoir vu. Du reste, elle souffre moins de la tête; ses membres sont moins agités.

Le 1er avril, l'amélioration continue; elle se rappelle très-bien et la saignée de la veille, et sa visite dans mon cabinet.

Le 2, même état.

Le 3, la malade croit me voir pour la première fois; des mouvements convulsifs sont survenus faibles et rares dans la jambe gauche, mais continus dans le bras du même côté; la face et la langue sont agitées de mouvements continuels; la malade laisse tomber fréquemment ce qu'elle tient de la main droite. — *Prescription* : bains froids; infusions de valériane; pilules de Méglin.

Le 4, la malade se rappelle m'avoir vu la veille; du reste, même état. — Prescription d'une application de sangsues qui n'est pas faite.

Le 5, elle est agitée, se remue sans cesse; elle ne répond pas aux questions qu'on lui adresse; elle parle, pleure et se fâche sans motifs; les mouvements choréiques sont les mêmes. — Même prescription.

Les 6, 7 et 8, il survient une amélioration progressive.

Le 9, elle est beaucoup mieux; elle a pu se lever et faire elle-même son lit.

L'amélioration se maintient jusqu'au 18.

Le 19, elle est dans une agitation épouvantable; elle frappe sans cesse son lit avec sa tête; ses mains, ses pieds, ses mâchoires sont sans cesse en mouvement; la face est colorée, la peau chaude, le pouls plein. (Saignée de 4 palettes; potion opiacée; camisole de force.) Dans le jour, le calme se rétablit un peu, la nuit, il survient quelques moments de sommeil interrompus par quelques mouvements désordonnés des membres.

Le 20, ayant entendu quelques réflexions imprudentes sur la camisole de force, elle réclame impérieusement qu'on l'en débarrasse, alléguant qu'elle n'est point folle. Les mouvements choréiques continuent. (Bain froid.) A la sortie du bain, elle a eu une demi-heure d'un sommeil calme et tranquille. A son réveil, l'agitation reparaît. — Immersion pendant quelques secondes seulement dans un bain froid; potion opiacée.

Le 21, elle a eu quelques petits sommeils; l'agitation est bien moindre; la tête, le tronc et la jambe gauche sont calmes; les autres membres sont peu agités. Les mouvements convulsifs ne se remarquent bien qu'à la face. — Même prescription.

Le 22, les règles ont paru; même état que la veille. — On cesse toute médication.

Le 23 au matin, la scène a bien changé. Pendant toute la nuit la langue a été sans cesse mordue par les dents, sans qu'on ait pris aucun moyen pour prévenir cet accident; la langue est violacée, d'un volume énorme; les glandes sous-linguales et sous-maxillaires ont tellement augmenté de volume que la tête en est projetée en arrière, et que la circulation cérébrale en est gênée.

Que faire en pareille occurrence? La trachéotomie pouvait être indiquée; mais l'agitation de la malade n'aurait pas permis une opé-

ration aussi délicate. Je prescrivis une application de dix sangsues de chaque côté du cou, ce qui n'empêcha pas la mort par asphyxie de survenir dans la journée.

ABCÈS SUR LA PARTIE ANTÉRIEURE DU THORAX.

Par M. le Dr THIRION.

Le nommé G., ouvrier tonnelier aux produits chimiques de Gouhenans, âgé de cinquante ans environ, d'un tempérament lymphatique et d'une faible constitution, est sujet aux catarrhes bronchiques. En février 1856, il fut atteint d'une pneumonie qui eut une terminaison favorable. L'examen direct de la poitrine ne m'a révélé chez lui aucune affection tuberculeuse. Quelque temps après cette dernière maladie de poitrine, il lui est survenu sur la partie antérieure et droite du thorax, vers le cinquième espace intercostal, à 2 centimètres environ du sternum, une tumeur molle fluctuante, sans chaleur ni changement de couleur à la peau, du volume d'une grosse pomme. Le malade rapporte cette nouvelle affection à son travail, qui consiste à raboter des douves et à ajuster des cercles de tonneaux ; de là, fatigue du membre, secousses qui retentissent jusqu'à l'épaule et le côté droit du thorax.

Cette tumeur, peu circonscrite du reste, s'est développée d'une manière lente et progressive, sans douleur, même au toucher, occasionnant seulement de la gêne dans les mouvements du bras et de l'épaule. D'abord, le traitement a consisté en une application de 12 sangsues, qui ont amené un peu de soulagement et de diminution dans le volume de la tumeur; mais voyant qu'elle persistait, après avoir encore essayé divers autres moyens, je me décidai à la ponctionner dans sa partie la plus déclive avec un trocart d'un petit calibre.

Cette opération donna issue à environ un verre de matière séreuse, mêlée de quelque peu de sang. J'introduisis une mèche dans l'ouverture après l'avoir un peu agrandie ; les parois de cet abcès ne tardèrent pas à se rapprocher, et le malade reprit son travail contre mon gré, sans observer le traitement que je lui avais prescrit.

En janvier dernier, huit mois environ après, reproduction de cet abcès; mais, plus volumineux et plus étendu, il envahissait toute la partie antérieure droite du thorax, depuis le niveau de l'aisselle jusque vers le septième espace intercostal inférieurement ; la récidive de cet abcès est arrivée graduellement comme la première fois, sans trace d'inflammation et sans douleur ; seulement le malade a éprouvé des frissons pendant quelques jours. Ponction assez profonde de ce vaste foyer purulent, vers sa partie la plus déclive, avec un trocart dirigé de bas en haut, parallèlement à l'axe du corps. Evacuation d'un litre environ de pus jaune fluide. Un stylet introduit dans la plaie arriva facilement jusque dans la région sous-claviculaire sans rencontrer aucun os dénudé et lésé. Je me bornai à faire parvenir dans tout ce trajet une longue mèche pour faciliter l'écoulement de la matière et en même temps exciter un certain degré d'irritation.

Au bout de huit jours, ce vaste abcès était vide ; pour en rapprocher les parois, j'appliquai un bandage de corps au malade, et par prudence, je lui fis prendre de l'huile de foie de morue et des pilules d'iodure de fer. Actuellement sa guérison me paraît assurée, il n'éprouve ni douleur ni gêne dans les mouvements du bras, et toutes les parties molles du thorax sont parfaitement libres.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 avril 1857. — Présidence de M. MICHEL LÉVY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret impérial qui approuve l'élection de M. A. Devergie à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale.

Après la lecture de la lettre ministérielle et du décret, M. le président invite M. Devergie à prendre place parmi ses collègues.

— M. le ministre du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1856 dans les départements de la Moselle, de la Loire-Inférieure, des Deux-Sèvres, de la Haute-Vienne, des Vosges et de la Haute-Saône (commission des épidémies);

2° Plusieurs recettes relatives à des remèdes secrets (commission des remèdes secrets et nouveaux) ;

3° L'état des vaccinations pratiquées en 1855 dans le département de l'Ain. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Ragaine, médecin à Mortagne, envoie une notice sur une épidémie de fièvre typhoïde observée à Moulins-la-Marche pendant les années 1855 et 1856.

— MM. Demarquay et Gustin adressent une note sur les propriétés thérapeutiques de l'iodate de potasse dans la stomatite mercurielle.

— M. O. Réveil communique un mémoire intitulé *Nouvelles considérations générales sur l'opium et sur l'importance de sa production en France*. (Commissaires : MM. Caventou, Boudet, Chevallier.)

— M. LARREY présente à l'Académie, au nom de l'auteur, M. Boudin, un traité de géographie et de statistique médicale.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Dieulafoy, correspondant de l'Académie à Toulouse, assiste à la séance.

— L'Académie dans la précédente séance a procédé à la nomination des commissions pour les prix. M. le président proclame le résultat du scrutin, d'après lequel ces commissions sont composées comme il suit :

Prix de l'Académie (question des exutoires) : MM. Trousseau, Bouvier, Malgaigne, Robert, H. Bouley.

Prix Portal (pas de mémoires).

Prix Civrieux (vertige) : MM. Grisolle, Gibert, Londe, Jolly, Longet.

Prix Capuron (morts subites après l'accouchement) : MM. Moreau, P. Dubois, Danyau, Cazeaux, Depaul.

Prix Capuron (eaux minérales salines) : MM. Guérard, Patissier, Boudet, Poggiale, Henry.

Prix Lefevre (mélancolie) : MM. Ferrus, Rostan, Louis, Baillarger, Falret.

Prix Barbier : MM. Bouillaud, Mélier, M. Lévy, Barth, Blache.

RAPPORT.

M. BLACHE, au nom d'une commission composée de MM. Boudet, Blache et Bouillaud, lit un rapport sur un travail de M. L. Foucher, pharmacien à Orléans, relatif à l'emploi des préparations de *mytilus edulis* dans les affections des voies respiratoires.

Après une courte discussion, à laquelle prennent part MM. Lecanu, Moreau, Londe, Boutron-Charlard et Michel Lévy, Dubois (d'Amiens), Bouchardat et Velpeau, le rapport et les conclusions sont renvoyés à la commission.

LECTURE.

De la médication évacuante dans le traitement des fièvres des pays chauds. — M. Philippe, médecin de l'hôpital militaire de Lille, lit un mémoire ayant pour titre : *De la haute utilité de la médication évacuante dans le traitement des fièvres des pays chauds, et en particulier de celles d'Afrique*, avec des considérations pratiques sur la géographie médicale de cette contrée. (Nous publierons des extraits de ce travail.)

Suite de la discussion sur la méthode sous-cutanée.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la méthode sous-cutanée. La parole est à M. Bouvier.

M. BOUVIER. Il a été présenté à cette tribune une série de propositions contradictoires à tout ce que j'ai écrit ou enseigné, à tout ce que j'ai fait dans la sphère de mon existence médicale. J'ai à justifier mes paroles, mes écrits, mes actes. La lecture de M. Guérin (du 17 février) est un défi scientifique porté à tous ceux qui se sont occupés des mêmes matières. J'ai dû, en ce qui me touche, relever le gant qui a été jeté.

Je me propose :

1° De définir la méthode opératoire sous-cutanée ;

2° De rechercher la valeur de tout ce qui se rattache à ce genre d'opérations.

Et d'abord, y a-t-il deux méthodes sous-cutanées? Non, il n'y en a qu'une; mais elle a plusieurs procédés. Ce que ces procédés ont de commun fait le caractère général de la méthode ; ce qu'ils ont de spécial fait leur caractère particulier.

Tout procédé sous-cutané consiste à opérer sous la peau, sans l'entamer vis-à-vis du lieu où l'on opère : voilà le caractère général de la méthode.

Mais, suivant la manière dont on opère, la plaie ressemble plus ou moins à ce qu'elle serait, si l'on n'avait pas fait d'ouverture à la peau.

C'est là la source des principales différences qui distinguent les procédés de la méthode.

J'ai appelé ailleurs, et afin de prévenir toute équivoque, je continuerai d'appeler la méthode sous-cutanée la méthode stromeyerienne.

Je lui donne ce nom : 1° parce que c'est la ténotomie orthopédique qui pour la première fois a étendu, généralisé la méthode sous-cutanée; 2° parce qu'à M. Stromeyer revient la gloire d'avoir fondé la ténotomie et la myotomie orthopédique. Tout ce que la méthode sous-cutanée a produit depuis plus de vingt ans, on le doit à l'initiative de M. Stromeyer ; sans cette initiative, pas un ténotome ne fonctionnerait aujourd'hui dans les deux mondes.

Un seul homme, Dieffenbach, pouvait disputer à M. Stromeyer l'honneur d'avoir doté la chirurgie de cette nouvelle conquête ; car il avait pratiqué avant son compatriote plusieurs sections sous-cutanées des muscles et des tendons. Mais ces faits, comme tant d'autres qu'on a cités, étaient restés stériles.

M. Stromeyer ne s'est pas borné, comme on l'a prétendu, à la ténotomie du pied-bot et du torticolis; ce n'est pas non plus seulement comme expédient empirique destiné uniquement à prévenir l'exfoliation du tendon qu'il a inventé son procédé sous-cutané. Dès ses premières publications, il a établi formellement et explicitement que son but était de prévenir l'accès de l'air, la suppuration, et en troisième lieu l'exfoliation du tendon.

Le fait physiologique de la guérison sans suppuration des plaies faites sous la peau à l'abri du contact de l'air lui était donc connu, et ce fait constituait dès l'origine le point de départ rationnel, le principe de la méthode.

La généralisation de cette méthode est nettement exprimée dans son ouvrage intitulé *Contributions à l'orthopédie opératoire, ou observations sur la section sous-cutanée des muscles et des tendons*, etc. On voit à son seul titre que sa méthode embrassait la myotomie aussi bien que la ténotomie.

A la suite de ses généralités sur la myo-ténotomie, M. Stromeyer rapporte non-seulement diverses opérations de pied-bot et de torticolis, mais encore trois cas de section des muscles du jarret, un cas de section des muscles pectiné et couturier, un autre relatif aux fléchisseurs des doigts, etc. Aucune de ses opérations n'a été suivie de suppuration.

Ces faits et les considérations générales qui les accompagnent étaient bien suffisants pour fonder la nouvelle méthode; mais M. Stromeyer a été plus loin ; il a montré l'horizon immense que cette méthode découvrait à nos regards; il a prévu même jusqu'à l'exagération abusive de sa méthode.

Ainsi, en 1838, la méthode générale des opérations orthopédiques sous-cutanées était formulée, et qui plus est appliquée, car, en même temps que M. Stromeyer écrivait ce qu'on vient d'entendre, ses procédés étaient répétés, modifiés, amplifiés à Strasbourg, à Paris, à Bordeaux, à Montpellier, à Metz, dans tous les Etats d'Allemagne, en Angleterre, en Russie, aux Etats-Unis, tout cela avant cette année 1839, date précise, vous a-t-on dit, de la naissance de la méthode sous-cutanée.

La méthode était constituée. Cependant M. Stromeyer n'avait pas tout fait; il restait à glaner avec fruit dans le champ qu'il avait défriché; de tous côtés on se mit à l'œuvre, et de ces travaux communs est résultée la méthode actuelle, qui n'est que la méthode primitive agrandie, élargie, portée enfin à un plus haut point de perfection.

Je ne rechercherai pas ce qui revient à chacun dans cette grande œuvre; je m'en remets à l'équité contemporaine, à la prochaine génération médicale.

J'arrive à examiner le produit de ces efforts communs, de ce concours universel, c'est-à-dire : 1° les doctrines, 2° les procédés, 3° les applications pratiques qui en ont été le résultat.

Doctrines de la méthode sous-cutanée.— On dit que les ténotomistes, avant 1837, s'efforçaient de remettre en contact les bouts du tendon divisé, *pour éviter l'inflammation suppurative*. D'abord je ne connais pas un seul ouvrage de ténotomie où il soit dit que l'on rapproche les bouts du tendon pour éviter *la suppuration*.

Mais, en outre, sur quoi a-t-on fondé ces dénominations de *ténotomie huntérienne*, de *phase huntérienne* de la ténotomie, de procédé *huntérien*, de théorie *huntérienne?* Sur ce que, prétend-on, le caractère physiologique de la ténotomie avant 1837, est *une application à la section des tendons* du principe de la réunion par première intention au moyen de l'inflammation adhésive de Hunter. M. Malgaigne a déjà montré que Hunter avait été ici mal compris. Néanmoins on ne s'est pas amendé ; il faut donc rappeler en deux mots la théorie de Hunter. M. Bouvier s'attache ici à montrer que M. Guérin n'a pas distingué la véritable théorie de Hunter de celle de M. Palmer, son éditeur.

Voilà, ajoute M. Bouvier, après avoir rappelé les textes de Hunter déjà cités, l'énoncé du fait capital qui domine toute la méthode sous-cutanée. Il ne restait qu'à l'appliquer aux plaies sous-cutanées intentionnelles, c'est ce qui a été plus ou moins explicitement par tous ceux qui ont pratiqué ou proposé des opérations véritablement sous-cutanées. M. Guérin a donné à entendre qu'en 1838 *je ne connaissais ni n'appréciais* le grand avantage de la méthode sous-cutanée ; M. Guérin a trouvé cela dans quatre lignes de moi. Il a trouvé moyen de me faire dire ce que je n'ai jamais dit, que je réduisais, en 1838, les avantages de la méthode à une question de dimension des plaies, d'une piqûre à une coupure d'un ou deux pouces.

L'article cité par M. Guérin est du 30 août 1838. Or, dans un autre article du 26 mars précédent, sur l'opération du torticolis, je concluais que la section sous-cutanée du sterno-cléïodo-mastoïdien, quoique le plus avantageux quant à la simplicité et à l'innocuité de tous les procédés opératoires proposés, n'était applicable qu'à certains cas déterminés.

Par quel privilége les lésions sous-cutanées accidentelles ou intentionnelles échappent-elles à l'inflammation suppurative malgré l'écartement des tissus divisés sous la peau ?

Lorsque dans une plaie les parties divisées restent en contact entre elles, ou avec les tissus placés dans leur intervalle, l'inflammation ne se manifeste qu'à un faible degré, parce que l'irritation est promptement calmée par ce contact, plus doux que celui de tous nos émollients, de toutes nos pièces de pansement. D'un autre côté, le produit de l'exsudation versé au sein même des organes, et non plus sur une surface libre, fait corps immédiatement avec les parties, et ses premières transformations organiques suffisent pour leur fournir un medium unissant, qui devient bientôt définitif.

Voilà ce qui se passe dans les plaies susceptibles d'être réunies par première intention et dans les lésions sous-cutanées. Mais si les parties divisées sont, suivant l'expression de Hunter, exposées, les choses ne sauraient se passer de la même manière. D'une part, cette surface mutilée d'organes jusque-là étrangers au monde extérieur, est vivement irritée par le nouveau milieu dans lequel elle vit; de là une plus grande intensité du phénomène inflammatoire. D'autre part la couche de produit exsudé versée sur une simple surface, n'est pénétrée de la vie de contiguïté que par une de ses faces, ce qui ralentit d'autant son organisation et la rend même impossible pour une partie de l'exsudat.

Malgré ces différences essentielles, l'organisation de l'exsudat présente des caractères fort analogues, sinon identiques dans la cicatrisation ou réparation immédiate et dans la cicatrisation avec suppuration. La membrane des bourgeons charnus des plaies suppurantes, base de la cicatrice, de la peau nouvelle, offre à peu près le même mode de formation que les cicatrices intérieures des plaies, qui guérissent immédiatement. D'après les observations des micrographes, les bourgeons charnus sont produits par le développement de vaisseaux d'une matière coagulée, amorphe, granuleuse; de fibrilles cellulaires et d'éléments fibro-plastiques dans la fibrine de l'exsudat.

C'est aussi ce que l'on observe dans les formations fibro-cellulaires des plaies fermées par le rapprochement de leurs bords ou par l'intégrité des téguments au-dessus d'elles.

L'inflammation, avons-nous vu, est plus intense dans les plaies exposées; elle est à son summum dans les parties les plus superficielles de ces plaies, et, tandis qu'elle se termine par résolution dans les parties voisines, elle se montre à leur surface avec les caractères de l'inflammation dite phlegmoneuse; elle entraîne, comme celle-ci, la formation d'un liquide spécial. Ce liquide n'est d'abord qu'une sérosité mêlée de sang, la *sanie*, mêlée en outre à l'exsudat fibrineux versé par toute blessure; des globules purulents ne tardent pas à s'y montrer, d'abord en petite proportion : c'est un pus encore imparfait, séreux, un *séro-pus*. Peu à peu naît le vrai pus, opaque, crémeux, albumino-fibrineux, en grande partie émulsif, essentiellement composé d'un sérum analogue, mais non identique au sérum du sang; de matières grasses et de globules ou cellules spécifiques : les cellules du pus.

Ainsi, l'inflammation à un degré et dans un mode capables de produire du pus, voilà une première cause de la suppuration des plaies ouvertes. L'absence d'une pareille inflammation dans les plaies fermées, voilà une première raison de leur guérison sans suppuration.

Mais à cette première cause de la différence des plaies au point de vue de la suppuration, il faut en ajouter une seconde, qui n'a pas été suffisamment prise en considération.

L'exsudat plastique des plaies exposées ne peut devenir une peau nouvelle de *prime-saut;* cet exsudat n'arrive pendant longtemps qu'à former une peau rudimentaire, imparfaite, comparable, non pas au tégument externe normal, mais bien plus à certaines parties de la peau interne ou membrane muqueuse, comme l'a dit Lobstein. Cette *pseudo-muqueuse*, suivant une expression déjà employée ici par M. Bouley, le pus est son mucus; et ce rapprochement n'a rien de forcé pour ceux qui ont présente à l'esprit l'extrême facilité de la production des globules purulents par les membranes muqueuses.

La suppuration, ainsi considérée, est un fait inhérent à la génération de la cicatrice, fait qui a sa raison d'être dans la forme transitoire que la nouvelle peau doit revêtir avant d'atteindre son état parfait.

Rien de semblable ne peut exister dans les plaies fermées, qui n'ont pas besoin d'un tégument nouveau.

Il est clair, d'après ces faits, que pour qu'une plaie exposée gué-

risse sans suppuration, il faut, ou bien qu'il ne se forme pas de membrane des bourgeons charnus, ou que cette membrane soit tellement modifiée dans ses propriétés, qu'elle parcoure sa période muqueuse sans produire de pus et en versant uniquement la matière organisable de la cicatrice.

Au rapport de Hunter, le contact de l'air était généralement considéré, de son temps, comme la cause de la suppuration des plaies. Hunter nie cette influence; plus tard, John Bell a également combattu cette opinion, allant jusqu'à dire que l'air n'est pas irritant pour nos tissus dénudés. Mais tous les raisonnements de ces auteurs n'ont pu détruire l'opinion générale, parce qu'elle avait des racines profondes dans l'observation de faits journaliers.

C'est parce qu'il partageait, à cet égard, la croyance générale, que M. Stromeyer a été conduit à inventer la méthode sous-cutanée. La doctrine de 1839, en adoptant le même principe, a voulu en poursuivre toutes les conséquences. S'écartant souvent de la voie, trop lente à son gré, de l'observation des faits, celle-ci a marché d'hypothèse en hypothèse, et s'est attiré tous les reproches d'imagination justement adressés par J. Bell à Monro. De là ce nom d'*aérophobie* si heureusement appliqué, quoiqu'il ait été mal compris d'abord de quelques-uns de nos collègues.

Oui, sans doute, l'air nuit aux plaies, aux séreuses, aux synoviales, aux foyers purulents; oui, sans doute, il altère le sang hors de ses vaisseaux, les humeurs sécrétées, il amène la putridité. Personne, de notre vivant, n'a découvert cela, car on le savait bien avant nous.

Mais quelle est la mesure de cette action de l'air? Où commence-t-elle, où finit-elle? Pour me renfermer dans le sujet en discussion, je rappellerai que tous nos traités de chirurgie, depuis A. Paré — je pourrais remonter beaucoup plus haut — jusqu'à notre maître Boyer, professent que le contact de l'air est nuisible aux plaies. Dans tous les temps, les efforts de la chirurgie ont été employés à rechercher le meilleur mode de pansement pour les préserver de ce contact.

M. Bouvier cite ici les textes de plusieurs auteurs du dernier siècle, où l'on retrouve plusieurs des idées hypothétiques, suivant lui, reproduites dans le mémoire du 17 février, sur l'action de l'air sur le sang des plaies, puis il ajoute :

Mais, dit-on, sans le contact de l'air les plaies ne s'enflammeraient pas du tout, et par suite guériraient sans suppurer. La preuve, c'est que les plaies sous-cutanées qui ne sont point en contact avec l'air ne suppurent pas; c'est que lorsqu'elles suppurent, cela n'arrive que parce que l'air pénètre librement dans leur intérieur; c'est enfin que la suppuration des plaies est en rapport avec l'intensité de sa cause, c'est-à-dire avec l'action de l'air. On conclut que l'air est l'agent de la suppuration des plaies; d'où il résulterait que toute la différence des plaies suppurantes et non suppurantes proviendrait de la présence et de l'absence de ce fluide.

Ces arguments semblent péremptoires; prenons-les un à un.

La méthode sous-cutanée a sa raison d'être, quelle que soit l'influence de l'air sur les plaies. Une plaie sous-cutanée diffère d'une plaie exposée par deux circonstances et non par une seule. Ces deux circonstances sont :

1° L'absence de l'air dans un cas, sa présence dans l'autre;

2° Le contact de parties vivantes dans le premier cas, leur séparation dans le second.

Puisque dans les expériences invoquées, ces deux conditions se sont rencontrées inséparables, quelle raison a-t-on d'attribuer les résultats à l'une plutôt qu'à l'autre? M. Guérin dit que c'est l'influence de l'air qui fait tout. Si je disais que c'est l'influence du contact des parties vivantes qui fait tout, qu'aurait-il à répondre? Il fonde la méthode sous-cutanée sur l'influence de l'air; si je la fondais sur le contact, en serait-elle moins la méthode sous-cutanée?

Or, l'influence du contact des tissus dans tous les genres de plaies, voilà ce que Hunter avait vu.

En réalité donc, la première preuve qu'on a donnée de l'influence de l'air dans la suppuration des plaies exposées, à savoir, la non-suppuration des plaies qui ne sont pas en contact avec l'air, est une preuve insuffisante, parce qu'en même temps ces plaies sont en contact avec des parties vivantes, et qu'on n'a point séparé par l'analyse expérimentale ces deux genres d'influence.

Passant à cet autre argument : Quand les plaies sous-cutanées suppurent, c'est parce que l'air pénètre librement dans leur intérieur, M. Bouvier montre qu'il n'a pour base qu'une supposition; or, si l'on consulte les faits, ajoute-t-il, on les trouve contraires à cette supposition. Il est extrêmement rare, d'après l'analyse de ces faits, que l'introduction de l'air précède l'inflammation et la suppuration, qu'elle soit la cause de ces accidents quand ils surviennent après la myotomie sous-cutanée.

Si je ne me trompe, il suit de toutes ces considérations que la doctrine de 1839 n'a pas fourni, mieux qu'on l'avait fait avant elle, une démonstration rationnelle, une démonstration expérimentale du fait qu'elle adopte, à savoir, que le contact permanent de l'air est l'agent direct de la suppuration des plaies.

Cette proposition reste ce qu'elle était auparavant, une assertion, une opinion controversable.

A l'aide de certaines méthodes, on a réduit à son plus faible degré l'inflammation des plaies; on a diminué la douleur; la réunion immédiate a été plus facile; la suppuration a été moindre, mais elle a eu lieu dans toutes les parties exposées. Tel a été, par exemple, l'effet du pansement par occlusion de M. Chassaignac.

On a cherché à favoriser, d'après l'idée et la pratique de Hunter, la formation des croûtes, qui mettent à l'abri du contact de l'air. Le pus s'est formé malgré cet abri, toutes les fois que la lésion pénétrait au delà du derme; on n'a pu qu'abréger la durée de la suppuration quand elle tirait à sa fin.

Mais enfin, dira-t-on, il y a une cause à cette suppuration des plaies; si ce n'est pas le contact de l'air, qu'est-ce? L'inflammation, l'existence de la pseudo-membrane sécrétante, causes l'une et l'autre de la formation des pus, de quoi dépendent-elles elles-mêmes?

L'inflammation dépend certainement en partie du contact des corps autres que les tissus vivants; mais ce n'est pas sa seule cause. L'action immédiate de l'instrument vulnérant, l'état de séparation d'interruption dans lequel il a laissé les parties qu'il a divisées, sont par elles-mêmes des causes d'irritation; de là la réaction traumatique locale et l'inflammation qui la suit, ou ce qu'on a appelé l'état de traumatisme.

Mais n'y a-t-il pas au-dessus et en dehors de ces petites influences de la diversité des contacts extérieurs une grande loi qui préside à toute production de matière vivante? Est-ce que la cicatrice n'est pas un tégument qui repousse, comme un membre repousse quand on l'a retranché à un animal inférieur?

L'inflammation joue-t-elle un rôle dans la réparation des plaies sous-cutanées? ces plaies sont-elles même le siége d'une inflammation quelconque? A ces deux questions, la doctrine de 1839 répond : Non; de mon côté, j'ai répondu : Oui. Voyons le pour et le contre de ces assertions contraires.

Ici M. Bouvier se livre à une longue discussion, qu'il résume en ces termes :

Voici les considérations que l'on a fait valoir en faveur de cette opinion :

1° L'inflammation et la formation d'un tissu nouveau dans les plaies non suppurantes sont deux phénomènes d'une nature très-différente. La première détruit, la seconde crée. L'une est un état morbide, l'autre un retour à l'état sain. Celle-là produit de la douleur, souvent une réaction générale fébrile; celle-ci n'affecte nullement l'économie et se comporte presque comme un phénomène normal (Lebert, *Anatomie pathologique*).

Je conviens de ces différences; mais là n'est pas la question; il s'agit uniquement de savoir si, malgré leurs dissemblances, l'un de ces phénomènes n'est pas ce qui amène l'autre. Dans les plaies suppurantes, la cicatrisation, dit M. Lebert, n'est qu'une modification et une forme de guérison des inflammations en général.

Je ne crois pas que cette proposition soit contestée; or le travail de la cicatrisation dans ces cas est assurément aussi un phénomène d'une autre nature que l'état inflammatoire qui le précède et l'accompagne.

2° L'inflammation, loin de provoquer la réunion, l'empêche ou la retarde lorsqu'elle est trop intense. Dès qu'il ne s'agit que d'un excès d'inflammation, il est aisé de comprendre qu'il exerce une autre influence qu'une inflammation modérée ou même très-peu développée.

3° La réunion a lieu dans des tissus non vasculaires, tels que la cornée, et non susceptibles d'inflammation.

D'abord, est-on bien sûr que ces tissus ne puissent pas s'enflammer à leur manière; l'observation ultérieure ne peut-elle pas y faire découvrir des phénomènes qui se rapporteraient à un mode spécial d'inflammation? Mais ensuite, l'inflammation peut être inutile pour la réunion de la cornée, et nécessaire pour la réunion des tissus pourvus de vaisseaux. On objectera que le même phénomène ne peut se produire par deux mécanismes différents. Ce n'est pas tout à fait le même phénomène, puisque c'est la réunion de la cornée dans un cas, et la réunion d'un tissu vasculaire dans l'autre. La peau des animaux inférieurs se refait sans apparence d'inflammation; celle de l'homme ne se reproduit qu'avec l'intervention de l'état inflammatoire. Il entre dans notre organisation des solides très-divers au point de vue de la vitalité. Il en est qui ne vivent pas plus que le végétal ou le polype; leurs actes sont pareils à ceux de ces êtres simples. Mais ce n'est pas une raison pour qu'il en soit de même dans les tissus plus composés. D'ailleurs, cette unité que l'on veut établir pour les phénomènes de réunion est déjà rompue si l'on admet une exception à l'égard des plaies suppurantes, qui guérissent, au fond, de la même manière que les autres.

4° L'inflammation, même dans les tissus vasculaires, ne se voit pas toujours. L'auteur du mémoire du 17 février ne l'a jamais aperçue dans les plaies véritablement sous-cutanées. Ces plaies, quels que soient leur nombre, leur étendue, la nature des organes divisés, ne provoquent jamais de réaction fébrile. Nul doute que dans une plaie extérieure peu étendue, exactement affrontée, où l'inflammation, d'ailleurs légère, n'occupe que les surfaces mêmes en contact, l'état inflammatoire ne puisse passer inaperçu, si l'on ne met pas un soin particulier à l'observer. Mais que l'on sépare les lèvres de la plaie au moment où commence l'exsudation plastique, on y reconnaîtra les symptômes ordinaires de l'inflammation, et le microscope y rencontrera, tant dans les produits versés que dans les vaisseaux qui les fournissent, tous les attributs caractéristiques des phénomènes inflammatoires.

On a dit : « Les plaies sous-cutanées ne s'enflamment pas et s'organisent immédiatement. »

Je m'inscris en faux contre cette proposition.

Ainsi d'après le mémoire du 17 février, deux bouts de tendons qui se touchent dans une plaie sous-cutanée, contractent l'adhésion immédiate par l'effet de l'inflammation adhésive. Mais, si au lieu d'amener au contact les bouts divisés, on les écarte plus ou moins, il est évident que si l'inflammation intervient dans la réunion par une substance intermédiaire très-courte des bouts tendineux rapprochés jusqu'au contact, elle intervient également dans la formation d'une substance intermédiaire plus longue, lorsque ces bouts sont plus ou moins écartés. Si l'on rejette cette intervention dans le second cas, il faut également la rejeter dans le premier.

Une grande conséquence pratique découle de cette théorie fondée sur l'observation et sur l'analyse des faits. On a fait sonner bien souvent l'innocuité, l'immunité constante des sections sous-cutanées, pourvu qu'elles soient parfaitement à l'abri du contact de l'air. On conseille de les multiplier sans crainte, ne vous y fiez pas. Plus les masses musculaires divisées seront considérables, plus elles seront entremêlées de nerfs et de vaisseaux, et plus les chances de dangers seront réelles. Le danger, dans ce cas, vient précisément de ce fait que les parties divisées sont dans un état pathologique, qu'elles ne tardent pas à devenir le siége d'un travail pathologique. L'inflammation que j'appellerai réparatrice et l'inflammation suppurative ne sont que deux degrés de la même affection, qui peuvent devenir deux périodes successives.

On comprend dès lors comment une circonstance imprévue peut déterminer, par un hasard malheureux, cette conversion de l'inflammation dite adhésive en inflammation suppurative, dont on n'a pas voulu comprendre la réalité dans le mémoire du 17 février. Veiller avec soin à éloigner toute cause de surcroît d'irritation, sans négliger assurément de s'opposer à l'entrée de l'air; ne pas tomber surtout dans une sécurité qui pourrait être trompeuse : tel est le précepte que je déduirai de ce fait.

(L'heure étant avancée, M. Bouvier en reste là de son argumentation, dont il reprendra la suite dans la prochaine séance.)

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi de recourir à la légitime autorité de votre journal pour signaler à MM. les médecins l'existence de chaînes dites « électriques », qui n'ont aucune des propriétés de la pile de Volta.

Mes chaînes hydro-électriques, que les médecins ordonnent avec tant de succès dans toutes les maladies *nerveuses*, *rhumatismales*, *musculaires*, etc., ont le caractère invariable, après l'immersion dans le vinaigre, de piquer la langue et de produire des étincelles dans les yeux, lorsqu'on approche de ceux-ci sur deux points les deux extrémités ou pôles de la chaîne.

J. L. PULVERMACHER.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'assemblée générale de la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine a eu lieu à l'Ecole de pharmacie, le 25 mars dernier, sous la présidence de M. Fumouze.

Après la lecture d'un rapport plein d'intérêt sur le mérite des lauréats, M. Crochard a appelé chacun d'eux dans l'ordre suivant :

PREMIÈRE DIVISION. *Six années de stage* chez le même pharmacien.— 1er Prix : M. Alfred Garet, de Rozoy (Seine-et-Marne), élève chez M. Lebel, à Vincennes.

2e Prix : M. François Vayriras, de Nantiat (Haute-Marne), élève chez M. Jutier.

DEUXIÈME DIVISION. *Quatre années de stage.* — 1er Prix : M. Gustave Hardy, de Corbeilles (Loiret), élève chez M. Boggio.

2e Prix : M. Narcisse Porthron, de Vivonne (Vienne), élève chez M. Bourrières.

TROISIÈME DIVISION. *Deux années de stage.* — 1er Prix : M. Auguste Trichet, de Chalvois (Aisne), élève chez M. Belhomme.

2e Prix : M. Edouard Riban, de Louvigné-du-Désert (Ille-et-Vilaine), élève chez M. Renault.

L'assemblée, après avoir entendu la lecture du compte rendu des travaux de son conseil d'administration, par M. Favrot, a approuvé le rapport de la commission des comptes, par M. Blancard, et celui de la commission de surveillance du bureau des élèves stagiaires, par M. Philippe; puis elle a procédé à l'élection d'un vice-président et de sept conseillers destinés à remplacer les membres sortants.

Le conseil se trouve ainsi composé pour l'année 1857-1858 :

Président, M. Hottot; vice-président, M. Béguin; secrétaire général, M. Favrot; secrétaire adjoint, M. Fournier; trésorier, M. Garot.

Conseillers anciens : MM. Schaueffelle, Crochard, Blancard.

Conseillers nouveaux : MM. Fumouze, Collas, Guénon, Marcotte, Lorette, Rajecki, Genevois.

— La *Gazette médicale de Lyon* nous apprend un acte de générosité que nous ignorions et que nous enregistrons avec plaisir :

« Au moment où les hostilités étaient à craindre entre la Prusse et la Suisse, plusieurs jeunes Suisses qui étudiaient la médecine à Paris avaient quitté l'Ecole pour aller participer à la défense de leur patrie, et se trouvaient ainsi avoir perdu le bénéfice de deux inscriptions. La Faculté de médecine de Paris, appréciant leur patriotisme et les motifs honorables de leur absence, a décidé que les jeunes gens dont il s'agit seraient considérés comme n'ayant fait aucune absence et ne perdraient pas le bénéfice de leurs inscriptions. »

— Le docteur Vinay vient de succomber à une longue maladie qui depuis longtemps déjà le tenait éloigné de la pratique de la médecine. Né à Lyon le 20 février 1775, Pierre Vinay étudia d'abord l'art vétérinaire. Entré à l'Ecole de Lyon le 15 novembre 1788, il en sortit le 25 mai 1793 avec le titre de *maréchal vétérinaire*. Il n'exerça point les fonctions dont il venait d'être investi, mais il se livra à l'étude de la médecine. Ses études médicales à peine ébauchées, il partit pour l'armée d'Italie en qualité de chirurgien aide-major, dont il remplit les fonctions pendant cinq années. De retour dans son pays, il se livra à la pratique de l'art, mais ce ne fut que le 20 octobre 1812 qu'il se fit recevoir docteur en médecine. Le docteur Vinay ne tarda pas à acquérir une grande notoriété par son instruction et son expérience de praticien, comme par l'originalité de son esprit et de ses manières. Il avait conservé les habitudes de langage et le sans-gêne de l'époque du Directoire; il tutoyait ses malades. Malgré sa longue carrière et l'étendue d'une clientèle qui aurait pu être fructueuse, le docteur Vinay, par suite de son désintéressement et d'un oubli trop ordinaire aux médecins, ne possédait qu'une fortune médiocre relativement à celle qu'il aurait pu acquérir. En retour, il a laissé des regrets unanimes mérités par ses bienfaits et sa générosité.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Gamgee. — *Researches on pathological anatomy and clinical surgery.* Un volume in-8° avec planches.

Gamgee. — *On the advantages of the starched apparatus in the treatment of fractures and diseases of joints.* Un volume in-8° avec planches.

Gamgee. — *Reflections on Petit's operation and on purgatives after herniotomy.* Brochure in-8°.

Gamgee. — *Osservazioni sul regime dietetico negli spedali di Parigi e di Londra.* Brochure in-8°.

Gamgee. — *Osservazioni sul regime dietetico dei malati chirurgici.* Brochure in-8°.

Tous ces ouvrages se trouvent à Paris, à la librairie de J. B. Baillière, rue Hautefeuille.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 . Un an. . . 30 .

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Un mot sur le procédé d'extraction du placenta dans le cas d'hémorrhagie par insertion du placenta sur l'orifice. (Procédé de M. Simpson.)

Nous avons rapporté, dans la *Revue clinique* du 14 mars dernier, une observation d'implantation du placenta sur l'orifice, avec hémorrhagie grave pendant le travail, combattue par la méthode de M. Simpson, c'est-à-dire par l'extraction préalable du placenta, suivie de l'application du forceps. Nous avons annoncé alors que nous reviendrions sur ce sujet, et que nous ferions connaître l'opinion exprimée par M. le professeur P. Dubois sur cette pratique.

Mais avant de reproduire cette appréciation, nous demanderons la permission de rappeler en quelques mots les faits sur lesquels M. Simpson s'est appuyé pour proposer ce procédé, et les résultats qu'a donnés l'application entre ses mains.

Dans un travail dont les journaux et les divers ouvrages d'accouchement récemment publiés en France ont reproduit la substance, M. Simpson a réuni 141 observations, qu'il classe en quatre catégories, pour mieux apprécier l'influence du décollement prématuré. Dans les faits de la première catégorie, qui sont au nombre de 47, il y eut 41 morts-nés, et 10 enfants sur lesquels les renseignements manquent ; mais toutes les femmes, excepté 3, se rétablirent. Dans tous l'hémorrhagie cessa ou diminua beaucoup immédiatement après l'expulsion du délivre, bien qu'il se fût écoulé dix heures au plus, et dix minutes au moins entre l'expulsion du délivre et la naissance de l'enfant. Dans la seconde, sont rangés 24 faits, dans lesquels il s'est écoulé un peu moins de dix minutes entre l'expulsion du placenta et celle du fœtus ; 9 enfants mort-nés, 2 putréfiés, 11 vivants ; pas de renseignements sur les 2 autres. Toutes les mères se rétablirent, excepté 3. La troisième contient 29 observations, dans lesquelles l'expulsion de l'enfant suivit immédiatement celle du délivre ; 14 mort-nés, 11 enfants vivants ; pas de renseignements sur les autres. Toutes les mères, excepté une, se rétablirent. Enfin, dans 40 cas, le temps qui a séparé la sortie du délivre n'a pas été noté ; 3 mères seulement moururent, et 9 enfants survécurent.

Ainsi, d'après ces faits, le décollement prématuré du placenta, qui n'aurait qu'une influence peu grave sur les mères, serait excessivement fâcheux pour les enfants.

C'est sur ces faits que le savant accoucheur anglais s'est fondé pour proposer et pratiquer le décollement complet et l'arrachement du placenta, dans les conditions suivantes :

1° Lorsque la perte a résisté aux principaux moyens, et en particulier à l'évacuation des eaux de l'amnios ;

2° Lorsque le peu de dilatation ou de développement du col, le rétrécissement du bassin rendent la version ou toute autre délivrance artificielle dangereuse ou impossible ;

3° Lorsque la mort, la non-maturité du fœtus n'imposent d'autre devoir à l'accoucheur que de veiller au salut de la mère. C'est donc surtout chez les primipares, dans les cas de travail prématuré, de rigidité du col, de contraction convulsive de cet organe, de rétrécissement organique du bassin ou des voies de la génération, de mort ou de non-viabilité du fœtus, et enfin d'épuisement extrême de la mère, que le décollement artificiel peut être pratiqué. Enfin, ajoute M. Simpson, dans le cas de décollement ou d'extraction du placenta, l'extraction du fœtus doit être pratiquée immédiatement, à moins que l'hémorrhagie ne se suspende, ce qui, du reste, a lieu dans l'immense majorité des cas.

Tel est le procédé sur la valeur duquel M. le professeur P. Dubois avait à se prononcer, en faisant l'histoire des diverses méthodes et procédés proposés pour combattre l'hémorrhagie pendant le travail, lorsqu'un fait analogue à ceux qui ont inspiré à M. Simpson l'idée de son procédé, s'est présenté à la Clinique. Une femme à terme est entrée dans les salles d'accouchement, en proie à une hémorrhagie qui durait depuis vingt-quatre heures. L'examen fit constater la présence du placenta sur le col. L'orifice étant suffisamment dilaté, M. Dubois se disposait à agir, non d'après le procédé de M. Simpson, qu'il n'approuve pas par les raisons que nous dirons tout à l'heure, mais par le procédé qu'il met habituellement en usage, c'est-à-dire la perforation des membranes, après avoir décollé partiellement le placenta et la version. Mais au moment même où il allait opérer, le placenta fut spontanément expulsé. M. Dubois appliqua immédiatement le forceps et amena un enfant vivant.

Les considérations sur lesquelles M. Dubois se fonde pour repousser le procédé de M. Simpson, sont bien simples ; elles se bornent à l'influence presque inévitablement fatale de cette manœuvre pour la vie de l'enfant, s'il n'est pas possible d'en déterminer immédiatement l'extraction, ainsi que cela a eu heureusement lieu dans le cas qui vient d'être rapporté. Il ne conteste nullement ni la réalité de l'influence de cette manœuvre sur l'arrêt de l'hémorrhagie, ni son innocuité la plus ordinaire pour la mère. Aussi dans les cas où l'on aurait constaté la mort du fœtus, il ne répugnerait pas absolument à adopter la pratique de M. Simpson, mais dans ce cas-là seulement ; et toutes les fois que l'enfant est vivant, il la proscrit formellement.

Du reste pour tous les cas il donne la préférence à la rupture de la poche des eaux ; et si l'hémorrhagie n'est point arrêtée après cette opération, et par le seul fait de la compression exercée par les parties fœtales en rapport avec le col, il décolle le placenta sur un point, et va à la recherche des pieds pour faire la version.

Cette règle de pratique n'est relative, cela s'entend de soi, qu'aux cas où le col est assez dilaté pour permettre ces manœuvres. Dans des conditions contraires, l'application du tampon est encore ce qu'il y a de mieux à faire.

La pratique de M. Dubois et son jugement sur la méthode de M. Simpson ont été adoptés par ceux de ses élèves qui ont, après lui, le plus d'autorité dans la matière. C'est ainsi que M. Cazeaux déclare dans son excellent *Traité d'accouchements* que, même avec la réserve que M. Simpson a apportée à sa première proposition, c'est-à-dire en n'opérant que lorsque l'enfant est mort ou avec la condition de procéder immédiatement à son extraction s'il est vivant, il ne saurait approuver sa manière de faire. Il pense que, si après l'évacuation du liquide amniotique la perte persiste et si la non-dilatabilité du col ne permet pas l'introduction de la main, l'application du tampon laisse encore quelques chances de sauver et la mère et l'enfant ; il pense encore que, lorsqu'un obstacle dépendant du col, des parties molles ou du bassin, s'oppose à la terminaison du travail, le tampon peut être employé avec avantage jusqu'à ce que la dilatation du col rende possible l'intervention de l'art ; « car, dit-il, je ne vois pas en quoi dans ces conditions l'extraction du placenta rendrait plus facile l'extraction du fœtus que M. Simpson recommande de pratiquer immédiatement après. Les obstacles qui existaient avant n'en existeraient pas moins après. C'est donc seulement, pour peu qu'on prenne quelque souci de la vie de l'enfant, dans les cas de mort ou de non-viabilité de ce dernier qu'on pourrait, pour éviter à la mère les douleurs du tamponnement, procéder au décollement et à l'extraction du placenta si l'hémorrhagie était grave. »

M. Depaul n'est pas plus favorable à cette pratique que MM. P. Dubois et Cazeaux. La statistique de M. Simpson ne lui paraît pas propre à beaucoup rassurer, puisqu'elle prouve que la plupart des enfants ont été victimes de cette manœuvre ; et quoiqu'elle ne paraisse pas avoir eu une influence très-défavorable pour les mères, M. Depaul répugne à admettre qu'il soit indifférent de détruire toutes les adhérences placentaires lorsque le volume de l'utérus est encore considérable. Car, après tout, dit-il, si l'enfant est vivant, il vaut bien mieux le laisser aussi longtemps que possible en rapport avec la circulation maternelle, soit qu'on se propose de l'extraire immédiatement, soit surtout lorsqu'il doit rester encore quelque temps dans la cavité utérine. En résumé, tout en reconnaissant qu'il existe d'assez nombreuses observations dans lesquelles on voit que l'expulsion spontanée et prématurée du délivre a pu se faire sans grand dommage, et même, en apparence, avec quelques résultats favorables pour la mère, M. Depaul ne croit pas que la nature doive être imitée dans cette circonstance.

Le fait que nous a communiqué notre honorable correspondant M. le Dr de Sayas, est-il de nature à faire modifier cette manière de voir ? Non, sans doute, puisque la mort de l'enfant en a été la

BIBLIOGRAPHIE.

L'Année scientifique et industrielle, par le docteur Louis Figuier (1). — *Les applications nouvelles de la science à l'industrie et aux arts en* 1855, par le même (2).

Il est des hommes qui, en dehors de leur mérite personnel, de leur esprit ou de leur génie inventif, de leur science acquise, possèdent une faculté particulière, un don précieux de la nature que ni l'étude ni le travail ne peuvent faire acquérir : c'est le pouvoir de comprendre aisément, et pour ainsi dire à première vue, à première audition, les expériences, les recherches, les découvertes des autres, de se les assimiler, qu'on me passe l'expression ; puis, ce travail préliminaire et tout intérieur une fois achevé, de les exposer aux autres, par le secours de la plume ou de la parole, avec une netteté, une clarté qui en rendent l'intelligence facile même à ceux qui semblent le moins aptes à des études de cette espèce. Ce talent d'exposition, malheureusement si rare, a souvent fait la fortune de ceux qui ont été en position de le faire briller devant un certain monde ; et peut-être plus d'un homme devenu célèbre a-t-il dû le commencement de son illustration à un heureux emploi de cette faculté.

Parmi les jeunes écrivains de l'époque actuelle, de ceux qui se consacrent exclusivement au progrès scientifique, il en est un qui possède au plus haut degré le genre de mérite dont nous parlons. Il y a six ans, M. Louis Figuier débutait dans la carrière par un coup de maître.

(1) Un vol. in-18. Chez Hachette.
(2) Un vol in-18. Chez Victor Masson.

Le succès immense qu'avait non-seulement dans le monde savant, mais encore près d'un public peu accoutumé aux études sérieuses, l'*Histoire des principales découvertes modernes*, aujourd'hui parvenue à sa quatrième édition, pouvait faire prévoir les services qu'il rendrait bientôt en vulgarisant, par une exposition claire autant qu'attrayante, les conquêtes incessantes de l'industrie moderne, appuyée sur les données les plus exactes et les plus positives de la science.

Les promesses que M. Figuier avait faites, il les a tenues largement ; et les deux nouveaux volumes que nous avons sous les yeux nous montrent qu'il ne s'est point arrêté dans la voie qu'il s'est tracée, en même temps que son livre sur l'*alchimie et les alchimistes* nous permet de le considérer, sous un autre point de vue, comme historien érudit des choses du temps passé, et comme critique judicieux de doctrines mystérieuses, moins complétement mortes aujourd'hui qu'on ne le croit généralement.

Pendant la mémorable exposition de 1855, M. Figuier fut chargé de rendre compte dans un journal politique fort répandu de la partie de l'Exposition universelle qui concernait les sciences appliquées. Au lieu de se tenir renfermé dans une sèche et parfois peu intéressante description des produits, des machines ou des procédés exposés, il envisagea son sujet à un point de vue plus élevé, et entreprit de passer en revue, parmi les œuvres soumises au jugement du monde entier, tout ce qui constituait, sous ce rapport, une acquisition nouvelle. La réunion des articles qui ont paru à ce sujet dans la *Presse* pendant une durée de sept mois, et qui furent, nous pouvons le dire, accueillis avec la plus grande bienveillance par le public savant aussi bien que par le public profane, compose un de ces volumes, auquel l'auteur a donné pour titre : *Les applications nouvelles de la science à l'industrie et aux arts en* 1855.

Aujourd'hui l'Exposition universelle est terminée ; tout ce que nous y avons vu est passé à l'état de souvenir ; une description même succincte et partielle des produits qui y étaient entassés serait de fort peu d'intérêt. Aussi M. Figuier s'est-il bien gardé de tomber dans cette erreur, et n'est-ce pas un compte rendu de l'Exposition qu'on trouvera dans son volume, mais une revue des découvertes récentes, un exposé de l'état présent de certaines branches de l'industrie qui reposent sur l'application des sciences physiques ou chimiques. Il s'est proposé de présenter un tableau exact des applications les plus récentes de la science à l'industrie et aux arts, en prenant pour texte, toutes les fois qu'il l'a pu, les produits qui figuraient à cette Exposition, et considérant par conséquent ces découvertes à la date historique de 1855, qui marquera, dit-il, une époque si mémorable dans la marche du progrès scientifique et industriel.

Ce volume, on le comprend aisément, ne nous occupera pas très-longuement ici ; nous nous adressons à des médecins, à des hommes spéciaux, auxquels de sérieuses et pénibles occupations font peu de loisirs, et qui cherchent surtout dans les livres ce qui peut leur être utile dans la pratique de leur art. Nous leur signalerons le livre de M. Figuier comme un des plus intéressants ouvrages auxquels ils puissent s'adresser pour connaître le bilan scientifique et industriel de la première moitié du dix-neuvième siècle ; nous leur en recommanderons la lecture comme celle d'un des travaux les plus attachants qui aient depuis longtemps paru ; ils y trouveront, sous un petit espace, l'histoire de toutes ces conquêtes industrielles qu'ils voient journellement s'effectuer sous leurs yeux ; mais quant à ce qui touche l'art de prolonger ou de conserver la vie des hommes, ils n'y trouveront que peu de chose.

Cependant, nous dirons qu'il est deux chapitres qui les intéressent

suite. Aussi avons-nous cru utile, à l'occasion de ce fait, de faire connaître les motifs sur lesquels se fonde l'opposition des accoucheurs français à la méthode de M. Simpson.

Délire survenu dans le cours du rhumatisme articulaire aigu; rhumatisme cérébral.

La question des rétrocessions viscérales du rhumatisme, comme disaient les anciens, ou des complications internes, comme on dit moins justement peut-être aujourd'hui, a été, dans ces derniers temps, l'objet d'une nouvelle étude et de nouvelles recherches d'un grand intérêt. Il serait superflu de rappeler ici tout ce que l'on doit à cet égard aux beaux travaux de M. Bouillaud sur l'endocardite rhumatismale, qui a depuis longtemps pris rang dans la nosographie. Des travaux plus récents, parmi lesquels on connaît plus particulièrement ceux de MM. Hervez de Chégoin, Bourdon, Vigla, Mesnet, Thore, etc., tendent à faire admettre au même titre, parmi les métamorphoses rhumatismales, ou à réhabiliter plutôt dans le cadre nosologique le rhumatisme cérébral, reconnu par les anciens. La Société médicale des hôpitaux, qui a déjà eu plusieurs fois l'occasion de discuter cette question, vient de la remettre de nouveau à l'étude au sujet d'un mémoire de M. le docteur Gubler sur ce point intéressant de pathologie. Le mémoire de M. Gubler, le rapport dont il a été l'objet de la part de M. Sée, et la discussion engagée en ce moment entre plusieurs membres de cette Société, nous fourniront l'occasion d'exposer prochainement à nos lecteurs l'état de la science sur ce point. En attendant, nous nous bornerons aujourd'hui à inscrire une nouvelle observation récemment recueillie par M. Marotte dans son service de la Pitié, et qui vient ajouter un fait de plus à l'histoire de cette forme de la diathèse rhumatismale. Nous en empruntons les détails au *Compte rendu des séances de la Société médicale des hôpitaux.*

Il s'agit d'un homme de quarante ans, entré à la Pitié le 19 novembre 1856. Cet homme, qui est très-maigre et d'une constitution peu vigoureuse, ressentait depuis quelques jours de la roideur dans les jambes, et principalement dans les articulations des genoux, sans douleurs vives. Deux jours avant son entrée, l'articulation du poignet droit devint le siége d'un gonflement notable, que le malade attribua aux fatigues de sa profession.

Tous les soirs, vers quatre heures, les douleurs des genoux et du poignet augmentaient, duraient toute la nuit avec une grande intensité, et diminuaient le matin.

A la visite du soir, on trouva les articulations des genoux gonflées, celle du genou gauche principalement; la fluctuation y était manifeste, sans rougeur ni douleur à la pression. Le poignet droit était au contraire gonflé, un peu rouge, et surtout très-douloureux. Rien au cœur ni à la poitrine. Pouls à 96. Langue humide, naturelle. L'appétit conservé.

Le 29 novembre, même état, sauf les douleurs, qui sont diminuées. — 1 gramme de sulfate de quinine en quatre doses.

La première partie de la nuit se passe bien; mais sur les trois heures du matin il se manifeste une agitation extrême; le malade commence à battre la campagne.

Le délire continue avec vive agitation à la visite du lendemain. L'articulation du poignet droit, moins rouge et moins enflée que la veille, paraît aussi n'être plus douloureuse, tandis que l'épaule droite est devenue sensible. Les articulations des genoux ont perdu leur volume exagéré. Le pouls est petit, fréquent, à 124; la peau chaude et humide, le front couvert de sueur.

En présence de ces symptômes, M. Marotte se crut autorisé à diagnostiquer une fluxion rhumatismale des méninges, et il institua, en conséquence, un traitement à la fois direct et dérivatif. — Vingt sangsues derrière les oreilles : dix immédiatement, dix dans l'après-midi; 10 centigrammes de calomel en dix paquets : un toutes les heures. Envelopper le poignet droit et le genou gauche d'un large vésicatoire. Promener des sinapismes à plusieurs reprises sur les membres inférieurs, surtout au voisinage des articulations.

A la visite du soir le malade est plus calme. On n'en applique pas moins les dix sangsues prescrites, et le calomel est continué.

Le 22, la nuit a été assez tranquille. Le malade ne parle plus; sa figure exprime l'étonnement. Lorsqu'on lui adresse la parole, il semble se recueillir, puis répond par un signe approprié à la question qui lui a été faite. C'est ainsi qu'on apprend qu'il n'a pas mal à la tête, mais qu'il se sent lourd. Aucune des articulations primitivement prise n'est douloureuse, et leur volume est le même que la veille. Pouls à 112. — 15 grammes d'huile de ricin et 2 gouttes d'huile de croton; quelques sinapismes sur les membres.

Une heure environ après l'administration de l'huile de ricin, il y a eu des efforts de vomissement; plus tard deux selles très-abondantes. Pouls à 116, régulier, mais petit et dépressible; pupilles contractées; réponses lentes; absence de douleur au poignet et à l'épaule; le coude est encore un peu douloureux.

Le 23, le malade a bien dormi dans la nuit; l'intelligence est nette. Le pouls n'est qu'à 64, mais petit, inégal, irrégulier, intermittent. Les battements du cœur correspondent à cet état du pouls; lorsqu'ils sont égaux et rhythmés, on entend distinctement un bruit de souffle un peu en dehors et au-dessous du sein gauche. La peau est fraîche. L'endocarde paraît seul atteint, car il n'existe ni voussure, ni matité, ni bruit de frottement. — Un large vésicatoire sur la région précordiale.

Le soir, le pouls est à 76, mais régulier; le malade ne souffre pas et se sent bien.

Le 24 au matin, pouls à 60, régulier; la faim commence à se faire sentir. L'amélioration continue les jours suivants; quelques douleurs modérées revenues dans l'épaule gauche sont dissipées par quelques bains de vapeur.

Le malade sort dans les premiers jours de décembre complétement rétabli depuis plusieurs jours, mais conservant encore un bruit de souffle doux à la pointe du cœur.

Les circonstances de ce fait, qui ont porté M. Marotte à le regarder, avec raison suivant nous, comme un exemple de fluxion rhumatismale des méninges, sont les suivantes :

D'abord les phénomènes articulaires, aussi bien que la fièvre, indiquaient un rhumatisme de moyenne intensité, un de ces rhumatismes dans lesquels il n'existe pas de symptômes évidents d'arthrite, et qui consistent surtout dans une exhalation abondante de synovie; la douleur qui se manifestait la nuit était un phénomène nerveux hors de proportion avec les autres symptômes locaux et incapable par conséquent de caractériser l'inflammation; il y avait là, en un mot, les conditions favorables au déplacement des localisations rhumatismales. D'un autre côté, le délire est survenu pendant la nuit, c'est-à-dire au moment où les déplacements ont lieu le plus habituellement. Son apparition a coïncidé avec la diminution des localisations articulaires les plus intenses, et la disparition complète des autres. Une fois développé, il a été continu; il n'a pas diminué le matin pour subir une nouvelle augmentation dans la soirée et dans la nuit suivante. Enfin, avec l'apparition du délire, a coïncidé une augmentation considérable de la fréquence du pouls qui permettait de supposer une fluxion active vers le cerveau, puisque, loin de se rattacher à une exaspération des symptômes articulaires, elle avait coïncidé au contraire avec leur disparition.

Mais de toutes ces circonstances, auxquelles on pourrait ajouter comme preuve *à posteriori* l'efficacité des moyens de traitement mis en usage, la plus convaincante aux yeux de M. Marotte, comme aux nôtres, est le développement de l'endocardite, qui a coïncidé avec la diminution des accidents cérébraux.

Du chlorate de potasse dans l'angine couenneuse et le croup.

Chaque jour nous fournit de nouveaux exemples de l'efficacité du chlorate contre les affections pseudo-membraneuses de la bouche et des voies aériennes. M. le docteur Garasse (de Calais) nous informe que depuis le mois de novembre 1856 il a eu l'occasion d'user plusieurs fois de ce médicament, et qu'il en a obtenu les résultats les plus satisfaisants contre deux maladies de ce genre des plus graves, l'angine couenneuse et le croup. Douze cas d'angine couenneuse et de croup traités par le chlorate de potasse, nous écrit-il, douze guérisons.

Notre confrère de Calais a constaté en outre, ainsi que M. Isambert l'a annoncé dans sa Monographie, la parfaite innocuité du chlorate de potasse sur le tube digestif. Pris à la dose de 1 à 20 grammes, il n'a donné lieu à aucune perturbation; c'est ce qu'il a observé sur lui-même. Il a pris 20 grammes de ce médicament en vingt-quatre heures; une salivation assez abondante, un goût salin très-prononcé, sont les seuls phénomènes qui se soient manifestés. Les jeunes malades auxquels il l'a administré en ont absorbé jusqu'à 12 et 16 grammes par jour; deux fois seulement il a vu se produire des vomissements de courte durée. Les règles se sont supprimées presque subitement chez une jeune fille de seize ans; elle avait pris 10 grammes de chlorate de potasse pour quelques plaques pseudo-membraneuses qu'elle portait sur les amygdales et la face antérieure du voile du palais. Le chlorate de potasse a été administré constamment en solution dans l'eau d'orge miellée, de 4 à 16 grammes dans 4 à 500 grammes de ce véhicule; les enfants l'ont tous pris sans répugnance : on leur en a donné le plus qu'on a pu dans les premières vingt-quatre heures dela maladie.

Les doses prescrites ont été de 8 à 16 grammes par jour, pour les sujets de huit à douze ans; de 6 à 10 gr. pour ceux de trois à huit ans; la quantité du médicament a été diminuée successivement de manière à arriver à la limite de 4 grammes par jour. Chaque malade a pris en moyenne de 20 à 30 grammes de chlorate de potasse pendant le cours de la maladie. La guérison a toujours été complète du douzième au quinzième jour. Ce n'est généralement qu'après vingt-quatre ou trente-six heures que les fausses membranes se sont détachées, que la fièvre est tombée, que la respiration est devenue plus ample; on a eu recours alors aux vomitifs qui, par l'action mécanique des vomissements qu'ils ont déterminés, ont paru aider puissamment au décollement complet des fausses membranes et à leur expulsion au dehors.

Dans les douze cas traités par M. Garasse, la cautérisation avec le nitrate d'argent solide n'a été employée qu'une seule fois; l'action du chlorate de potasse a semblé contrariée par cet agent. Tant que les enfants ont offert des fausses membranes, on les a soumis au chlorate de potasse : ce n'est qu'après la disparition complète de ces dernières qu'on s'est arrêté, prescrivant alors trois ou quatre insufflations d'alun calciné par jour, pour agir sur les plaques d'un rouge vif scarlatineux, que l'on voyait là où avaient siégé les fausses membranes. Enfin les malades ont pris chaque jour un ou deux bains de pieds sinapisés; un seul a eu les sinapismes aux jambes. On a cru remarquer que le chlorate de potasse dissolvait sur place les fausses membranes; M. Garasse n'a point constaté ce fait; il lui a toujours paru qu'elles conservaient l'épaisseur qu'elles avaient au moment où le traitement avait été commencé.

Voici, comme spécimen, l'une des observations dont notre confrère nous a transmis l'histoire :

Achille L..., âgé de onze ans, d'une constitution des plus chétives, d'une maigreur extrême, atteint d'une luxation ancienne avec carie et abcès froid de la cuisse gauche, est pris le 2 mars 1857 d'une angine couenneuse :

Fièvre intense, pouls à 140 pulsations, ganglions cervicaux engorgés, respiration pénible, déglutition presque impossible : voile du palais, amygdales, piliers antérieurs, cavité du pharynx recouverte d'une épaisse couche de fausses membranes. Toux peu fréquente, rien de spécial du côté du larynx et des bronches.

---

tout particulièrement, en ce sens qu'ils se rattachent plus directement à une des branches essentielles de notre art, à l'hygiène. Nous voulons parler du chauffage et de la cuisson des aliments par le gaz d'éclairage, et surtout des nouveaux procédés de conservation des substances alimentaires.

Si dans les autres chapitres, c'est le savant seul qui parle, on reconnaîtra de plus, dans ce dernier, l'expérience de l'homme pratique, du médecin préoccupé avant tout des moyens d'être utile à l'entretien de la vie. Quels immenses services n'a pas rendus à la santé des marins l'art de conserver dans leur état de fraîcheur les viandes et les légumes destinés à remplacer maintenant, dans les voyages de long cours, les salaisons insalubres, sources certaines de tant de maladies mortelles! Quels admirables résultats n'a-t-on pas déjà retirés de l'usage de ces conserves pendant les rigueurs de deux hivers passés dans un pays alors ennemi, sous les murs de Sébastopol! Disons en passant que nous avons été heureux de retrouver dans plusieurs endroits, et ceci a été pour nous une nouvelle preuve de la justesse des appréciations de M. Figuier, des idées entièrement conformes à celles que nous avions entendu émettre à plusieurs de nos confrères qui ont fait la guerre de Crimée, notamment quant à ce qui regarde la viande sèche et râpée, et le biscuit-viande, lesquels ont occasionné à nos soldats le plus profond dégoût.

Dans le second volume, la part de la médecine est plus large, et pour ce motif il nous occupera un peu plus longtemps.

Sous ce titre, l'*Année scientifique*, M. Figuier a entrepris de tracer à la fin de chaque année le résumé des principales acquisitions journalières des sciences appliquées, des travaux qui, en France et à l'étranger, ont particulièrement éveillé l'attention publique. Comme le précédent, ce livre s'adresse aussi bien à l'homme du monde qu'à l'industriel, à l'agriculteur, etc., jaloux de se tenir au courant des résultats nouveaux, des faits récemment observés, des progrès qui se sont accomplis dans les différentes branches de nos connaissances positives.

Au point de vue médical, nous signalerons d'abord des études relatives à la météorologie, cette science encore dans l'enfance, mais dont il est permis d'espérer plus tard une utilité réelle. Un article tout entier a été consacré à l'usage alimentaire de la viande de cheval, question soulevée dans ces derniers temps en France, et si bien étudiée par M. Geoffroy Saint-Hilaire, tournée en plaisanterie par les journaux dits *amusants*, mais qui, en dépit de ces railleries, ou peut-être à cause d'elles, n'en fera pas moins son chemin dans l'opinion, soutenue qu'elle est par une pensée essentiellement utile et bienfaisante. M. Figuier n'a pas oublié non plus l'ozone, cet oxygène électrisé qui joue peut-être un rôle important dans la production des maladies, mais dont jusqu'à présent on n'a pu saisir ni le mode d'action ni les propriétés.

Dans deux chapitres spéciaux, *hygiène publique* et *médecine et physiologie*, l'auteur a rangé tout ce qui se rattache plus spécialement à la prophylaxie et à la guérison des maladies.

Le premier comprend une grande et vaste question, celle du chauffage et de la ventilation dans les hôpitaux; ici l'on retrouvera une analyse savante et raisonnée des travaux de M. Grassi, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, et l'examen comparatif des systèmes qui fonctionnent à l'hôpital Lariboisière, celui de M. Léon Duvoir, d'une part, et, d'autre part, celui de MM. Thomas et Laurens; on sait, pour le dire en passant, que dans le premier système le chauffage a lieu par circulation d'eau chaude et par appel d'air, tandis que dans le second la ventilation est produite par un agent mécanique, une machine à vapeur, et que le chauffage s'obtient au moyen de poêles pleins d'eau, chauffés par la vapeur qui sort de la machine après avoir produit son effet mécanique. Tout parfait que soit le système de M. Duvoir, et quelque satisfaisante que soit l'exécution de ses appareils, il paraît cependant que l'expérience a prononcé en faveur de la supériorité de la ventilation par agent mécanique toutes les fois que l'on peut utiliser pour des usages divers la vapeur qui sert à faire marcher le ventilateur.

La *Gazette des Hôpitaux* a publié il y a quelques mois des extraits étendus d'un mémoire sur les accidents que produisent chez les ouvriers les vapeurs de sulfure de carbone, cet agent à l'aide duquel on donne au caoutchouc ce que l'on a appelé la vulcanisation; nous n'y insisterons donc point ici; mais nous signalerons un remarquable chapitre sur les accidents d'empoisonnement déterminés par les allumettes chimiques, et sur les moyens de les prévenir désormais, en se servant, comme l'a proposé un chimiste distingué, M. Chevallier, du phosphore rouge ou amorphe qui s'enflamme par le frottement comme le phosphore ordinaire, mais est complétement privé de ses propriétés vénéneuses. Rappelons ici avec M. Figuier que depuis 1854, date du travail de M. Chevallier, la fabrication des allumettes chimiques n'a pas cessé d'être faite par les anciens procédés, mais que les belles et récentes expériences de MM. L. Orfila et Rigout, présentées l'an dernier à l'Académie des sciences, ont ramené l'attention sur ce sujet important, qui appelle toute la sollicitude de l'autorité.

Les médecins qui se tiennent au courant des travaux de chaque jour par la lecture des journaux de médecine se souviennent que, vers la fin de janvier 1856, une épidémie de typhus se déclara au Val-de-Grâce parmi un grand nombre de soldats du 50e régiment d'infanterie revenant de Crimée. L'affection, qui n'était pas une simple épidémie de fièvre typhoïde, mais bien le véritable typhus des camps, celui que

Prescriptions. — Chlorate de potasse, 12 grammes, dans eau d'orge miellée, 500 gr. Faire boire l'enfant le plus possible. Le soir même état.

Le 3, pouls à 120, ganglions cervicaux encore engorgés, respiration un peu plus facile, les fausses membranes persistent. — Chlorate de potasse, 10 gramm., dans eau d'orge miellée, 400 gr.

Le 4, l'enfant a rendu pendant la nuit plusieurs lambeaux membraneux; les fausses membranes se détachent. Pouls à 100. Ganglions cervicaux moins engorgés, moins douloureux, respiration facile. — Chlorate de potasse, 6 gramm., dans eau d'orge miellée, 300 grammes.

Le 5, mieux sensible, pouls à 100. Le voile du palais, l'amygdale gauche, une partie du pharynx sont à nu. — Chlorate de potasse, 4 grammes, dans eau d'orge miellée, 300 grammes.

Le 6, respiration normale; pouls à 80; les fausses membranes ont disparu; les parties qu'elles recouvraient présentent une teinte d'un rouge vif. — Gargarisme alumineux; bouillon de poulet; vin de quinquina.

Le 7, l'enfant désire manger; pouls à 70. — Même traitement que la veille.

Le 12, guérison complète.

— Nous saisirons cette occasion pour signaler à l'attention de nos lecteurs un mode de préparation pharmaceutique que M. Dethan, pharmacien à Paris, a imaginé pour faciliter l'administration de ce médicament chez les enfants.

Il consiste à unir le chlorate de potasse au sucre dans la proportion d'un cinquième pour en faire des pastilles.

Voici la formule de ces pastilles :

Sucre en poudre. . . . . 800 parties.
Chlorate de potasse. . . . 200 —
Eau aromatique. . . . } āā q. s.
Gomme adragante . . . }

Ayant fait selon l'art une pâte homogène, on la divise en pastilles d'un gramme, qui de cette façon contiennent chacune 0,20 centigrammes environ de chlorate de potasse.

Nous pensons que cette préparation pourra rendre d'utiles services.

Propriétés thérapeutiques de l'iodate de potasse.

Après le chlorate, l'iodate de potasse !

Les résultats heureux obtenus avec le chlorate de potasse dans diverses affections de la muqueuse buccale ont conduit MM. Demarquay et Gustin à se demander si les propriétés thérapeutiques de ce sel ne lui étaient pas communes avec ces autres sels dont l'analogie avec le chlorate est si frappante au point de vue chimique, les iodates et les bromates alcalins. Guidés par cette idée purement théorique, MM. Demarquay et Gustin ont tenté leurs premiers essais avec le concours de M. Monod, dans le service duquel ont été faites leurs expériences.

Ils se sont d'abord servis d'iodate de potasse préparé par eux-mêmes, afin de pouvoir répondre de sa pureté chimique.

Le succès paraît avoir dépassé leurs espérances. Pendant l'année qui vient de s'écouler, ils ont constamment substitué l'iodate de potasse au chlorate de la même base, et ils se croient fondés aujourd'hui à remplacer le chlorate par l'iodate, qui agit, suivant eux, plus vite, plus énergiquement et à moindre dose.

L'iodate de potasse leur a donné de très-bons résultats dans quelques cas où le chlorate avait échoué.

La dose à laquelle ils le donnent varient de 25 centigrammes à 1 gramme 50 centigr.

Ils ont prescrit ce sel dans la diphthérite, dans la stomatite mercurielle surtout et dans un cas de stomatite gangréneuse; dans cette dernière affection, l'efficacité du médicament a été très-prompte.

« Son action sur les muqueuses pharyngienne et buccale à l'état sain, ajoutent MM. Demarquay et Gustin, est des plus remarquables. A la dose de 1 gramme 50 centigr. à 2 grammes, il détermine dans la bouche et dans la gorge un sentiment d'astriction tout spécial.

» La sécrétion glandulaire semble diminuer considérablement, et si une fois encore nous nous laissons guider par une idée toute spéculative, nous pensons que par l'introduction des iodates et bromates alcalins dans la thérapeutique, on fera un pas peut-être vers la guérison des affections pseudo-membraneuses. »

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Chassaignac.

Cas de fracture d'exostose.

Miette (Pierre), âgé de cinquante-deux ans, garçon de salle, a été placé dans le service de chirurgie de l'hôpital Saint-Antoine le 26 novembre 1852.

Un soir, cet homme rentre à l'hôpital dans un état complet d'ivresse. Pour ne pas troubler l'ordre de la maison et le sommeil des personnes qui couchent dans la même salle que lui, on le fait entrer, par persuasion ou par contrainte (ce doute n'a pu être éclairci), dans un cabinet attenant à la salle de consultation; on l'y enferme, et il y reste seul. Au milieu de la nuit, cris aigus. L'interne de garde accourt, et constate une fracture siégeant à trois travers de doigt de l'extrémité inférieure du fémur. Il place l'appareil ordinaire des fractures de cuisse.

Le lendemain, à la visite, je défais l'appareil; je constate de nouveau avec mes internes, MM. Marcé et Bucquoy, les signes non douteux d'une fracture sus-condylienne, déjà reconnue la veille par M. Surmay, interne fort distingué. Nous constatons de plus qu'à cinq travers de doigt à peu près, au-dessus de la ligne articulaire, se trouve une tumeur osseuse ayant les apparences d'un gros fragment de l'extrémité inférieure du fémur, détaché du reste de l'os et jouissant d'une assez grande mobilité.

Il y avait peut-être quelque irréflexion de notre part à caractériser de fragment du fémur une portion osseuse aussi considérable, puisque nous aurions dû trouver dans cette supposition le trou que devait laisser le déplacement d'une pièce aussi volumineuse. Mais si l'on considère que la crépitation très-large (en sac de noix), suivant une expression reçue, nous conduisait à penser qu'il y avait une espèce d'écrasement de l'extrémité inférieure du fémur, que l'articulation du genou était le siége d'un épanchement considérable, et qu'enfin une circonstance complétement ignorée jusqu'alors, et qui ne nous a été révélée que plus tard, nous conduisait fatalement à l'erreur, on comprendra qu'il nous eût été difficile de l'éviter.

Voyant que la fracture ne présentait du reste aucune tendance au déplacement, nous appliquons l'appareil ordinaire des fractures de cuisse.

Lorsqu'au quinzième jour de la fracture nous examinâmes de nouveau l'état des parties, nous ne fûmes pas peu surpris de trouver cette tumeur osseuse, mollette, qui, à la manière d'un énorme sésamoïde, pouvait être mise en mouvement sur la face interne du fémur. C'est alors seulement que le malade nous apprend qu'il porte cette tumeur depuis longues années, qu'il nous produit même un certificat de médecin des hôpitaux attestant sans autres détails l'existence de la tumeur. Seulement elle n'était pas mobile.

Tout alors devient clair pour nous, et, lorsqu'au bout de cinq semaines nous trouvons à côté du fémur entièrement consolidé et dont l'accroissement de volume en cet endroit annonce que le travail de consolidation est récemment formé, nous n'hésitons plus à dire qu'il y a eu chez cet homme fracture simultanée du fémur et du pédicule de la tumeur osseuse devenue mobile.

Cette tumeur conservant encore de la mobilité, une déduction pratique se présente à nous, celle de lui conserver ce caractère d'isolement qu'elle a acquis accidentellement, afin de l'utiliser plus tard dans un but thérapeutique.

Pendant huit ou dix jours, sous l'influence de mouvements quotidiennement reproduits et d'une fracture nouvelle très-distinctement provoquée par nos efforts dans le pédicule de la tumeur qui avait repris racine, nous parvenons à maintenir sa mobilité. Nous cherchons au moyen de sondes et de compresses à la retenir à distance de son lieu d'implantation. Mais enfin, malgré nos efforts de chaque jour, elle finit par se réimplanter d'une manière tellement solide que toute idée de persévérer dans le plan primitivement conçu nous est bientôt enlevée.

NOTE SUR UN CALCUL INTESTINAL ayant perforé l'appendice iléo-cœcal et déterminé une péritonite mortelle.

Par M. le docteur L. V. Marcé.

Un jeune homme de vingt-trois ans, tailleur de profession, jouissant habituellement d'une bonne santé, à part un peu de constipation, offrit tout d'un coup, à la suite d'un exercice un peu prolongé (il avait dansé toute une soirée avec animation), une vive douleur à la fosse iliaque droite, qui s'accompagna de frisson et d'un mouvement fébrile assez prononcé. Le lendemain, des symptômes non douteux de péritonite se manifestèrent; le ventre devint ballonné et douloureux dans toute son étendue; les vomissements survinrent; la figure se grippa; le pouls, d'abord plein et résistant, devint faible et misérable, sans perdre de son accélération.

Malgré le traitement anti-phlogistique le plus énergique, le malade succomba le douzième jour, après avoir offert pendant les trois derniers jours quelques symptômes d'une occlusion intestinale incomplète. Et en effet, l'intestin grêle, distendu par des gaz, avait acquis un développement énorme; les vomissements avaient pris la couleur et l'odeur des matières intestinales, et les selles étaient devenues plus rares.

A l'autopsie, faite en présence de M. le docteur Doin, j'ai trouvé une péritonite pseudo-membraneuse généralisée. Mais dans la fosse iliaque droite les lésions étaient beaucoup plus caractérisées. Le cœcum était recouvert et bridé par des fausses membranes encore molles et récentes, et de là partaient des fusées purulentes sous-péritonéales, que l'on pouvait suivre jusque dans le petit bassin. L'appendice iléo-cœcal ne put être retrouvé que par une dissection attentive, au milieu des fausses membranes qui le recouvraient; il n'avait plus qu'un centimètre de longueur, était perforé à son extrémité. Une sonde, introduite par la cavité du cœcum, pouvait facilement traverser la solution de continuité, en écartant toutefois quelques produits plastiques qui l'obturaient incomplétement.

Enfin nous trouvâmes au niveau de l'appendice, mais libre dans la cavité péritonéale, un corps étranger de couleur brunâtre, tout à fait analogue par son volume et sa forme à un noyau de prune, pour lequel je le pris tout d'abord; mais en l'examinant de plus près, et le coupant par son milieu avec un scalpel, je constatai qu'il était friable, sans noyau central, composé de couches concentriques d'autant plus molles qu'elles étaient plus extérieures, et ayant l'aspect de lamelles très-minces, les unes grises, les autres brunâtres.

L'analyse chimique du calcul, faite dans le laboratoire de M. Pelouze, y a fait reconnaître l'existence des principes suivants :

1° Une substance grasse, huileuse, d'une odeur infecte, et soluble dans l'éther;
2° Une matière organique indéterminée;
3° De l'oxalate de chaux;
4° Du phosphate de chaux.

L'absence de cholestérine indique d'une manière bien positive que ce calcul ne venait pas des voies biliaires; il s'est formé et s'est développé dans la cavité intestinale elle-même, comme les bézoards, dont il se rapproche singulièrement par sa composition. Les observations de calculs de cette nature ayant perforé l'appendice iléo-cœcal et déterminé une péritonite mortelle, sont d'ailleurs assez rares dans la science pour que ce fait mérite d'être signalé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er avril 1857. — Présidence de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Absence du vagin. — M. DESORMEAUX présente une femme de trente-quatre ans, qui présentait dans sa jeunesse une absence complète du vagin. A. Bérard, pour remédier aux accidents qui se reproduisaient à chaque époque menstruelle, lui pratiqua une opération qui consistait à creuser un canal depuis la vulve jusqu'à l'utérus. Parvenu à une petite distance du col utérin, il s'arrêta, laissant une petite épaisseur de tissu qu'il comptait inciser quand elle serait distendue par le sang des règles; mais la malade sortit de l'hôpital avant d'être complétement guérie.

Elle est revenue consulter à cause des douleurs violentes qu'elle éprouve chaque mois pendant quinze jours ou trois semaines, et qui n'ont été calmées que par une hématurie mensuelle qui a eu lieu pendant dix-huit mois, mais a disparu pour ne revenir qu'à de grands intervalles.

Le vagin qui a été creusé autrefois conserve ses dimensions; il est tapissé par une membrane rose, d'un aspect semblable à la muqueuse vaginale, mais lisse et sans ride; il se termine par une cloison sur laquelle le doigt sent une bride antéro-postérieure, que le spéculum permet d'apercevoir distinctement. Le toucher par le rectum fait reconnaître la présence d'un utérus assez bien conformé, un peu plus gros qu'à l'état normal chez une femme qui n'a pas eu d'enfants. Une sonde introduite dans la vessie, et dirigée d'avant en arrière, trouve assez facilement une ouverture qui lui permet d'arriver dans une cavité où se trouve le col de l'utérus.

M. Desormeaux se propose de compléter plus tard l'histoire de cette malade.

Tumeurs fibreuses sous-cutanées. — M. CHASSAIGNAC présente un malade affecté de tumeurs sous-cutanées très-nombreuses.

M. LENOIR a eu l'occasion d'examiner un malade qui avait, sous la peau, des centaines de tumeurs analogues à celles du malade de M. Chassaignac, il pense que dans les deux cas ces tumeurs sont de nature fibro-plastique.

l'on a observé à Paris après la désastreuse campagne de 1814, s'était développé dans ce corps sur le navire qui le ramenait en France, et sur lequel, au lieu de séjourner huit ou dix jours, comme cela a lieu dans les temps ordinaires, le régiment avait dû rester renfermé pendant cinquante jours à cause du mauvais état de la mer. Rentrés en France, les militaires qui en faisaient partie rapportèrent avec eux le germe de la maladie, qui, après leur arrivée à Paris, éclata avec une nouvelle violence. En moins de quatre mois, plus de soixante cas de la maladie furent observés et recueillis à l'hôpital militaire d'instruction et de perfectionnement, et M. Godelier en fit la base d'un mémoire qu'il présenta à l'Académie.

Peut-être ne sommes-nous pas tout à fait de l'avis du savant professeur, lorsqu'il affirme que le typhus qu'il a observé là dans toute sa pureté, et qui est identique au *typhus fever*, diffère spécifiquement de la fièvre typhoïde. Pour nous, qui partageons complétement sur ce point les opinions de notre habile et bien-aimé maître le professeur Rostan, le typhus et la fièvre typhoïde ne sont que des degrés d'intensité différents de la même affection; mais nous ne pourrons que nous rallier à sa manière de voir lorsqu'il essaye de démontrer la propriété contagieuse du typhus, et nous donnerons notre pleine et entière approbation à M. Figuier lorsqu'il écrit, en terminant cet article, où l'on retrouve le médecin auquel l'étude approfondie des sciences accessoires n'a pu faire oublier, comme il arrive si souvent, ses études cliniques premières : « Le parti de la non-contagion a répandu dans la médecine assez d'opinions inexactes et dangereuses pour qu'on ne néglige aucune occasion de signaler ses défaites. Le typhus, au Val-de-Grâce, s'est montré contagieux comme dans les camps; encore un argument de fait à ajouter à la longue liste de ceux qui ont renversé les théories des *non-contagionistes*. »

Ceux de nos confrères qui s'occupent plus spécialement de médecine légale liront avec intérêt un article relatif aux accouchements après la mort, à l'occasion d'un fait qui a produit l'an dernier une assez vive sensation dans le public. A ce propos, M. Figuier a rapporté plusieurs faits d'accouchements posthumes rapportés non-seulement par les auteurs anciens, mais encore par des médecins modernes, et notamment un observé en 1854 à la maison mortuaire de Wurtzbourg, et il conclut, de l'examen approfondi de ces faits, que c'est pendant un état de mort apparente, et non de mort réelle, que la parturition s'est opérée. La mort réelle n'est survenue qu'après l'accouchement.

Les travaux de M. Béchamp sur la production de l'urée, ceux de M. Hiffelsheim sur la cause des battements du cœur, les recherches intéressantes de M. Reynoso sur le curieux poison de Java, le curare, n'ont pas été exposés avec moins de clarté par M. Figuier, qui a fait preuve, dans ces études, d'une instruction aussi variée que profonde, et d'un remarquable esprit critique.

Nous avons principalement insisté sur les points qui touchent à la médecine. Quant aux autres chapitres, nous nous contenterons de dire en deux mots qu'ils comprennent l'exposé raisonné et succinct de toutes les grandes questions scientifiques agitées devant les corps savants et le monde industriel pendant le cours de l'année qui vient de s'écouler : le percement de l'isthme de Suez; les chemins de fer dans les villes; le tunnel sous-marin entre la France et l'Angleterre; les inondations de 1856; les conquêtes de la chimie et de la physique; l'acclimatation d'espèces animales et végétales nouvelles; les maladies de la vigne, du ver à soie, etc.; tous sujets qui préoccupent au plus haut degré les esprits curieux du progrès.

Le premier volume de l'*Année scientifique et industrielle*, auquel nous souhaitons de tout cœur que M. Figuier donne de nombreux successeurs, fera attendre impatiemment le second. Dr A. Foucart.

M. FORGET rappelle que M. Chassaignac a déjà présenté à la Société un fait curieux de généralisation du tissu fibro-plastique ; il pense que le cas actuel est de la même nature.

M. VERNEUIL rappelle un cas de tumeurs sous-cutanées multiples rapporté par M. Goyrand, où les tumeurs étaient cancéreuses. Ici, d'après les symptômes, on ne peut guère admettre que les tumeurs soient du cancer ; mais il faut remarquer que plusieurs d'entre elles se trouvent sur le trajet des nerfs et sont douloureuses, à la manière des névromes. Du reste les névromes sont souvent constitués par du tissu fibro-plastique développé dans l'épaisseur d'un nerf ; on peut donc admettre que les tumeurs en question sont des tumeurs fibro-plastiques développées les unes dans les nerfs, les autres dans le tissu sous-cutané.

M. CLOQUET a souvent vu de ces tumeurs multiples. Un homme, entre autres, en avait de disséminées sur tout le ventre et les membres, qui étaient peut-être moins douloureuses que celles du malade de M. Chassaignac ; elles étaient formées par une enveloppe très-mince renfermant un tissu grisâtre, élastique, analogue à de la tétine de vache. Il voit encore un malade qui a depuis très-longtemps une quarantaine de tumeurs semblables, mais peu douloureuses ; une femme qu'il a soignée en avait beaucoup sur le tronc, mais peu sur les membres. Ces tumeurs, qu'on pourrait prendre pour des tubercules, sont, ordinairement, du cancer, et récidivent très-souvent quand on les enlève.

M. Cloquet pense que les tumeurs présentées par M. Chassaignac sont de nature fibro-plastique, et pourraient bien dépendre d'une cause scrofuleuse.

— M. GIRALDÈS fait observer que, dans la plupart des cas, ces tumeurs multiples doivent être rangées dans la classe des maladies cancéreuses, que ce soit du vrai cancer, du tissu fibro-plastique ou quelqu'un des tissus qu'on désigne sous le nom de faux cancer. Quelquefois cependant ce sont des lipomes ou des tumeurs fibreuses. Il en a vu deux cas ; dans l'un les tumeurs étaient fibreuses, et dans l'autre cancéreuses.

M. Giraldès n'attache pas à la nature des douleurs la même importance que M. Verneuil, comme signe diagnostique. Il a vu un cas de névromes généralisés, où les douleurs étaient d'une toute autre nature et n'étaient pas produites par la pression. Un malade qui mourut d'une autre maladie dans le service de M. Piedagnel, présentait des tumeurs dans tous les nerfs, aussi bien dans les racines postérieures que dans les racines antérieures, et pourtant rien n'avait fait soupçonner l'existence de névromes, qui ne furent reconnus qu'à Clamart, où le cadavre de cet homme servait à répéter des opérations.

M. Giraldès pense que les tumeurs du malade de M. Chassaignac sont de nature fibro-plastique ou cancéreuse.

Syndactylie congéniale. — M. DEGUISE présente une petite fille de sept ans, dont les doigts annulaire et médius gauche sont réunis dans toute leur longueur, et qu'il se propose d'opérer par le procédé de M. Didot (de Liége). La mère de cette enfant présentait également une palme dans toute la longueur de deux doigts de la main droite ; le grand-père en présentait une à la main gauche et une au pied droit ; enfin, la grand'mère paternelle en présentait une à la main droite et une au pied gauche.

M. GIRALDÈS objecte au procédé de M. Didot, qu'il n'est bon qu'à condition d'obtenir la réunion immédiate, car si l'inflammation se déclare dans les lambeaux, ils peuvent se détacher et tomber en gangrène. Il donne la préférence à un procédé qu'il a employé aux Enfants-Trouvés. Lorsqu'il a pris le service de cet hospice, il y a trouvé une petite fille qui avait quatre doigts palmés. M. Jarjavay avait passé à la base des membranes interdigitales, des anneaux métalliques, dans l'intention sans doute d'obtenir la cicatrisation de ce point qui répondait à la commissure, avant de diviser le reste de l'adhérence. Mais la cicatrisation ne se fit pas, et le corps étranger ne faisait qu'entretenir la suppuration. M. Giraldès abandonna donc ce procédé, et eut recours à l'écrasement. Pour cela il fit construire une pince qu'il appliqua sur les membranes, et dont il serra les branches au moyen d'une vis jusqu'à ce que la membrane fût coupée. Au moyen de cette division, les doigts se sont trouvés séparés, et se sont cicatrisés isolément presque jusqu'à la commissure.

M. VERNEUIL rapporte un procédé analogue à celui de M. Giraldès, que M. Maisonneuve employa avec succès sur un enfant dont les quatre derniers doigts des deux mains étaient palmés. Ce chirurgien comprima les membranes interdigitales dans une pince formée de deux tiges rectilignes, rapprochées par deux vis de rappel ; l'une de ces vis traversait la membrane au-devant de la commissure, pour aller d'une branche à l'autre, tandis que la seconde vis passait au delà du bord libre de cette membrane. La pression fut augmentée chaque jour jusqu'à la division complète des palmatures, par un mécanisme entièrement semblable à celui de l'entérotome.

M. Verneuil, qui a publié sur ce sujet un savant mémoire dans la *Revue thérapeutique médico-chirurgicale* de 1856, examine ensuite les différentes méthodes opératoires proposées pour détruire les palmatures des doigts. Il trouve que M. Giraldès n'a pas rendu justice au procédé de M. Didot, qui a déjà été exécuté trois fois, et n'a jamais été suivi d'accidents. Ce procédé a le grand avantage de faire que les doigts après l'opération se répondent par des surfaces garnies d'épiderme. La section simple de l'adhérence qui a réussi entre les mains de M. Follin, est avantageuse lorsque la membrane interdigitale est assez large pour permettre la réunion des téguments, au moins sur l'un des doigts. Lorsque cette condition ne peut être remplie, il n'y a pas à compter sur les différents moyens proposés pour empêcher la réunion, tels que les anneaux de métal, les lames ou les fils de plomb interposés entre les surfaces saignantes, les bandes ou les courroies passant entre les doigts et fixées à des bracelets. Constamment les bourgeons charnus chassent ces corps étrangers, ou bien la cicatrice, prenant un point d'appui sur eux, fléchit et entraîne les parties voisines, de sorte que la main reste complétement difforme. Les meilleurs procédés en général sont le procédé de M. Velpeau, fondé sur le principe de l'interruption de la ligne des bourgeons charnus, et celui de Zeller, qui consiste à tailler un lambeau triangulaire sur la face dorsale pour le ramener vers la face palmaire de la main dans l'intervalle des doigts et former ainsi une commissure.

M. GIRALDÈS répond à ce qu'a dit en commençant M. Verneuil, que le procédé qu'il a employé diffère essentiellement de celui de M. Maisonneuve, d'abord par son instrument, dont la forme se rapproche de celle de la pince de Liston, avec des bords mousses au lieu de tranchants, pour diviser par écrasement, et une vis de rappel pour rapprocher les branches. En outre, au lieu d'opérer la division en plusieurs jours, comme avec l'entérotome, il l'a obtenue en vingt minutes environ.

M. VERNEUIL convient qu'il n'avait pas bien compris le procédé de M. Giraldès, qui rentre dans la méthode de l'écrasement linéaire.

M. LARREY. Je crois devoir dire, ou plutôt rappeler à la Société que M. Heurteloup a adressé à l'Académie un mémoire sur une méthode générale de section des tissus, qu'il appelle *section mousse*, et dont l'application offrirait de l'analogie avec le moyen employé par M. Giraldès, ou même avec le procédé expliqué par M. Verneuil. Mais il diffère de l'*écrasement linéaire*, préconisé par M. Chassaignac.

Le moyen imaginé par M. Heurteloup, qui d'ailleurs ne paraît plus y attacher d'importance aujourd'hui, consiste en deux cylindres métalliques, plats, assez épais, mais un peu amincis sur le côté mis en rapport avec les tissus à diviser. Une force de pression mécanique très-considérable resserre graduellement ces deux cylindres l'un contre l'autre, en entamant les parties intermédiaires. Leur section s'opère d'une façon très-nette, tout à fait linéaire, sans hémorrhagie, sans perte de substance, et avec rapprochement ou réunion au contact des bords de la peau, mais aussi avec une attrition profonde des tissus divisés, et des chances d'accidents secondaires.

Il n'est pas permis de prévoir encore les résultats de ce mode opératoire, soumis aujourd'hui à l'expérimentation, mais on peut présumer qu'il serait applicable à certaines conditions pathologiques, telles que la section des palmes interdigitales.

M. DEMARQUAY a souvent vu faire par Blandin des opérations d'autoplastie pour détruire l'adhérence des doigts. Lorsque l'autoplastie réussissait, le résultat était satisfaisant.

M. HUGUIER pense que le procédé doit varier suivant l'étendue de la palmature. Si la membrane est très-large, et surtout si elle ne s'étend qu'à la moitié de la longueur des doigts, l'incision simple peut suffire. Dans un cas de ce genre, M. Huguier a pu réunir, avec succès, les bords de la peau sur le côté de chaque doigt. Si, du reste, les lèvres de la plaie avaient de la peine à s'affronter, on pourrait leur donner de la liberté au moyen d'une incision faite sur le côté opposé.

M. DEGUISE pense que M. Giraldès a été un peu sévère pour le procédé de M. Didot, et qu'il a exagéré la difficulté de disséquer la peau avec assez de tissu sous-jacent pour ne pas craindre la gangrène. Sur la malade qu'il doit opérer, M. Deguise fait observer que les deux phalanges unguéales sont tellement accolées qu'il serait peut-être impossible d'appliquer entre elles un instrument qui agisse par pression, sans causer une contusion violente des téguments, et peut-être du périoste.

M. GIRALDÈS déclare qu'il ne repousse pas le procédé Didot lorsqu'il y a assez de peau pour former les lambeaux ; mais il ne voit pas comment on pourrait en tailler au niveau des phalanges unguéales. Chez la malade qu'il a opérée, le contact était intime entre les deux doigts, et il a pu cependant appliquer son instrument.

M. DEGUISE répond que, pour la réussite du procédé de M. Didot, il suffit qu'un seul des deux doigts soit recouvert par la peau, et que cela n'est même pas nécessaire au niveau de l'ongle.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. VERNEUIL, à propos du procès-verbal, demande à donner quelques explications sur un des derniers procès-verbaux.

M. Boinet présenta, le mois passé, une enfant affectée d'anus vulvaire congénital, et une discussion intéressante s'ensuivit. M. Verneuil, après avoir condamné les ponctions et les incisions périnéales pratiquées à l'aventure, ajouta qu'il n'y avait de chances de guérison qu'en soudant la paroi intestinale à la peau de la région anale, c'est-à-dire en observant ce grand principe anaplastique de l'opposition des membranes recouvertes d'épithélium dans les cas où l'on veut obtenir des ouvertures permanentes.

En faisant allusion aux insuccès à peu près constants des procédés anciens, M. Verneuil dit explicitement qu'on avait déjà réussi par les procédés anaplastiques, et il dit : « *Notre collègue M. Goyrand (d'Aix) a beaucoup insisté sur ce point, et il a montré, par des faits, la valeur du principe.* » Ce petit passage incident a été omis dans le procès-verbal de la séance. M. Verneuil désire beaucoup que cette lacune soit remplie, parce qu'il connaissait très-bien le travail de M. Goyrand, et qu'il désire avant tout que chacun retrouve son bien.

Certainement le grand mérite chirurgical de notre confrère d'Aix ne serait pas beaucoup diminué par cette omission ; mais il importe cependant, dans l'intérêt de la vérité et de la science, que son intéressant travail soit connu, et que personne ne se donne la peine à l'avenir de réinventer le procédé en question.

En disant qu'il faut souder la muqueuse à la peau, il ne faudrait pas croire que la suture ne doit comprendre que la tunique intestinale interne ; dans un langage rigoureux, il est préférable de dire qu'il convient de réunir l'intestin au tégument.

M. Verneuil est presque satisfait de l'omission qui a eu lieu au procès-verbal, si elle a été pour quelque chose dans la très-intéressante note que M. Goyrand a adressée à la Société sur ce sujet.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Piachaud (de Genève) adresse, pour obtenir le titre de membre correspondant, une série d'observations suivies de considérations sur divers points de la pathologie externe.

Commission : MM. Larrey, Lenoir, Gosselin.

— M. le docteur Arlaud, chirurgien en chef de la marine à Rochefort, qui avait déjà précédemment envoyé des travaux pour obtenir le titre de membre correspondant, adresse, outre une observation intéressante de plaie de la verge, un mémoire sur quelques particularités anatomiques qui peuvent compliquer l'opération du débridement dans les hernies inguinales et crurales : sur une hernie inguinale sus-pubienne, et sur la conduite à tenir dans les cas d'épiplocèle irréductible.

Commission : MM. Huguier, Giraldès et Verneuil.

— MM. Michon et Monod, membres du jury du concours pour le Bureau central, écrivent pour obtenir un congé.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Étranglement d'une hernie crurale par le collet du sac. — M. VERNEUIL présente une pièce anatomique provenant d'une hernie crurale opérée par lui. Pendant l'opération, il arriva sur l'intestin sans avoir pu distinguer le *fascia cribriformis* ; après l'ouverture du sac, ne pouvant réduire, il fit à l'orifice où siégeait l'étranglement une très-petite incision en haut ; cela suffit pour permettre la réduction.

A la dissection, on ne put trouver de trace du *fascia cribriformis* ; le *septum crurale* était percé, et la hernie sortait par une sorte de boutonnière située entre l'arcade crurale et l'aponévrose du pectiné. On reconnut, en outre, que le collet du sac était seul incisé, et que les couches fibreuses extérieures étaient complétement intactes. L'étranglement était donc uniquement dû au collet, puisqu'il a disparu sans débridement de l'anneau, et que d'ailleurs le *fascia cribriformis*, auquel on l'a souvent attribué, n'existait pas.

Phlegmon profond de la jambe compliqué d'ostéite. — M. MARJOLIN présente une pièce sur laquelle il donne les détails suivants :

Dans la dernière séance, M. Gosselin, en parlant des fractures comminutives compliquées de plaies, disait qu'un des signes caractéristiques de ces fractures était la présence dans les liquides qui s'écoulent par la plaie de gouttelettes semblables à de l'huile et provenant très-certainement du canal médullaire. Quelques membres de la Société, et entre autres M. le professeur Cloquet, ont dit que ce signe n'appartenait pas seulement aux fractures, et qu'on les rencontrait dans quelques hernies et dans les phlegmons gangréneux. C'est à propos de ce fait que je vous présente cette pièce, sur laquelle j'aurai occasion de revenir plus tard. Elle provient d'un enfant de douze ans, le nommé Ritzinger, entré dans mon service dans le courant de mars pour un phlegmon profond de la jambe accompagné d'ostéite du tibia. La seule ressource de salut qui me restait, l'amputation de la cuisse, me fut refusée par les parents, et l'enfant succomba quelques jours après à la résorption purulente.

L'autopsie du membre nous fit voir le tibia dénudé de son périoste dans presque toute son étendue ; les épiphyses articulaires en partie séparées ; de plus, au milieu de la suppuration qui avait disséqué tous les muscles, on voyait un grand nombre de ces gouttes perlées semblables à des gouttes d'huile.

M. CHASSAIGNAC fait remarquer que l'observation de M. Marjolin confirme ce qu'il a dit de la présence des gouttelettes huileuses dans les plaies où les os sont à nu, sans lésion de continuité.

— La séance est levée à neuf heures.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Follet, médecin directeur de l'asile des aliénés de Saint-Athanase (Finistère), dont il a été le véritable fondateur, vient de mourir dans un âge encore peu avancé. Le matin même du jour de sa mort, M. Follet travaillait à un important ouvrage qui renfermait les résultats comparés de quatre cents nécropsies d'aliénés qu'il avait faites lui-même avec le plus grand soin.

— Hewitson Nicholson, docteur en médecine, inspecteur général des hôpitaux, vient de mourir à l'âge de soixante-neuf ans, à Redhill (Angleterre).

— A propos de la loi sur les jurys d'examen, la *Presse médicale belge* s'exprime en ces termes :

« On sait avec quelle défaveur la loi sur les jurys d'examen, votée par la Chambre des représentants, fut accueillie par tous les hommes qui aiment le développement intellectuel, qui désirent que la Belgique se distingue dans les sciences et les lettres comme elle se distingue dans les arts et dans l'industrie...

» Le vote de cette loi nous avait profondément attristé ; nous ne pouvions nous résigner à croire que des Belges auraient le triste courage de jeter de gaieté de cœur la perturbation dans l'enseignement supérieur, lequel, depuis 1835, n'avait cessé de suivre une marche ascendante, et était devenu, aux yeux de l'étranger, un de nos titres de gloire et de considération. Une dernière espérance nous restait : portant nos regards vers le Sénat, nous nous disions qu'il nous paraissait qu'une assemblée aussi conservatrice ne pouvait se dispenser de rejeter un projet de loi dont les conséquences devaient être déplorables. Notre espoir a été déçu. Au Sénat comme à la Chambre, il s'est trouvé une majorité décidée à sacrifier tout ce qui pouvait être une garantie pour la solidité des études, pour le progrès des sciences et pour la sécurité de la Société. »

— M. le docteur Mattei commencera son cours public d'accouchements le jeudi 23 avril, à deux heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique de la Faculté, et le continuera, à la même heure, les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

Il développera dans ce cours :

1° Les conditions qui précèdent ou accompagnent la maternité, et qui ont une grande influence sur cette fonction ;

2° Toutes les questions qui peuvent intéresser la grossesse (anatomie, physiologie, pathologie, thérapeutique, hygiène, médecine légale) ;

3° L'accouchement physiologique obtenu par les seuls efforts de la nature ou à l'aide des ressources de l'art.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Samalens, né à Pavie (Gers) ; *De la suppression brusque de la menstruation.*

Masson, né à Beaune (Côte-d'Or) ; *De l'occlusion intestinale dans la cavité de l'abdomen, et en particulier de son traitement par l'emploi de la glace.*

LE GÉRANT.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 13 AVRIL 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

La médecine, la chirurgie, l'anatomie et la physiologie ont fourni un ample contingent à cette séance. C'est d'abord M. Baudens, qui dans un mémoire intitulé : *Considérations sur le traitement des blessures à l'armée de Crimée*, après avoir fait connaître quelques particularités intéressantes sur la forme des projectiles de guerre de l'armée russe, et son influence sur le caractère des blessures de nos soldats, rend compte de ses observations sur plusieurs points importants de la chirurgie des camps, et en particulier sur l'inutilité et les inconvénients des débridements des plaies par armes à feu ; sur les bons effets de l'application du froid pour combattre la réaction inflammatoire qui accompagne presque inévitablement ce genre de blessures ; sur les résultats de l'application de ses appareils à fracture, qui ont rendu beaucoup plus rare la nécessité de l'amputation dans les fractures du fémur déterminées par un coup de feu ; enfin sur les nombreux avantages qu'on a retirés en Crimée des résections pour la conservation des membres supérieurs.

C'est ensuite M. le docteur Larcher (de Passy), qui, dans un travail sur l'hypertrophie normale du cœur pendant la grossesse, appelle l'attention des physiologistes sur la loi de coïncidence entre l'hypertrophie du ventricule aortique et celle de l'utérus, et sur l'harmonie qui existe pendant la grossesse entre l'état pléthorique ou polyémique d'une part, d'autre part l'hypertrophie normale et temporaire du cœur, et enfin la force formatrice propre à la femme dans ces mêmes conditions, —et qui fait ressortir ensuite l'importance pathogénique de ces diverses conditions organiques temporaires, quand elles sont fréquemment répétées.

Puis M. L. Corvisart, qui, poursuivant ses recherches sur la digestion, expose dans un mémoire dont le *Compte rendu* ne reproduit qu'un court extrait, le résultat de ses expériences sur l'action physiologique du suc pancréatique et son rôle dans la digestion des aliments azotés.

Ce sont enfin les expériences de M. Gallois sur l'action toxique de l'urée et des urates ; une nouvelle communication de M. Ch. Robin sur l'étude des ostéoplastes au moyen de l'action particulière exercée par la glycérine sur les éléments anatomiques des os frais ; et une nouvelle observation de peau bronzée sans altération des capsules surrénales, présentée par M. Puech. Nous reviendrons sur ces dernières communications, qui ne peuvent, à cause de l'abondance des matières, trouver place dans ce numéro. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De l'emploi du musc dans le traitement de la pneumonie ataxique.

Au n° 24 de notre salle Saint-Bernard, se trouve en ce moment couchée une femme atteinte de pneumonie, à laquelle vous venez de me voir prescrire du musc. Dans l'inflammation du parenchyme pulmonaire, je n'ai pas recours souvent à cet agent thérapeutique, aussi lorsqu'il m'arrive de l'employer, ai-je l'habitude d'exposer mes raisons devant vous.

C'est à M. le professeur Récamier que l'on doit d'avoir précisé l'indication du musc dans la pneumonie ataxique. Et d'abord, qu'est-ce que l'ataxie dans la pneumonie ? Ce n'est pas toujours le désordre nerveux, comme on l'entend communément. L'ataxie suppose un certain trouble dans l'économie et une prédominance extraordinaire des phénomènes nerveux, nullement en rapport avec les lésions du malade. Cet état se remarque surtout par le défaut d'harmonie entre diverses fonctions et les désordres pathologiques locaux et généraux. En un mot, l'ataxie est une modalité dans le système nerveux, en vertu de laquelle ce système témoigne de troubles considérables non légitimés.

Supposez une épidémie de pneumonies légères, la très-grande majorité de ceux qui en seront frappés ne présenteront pas de phénomènes nerveux intenses ; mais qu'un individu — dont l'affection locale n'ait d'ailleurs point d'étendue — vienne à être pris, à la première période de la maladie, d'un violent délire, et le défaut d'harmonie entre la lésion morbide de l'organe respiratoire et les accidents nerveux auxquels elle sert de prétexte, vous apparaîtra de suite. Le pouls, d'une fréquence extrêmement marquée, vous donnera à compter cent vingt battements artériels, et la respiration atteindra une proportion corrélative, de trente-six à quarante par minute. Que le pouls soit à cent soixante, et la respiration sera à soixante ou soixante-dix. Ces derniers désordres sont ici en relation réciproque, bien qu'ils ne se trouvent pas en rapport avec la bénignité de la pneumonie ; mais les choses ne se passent pas toujours de même, et vous rencontrerez parfois un ensemble de symptômes beaucoup plus bizarre encore.

Voici par exemple que notre malade du service des femmes accuse quatre-vingt-quatre pulsations et quatre-vingt-huit respirations par minute ! Dites-moi, est-ce que vous ne trouvez pas, dans ce cas, qu'il y ait défaut d'harmonie entre deux fonctions toujours corrélatives ? De plus, elle a déliré dès le second jour, s'est agitée outre mesure, alors qu'il n'existait qu'un peu de râle crépitant seulement, et a fourni en un mot tous les signes d'une pneumonie ataxique au premier chef.

Le nombre des respirations n'est normalement que le tiers des pulsations, et cependant vous avez pu ce matin compter avec moi chez cette femme quatre-vingt-huit respirations pour quatre-vingt-quatre pulsations. Vous voyez qu'il y a bien évidemment là quelque chose de tout à fait étrange.

Dans quelles circonstances observe-t-on ces désordres ataxiques ? Le plus souvent chez les femmes, car elles sont très-sujettes aux ébranlements nerveux, puis chez les hommes adonnés à la boisson, et en général chez toutes les personnes atteintes d'alcoolisme sévère, de phlegmasies diverses, prises de grands fracas articulaires, mutilées par le couteau tranchant du chirurgien ou affectées de traumatisme quelconque. Vous savez que dans ces derniers cas le délire et le tremblement sont souvent des complications mortelles.

Qu'une importante mutilation soit le fait de la chirurgie ou d'un accident, c'est absolument la même chose ; qu'il arrive une scarlatine ou qu'une variole se déclare, c'est encore de même ; le système nerveux est en proie à une perturbation énorme. Eh bien, dans ces conditions-là, et pour remédier à ces divers troubles ataxiques, le musc est un agent souverain.

N'accordez pas à mes paroles une extension plus grande que celle que je leur veux donner, et n'allez pas, au sortir de cette conférence, vous mettre à prescrire du musc dans les pneumonies, les varioles ou les scarlatines qui s'accompagnent de délire ; vous ne m'auriez pas compris. J'ai dit et je répète que le musc est indiqué dans ces affections, qui, sans avoir d'apparente gravité, servent de prétexte à une exagération de phénomènes nerveux ; il agit comme un merveilleux régulateur.

Du reste, si vous le voulez bien, nous allons distinguer dans la pneumonie plusieurs sortes de délire :

1° Celui qui dépend de l'intensité de la fièvre péri-pneumonique, et qui prouve seulement que le cerveau partage l'excitation fébrile de tous les appareils. Il est peu commun, si ce n'est pendant la nuit, lorsque les malades s'assoupissent. On l'observe ou on peut l'observer dans toutes les maladies aiguës avec fièvre, car il n'a rien de spécial. A coup sûr, un tel délire ne sera pas modifié par le musc, car cet agent est sans puissance contre la fièvre inflammatoire péripneumonique elle-même ;

2° Délire lié à la suppuration du parenchyme pulmonaire, et probablement de même genre que tous les délires produits par les infections purulentes. C'est de celui-là qu'on peut dire avec Hippocrate : *à peripneumonia phrenitis malum.* Il est presque constamment funeste, indépendant de l'étendue de la pneumonie : le musc ne saurait l'atteindre ;

3° Un délire causé par une ou plusieurs complications phlegmasiques, siégeant ailleurs que dans la poitrine, et méconnues du praticien ; ce cas rentre dans la première variété ;

FEUILLETON.

LETTRE SUR LA MÉDECINE ET L'AGRICULTURE.

Navita de ventis, de tauris narrat arator,
Enumerat miles vulnera, pastor oves.
(PROPERCE, liv. II, Élég. 1, v. 43-44.)

Mon bon ami,

Si en vous écrivant je me suis accusé d'être plutôt un homme des champs qu'un savant en médecine, ce n'était pas par fausse modestie ou par orgueil : pour moi, ces deux vices sont tout un.

Je vais aujourd'hui vous parler à la fois le langage de l'agriculture et de la médecine ; puisse cette lettre obtenir votre indulgence accoutumée.

Au temps où les prêtres païens traitaient les malades, ils faisaient l'histoire de chaque maladie, et cette relation, tracée sur des tablettes, restait appendue dans les temples pour servir aux sujets attaqués des mêmes affections. C'était l'époque de la tradition.

En agriculture, il en a été de même jusqu'en ces dernières années. Les écrits de Varron, de Palladius, et, dans des temps plus modernes, ceux d'Olivier de Serres, les anciennes *Maisons rustiques*, le Dictionnaire de Rozier lui-même, traitaient non-seulement de l'agriculture proprement dite, de l'élève des animaux, mais encore de la pêche, de la chasse, de l'arpentage, de la cuisine et de l'art vétérinaire, le tout avec le même esprit et guidé par la seule expérience.

Arthur Young se contenta de prendre le côté économique des questions agricoles, mais en s'appuyant aussi sur la simple observation.

En médecine, à ces premières études ont succédé mille symptômes basés sur mille hypothèses plus ou moins chimériques. Mêmes errements en agriculture, explications hasardées ou absurdes des faits. En ceci, l'agriculture et la médecine ont subi le sort commun, puisque nulle invention humaine n'est à l'abri de la *loquifluence* des grands parleurs.

L'art médical et l'art agricole ont donc une origine semblable, et ces arts ont été créés sans le secours d'aucune science, puisqu'ils étaient d'abord exercés empiriquement, c'est-à-dire d'après la seule expérience; selon Ampère, dans les arts, l'homme *exécute;* dans les sciences, il *connaît ;* de là leur incertitude primitive.

De nos jours, la chimie, la physique, l'anatomie et la physiologie sont venues jeter une vive lumière sur la médecine; et sans vouloir leur attribuer un mérite absolu, nous verrons dans la suite de cet entretien jusqu'à quel point elles ont été utiles.

Quant à l'agriculture, elle est réellement sortie de l'hésitation et du doute. M. de Gasparin, en créant l'agrologie sur les bases des sciences positives aidées de l'agronomie, a fait de ce que Columelle appelait *res rustica* une science des plus sûres, et par conséquent des plus satisfaisantes.

Vous voyez, mon ami, combien les points de contact sont fréquents et intimes entre les deux arts d'abord, et puis entre les deux sciences; je vous ferai voir jusqu'où la médecine et l'agriculture doivent marcher ensemble ; mais à partir de ce point de divergence, elles ne peuvent plus se retrouver qu'à la mort.

Memento quia pulvis es, et in pulverem reverteris.

En agrologie tout est satisfaisant; la raison et le raisonnement y trouvent leur compte. Par exemple, si nous étudions le sol qui sert de support à l'homme et à la plante, son observation nous fournira une infinité de données utiles ; nous verrons que, malgré notre peu de savoir relatif, il nous est possible d'arriver à des explications positives quand nous nous servons de nos connaissances avec mesure et discrétion.

Qu'est-ce que cette terre que nous foulons ? Elle est composée de débris de roches, de détritus de végétaux, etc. ; elle est stérile, peu fertile, ou d'un bon produit.

Rappelez-vous que si elle est insuffisante à nos besoins, *c'est par notre faute ;* tant vaut l'homme, tant vaut la terre; et la plus ingrate, étant traitée convenablement, peut arriver au plus haut degré de fertilité. *A cela, il n'y a pas d'exception.*

J. B. Say définit le sol un immense creuset « où le laboureur verse » ses engrais et ses amendements, leur fait subir les préparations indi- » quées par l'expérience pour les changer en végétaux utiles. »

Une terre étant donnée, il faut étudier *sa valeur agricole* (ceci représente l'opération de l'esprit par laquelle un individu étant donné, le médecin capable reconnaît sa constitution), c'est-à-dire son état de salubrité ou sa position submergée (dans un terrain inondé il ne pousse ni pré, ni bois, ni blé), sa profondeur, son inclinaison, l'étude des météores qui agissent sur lui, sa composition chimique.

La flore locale fournit une infinité de bons renseignements. Les joncs, les roseaux, les plantes cypéracées, annoncent un sol humide; les oxalidées une terre acide; les argiles produisent le tussilage, les prés malsains le colchique et les renoncules. Les labiées sont peu estimées

4° Un délire dépendant plutôt de la malignité de la cause de la pneumonie que de celle-ci. Il se rencontre dans les pneumonies produites par des empoisonnements, soit que le poison appartienne à la matière médicale, soit qu'il consiste dans des miasmes morbifiques venus de l'atmosphère, soit encore qu'il ait été engendré au sein de l'économie. Ici la pneumonie et le délire sont des effets de la même cause. Cela se voit dans les pneumonies qui compliquent les fièvres putrides, la morve aiguë, les empoisonnements par les substances âcres, etc. Le musc n'est pas encore indiqué.

5° Enfin, c'est un *subdelirium* avec défaut d'harmonie entre les différents symptômes et prédominance des accidents nerveux qui sont sans rapport évident avec l'inflammation du poumon. Cet état ataxique s'accroît sous l'influence des antiphlogistiques ou des antimoniaux. Voilà où le musc est appelé à rendre d'éminents services.

Il y a près de quatre-vingts ans que Michel Sarcone réprima victorieusement, à l'aide du musc, le délire et une excitabilité funeste qui se développaient chez quelques-uns de ses malades, dans la terrible épidémie de Naples, dont il nous a laissé la relation si remarquable.

« Quand il y avait menace de délire, dit-il, et qu'il paraissait dans l'ensemble des symptômes une sensibilité manifeste, à laquelle il se joignait de l'insomnie et un trouble extrême dans les affections, les seuls remèdes qui convenaient alors étaient ceux qui pouvaient introduire dans la machine un principe de calme et de repos. Or, on ne peut pas assez louer dans ce cas l'avantage que procurait à nos malades l'emploi des doux calmants et des narcotiques prudemment administrés.

» Tel était surtout le musc odorant, qui jouissait de la plus grande efficacité pour adoucir et réprimer ce principe de sensibilité convulsive qu'on voyait dominer chez quelques-uns à un degré très-éminent. Ceux-ci tombaient d'abord dans un engourdissement agréable et inespéré, puis passaient par degrés au repos, à l'assoupissement, au sommeil; leur pouls acquérait une certaine ondulation régulière; la respiration devenait moins suspirieuse. S'il arrivait quelquefois qu'on n'eût pu éviter le délire, celui-ci ne fut certainement pas aussi véhément qu'il avait menacé de l'être par l'activité des symptômes réunis, ni ne parvint jamais à ces dangereuses extrémités auxquelles il arrivait chez ceux chez lesquels cette drogue, par je ne sais quels préjugés malentendus, ne fut jamais employée ou ne le fut que tard. »

Je vous ai dit en commençant que c'était à Récamier que l'on devait en France les premiers faits d'application du musc dans la pneumonie. Voici comment il y fut amené : Il eut un jour à traiter une femme enceinte de deux mois, affectée d'inflammation du parenchyme pulmonaire remarquable par un caractère apparent de diathèse pléthorique et phlegmasique, rebelle aux émissions sanguines portées le plus loin possible, sans qu'il s'ensuivît la plus légère modération dans les symptômes. Ces symptômes semblaient, au contraire, s'exaspérer sous l'influence des moyens qui les réduisent ordinairement. Le délire survint avec des signes d'adynamie et d'incohérence nerveuse; le musc fut donné, et au bout de deux jours la malade fut exempte de tout danger.

Un autre cas, observé encore par cet habile praticien, appartient à un vieillard pris tout à coup d'une violente pneumonie. Il parut d'abord bien supporter les émissions sanguines, puis soudainement il tomba dans un collapsus extraordinaire avec délire et ataxie. Le musc prescrit d'abord sans succès, on administra quelques cuillerées de café, qui excitèrent un peu l'organisme; après quoi, le musc trouvant son opportunité, le malade, qui semblait voué à une fin prochaine, recouvra promptement la santé.

Dans ces deux cas, les phénomènes *locaux* de la pneumonie ne disparurent que plusieurs semaines après la guérison de l'état général, qui constituait à lui seul toute la gravité.

Ces observations furent bientôt confirmées par trois autres non moins concluantes, qui furent publiées en 1818 sous le patronage de Récamier. Elles ne laissent rien à désirer pour la précision du diagnostic, la spécialité des symptômes généraux dans leurs rapports avec une médication antispasmodique, et le succès immédiat et incontestable de cette médication.

A un certain nombre d'années de là, j'augmentai de plusieurs cas le nombre des succès du musc dans les pneumonies ataxiques.

Ce fut d'abord un homme pris dans un état d'ivresse d'une pneumonie très-aiguë. Saigné plusieurs fois en ville, il entra délirant à l'Hôtel-Dieu, bien que la gravité des phénomènes nerveux ne fût pas suffisamment expliquée par l'intensité de la lésion locale. Les antimoniaux furent sans aucune prise; tous les élèves avaient jugé le cas mortel. Le musc fut prescrit, et le lendemain le malade entrait en convalescence.

Quelque temps après, j'eus encore l'occasion d'employer le musc chez une jeune fille qui, affectée d'une pleuro-péripneumonie médiocrement intense comme lésion pulmonaire, avait vu, sous l'influence des antiphlogistiques et des antimoniaux, s'accroître la susceptibilité nerveuse qu'elle présentait déjà à son entrée à l'hôpital, puis cet état [illegible] changer en un délire violent et ataxique dont le musc triompha rapidement.

Depuis cette époque, l'emploi de cet agent thérapeutique s'est vulgarisé si bien qu'il est devenu aujourd'hui une monnaie courante.

La femme qui est couchée au n° 24 de notre salle Saint-Bernard est privée de sommeil depuis deux nuits. Si demain matin elle n'a point dormi, j'allierai le musc à l'opium, et nous verrons bientôt, je l'espère, les phénomènes morbides se revêtir des formes ordinaires de la pneumonie.

Dans les cas de délire avec malignité ou ataxie et défaillance vitale menaçantes, Sarcone avait déjà conseillé cette association du musc à l'opium. « Je crois, dit-il, nécessaire d'avertir ici que, dans cette espèce de délire, qui était le produit d'une augmentation de sensibilité, loin que l'on pût regarder comme suspect un remède qui dans sa propriété de causer le sommeil paraît recéler celle d'emplir et de charger de sang les viscères de la tête, je puis assurer, au contraire, que c'était dans cette classe de vice l'unique moyen capable de produire et d'exciter le sommeil. C'est pour cette raison que nous fûmes souvent obligés d'avoir recours à l'union de l'opium avec le musc, surtout quand il se joignait à l'excès de sensibilité des veilles fatigantes et opiniâtres. »

Il résulte de ces faits et de la discussion qu'ils ont provoquée que certaines péripneumonies, dont la marche est entravée et aggravée par un état nerveux qui en est jusqu'à un certain point indépendant, se résolvent sans peine, si, après avoir suffisamment déféré à l'indication de la saignée, on sait lever l'obstacle par le moyen thérapeutique qui se trouve alors dans un rapport électif avec la situation du malade. Ce moyen, ici, c'est le musc, dont l'administration, en pareil cas, exige quelques règles indispensables.

On peut en prescrire jusqu'à un gramme et plus par jour, mais à doses filées, comme le dit Récamier, c'est-à-dire en distribuant les vingt grains en cinq pilules, dont une est donnée toutes les heures, et en continuant ainsi jusqu'à ce qu'on obtienne une rémission des accidents, ce qui a lieu ordinairement au bout de huit à dix heures au plus; après quoi, il ne faut plus compter sur les effets, qui sont prompts ou nuls.

Le profond observateur, dont j'ai plusieurs fois cité le nom dans cette leçon, a eu encore à se louer du même médicament dans d'autres phlegmasies que les péripneumonies, lorsque survenait la même complication ataxique; et cela ne doit pas étonner, puisque le musc n'a pas d'action spéciale sur les poumons enflammés.

En somme, et comme conclusion dernière, sachez prescrire le musc à propos, et vous vous en trouverez bien.

DE LA HAUTE UTILITÉ DE LA MÉDICATION ÉVACUANTE

dans le traitement des fièvres des pays chauds, et en particulier de celles d'Afrique, avec des considérations pratiques sur la géographie médicale de cette contrée.

Par M. le Dr PHILIPPE, médecin de l'hôpital militaire de Lille.

La thérapeutique des fièvres d'Algérie est complétement dominée par les spéculations étiologiques qui ont cours parmi les médecins de ce pays depuis une période d'environ vingt-cinq ans. Cette manière de voir exclusive a imprimé un caractère d'uniformité très-remarquable aux traitements employés.

Le sulfate de quinine est presque uniquement opposé aux divers genres de pyrexies. Les autres médications ne jouent qu'un rôle très-accessoire.

C'est pour agrandir le champ de l'indication dans le traitement des pyrexies que je me suis livré aux recherches dont je viens présenter les résultats.

On sait quelles sont les phases qu'ont subies les divers traitements des fièvres d'Afrique.

Une révolution tend à surgir en ce moment en Algérie dans l'étude des fièvres des pays chauds. Cette révolution a tiré sa source de notre contact avec les médecins italiens depuis que nous avons à Rome une armée d'occupation. Pour mon compte particulier, pendant un séjour de quatre ans dans les Etats pontificaux, j'ai cherché à m'éclairer des lumières de la médecine italienne.

La médication évacuante n'est employée généralement en Algérie que comme accessoire, eu égard à l'usage du sulfate de quinine, qui règne en maître dans la thérapeutique d'outre-mer. Les évacuants ne sont regardés que comme des agents mécaniques qui ont la propriété de balayer les saburrhes du tube digestif, de préparer ainsi ces derniers à l'administration de l'anti-périodique. Il y a cependant autre chose qu'une action purement physique : il y a aussi une action dynamique qui influe d'une manière positive sur la vitalité des organes digestifs, sur leur état morbide.

Les anciens médecins, et surtout l'école italienne, avaient proclamé depuis longtemps ces principes, et c'est pour n'avoir pas invoqué les précieux documents qu'ils nous ont laissés qu'on a fait fausse route. On avait oublié que les Baglivi, les Lancisi, les Borsieri, les Valentini, de l'école italienne, les Stoll, les Sydenham, etc., avaient fait de la médication évacuante la base de leurs traitements, qu'ils l'avaient même souvent employée exclusivement dans diverses épidémies de fièvres qui avaient résisté à l'usage de l'écorce du Pérou.

La thérapeutique exclusive suivie en Algérie était sous la dépendance des spéculations étiologiques sur lesquelles se fondaient les médecins pour combattre les fièvres intermittentes. Celles-ci étaient considérées comme produites toujours par un empoisonnement paludéen. Cette influence était pour ainsi dire la seule invoquée; les autres étaient renvoyées au second plan, comme accessoires, telles que la chaleur, les vicissitudes atmosphériques, les transitions brusques de température. Il était cependant facile de s'assurer que les conditions marécageuses ne se retrouvent pas partout en Afrique. Invoquera-t-on, par exemple, cet agent morbifique dans les montagnes escarpées de la Kabylie, dans les sables des Zibâns (pays des oasis)? Ces différentes localités sont à l'abri de l'action des miasmes palustres, et cependant les fièvres intermittentes s'y montrent fréquemment. Pour preuve de ce que j'avance, je pourrais citer Biskra, la plus considérable et la plus riche des oasis du Sahara, que je visitai en 1854.

Dans les autres oasis du désert, nonobstant leur éloignement de toute influence paludéenne, la fièvre sévit aussi avec une certaine intensité et sur une assez grande échelle.

Il y a donc autre chose que ce dernier agent si souvent invoqué comme cause du développement des fièvres dans les pays chauds. L'élément principal et constant qui ne se démeut jamais est la cha-

---

des cultivateurs. Le proverbe dit : « En terrain odorant, ne mets pas » ton argent, etc. »

Certains végétaux ne viennent spontanément que dans de bonnes terres; l'urtica urens, la mercuriale, le mouron, la mâche, le solanum nigrum, les hièbles, etc.

Du reste, ces connaissances agronomiques nous sont indispensables en médecine, pour déterminer la convenance ou l'opportunité des constructions rurales. Sachez que l'homme ne doit pas vivre avec les crapauds et les grenouilles, sous peine d'être frappé de maladie; ce qu'il lui faut, c'est la région des cigales, outre les autres circonstances favorables à son habitation.

Tenez, pendant que nous sommes dehors, voyez ces arbres. L'un est seul; il a toute sa terre, tous ses vents, tout son soleil, comme il est vigoureux! c'est le paysan qui respire l'air à pleins poumons, avec une nourriture saine et suffisante et un travail modéré;

Considérez ces autres plantes en futaie. Ceux du pourtour sont à peu près beaux; mais à mesure que vous pénétrez dans le massif ils deviennent de plus en plus chétifs; au milieu quelques-uns sont morts. Cela ressemble à un quartier de grande ville. Ceux dont les habitations sont exposées à l'air et au soleil se portent bien, les autres sont malingres et maladifs. Il est d'observation constante que les grandes réunions d'hommes ou d'animaux, les plantes trop drues sont mortelles les unes aux autres. Cela semblerait indiquer qu'il y a dans les *circumfusa* des éléments inconnus, dont les quantités sont minimes, quoique indispensables aux êtres vivants. Mais à cela je n'y connais rien, je vous le dis entre nous et bien bas.

Voici donc la médecine et l'agriculture parties du même point, l'*observation*, devenant des arts; puis plus tard, s'établissant sur les bases des connaissances positives, être elles-mêmes des sciences : d'une part, l'agrologie phytologique; d'autre, l'anatomie et la physiologie pathologiques humaines.

Mais arrivées ensemble en ce point elles doivent se séparer; la physique, la chimie, qui changent la nature d'un terrain, et l'agrologie phytologique, qui fait naître des végétaux, n'auront plus rien de commun avec la science humaine.

Chez l'homme, *la vie* va pour lors donner lieu à des manifestations d'un ordre particulier et à des phénomènes très-complexes, qui modifieront son état physiologique et pathologique; là cesseront *toutes* les solidarités médico-agricoles. Si vous voulez le savoir, c'est là où doivent être posées les bornes de l'anatomisme, et où doit commencer le vitalisme. *Cuique suum.*

Bien plus, je ne vous ai parlé jusqu'ici que des végétaux; j'y ajouterais en vain la zootechnie, sans allonger d'une maille la chaîne qui les avait liées.

Vous comprendrez tout le parti que je tire chaque jour de mes observations rurales. Je vois tour à tour les êtres dans leur individualité, puis dans leurs rapprochements divers, pour les séparer quand le moment en est venu. Ces distinctions n'ont rien de spécieux ni de subtil; elles sont naturelles, voilà tout. Elles me permettent de demander aux diverses sciences ce qu'elles peuvent me donner; en agissant discrètement avec chacune d'elles, je trouve une provision de connaissances qui, bien que bornées, suffisent souvent à mes besoins et à ma raison. Je désire que ce langage vous paraisse intelligible et sage; puisse-t-il vous prouver une fois de plus que la nature n'est pas avare de ses secrets pour qui veut l'interroger.

Cette lettre est-elle un hors-d'œuvre comme feuilleton d'un journal de médecine? Je ne le crois pas. Une partie de nos confrères de la campagne se livrent à l'agriculture avec distinction et profit; les autres aiment la géologie et l'agronomie. Il suffit, pour le prouver, d'ouvrir le livre des récompenses accordées au concours universel de Paris; n'est-ce point d'ailleurs le docteur Bixio qui a fondé le *Journal d'agriculture pratique?*

Du reste, nos études nous dirigent sans cesse vers la physique dans son sens étymologique (φυσις, *nature.*)

Je vous demande donc la permission de vous entretenir quelquefois des faits mitoyens à la médecine et à l'agriculture.

Il me reste un regret en vous quittant, c'est d'être forcé de vous redire que si nous manquons du nécessaire, et si la loi de Malthus semble devenir une vérité, ce n'est point à la Providence qu'il faut nous en prendre, c'est à nous-mêmes. « La qualité qui fait qu'une chose a de la valeur, c'est son utilité. » (J. B. Say.) Nous semblons pourtant méconnaître ce qu'il y a de plus valeureux en ce monde... la terre... *puisque le sol n'est pas fait.* Dr A. JOUX,

docteur en médecine et en chirurgie, médecin de l'hôpital de la Ferté-Gaucher; agriculteur.

M. le docteur Edmond Langlebert commencera son cours public sur les maladies syphilitiques demain mercredi, à midi, et le continuera à la même heure les lundis, mercredis et vendredis, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

— M. Le Roy-d'Etiolles commencera ses conférences publiques sur l'*uropathie*, et particulièrement sur la *lithotritie* le jeudi 30 avril, à sept heures et demie du soir, au Cercle des sociétés savantes, quai Malaquais, 3, et il le continuera les jeudis suivants à la même heure.

leur. Ses effets sont immanquables et se font remarquer annuellement à époque fixe, dominant les constitutions médicales.

Aussitôt que le thermomètre s'élève sensiblement, on voit apparaître les pyrexies, et leur marche suit toutes les vicissitudes de la température.

Après la chaleur viennent surtout les transitions brusques de température comme causes de fièvres.

Le problème des pyrexies intermittentes est, comme on le voit, très-complexe. La thérapeutique doit donc s'adresser aux diverses manifestations morbides qui constituent les fièvres, et être surtout subordonnée aux différentes indications fournies par l'étude des symptômes.

Le sulfate de quinine échoue souvent quand on l'administre seul. Ainsi il arrive tous les jours qu'en suivant cette méthode exclusive les symptômes disparaissent en partie; les stades de froid et de sueur, par exemple. Le malade, n'éprouvant plus de frisson, dit qu'il n'a plus de fièvre; cependant l'appétit n'est pas revenu, la langue est toujours saburrhale, la bouche est amère; la soif, bien qu'apaisée, existe encore; il y a céphalalgie; le malade, interrogé avec instance, accuse de la chaleur le soir. En un mot, les phénomènes de périodicité sont amendés, mais l'état saburral des premières voies n'a point été amendé. Il en est de même fréquemment dans les cas où l'on a fait précéder l'administration de la quinine de celle d'un vomitif, pratique très-usitée en Algérie, et qui, à mon avis, n'est pas dirigée rationnellement. Ainsi l'on prescrit généralement le sulfate de quinine le soir même du jour de l'administration de l'ipéca stibié. Cette précipitation dans l'usage de deux médications différentes doit nuire réciproquement à leurs effets thérapeutiques, surtout si l'on attribue au vomitif une action autre qu'une action purement mécanique. Il me semble donc beaucoup plus rationnel d'insister davantage d'abord sur les évacuants, et même de s'abstenir du sulfate de quinine si ceux-ci sont reconnus suffisants pour guérir la fièvre. C'est ce que je prouverai plus loin par un grand nombre de faits.

D'ailleurs l'administration incessante du sulfate de quinine, particulièrement dans les récidives et dans les cachexies, offre de grands inconvénients. La stimulation répétée portée par ce médicament sur les organes digestifs les irrite, les digestions deviennent difficiles : d'où défaut d'assimilation, modifications profondes dans la nutrition, qui, en s'ajoutant à l'anémie et aux altérations du sang propres aux fièvres dégénérées, concourent à augmenter les symptômes cachectiques.

Des considérations d'un autre ordre doivent aussi être invoquées pour les indications du traitement. Ainsi les constitutions médicales particulières sont d'une grande importance dans de pareilles appréciations. Les auteurs italiens se sont beaucoup étendus sur ce point. Ils ont relaté des épidémies de fièvres intermittentes dans lesquelles les préparations de quinquina échouaient complétement. Borsieri appuie surtout sur cette considération. Stoll lui-même fait des remarques analogues.

C'est imbu de ces principes que j'ai observé en Italie. Ayant été à la tête d'un service important de fiévreux à Civita-Vecchia et à Rome pendant les années 1851 et 1852 (le nombre de mes malades s'est élevé jusqu'à 149), j'ai cherché à appliquer les préceptes de l'école italienne, que j'ai modifiés depuis, et que je vais exposer comme la dernière formule à laquelle je me suis arrêté.

Lorsque j'ai affaire à une fièvre intermittente simple, j'ordonne l'émétique à la dose d'un décigramme ou de 5 centigrammes, suivant les forces du malade et la gravité de l'affection.

Le lendemain, je prescris la décoction de quinquina (10 grammes de quinquina jaune pour 1 litre d'eau).

Le jour suivant, j'ai recours à un purgatif (45 grammes de sulfate de magnésie ou de soude). La dose est moins forte si l'individu est délicat ou débilité.

Lorsque la fièvre est dissipée ou notablement atténuée, je continue la décoction de quinquina, ou je donne le vin de quinquina.

Cinq ou six jours après le dernier purgatif, j'en prescris un autre aux mêmes doses, et je termine par l'usage des préparations de quinquina.

Il m'est arrivé de remplacer ces derniers médicaments par des tisanes amères (espèces amères, 10 grammes; eau, 1 litre). Ordinairement après le premier vomitif, la fièvre est mitigée; elle cède même quelquefois complétement : cette dernière circonstance n'empêche pas de continuer le mode de traitement sus-mentionné.

Lorsque la fièvre résiste au premier émétique et qu'elle n'a été nullement modifiée, on le renouvelle le lendemain à la même dose, et l'on attend, l'on observe. Si l'on obtient une amélioration marquée dans l'intensité ou la durée de l'accès suivant, on continue la médication ordinaire. Dans le cas contraire, on a recours au sulfate de quinine à la dose de 5 ou 6 décigrammes, répétée trois ou quatre jours de suite, et dont on éloigne l'administration le plus possible de l'invasion de l'accès. On prescrit les préparations de quinquina, et l'on donne un purgatif pour achever la cure.

Souvent, dans les cas légers, deux purgatifs donnés à la distance de deux ou trois jours l'un de l'autre suffisent pour enrayer la fièvre; un seul même de ces médicaments parvient quelquefois à atteindre ce résultat.

Ce dernier moyen (l'administration d'un purgatif) pourrait être employé d'une manière générale comme prophylactique dans les pays chauds, soit au printemps, soit en automne.

Dans les cas graves de fièvres, le sulfate de quinine doit être administré exclusivement; et l'on ne revient aux vomi-purgatifs que lorsque les accidents pernicieux sont entièrement conjurés. Dans ces cas, la quinine sera toujours le médicament héroïque pour lequel les doses seront élevées et données sans relâche.

Dans les fièvres typhoïdes d'Afrique, l'alliance des purgatifs et du sulfate de quinine m'ont paru la médication la plus rationnelle, l'anti-périodique devant avoir toutefois la plus grande part dans ce mode de traitement. Les doses même doivent être poussées très-haut. L'emploi du sulfate de quinine par la méthode endermique, en l'appliquant sur des vésicatoires placés aux extrémités inférieures, m'a rendu de très-grands services, les cas étant assez fréquents dans lesquels ce médicament ne peut être conservé ni par l'estomac ni par le gros intestin.

Dans les rechutes et les récidives des fièvres, la médication évacuante est particulièrement indiquée. Il arrive, par exemple, souvent que la fièvre rechute à l'hôpital même; alors un purgatif suffit souvent pour en faire justice. On revient ensuite aux toniques; c'est une pratique qui m'a réussi maintes fois, et qui d'ailleurs avait déjà été conseillée par Sydenham, Stoll, J. P. Franck. Toutefois, si ce moyen ne suffisait pas, on reviendrait au vomitif, et l'on recommencerait le traitement déjà essayé.

Lorsque la fièvre est compliquée de diarrhée ou de dyssenterie, on peut encore la guérir sans l'administration du sulfate de quinine; et voici comment : le premier jour, on prescrit une potion d'ipécacuanha et de calomel, préparation très-usitée en Afrique (ipéca, 1 gramme; tartre stibié, 5 centigr.). Le lendemain on la renouvelle aux mêmes doses, s'il n'y a pas de contre-indication.

Très-souvent cette médication suffit pour faire justice de la fièvre, et en grande partie de la diarrhée, qu'on combat ensuite par les moyens appropriés. Il est toujours temps d'user du sulfate de quinine, si cette méthode curative vient à échouer. L'ipéca stibié m'a quelquefois réussi, mais avec moins de chances de succès que la médication que je viens de citer.

Dans les récidives multipliées et dans les cachexies, alors que le sulfate de quinine a échoué; que son administration opiniâtre ne peut qu'aggraver les accidents, en provoquant une stimulation incessante dans les organes digestifs, qui nuit à l'assimilation nutritive; dans ces circonstances la méthode évacuante rend les plus grands services, en l'appliquant avec modération et discernement. Elle rétablit les fonctions digestives, et fait une diversion utile aux troubles jetés dans le système nerveux par les accès réitérés des fièvres intermittentes.

Je pourrais citer bon nombre d'individus chez lesquels des pyrexies habituelles existaient depuis six mois, un an, avec les symptômes de cachexie les plus prononcés : anasarque, teinte paille de la face, faiblesse générale poussée jusqu'à l'anémie, dyspepsie. Dans ces cas la méthode que je viens de décrire a réussi maintes fois. Deux vomitifs, même donnés successivement, ont souvent suffi pour guérir.

Cependant, si cette médication exclusive échouait, il y a un autre mode de traitement qui sert très-bien alors : c'est l'alliance des évacuants et du sulfate de quinine employés alternativement. Voici comment cette méthode m'a réussi. Je commençais le traitement comme je l'ai indiqué plus haut. Si la fièvre cédait, je donnais, après les évacuants, le vin de kina et les préparations de fer, et j'observais. Si au bout de huit, dix, douze jours, les accès reparaissaient, je prescrivais le sulfate de quinine à la dose de 6 ou 8 décigrammes, répétée trois ou quatre fois de suite; je revenais ensuite aux purgatifs particulièrement. Deux prescriptions de sel neutre suffisaient ordinairement pour le reste du traitement.

En un mot, il faut savoir varier l'usage des vomitifs, des purgatifs et de la quinine dans une foule de combinaisons différentes qui peuvent se modifier à l'infini. C'est une question de tact et d'habitude. Bien qu'il y eût six ans que j'étudiasse ce genre de traitement, il m'arrivait tous les jours de trouver de nouvelles applications de détail.

Quant aux autres médications, elles ne doivent point être rejetées. Ainsi, la méthode antiphlogistique peut avoir ses indications; les toniques, le quinquina, les préparations de fer sont des adjuvants indispensables dans les récidives et les cachexies. L'opium trouve aussi sa place pour combattre certains accidents nerveux : la céphalalgie, par exemple, qui est souvent très-rebelle. L'union de ce médicament au sulfate de quinine m'a bien réussi en pareille circonstance. La combinaison du fer et du sulfate de quinine trouve son application dans les fièvres anciennes.

Après avoir énuméré les cas où la méthode évacuante est indiquée pour la cure des pyrexies, je dois aussi parler des circonstances dans lesquelles elle est contre-indiquée. Ce sont les cas de débilité profonde des individus affectés de fièvre, surtout chez ceux qui présentent le tempérament nerveux très-développé, tels que les femmes, les enfants; pendant les épidémies de diarrhée et de choléra; chez les personnes qui ont été atteintes depuis peu de ces dernières affections, ou qui sont particulièrement sujettes aux flux intestinaux.

Quant à l'administration des vomi-purgatifs, il faut être en garde contre l'anémie qui pourrait être amenée par un usage intempestif ou trop répété de ces médicaments. Elle doit être en harmonie avec le tempérament, surtout l'idiosyncrasie et la force des sujets. D'ailleurs ce genre de médication est difficile à manier; il demande beaucoup de tact et d'exercice : c'est un long tâtonnement.

De l'énumération que je viens de faire des diverses indications des méthodes de traitement des fièvres d'Algérie et des pays chauds par les évacuants ou par le sulfate de quinine, peut-on inférer les cas où l'une ou l'autre serait plus particulièrement applicable? Y a-t-il des caractères bien tranchés qui différencient les *fièvres à quinquina* des autres fièvres? Je dois avouer ici que ces derniers caractères m'ont paru insaisissables d'une manière absolue, bien que cependant certaines considérations, soit étiologiques, soit symptomatologiques, doivent guider le praticien pour atteindre solution du problème. Ainsi les évacuants sont mieux indiqués dans les contrées où règne l'influence paludéenne; lorsqu'on a à combattre des fièvres à type rémittent. On sait, en effet, que dans ce dernier cas, l'état saburral est très-prononcé, que les voies digestives sont surtout affectées.

Dans les fièvres à type franchement intermittent, l'élément nerveux prédomine davantage; le sulfate de quinine est alors particulièrement applicable. C'est un point pratique sur lequel les médecins italiens sont d'accord, et dont j'ai vu l'application dans les diverses localités d'Afrique et d'Italie où j'ai pratiqué.

C'est ici le lieu de mentionner une influence qui est d'un grand poids pour concourir à la solution du problème difficile des indications thérapeutiques; je veux dire la situation géographique des contrées au milieu desquelles on observe les fièvres intermittentes. Ainsi, les latitudes et surtout les altitudes influent puissamment sur les formes diverses de ces maladies.

En se plaçant à ce point de vue, on peut reconnaître en Algérie trois grandes zones :

1° *La zone du littoral* : (Alger, Oran, Philippeville, Bone, etc.)
2° *La zone des hauts plateaux* : (Batua, Sélif, Milianah, etc.)
3° *La zone des Zibâns* : (Biskra, Boussada, Oasis, etc.)

Sur le littoral, c'est la première forme rémittente qui s'observe le plus souvent, avec prédominance des symptômes gastriques, surtout pendant la période endémo-épidémique. La symptomatologie des fièvres rappelle celle de Rome.

Sur les hauts plateaux, bien que le type rémittent s'observe encore, l'intermittence se dessine beaucoup plus largement : l'élément nerveux prédomine. Les fièvres pernicieuses aussi sont plus communes, l'état saburral beaucoup moins prononcé.

Enfin, sur la ligne des Zibâns, on retrouve le type rémittent comme sur le littoral avec prédominance gastrique.

On comprend quelle influence doit avoir sur le traitement des pyrexies l'appréciation de ces données géographiques.

J'ai été à même de constater ces différences, ayant habité successivement les trois zones décrites. Ainsi à Batua, la médication évacuante, bien que m'ayant rendu des services, m'a été d'une efficacité bien moindre qu'à Bougie et à Djidjeli, qui sont sur la côte. Dans ces deux dernières villes, les vomi-purgatifs ont eu la part la plus grande dans la thérapeutique des fièvres. Lors de l'envoi à ce dernier hôpital des malades de la colonne expéditionnaire de la petite Kabylie, en 1856, je n'ai employé que des doses excessivement faibles de sulfate de quinine. Ainsi il m'est arrivé, les 13 et 14 du mois d'août, de n'avoir pas prescrit un seul décigramme de sulfate de quinine, sur un chiffre de malades s'élevant à 43 et 35. Pendant tout le reste du même mois, les doses n'ont jamais dépassé 3 ou 4 grammes par jour, bien que le nombre des individus atteints de pyrexies ait été jusqu'à 60. Le traitement était basé presque exclusivement sur la médication évacuante, aidée des toniques, d'après les formules indiquées au commencement de ce mémoire.

Cette épidémie pouvait se rattacher à la classe de celles citées par Stoll, Borsieri, etc., dans lesquelles le quinquina avait échoué, et avait dû faire place à la médication évacuante. Cela est si vrai, que l'anti-périodique administré seul échouait généralement au camp, même donné à des doses continues et élevées; particularité qui avait fixé l'attention de MM. les médecins des corps.

On comprend que les trois divisions que je propose pour l'étude géographique de fièvres d'Algérie ne sont pas absolues. Ce sont des bases sur lesquelles on pourra s'étayer dans l'observation de ces maladies. Il est certainement des points intermédiaires à ces différentes zones qui devront être découvertes, et qui apporteront sans doute de nouveaux éléments à l'étude intéressante sur laquelle je tiens surtout à fixer l'attention des praticiens.

Pour revenir au traitement que je cherche à introduire dans la pratique médicale, j'énumérerai les effets avantageux qui en résultent. Ainsi, ils sont signalés par un changement heureux dans l'état morbide des organes digestifs et par leur retour à leurs fonctions normales. L'appétit renaît bientôt; la soif, l'amertume, la sécheresse de la bouche se modifient avantageusement, ainsi que la céphalalgie, qui, comme l'on sait, est un des symptômes les plus constants des fièvres intermittentes des pays chauds. Le facies reprend vite son expression et sa teinte naturelle, ce qui arrive beaucoup plus tardivement lorsqu'on emploie le sulfate de quinine, la face conservant longtemps une teinte jaune-paille qui est caractéristique. Le malade sent un bien être intérieur qu'il se plaît à exprimer. Les symptômes d'intermittence cèdent bientôt, et la convalescence s'établit très promptement, surtout à cause de la manière normale dont s'opère l'assimilation nutritive, à la suite du rétablissement des fonctions de la digestion; dernier effet que n'amène pas aussi vite l'usage de l'anti-périodique.

Les récidives sont moins fréquentes, ainsi que les cachexies. Celles-ci sont combattues bien plus efficacement par cette médication, soit seule, soit combinée avec la quinine, que par l'administration exclusive de cette dernière.

Je puis dire que pendant une période de deux ans de séjour à Djidjeli, je n'ai pas eu un seul cas de cachexie profonde, et que j'ai amené la guérison ou une amélioration sensible de tous ceux que j'ai eu à traiter.

Enfin, il y aurait encore la question économique qui viendrait militer en faveur de ce traitement; la quantité de sulfate de qui-

nine que j'ai employée ayant été extrêmement faible, comme on le verra dans les détails de la statistique que je donnerai plus bas.

De pareils avantages doivent engager à user de cette médication en France, et surtout dans les pays où règnent les fièvres intermittentes endémiquement. Je suis convaincu qu'elle y rendrait de très-grands services.

En Afrique, plusieurs de mes collègues ont suivi cette méthode avec succès. Je pourrais citer M. le médecin-major Thierry de Maupraț, MM. les aides-majors Vigié, Reele.

Une statistique des faits recueillis soit en Italie, soit en Afrique pendant une pratique de six ans, comprenant 518 malades, montre que le nombre des sujets guéris sans l'emploi du sulfate de quinine représente à peu de chose près les deux tiers de ceux qui l'ont été par l'usage de ce médicament; que la proportion est presque identiquement la même pour les fièvres d'Afrique que pour celles de Rome.

La quantité de sulfate de quinine administrée n'a pu être appréciée que pour les cas observés en Algérie. Voici les chiffres :

Malades.	368
Doses de sulfate de quinine. . .	244 grammes.

Le nombre des journées de traitement a été :

De 22 jours pour les fièvres de Rome;

De 13,47 pour celles d'Algérie.

NICE ET LES PHTHISIQUES.

A propos d'un travail sur la phthisie, publié récemment par M. A. Latour, M. le docteur Champouillon vient d'adresser à cet honorable confrère la lettre suivante, que nous nous empressons de reproduire, ainsi que la courte réponse qui y a été faite, nous réservant de revenir incessamment sur l'importante question de l'influence des climats chauds sur la marche de la phthisie, qui a été récemment l'objet de nombreux et intéressants travaux.

A M. Amédée Latour.

Quand il s'agit de phthisie, les médecins militaires, vivant au milieu des tuberculeux, ont droit à la parole. Si je demande à en user aujourd'hui, c'est d'abord pour vous féliciter d'avoir en quelque sorte remis à l'étude le traitement de cette maladie, et ensuite pour discuter la valeur de quelques-uns des moyens thérapeutiques recommandés par M. Fonssagrives et aussi par vous-même.

Vous avez publié récemment un excellent travail dans lequel notre honorable confrère détermine de la manière la plus satisfaisante la mesure suivant laquelle les influences climatériques gouvernent le développement des tubercules pulmonaires. De toutes les influences de cet ordre notées par M. Fonssagrives, celle qui imprime à l'évolution de la phthisie l'essor le plus fatal, c'est l'inconstance habituelle de la température et de l'hygrométrie atmosphériques. Il n'y a pas, en effet, de plus rude épreuve pour les poitrines compromises que les fluctuations incessantes du thermomètre, l'agression subite des vents froids ou le voisinage d'un littoral brumeux.

Il est facile d'entrevoir tout le parti que l'on peut tirer de ces données, soit pour le traitement, soit pour la prophylaxie de la tuberculisation. Le point essentiel, dans ce cas, est d'assigner aux malades une résidence suffisamment garantie contre les caprices du ciel.

« Beaucoup de refuges méridionaux hantés par les poitrinaires trompent leurs espérances et celles de leurs médecins, dit M. Fonssagrives, parce que si la température y est souvent très-douce, elle est en même temps variable et sujette à ces oscillations brusques produites par certains vents que leur intensité ou leur direction rendent très-froids. Si Nice jouit sous ce rapport d'une réputation séculaire, et *qui certes est justifiée*, elle le doit surtout à sa position topographique, etc. »

De ce que la résidence de Nice est recherchée depuis des siècles par les poitrinaires, ce n'est pas là une preuve absolument péremptoire du mérite de cette station. La tradition consacre et perpétue de même bien d'autres préjugés relatifs aux migrations hygiéniques. Mais la génération actuelle règle ses convictions sur d'autres principes; il lui faut la sévère exactitude des documents analytiques et de la vérification expérimentale. Or, pour mon compte, j'ai de sérieux motifs pour considérer le climat de Nice comme étant généralement défavorable aux tuberculeux, du moins pendant l'hiver.

Cette assertion, par sa hardiesse, troublera sans doute les idées de quelques-uns de vos lecteurs, et mon opinion, à coup sûr, ne suffirait point à les dissuader si je ne la fortifiais du témoignage des praticiens les plus compétents dans cette grave question.

Clarke, l'un des premiers, a exprimé l'avis que l'irritabilité est incompatible avec le séjour de Nice, et qu'il faut que la phthisie ne soit pas compliquée d'un état inflammatoire si l'on veut qu'elle ne s'y aggrave pas davantage.

Suivant M. Michel Lévy, Nice ne justifie point la vogue que lui fait la routine.

Cette ville sera toujours préférée, dit M. Barth, par ceux qui voyagent pour se distraire ou se guérir de quelque affection morale. Laissons donc aller à Nice ceux qui s'ennuient plutôt que ceux qui souffrent de la poitrine. C'est aussi l'opinion de Fodéré et de M. Honnoraty.

M. Carrière, qui a étudié avec la plus scrupuleuse attention le climat de l'Italie sous le rapport hygiénique et médical, pense que le séjour de Nice est au-dessous de la renommée qu'on lui a faite et que le vulgaire lui conserve, malgré de nombreuses déceptions. C'est qu'en effet on voit sévir chaque année sur la colonie des phthisiques anglais qui adoptent cette résidence une mortalité décourageante. Toutefois, il est certaines catégories d'affections pulmonaires que M. Carrière adjuge au climat de Nice; telles sont la phthisie scrofuleuse, la bronchite catarrhale, la pleurite chronique avec épanchement, mais à la condition pour les malades de fuir le rivage et de se séquestrer dans les anfractuosités de la campagne. C'est là seulement qu'ils pourront trouver un abri contre la brise, l'humidité et les fougueuses invasions du mistral. Malheureusement la plupart des tuberculeux répugnent à la vie solitaire de ces vallées; ils préfèrent la ville avec ses distractions, et c'est là que la mort les saisit.

En résumé, Nice n'est point une localité à température constante; le jeu périodique des vents de terre et de mer, les contrastes incessants du thermomètre dans le cours d'une même journée, les brouillards fumeux qui s'élèvent des bords du Var et du Paillon, rendent cette station indigne de la prédilection que lui accorde M. Fonssagrives.

L'expérience vous autorise, dites-vous, cher confrère, à recommander les voyages sur mer comme un adjuvant précieux dans le traitement de la phthisie. Je pense comme vous que l'atmosphère maritime constitue par ses qualités un milieu très-salutaire, un moyen thérapeutique à utiliser, mais à la condition, pour le cas présent, de déterminer les limites de latitude entre lesquelles doivent être renfermées ces pérégrinations nautiques. L'itinéraire que vous conseillez aux phthisiques consiste à parcourir la Méditerranée et à faire relâche en Sicile, à Malte, à Smyrne, à Constantinople. Pourquoi prescrivez-vous ces relâches? Est-ce pour permettre aux malades de s'y reposer momentanément des fatigues et des ennuis de la navigation, ou bien entendez-vous qu'ils doivent y résider aussi longtemps que l'exigera l'état de leur santé? Dans ce dernier cas, il y aurait un choix à faire entre ces diverses stations, car elles ne se montrent pas toutes également favorables aux poitrinaires.

On compte en Sicile peu de localités néfastes; il est facile d'y trouver une retraite contre les fluctuations thermométriques exagérées qui ruinent, sous d'autres latitudes, les constitutions dépourvues d'élasticité organique.

J'ai conservé de la Sicile le souvenir d'un climat très-propice à la guérison de la phthisie. Je dois en dire autant de la ville de Smyrne, éparpillée sur les gradins d'un vaste amphithéâtre, où l'on peut choisir son orientation à volonté.

En voyant Malte, dont l'aspect est si propre à nous séduire, on se désole à la pensée que la phthisie y est tout aussi commune parmi les étrangers qu'à Gibraltar, en Angleterre ou au Canada. La douceur du climat serait-elle contre-balancée ici par la densité de la population, par son genre de vie, etc.? Je l'ignore, mais cela paraît assez probable.

Le site de Constantinople est bien la plus merveilleuse chose qui se puisse imaginer; mais néanmoins ce n'est pas le refuge que je conseillerais aux tuberculeux. S'il y a pour ces malades un immense avantage à émigrer vers un climat doux, uniforme, tempéré, cet avantage ils ne le trouveront point à Constantinople, dont le climat est continuellement troublé par les vicissitudes atmosphériques les plus inattendues. Le temps y est fou, comme disent les Turcs. Ce n'est donc pas le gîte qu'il faut pour les poitrinaires.

Vous considérez, cher confrère, la phthisie comme une maladie générale, et vous pensez que l'évolution des tubercules peut être enrayée, que de nouvelles poussées peuvent être prévenues par un séjour prolongé dans les contrées méridionales; c'est aussi mon avis. Mais je subordonne l'éventualité de ces résultats à la condition expresse pour les malades, soit de se résigner à une sorte de navigation nomade sous les latitudes tempérées, soit de se soustraire aux influences pélagiques du continent. C'est pour cela que je leur interdis Constantinople, de même que la *ville* de Nice.

Agréez, etc. Dr Champouillon.

Réponse de M. A. Latour.

Je n'ai que quelques mots à répondre à notre honorable confrère M. le docteur Champouillon, en ce qui concerne les opinions qu'il a la bonté de rappeler. Les relâches ou escales que je conseille dans le voyage méditerranéen n'ont d'autre but que de donner de temps à autre quelques jours de repos à nos voyageurs. Je me garderais bien de leur conseiller le séjour de quelque point que ce soit de la côte méditerranéenne pendant la saison chaude, seule saison où un pareil voyage est possible. A. L.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 avril 1857. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Traitement des blessures à l'armée de Crimée. — M. Baudens lit sur ce sujet un mémoire dont voici un extrait :

Le précepte de porter le bistouri sur les ouvertures d'entrée et de sortie que les balles laissent après leur passage pour opérer le débridement prévalait encore en 1830, quand j'accompagnai l'armée en Algérie. Les maîtres les plus autorisés le recommandaient, afin d'empêcher l'étranglement et de prévenir les accidents qu'il entraîne. Dès les premiers combats livrés à Sidi-Ferruck et à Staouéli, je constatai avec étonnement qu'un grand nombre de plaies qui n'avaient pas été, faute de temps, agrandies par l'instrument tranchant, se guérissaient sans mésaventure, plus vite même que les plaies débridées. En Crimée, je remarquai avec satisfaction que le débridement des plaies ne comptait pas un seul défenseur. Quoiqu'il trouve encore des partisans dans les luttes académiques, il a été repoussé comme une doctrine « inutile et barbare ». C'étaient les termes dont je m'étais servi dans un ouvrage publié en 1836. Quand la plaie est simple, elle guérit d'elle-même, et lorsqu'elle recèle des corps étrangers qui la compliquent, le débridement est encore impuissant par lui-même. Pour arrêter la marche des accidents, il faut enlever les corps étrangers dont la présence agit comme une épine.

Souvent une balle restée dans les chairs résiste aux efforts pour l'extraire; alors il est inutile d'agrandir l'incision de la peau : il faut chercher la cause qui la retient. J'ai reconnu que l'obstacle est dû à la présence d'une lamelle celluleuse, mince et transparente, dont les projectiles se coiffent, par leur action de refoulement à la fin de leur course. Il suffit d'ouvrir ce petit sac, et le plomb en sort aisément.

Les plaies par armes à feu étant essentiellement contuses, déterminent une forte réaction inflammatoire qui réclame souvent une médication énergique. En ce cas, le froid, la glace que j'ai fait entrer dans le traitement des lésions traumatiques, est, à mon avis, le meilleur agent thérapeutique. J'ai, dans de précédentes communications, fait connaître le moyen de l'appliquer et les résultats qu'on en obtient.

Avant la guerre de Crimée, c'était un principe généralement accepté, qu'une fracture du fémur, déterminée par un coup de feu, nécessite l'amputation. Il y a lieu de penser que, grâce à mes nouveaux appareils à fractures, dont j'ai déjà entretenu l'Académie des sciences, on peut en appeler de cette sentence trop absolue. Ces appareils ont l'avantage de conserver au membre sa conformation normale sans le comprimer, de maintenir la fracture dans l'immobilité la plus parfaite par la permanence de l'extension, de la contre-extension et de la coaptation, opérées à l'aide des liens élastiques qui remplacent parfaitement l'action contractile des doigts. En Crimée, à Constantinople, dans les grands services de nos plus habiles médecins, beaucoup de fractures du fémur, déterminées par des projectiles, ont été sauvées par l'emploi de ces appareils. On avait d'abord soin d'extraire les esquilles détachées, dont la présence dans les chairs aurait entretenu une suppuration interminable et souvent mortelle. Après cette extraction, on donnait à la plaie une position déclive pour faciliter l'écoulement du pus, et on laissait la nature agir librement, sans contrainte.

Les amputations de la cuisse sont d'autant plus graves qu'elles se rapprochent davantage du tronc. Jusqu'à présent la désarticulation coxo-fémorale n'a réussi qu'à la condition d'être pratiquée quelque temps après la blessure reçue. Cette remarque est fort importante, car il s'ensuit qu'on peut, qu'on doit même, à mon avis, tenter d'abord la conservation du membre. L'extrémité supérieure du fémur étant presque uniquement formée d'un tissu spongieux, la balle trouve moins de résistance et fait moins de dégâts. On peut donc appliquer là un appareil à fracture; si l'on échoue, il est toujours temps de recourir à l'amputation, puisque dans ce cas, contrairement au précepte général, l'amputation consécutive est préférable à l'amputation immédiate.

Pour les membres supérieurs, on peut éviter très-souvent l'amputation et les conserver, non-seulement par les ablations d'esquilles, mais encore par les résections, procédé opératoire qui donne les plus admirables résultats. Ces résections, je les avais souvent pratiquées sur les champs de bataille, ou conseillées ou expliquées dans des livres, ou dans l'enseignement oral. C'est avec une vive satisfaction que j'ai vu les chirurgiens de Crimée, devenus sobres d'amputations, faire des résections toutes les fois qu'ils pouvaient, au lieu d'emporter le bras en entier. Le vrai triomphe de la résection, c'est quand on la pratique sur la tête de l'humérus. Un officier supérieur, M. Berthier, qui a subi cette opération d'après mon procédé opératoire, est aujourd'hui colonel du 86e régiment, et se sert fort bien de son bras opéré. Un sergent-major, M. Plombin, à qui j'ai fait il y a vingt-trois ans la même opération en Algérie, est actuellement colonel du 1er régiment. Les résections ont l'avantage non-seulement de sauver le membre, mais d'être suivies de guérisons plus certaines. Il faut conserver le plus scrupuleusement possible le périoste; M. Flourens a démontré que cette membrane, qui sécrète le tissu osseux, le régénère si elle est restée en place.

On ne peut pratiquer aussi souvent les résections sur les membres inférieurs, surtout en temps de guerre, où les blessés sont exposés à des transports longs et pénibles. Organe de support, le membre inférieur a plus besoin de solidité que le bras. (Commissaires : MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert (de Lamballe).

Etude des ostéoplastes au moyen de l'action particulière exercée par la glycérine sur les éléments anatomiques des os frais. — M. Ch. Robin communique sur ce sujet une note que nous publierons plus tard.

De l'hypertrophie normale du cœur pendant la grossesse et de son importance pathogénique. — M. le docteur Larcher présente sous ce titre un mémoire dont voici un résumé :

Ce travail se divise en deux parties : la première expose la constatation du fait anatomique, l'hypertrophie normale du ventricule gauche du cœur pendant la gestation et après la parturition, en même temps qu'elle en fait connaître les conséquences physiologiques.

D'après l'auteur, le cœur est normalement hypertrophié dans l'espèce humaine pendant la gestation.

L'épaisseur des parois du ventricule aortique est augmentée d'un quart au moins, d'un tiers au plus; le ventricule droit et les oreillettes conservent leur épaisseur normale; le ventricule gauche seul devient plus épais, plus ferme, et se colore d'un rouge plus vif.

Ainsi formulé, le fait anatomique s'appuie sur plusieurs centaines d'observations soumises au contrôle le plus sévère et le plus éclairé, et la résultante physiologique se traduit à l'auscultation par le bruit de soufflet, constamment perçu dans cette circonstance, à la région précordiale.

L'auteur appelle l'attention des savants sur l'importante loi de coïncidence entre l'hypertrophie du ventricule aortique et celle de l'utérus. Il fait remarquer la parfaite harmonie qui existe pendant la grossesse entre l'état pléthorique ou polyémique, d'une part; d'une autre, l'hypertrophie normale et temporaire du cœur; et, enfin, la force formatrice (*nisus formativus*) propre à la femme dans ces mêmes conditions. Il observe à cette occasion que le ventricule gauche hypertrophié apporte à la fois son contingent d'énergie et dans l'organisme créateur (la mère) et dans l'organisme créé (le fœtus).

Après avoir constaté dans la première partie de son mémoire le fait anatomique, et en avoir fait ressortir les conséquences physiologiques, l'auteur, dans la seconde partie, s'attache à en démontrer l'importance pathogénique. Il voit dans l'hypertrophie normale du cœur pendant la gestation une prédisposition nécessaire aux diverses lésions du centre circulatoire, alors que dans certaines conditions les grossesses sont trop multipliées, trop rapprochées.

Il attribue également à l'état hypertrophique du cœur le caractère de persistance de la bronchite chez les femmes enceintes. Il rapporte à la même cause la gravité et le danger plus considérables de la pneumonie pendant la gestation, et comme conséquence l'aptitude plus prononcée à l'avortement ou à l'accouchement prématuré. C'est également, selon lui, le cœur normalement hypertrophié qui provoque ou favorise dans les mêmes circonstances l'épistaxis, l'hémoptysie, la métrorrhagie, l'hémorrhagie cérébrale.

C'est en poussant le sang artériel vers le produit de la conception que le ventricule gauche tient dans une sorte d'arrêt la tuberculisation pulmonaire, et cela au profit du nouvel être créé. C'est au contraire au profit de l'œuvre de destruction qu'agit le cœur encore hypertrophié après l'accouchement, alors qu'il vient aggraver les phlegmasies intercurrentes. (Commissaires : MM. Flourens, J. Cloquet, Andral.

(La fin au prochain numéro.)

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 45. — JEUDI 16 AVRIL 1857. (30e ANNÉE.) N° 45. — JEUDI 16 AVRIL 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 15 AVRIL 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

La première moitié de la séance a été occupée par la lecture d'un rapport de M. Larrey sur une observation intéressante d'amputation scapulo-humérale, communiquée à l'Académie par M. le docteur Michalski. M. Larrey a fait à cette occasion un inventaire des faits analogues existant dans les annales de l'art, et il a pu en emprunter les plus beaux exemples dans les mémoires de son illustre père.

M. Bouvier a occupé ensuite la tribune jusqu'à la fin de la séance, et il a terminé la lecture de son important travail, qui est comme un nouveau texte à une nouvelle discussion.

M. Guérin se propose de répondre dans la prochaine séance. M. Velpeau a également retenu la parole. Une courte altercation entre ces deux honorables membres a laissé percer le désir, de la part de chacun d'eux, de clore et de résumer la discussion. M. Velpeau fonde cette prétention sur ce qu'il a provoqué lui-même la discussion. M. Guérin réclame ce droit comme auteur du travail qui lui a servi de texte. Le règlement n'a pas prévu cette difficulté; mais d'assez nombreux précédents semblent devoir faire assimiler la position de l'auteur d'un travail qui a donné lieu à une discussion à celle d'un rapporteur, et dans ce cas le droit de résumer la discussion reviendrait à M. Guérin. C'est un point que l'Académie aura peut-être à décider. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

Des déviations de l'utérus (1).

DES VERSIONS OU DES INCLINAISONS.

Antéversion simple. — On admet l'antéversion quand le corps de l'utérus est incliné en avant sans qu'il existe aucune flexion de l'organe. Le col est porté en haut et en arrière, tandis que le corps est renversé en bas et en avant.

Les causes de l'antéversion sont de deux espèces. Les unes sont propres à toutes les espèces de déviations ; ce sont celles que nous avons étudiées en traitant de l'étiologie des déviations en général. Les autres sont spéciales à l'antéversion ; c'est de celles-là seules qu'il sera question ici.

Age. — L'âge exerce manifestement une influence. Cependant MM. Jobert et Huguier ont cité des cas d'antéversion embryonnaire et d'antéversion congéniale. D'après les relevés de Valleix, c'est de dix-neuf à vingt-trois ans que débute en général l'antéversion; le plus grand nombre de cas se trouve entre vingt et vingt-huit ans.

La *constitution*, le *tempérament*, l'*état de santé antérieur* ne paraissent pas avoir exercé d'influence notable sur la production de l'antéversion. Les résultats statistiques n'ont fourni aucun document précis à cet égard.

Accouchements antérieurs. — Valleix donne les résultats statistiques suivants, destinés tout au plus à éclairer la prédisposition : Sur 20 cas qu'il a analysés, 18 femmes avaient eu antérieurement un ou plusieurs accouchements; 12 avaient eu un seul enfant, et 6 plusieurs : dans 2 cas seulement, l'accouchement avait été laborieux. Cette statistique ne nous éclaire pas sur la question beaucoup plus importante de savoir si les premiers symptômes de l'antéversion avaient succédé à l'accouchement ou étaient venus longtemps après.

Avortement. — Sur les vingt malades de M. Valleix, trois avaient eu un avortement, et, chez l'une d'elles, l'antéversion en avait été la conséquence immédiate et évidente. Ce médecin conclut du reste de l'analyse de ses observations que l'accouchement ou l'avortement chez une femme très-jeune peut très-bien être la cause de l'antéversion.

On a considéré comme causes de l'antéversion, la constipation opiniâtre et rebelle; la péritonite aiguë ou chronique, ayant produit des adhérences vicieuses; les pessaires mal appliqués.

Il est d'autres causes plus évidentes, qui sont les suivantes :

Les adhérences du col à la partie postérieure, c'est-à-dire au voisinage du rectum. Le col étant immobilisé, on expliquait ainsi le basculement du corps de l'utérus. Malgré le fait de ce genre rapporté par Mme Boivin, on ne saurait même admettre comme démontrée d'une manière absolue la réalité de cette cause.

Les efforts violents, et spécialement les efforts consistant dans une propulsion du corps d'arrière en avant, ont été considérés comme causes d'antéversion. C'est une idée chimérique plutôt que réelle. Cependant le fait serait fort possible; il s'agirait seulement de le démontrer.

Les excès de coït favorisent beaucoup plus la production de l'antéversion que celle de la rétroversion.

Les engorgements inflammatoires du corps et du col de l'utérus peuvent produire l'antéversion comme ils produisent les autres déviations. On trouve cependant plus spécialement comme cause l'inflammation isolée du col utérin qui, en raison de son poids devenu plus considérable, tend à s'abaisser en même temps qu'il est porté en arrière; et surtout l'inflammation bornée à la paroi antérieure du corps de l'utérus, inflammation dont on trouve un très-bel exemple dans l'ouvrage de MM. Boivin et Dugès.

On possède quelques résultats statistiques qui viennent confirmer ces données. Ainsi M. Ameline, dans sa thèse, signale, sur 12 cas d'antéversion, 9 fois l'engorgement utérin comme cause. La plupart des partisans des déviations primitives ne peuvent eux-mêmes s'empêcher d'admettre la réalité de cette cause; ou du moins ils reconnaissent qu'elle favorise singulièrement la production de l'antéversion.

Symptomatologie. — Si nous cherchons à résumer le tableau des troubles fonctionnels que l'antéversion peut produire, en empruntant la description des auteurs qui ont considéré les symptômes de cette déviation d'une manière générale et sans tenir compte des engorgements inflammatoires que l'utérus, atteint de cette déviation, peut présenter, on devra regarder le tableau suivant comme suffisamment exact.

Le début de l'antéversion est rarement brusque (un seul cas); il est, la plupart du temps, lent et insidieux.

La femme accuse des douleurs dans les aines, les cuisses; la marche est difficile et douloureuse; il y a des envies fréquentes d'uriner, un écoulement leucorrhéique et des troubles digestifs; les malades sentent leurs forces diminuer; elles maigrissent d'une manière notable.

Une fois la maladie confirmée, on observe les phénomènes suivants :

Les malades accusent une douleur utérine spontanée, qui n'a manqué qu'une fois sur 20 cas. Valleix l'a observée 17 fois dans les cuisses, 10 fois à l'hypogastre, et 19 fois elle se propageait en même temps dans les deux cuisses; et, dans ces différentes parties, elle variait d'intensité et de caractère.

Ces douleurs existent presque toujours en même temps ailleurs aussi; elles s'observent dans les reins, au sacrum, au périnée. Ou bien encore elle était caractérisée par une sensation de pesanteur dans le bassin. La marche est pénible, fatigante pour les malades; elle produit des tiraillements dans l'abdomen. Les femmes se fatiguent facilement, et accusent rapidement de la courbature.

La miction était difficile (15 fois sur 19). Les évacuations alvines souvent également rares et difficiles.

La menstruation se présente avec des caractères très-variables : tantôt normale, quelquefois plus abondante; dans d'autres cas, plus rare et plus difficile.

Cet exposé des symptômes est exactement le même que celui qui a été donné pour les déviations considérées d'une manière générale. C'est qu'en effet cette similitude est réelle. Cela tient à ce que dans l'antéversion, comme dans toutes les autres espèces de déviations, les symptômes sont dus aux engorgements inflammatoires concomitants, et que les déviations qui les accompagnent ne les produisent pas, mais ne font que les augmenter et les accentuer davantage. Elles rendent en même temps la maladie plus rebelle et plus tenace que quand elles n'existent pas.

Examen de l'utérus. — 1° L'examen au spéculum a montré *le col utérin toujours plus volumineux*, plus volumineux surtout chez les femmes qui avaient eu plusieurs enfants. Chez 4 malades, il y avait en même temps des granulations du col, et chez une autre des ulcérations. Le col était toujours placé en arrière, et il fallait le faire basculer pour l'examiner.

2° Le toucher vaginal montre toujours le corps en avant, derrière le pubis, et le col en arrière appuyé sur le rectum et correspondant à l'excavation du sacrum. Il était impossible de toucher avec le doigt la face postérieure de l'utérus.

3° Le toucher rectal, souvent inutile, montre le col porté en arrière et à la partie postérieure, dans la concavité du sacrum.

4° Le cathétérisme utérin peut être employé avec quelque utilité. Il permet de constater la mobilité de l'utérus et la possibilité de le redresser. C'est ce qu'il est assez facile de faire, en faisant basculer l'utérus, en ramenant le col en avant, et en faisant agir le bec de la sonde concurremment avec le doigt. On doit cependant observer qu'il est quelquefois utile de commencer par ramener le col en avant avec le doigt, afin de rendre ensuite possible l'introduction du bec de la sonde dans la cavité du col utérin.

La possibilité de redresser l'utérus à l'aide du doigt et de la sonde utérine est une circonstance qui ne manque pas d'importance; elle prouve au moins que la tumeur dont il s'agit est bien l'utérus.

L'antéversion est, d'après Valleix, une cause manifeste de stérilité. C'est un fait parfaitement démontré, suivant lui, et une circonstance qui tendrait à confirmer cette opinion, c'est que beaucoup de femmes n'avaient eu qu'un seul accouchement antérieur, celui probablement auquel on pouvait faire remonter le point de départ de l'antéversion.

Des symptômes généraux viennent presque toujours compliquer l'antéversion. L'embonpoint diminue, le teint est pâle, anémié; une véritable anémie par diminution des globules du sang se développe souvent.

La marche de l'antéversion est constamment progressive avec des instants de rémission et d'exacerbation; sa durée est indéterminée. D'après Valleix, l'antéversion tend constamment à s'accroître, et jamais à guérir spontanément. Quelquefois elle guérit spontanément à l'âge critique. Elle ne se termine jamais par la mort.

On peut répondre aux médecins qui demandent tous les jours si une antéversion considérable peut exister seule et indépendante de toute inflammation chronique et de toute maladie quelconque du col ou du corps de l'utérus : Non, il n'en existe pas une seule observation bien authentique. Toutes les fois qu'on a trouvé cette antéversion portée à un degré considérable, il existait en même temps un engorgement du col ou du corps de l'utérus, ou bien une maladie organique de cet organe.

L'antéversion à un degré médiocre et sans engorgement inflammatoire ou autre de l'utérus ne donne naissance à aucun phénomène morbide, et ne se traduit par aucun symptôme particulier. Seulement, chez les femmes atteintes de cette antéversion, il peut survenir aussi facilement que chez d'autres, plus facilement même, une inflammation chronique du col ou du corps de l'utérus; c'est alors seulement que les symptômes qui se produisent viennent en annoncer l'existence. Ce n'est pas alors l'antéversion qui a produit les congestions ou les inflammations chroniques; non, ce sont ces congestions et ces inflammations qui se sont produites chez les femmes atteintes d'antéversion de l'utérus, aussi facilement, plus facilement peut-être que chez d'autres femmes. On peut donc tout au plus accuser l'antéversion d'avoir favorisé le développement de cette phlegmasie chronique du corps ou du col, sans l'avoir produite d'une manière positive.

Traitement. — On a employé, pour le traitement de l'antéversion, les moyens divers que nous avons étudiés d'une manière générale, en nous occupant du traitement des déviations considérées en masse. Je vais maintenant examiner rapidement les résultats qui ont été obtenus dans le traitement de l'antéversion.

Les diverses espèces de pessaires introduits et placés dans le vagin, après la réduction préalable de l'utérus, ont été très-longtemps employées et le sont encore.

Les pessaires de Gariel, en caoutchouc vulcanisé, introduits dans le cul-de-sac vaginal rétro-utérin, et gonflés après cette introduction, remplissent très-bien cette indication, et refoulent le col en bas et en avant. Quelquefois on emploie des pessaires en bilboquet, pessaires dont la tige va s'attacher en dehors, soit sur une cuirasse vulvaire, soit sur des fils qui sont maintenus au dehors d'une manière continuelle.

En résumé, je crois que les pessaires n'ont aucune efficacité dans l'antéversion, et qu'on peut très-bien se dispenser d'y avoir recours.

Redresseurs utérins. — Nous dirons seulement quelques mots ici des résultats que Valleix pense avoir obtenus à l'aide de son redresseur appliqué à l'antéversion.

Le redresseur a été appliqué pendant un espace de temps qui a varié de quatre à dix jours, moyenne huit jours. Il a été bien

(1) Suite. — Voir les numéros des 24 février, 17 et 24 mars.

supporté dans tous les cas, et n'a jamais produit d'accidents sérieux; seulement, chez deux malades, il a reproduit les symptômes d'une métrite chronique qui avait existé antérieurement, symptômes qui consistent en accélération du pouls, chaleur de la peau, douleurs utérines. Ces accidents cédèrent à l'application de quelques sangsues, et permirent de replacer l'instrument quatre ou cinq jours après. Chez une troisième femme, on a vu une inflammation du tissu cellulaire ambiant.

Sous l'influence du redresseur utérin, on voit en général les règles avancer, devenir plus abondantes, quelquefois au point de constituer une véritable métrorrhagie (deux cas).

Les moyens accessoires conseillés par M. Valleix sont les suivants: En cas de douleurs utérines, les calmants, les narcotiques, et spécialement les vésicatoires morphinés; quelquefois des sangsues, des laxatifs légers, les ferrugineux pour l'anémie concomitante, enfin quelquefois des affusions froides.

La durée du traitement a varié de quinze jours à six mois; la moyenne deux mois et demi, et souvent même il reste après des symptômes généraux qu'il faut combattre. Sur 17 cas, M. Valleix a observé 3 fois des rechutes.

S'il existe des granulations et des ulcérations, elles constituent une complication qu'il faut traiter simultanément par des cautérisations.

(*La suite à un prochain numéro.*)

DES EMPOISONNEMENTS

déterminés par certaines substances alimentaires.

Il est des poisons dont les effets sont des plus délétères, et que cependant nous ne pouvons saisir: tels sont ceux qui existent parfois dans certaines espèces de coquillages, dans quelques champignons, dans des viandes desséchées, etc. Nous voyons bien les accidents les plus graves se développer tout à coup chez des sujets qui en ont fait usage; mais par quel concours de circonstances ces aliments, ordinairement de bonne qualité, sont-ils devenus tout à coup si nuisibles que la mort, et une mort affreuse, est souvent le résultat de leur introduction dans notre économie? C'est ce qu'on n'a expliqué jusqu'à ce jour que par des hypothèses, et les faits qui se produisent sans cesse dans la science ne sont point de nature à nous éclairer.

Un médecin belge, M. le docteur Coppée, lisait dernièrement devant la Société de médecine de Gand une note sur deux cas d'empoisonnement par les moules qui s'étaient présentés dans sa pratique.

Le sujet de la première observation était une jeune fille de vingt-cinq ans, qui, après avoir mangé des moules au mois d'août 1852, se sentit subitement indisposée. Elle éprouva de la céphalalgie, des frissons répétés, des coliques et même une syncope. Le quatrième jour, elle semblait atteinte d'une fièvre muqueuse; le ventre était légèrement météorisé, la langue saburrale; il y avait de la fièvre, lorsque tout à coup il survint une transpiration excessivement abondante. Tous ses vêtements étaient trempés, et on voyait des gouttelettes de sueur ruisseler le long de ses cheveux et de son visage. Des sueurs profuses durèrent cinq jours et furent le signal d'une grande amélioration dans l'état de la malade. Enfin, une infinité de petites taches rouges, sans élevures à la peau, se développèrent d'abord à la poitrine; puis, envahissant toutes les parties du corps, s'accompagnèrent d'une très-vive démangeaison, et se terminèrent au bout de six jours par une légère desquammation de forme pulvérulente.

Une autre personne, qui avait mangé des mêmes moules, éprouva également des symptômes d'empoisonnement, mais elle vomit abondamment, et se trouva ainsi débarrassée de tout accident ultérieur.

La seconde observation a été recueillie sur un jeune homme qui, une demi-heure après avoir mangé des moules crues assaisonnées avec du vinaigre, fut pris d'un violent mal de tête; les yeux étaient rouges et douloureux; il ne pouvait se tenir sur ses jambes, et bientôt ses idées se troublèrent. Au bout de quatre heures, il avait la marche vacillante comme une personne ivre; sa face était d'une pâleur extrême, une sueur froide lui couvrait le front. Le pouls était faible, irrégulier; il y avait tendance à la syncope. Un vomitif et un purgatif furent administrés pour débarrasser le tube digestif de la matière vénéneuse; mais déjà elle était absorbée en partie, et ce malade passa la nuit dans un état de souffrance et d'angoisse inexprimables. La céphalalgie était atroce, le pouls changeait à chaque instant, la peau était froide; le délire était continuel et l'agitation extrême.

Le lendemain, le malade était tombé dans un état de torpeur; les membres inférieurs semblaient paralysés; le fond de la gorge était le siége d'une rougeur semblable à celle qui accompagne la scarlatine. Les accidents se prolongèrent fort longtemps; le malade perdit ses cheveux, et sa convalescence ressembla beaucoup à celle d'une fièvre typhoïde.

M. le docteur Coppée, tout en attribuant ces accidents insolites et fort graves d'ailleurs à l'usage des moules, ne nous apprend point en quoi consiste le principe vénéneux qui se trouvait dans ces mollusques. Il est porté à croire que les moules étaient malades et portaient en elles-mêmes la substance toxique qui a agi d'une manière si fâcheuse. Mais cette maladie, qui l'a constatée? Ces mollusques étaient de très-belle apparence et parfaitement choisis. Sur quoi s'appuie-t-on pour les supposer malades? et quand ils auraient été malades, en effet, croit-on dans cette immense hécatombe d'êtres animés, qui chaque jour passent de vie à trépas pour les besoins de notre estomac, il n'y en a pas des milliers atteints de maladies, et dont la main de l'homme n'a hâté la fin que de quelques instants? Or les accidents déterminés par les moules ont un cachet particulier qui ne se rencontre que chez les gens qui ont mangé ces mollusques, et non chez ceux qui ont fait usage pour leur nourriture d'animaux malades.

Il faut donc en convenir, nous sommes dans une ignorance absolue des causes de cet empoisonnement: malheureusement on peut en dire autant du principe vénéneux que contient aussi quelquefois le champignon. Existe-t-il des espèces vénéneuses, ou bien les champignons alimentaires prennent-ils quelquefois les caractères du champignon vénéneux? Est-ce un insecte qui se loge dans leur parenchyme et cause lui-même des accidents d'empoisonnement? Est-ce un champignon vénéneux qui se développe sur un champignon de bonne qualité? Toutes les hypothèses peuvent se produire, puisque nous sommes sur ce sujet dans l'obscurité la plus profonde.

Nous ne sommes donc point étonné que bon nombre de médecins aient nié qu'un champignon dont la chair est tendre et le goût succulent, contienne jamais un principe toxique. Dans les contrées où ces cryptogames entrent pour une certaine part dans l'alimentation du peuple, la très-grande majorité des gens qui les ramassent et les consomment ne savent pas faire la différence des bons et des mauvais champignons. Ils les mangent tous indistinctement, et les accidents sont néanmoins assez rares chez eux.

Mais voici un fait curieux, et qui vient encore ajouter à notre incertitude sur la source du principe vénéneux qu'on rencontre dans le champignon. Nous le devons à notre excellent confrère et ami, le docteur Leclercq, médecin à Senlis (Oise). Son fils, se promenant un jour avec un de ses amis dans les bois qui avoisinent Paris, fut surpris de le voir ramasser et manger crus tous les champignons qu'il rencontrait, quelle que fût leur espèce. Il chercha à l'empêcher de commettre une pareille imprudence; car, parmi les champignons que ce jeune homme ramassait ainsi, il devait s'en trouver de vénéneux; mais celui-ci le rassura en affirmant que dans son pays on mange indistinctement toutes les espèces de champignons, pourvu qu'ils soient crus, et que jamais il n'en est résulté d'accidents.

M. Leclerc imita son ami et mangea à son exemple quelques-uns de ces cryptogames auxquels auparavant il n'aurait pas osé toucher, et ni l'un ni l'autre ne se repentirent de leur imprudence. Plus tard même, M. Leclerc eut grandement à se féliciter de cette découverte gastronomique, car, se trouvant en Crimée, il eut de nombreuses occasions de la mettre à profit. On sait qu'une des causes principales des souffrances de nos soldats, et des nombreux cas de scorbut qu'on a observés sur cette terre inhospitalière, a consisté dans la privation de légumes frais.

M. Leclerc en souffrait comme les autres, lorsqu'il songea à manger crus la multitude de champignons qui croissaient autour du lieu où il était cantonné. Il les ramassa donc avec soin, les assaisonna avec du vinaigre, et, bien que dans le nombre plusieurs espèces lui parussent très-suspectes, il fit, pendant tout son séjour en Crimée, ainsi que les personnes qui l'entouraient, usage de cette précieuse salade, qui devait paraître délicieuse à des hommes fatigués d'une nourriture presque exclusivement animale. Jamais, assure-t-il, aucun des convives n'en fut incommodé.

Nous savons que, de retour en France, ce jeune homme a été assez imprudent pour manger crus des champignons réputés vénéneux, et qu'il n'en a nullement souffert; mais on ne nous a pas signalé les espèces qu'il a ainsi déglutis, en sorte que l'expérience est, à nos yeux, restée incomplète. Elle sera reprise sans doute, mais nous désirons que ce soit avec plus de prudence et sans compromettre les jours de l'expérimentateur.

Quoi qu'il en soit, il y a dans ce fait une circonstance assez curieuse, et qui nous prouve que nous ne savons à peu près rien sur la production de la substance toxique qui rend parfois si dangereux l'emploi alimentaire des champignons: c'est que M. Leclercq, en mangeant ces cryptogames en salade, a précisément pris le moyen de s'empoisonner plus sûrement s'il avait rencontré des espèces vénéneuses. On sait, en effet, ou plutôt on croit que le vinaigre dissout le principe vénéneux de l'amanite bulbeuse et de la fausse oronge, qui sont les espèces auxquelles on attribue le plus ordinairement les empoisonnements: or, existait-il une méthode plus sûre de conserver à ce poison toute son activité que de l'extraire préalablement de la plante pour l'avaler ensuite, comme l'ont répété sans inconvénient, pendant dix-huit mois, en Crimée, M. Leclerc et bon nombre de ses amis? (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

BLESSURE PAR ARME A FEU.

Par M. le Dr C. Thirion.

Surtout à cause des enfants, les armes à feu devraient toujours être placées en lieu sûr. Les accidents arrivés par ce manque de précaution sont assez fréquents; nous allons en citer un nouvel exemple.

Le 4 janvier dernier, des gamins de quatorze à quinze ans entrant dans une chambre, aperçoivent sur une table des pistolets dont ils s'emparent aussitôt. L'un de ces jeunes garçons, remarquant que le pistolet qu'il avait en main n'était pas muni de capsule, s'empresse d'en ajuster une, qu'il ne tarde pas à faire éclater à l'oreille du nommé K..., pensant seulement l'effrayer. Mais l'arme était chargée, une détonation se fait entendre, et le jeune K... est blessé par une balle derrière l'oreille droite. Appelé pour le soigner, voici ce que je remarquai:

Une seule plaie d'entrée, colorée en noir à son pourtour, régulière, de forme ovalaire, de 16 à 18 millimètres dans son plus grand diamètre, située sur la partie inférieure de la région mastoïdienne vis-à-vis le canal carotidien, à 1 centimètre environ du cartilage de la conque. Une assez faible quantité de sang s'écoulait en nappe de cette plaie. Ne pouvant l'explorer dans toute son étendue avec le doigt, vu la marche irrégulière du projectile, j'employai une sonde d'argent avec laquelle je pus parcourir sans résistance aucune dans la couche de tissu cellulaire sous-cutané un trajet de 5 centimètres environ, se dirigeant sous la paroi inférieure et externe du conduit auditif jusque dans la région massétérine, pris du bord inférieur et externe de l'apophyse zygomato-maxillaire.

Arrivé là, je rencontrai le projectile à un centimètre du conduit auditif externe, immobile et comme enclavé entre deux os. Il n'existait dans tout le trajet de la plaie ni bourre, ni pièces de vêtement, ni esquille d'os.

Cette exploration faite, je cherchai à extraire la balle; mais après plusieurs tentatives dirigées avec le plus de prudence possible, je dus renoncer à cette extraction, et mon confrère Jacques de Lure, appelé en consultation, ne fut pas plus heureux que moi. Voyant l'impossibilité, même le danger de continuer plus longtemps des tentatives pour retirer ce projectile par son ouverture d'entrée, nous fûmes d'avis de pratiquer une contre-ouverture; mais le blessé et son père s'y opposèrent. Nous fûmes donc forcés de laisser le corps étranger dans sa place, avec l'espoir que peut-être il pourrait descendre par la suppuration: sinon, que sa présence ne nuirait en rien. Des applications froides furent faites sur la plaie pour prévenir le gonflement inflammatoire, qui cependant se déclara au bout de vingt-quatre heures; mais il fut facilement réprimé par une application de douze sangsues. Une suppuration franche commença à s'établir vers le sixième jour, sans hémorrhagie ou autre accident. La plaie fut recouverte d'un linge fin fenêtré enduit de cérat, et par-dessus de la charpie et une compresse. Je continuai ce pansement jusqu'au 22 janvier, époque où la plaie fut entièrement cicatrisée. Pendant toute la période de suppuration, le projectile ne s'est nullement ébranlé; il est resté dans sa situation primitive, à proximité de l'artère temporale, où on le voit actuellement faisant saillie sous les téguments sans causer ni douleur ni gêne.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 avril 1857. — Présidence de M. Michel Lévy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet:

1° Une lettre de rappel relative à une classification nosologique des décès, qui a été demandée une première fois le 18 novembre 1856 (M. le secrétaire perpétuel invite M. Guérard, rapporteur de la commission, à hâter son rapport);

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans plusieurs départements en 1856;

3° Un rapport de M. le docteur Marbotier, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Amand (Nord), sur le service médical de ces établissements en 1855 (commission des eaux minérales);

4° Des échantillons d'un nouveau fébrifuge de la composition de M. Volpelière, pharmacien à Arles, et envoyés par M. le docteur Crouzat, de Givors (commission des remèdes secrets).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

M. le docteur Giesler (de Gœttingue) adresse un travail sur les différentes maladies du système muqueux et glandulaire, et sur l'application des vapeurs de chlorure d'ammoniaque dans les maladies des organes respiratoires. (M. Trousseau, rapporteur.)

— M. le docteur Cottin (de Montfort) adresse un mémoire sur la variole et sur les avantages de la vaccine et des revaccinations. (Commission de vaccine.)

— M. Fauvel, médecin sanitaire à Constantinople, adresse une lettre par laquelle il sollicite le titre de membre correspondant de l'Académie.

— M. le Président annonce à l'Académie que M. Duplan, correspondant à Tarbes, est présent à la séance.

RAPPORT.

Amputation scapulo-humérale. — M. H. Larrey lit un rapport sur une observation d'amputation scapulo-humérale avec résection partielle de la clavicule et de l'apophyse coracoïde pour une mutilation compliquée de l'épaule, par M. A. Michalski.

M. Michalski commence par émettre une proposition générale tendant à faire supposer que la désarticulation du membre supérieur est plus redoutable que celle du membre inférieur. M. le rapporteur s'attache de suite à prouver que cette pensée n'a pour elle ni l'opinion des chirurgiens ni l'autorité des faits.

L'amputation du bras dans l'articulation scapulo-humérale, dit M. Larrey, est, par exemple, l'une des opérations les plus heureuses de la chirurgie des armées; elle a été pratiquée par M. Larrey père un grand nombre de fois, et ordinairement avec les résultats les plus favorables. L'amputation de la cuisse dans l'articulation coxo-fémorale est, au contraire, l'opération la plus fatale de toutes celles qui sont faites primitivement sur les champs de bataille; et l'état statistique des faits, depuis l'origine jusqu'à ce jour, le démontre même d'une manière à peu près absolue.

M. Michalski annonce avoir pratiqué deux fois l'amputation scapulo-humérale, et une fois l'amputation coxo-fémorale.

Voici le fait qui est l'objet principal de ce mémoire.

Un employé du chemin de fer du Centre, nommé R..., est renversé le 14 avril 1850 par une locomotive qui lui passe sur le corps. Les médecins appelés immédiatement après l'accident le considèrent comme assez grièvement blessé pour ne pas survivre jusqu'au lendemain. M. Michalski le trouve le lendemain dans l'état suivant:

Une première plaie des parois de la poitrine, du côté gauche, s'étend du milieu de l'espace compris entre le sternum et le creux de

l'aisselle jusqu'au bord axillaire de l'omoplate, avec dilacération des muscles grand et petit pectoral, rupture des vaisseaux et des nerfs axillaires et dénudation de l'articulation scapulo-humérale.

Une seconde plaie contuse de la région mammaire externe, compliquée d'attrition des muscles et de dénudation des côtes, communique avec la première.

La lésion principale siége à la partie supérieure du bras. Des faisceaux antérieurs du muscle deltoïde sont dilacérés. L'humérus est fracturé comminutivement dans son tiers supérieur, et la tête de l'os est broyée dans sa capsule articulaire. L'avant-bras du même côté est cassé dans son tiers inférieur. Une fracture de la clavicule à son tiers externe, avec enfoncement des fragments; une triple fracture de l'omoplate, à son bord axillaire, à son épine et à l'apophyse acromion; un enfoncement des 5e et 6e côtes gauches, annonçant une fracture; un emphysème de la région antérieure et inférieure du thorax, et une infiltration sanguine considérable au niveau des côtes, avec lésion présumée du poumon. Tel est, en définitive, l'ensemble des désordres graves produits par ce terrible accident.

Mais l'état général du blessé n'en éprouve aucune atteinte; son moral est excellent, et il sollicite avec instance telle opération que l'on jugera nécessaire. M. Michalski se décide à pratiquer l'amputation immédiate du membre dans l'articulation scapulo-humérale, d'après le conseil et avec l'assistance de deux de ses confrères, MM. de la Mothe et Boudron, en adaptant le mode d'opération au délabrement des parties.

Après avoir anesthésié le blessé avec le chloroforme, M. Michalski commence par lier l'artère axillaire, il détache ensuite le bras du corps, par la section du deltoïde qui le supportait à peu près seul; il fend la capsule articulaire en suivant le pourtour du hourrelet glénoïdien, et il extrait la tête de l'humérus, sans pouvoir suivre aucun procédé régulier.

Nul écoulement de sang n'a lieu pendant l'opération, et même les vaisseaux ouverts au moment de la blessure ont été tellement écrasés, qu'ils se trouvent oblitérés par l'aplatissement et le refoulement de leurs tuniques. La plaie est régularisée ensuite, et pansée aussi méthodiquement que possible.

Le lendemain et les premiers jours se passent sans accidents, sauf l'infiltration sanguine ecchymotique des parois de la poitrine et de l'abdomen; mais la fièvre traumatique se montre assez intense du côté du cerveau, par du délire; vers les organes digestifs, par quelques troubles fonctionnels; puis à la poitrine, par des symptômes de pneumonie avec persistance de l'épanchement sanguin. La ponction du foyer au-dessous de la sixième côte donne issue à une grande quantité de sang, mais aussi à une hémorrhagie indépendante, dont la source ne peut être découverte, et qui est arrêtée par la compression.

L'état général de l'opéré s'améliore cependant, ainsi que l'état local. La plaie se trouve dans de bonnes conditions et suppure bien; mais la peau d'une partie de l'aisselle destinée à la formation des lambeaux s'est gangrenée, et après quelques jours d'un mieux notable, de nouveaux accidents se déclarent, et l'élimination de l'eschare s'étendant jusqu'au côté correspondant de la poitrine, dénude la plaie dans une grande étendue et lui donne un affreux aspect.

La fièvre diminue enfin sous l'influence du sulfate de quinine; après une recrudescence nouvelle des symptômes réactionnels, la plaie prend un meilleur caractère; des bourgeons charnus s'y développent, et la suppuration de bonne nature diminue progressivement.

Le 1er mai, enfin, l'état de l'opéré s'annonce sous les plus favorables auspices; mais un abcès formé à la région scapulaire de l'épaule donné issue spontanément à une quantité de pus assez abondante, paraissant symptomatique d'une lésion de l'omoplate. M. Michalski procède le 10 mai à une résection partielle et à l'extraction d'une portion de l'acromion fracturé, ainsi que des esquilles de l'épine de l'omoplate.

A la suite de cette triple résection, la fièvre de réaction s'établit dans de bonnes conditions. Après tous les soins nécessaires, après surtout l'emploi prolongé du sulfate de quinine, la convalescence est assurée à la fin de mai, en même temps que la cicatrisation avance de plus en plus.

La guérison s'achève dans la première quinzaine de juin, environ deux mois après l'accident.

M. le rapporteur, à l'occasion de ce fait, rappelle quelques-unes des observations analogues consignées dans les annales de la science, notamment celles de Belchier, de Londres (*Transactions philosophiques*, 1738); de Mussey, de New-York (*Faits pratiques de chirurgie*, 1836); puis il indique quelques-unes des amputations scapulo-humérales compliquées de la résection des os de l'épaule pour des lésions traumatiques qui ont été pratiquées par Larrey son père. Parmi ces observations se trouve celle du colonel d'artillerie Daboville, atteint à la bataille de Wagram par un boulet qui lui emporta une partie du moignon de l'épaule droite en fracassant l'articulation. Les muscles étaient arrachés, deux côtes rompues, l'acromion ainsi que l'extrémité externe de la clavicule brisés en morceaux. La tête de l'humérus, fracturée en trois portions, se trouvait déplacée vers l'aisselle. Le blessé, mourant, fut amputé sans espoir de salut. La plaie était effrayante; elle se cicatrisa cependant au bout de trois mois.

M. Larrey cite enfin huit amputations du bras à l'article pratiquées par lui-même au siége d'Anvers.

En définitive, ajoute M. le rapporteur, l'observation de M. Michalski est un cas rare dont la place sera marquée désormais parmi les lésions traumatiques de l'épaule les plus graves, les plus compliquées, parvenues à la guérison.

En conséquence, la commission propose d'adresser une lettre de remercîments à M. le docteur Michalski, et de déposer son mémoire aux archives.

M. FERRUS ajoute de souvenir quelques détails au récit que M. Larrey vient de faire de l'opération pratiquée par son père sur le colonel Daboville, blessé à la bataille de Wagram; et il rapporte à cette occasion quelques autres faits du même genre qui, joints à l'histoire du colonel, démontrent combien les hommes énergiques peuvent mépriser la douleur, et combien aussi la fermeté de caractère et le calme moral sont des conditions favorables à la guérison des plus graves atteintes que l'économie puisse éprouver.

Les conclusions du rapport de M. Larrey sont mises aux voix et adoptées.

Suite de la discussion sur la méthode sous-cutanée.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la méthode sous-cutanée.

— M. BOUVIER continue son argumentation. Dans la précédente séance, il a entretenu l'Académie des doctrines, des principes de la méthode sous-cutanée; il lui reste à parler des procédés, des applications de cette méthode. Il s'exprime ainsi:

Procédés de la méthode sous-cutanée. — J'ai dit que l'intégrité de la peau vis-à-vis du lieu où l'on opère, constituait le caractère commun du procédé opératoire sous-cutané.

A ce point de vue, les opérations sous-cutanées par excellence seraient celles où l'on diviserait les tissus profonds, sans faire aucune espèce d'ouverture aux téguments.

Il existe en chirurgie des opérations de ce genre, mais on n'agit plus alors par section; on agit par rupture. Tel est le procédé de l'écrasement usité depuis longtemps contre les tumeurs synoviales. La rupture du col difforme, la rupture des ankyloses fausses ou même avec continuité osseuse, sont des opérations analogues. M. Guérin a employé le même procédé dans les courbures rachitiques des enfants.

Dans toutes ces circonstances, on retrouve généralement les suites simples des plaies qu'on peut, avec M. Verneuil, appeler *couvertes*, ou des lésions *non exposées* de Hunter. On bénéficie de tous les avantages de la méthode sous-cutanée, à laquelle ces procédés appartiennent réellement.

Mais je ne sais si l'on pourrait jamais utiliser ce mode de séparation des parties pour la division des muscles et des tendons.

L'emploi de l'instrument tranchant a sur les procédés dont je viens de parler l'avantage de limiter l'action purulente aux tissus à diviser, d'agir sans violence et de ne point produire de froissement, de contusion des parties. Il leur est inférieur en ce point qu'il faut que l'instrument se fraye une voie à travers la peau et les autres enveloppes des organes à diviser.

Ce désavantage du procédé par section disparaîtrait évidemment si l'instrument une fois retiré, l'ouverture se formait aussitôt d'elle-même.

M. Bouvier cite ici, comme exemple, l'opération de la cataracte, et continue: Il est une série d'opérations qui, sans rentrer aussi complétement que l'abaissement du cristallin dans cette seconde catégorie des procédés sous-cutanés, peuvent néanmoins lui être comparées: ce sont les ponctions. Aussi ce genre d'opérations participe-t-il de l'innocuité des plaies hypo-dermiques, et est-il rarement nécessaire d'avoir recours dans ce cas aux procédés sous-cutanés proprement dits, pour prévenir les inconvénients des plaies découvertes.

Puisque la plupart des divisions sous-cutanées, celles des muscles et des tendons en particulier, ne peuvent s'effectuer ni par rupture ni à l'aide d'une simple aiguille à cataracte ou à acupuncture, il faut du moins se rapprocher autant qu'on le peut des conditions avantageuses qu'offre la lésion dans les deux premiers modes opératoires. On y parvient en donnant à la plaie extérieure des dimensions et une situation en rapport avec le but qu'on se propose.

1° Relativement aux dimensions de l'ouverture extérieure, il est clair que ce qui importe le plus, c'est d'obtenir une plaie cutanée qui se ferme dans le plus court espace de temps possible. De là l'indication de se servir de ténotomes exigus, de réduire la lésion de la peau à la plus petite piqûre possible, d'éviter avec soin de l'agrandir en coupant le muscle, de lui donner une direction convenable, de favoriser enfin sa prompte cicatrisation. Tout le monde est d'accord là-dessus.

2° Mais, malgré ces perfectionnements, la plaie cutanée subsiste au moins quelques heures ou même quelques jours; des circonstances particulières peuvent d'ailleurs la tenir plus longtemps ouverte. Il fallait donc aussi lui donner une *situation* qui pût assurer à la plaie profonde, dans cet intervalle, son caractère de *plaie sous-cutanée*. C'est ce que l'on fait, et ce qu'on a toujours fait depuis M. Stromeyer, et même avant lui, en piquant la peau, non sur l'organe à diviser, mais dans son voisinage, auprès ou à une distance quelconque d'un de ses bords.

On a dit dans la lecture du 17 février, que la condition dont je parle n'était pas remplie dans le procédé ordinaire parce que la piqûre était trop rapprochée du muscle ou du tendon. Il en résulterait, a-t-on ajouté, que la plaie tendineuse et la plaie sous-cutanée n'en font qu'une; tandis qu'on les isole, au contraire, si l'on écarte le plus possible la plaie cutanée de la plaie extérieure, au moyen du pli dont il a été tant parlé. Enfin, par l'effet de la communication constante et libre des deux plaies dans le procédé ordinaire, il est presque impossible d'empêcher que la colonne d'air extérieur ne force l'entrée de la plaie cutanée. Là, dit-on, est la clef, le secret des résultats pratiques si différents entre les deux procédés.

Il est très-vrai que plus on pique la peau loin du tendon, plus il y a d'intervalle entre la piqûre et la section tendineuse; mais il n'est pas moins réel que la plaie cutanée et la plaie tendineuse communiquent entre elles, même dans ce cas, par la solution de continuité du tissu cellulaire intermédiaire. Il n'y a là rien de *luté*.

Ce trajet celluleux intermédiaire entre la piqûre cutanée et la section du tendon existe également dans le procédé ordinaire; il est seulement plus court, mais il ne manque jamais.

Quant à la pression atmosphérique, elle n'agit point d'une manière différente dans les deux cas. Tous ceux qui ont pratiqué la ténotomie ordinaire, ou qui l'ont vu pratiquer, savent qu'aussitôt après la section il se produit ce qu'on nomme le *coup de hache*, toutes les fois que l'écartement des bouts est prononcé et le trombus peu abondant; c'est-à-dire que la peau se déprime entre les bouts, s'applique aux parties profondes par la pression de l'atmosphère à sa surface. Personne n'a jamais vu, *après* l'opération, l'air écarter les lèvres de la plaie par sa seule pression, et pénétrer ainsi à travers la piqûre extérieure.

Maintenant, quelle influence peut exercer sur la marche de la plaie le plus ou moins de longueur du trajet parcouru par l'instrument dans le tissu cellulaire sous-cutané? Suivant le mémoire du 17 février, dans le procédé ordinaire on peut attribuer à l'action de l'air les ténotomies suppurées. On vient de voir que le double fait dont il est ici question n'a rien de réel; la conséquence qu'on en tire tombe donc avec ses prémices.

Je crois qu'il reste peu de chose de cette théorie qui s'arrogeait le privilége exclusif d'un procédé vraiment sous-cutané. Cependant un dernier argument a pu faire impression. M. Guérin affirme que son procédé réussit mieux que le procédé ordinaire. Je ferai à cela une première objection. Pendant longtemps l'auteur de la doctrine n'a pas suivi son procédé actuel; il ne l'a jamais suivi exclusivement; je ne crains pas d'affirmer qu'il ne le suit encore aujourd'hui que partiellement. Or M. Guérin n'a pas vu autrefois plus d'accidents, et n'en voit pas actuellement davantage en ayant recours au procédé ordinaire qu'en adoptant le sien propre.

Mais il y a une bonne raison pour que M. Guérin ait dévié et dévie encore sans cesse de la règle qu'il a formulée; c'est qu'il est impossible de l'appliquer dans une foule de cas. S'il revient forcément au procédé vulgaire dans une foule de circonstances, on voit bien que ce n'est pas son procédé à *longue distance* qui met à l'abri des accidents, et que si véritablement il en a moins que les autres on doit en chercher ailleurs la cause. Mais cette opposition entre les résultats de M. Guérin et ceux de tous les autres chirurgiens est-elle réelle?

Il résulte des faits cités ici par M. Bouvier que dans le procédé ordinaire la suppuration est un accident très-rare, ainsi que M. Guérin lui-même l'a reconnu à une autre époque. Maintenant, ajoute-t-il, est-il vrai qu'il n'y ait jamais de suppuration dans les plaies sous-cutanées de la doctrine? On convient de deux exceptions, de deux suppurations après la myotomie, et de deux cas d'accidents inflammatoires enrayés avant la suppuration. Ces faits sont donc en contradiction avec la proposition générale de la doctrine. Il faut convenir néanmoins que sur des milliers de cas ces accidents seraient peut-être en proportion moindre que dans la pratique des autres chirurgiens. Mais il faut y regarder de près avant d'admettre sur de simples affirmations des principes si étroitement liés aux intérêts de la science et de l'humanité. Le mieux dans ce cas est de suspendre son jugement jusqu'à plus ample informé.

Applications de la méthode sous-cutanée. — Tout le monde comprend le sens des mots *empirique, rationnel*; il est moins facile de les comprendre dans la doctrine de 1839, qui les répète souvent. Ainsi, avant elle, tout était empirique dans la méthode sous-cutanée; elle seule a fondé cette méthode et ses applications sur des *données rationnelles*. Les opérateurs ne savaient donc pas pourquoi ils opéraient sous la peau? Cela n'est pas supposable. Si leurs raisons d'opérer étaient différentes que celles de la doctrine, ce n'était pas de l'empirisme.

Les applications de la méthode sous-cutanée peuvent se diviser en celles qui sont relatives à l'orthopédie opératoire et celles qui sont du domaine de la chirurgie générale.

1° *Chirurgie orthopédique.* — On se rappelle l'ardeur qui suivit l'invention de M. Stromeyer, l'extension que chacun s'efforçait de donner aux applications de sa méthode. La doctrine de 1839 prit une grande part à ce mouvement; elle se distingua même par un véritable zèle. Mais nul, je pense, n'accordera à son auteur que ce mouvement lui appartient exclusivement, qu'il en fut en quelque sorte la personnification. Je n'insisterai donc pas là-dessus.

On lit dans le *Bulletin de l'Académie* (p. 374) que la ténotomie huntérienne ralentissait (à cette époque) la marche de la ténotomie *étiologique* de toutes ses incertitudes, de toutes ses appréhensions, de toutes ses oppositions. Je ne sais si cette phrase est une allusion indirecte; mais, en la prenant pour telle, je répondrai que je m'applaudis, pour ma part, d'avoir quelquefois joué un rôle dans ces oppositions. Sans ces oppositions, dont on paraît se plaindre, la myotomie rachidienne, la myotomie coxale, dans les luxations fémorales congénitales et d'autres encore, ne seraient peut-être pas aujourd'hui universellement jugées comme elles le méritent.

Même page (374), il est dit que ces deux ténotomies ont fini par se *séparer* comme deux personnes antipathiques. J'accepte encore cette expression en ce qui me concerne; oui, je ne règle pas les indications de la ténotomie tout à fait de la même manière que la doctrine de 1839.

La considération de la *cause* ne me suffit pas; je veux encore avoir égard à la *maladie* et au *symptôme*; je crois être rationnel. J'ai déjà consacré nettement ailleurs cette séparation de la ténotomie dite *étiologique* et de celle qui puise ses inspirations à des sources plus complètes.

2° *Chirurgie générale.* — Après l'invention de la méthode stromeyerienne, la chirurgie orthopédique devait naturellement refléter ses nouvelles lumières sur la pratique de la chirurgie générale. Cependant la plupart des chirurgiens montrèrent d'abord de l'indifférence ou de la tiédeur à s'engager dans cette nouvelle voie. Les uns semblaient renoncer à regret à ces incisions cutanées où se déployaient la dextérité et l'élégance de leur bistouri; d'autres n'étaient peut-être pas assez convaincus de l'énorme différence des résultats de l'ancienne et de la nouvelle méthode.

Un autre motif était plus sérieux. Le chirurgien, disait-on, doit avant tout voir ce qu'il fait; ce n'est pas à l'aveugle que vous pourrez pratiquer sûrement le débridement des hernies, la ligature des artères, et tant d'autres opérations délicates où la main peut s'égarer privée du secours des yeux.

Il y avait là évidemment, pour un esprit actif, ami du progrès, matière à un beau travail. Il y avait à entraîner les convictions incertaines, à systématiser les faits, à les compléter, à en marquer les conséquences au point de vue pratique. C'est ce que notre collègue M. Guérin entreprit. Tel est en effet le but de son mémoire de 1839, dans lequel l'auteur a vu, après coup, l'invention, la découverte de la méthode sous-cutanée.

Je n'ai point à m'expliquer sur la valeur de ce travail. Je dirai seulement que son auteur eut un grand tort: ce fut de dédaigner l'histoire de l'art.

Par histoire de *l'art*, je n'entends pas un vain luxe de dates et de noms propres. J'entends cette étude qui met le savant en communauté d'idées avec ses semblables de tous les temps et de tous les pays; cette étude qui centuple les forces, parce qu'elle forme un seul faisceau des pensées, des observations d'autrui et de ses propres inspirations.

Si cette étude est nécessaire à tout médecin jaloux de se tenir à la hauteur des progrès de la science, elle est bien autrement indispensable pour ceux qui sont dévorés par la soif des découvertes, sous

peine de croire à tout instant inventer ce que cent autres ont trouvé avant eux.

S'il est vrai de dire que la chirurgie orthopédique a puissamment contribué à appeler l'attention des chirurgiens sur l'emploi de la méthode sous-cutanée, l'histoire de l'art n'en démontre pas moins que des applications importantes de cette méthode à la chirurgie générale ont précédé la ténotomie stromeyerienne. C'est là une vérité que MM. Velpeau et Malgaigne ont déjà mise hors de doute. Néanmoins la persistance de M. Guérin, dans sa dernière réplique, m'oblige à l'appuyer de nouvelles preuves.

Le mémoire du 17 février apprécie comme il suit les rapports divers de la méthode sous-cutanée chirurgicale et de la méthode sous-cutanée orthopédique : « Les opérations sous-cutanées anciennes sont uniquement des expédients inspirés par des cas particuliers, sans idée ni principe, etc. » Suivant M. Guérin, c'est seulement à partir de la promulgation de ses idées qu'un grand nombre de chirurgiens s'empressèrent de réaliser la plupart des applications chirurgicales qu'il avait lui-même indiquées.

Il y a plusieurs méprises dans ces affirmations. Il n'a pas suffi pour éclairer M. Guérin de lui rappeler des opérations sous-cutanées anciennes, rationnelles, fondées sur ses propres principes. Citons les textes :

Ici M. Bouvier rappelle le procédé de Desault pour l'extraction des corps étrangers articulaires, décrit par Bichat, procédé inventé avant Desault et qui n'a pas été oublié depuis, puisqu'on le retrouve dans Boyer (Tome IV, p. 447.) et dans tous les traités de chirurgie.

On a dit que M. Goyrand devait à la doctrine de 1839 l'idée de son procédé pour l'extraction des corps étrangers du genou. Ce qui n'est pas moins certain, c'est que le procédé de M. Goyrand n'est qu'une modification de celui qu'on trouve avec des faits à l'appui dans des auteurs antérieurs à la doctrine. Boyer décrit encore une opération du même genre basée sur les mêmes principes. (Tome II, p. 7.)

Si MM. Barthélemy, Chaumet, Maréchal, ne connaissaient ni Astonkey, cité par M. Malgaigne, ni Cumin, qui a aussi décrit ce procédé en 1825, ces honorables confrères avaient du moins entendu parler de la chirurgie de Boyer. Comment donc la doctrine de 1839 avait-elle le moindre droit à la découverte du principe qui leur a inspiré, à celui-ci une ponction sous-cutanée du ganglion, comme dans le procédé de Boyer ; à celui-ci une incision sous-cutanée, qui n'en diffère que par l'étendue dans laquelle le kyste est divisé ?

Que M. Guérin répète incessamment que ces expédients de Desault, de Boyer, n'ont aucun rapport avec la vraie méthode sous-cutanée, cela ne changera rien à la nature des choses. Qu'on fasse un pli à la peau, qu'on la déplace en l'attirant dans un seul sens, ou que l'on se contente de conduire l'instrument obliquement au-dessous d'elle, le procédé sera toujours sous-cutané, du moment où l'on aura détruit le parallélisme entre les plaies extérieures et la plaie intérieure.

M. Ricord a décrit en 1839 la ligature sous-cutanée des veines dans le varicocèle. Autre produit du nouvel ordre d'idées que j'ai révélées, dit l'auteur du mémoire du 17 février. Il n'y a à cela qu'un léger inconvénient : la ligature sous-cutanée des veines était inventée dès 1830 (par M. Gagnelée). M. Ricord n'a fait que la mettre en pratique, et en remontant au texte, on peut voir que ce n'est pas un expédient, que c'est toujours la même idée, le même principe, idée et principe qui avaient depuis longtemps cours dans la science.

On lit, dans le mémoire du 17 février, que les cas où l'air agit sur les cavités closes de l'économie forment une bonne moitié du domaine de la méthode sous-cutanée : — de la méthode sous-cutanée, ce serait possible, mais non de la doctrine de 1839, qui n'a point de droit spécial de propriété sur tout cet ordre de faits.

Mais la doctrine tombe ici dans une de ces exagérations qui lui sont familières. Demandez à notre collègue le professeur Trousseau si c'est par la méthode sous-cutanée qu'il pratique la thoracentèse. Il vous dira qu'il y a renoncé depuis plusieurs années ; il préfère la ponction directe, qui se referme presque immédiatement dans les épanchements aigus séreux, et qui convient mieux pour l'écoulement du pus dans les épanchements chroniques purulents. C'est que, je l'ai déjà dit, les ponctions, par la promptitude avec laquelle elles se ferment, jouissent, dans beaucoup de cas, des propriétés de la méthode sous-cutanée, et que, d'un autre côté, il est des circonstances où une prompte occlusion de la piqûre n'est ni possible ni désirable.

Une des belles applications de la méthode sous-cutanée dans les cas de cavités closes accidentelles, est celle qui a rapport aux abcès par congestion symptomatiques du mal vertébral. La doctrine de 1839 n'a encore ici à réclamer que l'adoption du principe de la méthode, non le principe lui-même, depuis longtemps posé par Abernethy.

Les œuvres chirurgicales d'Abernethy furent publiées dans les dernières années du dix-huitième siècle. On y trouve un mémoire sur ce qu'on nommait alors les abcès lombaires.

Ce chirurgien redoutait l'introduction de la plus petite quantité d'air dans le foyer. Il imagina, en conséquence, d'ouvrir ces abcès en conduisant l'instrument obliquement entre la peau et le foyer, l'espace d'un demi-pouce environ. Il prescrivait de ne pas laisser l'écoulement du pus s'interrompre, de peur de l'entrée de l'air. Il refermait ensuite avec grand soin la plaie extérieure. Un abcès traité de cette manière, dit-il, est aussi exempt d'inflammation qu'il l'était avant la ponction : voilà pour l'innocuité. La plaie cutanée guérissait ordinairement par première intention. On réitérait les ponctions autant qu'il le fallait, et on s'occupait en même temps de l'état général du sujet. Abernethy a guéri plusieurs malades.

La méthode d'Abernethy ne s'est pas plus perdue que les procédés sous-cutanés que j'ai déjà cités. Elle a été adaptée, décrite, commentée par un grand nombre de praticiens, en Angleterre et en Allemagne. Elle était connue sous le nom de méthode *valvulaire*, à cause de l'espèce de valvule formée par la paroi du foyer entre l'ouverture qui la traverse et la plaie des téguments.

Les guerres de la République et de l'Empire empêchèrent cette méthode de s'introduire en France, mais elle y fut inventée par Boyer, qui employa un procédé à peu près semblable ; toutefois, il n'eut pas de succès bien constaté.

Il est temps de restituer cette méthode à Abernethy, son véritable auteur.

C'est ce procédé d'Abernethy et de Boyer que, après divers médecins qui avaient déjà tenté de l'améliorer, M. Guérin a notablement modifié en donnant plus d'écartement aux ouvertures extérieure et intérieure, en ajoutant un robinet au trocart, en y adaptant une seringue à aspiration ; et comme l'a dit M. Malgaigne : « notre collègue M. Guérin a le droit de figurer à son rang dans l'histoire de cette application heureuse de la méthode sous-cutanée. »

(Des applaudissements accueillent la fin de ce discours.)

M. J. GUÉRIN demande que la parole lui soit réservée dans la prochaine séance pour répondre au discours de M. Bouvier, sans préjudice du droit qu'il se réserve de résumer la discussion après que toutes les objections lui auront été faites.

Une petite altercation s'élève à ce sujet entre M. Guérin et M. Velpeau sur le droit de présenter ce résumé.

M. LE PRÉSIDENT déclare que l'ordre d'inscription sera suivi. Quant à la difficulté élevée relativement au droit de résumer la discussion, l'Académie statuera.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Fin de la séance du 6 avril 1857. — Présidence de M. Is. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Fonction peu connue du pancréas ; digestion des aliments azotés. — M. L. Corvisart communique sous ce titre un mémoire qu'il résume ainsi :

« Purkinje et Pappenheim ont affirmé (1839) avoir retiré du pancréas un liquide doué, comme le suc gastrique, de la propriété de dissoudre les aliments azotés. Jusqu'à présent on n'avait point démontré qu'il opérât une transformation digestive.

» Le suc pancréatique, en digérant les aliments albuminoïdes, opère en eux une transformation identique ou analogue à celle que l'estomac produit. Mais le liquide du pancréas n'agit que sur la partie de l'aliment qui a échappé à la digestion gastrique. La partie de l'aliment transformée par le suc de l'estomac est un *produit définitif* sur lequel le pancréas n'a plus d'action.

» Lorsque les deux liquides digestifs sont séparés, ils exercent leur fonction dans sa plénitude, et doublent ainsi le produit de la digestion. S'ils se rencontrent à l'état pur, les deux digestions cessent de s'exercer ; loin que le produit digéré soit doublé, il se réduit à rien. Les deux ferments (pepsine, pancréatine) s'entre-détruisent. Dans l'état normal, la nature prévient ce conflit par trois moyens : 1° le pylore, qui sépare les deux ferments ; 2° la digestion gastrique même, pendant laquelle la pepsine se détruit ; 3° la bile, qui anéantit au passage l'activité de cette dernière. C'est ce conflit qui m'a empêché sans doute de réussir, quand j'ai essayé de la pancréatine contre les troubles de la deuxième digestion, comme j'administre la pepsine contre ceux de la première. Pendant une période digestive, il se forme à peu près autant de pepsine que de pancréatine. Si le suc gastrique paraît plus abondant, c'est qu'il est plus aqueux ; si le suc pancréatique paraît plus fort, c'est qu'il est moins dilué. La bile ne précipite pas le produit qui a été digéré par l'estomac, de sorte que la digestion en soit détruite ou à refaire ; au contraire, c'est l'acide de cette dernière qui précipite la bile elle-même. En effet, le précipité ne se forme point ou se détruit dans un milieu alcalinisé, le fût-il même par la bile. »

(Commissaires : MM. Pelouze, Rayer, Bernard.)

Expériences sur l'urée et les urates. — M. Gallois envoie un mémoire dans lequel il expose en ces termes le résultat de ses expériences sur l'action toxique de l'urée.

Aucun traité de toxicologie n'a fait mention jusqu'à présent des propriétés délétères de l'urée sur l'organisme vivant. C'est cependant pour les lapins un poison assez actif. Les auteurs se contentent de dire que quand l'urée s'accumule dans le sang, elle détermine, par suite de sa transformation en carbonate d'ammoniaque, une série de symptômes qui constituent l'urémie. Or, cette dernière opinion me paraît fort contestable, comme je vais essayer de le démontrer tout à l'heure.

J'ai administré l'urée à la dose de 20 grammes à cinq lapins, dont le poids variait entre 1,500 et 2,000 grammes, et tous ont succombé avec les mêmes symptômes. Les symptômes de l'empoisonnement par l'urée, chez les lapins, peuvent se résumer ainsi : Accélération de la respiration, affaiblissement des membres, tremblements avec soubresauts, convulsions générales, puis tétanos et mort. Les lésions cadavériques sont le plus souvent nulles.

J'ajoute, et j'insiste à dessein là-dessus, que l'urée naturelle empoisonne les lapins exactement comme l'urée artificielle, et qu'on ne peut imputer la mort aux cyanures qui seraient contenus dans l'urée artificielle, car les réactifs chimiques n'avaient nullement décelé la présence de ces corps dans celle dont je me suis servi.

De plus, je crois pouvoir conclure de mes expériences que l'urée empoisonne en tant qu'urée, et sans se transformer en carbonate d'ammoniaque, car, au moment même où mes animaux succombaient en proie aux accidents les plus aigus, jamais, dans l'air qu'ils expiraient, je n'ai pu constater la présence du carbonate d'ammoniaque.

D'après MM. Wœhler et Frerichs, l'acide urique, introduit dans l'économie, contribuerait à la génération des calculs mûraux, en se transformant en acide oxalique, en urée et en allantoïne. Ces savants observateurs n'ont point retrouvé l'allantoïne, mais ils disent avoir constaté la production de l'acide oxalique et de l'urée. Pour moi, voici ce que j'ai observé : La proportion d'urée n'a point été augmentée dans l'urine du lapin auquel j'avais injecté dans l'estomac une première fois 2 gram. 50 centigr., une seconde fois 7 gram. 30 centigr. d'urate de potasse ; au contraire, elle a paru moindre qu'avant l'administration de l'urate, et le résultat opposé obtenu par MM. Wœhler et Frerichs me paraît tenir à ce qu'ils ont peut-être analysé l'urine d'une émission quelconque, au lieu d'analyser l'urine des 24 heures.

L'examen microscopique de cette urine ne m'y a point fait trouver d'oxalate de chaux. Je n'en ai point observé non plus dans l'urine du chien auquel j'avais injecté dans la jugulaire 3 grammes d'urate d'ammoniaque en deux fois. Enfin, j'ai fait deux expériences sur moi-même : la première fois, j'ingérai 5 grammes d'urate de potasse, la seconde 4 gr. 10. Après la première ingestion, je trouvai de nombreux cristaux d'oxalate de chaux dans mon urine, et après la seconde je n'en trouvai aucun.

De ces expériences, je crois pouvoir conclure qu'il y a probablement un rapport entre les diathèses urique et oxalique. Mais l'acide urique, en s'oxydant dans l'organisme, ne donne point toujours de l'urée, de l'allantoïne et de l'acide oxalique. Sans tenir compte des produits intermédiaires et qui me semblent variables, l'acide oxalique paraît être réellement un produit de la combustion de l'acide urique dans l'économie, et en se combinant à l'ammoniaque, il peut, par des réactions ultérieures, engendrer de l'oxalate de chaux.

Peau bronzée sans altération des capsules surrénales. — M. Puech communique une nouvelle observation de peau bronzée sans altération des capsules surrénales. (Nous publierons cette observation dans un prochain numéro.)

— M. Rochard adresse la lettre suivante :

L'extrait (fait par l'auteur) que publient les comptes rendus des séances de l'Académie, d'un mémoire lu par M. le docteur Sellier dans la séance du 23 mars dernier, commence par ces mots : *Un mémoire sur la couperose..... a été mis sous les yeux de l'Académie dans la séance du 1er décembre 1851.*

» Permettez-moi, monsieur le président, de compléter cette indication en ajoutant que ce mémoire a été présenté à l'Académie par M. Sellier et par moi.

» En donnant ainsi une indication complète, M. Sellier n'aurait été que juste et n'aurait fait d'ailleurs que suivre l'exemple que je lui ai donné moi-même en associant son nom au mien lorsque, dans une publication faite ultérieurement par moi seul, je trace un rapide historique des recherches déjà faites sur l'emploi, en thérapeutique, de l'iodure de chlorure-mercureux.

» Cet acte de justice était d'autant plus obligatoire pour M. Sellier, que ce médecin ne peut avoir oublié que c'est moi qui l'ai initié aux applications médicales diverses de l'iodure de chlorure-mercureux, dont il n'avait aucune connaissance avant notre première entrevue, et qu'il ne peut ignorer que, *cinq ans avant notre commun travail*, j'avais déjà adressé à l'Académie l'exposé de recherches étendues sur le traitement de diverses affections scrofuleuses et cutanées (parmi lesquelles la couperose) par le nouveau médicament, avec de nombreuses observations à l'appui. (Voir : *Compte rendu de l'Académie des sciences, séance du 20 avril 1846*.)..... »

CORRESPONDANCE.

Monsieur et très-honoré confrère,

Dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 28 mars 1857, vous rendez compte d'une lettre de M. Dupierris, dans laquelle il signale à votre attention un nouveau moyen pour arrêter les *hémorrhagies utérines après l'accouchement* : ce sont des injections dans la matrice avec un mélange d'un tiers de teinture d'iode dans deux tiers d'eau. Cet honorable confrère avait, dit-il, communiqué ce moyen à plusieurs médecins de la capitale, à M. Dubois en particulier, qui lui *manifestèrent leurs craintes sur l'action trop excitante du remède*. Je crois, pour ma part, cette crainte parfaitement fondée. Et d'ailleurs beaucoup d'autres objections peuvent être faites à ce procédé : cet accident redoutable peut se manifester la nuit, ou dans un village éloigné de toute pharmacie : de là des retards inévitables et extrêmement fâcheux.....

Ne vaut-il pas bien mieux *prévenir* cet accident que d'y *remédier* d'une manière quelconque? Le nombre des procédés par lesquels on combat l'hémorrhagie, déjà fort grand, s'accroît encore chaque année, et sa grandeur indique à la fois la gravité du mal et l'impuissance de l'art. Si tous ces chercheurs de remèdes voulaient se rappeler l'article que vous avez publié (*Gazette des Hôpitaux*, 1854, p. 250) et adopter le précepte qui y est indiqué, ils ne se donneraient pas tant de peine inutile, puisque par ce moyen ils pourraient non pas *remédier* à l'hémorrhagie, mais la *prévenir certainement et toujours*.

Au reste, dans une observation rapportée par M. Dupierris, se trouve un passage que je vous prie de faire remarquer à vos lecteurs, parce qu'il vient confirmer le fait de la puissance de ce même procédé (*injections froides dans la veine ombilicale pour détacher le placenta*) pour empêcher les *tranchées utérines* (*Gazette des Hôpitaux*, 1854, p. 318 et 426).

Notre confrère de la Havane, en effet, démontre que son remède, en déterminant les *contractions utérines*, s'oppose non-seulement à l'hémorrhagie, mais aussi à ces tranchées ; il affirme qu'*aucune des femmes qui y ont été soumises n'a éprouvé de tranchée utérine*. Je dis que les faits et les réflexions de M. Dupierris sont autant de preuves de l'efficacité de nos injections dans ces tranchées si pénibles, puisque la contraction utérine en est le préservatif, contraction que nos injections provoquent si facilement, si énergiquement, et toujours avec la plus complète innocuité.

Caen, 31 mars 1857. A. LIÉGARD, D.-M.-P.

M. le docteur Buron, médecin-inspecteur des eaux minérales de Cauterets, vient de mourir subitement.

— M. Baillarger commencera son cours de clinique sur les maladies mentales, à l'hospice de la Salpêtrière, le dimanche 19 avril 1857 à neuf heures du matin, et le continuera les dimanches suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité pratique des maladies de la peau, par M. le Dr A. DEVERGIE, médecin de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine. Deuxième édition, considérablement augmentée et accompagnée de planches coloriées représentant 51 sujets. Un vol. in-8° de XII-848 pages. Prix : 14 fr. Chez Victor Masson, place de l'Ecole de Médecine, 17.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 46. — SAMEDI 18 AVRIL 1857. (30e ANNÉE.) N° 46. — SAMEDI 18 AVRIL 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du traitement du sclérème et de l'asphyxie dans la salle Saint-Pierre de l'Hôtel-Dieu.

Nous avons entretenu déjà plusieurs fois les lecteurs de la *Revue* des moyens de traitement institués par M. Legroux pour combattre le sclérème et l'asphyxie des enfants nouveau-nés. Les excellents effets de l'application de ces moyens, que nous avons eu plusieurs fois l'occasion de constater nous-même pour la première de ces affections, nous ont fait suivre avec intérêt les progrès successifs que son auteur y a apportés et les diverses phases qui l'ont graduellement amené à établir une nouvelle théorie étiologique du sclérème, et à ériger l'ensemble de ces moyens en une méthode de traitement rationnelle qui est à la fois la déduction pratique et la vérification de cette théorie. M. Legroux venant d'exposer cette méthode dans un mémoire tout récemment publié (1), avec tous les développements et toutes les explications qu'elle comporte, nous saisissons avec empressement cette occasion de mettre nos lecteurs à même d'apprécier et d'expérimenter une pratique qui, depuis qu'elle est mise en œuvre dans la salle Saint-Pierre, a sensiblement modifié déjà le chiffre de la mortalité des enfants nouveau-nés.

Avant d'énoncer la série des moyens dont se compose ce traitement, il ne sera pas inutile de rappeler en quelques mots les idées de M. Legroux sur le sclérème.

Pour le médecin de l'Hôtel-Dieu, le sclérème n'est point une maladie anatomique, bien que les lésions cadavériques fournissent d'importantes indications curatives. L'œdème ou l'induration des membres, que l'on a jusqu'ici considéré comme le fait essentiel, n'est véritablement pour lui, dans la majorité des cas, du moins, qu'un phénomène consécutif. Le symptôme dominant, et qui régit à ses yeux toute la pathologie du sclérème, c'est la débilité congéniale ou acquise, l'inertie musculaire qui se traduit par la faiblesse des mouvements respiratoires, des battements du cœur et des artères, l'engorgement des capillaires, l'œdème et les teintes cyaniques de la peau; la réfrigération, qui va croissant; enfin la difficulté, l'impossibilité de la succion, et même de la déglutition, qui a pour conséquence le défaut d'alimentation.

Le sclérème est, en un mot, pour M. Legroux une maladie asphyxique par insuffisance des actes mécaniques de la respiration. Le cœur, participant à l'adynamie musculaire générale, ressent lui-même les effets de l'asphyxie; ses mouvements vont s'affaiblissant de plus en plus sous l'influence de cette cause. Asphyxique par les poumons, le sclérème devient syncopal par impuissance du cœur.

Le sang artériel, mu avec une force insuffisante, ne communique plus au sang veineux l'impulsion nécessaire à sa progression : de là l'engorgement de ces vaisseaux, l'alanguissement de la circulation capillaire; de là l'œdème, lequel peut être aussi un effet direct et local de l'action du froid.

Voici maintenant les moyens qui se déduisent comme conséquences pratiques de cette manière de voir, et que l'expérience a déjà sanctionnés.

Prophylaxie. — Comme tous les médecins qui ont dans leurs attributions un service de femmes en couches, M. Legroux avait été frappé de l'effrayante mortalité des nouveau-nés nourris artificiellement. « Lorsqu'il y a quelques années, dit-il, je pris le service de la salle Saint-Pierre, composé de 34 lits de femmes en couches, renouvelés au moins tous les sept ou huit jours, je voyais disparaître les enfants sans même avoir été appelé à leur donner des soins. » Leur alimentation, leurs vêtements, la chaleur appelèrent alors son attention. De bons vêtements, des langes de laine furent progressivement ajoutés aux légers vêtements de toile qui couvraient ces enfants. Quand ils sont trop frêles, on les enveloppe d'abord de cardes d'ouate chauffées, appliquées directement sur la peau et sous les autres pièces du maillot. Quand la température est froide, on entretient au pied du berceau une bouteille d'eau chaude, tenue à distance suffisante des pieds pour ne pas les exposer à la brûlure. A plusieurs reprises dans la journée les enfants sont démaillottés pour être changés et réchauffés. Les plus délicats sont l'objet de soins spéciaux : on recommande aux mères de les réchauffer dans leur lit, de les garder près d'elles au besoin, de les démaillotter souvent, et de leur transmettre de la chaleur par le contact direct des mains ou du corps.

Relativement à l'alimentation, M. Legroux a établi en règle dans son service que toute mère doit allaiter son enfant jusqu'au moment de sa sortie. Que si après l'avoir *placé*, elle avait besoin de soins pour faire passer son lait, elle serait admise de nouveau à l'hôpital.

La règle est exécutée, malgré de nombreuses résistances, et les enfants, convenablement alimentés, vivent et se développent. Cependant beaucoup de ces femmes quittent l'hôpital prématurément, du quatrième au cinquième ou huitième jour. Quoi qu'il en soit, l'enfant a bénéficié, pendant les premiers jours qui suivent la naissance, de l'allaitement maternel; il est plus apte à supporter une autre alimentation.

Le *traitement curatif*, ainsi que nous l'avons déjà dit, consiste dans le massage. Voici comment M. Legroux procède à cette petite opération. Nous le laissons parler lui-même :

« Je saisis à pleines mains les membres indurés, j'y exerce des pressions avec relâchements alternatifs; la pression est assez forte pour se faire sentir jusqu'aux parties les plus profondes, mais pas assez néanmoins pour déterminer l'attrition des parties. Comme elle s'exerce sur une surface assez large, ses effets sont toujours modérés. J'agis ainsi sur les membres inférieurs et supérieurs. Sur la face, le pubis, les parties génitales, je presse avec la pulpe des doigts; aux membres, j'exerce autant que possible la pression de bas en haut, afin de refouler les liquides dans ce sens et de favoriser le retour du sang veineux. En même temps, j'excite la respiration artificiellement par des pressions latérales sur les parois de la poitrine et sur la région épigastrique, en imitant les mouvements normaux de la respiration. L'influence connue des contractions musculaires sur le cours du sang veineux m'a conduit à joindre au massage une sorte de gymnastique artificielle, par la flexion et l'extension alternative des membres, par des mouvements communiqués au tronc en divers sens; que l'on me passe cette expression vulgaire, je *tripote* l'enfant dans tous les sens. »

Les premiers effets du massage sont les suivants : au bout de quelques instants la coloration cyanique de la peau est remplacée par une teinte rosée; c'est un fait immédiat et constant.

La chaleur renaît dans les parties indurées, soit par suite des modifications opérées dans la circulation capillaire, soit par la transmission de la chaleur de la main de l'opérateur. Après quelques minutes de massage, les parties indurées se ramollissent, s'assouplissent, les mouvements de flexion et d'extension sont plus faciles à produire; quelquefois même l'enflure semble fondre sous la main pendant cette opération, dont la durée est de cinq à dix minutes ou plus, suivant la gravité du cas. Toutefois, la résolution complète de l'œdème exige ordinairement deux ou trois jours de soins.

Le massage paraît douloureux à l'enfant; car il s'agite, il veut crier, il crie faiblement d'abord; mais bientôt excités par la douleur, par les mouvements communiqués, les muscles inspirateurs se réveillent, la respiration s'active, le cri s'élève, et souvent, vers la fin de l'opération, l'enfant, dont la voix était éteinte au début, crie avec énergie. Ces cris, ces efforts appellent l'air dans la poitrine, et l'hématose se rétablit; le cœur aussi est incité par la douleur, par les mouvements communiqués, par le sang qu'il reçoit revivifié dans le poumon. Tous ces résultats sont dus à l'action musculaire réveillée, incitée.

Le chatouillement des parties latérales de la poitrine, des aisselles, paraît pénible à l'enfant, qui s'agite et crie avec d'autant plus de force que l'action du moyen se prolonge davantage : c'est un bon adjuvant du massage.

Après l'opération, l'enfant est enveloppé de linges chauds. On lui ingère, quand on le peut, quelques cuillerées de lait, ou on le fait teter, s'il est assez fort pour cela. Il est rare qu'après quelques massages, il ne cherche point à prendre le sein; c'est un signe presque assuré de guérison.

Le massage est répété toutes les deux ou trois heures, de la même manière et pendant deux ou trois jours; rarement la guérison se fait attendre plus longtemps; mais si l'enfant est faible, il exige une continuation de soins, pour l'empêcher de se refroidir de nouveau.

Les mêmes effets doivent se passer dans les parties profondes. La pression exprime des capillaires et des troncs vasculaires le sang qui s'y est accumulé. Le relâchement qui succède à la pression laisse un vide dans ces vaisseaux, qui font appel au sang artériel; celui-ci, bientôt revivifié par l'expansion plus active des poumons, arrive dans ces vaisseaux que la pression a vidés; la coloration rosée de la peau succède à la teinte cyanique; la circulation commence à se rétablir dans les parties profondes; les veines se vident, l'œdème se résorbe.

(1) *Considérations sur la nature et le traitement du sclérème et de l'asphyxie*, par M. Legroux, médecin de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine. — Broch. in-8°.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur le pancréas et sur le rôle du suc pancréatique dans les phénomènes digestifs, particulièrement dans la digestion des matières grasses neutres; par M. Claude BERNARD, membre de l'Institut, professeur de médecine au Collége de France et de physiologie à la Faculté des sciences de Paris, etc. (1).

Nous avons dernièrement fait connaître en quelques mots une partie des recherches contenues dans le cours de physiologie de M. Bernard. L'analyse du travail dont on vient de lire le titre, et dont la publication a suivi de près celle du deuxième volume de l'ouvrage précédent, nous donnera l'occasion d'en compléter le résumé, sans préjudice pour ce qu'il y a à dire des faits nouveaux que renferme le mémoire sur le pancréas.

M. Bernard expose longuement l'anatomie et la physiologie comparées de cet important organe. Des planches d'une grande beauté d'exécution et d'une précision remarquable guident le lecteur et lui rendent facile à suivre cette étude approfondie.

Dans plusieurs chapitres distincts, il traite de la digestion stomacale et de la sécrétion biliaire, puis de l'action du suc pancréatique et de la bile réunis; il arrive ensuite à la digestion intestinale, qu'il poursuit jusqu'à sa fin. Les travaux de l'auteur sur la digestion stomacale sont assez connus pour qu'il ne soit pas nécessaire de les résumer ici; et l'espace me manque pour parler de la digestion intestinale, l'un des sujets les plus intéressants de l'ouvrage.

Je me bornerai donc à signaler les résultats principaux qui concernent l'action du suc pancréatique, d'après les nouvelles expériences de M. Bernard, qui confirment et étendent ses premières publications, en réduisant à néant les objections mal fondées qui s'étaient élevées de plusieurs côtés. Je terminerai par quelques mots sur les usages des *glandes de Brunner* et sur ceux de la bile.

Parmi les notions importantes à signaler, à cause des applications qui en découlent, il importe de placer au premier rang celles qui se rapportent à la solidarité d'action des diverses espèces de glandes du tube digestif. Elles sont de telle nature, que pour qu'une glande placée plus bas que les autres le long du canal intestinal entre en jeu, il importe que celles qui sont au-dessus aient déjà manifesté leur action, et réciproquement, cette dernière stimule les autres. (V. Béraud, *Éléments de physiologie*, 1857, t. I et II).

Lorsque l'on vient à placer une substance sapide sur la langue, la sécrétion salivaire devient très-abondante; quand on coupe le nerf lingual et qu'on irrite le bout périphérique, il ne se produit rien dans les glandes salivaires; mais si l'on irrite le bout central, l'impression est transmise à la protubérance, et il y a réaction sur les tubes nerveux minces ou sympathiques. Cette réaction porte son influence sur les vaisseaux des glandes, et aussitôt elles produisent une quantité abondante de salive. Des actions analogues ou inverses s'observent lorsqu'on introduit par une fistule gastrique certains excitants dans l'estomac. Tel est le mécanisme par lequel on voit les usages des glandes salivaires, soit exagérés, soit diminués ou supprimés pathologiquement, ou maintenus en rapport égal et régulier avec les usages de la langue, du pharynx ou de l'estomac.

Le pancréas et les glandes salivaires ont la propriété de laisser passer un certain nombre de substances dans leur fluide sécrété, tandis qu'au contraire elles refusent d'une manière absolue à en laisser passer d'autres, qui néanmoins sont parfaitement solubles et trouvent dans d'autres appareils sécréteurs une élimination très-facile. L'iode passe dans les salives avec une rapidité extraordinaire, tandis que le prussiate jaune de potasse, le sucre et le fer n'y passent jamais. Le sucre ne passe pas dans la salive des malades diabétiques, tandis qu'il traverse facilement les glandules trachéales et la muqueuse bronchique. Le suc pancréatique est dans le même cas que la salive pour les substances précédemment citées. Le fer ne se retrouve pas dans la salive, s'il est injecté dans le sang à l'état de lactate; mais, s'il est injecté à l'état d'iodure, il passe dans la salive; ce qui prouve que l'état sous lequel certaines substances se trouvent dans le sang a une grande importance pour expliquer leur passage dans les sécrétions. Sur les surfaces glandulaires, dont la propriété de sécrétion élective est nettement tranchée, la propriété d'absorption présente quelques particularités. M. Cl. Bernard a injecté, à cet effet, chez les chiens, diverses substances (prussiate jaune de potasse, iodure de potassium, strychnine, etc.), en petite

(1) In-4° avec 9 planches gravées et coloriées. Paris, 1856. Chez J. B. Baillière et fils.

L'œdème peut se résoudre sous l'influence du massage, sans que les symptômes généraux s'amendent. Mais à l'œdème succède l'induration graisseuse, et cela d'autant plus facilement que l'enfant est plus faible. C'est ce que M. Legroux a vu plusieurs fois arriver chez les avortons, chez qui le sclérème *œdémateux*, guéri par le massage, était remplacé par le sclérème *dur*. Les muscles de ces petits êtres sont tellement faibles, qu'à peine excités ils retombent dans l'inertie, et comme ces enfants ne peuvent ni teter ni avaler, ils se dessèchent et se ratatinent comme les plantes privées d'eau.

Pour obvier à cet inconvénient, il a pris le parti, à l'exemple de M. Henriette, médecin de l'hôpital des Enfants-Trouvés, à Bruxelles, de faire injecter directement du lait fraîchement extrait à l'aide d'une tétrelle, dans l'estomac de l'enfant incapable d'exercer la déglutition.

Une sonde de gomme élastique de petit calibre est introduite soit par une narine, soit par la bouche, jusque dans l'estomac. Cette introduction se fait avec facilité par ces deux voies, sans que jamais on ait vu l'instrument se dévier vers les voies respiratoires. La flexibilité de la sonde lui permet de se recourber sur la paroi postérieure du pharynx et de prendre la direction de l'œsophage. Le lait est injecté lentement, progressivement, afin de distendre l'estomac par degrés. Quelquefois l'enfant en rend une partie pendant l'opération; mais il en reste toujours dans l'estomac une quantité suffisante (60 à 80 grammes) pour alimenter l'enfant. L'injection est faite soir et matin, et dans certains cas trois fois en vingt-quatre heures. Dans l'intervalle, on tâche de faire avaler quelques cuillerées de lait en l'ingérant sans la bouche.

Le massage et l'agitation musculaire, l'entretien d'une chaleur convenable autour de l'enfant, l'allaitement naturel ou artificiel, comme on vient de l'indiquer, constituent le trépied thérapeutique du sclérème.

A ces moyens, M. Legroux en ajoute d'autres d'un effet accessoire, mais parfois utiles, surtout quand il s'agit de remplir une indication spéciale, d'atteindre une complication.

Les bains aromatiques sont un bon adjuvant des moyens précédents.

Le vomitif (sirop d'ipéca, additionné de quelques centigrammes de poudre d'ipéca) a paru utile dans quelques cas. Les efforts de vomissement provoquent l'ampliation de la poitrine, l'ampliation des poumons, excitent la respiration. Mais le vomitif n'est point applicable à beaucoup de cas; souvent même il manque son effet et fatigue inutilement l'enfant; les mouvements artificiels du thorax donnent des résultats plus sûrs et plus prompts.

Parmi les complications du sclérème, le muguet, la diarrhée appellent l'attention du médecin. Le premier, quand il est local, cède facilement à l'usage d'un collutoire boraté. La diarrhée est combattue souvent avec avantage par les lavements anodins et amylacés, les cataplasmes sur le ventre, des bains.

Les emprunts faits à l'asphyxie, à la syncope pour constituer la pathologie du sclérème, M. Legroux les restitue en moyens thérapeutique à ces deux affections.

Dans le sclérème, la syncope et l'asphyxie, il y a un fait commun, c'est l'*inertie* musculaire. Primitive dans le premier, elle est secondaire dans les deux autres; il y a donc dans celles-ci des indications premières à remplir; c'est presque toujours de soustraire le malade à l'influence de la cause qui les a produites, et à le placer dans les conditions les plus favorables à l'exécution des fonctions suspendues. Ces préliminaires achevés, l'indication est la même dans les trois cas : *réveiller l'action des muscles*, afin de rétablir les actes de la circulation et de la respiration; les moyens doivent être d'autant plus énergiques, plus rapides dans leurs effets, que le danger est plus immédiat. Aussi dans la syncope et l'asphyxie faut-il agir aussitôt et sans désemparer. Plus lent dans sa marche, le sclérème permet moins d'activité, moins de continuité dans les moyens.

La contractilité musculaire peut être excitée, ranimée de deux manières :

1° Par la stimulation de la sensibilité, l'excitation du cerveau par la douleur, et la réaction de cet organe sur les organes de contraction;

2° Par la stimulation directe de l'appareil musculaire : c'est le mode employé dans le sclérème, et que M. Legroux propose d'appliquer aux deux autres affections conjointement avec l'autre mode d'excitation.

Sur ce second point, l'expérience est peut-être moins avancée que sur le sclérème. Mais la publicité que nous donnons à la proposition de notre savant confrère a précisément pour objet d'appeler sur elle le contrôle d'une expérience plus complète en la signalant à l'attention des praticiens.

Du rhumatisme cérébral.

Dans la dernière *Revue clinique*, nous avons signalé en passant, à l'occasion d'une observation de M. Marotte relative à un cas de délire survenu pendant le cours d'un rhumatisme articulaire, un travail sur le rhumatisme cérébral lu par M. Gubler à la Société médicale des hôpitaux. C'est sur quelques-unes des observations contenues dans cet intéressant travail et sur la discussion qu'il a soulevée que nous voulons appeler aujourd'hui un instant l'attention.

L'un des auteurs actuels qui se sont le plus occupés de l'étude de ce sujet, M. le docteur Vigla, a classé en trois catégories distinctes les divers faits connus dans lesquels les accidents cérébraux ont joué un rôle plus ou moins important pendant le cours d'une affection rhumatismale aiguë. Il admet :

1° Un rhumatisme compliqué de délire;

2° Une méningite rhumatismale;

3° Une apoplexie de même nature.

M. Gubler rapporte dans son travail deux observations très-curieuses qui se rattachent aux deux premières catégories établies par M. Vigla. Nous nous bornerons à en rappeler sommairement ici les caractères les plus saillants, ceux qui leur impriment le cachet que l'auteur s'est surtout proposé de mettre en saillie.

Voici le premier fait :

Sous l'influence d'une des causes les plus ordinaires du rhumatisme, un refroidissement, un homme bien portant et bien constitué, mais fatigué par un travail excessif, ressent le jour même des douleurs articulaires accompagnées de gonflement, de rougeur et de fièvre. Il s'y joint bientôt les signes d'une complication fréquente en pareil cas, l'endocardite. Il était infiniment probable d'après cela que ce sujet était atteint d'un rhumatisme articulaire aigu, généralisé et fébrile. Les émissions sanguines amènent dès le quatrième jour une amélioration; mais une nuit le malade se découvre à plusieurs reprises, et se refroidit avec d'autant plus de facilité qu'il est baigné de sueur. De là une véritable rechute. La nuit suivante, le malade est en proie à un délire qui force les gens de service à lui mettre la camisole. Le calme renaît avec le jour; mais le soir il survient de l'angoisse, de la dyspnée, des soubresauts de tendons, et la mort arrive en quelques instants. Une circonstance explique cette fin soudaine, c'est la formation de caillots cardiaques démontrée par l'autopsie, et annoncée pendant la vie par le retour du bruit de souffle et par la petitesse du pouls. Mais, ainsi que l'a fait voir l'examen des pièces, le délire ne se rattachait à aucune lésion récente appréciable de l'encéphale ou de ses enveloppes.

Dans un second fait, l'intervention de la cause ordinaire du rhumatisme, le refroidissement, est moins évidente que dans l'observation précédente, mais la nature de la maladie est hors de doute; c'est un cas de rhumatisme articulaire, ou plutôt synovial, compliqué d'accidents cérébraux; seulement, tandis que dans le fait précédent le délire momentané n'avait laissé aucune trace matérielle dans l'encéphale, ici, au contraire, on trouve à l'autopsie les caractères anatomiques les plus manifestes d'une méningo-encéphalite diffuse avec hydropisie des ventricules latéraux. Il existait en même temps les lésions de l'endocardite valvulaire aiguë. Le péricarde lui-même avait été le siége d'une vive inflammation; il contenait à la fois une abondante sérosité rousse et des flocons fibrineux. Ainsi, les deux séreuses cardiaques et la membrane séro-vasculaire du cerveau offraient des signes indubitables d'un travail inflammatoire analogue à celui dont les séreuses des jointures et des tendons avaient été le siége.

Mais il est dans le travail de M. Gubler un troisième fait qui ne saurait rentrer dans aucune des catégories précédentes, et qui semblerait, par conséquent, nécessiter qu'on élargît le cadre de M. Vigla. C'est du moins l'opinion du savant auteur de ces recherches. Voici ce fait :

Il s'agit d'une céphalalgie de forme gravative qui ne pouvait être rapportée à un rhumatisme du cuir chevelu ou des parties crâniennes; il était également impossible de la rattacher à la fièvre, qui n'existait pas à un degré notable, et qui ne se développa justement que lorsque le symptôme cérébral s'évanouit. En un mot, le caractère de cette céphalalgie, les troubles fonctionnels dont elle était accompagnée, tout indiquait qu'elle dépendait d'une hyperémie cérébrale. M. Gubler avait cru d'abord que cette douleur de tête était le phénomène précurseur d'une altération sénile du cerveau (c'était une femme de cinquante-cinq ans, débilitée par le travail et par des peines morales) pouvant se terminer par une apoplexie ou un ramollissement; mais l'apparition des douleurs arthritiques prouva qu'elle était due à une congestion de nature rhumatismale. Ce qu'il y eut de remarquable, c'est que le sulfate de quinine prescrit à cette malade, loin de rappeler la douleur de tête, ne donna lieu à aucun des phénomènes qui dénoncent l'intoxication quinique.

Ce fait, qui rappelle les cas de douleurs de tête multiformes dont parle Van Swieten, et qui alternaient à plusieurs reprises avec les douleurs articulaires, devrait donc constituer avec ceux-ci un groupe distinct; et M. Gubler propose de leur donner la première place de la série des complications cérébrales du rhumatisme, à cause de leur fugacité et de leur moindre gravité pronostique. On aurait ainsi la gradation suivante dans la classification de ces accidents : céphalalgie, délire, méningite et apoplexie rhumatismale.

Un point de pratique extrêmement intéressant se rattache à ces observations. Depuis que l'usage du sulfate de quinine s'est généralisé dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu fébrile, on a dû naturellement se demander si cet agent n'était pas pour quelque chose dans la production des accidents cérébraux qui se manifestent pendant le cours de cette maladie. Quelques praticiens se sont montrés disposés à mettre ces accidents sur le compte de la médication.

M. Gubler pense que leurs appréhensions à cet égard sont exagérées. La lecture des auteurs apprend, en effet, que ces graves complications se sont montrées de tout temps, et par conséquent avant l'usage de la quinine. Toutefois, il n'est pas éloigné d'attacher quelque valeur à l'intervention de ce médicament lorsqu'il est employé à haute dose, non pas comme cause efficiente unique des accidents cérébraux, mais comme cause adjuvante du rhumatisme, en se fondant sur ce qu'il est rationnel d'admettre qu'un médicament capable de produire de la céphalalgie et des troubles cérébraux comme ceux que l'on connaît, puisse favoriser le développement des manifestations morbides du côté de l'encéphale, auxquelles la diathèse rhumatismale prédispose déjà.

M. Sée, chargé du rapport sur le travail de M. Gubler à la Société médicale des hôpitaux est plus explicite encore à cet égard, et sans considérer absolument le rhumatisme comme un *noli me tangere*, il pense que les traitements trop actifs et trop énergiques sont quelquefois dangereux en facilitant la production de ces sortes de métastases ou de rétrocession du rhumatisme sur les viscères, et il incline à croire que c'est en grande partie à l'abus qui a été fait depuis quelque temps du sulfate de quinine dans le traitement du rhumatisme articulaire, qu'il faut attribuer la plus grande fréquence des accidents cérébraux que l'on a observés dans ces dernières années.

Nous ne faisons pour l'instant que signaler le point de thérapeutique qui a été soulevé seulement dans le travail de M. Gubler et dans le rapport de M. Sée; il est trop important pour l'effleurer ainsi. Nous y reviendrons à l'occasion. Mais nous tenions à poser la question dès ce moment, pour engager les praticiens à l'étudier

---

quantité, par les conduits des glandes salivaires, sous-maxillaire et parotide. Toutes ces substances sont indifféremment absorbées, qu'elles puissent ou non être éliminées avec la salive. La conclusion à tirer de ces expériences est que le phénomène d'absorption, sur ces surfaces glandulaires, n'a rien de spécial, tandis que le phénomène de sécrétion n'est relatif qu'à certaines matières. En outre, la rapidité de l'absorption est très-grande dans les glandes salivaires. Si, après avoir découvert les deux conduits parotidiens d'un animal, et y avoir fixé un tube d'argent pour recueillir la salive, on vient à injecter un gramme ou deux d'une solution d'iodure de potassium dans une des glandes parotides, cette substance se trouve dans la salive du côté opposé, si rapidement qu'il n'est pas possible d'apprécier rigoureusement le temps qu'elle a mis à traverser le torrent circulatoire pour arriver d'une glande à l'autre.

L'humeur sécrétée par le pancréas a la propriété due à la *pancréatine*, de *dédoubler les graisses neutres* (butyrine, oléine, stéarine, margarine, etc.) en *glycérine* et en *acide libre* (butyrique, etc.). Ce fait, mis à tort en doute, a été récemment confirmé par M. Berthelot sur des principes gras neutres, absolument purs, qu'il avait obtenus par synthèse. Cette propriété du suc pancréatique de *dédoubler* les graisses est la propriété essentielle découverte par M. Cl. Bernard. Il offre, en outre, celle d'*émulsionner* les graisses. Cette propriété appartient aussi à d'autres humeurs, mais elles le font moins facilement et d'une manière moins parfaite, parce que les autres n'ont pas un principe agissant spécialement comme la pancréatine sur les graisses. C'est pour avoir confondu les faits de dédoublement et d'émulsion que quelques auteurs ont cru contredire les démonstrations de M. Cl. Bernard en montrant des émulsions formées par d'autres humeurs.

Le suc pancréatique pur et récemment formé émulsionne les graisses et les huiles avec la plus grande facilité. L'émulsion persiste pendant longtemps. Le chyle ne commence à se réunir dans les chylifères qu'à partir de la région du tube intestinal où le suc pancréatique est venu se mêler aux matières alimentaires. Dans les affections du pancréas, on voit les corps gras contenus dans les aliments passer tout entiers dans les digestions. Il est incontestable que les corps gras sont émulsionnés par ce suc d'une manière facile et persistante; que le suc pancréatique, s'il n'est pas altéré à l'air ou mêlé de substance en voie d'altération, comme la salive mixte, n'a pas sur les fécules l'action qu'on lui a attribuée; il ne l'est pas moins que la salive, le suc gastrique, la bile même, sont privés de cette propriété d'émulsionner les graisses. M. Cl. Bernard a trouvé dans une disposition de l'appareil digestif du lapin un moyen irrécusable de démontrer ce fait avec la plus parfaite précision et à volonté. Le suc pancréatique parvient dans le tube intestinal de cet animal à une distance d'environ 35 centimètres au-dessous du point où se verse la bile elle-même. Or, tant que les matières alimentaires n'ont pas atteint la région où elles se mêlent au suc pancréatique, rien n'indique la formation et la séparation du chyle lactescent, rien ne montre dans l'intestin même que les corps gras y soient émulsionnés. Au contraire, dès que le suc pancréatique se mêle aux aliments, on voit la graisse s'émulsionner, le chyle laiteux remplir les chylifères correspondants. Par suite du mode de versement de deux fluides biliaire et pancréatique, il ne peut jamais arriver que ce dernier agisse sur les matières alimentaires en dehors de l'action de la bile. En effet, toutes les variétés anatomiques se réduisent à trois cas. Dans le premier cas, les deux fluides arrivent dans l'intestin déjà mélangés. Dans le second cas, la bile et le suc pancréatique se versent isolément par des conduits qui s'ouvrent à quelques millimètres l'un de l'autre, de sorte qu'il est évident qu'aussitôt leur arrivée sur la membrane muqueuse intestinale les deux liquides sont unis et mélangés. Dans le troisième cas, les canaux biliaire et pancréatique s'ouvrent dans l'intestin à une grande distance l'un de l'autre (de 35 à 50 centimètres chez le lapin et le lièvre, de 21 centimètres dans le castor, de 52 centimètres chez le porc-épic, etc.). D'où il suit qu'alors la bile et le suc pancréatique ont le temps d'agir isolément avant de se mélanger. Or il est constant que chez ces animaux le canal pancréatique, ordinairement unique, s'ouvre toujours le dernier dans l'intestin, et apporte le suc du pancréas sur des aliments déjà imprégnés de bile.

Les matières grasses pour rester dans le sang et y être assimilées n'ont pas nécessairement besoin de traverser le foie. En injectant dans la veine jugulaire et en grande quantité diverses substances grasses (beurre, huile, axonge), préalablement émulsionnées avec du suc pancréatique recueilli chez des chiens, jamais après ces injections les urines ne contiennent de la graisse.

D'après leur voie d'absorption, il faudrait donc distinguer les prod

sérieusement, et à nous faire part du résultat de leurs observations à cet égard.

De l'emploi de l'amylène chez les enfants.

Les résultats des expériences sur l'amylène nous arrivent de toutes parts. Nous avons fait connaître en partie celles qui ont été faites à Londres, à Paris et à Strasbourg. Nous savons qu'il s'en fait en ce moment à Montpellier et à Lyon. En voici qui nous viennent de la Belgique. Cet empressement à expérimenter de nouveaux agents anesthésiques prouve deux choses : c'est que l'anesthésie artificielle est désormais un adjuvant indispensable de la pratique chirurgicale, et une méthode dont la thérapeutique médicale elle-même ne saurait plus se passer, et que les agents anesthésiques jusqu'à présent en usage laissent quelque chose à désirer, sinon pour l'efficacité, du moins sous le rapport de la sûreté et de l'innocuité. L'amylène est-il appelé à combler ce *desideratum?* C'est ce que nous ne saurions dire encore, mais ce que quelques-uns espèrent, et c'est du moins ce que chacun cherche par ces expérimentations, qui ont par cela même un grand intérêt. Celles que nous nous proposons de faire connaître aujourd'hui ont été faites à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles par M. Isid. Henriette, professeur de clinique à cet hôpital. Elles sont au nombre de quatre, et ont eu pour sujets des enfants.

X..., jeune fille âgée de dix ans, très-nerveuse, est atteinte d'une coxalgie pour laquelle on veut lui appliquer un bandage inamovible. Les mouvements étant très-douloureux, on cherche à obtenir l'anesthésie à l'aide de l'amylène.

L'enfant est très-effrayée par l'idée qu'on va lui faire subir une opération grave; néanmoins elle se présente assez bien aux inspirations d'amylène.

Le pouls et la respiration examinés préalablement donnent, le premier 128, et la seconde 13 à la minute.

Dix grammes environ d'amylène sont versés sur de l'ouate contenue dans un cornet en gutta-percha, puis celui-ci est placé devant le nez et la bouche de la petite malade, qui se plaint et s'agite aussitôt. Puis au bout d'une minute, elle s'endort; on la pince fortement sans qu'elle paraisse le sentir, mais cela ne dure qu'un instant, et bien qu'elle continue les inspirations, elle revient à elle, et la sensibilité reste aussi vive qu'à l'état normal. Cette première expérience dure quatre minutes.

On recommence encore à trois reprises différentes les inspirations, qui durent chaque fois trois minutes, mais on n'obtient plus rien. On a employé, tant à l'aide du cornet que d'un appareil, 30 grammes d'amylène. La malade ne s'est plainte que de l'introduction du liquide dans sa bouche, l'odeur ne l'a point incommodée, les lèvres et le nez qui ont été en contact avec le liquide, n'ont présenté aucune trace d'irritation.

Le pouls exploré pendant toute la durée des inspirations n'a présenté aucun changement, ni dans sa force, ni dans sa fréquence, ni dans son rhythme.

L'enfant qui fait le sujet de la seconde observation, est une petite fille de trois ans, atteinte de teigne faveuse. A plusieurs reprises on a procédé à l'épilation selon la méthode adoptée à l'hôpital Saint-Pierre. Mais cette opération étant très-douloureuse, on résolut de soumettre la petite malade à l'action anesthésique de l'amylène, en apportant toutefois certaines modifications aux procédés suivis dans l'observation précédente. Ainsi, au lieu de la position horizontale qui avait été donnée au premier malade, celle-ci fut maintenue dans une position verticale, assise dans une chaise; au lieu de verser à plusieurs reprises l'amylène sur le tampon d'ouate au fur et à mesure qu'il se volatisait sous le nez et devant la bouche de la malade, on en versa tout d'un coup 15 grammes. Les effets furent rapides, l'instantanéité d'action remarquables : *cinq secondes* suffirent pour abolir la sensibilité.

Aussitôt que les effets de l'amylène se produisirent, les yeux de la malade s'injectèrent, ils devinrent brillants, larges, ouverts; l'enfant paraissait en extase, la figure restant colorée, la circulation n'éprouvant pas de changements considérables. Le pouls conserva un peu de fréquence, mais n'offrit pas d'irrégularité ni d'intermittence. La respiration resta calme, sans troubles apparents. Il y avait résolution des membres, mais elle était loin d'être aussi grande que celle qu'on observe chez les individus soumis à l'action du chloroforme; la petite malade resta la tête fixe, les bras appuyés sur sa chaise, ayant l'air de regarder l'opérateur pendant tout le temps qu'avec de fortes pinces il lui arrachait les cheveux de la tête. L'insensibilité était donc complète.

On sait que tous ces phénomènes, de même qu'ils se produisent avec une rapidité surprenante, se dissipent promptement; ici, les inhalations ont dû être répétées trois fois, et voici ce que l'on a observé. Les effets de ces trois inhalations successives se prolongèrent, ceux de la première quarante-deux secondes, de la deuxième trente-deux secondes, de la troisième trente secondes, une demi-minute. Passé ce laps de temps, l'intelligence et la motilité de l'enfant, momentanément abolies, revenaient peu à peu quoique la sensibilité fût encore abolie. La petite malade se prêtait alors à l'opération, tournait la tête pour faciliter la besogne de l'opérateur, lui donnait la main quand il la lui demandait, et ne manifestait aucune douleur pendant tout le temps que dura l'épilation, c'est-à-dire *quatorze minutes*. Elle s'en retourna seule à son lit.

Le sujet de la troisième observation est une petite fille de six ans, atteinte d'un favus en cercle et d'adénite scrofuleuse; elle est d'une sensibilité extrême, aussi avait-on depuis quelque temps renoncé à l'épilation comme moyen thérapeutique. On résolut donc d'employer ici l'amylène, curieux de voir si les phénomènes extraordinaires observés chez la petite malade, sujet de l'observation qui précède, se renouvelleraient. L'enfant fut placée sur une chaise, 15 grammes d'amylène versés sur un tampon d'ouate contenu dans un cornet en gutta-percha furent rapidement portés devant la bouche, et au bout de *sept secondes*, on put enlever sans occasionner de douleurs, les bandelettes qui avaient été placées au préalable sur le cuir chevelu. Les effets de cette première inhalation se prolongèrent pendant quarante-cinq secondes, et puis comme l'épilation n'était pas achevée, on eut recours à une deuxième et enfin une troisième inhalation dont les effets se firent sentir trente secondes et vingt-huit secondes.

Comme dans la deuxième observation, l'enfant paraissait en extase : la figure colorée, les yeux ouverts; la respiration calme, profonde; la circulation normale; le pouls peu accéléré, mais très-égal, très-régulier; l'intelligence, momentanément abolie, de même que la motilité, se réveillent d'abord, la sensibilité ne revient qu'ensuite.

Le 8 avril, cette même petite fille fut soumise à de nouvelles inhalations, et épilée de nouveau. Cette fois il fallut une minute et demie pour réussir, et l'amylénisation dura 45 secondes, au bout desquelles l'enfant, qui n'avait rien ressenti de l'enlèvement d'une douzaine de bandelettes, s'en retourna à son lit, et se mit à manger avec appétit.

De ces expériences il paraîtrait résulter :

Que l'amylène agit chez les enfants avec une rapidité plus grande que le chloroforme, à la condition toutefois de les maintenir dans une position verticale;

Que ses effets se dissipent plus promptement;

Que son action s'étend à toutes les fonctions cérébrales, mais plus spécialement à la sensibilité, qui reste plus longtemps abolie;

Enfin que la circulation et la respiration n'éprouvent aucun trouble considérable et de nature à inspirer des inquiétudes sérieuses.

Ce n'est, bien entendu, qu'à titre provisoire et comme renseignement que nous inscrivons ces conclusions, qui n'auront leur signification complète que lorsqu'elles auront pu être rapprochées des résultats obtenus par les autres expérimentateurs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 avril 1857. — Présidence de M. CHASSAIGNAC.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. CLOQUET, à propos de la communication de M. Deguise, dit qu'il a souvent été consulté pour des palmatures inter-digitales, soit aux mains, soit aux pieds; ces dernières ne nuisent pas aux fonctions de la partie, et n'ont pas d'inconvénients; mais il n'en est pas de même pour celles des mains : aussi doit-on laisser les premières et attaquer les secondes.

Dans les opérations qu'il a pratiquées, M. Cloquet a éprouvé toutes les difficultés qui proviennent de la tendance à la récidive; il a vu souvent combien il est difficile, après avoir séparé les doigts, de les empêcher de se réunir : c'est même cette tendance des bourgeons charnus à rapprocher les parties, qui lui a inspiré l'idée d'attaquer les fistules vésico-vaginales et les divisions du voile du palais par la cautérisation.

En considérant ce qui se passe pour les anneaux que tous les peuples ont l'habitude de placer dans le lobule des oreilles, M. Cloquet a eu l'idée de produire la destruction de la membrane inter-digitale par un procédé dont le mécanisme se rapprocherait beaucoup de celui des boucles d'oreilles.

Dans l'opération, qui consiste à percer le lobule, la peau se trouve repoussée vers l'intérieur de la petite plaie et vient à la rencontre de celle de la face opposée; c'est pour cela que le trajet de l'instrument peut présenter, en quelques jours, une surface d'aspect cutané complétement organisé.

M. Cloquet a donc pensé que, pour empêcher la réunion des doigts après les avoir séparés, il faudrait arriver à donner aux lèvres de la plaie les propriétés de la peau; pour cela, il propose de percer la membrane inter-digitale d'une série d'ouvertures dans lesquelles on placerait des clous de plomb de plus en plus larges, puis ensuite des espèces de chevilles plates, également en plomb et de plus en plus larges, de façon à détruire peu à peu les intervalles laissés entre les clous, et par conséquent la palmature, en même temps qu'on obtiendrait de chaque côté la réunion de la peau de la face dorsale avec celle de la face palmaire.

M. DEGUISE annonce à la Société qu'il a opéré sa malade par le procédé de M. Didot, et que les résultats immédiats sont satisfaisants; il rendra compte plus tard du résultat définitif.

M. Deguise répond ensuite à M. Cloquet qu'il a vu opérer un individu par la perforation de la membrane, dans laquelle on passait un anneau pour entretenir l'ouverture jusqu'à sa cicatrisation. La palme ne fut incisée que longtemps après l'organisation complète du pourtour de la perforation, et pourtant elle se reproduisit.

M. CLOQUET fait observer que le procédé dont parle M. Deguise n'est pas celui qu'il a proposé, puisque, dans ce dernier, la membrane se trouverait divisée sur toute sa longueur par le seul fait de l'agrandissement des ouvertures primitives, qui finiraient par se confondre en une seule fente.

M. MARJOLIN a essayé dans trois cas l'emploi du clou de plomb sans jamais obtenir l'élargissement de l'ouverture primitive, ni même la cicatrisation complète de ses bords. Sur une petite fille qui, par suite de brûlure à la partie supérieure des cuisses, présentait une membrane cicatricielle étendue de l'une à l'autre, et rejoignant les fesses en arrière de l'anus, il espéra, en traversant cette membrane au moyen d'un clou de plomb, obtenir une sorte de commissure organisée qui pût mettre à l'abri de la reproduction de la bride; mais, au lieu de se cicatriser, les bords de la petite plaie furent le point de départ d'un travail d'ulcération : de sorte qu'il fallut abandonner ce procédé. M. Marjolin divisa la cicatrice vicieuse par une simple incision, et maintint les cuisses habituellement écartées pendant la cicatrisation, en faisant tenir l'enfant à califourchon sur un cheval de bois pendant plusieurs heures par jour.

Dans un autre cas, où il avait à détruire une bride de l'aisselle qui unissait le bras au côté du thorax, M. Marjolin passa à travers le tissu de cicatrice un fil métallique; mais, à mesure que le fil descendait, la réunion des parties divisées se faisait au-dessus de lui; il en fut de même en employant deux fils qui perçaient la bride l'un au-dessus de l'autre; enfin M. Marjolin ne réussit qu'en incisant l'adhérence et en maintenant, pendant la cicatrisation, l'éloignement des parties au moyen d'un tampon de linge d'abord, et ensuite d'une attelle en équerre dont une branche était fixée au côté de la poitrine, tandis que l'autre supportait le bras.

M. CLOQUET fait remarquer la différence des conditions dans lesquelles M. Marjolin a opéré et de celles pour lesquelles il propose son procédé. M. Marjolin agissait sur des tissus de cicatrice, tandis que les palmatures des doigts sont formées par l'adossement de la peau saine.

M. GUERSANT a essayé sur des enfants presque tous les procédés

---

duits de la digestion en deux groupes : 1° les matières sucrées et albumineuses absorbées exclusivement par la veine-porte, et traversant nécessairement le foie avant d'arriver aux poumons; 2° les substances grasses absorbées par les vaisseaux chylifères, et arrivant dans le système veineux général et dans le poumon sans avoir préalablement passé par le foie.

En résumé, il n'y a qu'une substance alimentaire (la graisse) pour l'absorption de laquelle on puisse faire intervenir d'une manière évidente et réelle les vaisseaux chylifères. D'où le chyle ne peut être considéré, ainsi qu'on l'a fait, comme un liquide qui résumerait en lui tous les principes nutritifs des aliments.

En injectant des substances étrangères, particulièrement de la graisse (suif et saindoux), dans la partie glanduleuse du pancréas, celle-ci, altérée par ce contact de la graisse, cesse de fonctionner et est résorbée, tandis que les conduits seuls restent intacts et dénudés comme des branches d'arbres qui auraient perdu leurs feuilles. Ces substances (beurre, suif ou saindoux) traversent le canal alimentaire sans subir d'autre altération que la fusion, et on les voit se figer sur le sol où l'animal rend ses excréments, sous forme d'une couche blanchâtre, quelquefois légèrement colorée par de la bile.

Si le pancréas est complétement détruit, l'animal meurt au bout de cinq à six semaines, tout à fait émacié, quoiqu'il ait mangé jusqu'aux derniers moments.

On peut encore prouver le rôle du pancréas dans la digestion des graisses en faisant la ligature des conduits pancréatiques.

En outre, la fécule, qui de l'estomac passe dans l'intestin, se change immédiatement, sous l'influence du suc pancréatique, en glycose. Enfin les matières azotées qui arrivent dans l'intestin seulement, gonflées par le suc gastrique, ne se dissolvent qu'alors qu'elles arrivent au contact du suc pancréatique.

Enfin, dans ce qu'on appelle *glandes* de Brunner, il y a deux espèces de glandes. Les unes, placées au-dessus de l'insertion du canal pancréatique, fournissent un liquide sans action sur les graisses, agissant à peu près comme la salive visqueuse; les autres, placées au-dessous de cette insertion, sont les analogues du pancréas, et leur fluide agit comme le suc pancréatique.

Au moment de l'ingestion des aliments et pendant le temps que dure la digestion, la bile n'est sécrétée qu'en très-petite quantité. Ce n'est environ que sept heures après le repas, c'est-à-dire quand ce travail digestif est complétement achevé que la bile coule en très-grande abondance. Cette bile s'accumule alors dans la vésicule et s'y met en réserve pour la digestion suivante. Chez le cheval, qui n'a pas de vésicule biliaire, le canal cholédoque est pourvu d'un sphyncter très-résistant à son ouverture duodénale; aussi le canal cholédoque se dilate pendant l'accumulation de la bile et fait alors l'office de réservoir.

Cette notion sur la sécrétion de la bile nous explique très-naturellement ce fait que les animaux à jeun ont toujours la vésicule extrêmement pleine.

La bile accumulée dans la vésicule s'écoule à mesure que les aliments passent dans le duodénum. Son rôle, assez complexe du reste selon la nature des aliments, est surtout d'arrêter brusquement l'action du suc gastrique sur les aliments; de mettre un terme à la *digestion stomacale*, pour préparer la *digestion intestinale*. En effet, l'action dissolvante du suc pancréatique sur les substances azotées gonflées par le suc gastrique ne s'opère qu'autant que la bile a mouillé ces substances, ou bien s'est mélangée avec le liquide du pancréas.

Tel est l'énoncé, plutôt encore que le résumé, de quelques-uns des faits principaux qui font le sujet de ces nouvelles recherches de M. Bernard. Cette rapide analyse ne saurait en donner une idée complète, car elle n'a pu aborder l'examen des applications de ces notions à la pathologie, pour l'étude desquelles le lecteur devra recourir à l'original même.

Enfin, l'ouvrage est terminé par un parallèle entre les phénomènes de nutrition chez les animaux et les végétaux. Là, M. Bernard sortant de l'exposé des expériences et de leurs conséquences directes, ou de leurs applications qui forment le corps de l'ouvrage, s'élève à un ordre de considérations générales des plus élevées. Les qualités de cet esprit éminemment scientifique se révèlent ici sous un jour nouveau, et des vues les plus originales comme les plus positives viennent encore prendre sous sa plume la place d'hypothèses réputées vraies par beaucoup d'écrivains, tandis qu'aucune preuve directe ne vient en confirmer l'exactitude.

CH. ROBIN.

proposés pour la destruction des palmatures des doigts, et constamment, lors même que l'opération avait réussi d'abord, il a vu la bride se reproduire par suite du développement de l'enfant. Chélius, qui avait aussi observé ce fait, avait renoncé à détruire les membranes inter-digitales sur les enfants, et ne les opérait pas avant dix-sept ou dix-huit ans. M. Guersant n'a jamais réussi avec le clou de plomb. Dans un cas, il l'a laissé en place pendant quatre mois sans obtenir la cicatrisation des bords de l'ouverture.

CORRESPONDANCE.

M. LARREY communique une lettre de M. le docteur Sarazin, aide-major à l'hôpital militaire de Rome, sur un cas intéressant de blessure du cou par arme à feu.

Il s'agit d'un jeune ouvrier d'administration qui, le 26 juillet 1856, avait voulu se tuer d'un coup de mousqueton à la région sus-hyoïdienne, en dedans de l'angle de la mâchoire à gauche. On le trouva, immédiatement après la détonation, baigné dans son sang, et ayant perdu connaissance. Cette hémorrhagie primitive fort abondante s'arrêta toutefois spontanément, mais non sans déterminer des accidents caractéristiques assez graves : syncopes fréquentes, pâleur générale, refroidissement des extrémités, petitesse du pouls, soif inextinguible, et vomissement de tous les liquides ingérés. La plaie, profondément contuse et déchirée, était compliquée de fractures à l'angle de la mâchoire et à la branche montante du maxillaire supérieur, de section du cartilage de l'oreille, renversée vers la nuque et suspendue par un lambeau de tégument. Le projectile était ressorti par la région temporale, en effleurant l'arcade zygomatique, sans avoir pénétré dans l'arrière-bouche.

Le médecin-major, M. Trudeau, aujourd'hui agrégé à l'Ecole du Val-de-Grâce, fit l'extraction des esquilles mobiles, remit l'oreille en position, et l'y maintint à l'aide de points de suture. L'hémorrhagie s'était complétement arrêtée; mais l'absence de pulsations dans les artères faciale et temporale superficielle indiquaient la section de ces deux vaisseaux, peut-être aussi la lésion de la maxillaire interne, de la linguale, et même de la carotide externe à sa terminaison. Le nerf facial enfin avait été coupé.

Que fallait-il faire? Le parti à prendre était délicat. Une hémorrhagie nouvelle pouvait déterminer la mort du blessé. La ligature de la carotide primitive semblait indiquée, mais la pratiquer comme moyen préventif, c'était chose grave. M. Trudeau, afin d'y suppléer, donna des instructions précises pour que la compression exacte de cette artère fût assurée immédiatement en cas d'hémorrhagie. Un pansement simple, avec de la glace sur la charpie; la diète absolue, même de tisane, pour empêcher les vomissements, le silence et une position presque inamovible furent prescrits. Aucune hémorrhagie ne reparut. Quelques esquilles secondaires furent extraites, et la détersion de la plaie se fit régulièrement. Il survint seulement un phlegmon assez considérable à l'oreille. Deux incisions donnèrent issue à la suppuration, qui persista de ce côté assez longtemps, et se compliqua de deux érysipèles successifs à la face, avec des abcès à la joue, et un autre cinq fois récidivé à la paupière inférieure du même côté. La guérison de la blessure parut presque définitive à la fin de janvier. Mais alors les traits de la face présentèrent des signes évidents d'hémiplégie, par la déviation de la bouche, l'occlusion incomplète des paupières, etc.; mais la langue a conservé l'intégrité de ses mouvements, et la parole n'est point troublée. Le doigt, introduit dans la bouche, constate une fracture partielle de l'apophyse coronoïde. Quant à la cicatrice de la plaie, elle s'étend du niveau du cartilage thyroïde jusqu'à l'oreille, qui s'est déformée, ratatinée pour ainsi dire sur elle-même, avec adhérence du lobule et oblitération du conduit auditif.

L'état général du blessé est d'ailleurs dans de bonnes conditions.

M. Larrey, en résumant cette observation, montre un dessin de la cicatrice fort bien fait par M. Sarazin.

— M. GOSSELIN communique la note suivante :

Note sur la maladie hydatique du foie en Islande, et l'emploi de l'électro-puncture à la destruction des acéphalocystes, par M. H. GUÉRAULT, chirurgien de la marine.

Dans une de ses dernières séances, la Société de chirurgie s'occupait de la nouvelle application, récemment faite et proposée par M. Chassaignac, des injections iodées au traitement des kystes hydatiques du foie. C'est au sujet de cette même affection, de sa prodigieuse fréquence en Islande, et d'un moyen original qu'on y a dirigé avec succès contre les acéphalocystes du foie, que je viens présenter à la Société quelques détails recueillis dans ce pays pendant le voyage de S. A. I. le prince Napoléon.

Les statistiques régulièrement dressées par ordre du gouvernement danois, et que le médecin général de l'Islande transmet chaque année à Copenhague, établissent et nous ont appris que cette maladie, relativement exceptionnelle dans tout le reste de l'Europe, attaque actuellement le cinquième de la population islandaise, chiffre incontestablement exact, mais proportion énorme et qui a lieu de surprendre, quand on voit chez nous MM. Cruveilhier et Hawkins ne pouvoir réunir qu'une dizaine d'observations d'abcès hydatiques du foie. (*Medico-chirurgical transactions*, t. XVIII, p. 28.)

L'affection hydatique islandaise, *lifrarveiki*, occupe presque toujours le foie, comme le témoigne le nom qu'elle a reçu dans la langue du pays; toutefois on y a trouvé des hydatides dans les poumons et dans les reins, au-dessus comme au-dessous du diaphragme : on en a trouvé aussi sous la peau et même dans la tunique vaginale; mais dans la grande majorité des cas, c'est au foie que se rencontrent les acéphalocystes, soit adhérentes à sa convexité, soit logées dans son épaisseur.

La résorption et l'état stationnaire sont, nous a-t-on dit, des terminaisons très-peu fréquentes; mais le plus souvent on voit les hydatides, après un certain temps, donner lieu à tous les phénomènes de formation, de développement et d'inflammation des abcès hépatiques : on trouve alors des tumeurs molles et fluctuantes, avec sensation particulière de frémissement, excessivement douloureuses, presque constamment accompagnées de constipation, de vomissements, d'ictère, plus rarement d'ascite et de symptômes généraux graves. Fréquemment, et c'est même là le cas le plus ordinaire, on voit les tumeurs s'ouvrir spontanément, soit à l'extérieur, en enflammant et perforant la paroi abdominale, soit à l'intérieur, par le cardia, le canal intestinal ou la cavité du péritoine : on trouve alors communément dans le pus ou dans les selles ou les vomissements, soit des hydatides entières, du volume et de l'aspect d'un granule de semoule, soit au moins leurs crochets visibles au microscope et flottants dans un liquide peu coagulable par la chaleur et les acides. Il est rare d'ailleurs que ces perforations spontanées occasionnent des accidents funestes, à l'exception du cas où l'épanchement se fait jour dans la cavité du péritoine, et provoque l'inflammation mortelle de la séreuse.

Quand cette ouverture spontanée tarde trop, et que les symptômes de douleur et d'inflammation sont très-prononcés, les médecins du pays n'hésitent pas à faire des ponctions et à vider les tumeurs en plusieurs fois, suivant le procédé de M. Jobert, ou d'un seul coup, lorsque l'adhérence du sac hydatique avec le péritoine est déjà établie; dans le cas contraire, ils cherchent à produire artificiellement cette adhérence, en ouvrant graduellement les tumeurs au moyen des caustiques, d'après la méthode de Récamier.

Enfin, dans ces dernières années, on a songé à faire appel à l'électricité; M. le docteur Thorarensen, médecin du canton de l'est de l'Islande, a eu l'idée de tuer les acéphalocystes dans le foie, au moyen de décharges électriques, et à l'aide de longues et fines aiguilles d'acier, obliquement introduites aux deux pôles de la tumeur : il y a six ans déjà que ce moyen thérapeutique fut pour la première employé chez un négociant islandais, M. Simpson, et dans cette expérience unique, le succès fut prompt et complet : le tumeur s'affaissa peu à peu, et les hydatides, probablement résorbées, ne reparurent pas.

En ce moment, où chaque jour agrandit le champ de l'électricité médicale, il m'a semblé qu'il y aurait quelque utilité à faire connaître cette curieuse application de l'électro-puncture, et quelque justice à la rapprocher, pour établir sa priorité, des expériences analogues tout récemment publiées, et dans lesquelles M. le professeur Burci (de Pise) s'est proposé de faire avorter les grossesses tubaires, en tuant également par des décharges électriques le produit de conception anormalement développé en dehors de la cavité utérine.

M. GIRALDÈS prie M. Gosselin de demander à l'auteur des renseignements sur l'alimentation des Islandais, parce qu'il est démontré par les travaux des helminthologistes que les aliments sont le véhicule qui sert à l'introduction dans l'économie des germes des helminthes et des hydatides, de sorte qu'on trouverait peut-être dans l'alimentation du pays la cause de la fréquence des hydatides.

— M. FORGET offre, au nom de M. Carathéodory, professeur de clinique externe à l'Ecole de médecine de Constantinople, et médecin de Sa Majesté le Sultan, deux exemplaires d'un mémoire ayant trait à deux observations de taille pour le procédé bi-latéral de Dupuytren, modifié en raison de circonstances exceptionnelles, qui furent découvertes pendant l'opération.

Dans le premier de ces cas, le volume de la pierre, qui remplissait toute la cavité de la vessie, dont les parois étaient appliquées sur elle, s'opposant à son extraction et rendant impossible l'introduction des tenettes, M. Carathéodory, après avoir vainement tenté l'introduction du brise-pierre, se décida à diviser la prostate dans son diamètre inférieur et vertical, en comprenant dans l'incision le sphincter de l'anus, selon le procédé de Sanson. Mais, au lieu de faire l'incision du côté du rectum, il procéda de dedans en dehors par l'ouverture déjà pratiquée à la vessie. Pour cela, un gorgeret ayant été préalablement introduit dans le rectum, afin de protéger sa paroi postérieure, l'opérateur porta un bistouri pointu à travers l'incision de la prostate jusqu'au col de la vessie, et divisa sur la cannelure du gorgeret tout ce qui se trouva devant son bord tranchant.

Ce débridement fut pratiqué une seconde fois, et également avec succès, dans un cas de calcul volumineux et adhérent à la paroi vésicale, afin de rendre celui-ci plus facilement accessible aux instruments opératoires.

— M. DEMARQUAY présente un corps étranger qu'il a trouvé dernièrement dans un abcès de la marge de l'anus qu'il a ouvert dans le service de M. Monod. Ce corps est un morceau d'os long de 4 centimètres environ, mince et aplati. Dans deux autres cas, M. Demarquay a déjà trouvé des corps analogues dans des abcès de la marge de l'anus.

M. LARREY a trouvé deux fois des fragments d'os dans des abcès de la marge de l'anus. Il signale la grande acuité des symptômes comme pouvant faire présumer quelquefois la présence de corps étrangers dans les phlegmons voisins du rectum.

M. HUGUIER rappelle qu'en parlant des fistules à l'anus, on mentionne toujours les corps étrangers qui percent les tuniques du rectum et vont produire un phlegmon au voisinage. Chez les tapissiers, on trouve quelquefois dans les abcès de la marge de l'anus de ces petits clous qu'ils emploient habituellement et qu'ils ont l'habitude de mettre en réserve dans leur bouche. Il y a deux ans, M. Huguier a extrait d'un de ces abcès une vertèbre de poisson.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN fait observer que le corps extrait par M. Demarquay ressemble à une dent de peigne. Ce n'est pas la première fois qu'un semblable corps est introduit dans les voies digestives. Il y a plusieurs années, M. Hervez de Chégoin avait opéré avec succès un malade de la pierre; après la guérison, cet homme fut pris d'une diarrhée et de vomissements que rien ne put calmer, et finit par mourir d'épuisement. A l'autopsie, on trouva une dent de peigne qui avait perforé les parois de l'estomac et s'y était arrêtée de façon à faire saillie par la face interne et par la face externe de l'organe.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, DESORMEAUX.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le rédacteur,

Je lis dans votre dernier numéro une lettre de M. Champouillon qui signale la ville de Nice comme une station dangereuse pour les phthisiques. M. Champouillon ne s'est point trompé en présumant que cette assertion pourrait paraître une hardiesse difficile à faire agréer par les médecins.

C'est un usage fort ancien, en effet, que celui qui consiste à acheminer les tuberculeux vers l'Italie. Il est assez probable que cette coutume se justifie par quelques succès, puisqu'elle subsiste encore. Pour moi, j'ai vu des poitrinaires qui ont séjourné à Nice et qui en sont revenus améliorés. Il est à remarquer, du reste, que cette ville se trouve dans des conditions météorologiques qui lui sont communes avec la plupart des localités du littoral méditerranéen fréquentées par les malades de cette espèce; que l'atmosphère maritime n'est là ni plus nuisible ni plus salutaire qu'ailleurs; et qu'enfin les phthisiques, qui ont tant besoin de se perdre de vue, trouvent à Nice des moyens variés de se distraire, ne fût-ce que par le spectacle d'un admirable panorama.

Que M. Champouillon veuille bien me permettre encore, non pas une objection, mais une simple observation qui a bien son prix.

Nice est devenue une colonie anglaise peuplée de valétudinaires et de tuberculeux. On sait avec quel soin les Anglais calculent toutes les chances de bien-être qu'ils pourront rencontrer là où ils vont s'établir. Or, du moment qu'ils adoptent Nice comme un de leurs gîtes familiers, c'est qu'ils s'y trouvent bien. Pourquoi d'autres s'y trouveraient-ils plus mal?

Agréez, etc. F. DURAND.

Paris, 13 avril 1857.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les candidats pour l'agrégation en chirurgie doivent remettre leurs thèses dimanche prochain.

Voici quels sont les sujets que le sort a désignés à chaque concurrent:

MM. Bauchet : *Des tubercules au point de vue chirurgical.*
Béraud : *Maladies de la prostate.*
Duchaussoy : *Kystes des mâchoires.*
Fano : *Tumeurs du voile du palais et de la voûte palatine.*
Foucher : *Des anus contre nature.*
Houel : *Plaies et ruptures de la vessie.*
Jamain : *Des plaies du cœur.*
Legendre : *Valeur comparative des divers modes de traitement des fractures.*
Legouest : *Kystes de la main et du poignet.*
Morel-Lavallée : *Valeur comparative des divers modes de traitement desrétrécissements de l'urètre.*
Ollier : *Plaies des veines.*
Trélat : *De la nécrose produite par le phosphore.*

Nous donnerons dans un autre numéro les sujets de thèse des candidats à l'agrégation en médecine et accouchements.

— Des R. P. Dominicains ont établi à la Croix-Rousse (Lyon) un hospice de convalescents. Cette œuvre, encore au berceau, a donné déjà d'heureux résultats, et ce qu'elle a fait, depuis trois mois qu'elle existe, donne la mesure des services qu'elle rendra plus tard. Confiants dans la bienfaisance proverbiale de notre ville et forts de leur ardente charité, ces religieux ont entrepris de transformer en maison de campagne des pauvres un bâtiment, on peut dire presque délabré, dont les proportions sont, hélas, bien étroites, si l'on songe aux misères qu'il aurait à soulager, mais où les fondateurs espèrent admettre jusqu'à soixante convalescents, en se logeant eux-mêmes sous les combles.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

— *Poema medicum*, tel est le titre d'un poëme manuscrit et anonyme récemment découvert par M. Littré, et qui a donné lieu à de savantes recherches faites par M. Daremberg. La notice remarquable que M. Pétrequin vient de lire sur ce sujet à l'Académie des sciences et belles-lettres de Lyon, offre un grand intérêt sous le double rapport de l'histoire de l'art et de la littérature médicale au moyen âge.

— La Société impériale de médecine de Constantinople vient de fonder un prix annuel de 5,000 piastres turques, qu'elle décernera le 15 février de chaque année, jour de sa fondation, au meilleur travail qui lui sera adressé sur la question qu'elle aura mise au concours. Outre le prix indiqué, il y aura des mentions honorables.

La question mise au concours cette année est : *La Topographie médicale d'une localité ou d'une circonscription quelconque, plus ou moins étendue, de l'Empire Ottoman.* Les candidats devront :

1° Indiquer les *conditions physico-géographiques*, *géologiques*, *météorologiques et hygiéniques* de la localité ou circonscription choisie pour objet d'étude, en insistant spécialement *sur les causes d'insalubrité;*

2° Signaler les *maladies diverses qui règnent communément dans le pays, en accordant une attention particulière aux affections endémiques et épidémiques;*

3° Enfin, exposer en détail les *mesures pratiques qui seraient le plus propres à faire disparaître ou atténuer les causes d'insalubrité et de maladies qu'on aura signalées.*

Exceptionnellement, le premier prix ne sera décerné que le 15 février 1859.

Les mémoires peuvent être rédigés en français, en italien, en latin, en grec ou en turc. Ils devront être parvenus, *francs de port* à M. le secrétaire général de la Société, à Constantinople, trois mois avant l'époque à laquelle le prix devra être décerné, c'est-à-dire le 15 novembre 1858, terme de rigueur.

— M. Bouchut, agrégé, désigné pour remplacer M. Duméril dans la chaire de pathologie interne à la Faculté de médecine pendant le semestre d'été, commencera son cours le lundi 20 avril, à deux heures.

— M. le docteur Hippolyte Blot, ex-chef de clinique d'accouchements de la Faculté, commencera la deuxième partie de son cours public le mercredi 22 avril, à midi, amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera, à la même heure, les lundis, mercredis et vendredis.

Il y traitera exclusivement de la dystocie et des opérations obstétricales.

— M. Larrey nous prie de rectifier ce que nous avons dit dans notre dernier numéro, à l'occasion des huit amputations du bras faites au siége d'Anvers. Ce n'est pas par M. Larrey que ces huit amputations ont été faites, mais bien par plusieurs autres chirurgiens.

Le Gérant, ...

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 20 AVRIL 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

Dans leurs savantes recherches sur les eaux de Plombières, MM. O. Henry et Lhéritier indiquent, avec un point de doute, l'existence de traces de fluor et de fluates parmi les éléments minéralisateurs qui entrent dans la composition de ces eaux; et dans l'une des conclusions de leur travail (1) ils expriment cette opinion que si le fluor et l'acide borique ne sont signalés que sous forme de doute, ce doute se trouve fortifié par l'abondance de la chaux fluatée et des micas dans les roches que traversent les eaux. Ce que MM. O. Henry et Lhéritier ne faisaient que soupçonner d'après des données purement rationnelles, M. Nicklès vient de le vérifier par l'analyse. Cet habile chimiste annonce dans un mémoire communiqué à l'Académie, qu'il a constaté la présence du fluor dans les eaux de Plombières, de Contrexeville et de Vichy.

Bien qu'il soit difficile dès à présent de dire en quoi la présence de ce corps peut éclairer sur les propriétés médicales de ces eaux, ou modifier les indications de leur emploi, c'est un fait qu'il faut accueillir et enregistrer. Ce sera probablement une occasion d'expérimenter tout un ordre de composés dont les propriétés physiologiques et thérapeutiques, — s'ils en possèdent, — sont à peu près inconnues.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

Des déviations de l'utérus (2).

DES VERSIONS OU DES INCLINAISONS.

Pour résumer les faits de M. Valleix, nous dirons avec lui que, sur 21 antéversions, il a obtenu 12 guérisons complètes; une treizième dont la guérison n'était pas certaine; 3 rechutes, 2 simples améliorations, 2 en traitement à l'instant où on publiait ces leçons.

Tels sont les résultats auxquels est arrivé M. Valleix, et qui ont été publiés par M. Gallard.

En acceptant les résultats de M. Valleix, tels qu'il les a donnés, on ne les trouve pas bien étonnants. Sur 21 cas, 12 guérisons, et encore à quelles conditions? un traitement long, fatigant, et de plusieurs mois de durée. Puis, le succès n'est-il pas dû également aux autres moyens employés simultanément; le repos, les bains, les calmants, les affusions froides. Tout ceci ne peut-être décidé avec les documents que nous possédons. Puis, que sont devenues ces malades? M. Valleix ne connaissait le résultat de la plupart que huit mois après le traitement. N'y a-t-il pas eu de rechutes ?

Sur les 9 autres cas, nous trouvons des insuccès, des rechutes rapides, des inflammations utérines et péri-utérines comme résultats. Dans 3 cas, ces inflammations paraissent avoir eu même une certaine intensité.

Enfin, dans tous les cas on signale comme résultat de l'application des redresseurs, les douleurs, les menstrues plus rapprochées, plus abondantes, enfin de véritables métrorrhagies.

Je ne parle pas ici, pour l'instant, d'accidents plus graves que M. Valleix n'a pas observés, mais qui l'ont été par d'autres.

Voici maintenant mon opinion relativement au traitement de l'antéversion, et ce que je fais en pareille circonstance.

Toutes les fois que l'antéversion est médiocre et sans engorgement de l'utérus, elle ne produit aucun accident, et je pense que ce qu'il y a de mieux à faire est de la laisser tranquille et de ne pas agir sur elle pour la combattre activement.

Toutes les fois que l'antéversion est considérable et toujours sans lésions utérines, elle ne produit aucun accident; mais par sa longue persistance, elle peut amener des congestions utérines; ou, si elle ne produit pas ce résultat, elle prédispose au moins singulièrement les femmes à contracter des inflammations chroniques du col et du corps de l'utérus. En pareil cas, je conseille les injections froides, ou mieux encore les douches froides, qui, si elles ne redressent pas positivement l'utérus dévié, ont au moins l'avantage de prévenir ces complications phlegmasiques qui se développent avec tant de facilité chez les femmes atteintes de déviations utérines, et produisent alors des phénomènes morbides, tandis qu'il n'en existait pas avant.

Lorsque l'utérus est le siége d'une antéversion accompagnée d'un engorgement inflammatoire, on doit diriger tout le traitement contre l'inflammation chronique du col ou du corps de l'utérus.

S'il y a des cautérisations à effectuer, on commence par redresser l'utérus à l'aide de la sonde utérine; puis, une fois redressé, et sans retirer l'instrument, on introduit un spéculum; et c'est alors le spéculum plein dont on peut seulement faire usage, et on embrasse facilement le col dans son extrémité vaginale. On peut alors effectuer facilement des cautérisations qu'on n'aurait pu faire si l'on n'avait préalablement opéré ce redressement pour faire pénétrer le col dans l'extrémité du spéculum.

Les douches froides sont d'un puissant secours dans le traitement des engorgements inflammatoires compliqués de déviations. Non-seulement elles combattent directement la maladie, mais encore elles contribuent à effectuer le redressement de l'utérus dévié et surtout à faire disparaître l'abaissement.

Une fois l'engorgement inflammatoire guéri, tous les symptômes disparaissent, et l'utérus se trouve ou redressé spontanément, ce qui est le cas le plus commun, ou bien encore dans un certain degré d'antéversion, mais sans manifestation de phénomènes morbides. Ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de continuer encore pendant un temps assez long les douches froides, ou au moins les injections froides énergiques. Elles achèveront de dissiper le mal, diminueront toujours un peu et progressivement l'antéversion; enfin et surtout préviendront le retour de nouveaux engorgements inflammatoires.

Antéflexion. — L'antéflexion est une lésion morbide dont on s'est seulement occupé dans ces derniers temps, et dont l'histoire, comme maladie à part, est encore bien peu connue et bien peu avancée.

Considérée en général comme une complication des déviations de l'utérus, elle a été décrite pour la première fois par M. Ameline, qui lui a donné son nom. Mais c'est à M. Valleix seul que l'on doit d'avoir fait de cette lésion un état morbide à part, et d'en avoir donné une description dans laquelle, il est vrai, on peut lui reprocher d'avoir donné à cette modification utérine une importance un peu exagérée peut-être.

Dans l'antéflexion, le corps de l'utérus s'incline en avant, tandis que le col, au lieu de suivre ce mouvement en se portant en arrière, conserve sa direction normale, ou même se dirige un peu en avant. Il résulte de cette disposition un angle à sinus antérieur. M. Valleix reconnaît deux formes d'antéflexion. Dans la première, le col a conservé sa direction normale; c'est le corps qui s'infléchit en avant. Dans la seconde, le corps s'infléchit bien aussi un peu en avant; mais c'est surtout le col qui vient en quelque sorte en avant du corps; et fait, que l'on me passe cette expression, une partie du chemin.

C'est cette distinction, déjà indiquée par M. Valleix dans ses leçons, qui a conduit M. Aran à établir ses deux variétés :

1° Antéflexion due à la flexion du corps de l'utérus sur le col;

2° Antéflexion due à la flexion du col sur le corps.

Je regarde ces distinctions comme peu importantes, et, d'après les observations que j'ai recueillies, je crois que c'est surtout le corps de l'utérus qui infléchit sur le col. Quant au col, tantôt i

(1) *Hydrologie de Plombières*, ou *Nouvelles recherches sur le rendement, la température et la composition chimique des sources de Plombières*, par MM. O. Henry et D. Lhéritier; brochure in-8°, Paris, 1855; chez Germer Baillière.

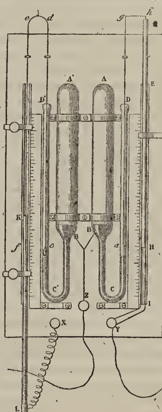
(2) Suite. — Voir les numéros des 24 février; 17, 24 mars et 16 avril.

FEUILLETON.

Régulateur électro-automatique de la température. — Photographie et électro-photographie. — Traces imprimées des sons produits par la voix humaine. — Pluviomètre d'Abbadie. — Extraction de l'amidon des *arum maculatum* et *italicum*.

Lorsque dans un milieu de grandeur déterminée on désire obtenir une température constante, un moyen tout naturel se présente d'abord à l'esprit. Il suffit de régler cette température par l'emploi de deux ordres de bouches, l'une réfrigérante et l'autre calorifique, qui, tour à tour ouvertes ou fermées, ramèneront la température au degré voulu. Ce procédé si simple a revêtu, entre les mains de M. du Moncel, une forme des plus ingénieuses. Substituer à l'homme et à la mécanique un agent qui rend chaque jour de si grands services, placer, en un mot, sous l'influence de l'électro-magnétisme ces bouches de chaleur et de froid, et rendre leur jeu de la plus grande régularité, tel est le problème que s'est posé le savant qui a su tirer déjà tant d'applications de l'électricité.

Deux thermomètres à air libre et recourbés (ABCD, A'B'C'D') contiennent moitié de l'alcool et moitié du mercure. Doués ainsi d'une plus grande sensibilité, on les règle de manière à rendre leur marche aussi d'accord que possible. Cependant, grâce à deux échelles appliquées chacune le long d'un des thermomètres, il n'est pas rigoureusement nécessaire d'avoir une marche synchronique. Si nous considérons le thermomètre ABCD, nous verrons qu'un fil de platine *aghE* est porté sur une tige en cuivre EH mobile, et qui se meut à frottement dur, dans une rigole de cuivre EJ, où il se trouve, par la borne Y, en communication avec le circuit correspondant à la bouche de chaleur. Un autre fil de platine *cdef* se termine, d'une part, à un flotteur *c*, soutenu à la surface du mercure dans le thermomètre A'B'C'D', tandis qu'il est, d'autre part, équilibré au moyen d'un contrepoids. A portée du fil *cdef* se trouve un tube de verre KL, mobile comme la tige HE, dans une rigole isolante, et dont le mercure se trouve relié par un fil extensible à la borne X, qui est en rapport avec le circuit de la bouche réfrigérante. Enfin, la borne Z, qui communique avec l'un des pôles de la pile, se met en rapport avec le mercure des deux thermomètres au moyen de fils de platine.



Si maintenant on a poussé plus ou moins la tige EH et le tube KL jusqu'à ce que l'extrémité H de la tige EH et le niveau *g* du mercure du tube soient placés devant le degré des échelles thermométriques qui a été assigné, voici les réactions qui se produisent.

Tant que le mercure du thermomètre ABCD n'a pas atteint la pointe A du fil *aghE*, c'est-à-dire le degré où on a placé l'extrémité H de la tige HE, aucun courant n'est formé à travers la bouche de chaleur, et la température continue à s'élever; mais aussitôt que le mercure aura touché le point A, le courant électrique est établi et la bouche de chaleur est fermée.

La température peut alors ou descendre ou continuer à monter. Dans la première de ces deux hypothèses, le courant qui avait provoqué la fermeture de la bouche calorifique se trouvant interrompu, la bouche de chaleur s'ouvrira de nouveau. Si elle monte toujours, le fil *cdef* ne se trouvera bientôt plus en contact avec le mercure, car les deux fils de platine ont été mesurés et coupés pour se trouver au niveau du mercure à un degré voulu. — Aussitôt que ce contact du fil avec le mercure aura cessé, le courant sera rompu et déterminera l'ouverture de la bouche réfrigérante.

En adaptant au thermomètre A'B'C'D' un système régulateur analogue à celui du thermomètre ABCD, on eût pu obtenir le même résultat; mais le courant eût alors été bifurqué, et sa réaction aurait dû agir sur les électro-aimants des deux bouches; c'est ce que M. du Moncel a voulu éviter.

Une pile de Davis de huit éléments suffit pour mettre ces appareils en mouvement.

Si nous passons maintenant aux applications de cet appareil, nous verrons que non-seulement les questions de température constante pour les magnaneries, les minoteries, les serres chaudes, y trouveraient leur compte, mais que l'hygiène elle-même en tirerait de grands bénéfices. En effet, ce régulateur électro-automatique de la température, — ainsi que l'a nommé son inventeur, — chargé de donner une marche régulière à la température des grandes assemblées, établirait avec intelligence, au moyen de bons ventilateurs communiquant avec les bouches réfrigérantes, une température qui, rendue plus agréable, joindrait à cette qualité des conditions bien précieuses de bonne aération. Nous mettons, bien en-

reste normal; quelquefois, mais bien plus rarement, il infléchit lui-même en avant, et va au-devant du corps de l'utérus.

L'antéflexion se combine assez souvent avec l'antéversion, et alors le changement de direction n'est plus aussi facile à reconnaître.

Étiologie. — Les causes de l'antéflexion sont encore assez mal déterminées. M. Valleix en a observé onze cas, dont il a donné le résumé étiologique, et qui malgré cela éclaire peu la pathogénie de cette affection.

Les faits suivants ressortent surtout de son analyse :

Les femmes atteintes d'antéflexion étaient âgées de dix-sept à quarante-deux ans.

La constitution, le tempérament, les conditions hygiéniques n'ont semblé exercer aucune influence sur la production de cet état morbide.

L'accouchement et l'avortement ont encore une influence fort contestable; car sur les onze cas en question, quatre femmes n'avaient jamais été enceintes, et sur les sept autres trois n'avaient jamais pu arriver à terme.

Les chutes, les efforts violents, exercent peut-être une influence sur la production de l'antéflexion. Cette circonstance s'est en effet rencontrée chez quatre des onze malades dont il s'agit.

L'utérus a été trouvé atteint d'engorgement inflammatoire dans presque tous ces cas; il n'était pas toutefois démontré pour Valleix que ces lésions phlegmasiques eussent précédé l'antéflexion.

Cependant c'est bien là manifestement la cause de cette espèce de déviation ; car il est difficile d'admettre qu'un utérus parfaitement sain puisse s'infléchir et se courber ainsi, même sous l'influence de pressions extérieures, comme des tumeurs ou autres qui tendraient à fléchir le corps de l'utérus sur le col. En pareil cas, ce serait plutôt une antéversion simple qu'une antéflexion qui se produirait.

Un fait très-important observé par M. Aran, et dont on a pu observer la pièce anatomique, vient encore confirmer cette manière de voir. Il s'agit d'une antéflexion qui était venue compliquer une inflammation suppurative du tissu cellulaire péri-utérin. A l'autopsie, on trouva la paroi antérieure de l'utérus, et surtout le point de jonction antérieur du corps de l'utérus et du col, amincie et surtout un peu ramollie; ce qui avait permis la flexion antérieure, et ce qui laissait également le redressement à l'aide de la sonde s'opérer facilement.

Pour moi, les faits que j'ai observés me permettent de conclure que, chez toutes les femmes affectées d'antéversion, on trouve tantôt le col et le corps utérins atteints d'inflammation chronique simple avec tendance au ramollissement; tantôt le corps seul de l'utérus, en même temps que le point de jonction du col et du corps; tantôt enfin la paroi antérieure seule enflammée, mais en même temps amincie et ramollie, ce qui avait permis l'inflexion en avant. En même temps qu'elle s'infléchit, il se forme au-devant de l'angle antérieur qui marque le point de la flexion un pli formé aux dépens de la membrane antérieure de la paroi externe, pli qui persiste souvent encore après la guérison et le redressement.

Il est donc positif que toute cause produisant l'augmentation du volume et du poids du corps de l'utérus peut amener l'antéflexion, surtout quand il existe en même temps un amincissement de la paroi antérieure cervico-utérine.

Symptomatologie. — Le début de l'antéflexion est en général lent, insensible et progressif.

Les symptômes locaux et généraux qui traduisent l'antéflexion sont complétement semblables à ceux qui ont été décrits en traitant et de la symptomatologie des déviations en général et de la symptomatologie des antéversions. En présenter ici le tableau serait faire une répétition parfaitement inutile. Si cette similitude existe, cela tient tout simplement à ce que les symptômes observés sont dus aux engorgements inflammatoires concomitants, et qu'ils ne dépendent pas plus de l'antéflexion que de l'antéversion ou de toute autre déviation.

Il existe cependant un symptôme plus nettement accentué ici ; c'est le sentiment de pesanteur vésicale, et les envies fréquentes d'uriner, qui sont la conséquence de l'action du corps de l'utérus infléchi sur le corps de la vessie.

On doit enfin admettre que les troubles fonctionnels d'une antéflexion accompagnée d'un engorgement inflammatoire du col ou du corps de l'utérus, sont plus caractérisés et plus fatigants pour les malades que ceux des engorgements simples sans déviations.

Examen physique. — *Le spéculum* montre le col de l'utérus dans sa position à peu près normale, ou bien seulement un peu incliné en haut. Il est quelquefois sain, souvent rouge, tuméfié, mais rarement atteint de granulations ou d'excoriations.

Le toucher vaginal. — En suivant la paroi antérieure du col de l'utérus, on arrive à apprécier l'angle rentrant formé par la flexion du corps et du col, et la saillie du corps utérin au-dessus de cet angle.

En suivant la face postérieure, on ne peut toujours rencontrer l'angle saillant en arrière formé par la flexion du corps et du col; cependant dans la deuxième variété, c'est-à-dire celle dans laquelle le col de l'utérus semble aussi avoir participé à la flexion et s'être porté en haut à la rencontre du corps, on peut souvent en arrière apprécier cet angle saillant.

Le toucher rectal, souvent inutile dans la flexion, est quelquefois nécessaire pour apprécier la saillie de l'angle formé par la courbure postérieure qu'a dû subir l'utérus pour se fléchir en avant.

Le cathétérisme utérin est indispensable à pratiquer pour bien apprécier la nature de l'altération que l'on étudie.

Lorsque le corps est seulement infléchi sur le col, il est d'abord difficile de faire pénétrer la sonde, dont le bec est rapidement arrêté par la flexion utérine. Alors, pour l'introduire complétement et pour redresser l'utérus, il faut porter la main en bas et en arrière vers le périnée, la concavité de l'instrument restant dirigée en avant.

Lorsqu'au contraire le corps et le col sont infléchis simultanément et ont tous deux concouru à l'antéflexion, on porte le bec de la sonde directement en arrière, la concavité restant dirigée en bas; puis, lorsque la sonde est arrêtée on retourne la concavité en avant, et on agit comme dans le cas précédent.

Dans ces deux cas, la manœuvre pour faire pénétrer la sonde est souvent difficile et douloureuse; mais il est indispensable de l'introduire pour être bien certain du diagnostic.

Traitement. — Toutes les fois qu'il existe un engorgement inflammatoire de l'utérus ou de son col accompagnant l'antéflexion, c'est de l'engorgement seul qu'il faut s'occuper, et il faut attendre qu'il soit dissipé aux trois quarts pour soigner l'antéflexion. Une fois l'engorgement inflammatoire disparu, les troubles fonctionnels cessent en général en même temps, ou bien ils sont réduits à leur minimum, s'il reste encore quelques traces de cette lésion morbide. Souvent en même temps que l'engorgement disparaît, l'antéflexion diminue spontanément, et finit même quelquefois soit par être très-faible, soit même par disparaître complétement. En pareil cas, il n'y a rien à faire, et il ne faut pas s'en préoccuper.

Mais quand, après la guérison de l'engorgement inflammatoire, l'antéflexion reste fort considérable, sans toutefois donner naissance à des troubles fonctionnels bien notables, il y a lieu de s'en occuper, car cette antéflexion ainsi persistante favoriserait singulièrement le retour des engorgements inflammatoires qu'on a déjà eu tant de peine à combattre.

Pour obtenir ce résultat, il faut employer ou la sonde utérine ou les redresseurs.

Je fais usage à peu près exclusivement de la sonde utérine, qui, appliquée assez rapidement après la cessation des engorgements inflammatoires, peut certainement contribuer à opérer une partie du redressement, surtout si on a soin d'employer simultanément les douches froides ou au moins les injections froides. On peut appliquer la sonde tous les jours pendant cinq ou six minutes, et une douche froide matin et soir. On continue le traitement douze à quinze jours.

Le redressement ne saurait avoir lieu ainsi d'une manière complète; mais il diminue l'antéflexion, et diminue également la tendance que l'utérus antéfléchi peut avoir à se compliquer de nouveau d'inflammation chronique du col ou du corps.

Valleix a employé contre les antéflexions le redressement utérin à l'aide de son redresseur. Il annonce avoir obtenu 10 guérisons sur 11 cas. Cela est possible, puisqu'il le dit. Je ne conseillerai cependant jamais l'emploi des redresseurs pour les causes que j'ai énumérées plus haut.

(Nous donnerons la fin de ces leçons dans un prochain numéro.)

LETTRE SUR LA SUTURE ENTRECOUPÉE,

substituée à la suture entortillée, pour la réunion des bords du bec-de-lièvre unilatéral simple et de celui qui est compliqué de bifidité des os maxillaires.

Communiquée à la Société de chirurgie, par M. G. Mirault, professeur de clinique externe à l'Ecole de médecine d'Angers, etc.

Messieurs,

L'objet de cette communication est de vous soumettre les résultats que j'ai obtenus de la suture entrecoupée dans l'opération du bec-de-lièvre unilatéral, et de démontrer que ce moyen de synthèse présente à cet effet des avantages remarquables sur la suture entortillée. Mais avant qu'il me soit permis, messieurs, de vous exprimer ici le vif intérêt que j'ai pris à la discussion qui, au mois de janvier dernier, s'est élevée au sein de la Société de chirurgie sur la période de la vie la plus opportune pour remédier à cette difformité. C'est avec raison que vous vous êtes déclarés contre l'opération précoce du bec-de-lièvre compliqué, et M. Michon, l'un de vos savants collègues, n'a point formulé son opinion d'une manière trop énergique en disant qu'un enfant qu'on opère dans cette situation extrême est un enfant sacrifié. Cette décision, émanée d'hommes aussi compétents, dissipera, n'en doutons pas, la pénible incertitude des jeunes praticiens, et mettra un terme à des tentatives hasardeuses qui compromettaient l'honneur de notre art en même temps que des intérêts sacrés.

Ce n'est pas avec moins de satisfaction que j'ai lu que vous avez frappé d'une réprobation presque égale l'opération du bec-de-lièvre simple pratiquée dès la naissance. En effet, de tous les motifs que l'on a produits en faveur de cette opération, qu'à juste titre on a nommée prématurée, il n'en est aucun qui soit sérieux. La seule indication avouable, celle qui domine toutes les autres, c'est la sécurité du petit être qui est confié à nos soins. Or un chirurgien prudent ne perdra point de vue une règle si sage. Moi-même, dans le cours d'une longue pratique, je ne m'en suis point écarté, et si l'adhésion d'un chirurgien obscur pouvait être de quelque poids dans cet important débat, j'ajouterais que, dans un autre travail sur le même sujet, je me suis efforcé de faire prévaloir la doctrine que vos suffrages viennent de consacrer (1).

Après cette déclaration, que j'éprouvais le besoin de faire, j'aborde mon sujet. Je le diviserai en deux parties : dans la première, j'expo-

(1) *Lettre sur l'opération du bec-de-lièvre*, adressée à M. Malgaigne, *Journ. de chirurgie*, t. III, p. 17, janvier 1845.

---

tendu, ce moyen *auxiliaire* en première ligne au service de nos hôpitaux, car nous sommes avant tout médecin.

— La photographie a fait dans ces derniers temps un pas immense, et la perfection de ses produits est là pour en témoigner. Loin de s'arrêter en si bonne route, elle continue avec ardeur ses recherches, et elle est ainsi parvenue à plusieurs applications assez curieuses, que nous allons passer en revue.

On sait que depuis quelque temps déjà les photographes ont résolu d'obtenir des images de la lune. Trois minutes suffisent pour résoudre ce problème, et même l'opération n'a demandé que 75 secondes à M. Secchi. Après cette première conquête sur le monde céleste, des savants se sont proposé de saisir les combinaisons si étranges des nuages. Les formes fantastiques que l'œil suit avec tant de plaisir, ces changements incessants du ciel sont actuellement reproduits avec la plus grande exactitude.

L'industrie est venue à son tour demander le secours de la science, et la photographie présente une nouvelle application pour l'impression des tissus.

Le bichromate est très-sensible à la lumière. Si on expose dans une chambre fermée aux rayons du soleil, qui peuvent cependant pénétrer par la fente des persiennes, une étoffe qui a été préalablement plongée dans du bichromate de potasse, tous les endroits frappés par les rayons lumineux, se revêtiront d'une teinte particulière. Partant de ce principe, on a créé le procédé suivant :

Si, après avoir appliqué sur un tissu placé dans la condition que nous venons d'énoncer, c'est-à-dire imprégné de bichromate de potasse, un carton ou une lame métallique découpée à jour et représentant un dessin quelconque, on serre le tout dans un châssis, et qu'on l'expose à une lumière diffuse, tous les endroits mis à jour seront en quelques instants colorés d'une manière évidente, et le dessin sera reproduit. La couleur obtenue est d'un rouge pâle très-solide et nullement altérable. Cette teinte un peu rouge peut à son tour devenir un mordant et se combiner avec la garance, le campêche, etc. Il suffit en effet de tremper ce tissu *photographié* dans un bain d'une de ces substances colorantes, et le dessin aura bientôt attiré la couleur qu'elle s'appropriera.

Une seconde expérience nous donnera les images en blanc. Derrière un verre on établit le tissu qui doit être photographié, et de l'autre côté du même verre on étale une feuille quelconque, fougère, etc. On voit ce qui doit se passer : toutes les parties du tissu frappé par la lumière se colorent, puisque l'étoffe a été baignée dans le bichromate de potasse, tandis que toutes les parties recouvertes par la feuille resteront blanches; et on aura pour résultat une feuille blanche sur un fond légèrement teint en rouge.

Rien de plus simple que ces divers procédés, et déjà l'Angleterre a reproduit en ce genre de superbes échantillons.

Mais voici que les vieilles inscriptions, que le monde qui n'est plus va renaître sous la bienfaisante influence de la photographie. Ces inscriptions rongées par le temps et qui sont à la veille de se perdre, si on ne les protége pas contre l'action destructive des années, sont maintenant immortelles. Il paraît en effet que la photographie va reproduire les inscriptions assyriennes, égyptiennes, grecques, romaines, des divers monuments que renferme le Louvre et les grands établissements scientifiques de France. On parle même, — et c'est une bonne pensée au point de vue de la science, — de reproduire, à un grand nombre d'exemplaires par la galvanographie cette inscription de Rosette, écrite en trois langues, et qui jouit d'une si grande célébrité depuis que Champollion sut y trouver la clef de son alphabet hiéroglyphique.

Terminons cette petite revue par une application *américaine*. Le culte des tombeaux est inné dans le cœur humain : on aime à rendre hommage à ceux qui ne sont plus, et quand on n'a plus près de soi des parents ou des amis, on visite avec un sentiment profond de religieuse affection la terre qui les recouvre. Mais le temps marche, les souvenirs s'effacent ; on n'aperçoit plus que vaguement les figures autrefois aimées ou respectées, et les visites aux tombeaux deviennent plus rares pour s'éteindre enfin lentement. Un marbrier de Montréal, tout en taillant ses pierres funéraires, a vu poindre en son esprit une idée qui peut venir utilement au secours de certaines mémoires, et aider, s'il se peut, ces sentiments dont nous déplorions tout à l'heure l'incertitude. Il a pensé qu'en ménageant dans les pierres tumulaires une sorte de petit cadre fermé par une plaque de marbre glissant dans une coulisse, on pourrait y placer le portrait photographié de la personne morte. On pourrait donc, en visitant leur tombe, revoir encore les traits de ceux qui ne sont plus. Je ne crois pas me tromper en pensant que cette idée aura un grand succès.

— Après la photographie ordinaire, voici venir une nouvelle sœur, c'est l'électro-photographie. Ces expériences, qui sont fort intéressantes, sont dues à M. Grove.

On plonge dans de l'acide nitrique deux plaques de verre : on les lave, et après les avoir essuyées avec un morceau de soie bien propre, on les revêt de feuilles d'étain. Entre les deux plaques de verre on place un papier imprimé, et on met les feuilles d'étain en communication avec les deux extrémités secondaires d'une spirale de Ruhmkorff. Si au bout de quelques minutes on retire les feuilles, et qu'on dirige son haleine sur la surface du verre, les mots imprimés apparaissent aussi nets que s'ils avaient été gravés sur le verre. Cette image est alors fixée au moyen de l'acide fluorhydrique.

Dans une seconde expérience, M. Grove plaça entre les deux plaques de verre une feuille de papier blanc très-fin, dans laquelle il avait découpé le nom de *Volta*. Il les soumit au courant électrique, puis retira les lettres en papier. La face intérieure d'une plaque exposée à la vapeur de l'acide fluorhydrique donna la reproduction parfaite du mot.

Une troisième expérience a donné des résultats non moins intéressants. Le savant anglais électrisa de la même manière une nouvelle

serai les faits à l'appui du mode de réunion que je propose d'appliquer au bec-de-lièvre; dans la seconde, j'apprécierai sa valeur comparative avec celle de la suture entortillée exclusivement employée jusqu'ici dans le même but.

Obs. I. — *Bec-de-lièvre unilatéral simple réuni par la suture entrecoupée. — Enlèvement des fils le septième jour après l'opération. — Résection du lobule médian de la lèvre supérieure par mon procédé modifié.*

Le nommé Pihouée, jardinier, âgé de vingt-sept ans, portait à gauche un bec-de-lièvre qui n'occupait que le tiers inférieur de la lèvre. Le 22 septembre 1852, je l'opérai comme il suit, aidé de MM. Dulavouër et Feillé, internes à l'Hôtel-Dieu d'Angers.

D'abord, par une incision transversale de 4 millimètres faite au bas du bord interne du bec-de-lièvre, je détachai le lobule médian, que j'avivai ensuite sur son côté externe par une incision verticale. Ces deux incisions, se réunissant à angle droit, interceptaient un petit lambeau qui adhérait encore à la lèvre par un pédicule épais. L'opération fut ensuite continuée à la manière ordinaire, excepté qu'à la fin des sections je pratiquai à la partie inférieure du bord externe de la fissure labiale une perte de substance angulaire en rapport de dimensions avec le petit lambeau laissé sur le côté opposé. Procédant ensuite au rapprochement des bords du bec-de-lièvre, le lambeau lobulaire, formant un angle saillant, vint se loger dans l'angle rentrant pratiqué sur le côté opposé de la manière la plus exacte. Quatre points de suture entrecoupée, savoir : deux pour le corps de la lèvre et deux pour le lobule, servirent à la réunion des parties divisées (1).

A partir du troisième jour après l'opération, et dans le but de surveiller la suture, je changeai tous les matins le plumasseau de charpie enduit de cérat et la bandelette de linge dont j'avais recouvert la plaie, et je vis, non sans une grande satisfaction, que les fils ne coupaient point les chairs. Ce ne fut que le septième jour qu'ils commencèrent de les entamer, et que je pris le parti de les retirer. Dès ce moment la restauration de la lèvre était des plus parfaites.

J'avais choisi un adulte pour faire ce premier essai d'application de la suture entrecoupée à l'opération du bec-de-lièvre. Ici, en effet, je rencontrais les conditions les plus favorables au succès : simplicité et petite étendue de la difformité, fermeté et extensibilité des chairs, docilité et en quelque sorte coopération du malade. Enhardi par le résultat, j'osai l'appliquer, comme vous le verrez ci-après, à des sujets très-jeunes. C'est aussi sur ce même malade que j'entrepris de modifier mon procédé de résection du lobule médian de la lèvre. En effet, jusque-là j'avais appliqué le lambeau, qu'on détache du côté interne, sur une surface oblique résultant de la résection de l'angle arrondi du côté externe de la fissure. Mais je n'en étais pas complétement satisfait; il restait toujours un pli sur le bord libre de la lèvre, au point de jonction du petit lambeau. C'est pour remédier à ce faible défaut que je résolus de procéder comme on l'a vu chez Pihouée, et j'ai eu lieu de m'en applaudir, puisque la configuration des parties restaurées est dans ce dernier cas encore plus complète.

Obs. II. — *Bec-de-lièvre unilatéral simple. — Réunion par la suture entrecoupée, maintenue jusqu'au huitième jour.*

Marie Bureau, de la Salle-Aubry (Maine-et-Loire), âgée de deux ans, était atteinte d'un bec-de-lièvre qui n'intéressait que les trois quarts inférieurs de la lèvre, à gauche.

Le 10 mai 1853, je l'opérai suivant le procédé employé généralement, et je réunis par quatre points de suture entrecoupée, dont deux pour le bord libre de la lèvre, l'un en avant, l'autre en arrière. La plaie fut ensuite recouverte d'un morceau de taffetas gommé. Au bout de six jours, j'enlève les deux fils supérieurs ; ils n'avaient pas produit la plus légère division des chairs. Le huitième jour, je retire les deux fils du bord libre de la lèvre ; ils avaient commencé d'entamer les tissus, et leurs anses étaient devenues lâches. Du reste, la réunion était parfaite dans toute la hauteur de la solution de continuité ; mais il restait une encochure au bord labial, comme il arrive toujours quand on opère à l'ordinaire.

On peut remarquer, dans cette observation, que six jours entiers s'étaient écoulés sans que les tissus que comprenaient deux des points de suture en eussent encore éprouvé la moindre atteinte, et que les deux autres les avaient à peine lésés le huitième jour. Voilà la preuve la plus évidente de l'innocuité de la suture entrecoupée. Chez cette malade, j'ai appliqué, comme je le fais le plus souvent, un point de suture à la partie postérieure du bord libre de la lèvre. C'est une pratique dont je me suis toujours bien trouvé. Vous verrez dans l'observation V que, bien que j'eusse appliqué le point de suture inférieur au milieu de l'épaisseur du bord libre, il ne prévint pas un léger écartement des lèvres de la plaie en arrière de ce même bord.

Obs. III. — *Bec-de-lièvre unique et simple du côté gauche. — Réfection du lobule labial. — Réunion par la suture entrecoupée.*

Joseph Gaignard, de Saint-Mathurin (Maine-et-Loire), âgé de quatre mois et demi, portait un bec-de-lièvre unilatéral sans aucune complication.

Je l'opérai le 4 septembre 1853, en conservant le lobule médian de la lèvre, comme je l'avais fait chez Pihouée, et j'appliquai trois points de suture entrecoupée. Je recouvris ensuite la lèvre d'un morceau de taffetas gommé. Quelques heures après l'opération, l'enfant prenait le chemin de fer pour s'en retourner dans son pays, avec recommandation faite à ses parents de le ramener le septième jour.

Les 4, 5 et 6, la mère donne à teter à son enfant comme si de rien n'était.

Les 7, 8 et 9, apercevant un peu de gonflement et craignant quelque chose, d'autant plus que l'enfant ne cesse de crier, la mère suspend l'allaitement.

Le 11 (septième jour), le petit malade est reconduit à Angers. La réunion est complète. Toutefois, le point de suture du bas avait entamé les chairs dans l'étendue d'un millimètre et demi ; là existait une ulcération, mais si petite, que je ne crus pas pour cela devoir garder l'enfant. Je réappliquai une bandelette de taffetas d'Angleterre, et je le renvoyai à Saint-Mathurin. Quelques jours après, il était entièrement guéri.

Quoi de plus expéditif qu'un pareil traitement ! Une semaine a suffi pour guérir la plaie complexe, qui résultait tout à la fois de la résection des bords du bec-de-lièvre et de la restauration du lobule médian.

La simplicité de la cure chez les malades des observations précédentes m'avait inspiré une si grande confiance dans la suture entrecoupée, que je ne craignis point de renvoyer l'enfant chez lui, à cinq lieues d'Angers, jusqu'au moment que j'avais fixé pour retirer les fils de la suture. Je n'eus pas lieu de me repentir de ma hardiesse, car lorsque le petit malade me fut ramené le septième jour après l'opération, il était dans l'état le plus satisfaisant et pouvait être considéré comme guéri.

L'observation qui suit n'offre pas un résultat moins remarquable.

Obs. IV. — *Bec-de-lièvre unilatéral simple traité par la suture entrecoupée. — Reconstitution du lobule labial.*

Marie Mimot, de la Chapelle-Saint-Sauveur (Loire-Inférieure), âgée de huit mois, portait un bec-de-lièvre unique, situé à gauche, et qui n'occupait que les deux tiers de la hauteur de la lèvre. Dans l'opération, qui fut faite le 21 août 1855, je restaurai le lobule médian et j'appliquai quatre points de suture : deux sur le corps de la lèvre, et les deux autres sur son bord libre. Immédiatement après Marie partit pour le bourg d'Érigné, à deux lieues d'Angers.

Le 27, on me la ramène. Les fils, après six jours, n'avaient point encore entamé les bords du bec-de-lièvre, que je trouvai parfaitement réunis ; seulement les trous de passage de ces fils s'étaient un peu élargis. Ce même jour j'enlevai les deux points de suture supérieurs, et le lendemain 28 les deux inférieurs, c'est-à-dire ceux du bord libre de la lèvre. Je les remplaçai par une bandelette de taffetas gommé, et je renvoyai Marie Mimot dans son pays, après avoir recommandé à ses parents de n'enlever le taffetas qu'au bout de cinq ou six jours. J'a su depuis que les choses s'étaient passées conformément à mes prévisions.

Jusqu'ici, messieurs, je vous ai montré la suture entrecoupée appliquée seulement à des cas de becs-de-lièvre simples; il me reste à démontrer qu'elle peut être employée avec avantage contre certains cas compliqués de cette difformité.

Obs. V. — *Bec-de-lièvre compliqué de bifidité des os maxillaires et du voile du palais, opéré avec succès par la suture entrecoupée.*

Constance Barbary, de Trémentines (Maine-et-Loire), âgée de cinq mois, portait un bec-de-lièvre du côté gauche, compliqué d'écartement des os maxillaires. Au niveau du bord alvéolaire, cet écartement pouvait avoir 5 millimètres. Le 4 mai 1853, je l'opérai sans conserver le lobule médian, et je plaçai quatre points de suture entrecoupée, dont l'inférieur occupait le milieu de l'épaisseur du bord libre de la lèvre.

Le 8, après quatre jours révolus, j'ôtai deux fils, savoir : celui du milieu du corps de la lèvre, et l'inférieur, qui occupait son bord muqueux. Les trous de passage de ces fils s'étaient un peu agrandis; on remarquait aussi derrière le bord libre de la lèvre un petit écartement angulaire, produit vraisemblablement par la langue de l'enfant.

Le 10, six jours après l'opération, je retirai les deux derniers fils, et, chose remarquable, ils n'avaient point divisé les tissus, et leurs trous de passage étaient à peine suppurants. La réunion du bec-de-lièvre s'était faite régulièrement dans toute sa hauteur. Un morceau de taffetas agglutinatif remplaça les points de suture, et Constance Barbary put s'en retourner à Trémentines le 16 mai, douzième jour depuis son opération. A son départ, le petit écartement de la face interne de la lèvre que j'ai signalé s'était déjà cicatrisé en grande partie.

Ainsi, messieurs, dans le fait que je viens de vous rapporter, malgré l'écartement des os et l'âge encore bien tendre de l'enfant, les choses se sont passées avec autant de bonheur que dans les cas les plus simples de bec-de-lièvre. Mais d'où vient que deux des fils avaient commencé d'entamer les chairs au bout de quatre jours seulement, alors que les deux autres n'avaient rien produit de pareil après six jours révolus? Je ne trouve qu'une explication de ce fait : c'est sans doute que les deux premiers points de suture avaient été plus serrés que les deux derniers. En effet, à constriction égale, c'est ordinairement le fil appliqué sur le bord muqueux de la lèvre qui coupe le plus lentement les tissus, et c'est le contraire qui est arrivé chez Constance Barbary.

Voici un autre cas de bec-de-lièvre compliqué, qui a été traité de la même manière et aussi heureusement.

Obs. VI. — Félix Reveillard, enfant délicat et âgé de trois ans et demi, me fut présenté pour que je l'opérasse d'un bec-de-lièvre compliqué de division des os maxillaires et du voile du palais. A la voûte palatine, l'écartement des os avait au moins 2 centimètres, mais au rebord alvéolaire, il n'avait pas plus de 3 millimètres. Je l'opérai le 11 octobre 1853, à dix heures du matin, sans refaire le lobule labial. Trois points de suture entrecoupés furent appliqués deux sur le corps de la lèvre, le troisième à la partie postérieure de son bord libre. Je mis ensuite une bandelette de taffetas gommé entre les deux points supérieurs de la suture, qui étaient un peu éloignés l'un de l'autre, et je recouvris le tout avec une large bande du même agglutinatif, qui s'étendait d'une joue à l'autre en passant en manière de pont par-dessus la plaie.

Le 17, à huit heures et demie du matin, un peu moins de six jours après l'opération, je supprime les deux fils qui ont été appliqués sur le corps de la lèvre. Ces fils devenus vagues, avaient coupé les chairs dans l'étendue de 1 à 2 millimètres, et leurs ouvertures fournissaient un peu de suppuration.

Le fil du bord libre est un peu relâché ; cependant je le laisse en place, et je panse de nouveau avec du taffetas d'Angleterre. L'adhésion des bords du bec-de-lièvre s'était faite dans les cinq sixièmes de la hauteur de la lèvre. A sa partie la plus élevée existait encore un léger écartement des bords de la plaie, défaut de réunion qui dut être attribué à ce que le point de suture supérieur avait été appliqué trop bas.

Le 18, je retire le point de suture du bord libre de la lèvre. Il n'a déterminé par sa présence, non plus que les deux autres, pour ainsi dire aucune trace de phlogose. Dès le lendemain, huitième jour depuis

(1) Je me sers à cet effet d'aiguilles longues et plates de 1 millimètre environ de largeur ; ces aiguilles, lancéolées à leur pointe, sont faciles à diriger, et traversent les tissus sans effort. Celles que j'emploie pour reconstituer le lobule médian de la lèvre n'en diffèrent qu'en ce que leurs dimensions sont plus petites.

---

plaque; il recouvrit ensuite d'une couche de collodion ioduré la surface sur laquelle existait l'image invisible; puis il l'immergea dans un bain de nitrate d'argent (2 gramm. 60 pour 30 gr. d'eau), en ayant soin de faire cette opération dans une chambre éclairée par une bougie. Il plaça quelques secondes cette plaque à la lumière d'une fenêtre, et la rapporta dans le cabinet obscur. En versant ensuite sur cette plaque une solution d'acide pyrogallique, le mot *Volta* noircit et parut très-distinctement ; le reste du verre ayant été préservé par l'électrisation de l'action de la lumière. Dans cette dernière expérience, on fixa les images avec une forte solution d'hyposulfite.

A côté des faits extraordinaires qui se produisent chaque jour sous l'influence de l'électricité et du magnétisme, il nous faut encore enregistrer une nouvelle qui vient une fois de plus prouver la fécondité de l'intelligence humaine. La *Science* rapporte en effet que M. Léon Scott vient de présenter un échantillon de traces imprimées, représentant les vibrations produites par la voix humaine, qui sont quelque chose de merveilleux. Chaque son produit une figure différente, mais d'une très-grande régularité. Tantôt ce sont des lignes de points, tantôt des lignes de traits plus ou moins écartés et dessinés comme les traces laissées par une molette. Ces traits sont quelquefois brisés et simulant une arête de poisson, ou bien ils constituent de petites valvules groupées ensemble et formant des lignes nodales alternativement renflées et rétrécies.

L'auteur n'a pas encore livré ses procédés. Cependant quelque soit l'avenir de cette découverte, la science en aura tiré des inductions précieuses pour l'étude des vibrations vocales. Mais supposons un instant que cette invention sorte victorieuse de l'examen auquel on va la livrer, on voit quelle serait son importance, puisqu'on pourrait enregistrer non-seulement la parole, mais la musique chantée.

— M. d'Abbadie vient de présenter à la Société météorologique un pluviomètre-compteur qui n'est qu'un diminutif du système Horner.

Cet appareil, d'une grande simplicité, se compose d'une coupe oblongue divisée en deux compartiments, dans laquelle se déverse l'eau du pluviomètre proprement dit, représenté par un simple entonnoir. Cette coupe oscille comme une bascule sur deux pivots, et chacune de ses oscillations agit sur un encliquetage qui réagit à son tour sur la roue à rochet d'un compteur mécanique.

La coupe est toujours inclinée d'un côté ou de l'autre, mais elle reste cependant toujours sous l'entonnoir, et peut, par conséquent, recevoir l'eau qui en découle.

Nous allons exposer en peu de mots le jeu de ce pluviomètre. L'eau qui tombe remplit la coupe jusqu'à une certaine hauteur, et un peu avant qu'elle déborde, le poids du liquide exerce une violence sur l'encliquetage. Le système bascule et le compteur accuse le fait par un échappement. C'est alors au second compartiment à se trouver sous l'entonnoir ; les mêmes faits se reproduisent : nouvelle quantité d'eau suffisante pour commander le mouvement de bascule, puis nouvelle indication du compteur.

Nous signalons cet appareil parce que, d'une simplicité extrême, d'un prix extrêmement modéré, il a de plus l'avantage de permettre à un certain espace de temps de s'écouler entre chaque observation sans craindre que l'évaporation ne vienne abuser sur les résultats de l'opération.

— Un dernier mot. Il s'agit de l'extraction de l'amidon de plantes excessivement communes dans les lieux non cultivés, que nous trouvons à chaque pas et qui restent sans emploi, tandis qu'on pourrait, à peu de frais, en retirer de l'amidon d'excellente qualité.

Les *arum maculatum* et *italicum* que propose M. Sileoni (de Gênes) pour cette extraction, se multiplient avec une très-grande rapidité; ils en sont même quelquefois si gênants, que malgré tous les efforts pour les détruire, on les voit repousser dans le lieu qu'ils ont choisi. Quant à les cultiver, rien de plus simple, un terrain inculte est leur affaire. Des trous creusés à la pioche reçoivent les jets des tubercules, et cette opération faite, il n'y a plus qu'à laisser la nature agir. La plante ne demande aucun soin, aucune culture.

Mais arrivons au procédé de l'auteur.

Les tubercules pelés et privés des parties atteintes par le froid, on les coupe pour les réduire en pâte au moyen d'une machine rotatoire ordinaire. On les soumet ensuite à un premier lavage ; deux heures après, second lavage pour détruire la partie âcre. Le tamis vient alors diviser la fécule et les parties ligneuses. Cinq heures après, on ajoute le double d'eau ordinaire, et par chaque centaine de litres on met une solution de potasse composée de 75 grammes de potasse pour trois litres d'eau. De nouveau, on passe au tamis, puis on laisse reposer.

Après quatre ou cinq heures, on agite le tout et on laisse décanter. Le résidu séché est de l'amidon.

Si nous comparons maintenant cet amidon à celui qu'on obtient des céréales, nous trouvons qu'il peut servir dès qu'il est mouillé ; tandis que l'autre exige un certain temps. D'un blanc plus net, il est plus fin, et il suffit de le réduire en poudre pour obtenir la *fleur d'amidon*. Enfin la moitié, et souvent un tiers de cet amidon, donne les mêmes résultats que celui des céréales.

Quant aux résultats généraux de ce procédé et de cette utilisation des arum, on comprend qu'on peut ainsi épargner les céréales et les conserver pour l'alimentation; rendre productifs des terrains sans valeur, et donner enfin, promptement et à meilleur marché, une substance d'une qualité supérieure dont l'emploi est si répandu dans certaines industries.

Dr E. Renaud.

M. le docteur A. Becquerel, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital de la Pitié, commencera le mercredi 22 avril, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, un cours de pathologie interne, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure. — Le pathologie interne sera traitée complétement dans les deux semestres d'été 1857 et 1858.

l'opération, l'enfant s'en retournait dans son pays, la cicatrice soutenue et protégée par le même agglutinatif.

Si le succès n'a point été aussi complet dans ce dernier cas que dans le précédent, il faut s'en prendre non à la suture, qui a parfaitement réussi partout où elle a été appliquée, mais plutôt, je l'ai dit déjà, à ce que le point de suture supérieur avait été placé trop bas. Il fallait sur ce malade quatre points de suture au lieu de trois, et les rapprocher davantage les uns des autres. Au surplus ce léger écartement des bords de la plaie, dans le haut, n'a pas dû subsister longtemps. On sait, en effet, qu'une solution de continuité disposée ainsi angulairement, se ferme spontanément par le rapprochement progressif de ses côtés, du sommet vers la base du sinus qu'elle représente.

Il serait inutile, je pense, messieurs, de multiplier les observations que je viens de mettre sous vos yeux, pour prouver les heureux effets de la suture entrecoupée, appliquée au traitement du bec-de-lièvre unilatéral, soit simple, soit compliqué d'écartement des os maxillaires. Ce moyen synthétique, outre qu'il réunit exactement les bords de la plaie, les maintient affrontés plus que le temps nécessaire pour leur solide adhérence, sans occasionner leur déchirure. Vous avez vu que chez presque tous nos malades six jours au moins s'étaient écoulés avant que les chairs eussent commencé d'être entamées par les fils; c'est que ceux-ci, médiocrement serrés, ne produisent ni douleur, ni gêne dans la circulation, ni phlogose notable des tissus. Durant un traitement aussi simple, l'office du chirurgien se réduit à rien, pour ainsi dire; sa surveillance est si peu indispensable que le malade peut s'éloigner de lui immédiatement après l'opération, et ne revenir le trouver qu'au moment fixé d'avance pour retirer les fils. L'observation m'a démontré qu'en général cette ablation, qui constitue à vrai dire le seul pansement rigoureusement nécessaire, devrait se faire le sixième jour. Ce n'est pas qu'on ne puisse la faire plus tôt, puisque cinq jours et même quatre suffisent pour la réunion de la plaie, mais la présence des fils dans les chairs, alors même qu'ils les ont déjà un peu entamées, est si peu nuisible, que j'ai cru devoir, dans presque tous les cas, enlever les points de suture plutôt au delà qu'en deçà de l'époque que je viens d'assigner.

Ces résultats si satisfaisants font un grand contraste avec ce qui se passe quand on réunit les bords du bec-de-lièvre par la suture entortillée : les épingles droites et inflexibles, qu'on laisse séjourner dans l'épaisseur de la lèvre, produisent sur elle un tiraillement douloureux; le fil dont on les entoure comprime les tissus, gêne la circulation, et quand le gonflement s'est manifesté, les étrangle. Ou je me trompe beaucoup, ou ce sont là les conditions les plus capables de produire l'inflammation et la déchirure des chairs. L'induction seule ferait supposer ces désordres, si l'expérience journalière ne les démontrait. Dans un autre travail sur le même sujet, j'ai produit des faits qui montrent avec quelle rapidité les épingles coupent les chairs chez les jeunes enfants. Sur une petite fille de sept mois (Mélanie Besnier), qui portait un bec-de-lièvre unilatéral compliqué de fissure inter-maxillaire, les tissus soulevés par les épingles étaient en grande partie divisés trente-deux heures après l'opération, et pareil effet avait été produit, au bout de quarante-trois heures, chez un garçon de vingt-sept mois atteint de la même monstruosité.

Ces accidents de la suture entortillée, que je n'ai point exagérés et qu'expliquent suffisamment le défaut de souplesse et la sécabilité remarquable des lèvres chez les jeunes enfants, sont, durant les premiers jours, l'objet d'une préoccupation continuelle pour l'opérateur. Obligé souvent de retirer les épingles à une époque où la réunion est trop faible encore pour résister à la rétractilité naturelle des chairs et à la contraction des muscles, il maintient rapprochés comme il peut les bords de la plaie; heureux si, par des moyens auxiliaires, il prévient la rupture de la cicatrice et une difformité pire encore que celle qu'il s'est efforcé de corriger. Pour moi, qui me suis trouvé plus d'une fois dans cette pénible situation, je ne cacherai point l'anxiété qu'elle m'a causée; j'avouerai même que pendant bien des années, et jusqu'au moment où j'ai eu l'idée de recourir à la suture entrecoupée, je n'ai point entrepris une seule opération de bec-de-lièvre sans ressentir une certaine inquiétude, que les soins extrêmes que je me proposais d'y apporter ne pouvaient dissiper.

D'autres que moi ont signalé les défauts de la suture entortillée appliquée au bec-de-lièvre. Personne n'ignore les attaques auxquelles elle a été en butte de la part de Pibrac et de Louis. Si ces chirurgiens célèbres ne sont point parvenus à l'écarter de la pratique, c'est qu'ils n'ont su proposer pour la remplacer qu'un moyen encore plus infidèle. Les tentatives qu'on a faites à diverses époques pour perfectionner cette suture prouvent d'ailleurs qu'on n'en était pas satisfait. C'est ainsi que J. L. Petit proposa ses épingles flexibles pour éviter la traction produite sur les tissus par les épingles rigides, que M. le professeur P. Dubois a eu l'idée de desserrer les fils au début de la période de gonflement, pour prévenir l'étranglement des chairs, tandis que Bonfils (de Nancy), avouant, par le fait, la défiance que lui inspirait la suture entortillée, a cru devoir en assurer le succès, sur les enfants naissants, en confiant aux mains d'aides intelligents le soin de maintenir en contact les bords de la plaie, jusqu'à ce que la cicatrice fût suffisamment solide. Mais ces modifications, tout ingénieuses qu'elles soient, ne sont encore que des palliatifs d'une méthode défectueuse. Les épingles, pour agir alors un peu moins vite, n'en coupent pas moins les tissus.

Ainsi, messieurs, ce n'est pas sans des motifs graves que je m'élève aujourd'hui contre l'emploi, dans le traitement du bec-de-lièvre, d'un moyen qui ne méritait point la faveur dont il a joui pendant des siècles, et que je milite pour lui substituer un autre procédé de suture, vulgaire sans doute, mais aussi efficace qu'il est simple, et que jusqu'ici on n'avait point songé à appliquer à la restauration de cette difformité.

J'ose espérer que les faits que j'ai consignés dans ce travail justifieront à vos yeux une entreprise que je serais heureux de voir sanctionner par le suffrage de la Société de chirurgie.

NOUVEL APPAREIL POUR LE REDRESSEMENT DES DENTS.

Les déviations générales et partielles des dents, et particulièrement des dents incisives inférieures en dehors, constituent une disgracieuse difformité de la partie inférieure de la face, contre laquelle la chirurgie dentaire ou prothèse offre peu de ressources.

Les traités spéciaux sur la matière les plus complets et les plus justement recommandés parlent à peine de cette difformité, et encore moins des moyens mécaniques à lui opposer.

Ce sujet, peu exploré jusqu'ici, vient d'exercer l'esprit inventif d'un habile dentiste, M. Jacowski. Ce praticien est l'auteur d'un appareil aussi simple qu'ingénieux, qui marque un progrès réel dans le traitement mécanique (orthopédique) de cette déviation congénitale.

Il en a fait devant nous plusieurs applications, que nous avons suivies avec intérêt, et les résultats ont mis hors de contestation sa prompte et sûre efficacité. Nous en rapporterons quelques cas, les plus propres à faire ressortir les résultats pratiques qu'il est destiné à réaliser, et cela en attendant que l'auteur vous mette à même d'apprécier, à l'aide de *clichés*, le mérite de son invention.

Nous avons vu fonctionner ce petit appareil :

1° Sur une jeune fille nommée Louise Gébel, âgée de quatorze ans, de l'Orphelinat de Strasbourg. Cette enfant avait la mâchoire inférieure superposée à la supérieure. L'application de l'appareil a duré quatre jours, au bout desquels ce vice de conformation avait entièrement disparu.

2° Sur sa jeune sœur, âgée de douze ans. Celle-ci avait de plus la dent incisive supérieure déviée en dedans, et dans quinze jours le résultat ne laissait rien à désirer.

3° Sur la nommée Pauline Garchs, du même établissement, âgée de quinze ans. Celle-ci avait une grande et une petite incisives de la mâchoire supérieure fortement déviées en dedans, et en outre une canine inférieure dans le même état. Cette double déviation, qui aurait été une difficulté insurmontable à l'aide des appareils connus jusqu'ici, a été vaincue en trente jours.

4° Sur Mlle Inès de Lautel, âgée de quinze ans ; cette jeune personne avait toutes les dents inférieures canines et incisives déviées en sens opposé ; il y avait en outre deux surnuméraires en dedans et autant en haut, qui avaient contribué à ces déviations. Eh bien, cette complication, qui a nécessité une application successive sur sur chaque dent, n'a retardé le succès que de quelques jours; au bout d'un mois environ, il était complet.

Plusieurs autres faits, qui ne peuvent trouver place dans une simple note, aussi remarquables par la promptitude du succès que par la simplicité et l'innocuité de l'application, ont été mis sous les yeux de la Société médicale de Strasbourg, qui a chargé une commission, composée de MM. Ermann, Sédillot et Hergott, professeurs de la Faculté, de faire un rapport sur ce nouveau système de redressement des dents.

Dr CANDÉ.

EMPOISONNEMENT INVOLONTAIRE
par l'acide sulfurique.

Par M. le docteur THIRION.

Le 12 août 1856, le nommé B..., ouvrier, âgé de soixante-cinq ans, d'une assez forte constitution, avale sans le savoir, en prenant son repas de midi, environ trois fortes cuillerées à bouche d'acide sulfurique à 66° qui se trouvait à côté de lui dans une bouteille. Aussitôt il se sent pris d'une très-vive constriction à la gorge, d'un sentiment de brûlure s'étendant le long de l'œsophage jusqu'à l'estomac, et enfin de vomissements.

A ma visite, qui n'eut lieu qu'une demi-heure après cet accident, je trouvai le malade dans l'état suivant :

Voix faible, difficulté d'ouvrir la bouche, vomissements fréquents de matières noires sirupeuses mêlées de sang et de parcelles d'aliments ; pouls à peine sensible, extrémités froides ; lèvres blanches, crispées, ainsi que la langue et l'arrière-gorge ; déglutition difficile ; distension du ventre ; disposition au coma, intégrité des sens, mais réponses pénibles. Je prescris de l'eau magnésienne, que le malade avale d'abord avec difficulté et qu'il rejette même par le vomissement. Enfin l'estomac finit par tolérer cette boisson. Dès lors, il se sent un peu soulagé: les vomissements deviennent moins fréquents. Je continue l'eau magnésienne en abondance ; quelquefois je fais boire au malade du lait et d'autres adoucissants, et j'applique des boules chaudes aux extrémités. Dans la soirée, son pouls s'était élevé à 100 pulsations; l'épigastre était très-sensible, le ventre tendu ; pas de garde-robes. Pour combattre ces symptômes, je fais appliquer trente sangsues sur le ventre.

Dans la journée du 13, le malade allait mieux; les vomissements étaient entièrement dissipés, le pouls avait diminué de fréquence, l'état demi-comateux avait disparu ; mais l'épigastre avait encore de la sensibilité, la constipation persistait. — Continuation des boissons mucilagineuses, adoucissantes ; lavements et fomentations sur le ventre.

Le 14, la sensibilité épigastrique est notablement diminuée ; la déglutition est encore pénible ; persistance de la constipation ; des pellicules blanches se détachent de la langue ; pouls à 65 pulsations. — Lavement avec 30 grammes d'huile de ricin.

Le 15, plus de douleur ni de sensibilité à l'épigastre ; la déglutition s'opère facilement ; constipation. — Lavement avec l'huile de ricin.

Le 16, un peu de céphalalgie ; le malade est pris d'une expuition abondante blanchâtre. — Pédiluves sinapisés; eau gommée; lait; lavements.

Les 17, 18 et 19, même état.

Le 20, l'expuition n'est plus aussi abondante ni aussi visqueuse.

Le 22, le malade a enfin quelques garde-robes noirâtres.

A dater de ce moment, son état s'est beaucoup amélioré; les fonctions du ventre se sont rétablies graduellement. Les seuls symptômes qui ont eu une certaine durée ont été un peu de gêne dans la déglutition, de la douleur à l'estomac et de la lenteur dans les digestions. Cet état a disparu par l'usage exclusif du lait continué pendant trois semaines.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 avril 1857. — Présidence de M. Is. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Présence du fluor dans les eaux minérales de Plombières, de Vichy et de Contrexeville. — M. J. Nicklès communique une note sur la présence du fluor dans les eaux minérales ci-dessus énumérées.

On s'explique peu, dit l'auteur, l'efficacité de certaines eaux minérales quand on les considère au point de vue de leur composition chimique. L'eau minérale de Plombières est dans ce cas; les substances qu'on y a rencontrées jusqu'à ce jour n'offrent rien de particulier sous le rapport de leurs propriétés thérapeutiques, et de plus elles ne s'y trouvent pas en proportions bien grandes.

On peut en dire autant de l'eau minérale de Contrexeville, bien que cette eau soit plus riche en principes minéralisateurs.

Le peu de rapport qu'il y a entre la composition chimique et les propriétés thérapeutiques de ces eaux conduit à penser que ces dernières contiennent des principes dont on n'a pas encore signalé la présence; conformément à cette vue, j'y ai recherché le fluor, et j'en ai trouvé en quantités sensibles à l'état de fluorures.

L'eau de Contrexeville en est bien plus riche que celle de Plombières; elle imprime à la lame de cristal de roche des marques visibles à l'œil nu, tandis qu'une même quantité d'eau de Plombières, 4 litres, n'impressionne cette lame que passagèrement.

L'eau de Vichy, si riche en principes minéralisateurs, contient également des fluorures, mais en proportions moindres que les eaux de Plombières et de Contrexeville, de telle sorte que pour en trouver il faut opérer sur une plus grande quantité d'eau, 8 litres au moins.

Il est presque superflu de dire que les réactifs employés dans cette recherche doivent être préalablement éprouvés; qu'il faut rejeter l'emploi de la lame de verre et suspecter l'acide sulfurique, même *pur*, des laboratoires; n'employer pour dégager l'acide fluorhydrique que des acides exempts de ce composé hydrogéné, ou, s'il y a lieu, purifier au moyen de la silice l'acide sulfurique que l'on se propose d'employer.

Le fait de la présence des fluorures dans les eaux minérales qui jouissent d'une réputation si méritée me semble de nature à appeler l'attention des médecins sur les propriétés thérapeutiques de ces combinaisons, propriétés non encore étudiées, bien qu'on sache qu'elles ne sont pas toxiques.

Préexistence de l'acide valérianique dans la racine fraîche de valériane. — M. Pierlot adresse un mémoire dans lequel il expose les résultats de ses recherches sur ce sujet. Il les résume dans les termes suivants:

L'acide valérianique préexiste dans la racine fraîche de valériane dont il constitue un des principes immédiats. Il s'y trouve dans l'eau de végétation, dégagé de toute combinaison saline. On peut l'extraire directement sans l'intermédiaire d'aucun agent chimique. La racine fraîche en contient plus que la racine desséchée. (Commissaires: MM. Pelouze et Balard.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les candidats pour l'agrégation en médecine ont commencé mercredi dernier les argumentations de leurs thèses. Voici les divers sujets que le sort avait assignés à chaque concurrent :

MM. Axenfeld : *Des influences nosocomiales.*
Barnier : *Des paralysies sans lésions organiques appréciables.*
Charcot : *De l'expectation en médecine.*
Chauffard : *Parallèle entre la goutte et le rhumatisme.*
Duriau : *Parallèle du typhus et de la fièvre typhoïde.*
Empis : *De l'incubation des maladies.*
Hérard : *De l'expérimentation en médecine.*
Lorain : *Du régime dans les maladies aiguës.*
Montanier : *Des conditions pathogéniques et de la valeur séméiologique de l'albuminurie.*
Racle : *Des diathèses.*
Tholozan : *Des métastases.*

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, M. le docteur Frédéric Duriau a été nommé chef de clinique de la Faculté de médecine à l'hôpital de la Charité (service de M. le professeur Piorry), en remplacement de M. Blain des Cormiers, dont les fonctions sont expirées.

— Par arrêté du 26 mars 1857, sont institués agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Montpellier : dans la section de médecine proprement dite, MM. Guinier, Pécholier et Cavalier; dans la section de chirurgie proprement dite, M. Saurel.

— Le concours pour la place de chef des travaux anatomiques, vacante dans la Faculté de Montpellier, a commencé le 1er avril courant. Le jury est composé de MM. les professeurs Benoît, président; Lordat, Bouisson, Boyer, Dumas, Alquié, Courty, *juges titulaires*; Béchamp, *juge adjoint*.

Les candidats sont MM. Bourdel, Bouliech, Moutet et Jaquemet.

— Le concours pour l'École pratique d'anatomie et d'opérations chirurgicales vient d'avoir lieu à la Faculté de médecine de Montpellier. Les candidats étaient au nombre de 40 ; 25 ont été nommés. Ce sont : MM. Gignoux, Delclos, Roussel, Pressegol, Lanétides, Perrier, Bouyer, Calmeil, Chastan, Caune, Morao-Pitta, Plantin, Taillefer, Tondut, Parsat, Tourenc, Taleirach, Vernède, Pastre, Lacoste, Teissonnière, Casaubon, Phalippon, Aribat, Mahoux.

— On annonce comme devant avoir lieu prochainement un concours pour deux places d'aide d'anatomie près la Faculté de Montpellier.

La Sousd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 48. — JEUDI 23 AVRIL 1857. (30e ANNÉE.) N° 48. — JEUDI 23 AVRIL 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 22 AVRIL 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

Lorsque dans le numéro du 3 juillet 1856, à l'occasion d'une lecture de M. Colin sur la digestion et l'absorption des matières grasses sans le concours du suc pancréatique, nous émettions le vœu que l'Académie intervînt dans cette question, c'était plutôt un désir qu'une espérance que nous exprimions. Ce doute était une calomnie. Nous avions compté sans le zèle de M. Bérard ; — nous disons de M. Bérard et non pas de la commission, et pour cause, — car c'est bien à l'honorable professeur tout seul, ainsi qu'il nous l'a un peu malicieusement appris dans une phrase qui a soulevé d'assez vives réclamations, que nous devons le savant et spirituel rapport que l'Académie a entendu hier avec un si vif plaisir.

On se rappelle que M. Colin concluait de son travail ceci : sans l'intervention du suc pancréatique, les graisses sont digérées et absorbées ; leur absorption s'effectue suivant les proportions normales ; et ces matières se trouvent alors identiques sous le rapport de leur état, de leurs propriétés physiques et chimiques à ce qu'elles sont dans les conditions physiologiques ordinaires. Des objections graves furent faites à ces conclusions. Nous rappelons entre autres celles qui furent présentées quelque temps après à la même tribune par M. Poinsot.

La tâche du rapporteur consistait donc à vérifier l'exactitude des expériences sur lesquelles se fondaient les conclusions de M. Colin, et à examiner les objections dont elles avaient été l'objet. M. Bérard ne s'est pas borné à faire répéter ces expériences sous ses yeux. Il s'est mis lui-même hardiment à l'œuvre, et, avec le concours de M. Colin, il a multiplié, varié les expériences à mesure que les difficultés surgissaient, et à en instituer de nouvelles pour dissiper les doutes et les incertitudes des premières. 36 chiens, 3 chevaux, 5 taureaux, 4 vaches ont fait les frais de ces expériences, et ce n'est pas fini ! a ajouté M. le rapporteur.

Un plateau couvert de flacons contenant du chyle et une masse solide provenant de l'évaporation d'une énorme quantité de chyle et dont l'éther a pu extraire de la graisse, le tout sortant des canaux thoraciques d'animaux qui ne recevaient pas une goutte de suc pancréatique dans leur tube digestif, telles étaient les pièces de conviction. Or, que ressort-il de tout cela ? Non-seulement la confirmation des conclusions formulées par M. Colin, mais encore la réfutation des objections qui y avaient été faites; en un mot, une proposition qui ruinerait de fond en comble la théorie de M. Cl. Bernard, cette théorie qui a si bien cours en France aujourd'hui, qu'il n'est plus permis, suivant les expressions du rapporteur, de parler de l'absorption des graisses et de l'émulsion du chyle, sans rappeler les travaux du savant professeur du collége de France.

Les corps gras, suivant M. Bernard, sont émulsionnés par le suc pancréatique, et ne pénètrent dans les voies d'absorption qu'après avoir subi cette modification. MM. Bérard et Colin détournent, par une ligature du canal pancréatique, le cours du fluide sécrété par le pancréas, et l'animal qui a subi cette opération mange et rumine comme par le passé, et le chyle recueilli est émulsionné. Mais, avait-on objecté, il existe chez certains ruminants un petit canal pancréatique ouvert dans les voies biliaires, et par leur intermédiaire dans le duodénum ; et c'est, ajoutait-on, par ce canal supplémentaire que le suc pancréatique arrive au contact du chyle dans les cas où l'on a fait la ligature du canal pancréatique principal.

« J'admire, a dit M. Bérard, avec quelle légèreté on prend parti pour telle ou telle opinion dans un sujet aussi grave » ; et pour se mettre lui-même à l'abri d'un semblable reproche, il a fait des recherches sur le degré de fréquence de la particularité anatomique signalée. Des préparations mises sous les yeux de l'Académie montrent ici l'absence complète de ce canal supplémentaire ; là l'existence d'un canal tel qu'on l'a décrit, mais avec un calibre si grêle qu'il était impossible d'admettre qu'il pût suppléer le canal principal.

A cette autre objection qu'après la ligature du canal pancréatique, il restait dans l'intestin assez de suc pancréatique en réserve pour émulsionner le chyle, M. Bérard répond par ce fait, que les animaux qui ont servi aux expériences font 40, 50 litres même de chyle en vingt-quatre heures. Or comment la petite quantité de suc pancréatique adhérent aux parois de l'intestin pourrait-elle émulsionner cette énorme quantité de chyle !

Le chyle des ruminants ainsi émulsionné est toutefois moins opaque que celui d'un chien. Mais on peut lui donner les qualités de celui d'un carnivore, en faisant avaler à l'animal des boulettes de tourteaux de plantes oléagineuses ; — preuve, ajoute M. Bérard, que la matière grasse pénètre les chylifères sans le concours du suc pancréatique.

En résumé, voici la conclusion ultime du rapport, dont nous ne faisons qu'indiquer, chemin faisant, les points culminants. « Puisque chez les animaux de l'espèce bovine, on peut trois et même quatre jours après qu'on leur a lié le conduit excréteur du pancréas et détourné le suc pancréatique au dehors, retirer du canal thoracique plus de quarante litres de chyle bien émulsionné, et dont l'éther extrait une notable quantité de graisse, le suc pancréatique n'est nécessaire ni pour l'absorption des corps gras ni pour la formation d'un chyle émulsionné ; » — n'est *nécessaire*, dit M. Bérard en insistant sur ce mot, et non pas *utile*, ce qui n'est pas la même chose.

Du reste, en présentant cette conclusion, M. le rapporteur n'entend pas en généraliser l'application, faisant toutes réserves à cet égard ; la déduisant uniquement de ses expériences, il l'applique pour l'instant seulement aux animaux ruminants qui en ont été les sujets.

Nous ne saurions dissimuler l'embarras et les perplexités où de semblables contradictions jettent notre esprit, quand elles proviennent surtout d'hommes également habiles à manier l'expérimentation et à en interpréter les résultats.

Ce n'est pas la première fois, tant s'en faut, que la physiologie expérimentale nous joue de ces tours ; elle nous a habitués depuis longtemps à ces fluctuations qui, après nous avoir fait parcourir du jour au lendemain toute la distance de l'ignorance au savoir, ou de l'erreur à la vérité, nous laissent en dernière analyse dans le doute et l'indécision ; heureux encore de n'avoir pas mérité le reproche de légèreté en prenant parti pour telle ou telle opinion.

Hier encore nous insérions à la *Bibliographie* un article de notre bon et savant collaborateur M. Ch. Robin, avec qui nous aimons tant à nous trouver en communauté d'opinion, et nous nous plaisions au ton de conviction avec lequel il signalait les nouvelles expériences de M. Bernard « comme confirmant et étendant ses premières publications, en réduisant à néant les objections mal fondées qui s'étaient élevées contre elles. »

Après les expériences de M. Bérard, M. Robin gardera-t-il les mêmes opinions ? Nous l'ignorons. Quant à nous, nous nous réfugions humblement dans notre ignorance première, attendant que les contradictions s'expliquent, ou que de leur choc jaillisse quelque lumière nouvelle.

Le rapport de M. Bérard ne doit pas nous faire oublier de mentionner une lecture de M. Hutin, que l'Académie a écoutée aussi avec un vif intérêt. Il s'agit d'une lésion grave par arme à feu, une ablation du corps de l'os maxillaire inférieur datant de quarante-huit ans, et qui a permis de constater les résultats consécutifs de la rétraction des tissus, et le fait plus curieux de la non-rétrocession de la langue après la mutilation. On trouve dans le compte rendu l'analyse des considérations physiologico-pathologiques intéressantes que M. Hutin a développées à ce sujet, et les sages réserves qu'il a faites sur la question de thérapeutique chirurgicale soulevée par ce fait.

Après ces deux lectures, l'Académie a repris la suite de la discussion sur la méthode sous-cutanée. M. Velpeau a pris la parole ; mais le temps lui a manqué pour développer son argumentation, il en a remis la suite, qui est sans doute la partie la plus importante, à la prochaine séance. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Considérations cliniques sur les auras épileptiques. — Théorie rationnelle des attaques d'épilepsie (1).

Les auteurs n'ont point encore donné de théorie, même plausible, des attaques d'épilepsie. Celle que je propose peut se résumer dans la série de propositions suivantes.

Une névropallie (oscillation nerveuse) prend son état initial dans un point quelconque de la périphérie du système nerveux, et trop souvent aussi dans la rétine et dans les autres parties de l'appareil névrommique (le nerf optique, avant et après son entrecroisement ; les tubercules quadrijumeaux, etc.)

Cette névropallie est progressive ou prasasique. Quand elle part des portions de la névro-périphérie en rapport avec les organes du tact, du toucher, de l'odorat, de l'ouïe, de la génération, de la digestion, de la circulation, des mouvements, elle se propage par des ramifications inconnues jusqu'à la rétine; probablement cette communication a lieu par des filets anastomotiques entre l'octonèvre, le pentonèvre ou le sympathonèvre, la rétine et le nerf optique.

A ce premier temps du mal, il faut rapporter les auras divers, et dont le siége est très-variable ; auras qui, partant d'un point circonscrit, progressent vers la névrose. Une fois que la névropallie est parvenue à la rétine ou au nerf optique, ou lorsqu'elle y prend son point de départ, surviennent l'éblouissement, l'état convulsif des yeux, les vertiges, les douleurs de l'œil, la vue de corps rouges, blancs, lumineux, étincelants, fantastiques, notés par les auteurs. Le malade perçoit souvent ces sensations et en garde la mémoire, et l'impression morale ou instinctive qu'elles causent lui fait pousser un cri.

La névropallie suit l'étendue du nerf optique, puis parvient aux tubercules quadrijumeaux ; alors le malade perd connaissance, tombe, est agité de mouvements convulsifs.

Aussitôt que la névropallie envahit le cordon latéral de la moelle cervicale, se prononcent des troubles dans la respiration.

Suivant que la convulsion momentanée, mais réelle, s'étend à des points plus élevés ou plus abaissés de la moelle rachidienne, des convulsions frappent les membres supérieurs ou inférieurs.

Quand la névropallie a parcouru toute cette étendue, le calme survient ; puis les accidents se reproduisent dans le même ordre. De là les petits accès répétés, et qui par leur ensemble constituent les grandes attaques.

Lorsque, avant d'arriver à l'œil, la névropallie s'arrête, le malade alors éprouve seulement l'aura ou le petit mal.

Quand elle ne dépasse pas l'œil, les éblouissements et les vertiges surviennent seulement.

Quand la lésion a son point de départ dans l'angiove, alors commencent des attaques d'hystérie suivies d'accès épileptiques, mais qui ne deviennent tels que lorsque les accidents envahissent l'œil.

Si, après ou pendant les éblouissements, l'intelligence est frappée, c'est que les centres nerveux et les irradiations céphaliques sont atteints.

S'il existe parfois des paralysies, c'est que la névraxopallie met obstacle à l'accomplissement des fonctions nerveuses.

Si l'intelligence semble à la longue s'anéantir, c'est que la répétition fréquente des oscillations névriques finit par altérer gravement et avec persistance la structure de l'organe qui, instrument de l'âme, est chargé de ses manifestations.

Si pendant les attaques des congestions s'opèrent, c'est que la névraxopallie, alors qu'elle existe longtemps, trouble la circulation locale, modifie l'action du cœur, détermine une gêne dans les mouvements de la respiration, et partant occasionne une encéphalémie.

S'il se déclare avec le temps des hétérotrophies névraxiques, c'est que sous l'influence des névropallies et des hémies consécutives et répétées la structure des organes s'altère profondément.

(1) Fin. — Voir le numéro du 14 février.

Dans ma théorie, non-seulement la rétine et le névromme orbitaire peuvent être les points de départ de la névropallie, mais le névromme endocéphalique ou intra-crânien et les tubercules quadrijumeaux eux-mêmes peuvent être tout d'abord frappés de l'oscillation nerveuse; de là ces attaques brusques, assez rares d'ailleurs, dans lesquelles on ne peut trouver de symptômes précurseurs; de là une explication très-plausible de ces accidents épileptiques rapportés par les auteurs à la compression ou à la lésion des nerfs optiques ou des tubercules quadrijumeaux par des tumeurs, ou des hétérotrophies contenues dans les cavités névraxiques.

La théorie qui précède rend compte de tous les phénomènes observés. Je dois seulement vous prévenir qu'il ne faut pas rechercher l'existence des névropathies initiales sur des gens qui depuis fort longtemps éprouvent des attaques, et chez lesquels les accidents ont fini par arriver tout d'abord à leur apogée. Sous ce rapport, les malades des hospices sont les moins convenables que l'on puisse trouver. Il faut bien plutôt rechercher leur présence chez des individus qui sont affectés depuis peu de temps, et qui, comme la plupart des épileptiques de la ville, ont conservé assez d'intelligence pour répondre convenablement aux questions qui leur sont adressées.

Les opinions d'après lesquelles l'épilepsie aurait pour siéges le cervelet, la substance blanche, la glande pinéale, ne reposent que sur des hypothèses physiologiques qui ne sont nullement démontrées, ou sur des faits d'anatomie pathologique peu nombreux. Il faut se rappeler, pour démontrer combien on peut facilement s'en laisser imposer sur de tels sujets, qu'Esquirol a vu de suite, et neuf fois sur dix cas, des lésions du rachisomyèle exister chez des épileptiques, tandis que depuis, et sur un très-grand nombre d'autres faits, il n'a rien rencontré de pareil. Il résulte de la discussion à laquelle nous venons de nous livrer que tout se réunit pour faire admettre notre théorie sur la nature ou le siége de l'épilepsie, et que rien ne rend plausibles les opinions antérieurement émises sur ce sujet.

Les causes de la névropallie névrommique doivent être à coup sûr matérielles, et tenir à la manière dont s'accomplissent dans les organes les phénomènes de l'innervation.

Nous avons établi dans ce qui précède à peu près tout ce que l'on sait des causes organiques de l'épilepsie. Il est fort difficile de dire quelles sont les circonstances qui provoquent soit le mal considéré dans son ensemble, soit chaque attaque isolément observée. Sans doute il y a chez les individus qui en doivent être atteints certaines conditions matérielles du système nerveux ou de l'appareil névrommique qui les rendent aptes à être frappés de la névropallie prosasique, regardée, d'après notre manière de voir, comme le principe même du mal; mais on ignore absolument en quoi consiste cette disposition matérielle.

Seulement il est des circonstances qui déterminent à coup sûr cette aptitude, et à leur tête il faut placer l'hérédité. Nous vous renvoyons pour les détails relatifs à l'influence exercée par celle-ci sur l'épilepsie, l'hystérie, l'aliénation mentale, etc., à notre *Mémoire sur l'hérédité dans les maladies* (1); on y trouvera soit l'exposition de faits très-nombreux sur ce sujet recueillis par divers observateurs et par nous, soit des relevés statistiques dus à MM. Bouchet, Cazauvieilh, Beau, soit l'indication d'auteurs qui, tels qu'Hippocrate, Fred. Hoffmann, Esquirol, Georget, regardent l'épilepsie comme éminemment héréditaire; elle l'est surtout à un très haut degré sous le rapport des cas dans lesquels des hystériques, des aliénés, ont eu pour enfants des épileptiques.

Ceci est tout à fait d'accord avec notre théorie relative aux névropallies. En effet, si l'hystérie, l'épilepsie, les aliénations mentales précédées d'hallucinations sont dues à des vibrations nerveuses pathologiques qui diffèrent principalement par leur siége dans tel ou tel nerf ou dans telle autre partie du névraxe; si, par leur nature, elles sont identiquement les mêmes, si elles consistent toutes dans une névropallie, il est évident que celle-ci peut quelquefois se déplacer en quelque sorte dans la succession des générations, et se porter, par exemple, sur l'utérus et les ovaires chez certaines femmes, tandis que chez leurs enfants mâles elles se déclareraient dans l'appareil névrommique.

On ne sait rien de précis sur l'influence que peut avoir sur le développement de l'épilepsie l'apparition de la menstruation (Beau). Il y a lieu de croire que les écarts de régime, les excès alcooliques, favorisent l'invasion de la maladie.

Les auteurs pensent que l'imitation (Arnold) a été pour certains individus la cause d'attaques épileptiques. Il devait y avoir, dans de tels cas, une très-grande disposition à contracter la névropallie étiommique. La grossesse (Tissot) l'accouchement surtout, semblent avoir ici une action étiologique marquée, comme le prouve l'histoire des accès dits d'éclampsie. La dentition nous paraît être dans le même cas, et les convulsions de l'enfance, analogues à l'épilepsie, portent à le faire croire. On a vu survenir les premières attaques à la suite de l'usage des champignons et de quelques autres aliments indigestes, soit du coït, de l'insolation. L'aménorrhée, la suppression d'exanthèmes ont été accusées d'en avoir été les causes.

Tous ces faits se prêteraient plus ou moins à la critique; mais ce sont particulièrement les causes morales, telles que les chagrins, la colère, auxquelles on a surtout attribué le développement de l'affection névropallique. La frayeur, suivant Georget, doit être comprise pour les trois quarts dans le tableau des circonstances qui provoquent le mal. Sur ce sujet, comme sur d'autres points de l'histoire des maladies du système nerveux, Georget s'est laissé entraîner par ses opinions préconçues relatives au siége exclusif de ces maladies, qu'il plaçait dans le névraxe. Nous avons assez souvent entendu les malades rapporter à la frayeur la cause de leur première attaque; mais, chose remarquable, presque toujours c'étaient des sensations de la vue, réelles ou fantastiques (l'apparition d'objets effrayants dans un rêve), qui avaient donné lieu à une terreur semblable; de sorte qu'il y avait eu, dans ces cas, d'abord trouble dans le névrommisme, puis action mentale en rapport avec l'objet de la terreur, et non pas d'abord frayeur, puis modification dans la vision. Nous pourrions citer au moins dix observations de ce genre, et qui permettraient de constater l'influence, non pas d'une cause simple, mais bien celle de circonstances complexes en rapport avec l'appareil névroptique d'une part et le névraxe de l'autre. D'après un tableau dressé par MM. Bouchet et Cazauvieilh, sur 69 épileptiques, 21 fois la frayeur, 10 fois les chagrins; et dans un autre dû à M. Beau (105 cas), 23 fois la peur, 1 fois la peur pendant un rêve, 16 fois les chagrins, ont été accusés d'être les causes déterminantes des attaques. 81 fois, dans ces deux tableaux, les causes du mal ont été inconnues. La manière dont on interroge de tels malades est, il faut le dire, l'une des circonstances qui influe le plus sur les résultats statistiques. On croit, en général, que la frayeur est la cause la plus commune de l'épilepsie; et si l'on ne prend pas toutes les précautions oratoires possibles pour ne pas se laisser tromper, si l'on néglige de rechercher l'action d'autres modificateurs, on est exposé à considérer la crainte ou la terreur comme ayant bien plus souvent produit les accidents que cela n'a lieu en effet. Nous avons bien pris garde à ne pas nous en laisser imposer sur l'influence que la vue de divers objets, une lumière très-vive, des travaux assidus des yeux, pouvaient exercer sur l'invasion de l'attaque première ou sur l'apparition des récidives, et nous regrettons de n'avoir pu réunir dans un cadre statistique tous les faits dans lesquels nous avons recueilli des observations sur ce sujet; mais on a vu d'après ce qui précède que cet ordre de causes dans les faits par nous observés a très-fréquemment agi dans plus d'un tiers de ces cas. Tantôt la vue soit du soleil, du feu ou de la lumière de l'artillerie, soit d'un corps éclatant, d'un objet blanc ou rouge; tantôt des travaux des yeux excessifs ou très-délicats; ailleurs des rêves où l'on voyait des objets blancs, éclatants ou rouges, ont agi pour provoquer l'invasion du mal primitif ou celle des attaques ultérieures.

Il serait utile de rechercher jusqu'à quel point des modificateurs portés *sur les points périphériques d'où partent les auras*, peuvent faire naître ces névropathies initiales, et partant, les accès épileptiques qui les suivent. Il est au moins certain que des troubles dans les fonctions de l'appareil génital chez la femme donnent souvent lieu à l'hystérie épileptique.

Traitement. — Le traitement de l'épilepsie considérée en général, ne peut être établi d'une manière absolue. Ici, comme ailleurs, ce n'est pas la maladie, mais bien les malades qu'il faut soigner, et cela en raison des états pathologiques que l'on est fondé à croire exister chez eux. Contre l'unité épilepsie on a empiriquement tenté, et le plus souvent sans résultat avantageux, toutes les médications possibles.

J'omets à dessein de vous parler de toutes les médications empiriques et de toutes les méthodes systématiques qui ont été préconisées depuis des siècles, car j'ai hâte de vous formuler un traitement rationnel, tel que je le comprends, d'après les études qui précèdent.

Avant tout il faut remédier, autant que possible, aux circonstances qui prédisposent à ce mal ou qui en déterminent le développement. C'est en me conformant à ce principe fondamental que faisant porter des lunettes à un épileptique chez lequel des névrommies étaient le point de départ de l'oscillation nerveuse, j'en ai prévenu le retour. Une dame, à la suite d'hallucinations de la vue dont elle était atteinte pendant un profond sommeil, éprouvait vers trois ou quatre heures du matin des attaques violentes d'épilepsie. Le réveil que longtemps de suite je fis provoquer toutes les nuits, et une demi-heure avant le moment où les paroxysmes devaient avoir lieu, a été suivi de la guérison. Esquirol avait déjà vu un cas du même genre.

C'est surtout dans l'épilepsie que l'usage de la quinine, de son sulfate et surtout de son alcoolé, m'ont été d'une extrême utilité. Les doses de sulfate acide de quinine ont été portées en deux ou en une seule prise à 1, 2 et 3 grammes et même plus, et cela le jour même ou la veille du jour où l'on s'attendait à voir apparaître une nouvelle attaque; or, *celle-ci a été presque constamment reculée, calmée, avantageusement modifiée, souvent suspendue pour plusieurs jours, pour plusieurs semaines, et même parfois pour toujours.* Elle était souvent alors remplacée par des auras incomplets, névropallies qui ne parvenaient plus jusqu'au névraxe. Quand plusieurs attaques se succédaient le même jour, à une ou plusieurs heures de distance, l'administration du même moyen a prévenu les seconds et les troisièmes accès. L'alcoolé de quinine réussissait d'ailleurs fréquemment à arrêter les auras dans leur marche progressive.

Je pourrais citer avec quelques détails 15 à 20 cas de guérison absolue, 50 où les attaques sont devenues très-rares et très-faibles, et où cette amélioration a persévéré plusieurs années, après lesquelles j'ai perdu les malades de vue, et plus de 100 qui, entrant à l'hôpital avec des accès quotidiens, ne les ont plus éprouvés qu'à des intervalles de quatre, huit ou quinze jours. Dans des cas rares, la médication indiquée n'est parvenue ni à reculer, ni à calmer, ni à suspendre les attaques; mais il faut le dire, l'épilepsie était alors congénitale, ou fort ancienne et très-grave, ou liée à quelques déformations du crâne ou à diverses lésions de l'encéphale.

(1) 1840, chez J. B. Baillière.

NOUVELLE OBSERVATION DE PEAU BRONZÉE

sans altération des capsules surrénales.

M. le docteur Puech, à qui l'on doit déjà plusieurs communications relatives à la maladie d'Addison, vient de nous faire connaître une nouvelle observation de peau bronzée sans altération des capsules surrénales. C'est un fait qu'il nous paraît utile d'enregistrer ici, comme une nouvelle unité négative à joindre à celles qui ont déjà été produites contre la relation anatomique établie entre les lésions des capsules surrénales et la coloration bronzée de la peau. Ce sera un des documents dont il y aura lieu de tenir compte lorsque les faits seront assez multipliés pour reprendre de nouveau l'examen de la question étiologique et anatomo-pathologique de la maladie en question. Voici la relation succincte de ce fait :

Camille P..., âgé de cinquante-quatre ans, natif du Puy (Haute-Loire), entré à l'Hôtel-Dieu à la fin de décembre 1856, avait eu, il y a plus de trente ans un chancre, dont il avait été traité fort incomplétement, car il présentait encore des croûtes d'ecthyma et une exostose à l'angle supérieur de l'occipital.

Malgré une vie dure et laborieuse, il s'était assez bien porté, lorsque il y a un an et demi il remarqua que sa peau brunissait et prenait une teinte sale de plus en plus prononcée. Il n'y attacha aucune importance et ne réclama aucun soin. Toutefois il se sentit moins fort, moins actif que par le passé; des vomituritions, des nausées, des alternatives de constipation et de diarrhée accusaient la souffrance des voies digestives. Tel était son état au mois d'août dernier, lorsqu'il contracta la dyssenterie. Guérie, après un mois elle récidiva à la suite d'un écart de régime. Depuis cette dernière atteinte, sa santé resta toujours chancelante et ses digestions difficiles; bientôt il accusa, outre des selles fétides et noirâtres, une douleur sourde dans la fosse iliaque droite, douleur qui s'exaspérait à la pression. Des vomissements survenant, il succombe le 1er janvier 1857 à une péritonite déterminée par une perforation de l'intestin.

L'autopsie a fourni des indications nouvelles.

Aspect extérieur. — Les cheveux sont noirs, la face est brunie; mais la poitrine, l'abdomen, la partie antérieure et interne des cuisses sont revêtues d'une teinte sépia générale. Cette teinte, plus ou moins foncée suivant les points, n'a pas de limites arrêtées; elle s'efface graduellement sur les côtés du tronc, pour disparaître complétement au dos. Sur les membres supérieurs, la teinte est plus marquée sur le plan postérieur que sur l'antérieur. Sur le devant de la poitrine existent des croûtes d'ecthyma; lorsqu'on les détache on trouve au-dessous une peau blanche qui contraste avec les parties voisines. Un morceau de peau, conservé dans l'alcool, n'a, après trois mois, rien perdu de sa coloration.

Le *foie*, de volume moyen, offre des collections multiples, variant du volume d'une cerise à celui d'une noix. Les unes sont franchement purulentes au centre, les autres sont jaune paille et ramollies; les unes et les autres, nettement limitées, tranchent vivement avec le tissu sain des parties voisines. La vésicule contient une bile safranée; elle est petite et adhère au côlon. Le pancréas est blanchâtre et mollasse.

La *rate*, à coque grisâtre, est fixée en dehors par des tractus fibreux; près de son hile un ganglion arrondi la rappelle par son aspect et sa structure.

Les *capsules surrénales*, minutieusement examinées, n'offrent pas la moindre altération.

DIARRHÉES ET DYSSENTERIE CHRONIQUE,

leur traitement par l'ergotine Bonjean.

Le docteur Fonteyral d'Eymet (Dordogne) a, dans un premier mémoire, rapporté huit observations de dyssenterie chronique, combattue avec succès au moyen de l'ergotine; il publie aujourd'hui de nouveaux faits sur l'efficacité de ce traitement, en rappelant les services qu'il a rendus dans l'armée sarde pendant la campagne de Crimée (voir le mémoire du docteur Massola, de Chambéry); (*Gazette des hôpitaux*, septembre 1856).

M. Fonteyral administre l'ergotine à la dose de 2 à 3 grammes dans une potion; il compare la puissance et la promptitude d'action de ce médicament dans les diarrhées et dyssenteries chroniques, à celle du quina dans les fièvres intermittentes.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 avril 1857. — Présidence de M. Michel Lévy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Masson, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Beaune, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la colonie pénitentiaire de Cîteaux en novembre 1856 (commission des épidémies);

2° Un rapport de M. le docteur Revillout, médecin inspecteur des bains de mer du Croisse, sur le service médical de cet établissement pendant les années 1854, 1855 et 1856;

3° Un rapport de M. le docteur Isarié, médecin inspecteur des Eaux

Chaudes (Basses-Pyrénées), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1855 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Hullin (de Mortagne) adresse le tableau des vaccinations qu'il a pratiquées en 1855. (Commission de vaccine.)

Méthode sous-cutanée. — M. Barthélemy (de Saumur), dont le nom a été cité souvent dans la discussion sur la méthode sous-cutanée, adresse la lettre suivante :

« Dans l'éclatante discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie sur la méthode sous-cutanée, mon nom a été prononcé plusieurs fois d'une manière si bienveillante par les principaux orateurs, que je crois devoir commencer par les en remercier.

» Cependant, comme ces citations ont été faites à des points de vue diamétralement opposés, il a dû rester un certain doute dans l'esprit de l'Académie sur la modeste part que j'ai eue, il y a vingt ans, dans la propagation de cette méthode.

» Je crois donc convenable de venir rappeler que dans le cours de l'année 1838, assistant à une section de sterno-mastoïdien que M. J. Guérin pratiquait pour un torticolis chronique, l'idée me vint, séance tenante, d'appliquer les sections sous cutanées à l'opération des ganglions synoviaux, et que c'est ainsi que j'imaginai et publiai mon procédé dans la *Gazette des Hôpitaux* le 27 novembre 1838.

» En 1839, M. J. Guérin fit connaître les formules générales qui sont la base de sa méthode sous-cutanée ; et plus tard, il dit, par inadvertance sans doute, que mon procédé se trouvait *implicitement* renfermé dans ces mêmes formules.

» Il me fut aisé de démontrer à cet honorable confrère qu'il se trompait, puisque mon procédé avait précédé les formules générales de près d'une année.

» La vérité est donc que, bien que mon procédé soit une inspiration de la méthode sous-cutanée de M. Guérin, il n'en a pas moins présenté dans le temps un côté nouveau, en ce sens que j'ai appliqué le premier au traitement des ganglions synoviaux, les sections sous-cutanées, qui ne l'avaient été jusqu'alors, par tous les chirurgiens et par M. Guérin lui-même, qu'à la ténotomie. »

LECTURE.

Ablation du corps de l'os maxillaire par un coup de feu. — M. Hutin, chirurgien en chef des Invalides, lit une observation ayant pour titre : *Ablation du corps de l'os maxillaire inférieur par un boulet de canon. Réparation des parties molles. Résultats consécutifs observés quarante-huit ans après la mutilation.* Voici un résumé de cette observation :

J. B. Retrouvé, alors âgé de vingt et un ans, avait déjà reçu deux blessures à la bataille de Wagram, le 6 juillet 1809, lorsqu'il fut atteint par un boulet de petit calibre, qui lui enleva le corps de la mâchoire. Le blessé ne s'aperçut de cette mutilation qu'en voulant parler, et en portant la main à sa blessure. Peu de temps après, en se retirant, il s'affaissa épuisé par la perte de sang, et resta ainsi sans perdre connaissance pendant trente heures. L'hémorrhagie s'était arrêtée. Il fut relevé ensuite.

La bouche n'avait plus de plancher; la langue, privée de ses points d'attache par la disparition de la majeure partie de la mâchoire, était pendante au-devant du cou. Il n'y eut pas une seule esquille à enlever ni une seule ligature à pratiquer; un lambeau qui restait pendant fut réappliqué sans qu'on en régularisât les bords ; on le maintint par des points de suture. La langue n'ayant fait aucun mouvement rétrograde, elle ne devint l'objet d'aucune attention particulière, et il ne survint aucun accident relatif à cette complication. On put faire prendre des boissons sans sonde ni biberon. La déglutition, quoique entravée, se faisait relativement assez bien.

Une inflammation vive fit relâcher les sutures, et la plaie qui existait au-dessous de la lèvre inférieure conservée se rouvrit, et donna passage peu à peu à une partie de la langue, qui contracta des adhérences avec les bords de l'ouverture.

Quatre mois après le malade fut admis aux Invalides, où on lui fit faire un menton d'argent qu'il n'a jamais cessé de porter, si ce n'est pendant la nuit. Voici quel est aujourd'hui l'état de cet homme, et quels sont les changements qu'une période de quarante-huit années a amenés dans cette grave lésion.

Aucune altération n'est survenue dans l'état des parties molles depuis 1809. Les cicatrices de la base et du sommet du lambeau se sont maintenues intactes sans rupture, sans inflammation, mais elles se sont rétractées.

L'absence de réunion du plancher inférieur de la bouche a déterminé un hiatus ovalaire, à travers lequel pend au dehors, le long du larynx, le tiers environ de la langue, intimement cicatrisée dans sa largeur avec la peau du cou. Les mouvements de la langue sont bornés presque exclusivement à ceux d'élévation et d'abaissement.

Les glandes sublinguales et la sous-maxillaire droite ne laissent plus de traces, soit de leur propre substance, soit de leurs canaux. Les nerfs maxillaires inférieurs déchirés ne se décèlent par aucun renflement terminal sensible.

On sent battre l'artère faciale gauche vers le point où elle passait sur le bord du corps de l'os maxillaire.

Aujourd'hui, à l'âge de soixante-huit ans, Retrouvé a la mâchoire supérieure garnie de quatorze dents; sept de chaque côté. L'ensemble de ces dents, au lieu de former le fer à cheval, forme une sorte de gouttière longitudinale en 8 de chiffre, par suite du rapprochement des branches de l'arcade dentaire.

La déformation de la voûte palatine a commencé d'assez bonne heure. Trois ans après sa blessure, Retrouvé s'apercevait déjà d'une certaine étroitesse, et depuis lors elle n'a fait qu'augmenter, jusqu'au point où elle est aujourd'hui et où elle paraît rester stationnaire.

Retrouvé jouit d'ailleurs d'une parfaite santé, quoiqu'il y ait une déperdition continuelle de la salive, dont la sécrétion est abondante.

Le menton artificiel qu'il porte n'est guère destiné qu'à dissimuler la mutilation. En y ajoutant des compresses et une cravate épaisse, le blessé parvient aussi à protéger sa langue et l'hiatus contre les impressions du chaud et du froid.

M. Hutin résume cette longue observation dont nous n'indiquons ici que quelques-unes des particularités les plus saillantes, en signalant deux faits principaux, la non-rétrocession de la langue après la mutilation et la déformation de la voûte palatine, survenue avec le temps.

Retrouvé, dit-il, ayant toujours conservé la plénitude de sa connaissance, si sa langue s'était rétractée, il aurait parfaitement senti la gêne résultant d'un pareil phénomène. Loin de là, il déclare que sa respiration se fit plus librement au moment de sa blessure, et que dans aucun temps il n'a éprouvé la moindre difficulté dans l'acte respiratoire, excepté pendant les vingt-quatre heures qui suivirent immédiatement le premier pansement. Si l'on se rappelle qu'après ce premier pansement la paroi inférieure de la bouche se trouvait rétablie par la suture, on comprend que, la cavité buccale étant rétrécie, la respiration a dû être plus difficile en effet. Mais il me paraîtrait beaucoup moins logique d'attribuer cette circonstance éphémère à la rétrocession, qui ne s'est manifestée par aucun symptôme ni immédiat aussitôt après la destruction des attaches de la langue et avant les sutures, ni secondaire après la rupture de celles-ci, qu'à la diminution de l'ampleur de la bouche coïncidant avec l'inflammation, qui vint augmenter le volume de toutes les parties et avec la compression des pièces de pansement. La gêne a disparu quand le plancher s'est entr'ouvert de nouveau, et a permis à la langue de sortir pour reprendre sa position pendante; c'est là, ce me semble, une preuve non équivoque de sa véritable cause. Quant à une rétrocession ultérieure qui aurait pu se manifester au moment où la glossite et l'inflammation des autres tissus marchèrent à résolution définitive, elle aurait trouvé des obstacles sérieux, pour ne pas dire insurmontables, dans l'établissement des adhérences contractées par la langue en avant du cou. Tous les chirurgiens qui ont eu à pratiquer la résection du corps de l'os maxillaire ont vu combien est réel le danger de la rétraction, et combien il est prudent de se rendre maître de la langue avant de détruire les insertions géniennes. Retrouvé, par opposition, est le cinquième militaire chez lequel j'observe l'arrachement du menton par le canon sans qu'un seul d'entre eux ait éprouvé la rétrocession de cet organe.

M. Périer, alors chef de clinique de Larrey, prit en 1834 la mesure des distances que les dents laissaient entre elles. A cette époque, l'étranglement provenant du rapprochement des secondes molaires n'était pas complet comme il l'est en ce moment; il y avait entre ces dents un intervalle libre de 2 millimètres. En avant d'elles, le plus grand écartement, qui est aujourd'hui d'un centimètre, mesurait 2 centimètres et demi. — La nature a donc mis vingt-cinq ans, de 1809 à 1834, pour rapprocher l'un de l'autre les deux côtés de l'arcade dentaire jusqu'à 2 centimètres et demi d'une canine à l'autre, et jusqu'à 2 millimètres d'une deuxième molaire à l'autre; tandis qu'elle a mis dix-huit ans, de 1834 à 1852, époque à laquelle tout rapprochement paraît avoir cessé, pour augmenter de 2 millimètres encore l'étranglement des molaires en les amenant au point de contact, et pour resserrer d'un centimètre et demi de plus l'intervalle existant entre les canines.

Si l'on recherche les causes de ce travail dans son ensemble, abstraction faite de la différence des deux périodes qui viennent d'être indiquées, on doit reconnaître que les principales sont : la réparation de la lèvre inférieure et des tissus du menton, et la position nouvelle de la langue. En effet, les joues ont été sans cesse et sont encore attirées vers la ligne médiane par leur propre poids et par l'action rétractile du tissu cicatrisé de toute cette masse charnue largement déchirée, et notamment par cette corde fibroïde qui est tendue dans la bouche. Elles ont exercé sur les os maxillaires supérieurs une pression latérale douce à la vérité, mais incessante. Cette pression continue a dû porter son action sur les dents d'abord, puis sur les parois alvéolaires elles-mêmes.

Par sa persistance, elle a vaincu la résistance des lames palatomaxillaires, qui se sont déformées, rétrécies par suite d'atrophie, et peut-être aussi par un refoulement partiel de leur suture commune vers les fosses nasales. Dans l'état naturel, la mâchoire inférieure protége la supérieure contre cette pression des joues, qu'elle maintient à distance, et elle forme en même temps aux os de la face un arc-boutant s'opposant à un tel mouvement de concentration. Ici, cette protection manque.

Si, d'un autre côté, la langue était restée dans la bouche, sa présence aurait pu combattre encore cette tendance au rapprochement des arcades dentaires; du moins c'eût été un obstacle de plus, quelque faible qu'il fût.

L'Académie a eu plusieurs fois sous les yeux un exemple très-curieux d'ablation complète du maxillaire inférieur. Le beau résultat obtenu dans ce cas par M. Maisonneuve est assurément aujourd'hui des plus satisfaisants. Il faut y regarder de près pour voir que son opéré n'a plus de mâchoire inférieure. J'ai la conviction cependant qu'avec le temps il y aura une déformation, je ne dirai pas semblable, mais analogue à celle de Retrouvé, surtout si le malade n'a pas la précaution de porter habituellement sa mâchoire artificielle. Déjà se manifeste chez lui le travail de rapprochement des deux branches latérales de l'arcade dentaire; les dents incisives mitoyennes, qui étaient bien rangées, commencent à s'entre-croiser. Où s'arrêtera cette convergence? C'est ce que l'avenir démontrera; mais on voit que ce travail suit de près la mutilation, puisque l'opération de M. Maisonneuve ne date que d'un an.

M. Hutin se demandant ensuite ce qu'il resterait à faire à Retrouvé, et s'il y aurait quelque chose d'utile à faire, se prononce pour la négative. En supposant, dit-il, ce qui n'est pas probable, que l'on parvînt à détruire sans retour les adhérences de la langue au cou, et à fermer l'hiatus après avoir fait rentrer cette dernière dans la bouche, qu'obtiendrait-on? Un danger permanent de suffocation; car, la voûte palatine n'existant pour ainsi dire pas, la langue ne trouverait pas où se loger; le plancher buccal, déjà rétréci, le deviendrait bien plus encore par la tension des tissus que nécessiteraient les sutures, etc. En résumé, M. Hutin est d'avis qu'il faut, à tous égards, respecter l'état de ce militaire, pour ne pas obtenir pis en cherchant mieux.

Pendant la lecture de ce travail, l'invalide qui en est le sujet est présent à la séance, et soumis à l'examen des membres de l'Académie dans la salle de la bibliothèque.

La communication de M. Hutin est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Bégin, Larrey et Jobert.

Rôle du suc pancréatique dans la digestion. — M. BÉRARD, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Bussy, Longet et Bouley, lit un rapport sur un mémoire de M. G. Colin, chef des travaux anatomiques de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, ayant pour titre : *De la digestion et de l'absorption des matières grasses sans le concours du fluide pancréatique.*

Ce rapport, dont l'assemblée a accueilli la lecture par des applaudissements, et que nous n'avons pu avoir sous les yeux en temps opportun pour le reproduire aujourd'hui, est terminé par les conclusions et les propositions suivantes :

Conclusion. — Puisque chez les animaux de l'espèce bovine on peut, trois et même quatre jours après qu'on leur a lié le conduit excréteur du pancréas et détourné le suc pancréatique au dehors, retirer du canal thoracique plus de quarante litres de chyle bien émulsionné, et dont l'éther extrait une notable quantité de graisse, le suc pancréatique est nécessaire ici pour l'absorption des corps gras, et pour la formation d'un chyle émulsionné.

M. le rapporteur propose :

1° De remercier M. Colin pour sa communication ;

2° De l'inviter à poursuivre ses investigations ;

3° D'envoyer son travail au comité de publication. (Adopté.)

Suite de la discussion sur la méthode sous-cutanée.

L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur la méthode sous-cutanée.

M. LE PRÉSIDENT rappelle de nouveau que l'auditoire doit s'abstenir de toute espèce de manifestation. Il compromettrait autrement la publicité, d'ailleurs si utile, des séances académiques.

M. VELPEAU. J'arrive à cette tribune dans des conditions défavorables. Vous venez d'entendre un de nos collègues qui a l'habitude de se faire écouter comme il le mérite, et qui vous a communiqué un fait d'une grande importance. Je viens, au contraire, traiter une question déjà pendante depuis deux mois, et je crains d'être ennuyeux. Cette discussion émane d'une phrase bien courte, qui m'a échappé à la fin d'une autre discussion sur le traitement des kystes de l'ovaire: *Qu'est-ce que c'est que la méthode sous-cutanée?* L'Académie comprendra qu'il n'y avait pas de mal à poser cette question, qui méritait d'être discutée, car il a été dit depuis bien des choses à cette tribune; bien des preuves ont été apportées dans un sens ou dans un autre, et la question n'est pas devenue claire pour tout le monde. Aussi j'aurais l'intention de la reprendre, mais avec son caractère le plus simple; de la reprendre, en demandant encore : *Qu'est-ce que c'est que la méthode sous-cutanée?*

C'est une opération qui se fait sous les téguments, par une ouverture de la peau aussi petite que possible ; voilà le fait brut, matériel : toutes les opérations chirurgicales qui se pratiquent avec une ouverture très-petite des téguments sont des opérations sous-cutanées. Elles peuvent s'appliquer presque partout, à un très-grand nombre d'organes. La méthode sous-cutanée a été appliquée d'abord à tous les tendons, puis aux ligaments, aux brides fibreuses, à une infinité de muscles, d'organes divers, à des vaisseaux, artères et veines, à des nerfs, à des kystes, aux collections des cavités closes, aux ganglions, aux capsules articulaires aux hernies, etc. C'est donc un genre d'opérations qui a pris une grande extension, et qui joue maintenant un grand rôle en chirurgie.

Il serait difficile de ne pas s'entendre, si on voulait demander qui a pratiqué le premier une opération sous-cutanée pour un muscle ou un tendon; si on voulait rechercher qui a dit que l'ouverture de la peau devait être aussi petite que possible; si on voulait savoir dans quel but cette opération a été pratiquée. Malheureusement la question a été envisagée de diverses manières; quelques chirurgiens l'ont prise dans un sens très-élevé; ils ont voulu tirer des opérations sous cutanées une doctrine, des formules, et en discutant on a fini par ne plus s'entendre. Il y a eu une foule de malentendus, de méprises, d'équivoques. Le débat a surtout porté sur la question de priorité; beaucoup de personnes pensent que ce côté de la question est fort ennuyeux et qu'on devrait bien en faire grâce à l'Académie et aux auditeurs. Mais si on veut bien faire attention qu'il s'agit d'une des plus grandes acquisitions chirurgicales de notre siècle, on ne raisonnera plus de la sorte. Qui est-ce qui pourrait préciser l'historique de cette question, si ce n'est ceux qui ont assisté à sa naissance, à son évolution, qui en ont suivi les méandres? Ceux-là légueraient à leurs successeurs une question obscure et qu'ils ne pourraient éclairer. Il me semble donc qu'il faut l'élucider maintenant, et il ne faut pour cela que l'examiner avec une disposition d'esprit dans laquelle on n'est peut-être pas tous les jours. Il s'est mêlé un peu de pioromel à cette discussion; on a pensé que certains orateurs s'étaient plus occupés de personnalités que de science. En ce qui me concerne, je puis affirmer que je n'ai apporté aucune amertume dans cette discussion. J'aime, j'estime le talent de tous ceux qui ont parlé jusqu'ici; celui de nos collègues qui est le plus en cause a des qualités que j'apprécie. Je cherche purement et simplement la vérité, et j'ai vu avec quelque chagrin que tout le monde n'en était pas là.

M. Guérin est venu avec quelques préventions ; il les a laissées percer dans plusieurs passages de son argumentation. Ainsi il a commencé par dire que ce débat n'était pas sérieux, qu'il avait été provoqué la veille d'une décision qui devait honorer la méthode, et dans le but d'empêcher cette décision ou d'en amoindrir la valeur. C'est à moi que s'adressait évidemment cette accusation, et je ferai remarquer, qu'avec une pareille disposition d'esprit, M. Guérin devait être peu disposé à être parfaitement calme et juste.

Ce débat n'a pas été provoqué dans le but qu'a supposé M. Guérin; c'est le 13 janvier que j'ai posé ici la question dont il s'agit; or, dès le 29 décembre, la décision avait été proposée et adoptée dans le comité secret du 5 janvier. Je le répète, ceci ne me blesse pas : seulement je tiens à faire remarquer que M. Guérin s'est mépris.

M. J. GUÉRIN. Je demande la parole.

M. VELPEAU. Je doute que M. Guérin ait quelque chose à répondre à ceci; les procès-verbaux, les registres de l'Académie des sciences sont là pour prouver ce que je viens de dire. Si la décision a été ratifiée plus tard en séance publique, chacun sait que le travail était fait d'avance dans un comité secret, et qu'on n'y pouvait rien changer. Pour arriver à quelque chose de clair, il faut venir avec un esprit tranquille;

pourquoi ne pourrions-nous pas poser une question de science sans nous fâcher?

M. Guérin, en voulant répondre à mes arguments, s'est souvent servi de preuves qui m'ont paru tomber à côté de la question ; il a parlé de coalition, d'affiliés. Si les injures ne sont pas des arguments, les pleurs et les lamentations n'en sont pas davantage. Qu'est-ce que j'ai contesté? Que M. Guérin eût inventé la méthode ou une méthode sous-cutanée? Il répond en invoquant l'opinion d'autres savants ou des savants mêmes qu'on lui oppose ; il nous a rapporté le témoignage posthume de Dieffenbach, l'opinion de M. Sédillot, de quelques autres, de moi-même. Ceci ne prouve rien ; nous aurions pu croire que cela était vrai, sans que cela fût réellement. Les personnes que cite M. Guérin ont dit qu'il avait publié là-dessus de beaux travaux; cela ne veut pas dire qu'il a inventé la méthode sous-cutanée. Je ne refuse pas à M. Guérin le mérite d'avoir publié sur ce sujet des recherches intéressantes, de beaux travaux ; il aurait raison de se plaindre si on lui déniait toute espèce de droit à l'estime publique en ceci. J'ai dit seulement que M. Guérin n'avait pas inventé la méthode sous-cutanée ou une méthode sous-cutanée. Ses preuves sont mal choisies quand il veut le démontrer. Ainsi, il cite un article de la *Gazette des Hôpitaux*, où il est question d'une opération de hernie dont j'aurais voulu obtenir la cure radicale par une opération sous-cutanée. Je ne suis pas responsable de la teneur de cet article, dans lequel le rédacteur attribue à M. Guérin l'invention de la méthode sous-cutanée. M. Guérin a fait confusion , et cependant l'initiale du rédacteur est au bas de l'article pour éviter toute méprise. De pareilles preuves ne sont pas réellement des preuves.

M. Bonnet ne dit pas non plus que M. Guérin ait inventé la méthode sous-cutanée, mais seulement qu'il l'a généralisée.

Quant à M. Sédillot, il n'accepte pas le langage que M. Guérin lui a prêté ; M. Sédillot m'écrit pour me dire que c'est à tort que M. Guérin le cite comme ayant changé d'opinion ; il ajoute que son opinion est que M. Guérin n'a rien inventé du tout. M. Guérin a donc invoqué l'opinion de gens dont le témoignage se retourne contre lui. Il a cité aussi certains articles de mon journal, les *Annales de la Chirurgie française et étrangère*, comme si je pouvais être responsable de tout ce qui a été publié dans ce recueil; est-ce que M. Guérin accepte la responsabilité de tout ce qui se publie dans la *Gazette médicale*?

Comme j'avais soutenu que la méthode sous-cutanée avait été employée par bien des auteurs avant 1839 , M. Guérin est venu dire : Comment se fait-il qu'il ne soit pas question de cette méthode dans l'ouvrage de M. Velpeau? Cet argument m'a paru étrange. J'ai consacré à peu près une centaine de pages, de la page 498 à la page 592, à décrire les procédés de la ténotomie et de la myotomie sous-cutanée. Dans ce long article, j'examine les meilleurs procédés, les applications de la méthode, et je décris les opérations proposées ou appliquées jusque-là; j'expose en détail la ténotomie du pied, du jarret, de la main, du cou, la ténotomie à peu près dans toutes les régions. Je me suis demandé comment M. Guérin avait pu croire que je n'avais rien dit des opérations sous-cutanées. C'est qu'il a été voir au chapitre des incisions si je parlais des incisions sous-cutanées ; et comme, en effet, je n'ai pas jugé nécessaire de leur consacrer un chapitre à part, il a pensé qu'il n'en était fait aucune mention dans mon livre.

M. Guérin, arrivant à l'opération en elle-même, a voulu caractériser la sienne et montrer qu'elle se différenciait par des caractères particuliers. Vous remettez en contact, a-t-il dit, les deux bouts du tendon divisé, vous voulez obtenir une inflammation adhésive, ce fait capital caractérise la doctrine de Hunter, la ténotomie que M. Guérin appelle huntérienne. Ceci est une erreur; personne n'a donné le conseil de remettre au contact les deux bouts du tendon divisé; cela n'est pas possible d'abord et n'a pu entrer dans l'esprit de personne. En effet, si le tendon se ressoudait dans cette position, on n'aurait pas remédié à la difformité pour laquelle l'opération aurait été faite, ou tout au plus aurait-on gagné un allongement de quelques millimètres. Le contraire a été dit dans la thèse de M. Held (de Strasbourg); on peut le lire tout au long dans le travail de M. Bouvier; je l'ai dit moi-même. Après avoir énuméré trois conditions qu'il convient d'observer, j'ai soin de dire qu'il y en a une quatrième qui consiste à maintenir les bouts écartés. Je vais expliquer la cause de cette divergence entre nous et M. Guérin. Il a été induit en erreur par une confusion de mots; il a compris, par réunion immédiate, la réunion des deux parties du tendon mises bout à bout, tandis que la réunion immédiate doit s'entendre de la cicatrisation immédiate des tissus vivants divisés et qui se réunissent par première intention, qu'ils soient rapprochés ou éloignés.

Pendant des siècles, on n'avait pas osé toucher aux tendons , parce qu'on craignait qu'ils ne fussent incapables de se reproduire. J'ai rassemblé un certain nombre de faits, et j'ai montré un des premiers que les tendons divisés pouvaient se reconstituer. Personne n'a dit qu'après la ténotomie il fallait écarter les deux bouts du tendon. M. Guérin s'est donc trompé ici encore une fois, et c'est par le fait d'une méprise, et non par manque de bonne foi, qu'il s'est écrié : « Mes adversaires sont d'accord avec moi qu'après la section du tendon, il faut maintenir les deux bouts écartés. » J'en demande bien pardon à M. Guérin, mais c'est lui qui est venu à notre opinion et non pas nous qui nous sommes rangés à la sienne.

Dans la méthode sous-cutanée, il y a un point relatif aux incisions que M. Guérin a longuement traité; il ne faut pas que la plaie extérieure et la plaie intérieure soient parallèles. Eh bien , et j'ai déjà essayé de le démontrer à M. Guérin, ceci a été dit par une foule de personnes et pour une foule de cas; M. Bouvier vous a dit que cela avait été fait pour les tendons; j'avais dit qu'on l'avait proposé pour l'empyème. M. Guérin répond à ceci que j'ai contesté moi-même les avantages de cette manière d'opérer. Mais, parce que je rejette un fait, est-ce que ce fait a pour cela cessé d'exister? Le principe était formulé ; on avait dit, conseillé de détruire le parallélisme des plaies; M. Guérin a pensé que c'était répondre que de dire que ce fait n'avait pas d'importance, puisque je le rejetais. Ainsi , dans cet article même, il a trouvé que j'avais recommandé de faire l'incision la plus directe et la plus perpendiculaire pour l'extraction des corps étrangers articulaires, et il l'a imprimé en italique. J'aurais dit cela, je ne m'en défendrais pas, mais je ne l'ai pas dit. M. Guérin a vu cela par induction plutôt qu'il ne l'a lu avec les yeux, et ceci prouve qu'il n'y a pas de mal à voir après lui quand il cite quelque chose. J'ai dit qu'il fallait faire l'incision la plus nette et la plus prompte, ce qui ne se ressemble guère.

On a dit à M. Guérin : « Mais les malades que vous croyez avoir guéris ne sont pas guéris. » J'aurais compris qu'il fût venu nous démontrer le contraire. Pas le moins du monde; il donne d'autres malades, des malades d'un autre ordre, à une commission chargée d'examiner les résultats de sa pratique, et il nous oppose l'opinion de cette commission. Quel rapport y a-t-il entre l'objection et la réponse?

Le pli de la peau a joué un grand rôle dans cette discussion; j'avais établi ce pli comme ligne de démarcation entre la méthode de M. Guérin et l'ancienne. Mais M. Malgaigne, moins débonnaire que moi, a voulu me donner ce pli. M. Guérin est venu nous dire : Il y a pli et pli; il y en a de plusieurs sortes; M. Velpeau lui-même en a un, mais ce pli a pour but de faciliter l'action du ténotome et d'éloigner le tendon. Que se propose M. Guérin en faisant ce pli? A peu près le même résultat. Que le pli soit fait avant ou après la piqûre, la chose importe peu (c'est ce que M. Velpeau essaye de prouver par une démonstration expérimentale sur le cadavre). Le fameux pli de M. Guérin, celui-là même qu'il revendique, je l'avais indiqué bien avant 1839, en 1836, à propos de la section des tendons et des muscles. Ce pli est à moi, je peux le réclamer de bonne guerre à M. Guérin, mais je dirais volontiers avec M. Malgaigne : Je n'en suis pas plus fier. D'ailleurs n'arrive-t-on pas à la même fin en attirant la peau du côté? C'est toujours une plaie sous-cutanée; le parallélisme est toujours détruit entre l'ouverture extérieure et la plaie intérieure. Ce pli n'existera plus entre nous; si M. Guérin le veut, je le lui donne, mais cela ne veut pas dire qu'il n'a pas été décrit avant lui.

Il est cinq heures; la séance est levée. M. Velpeau achèvera son argumentation dans la prochaine séance.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur,

Livrez-moi, je vous prie, l'une de vos colonnes pour répondre à M. F. Durand, et pour lui dire avant tout que je n'ai point de préventions systématiques contre la résidence de Nice : je suis donc tout prêt à reconnaître l'agréable et salutaire distribution des nombreuses villas qui couvrent l'espace compris entre la cité proprement dite et les escarpements des collines environnantes. Ces délicieuses retraites sont malheureusement pour la plupart d'un accès difficile et fatigant, car on n'y arrive que par des chemins abruptes, étroits, bordés de murailles qui interceptent les rayons du soleil. Comme elles sont garanties contre les rafales du nord et de l'est, et généralement orientées vers le midi, ces habitations peuvent convenir aux hypocondriaques, aux organisations délicates, ainsi qu'aux poitrines en souffrance. Mais pour s'y établir, il faut un cuisinier et de la fortune; cette dernière condition en éloigne beaucoup de malades qui ne sont point en mesure de subvenir aux frais de cette dispendieuse thérapeutique.

Ce qui prouve, me dit-on, que Nice est une des stations les plus estimées de l'Italie, c'est l'affluence des étrangers, et notamment des Anglais, qui peuplent cette ville pendant l'hiver.

Comment, parce que la fantaisie pousse les Anglais vers une contrée quelconque, il suffirait de s'engager dans leur sillage pour être certain de trouver un gîte propice à la guérison de la phthisie? Mais cette race cosmopolite se rencontre sur tous les points du globe où il y a des vivres et du soleil : elle voyage surtout pour fuir sa brumeuse patrie.

Quant à la cohue des Anglais qui résident en Italie, elle se compose principalement d'individus atteints du spleen ou porteurs de tubercules: les premiers, en adoptant Nice, ont raison, et ils se trouvent bien de leur choix; quant aux tuberculeux, voulez-vous savoir ce qu'ils deviennent? Allez au cimetière.

M. Durand fait remarquer, non sans raison, que l'atmosphère maritime se comporte à Nice de la même manière que dans toute autre localité du littoral méditerranéen. C'est là une question que je réserve; j'y serai ramené prochainement.

J'ai lu toutes les brochures écrites en faveur de telle ou telle localité recommandée à la confiance des poitrinaires. C'est toujours la même littérature emphatique, les mêmes promesses mensongères. Je suis las de ces conques sonores qui ne font tant de bruit que pour attirer les chalands.

Il y a de Venise à Hyères un certain nombre de villes distribuées pour ainsi dire par étapes, sur le littoral de la Méditerranée: le mérite de chacune de ces stations a été parfaitement déterminé par M. Carrière. Son livre, œuvre incomparable sous le rapport de la précision des détails, semble fait pour nous délivrer enfin de toute incertitude dans le choix d'un cantonnement favorable aux phthisiques. Pour M. Carrière, comme pour les médecins doués de sens commun, la différence d'une localité à une autre localité voisine ne se réduit pas à une pure rivalité de thermomètres.

Il y a, en effet, pour les tuberculeux quelque chose de plus redoutable que la prédominance constante du froid ou de la chaleur, ce sont les brusques variations dans les qualités de l'atmosphère. Or, le bassin de Nice est surtout remarquable en ce que les vents de terre et de mer s'y exercent périodiquement avec leurs qualités variables de sécheresse ou d'humidité, d'âpreté ou de tiédeur. Pendant le jour le soleil est brûlant; dès quatre heures du soir, les vents qui débouchent des vallées apportent avec eux un froid vif, pénétrant et souvent humide. Ces alternatives de température et d'hygrométrie n'affectent point une régularité ponctuelle dans leur apparition, car quelquefois elles font invasion en plein midi. Aussi les indigènes, instruits par l'expérience, ne sortent-ils jamais de leur demeure sans s'être pourvus d'un manteau. Les étrangers, au contraire, séduits par l'éclat du soleil, confiants dans la douce influence d'un ciel méridional, négligent naturellement cette précaution et s'exposent ainsi à des réfrigérations meurtrières. Les malades, en se réfugiant dans leurs appartements, ne s'y trouvent pas pour cela protégés contre ces bises glaciales, parce qu'à Nice les maisons sont faites pour l'été et non pour l'hiver.

Que les vents soufflent avec modération ou avec impétuosité, il s'élève des rues macadamisées des tourbillons de poussière qui offensent les yeux et irritent les bronches des promeneurs. Cela peut-il s'appeler une délectation?

L'estomac débile et capricieux des poitrinaires exige une nourriture délicate et variée. Pour vivre dans les hôtelleries de Nice, il faut être deux, l'un pour manger, l'autre pour digérer. Est-ce là une des distractions promises par M. Durand?

En résumé, autant vaudrait-il pour les phthisiques passer l'hiver à Paris ou à Londres, que d'aller s'établir pour cette saison dans la *ville* de Nice.

Pendant longtemps l'empirisme présida seul au traitement de la tuberculisation pulmonaire, par voie d'émigrations vers les pays chauds : il a dû se tromper souvent d'itinéraire. Des études précieuses de géographie médicale nous rendent possible aujourd'hui une détermination plus rationnelle des localités qui conviennent aux phthisiques suivant leur âge, leur constitution et les diverses phases de leur maladie. Les stations méridionales doivent donc être classées désormais d'après ces principes : Nice trouvera sa place dans cette nomenclature ; mais en attendant que cette place lui soit assignée, je considère comme un devoir de lutter pour barrer le chemin à la routine, et détourner en même temps le cours d'espérances chimériques.

Agréez, etc. Dr CHAMPOUILLON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 3 avril 1857, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur les officiers de santé anglais dont les noms suivent :

Chevaliers. — Chirurgien-major de 1re classe le docteur Arthur Anderson, M. D.; id. de 2e classe le docteur John Ramsay Brush, M. D.; aide-major Jean Wyatt, 2e régiment des gardes (Colds tream guards); chirurgien-major Jean Ashton Bostock, M. D., 3e régiment des gardes (Scots fusileer guards); id. Richard François Valpy de Lisle, 4e régiment; id. Auguste Purefoy Lockwood, ex du 7e régiment; id. Thomas Longmore, 19e régiment; id. David Reid Mackinnon, 21e régiment; id. Benjamin Guillaume Marlow, M. D., 28e régiment; id. Guillaume Mure Muir, M. D., 33e régiment; id. Jean Fraser, M. D., brigade des chasseurs à pied; id. Jean Burton Saint-Croix Crosse, 11e hussards; vétérinaire Jean Guillaume Gloag, ex-vétérinaire du 11e hussards.

— Par le même décret ont été nommés dans le même ordre les médecins de la marine royale britannique dont les noms suivent :

Officier: David Deas, médecin en chef de la flotte britannique.

Chevaliers : Jacques Carmichael, M. D.; Richard Denton Mason, M. D.

— M. le docteur Combal, professeur agrégé, vient d'être nommé médecin en chef de l'hôpital général de Montpellier, en remplacement de M. Broussonnet, décédé.

— M. le chanoine Clavel, officier de santé de la Faculté de Paris, ancien curé de Villemanoche (Yonne), est mort, à l'âge de 50 ans, le 18 avril dernier.

M. Clavel avait publié plusieurs ouvrages ayant trait à la médecine, et entre autres un *Traité pratique et expérimental de botanique*, 2 vol.; le *Médecin du corps et de l'âme*, 2 vol.; l'*Almanach-manuel de la santé*; le *Petit diurnal de la santé*, ou *Vade mecum pour combattre les maladies chroniques occasionnées par l'âcreté du sang.*

En 1846, il avait essayé de constituer l'institut des Oratoriens. Cette Société avait pour objet : 1° de publier des livres et brochures; 2° de propager les doctrines du droit canon; 3° de créer des établissements d'instruction publique, soumis sous le rapport temporel aux lois de l'État, et sous le rapport religieux aux règles de l'ancienne discipline de l'Eglise; 4° de fonder une maison de retraite pour des ecclésiastiques dévoués aux sciences.

Le capital de cette Société était de 4,520,000 fr. Comme on le suppose bien, elle s'est bornée à la publication de son prospectus.

— M. Chassaignac, agrégé libre à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, commencera son cours complet de médecine opératoire le jeudi 7 mai 1857, à quatre heures de l'après-midi (amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique), et le continuera les mardis, jeudis et samedis.

Les conférences cliniques de l'hôpital Lariboisière seront continuées durant tout le semestre d'été. — Visite des malades à huit heures, opérations principales tous les lundis, à neuf heures.

— M. le docteur L. Sandras commencera la deuxième partie de son cours public aujourd'hui jeudi 23 avril, à deux heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

— M. Le Roy-d'Etiolles commencera ses conférences publiques sur l'*uropathie*, et particulièrement sur la *lithotritie* le jeudi 30 avril, à sept heures et demie du soir, au Cercle des sociétés savantes, quai Malaquais, 3, et il le continuera les jeudis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Guide pour l'analyse chimique, à l'usage des médecins, des pharmaciens et des étudiants en chimie et minéralogie; par le docteur Henry WILL, professeur de chimie expérimentale à l'Université de Giessen. Traduit d'après la troisième édition allemande, par Jean RISLER, pharmacien de première classe, à Mulhouse. Un vol. in-8°. Prix, 3 fr. 50 c. rendu franc de port dans toute la France et l'Algérie. — A Paris, chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Cours d'hygiène, fait à la Faculté de médecine de Paris, par L. FLEURY, La neuvième livraison vient de paraître; elle traite de l'Hérédité, des Races humaines, de la Population, des Sens, de la Digestion et de la Respiration. — Prix, 2 fr. Chez Labé.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nouveau procédé de mensuration de la poitrine appliqué au pronostic et au traitement de la pleurésie (cyrtométrie).

Nous avons fait connaître récemment (*voir* le nº du 26 mars dernier) l'ingénieux procédé de mensuration de la poitrine imaginé par M. Woillez. L'une des plus heureuses applications de ce moyen de mensuration, qui non seulement donne à la fois l'étendue du périmètre des deux côtés de la poitrine et tous ses diamètres, mais qui permet encore de reproduire sur le papier la courbe horizontale circulaire du thorax, est sans contredit celle qui a été faite à l'étude de la marche de la pleurésie, de son pronostic et des indications ainsi que des résultats du traitement. Nous ne reviendrons pas sur la description du *cyrtomètre* — c'est ainsi que M. Woillez désigne cet instrument — et sur son mode d'application, qui ont déjà été exposés dans le numéro précité. Mais nous pensons que nos lecteurs nous sauront gré de leur faire connaître les résultats des nombreuses recherches que notre confrère a faites depuis plusieurs années dans les divers services des hôpitaux de Paris dont il a été chargé (1).

Dans 19 cas où M. Woillez a employé son cyrtomètre, cet instrument a toujours indiqué la marche croissante ou décroissante de la pleurésie. L'ampliation a été constatée 17 fois et la rétrocession 25 fois. Sur ces 42 changements de la capacité thoracique, en plus ou en moins, survenus dans le cours de la pleurésie, 34 fois ces changements, sensibles par les tracés cyrtométriques, se sont accompagnés de modifications de la courbe thoracique dans le sens des trois diamètres vertébro-antérieurs, et 8 fois seulement dans le sens du diamètre transverse et de l'un des diamètres obliques.

Chaque mode d'ampliation s'est rencontré aussi bien dans les pleurésies droites que dans les pleurésies gauches, si ce n'est pourtant les modifications dans le sens des diamètres vertébro-mammaires, le droit étant modifié dans les pleurésies droites et le gauche principalement dans les cas de pleurésie gauche.

L'ampliation thoracique due à l'épanchement est d'abord générale, et ensuite elle porte plus sur le côté où siége la pleurésie que sur l'autre côté. L'inverse a lieu pour la rétrocession.

M. Woillez ne s'est pas borné à cette simple constatation des changements survenus dans la capacité thoracique dans le cours de la pleurésie. Il a cherché à rapprocher des résultats de la mensuration les particularités relatives à la maladie, et notamment les autres signes physiques, dans les différentes périodes de l'épanchement pleurétique.

Le premier fait qu'il a établi, c'est la connexion des progrès croissants de l'épanchement et de l'ampliation de la poitrine. L'analyse de ce fait l'a conduit à reconnaître que l'ampliation annonce le progrès de l'épanchement pleurétique mieux que tout autre signe, et notamment que la percussion.

En effet, dans aucun des 17 cas d'ampliation rappelés plus haut, la percussion n'a indiqué le progrès ascensionnel de l'épanchement avant que l'ampliation de la poitrine constatée par la mensuration l'ait annoncé. Huit fois la percussion a indiqué en même temps que l'ampliation les progrès de l'épanchement par l'ascension du niveau supérieur de la matité. Quatre fois, loin d'annoncer une ascension du niveau supérieur de la matité ou du liquide, elle en a indiqué l'abaissement, malgré le progrès évident de l'épanchement. Cinq fois, enfin, la percussion n'a fourni que des signes stationnaires pendant ce progrès, qui était annoncé par l'ampliation.

Ces résultats démontrent, comme on le voit, que dans la moitié des cas environ la percussion aurait été insuffisante pour faire suivre exactement le progrès croissant de l'épanchement.

Quant à l'auscultation, les conclusions auxquelles est arrivé M. Woillez sont à peu près les mêmes. Cependant ses indications ont été, suivant lui, moins précises encore que celles de la percussion.

D'abord l'auscultation a fourni des signes en rapport avec ceux de la percussion lorsque la matité, s'élevant en hauteur, annonçait le progrès de l'épanchement ; la respiration s'entendait alors ordinairement dans une étendue plus limitée. Mais, d'un autre côté, cette étendue était, au contraire, augmentée, malgré les progrès de l'épanchement, lorsque le niveau du liquide s'abaissait. L'étendue du bruit respiratoire était donc un signe parfois infidèle. Il en a été de même de l'égophonie.

L'incertitude à l'égard de ces signes s'est montrée complète dans quatre cas, dans lesquels ils restèrent absolument stationnaires pendant tout le temps que dura l'ampliation progressive de la poitrine.

Quant aux symptômes fonctionnels locaux ou généraux, ils n'ont donné, comparativement, sous le rapport de l'indication de la marche de la maladie, que peu de résultats certains. La douleur thoracique, par exemple, n'a augmenté avec l'épanchement que dans des cas exceptionnels. Il en a été de même de la toux et de la dyspnée.

Relativement à l'état stationnaire de l'épanchement, la mensuration a également fourni des données utiles. Elle a démontré que l'ampliation, après avoir été stationnaire un ou plusieurs jours, surtout lorsqu'elle a été prolongée, a repris ensuite sa marche croissante et s'est faite en quelque sorte par saccades. L'ampliation faite, la période décroissante a succédé le plus souvent rapidement, du jour au lendemain, à la période croissante. Mais dans certains cas, cette période croissante, démontrée par l'ampliation, s'est arrêtée pour constituer une période d'état ; ce que la mensuration a fait aisément reconnaître.

La rétrocession de l'épanchement, que M. Woillez a observée 25 fois, s'effectue en sens inverse de l'ampliation et par un mode semblable, c'est-à-dire au niveau des mêmes diamètres. Elle a toujours annoncé la décroissance de l'épanchement, soit en même temps que tout autre signe, soit avant ; mais aucun signe ne l'a annoncé avant elle. Sa valeur séméiologique serait donc égale à celle de l'ampliation.

L'inspection de la poitrine, par exemple, a permis de constater des signes visibles de rétrécissement de la poitrine chez six sujets, dans le cours de la rétrocession indiquée par le cyrtomètre ; mais ce rétrécissement visible n'a pu l'être que cinq, six, dix jours, et, dans trois cas, vingt jours seulement après le début de la rétrocession constaté par l'instrument mensurateur.

Chez aucun sujet, l'abaissement du niveau du liquide n'a annoncé la décroissance de l'épanchement avant que la rétrocession par la mensuration ait été reconnue. Six fois seulement, sur seize rétrocessions qui ont pu être constatées à leur début, la percussion et la rétrocession ont annoncé en même temps cette décroissance ; sept fois la rétrocession a révélé cette décroissance de un à dix jours au moins (quatre jours en moyenne) avant la percussion. Enfin, dans tout le cours de la rétrocession, la percussion n'a fourni quatre fois que des signes stationnaires.

Les résultats de l'auscultation ont été analogues :

Dans aucun cas les signes stéthoscopiques n'ont indiqué la diminution de l'épanchement avant la rétrocession ; 6 fois sur 12 cas de rétrocession avec détails suffisants sur les signes d'auscultation, il est survenu en même temps des changements dans ces signes. Une fois, la respiration a été entendue manifestement dans une bien plus grande étendue du côté affecté. Dans deux autres cas, le souffle, après avoir été constaté aux deux temps de la respiration pendant l'ampliation, ne l'a été que dans l'expiration dès le début de la rétrocession, puis il a disparu entièrement bientôt après. Deux fois l'égophonie et le souffle sont devenus moindres en étendue et en intensité ; et enfin, dans un dernier cas, un bruit de frottement manifeste a coïncidé avec le début de la rétrocession

(1) Les résultats de ces recherches, communiqués par leur auteur à la Société médicale d'émulation, viennent d'être publiés dans une brochure intitulée *Recherches cliniques sur l'emploi d'un nouveau procédé de mensuration dans la pleurésie.*

DU TABAC,

DE SES PERNICIEUX EFFETS SUR L'HOMME, ET DE SA DÉSASTREUSE INFLUENCE SUR L'AVENIR DES SOCIÉTÉS ! ! !

« Si vous n'aimez pas le mariage, dit je ne sais plus quel personnage » d'une comédie moderne, ce n'est pas une raison pour chercher à en » dégoûter les autres. » Nous serions presque tenté d'appliquer, avec une légère variante, cette phrase à M. Fiévée. Il n'aime pas le tabac, ne prise, ne fume, ni ne chique ; et dès lors cette pauvre nicotiane, qui n'en peut mais, devient, de par lui, responsable de plus de calamités que n'en contenait la boîte de Pandore.

Mais ce n'est pas assez pour lui d'avoir une pareille conviction. Cette pensée, il la retourne cent fois dans son cerveau ; elle le tourmente, l'obsède, trouble son sommeil ; il faut qu'il la fasse partager à ses amis, à ses clients, au monde entier ; elle prend un corps, se matérialise, et voilà l'origine du petit livre, élégamment abrité sous une charmante couverture bleue, qui se pavane orgueilleusement aujourd'hui sur notre bureau, nous tire l'œil et cherche à nous convertir.

Malheureusement il aura beaucoup à faire pour arriver à ses fins. Sur ce point comme sur beaucoup d'autres, nous faisons profession d'une grande tolérance ; nous pardonnons beaucoup aux autres, peut-être pour qu'on nous pardonne un peu à nous-même ; nous n'usons ni du tabac en *rôles* ou en *cordes*, ni du tabac en poudre, et cependant nous ne voulons pas la mort des pécheurs qui trouvent une distraction ou un plaisir dans son emploi sous ces deux formes. Nous sera-t-il permis, à notre tour, d'espérer un peu d'indulgence pour ceux qui, sans nuire à leur prochain, cherchent à augmenter la somme des jouissances physiques permises à l'homme par le Créateur, en réduisant en une fumée légère l'une des plus belles plantes du nouveau monde.

Les griefs qu'articule M. Fiévée dans son réquisitoire sont nombreux ; sont-ils fondés ? Nous en ferons juges nos lecteurs. Et d'abord, s'écrie-t-il, le tabac est un poison ! Et comme preuve, de citer la fameuse anecdote de Santeuil, mort victime de l'*espièglerie* d'un grand seigneur, qui trouva plaisant de vider sa tabatière dans une tasse de café noir servie au poëte. Nous en convenons bien volontiers, le tabac est un poison, mais pris à l'intérieur. Or, nous ne sachions pas que jamais les partisans de cette plante aient conseillé de la servir dans les repas en guise de légumes, ou en aient recommandé l'infusion comme celles du thé ou du café. Nous n'avons pas ouï dire que jamais, même dans l'obscurité la plus profonde, un priseur ait, par mégarde, mis sur sa langue la pincée de poudre destinée à son nez, ou qu'un fumeur distrait ou affamé ait avalé son cigare et en soit mort. Laissons donc de côté cette objection puérile, et passons à l'examen des effets produits sur l'homme par le tabac employé sous les formes auxquelles on le réduit pour le livrer à la consommation.

Le tabac en poudre a les honneurs de la première escarmouche. « Tout d'abord, avoue M. Fiévée, il stimule la vie mentale, semble » aviver l'intelligence et réveiller la mémoire. Son action sur la pitui» taire est dérivative et paraît salutaire ; mais bientôt l'habitude amène » la négation d'action ; il en fallait peu d'abord ; on est insensiblement » porté à en augmenter la dose, et bientôt il n'a plus d'action men» tale : il n'éveille plus ; l'action narcotique est la seule qui ait subsisté ; » de là congestion insensible, hyperémie constante de l'organe céré» bral, et telle est la cause des défaillances, du sommeil léthargique, » des apoplexies que l'on trouve si fréquemment chez les vieillards. » — Jusqu'ici nous avions pu croire, et beaucoup d'autres avec nous, que l'usure de l'organisme suffisait pour rendre compte des malaises et des maladies chez les vieillards ; que leurs apoplexies étaient déterminées par l'état crétacé des artères cérébrales, etc. Il paraît que nous nous étions trompé ; et nous sommes heureux que, sur ce point, M. Fiévée ait rectifié les erreurs généralement admises. Mais ce n'est pas tout que d'affirmer, il faut prouver, et M. Fiévée a oublié de nous dire comment on pourrait démontrer que l'action narcotique du tabac fût la seule qui persistât au bout d'un certain temps ; il aurait dû nous expliquer comment il se fait que les phénomènes sur lesquels il s'étend avec tant de complaisance se manifestent également chez les vieillards qui ne font aucun usage du tabac.

Mais nous ne pouvons nous empêcher de regretter, à l'occasion d'une des notes du livre que nous avons sous les yeux, que M. Fiévée nous ait représenté Napoléon comme devenu *aliéné* par suite de l'usage du tabac en poudre, et qu'il ait répété, d'après les *qna* du temps, cette fable ridicule inventée par Walter Scott, que les poches des gilets de l'Empereur étaient converties en tabatières !

Nous arrivons au tabac fumé, à la pipe et au cigare ; c'est ici que l'auteur se livre véritablement à toute sa verve, et qu'il flagelle de ses lanières les plus acérées, les excès honteux auxquels se livrent les fumeurs, la tyrannie qu'exerce sur eux la passion du tabac, qu'il signale la cachexie toxique à laquelle les conduit un vice aussi abrutissant que l'ivrognerie ! ! Avant d'aller plus loin, transcrivons, pour l'édification de nos lecteurs, le portrait que notre confrère trace des fumeurs.

« Le fumeur de pipe a le teint plombé, et manifeste une *hébétude* » *caractéristique*... ; il porte de l'action de la pipe des traces indélébi» les, visage pâle, habitude somnolente, bouche épaisse et glaireuse, » parole moins libre, yeux accusant un trouble cérébral et devenus » atones par suite d'un enivrement sans cesse renouvelé. » — Pour le fumeur de cigares, c'est bien pis encore : « Dans les intervalles de » trêve à sa passion, il a l'attitude du hachichine, du tériaki, ou celle » du sourd, s'efforçant de saisir quelques mots au passage ; ordinaire» ment silencieux, la parole qu'on lui adresse semble le surprendre pé» niblement, lui donner une commotion en quelque sorte ; il ouvre les

thoracique. A une époque plus avancée de la rétrocession, M. Woillez a constaté 7 fois le bruit de frottement.

La rétrocession, dans 3 autres cas, avait indiqué la décroissance de l'épanchement depuis deux à huit jours, lorsque l'auscultation de son côté a démontré cette décroissance.

Enfin, dans 3 cas encore, les signes de l'auscultation ont été muets ou stationnaires dans le cours de la rétrocession.

De ces différents signes physiques, le plus important est sans contredit le bruit de frottement, mais il ne s'est remarqué, sauf une fois seulement, qu'à une époque avancée de la rétrocession thoracique.

En définitive, aucun des signes fournis par l'auscultation n'a paru à M. Woillez avoir, comme signe de la décroissance du liquide, la valeur de la rétrocession, qui seule a été observée dès le début de la résorption du liquide.

En dehors des signes physiques, il a cependant existé d'autres signes de résorption qui méritent de fixer l'attention. Chez un certain nombre de sujets, par exemple, sans aucun changement dans les signes locaux, le malade éprouvait un sentiment d'amélioration générale qu'il accusait spontanément, et dont seul il avait conscience. Cette amélioration générale coïncidait avec le début de la rétrocession constatée avec le cyrtomètre.

D'un autre côté, l'examen des sécrétions a fourni des particularités intéressantes. Pendant l'ampliation de la poitrine, M. Woillez n'a pas noté l'existence de sueurs abondantes, si ce n'est chez un phthisique. Pendant la rétrocession, au contraire, quatre malades ont eu des sueurs plus ou moins copieuses, une fois, dès le début, de la rétrocession annoncée par la mensuration, et chez les autres sujets, après quelques jours. De plus, un malade, soumis aux diurétiques a eu des urines manifestement plus abondantes pendant la rétrocession. Enfin, un autre sujet, atteint de phthisie pulmonaire et d'épanchement pleurétique assez considérable, a eu des selles non provoquées, d'une abondance extrême, et, du jour au lendemain, une résorption considérable de l'épanchement, sensible à tous les moyens d'exploration, a suivi ces évacuations véritablement critiques. Mais ces différents signes de la résolution de l'épanchement sont loin d'être constants comme la rétrocession latente de la poitrine. Celle-ci, constatée par le cyrtomètre a, de plus, l'avantage, sur lequel M. Woillez insiste surtout, de se montrer toujours dès le début de la résorption du liquide épanché dans la plèvre.

La mensuration aurait encore, d'après notre confrère, une supériorité manifeste sur la percussion et l'auscultation comme signe pronostique. Dans un grand nombre de cas en effet, elle a pu lui faire constater la résorption de l'épanchement à son début. C'est surtout lorsque l'épanchement occupe la cavité thoracique tout entière, ou la plus grande partie d'un côté de la poitrine, et qu'il y a déplacement des organes limitrophes, que la rétrocession s'est montrée un signe précieux, en faisant présager une issue favorable, alors que le médecin aurait pu croire encore à une extrême gravité de la pleurésie.

Lorsque la mensuration annonce un accroissement progressif au delà des limites de la marche croissante naturelle de la maladie, on en doit déduire un pronostic défavorable. Mais quelle est cette limite naturelle de l'accroissement de l'épanchement? Où s'arrête le progrès naturel, où commence le progrès insolite? C'est ce que la mensuration par le cyrtomètre est à même de résoudre mieux que tout autre moyen. M. Woillez a constaté, à l'aide de cet instrument, que la période croissante habituelle de l'épanchement dure au moins de huit à dix jours dans les cas simples et les plus favorables, et de vingt-cinq à trente jours quelquefois dans les cas de pleurésie compliquée d'une autre maladie. Il a été conduit, d'après cela, à formuler la proposition suivante :

« L'ampliation thoracique doit faire porter un pronostic défavorable si, après l'emploi d'un traitement médical approprié, elle se prolonge au delà du quinzième jour dans le cas de pleurésie simple, et au delà de vingt-cinq à trente jours lorsque la pleurésie coïncide avec une autre maladie. »

Enfin, les résultats de la mensuration cyrtométrique dans la pleurésie jettent un jour nouveau sur les effets du traitement médical employé dans cette maladie. M. Woillez a étudié cette partie importante de la question principalement au point de vue des indications et des effets de la thoracentèse. Ce point est trop important pour nous borner ici à une simple indication sommaire des résultats obtenus. Nous en ferons l'objet d'un article spécial dans l'une des prochaines *Revues*.

Mort causée par l'amylène.

Il y a quelques mois à peine que l'amylène a paru sur la scène thérapeutique, et nos lecteurs savent avec quel soin nous avons enregistré toutes les communications et toutes les expériences dont ce nouvel agent a été l'objet. Aujourd'hui nous avons le regret d'annoncer le premier cas de mort observé sous l'influence de cet anesthésique. Par une singulière coïncidence, c'est entre les mains du promoteur même de l'amylène que l'accident fatal s'est produit. Mais laissons parler M. le docteur Snow.

« M. Fergusson me pria, le 7 de ce mois, de l'assister dans une opération de fistule à l'anus qu'il devait pratiquer sur un homme âgé de trente-trois ans, d'une bonne santé ordinaire, et qui ne se plaignait que de la douleur locale de sa fistule.

» La veille de l'opération, l'auscultation avait accusé les bruits du cœur dans leur état normal. Le pouls était naturel et seulement un peu accéléré au moment de l'inhalation; mais cette vivacité était semblable à celle qu'on observe avant une opération. Le malade couché sur le côté, je versai dans l'appareil 6 drachmes d'amylène (je n'use jamais, et avec intention, tout le liquide que j'ai versé; car je ne veux qu'entretenir l'humidité du papier), et le malade commença de larges et franches inspirations. J'avançai alors graduellement l'opercule, qui peut fermer l'ouverture buccale du masque que j'emploie pour l'inhalation, de manière que les trois quarts de cette ouverture fussent recouverts.

» Au bout de deux minutes, le malade n'avait plus conscience de ce qui se passait autour de lui; ses inspirations présentèrent alors un peu plus de vivacité. M. Fergusson tâta le pouls du malade : il était bon. Je tirai ma montre. Il y avait deux minutes et demie environ que l'inhalation était commencée, et l'opérateur sonda le trajet fistuleux : le malade était insensible; il prit son bistouri et l'opération commença.

» Je tenais une jambe du malade, ses membres étaient roides. J'avais les yeux fixés sur lui autant que me le permettait l'aide que je prêtais à l'opération. La pièce qui fermait l'ouverture buccale la recouvrait entièrement. Je n'y fis pas grande attention; je fermais souvent complétement cet opercule. Mais que se passa-t-il en ce moment? Le malade fit-il une inspiration plus large? Je n'en sais rien. Je suspendis l'inhalation, car la simple incision dont s'était composée l'opération était terminée. Par pure curiosité scientifique ou par habitude, je pris le pouls du malade. Une demi-minute auparavant il était bon, et cependant à gauche je ne trouvai plus de pulsations; à droite, on ne percevait qu'une légère ondulation. Du reste, la respiration était paisible, et le malade, comme revenant à lui-même, faisait déjà des mouvements qui semblaient indiquer son réveil. J'interrogeais avec anxiété la figure du malade, espérant que la respiration suffirait au rétablissement du pouls. Deux ou trois minutes se passèrent ainsi; l'insensibilité augmentait; le bord des paupières, légèrement titillé, ne provoquait aucun clignotement; la respiration se ralentissait et s'embarrassait. Nous lui jetâmes de l'eau froide sur la figure sans le moindre succès. Le malade était livide, sa respiration anxieuse; les mouvements respiratoires devinrent de moins en moins fréquents; les inspirations étaient rares et profondes. Nous pensâmes devoir recourir à la méthode de respiration artificielle du docteur Marshall-Hall.

» Après l'avoir placé dans une position un peu élevée, on lui ouvrit la bouche, et on exerça des pressions alternatives sur son thorax. Pendant ce temps, on entendait distinctement l'air passer dans le larynx. L'insufflation de bouche à bouche ne nous servit pas plus heureusement. J'entendis alors un faible battement du cœur, M. Fergusson sentit au même moment une légère pulsation à droite. Nous continuâmes la respiration artificielle, mais le malade n'offrit plus aucun signe de vie. La respiration continuait après la disparition des bruits du cœur. A cinq heures moins dix minutes, le pouls cessa d'être perçu, et à cinq heures le malade respirait encore. Il n'avait pris aucun aliment depuis quelques heures; il avait seulement bu une pinte d'ale un peu avant l'opération. Une grande quantité d'amylène restait encore dans l'appareil après être resté une heure et demie à l'air libre.

» *Autopsie 48 heures après la mort.* — Corps rigide. Les téguments étaient soulevés par une grande quantité de graisse. Les cartilages des côtes étaient ossifiés. Les poumons étaient gonflés et ne s'affaissèrent point; ils remplissaient complétement la cavité thoracique, et semblaient emphysémateux, quoique leur surface ne présentât aucune large cellule. La surface postérieure du poumon gauche était un peu congestionné; le reste n'était pas très-vasculaire. Le péricarde renfermait un peu de liquide clair. Le cœur, un peu plus volumineux que d'habitude, offrait une grande quantité de graisse à la surface. On l'enleva en coupant les gros vaisseaux, 3 ou 4 onces de sang noirâtre s'en écoulèrent. Un peu de dilatation du ventricule droit; les parois du ventricule gauche étaient épaisses et tellement contractées qu'elles en fermaient la cavité. Foie vasculaire, noirâtre et friable. L'estomac normal contient un peu de mucus; les autres organes n'ont pas été examinés, le corps n'exhalait aucunement l'odeur d'amylène.

» Notons encore un fait excessivement curieux, c'est la persistance de la respiration quand le cœur est paralysé. »

— L'avenir de l'amylène est basé sur son *innocuité*. Si cet agent est vulnérable dans cette qualité, il y a peu de raisons pour substituer son emploi au chloroforme; il est donc bon d'étudier tout ce qui touche de près ou de loin à la démonstration de ce caractère. Doit-on jeter complétement sur cet agent le malheur dont nous venons de donner la relation? L'auteur semble pencher vers ce sens, et cependant dans 144 cas il a donné l'amylène sans causer le moindre accident. Est-ce la pureté de l'amylène qui laissait à désirer? On serait presque porté à le croire quand on songe au peu de volatilité de ce produit, qui reste exposé à l'air libre pendant une heure et demie sans se volatiliser. N'y a-t-il pas dans cette occlusion fortuite de l'ouverture buccale une cause réelle d'asphyxie? L'auteur prétend avoir souvent fermé complétement cet opercule. Mais dans ce cas, la pureté de l'amylène étant mise en question, ne peut-on pas admettre que l'asphyxie s'est produite sous l'influence de cet amylène auquel l'air ne pouvait plus se mélanger?

Si l'on écarte un instant la part de mort par le peu de pureté de l'anesthésique, ne trouverait-on pas chez le malade une prédisposition ou quelque cause anatomique qui vienne à notre aide? La circulation pulmonaire n'était-elle pas gênée par la dilatation du ventricule droit? Le malade n'avait-il pas un emphysème des poumons,

---

» yeux pour mieux comprendre, et quand son interlocuteur a cru s'être enfin mis en rapport avec lui, il est tout surpris de voir s'amortir » l'idée dans ce cerveau sans écho et sans réflexion : la conversation » tombe d'elle-même. Le fumeur, malgré lui, est honteux de son apa» thie; il se précipite instinctivement vers son remède héroïque; l'idée » seule du cigare a déjà allumé une étincelle dans son œil; le cerveau, » violemment retiré de sa torpeur, lance des lueurs d'animation et » d'intelligence; mais elles sont de courte durée, comme celles des » cendres chaudes qu'on retourne dans un foyer éteint, et le cigare » brûle encore qu'elles ont disparu et que le cerveau est retombé dans » l'obtusion qui sera désormais sa vie normale, s'il ne met un terme à » sa funeste habitude. »

Mais dans quel bouge, dans quel *tapis franc*, dans quel bagne, M. Fiévée a-t-il fait ces études sur les fumeurs? Est-ce qu'il ne coudoie pas tous les jours, dans les salons de la belle et bonne société qu'il fréquente, des hommes du plus haut mérite, qui ont la passion du tabac? Et faut-il lui rappeler, par exemple, qu'il est à l'Institut des hommes de la plus haute portée, d'une intelligence d'élite, qui cultivent la pipe et le cigare avec amour? Ignore-t-il, il serait le seul, qu'un des mathématiciens les plus distingués de France, allume son cigare en commençant à travailler, et ne le quitte que lorsque la tâche qu'il s'est imposée est remplie; qu'un des physiciens les plus éminents de l'Europe, professeur à la Sorbonne, ne sort presque jamais dans les rues de Paris sans avoir le cigare à la bouche? Voudrait-il nous faire croire que ces deux hommes, que tout le monde a déjà reconnus, soient des hébétés, des idiots, et ne donnent que de temps en temps des lueurs d'animation et d'intelligence?

La science, dites-vous, déplore encore la perte prématurée du professeur Royer Collard, qui a succombé bien évidemment par suite d'excès de tabac! Royer-Collard fumait en effet beaucoup; il fumait trop, si vous voulez; mais si vous l'aviez connu tant soit peu intimement, vous sauriez, il ne s'en cachait pas à ses amis, que c'est à une toute autre habitude qu'il rapportait, et avec raison, la cause première de la cruelle maladie à laquelle il a succombé. Demandez donc à M. Michel Lévy, à M. Boudin, si c'est à l'usage du tabac qu'ils attribuent cette méningite cérébro-spinale dont vous le faites coupable? C'est au tabac que vous rattachez la paraplégie et la myélite? Hélas, il en est aussi peu responsable que du cancer de la lèvre, dont M. Velpeau l'a plus d'une fois innocenté dans ses leçons cliniques.

Nous n'avons pas fini avec le tabac à fumer. Chez M. Fiévée, c'est comme chez Nicolet, de plus fort en plus fort. Vous croyiez peut-être voir échapper à l'anathème la modeste cigarette, ce demi-gramme de tabac roulé dans un frêle morceau de papier? Erreur! c'est peut-être là la plus coupable, et, suivant M. Fiévée, les produits de la combustion du tabac et du papier constituent un mélange encore plus délétère que le tabac seul, vu la présence du gaz carbonique provenant du second agent. Savez-vous, ô lecteur, pourquoi l'Espagne est tombée au second rang des puissances européennes? Ouvrez le livre à la page 59, et vous y verrez que c'est la cigarette « qui lui a fait perdre son » importance politique, son riche apanage artistique et littéraire, et ce » caractère chevaleresque qui en avait fait un des premiers peuples » du monde. » *Stupete, gentes!* Pauvre France! quel sera ton sort si, comme tout porte à le croire, le revenu de tes contributions indirectes continue à s'augmenter de quelques millions tous les ans!

Reste la *chique*, qui, moins répandue, excite à un moins haut degré l'humeur atrabilaire de notre auteur; et cependant il signale comme les suites inévitables de son usage des troubles fonctionnels, l'aberration des lois physiologiques, et enfin la perversion des appareils organiques. Il y a quinze ans environ, nous fréquentions un jeune médecin des hôpitaux, homme du plus grand mérite, du meilleur ton, de la plus exquise propreté, médecin chéri des dames s'il en fut, et qui avait, *horresco referens*, deux vices pour un; il fumait et il chiquait; je ne suis pas bien sûr que, dans l'occasion, il n'acceptât pas une prise offerte par un voisin prévenant. Eh bien, ces trois défauts, ou tout au moins les deux premiers, ne l'ont pas empêché de faire son chemin, et d'être aujourd'hui l'un des praticiens les plus achalandés de Paris, l'un de ceux auxquels on a le plus souvent recours dans les cas difficiles si communs dans notre profession. Si M. Fiévée désirait savoir son nom, je me ferais un plaisir de le lui dire tout bas, et peut-être serait-il tout surpris d'apprendre que, sans se douter d'un si odieux voisinage, il s'est plus d'une fois trouvé en consultation avec lui.

Nous aurions voulu, s'il nous eût été possible, suivre l'auteur dans ses digressions galantes, montrer avec lui « la femme, dont naguère » l'influence était sans rivale, abdiquant son empire devant ce nouveau » maître ou n'en conservant une partie qu'en le partageant avec lui, et » souffrant, bon gré, mal gré, un usage qui l'outrage; car il est, maté» riellement parlant, aussi attentatoire à sa délicatesse qu'irrespectueux » pour ses charmes » (*sic*); mais cet article est déjà trop long pour un sujet qui touche si peu directement à la médecine.

Evidemment, M. Fiévée n'aime pas le tabac; son odeur l'agace; on pourrait être malade à moins, puisqu'une reine de France s'évanouissait au parfum de la rose. C'est probablement après avoir reçu, sur le boulevard, une bouffée de tabac d'un fumeur mal appris, qu'il a fait son petit livre dans un accès de mauvaise humeur. Mais ce moment d'irritation passée, nous ne lui demanderons qu'une chose : si nous voulons bien convenir qu'un homme qui ne fait pas usage du tabac n'est pas pour cela un homme incomplet, qu'il veuille bien, à son tour, nous accorder que tous ceux qui fument ou qui prisent ne sont pas des crétins; que la génération actuelle qui fume, vaut bien celle du dix-huitième siècle qui prisait, et que celle-ci n'est pas restée trop inférieure aux hommes du seizième siècle qui ne connaissaient pas le tabac.

Dr A. Foucart.

car on ne peut attribuer à la respiration artificielle cette distension permanente des poumons?

Ce sont autant de questions qu'on s'adresse volontiers, et que l'expérience pourra seule résoudre; car il serait douloureux de sacrifier une application dont le mérite consiste surtout dans l'innocuité. Un premier cas de mort, — et dans ces conditions qui n'impliquent pas complétement l'action de l'amylène, — ne peut porter atteinte à l'avenir de ce nouvel agent anesthésique. Mais il suffit, pour éveiller l'attention et appeler l'expérimentation sur les animaux, des diverses conditions dans lesquelles il faut se placer pour éviter toute nouvelle terminaison fatale.

Pseudarthrose de l'humérus. — Tentative de guérison par la résection de l'extrémité de l'un des fragments. — Disposition particulière du nerf radial qui a contribué à rendre l'opération plus délicate et plus difficile.

Sur un sujet atteint de pseudarthrose de l'humérus, qui s'es présenté récemment dans le service de chirurgie de l'hôpital des Cliniques, M. Nélaton a pratiqué, dans l'une des dernières séances, la résection de l'extrémité du fragment supérieur. Cette opération a présenté des difficultés imprévues, et qui l'ont rendue extrêmement délicate, par suite d'une disposition particulière du nerf radial qui traversait la fausse articulation. Après avoir fait une large incision et mis à découvert le fragment supérieur de l'humérus, et pendant qu'il le disséquait avec soin, M. Nélaton reconnut à la face antérieure de ce fragment une gouttière dans laquelle était engagé le nerf radial, lequel passait ensuite au-dessous, entre les deux fragments, et venait ensuite, en se recourbant légèrement, passer en arrière du fragment inférieur.

Nous n'avons pas besoin de dire tout le soin et toute l'attention qui furent apportés dans cette conjoncture délicate pour détacher le nerf de cette gouttière, l'isoler et l'écarter avant de procéder à la suite de l'opération, qui a consisté à passer la scie à chaînette autour de l'os et à le réséquer.

Cette disposition accidentelle du nerf radial est un fait extrêmement important à connaître, parce qu'elle peut se rencontrer de nouveau dans des cas analogues, et que de graves conséquences en résulteraient si l'opérateur venait à la méconnaître. Ainsi, dans ce cas-ci, le nerf radial eût été inévitablement divisé si M. Nélaton n'eût pas procédé dans la dissection des parties avec la sage lenteur et l'attention incessante qu'il y a mises. Que si, au lieu de recourir à la résection, on eût fait choix dans cette circonstance du procédé du séton ou de la cautérisation, on se serait exposé à traverser, à brûler et détruire le nerf.

Les choses se sont bien passées, du reste, après l'opération; mais il n'est pas encore possible de présumer quel en sera le résultat définitif. On sait combien les succès de cette opération sont rares. Cependant on ne doit point en désespérer. Il est possible, et M. Nélaton paraît disposé à admettre le fait, que la plupart des insuccès ne tiennent qu'à ce qu'on se hâte trop peut-être d'enlever les appareils de contention et à rendre le membre à ses fonctions avant que la consolidation soit suffisante. Quoi qu'il en soit, pour mettre son malade à l'abri de cette chance d'insuccès, M. Nélaton se propose d'exercer une grande surveillance à cet égard, et de maintenir l'appareil au delà du terme où l'on est dans l'habitude de l'enlever. Nous suivrons ce fait et mettrons les lecteurs au courant de l'événement.

Cancer du sein avec tendance à la généralisation de l'affection cancéreuse.

Une femme de cinquante et quelques années est entrée dans le même hôpital pour s'y faire traiter d'une affection cancéreuse du sein datant de dix ans. Pendant près de neuf ans et demi les choses sont restées à peu près dans le même état, la tumeur étant stationnaire et l'état général de la malade n'en paraissant pas sensiblement influencé. Mais il y a cinq à six mois environ, il s'est opéré un changement considérable dans la situation de cette femme; elle a vu survenir successivement une série de petites indurations grenues, disséminées autour du cancer du sein, et groupées dans certains points de manière à former une sorte de plaque dure, quasi-ligneuse. Les petits îlots de peau saine que laissaient entre elles ces granulations cancéreuses, car ces indurations ne sont autre chose que du cancer disséminé, présentaient de petites varicosités. Toute la région circum mammaire et claviculaire est couverte de ces petites tumeurs qui ne sont pas moins remarquables par leur dureté extrême que par leur indolence.

On connaît des exemples de ces sortes d'éruptions cancéreuses plus ou moins généralisés. M. Nélaton nous a rappelé, à cette occasion, avoir vu dans le temps une dame de Valence à laquelle il avait enlevé un sein cancéreux, et qui vit se produire quelque temps après cette opération une récidive sur place, bientôt suivie d'une éruption cancéreuse générale sur presque toute la surface du corps. Nous avons eu nous-même l'occasion de donner des soins, il y a quelques années, à la veuve d'un médecin, qui avait un squirrhe du sein, auquel nous jugeâmes prudent de ne pas toucher, à cause de ses adhérences intimes avec les parois costales. La santé de cette femme était d'ailleurs parfaite. Au bout de quelque temps nous vîmes se produire successivement autour de la tumeur une quantité de petites indurations dont le nombre allait toujours croissant, si bien qu'au bout d'un an environ la poitrine presque tout entière en était couverte. L'état général de la malade n'en paraissait pas encore notablement altéré, lorsqu'il survint des symptômes du côté de la poitrine qui l'enlevèrent rapidement. (Nous avons eu quelques motifs de présumer que des productions morbides semblables à celles des téguments s'étaient produites dans l'intérieur de la cavité thoracique; mais l'examen cadavérique n'ayant point été fait, nous avons dû rester dans le doute à cet égard.)

Ces phénomènes ne sont du reste pas très-rares; aussi n'est-ce pas sur cette particularité que nous avons voulu appeler ici l'attention de nos lecteurs, mais bien sur ce qui suit.

Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, ses yeux sont devenus le siége d'une affection assez bizarre. Le globe de l'œil est devenu saillant, les paupières se sont œdématiées, ainsi que la conjonctive. En cherchant à repousser le globe oculaire en arrière, comme pour le refouler dans l'orbite, on éprouve de la résistance; on sent que le globe repose sur un plan solide qui s'oppose à sa rétrocession. Si l'on prescrit à la malade d'exercer les divers mouvements du globe oculaire, on constate que ces mouvements sont très-limités; à peine peut-elle produire une très-légère impulsion dans chaque sens. Enfin, en insinuant les doigts dans la cavité orbitaire, on sent qu'elle est remplie par des corps durs analogues à ceux qui recouvrent la peau. Nul doute qu'une matière cancéreuse semblable à celle des téguments ne se soit développée dans l'orbite, tandis que rien de semblable ne s'est montré sur les paupières, dont la tuméfaction s'explique du reste tout naturellement par la compression qu'exercent sur les vaisseaux les tumeurs intra-orbitaires.

La fonction de l'œil est d'ailleurs intacte, preuve que cette compression ne s'est point exercée encore jusqu'à présent sur le nerf optique.

Il nous a paru que cette particularité méritait d'être signalée, ne fût-ce que pour prémunir contre certaines erreurs de diagnostic que l'on pourrait commettre dans des cas analogues, et en même temps comme un exemple propre à éclairer sur la possibilité du cancer intra-crânien dans ces cas de cancer généralisé.

DE LA DIGESTION ET DE L'ABSORTION DES MATIÈRES GRASSES sans le concours du fluide pancréatique.

Rapport lu à l'Académie de médecine par M. Bérard dans la séance du 21 avril.

Le 1er juillet 1856, M. Colin, chef des travaux anatomiques à Alfort, donnait lecture à l'Académie d'un mémoire ayant pour titre: « *De la digestion et de l'absorption des matières grasses sans le concours du fluide pancréatique.* Dans ce peu de mots se révélait toute la portée du travail qui vous était soumis. L'Institut avait ouvert ses portes au physiologiste que l'on regardait en France comme l'auteur de la doctrine nouvelle sur les fonctions du pancréas, et l'on venait vous déclarer que cette doctrine n'était pas fondée. On en appelait devant l'Académie de médecine du jugement porté par l'Académie des sciences sur cette partie des travaux de M. Bernard.

Dans cette conjoncture délicate, l'Académie nomma une commission. Elle chargea MM. Longet, Bussy, Bouley et Bérard d'examiner le mémoire de M. Colin.....

Nos recherches ont été nombreuses et variées: chaque expérience laissait un point douteux à éclaircir ou suggérait quelque idée nouvelle qui nous mettait encore une fois le scalpel à la main. C'est ainsi que nous sommes arrivés à sacrifier 36 chiens, 3 chevaux, 5 taureaux, 4 vaches, et j'ai le regret d'ajouter que ce n'est pas fini.

On s'est pris depuis quelque temps d'un tendre intérêt pour ces pauvres animaux qu'on ouvre vivants; on a prêché une sorte de croisade contre l'abus des vivisections; on a taxé les physiologistes de cruauté. Ce reproche, messieurs, ne peut guère m'atteindre. J'ai eu, on le sait, le cœur trop facile à émouvoir pour faire mon chemin tout comme un autre, et jamais le désir de voir mon nom inscrit sur une liste de présentation à l'Institut n'a pu me faire surmonter la répugnance qu'une vivisection m'inspire. Mais ce que ni la vanité ni l'intérêt personnel ne m'ont conseillé, l'amour de la science me l'a fait faire. J'ai été séduit aussi par l'importance du résultat vers lequel nous marchions. Ce résultat, je vais tout d'abord le faire connaître, et en intervertissant l'ordre de nos travaux.

L'humeur contenue dans tous ces bocaux, cette masse solide provenant de l'évaporation d'une énorme quantité de chyle, et dont l'éther peut extraire de la graisse, tout cela sort des canaux thoraciques d'animaux qui ne recevaient pas une goutte de suc pancréatique dans leur tube digestif. Voilà une proposition bien grave. Il faut la justifier dans chacun de ses termes, car elle ruine de fond en comble les idées qui ont cours en France, où il semble qu'il ne soit plus permis de parler de l'absorption des graisses sans parler des *recherches de M. Bernard sur les fonctions du pancréas*. Les premières expériences dont nous allons appuyer notre proposition sont les dernières de celles que nous avons pratiquées. Elles ont été faites sur de grands *ruminants* (vaches, taureaux).

Disons d'abord comment nous détournons le suc pancréatique.

On dirait que dans la race bovine la nature a tout préparé pour faciliter les recherches sur l'appareil excréteur du pancréas et pour diminuer les dangers de l'expérience. Une simple incision, peu étendue, sous le bord inférieur de la dernière côte droite, vous fait tomber sur le canal pancréatique, que n'accompagne pas, ordinairement, jusqu'à l'intestin le tissu de la glande, comme cela a lieu chez le chien, où le pancréas enveloppe et masque son propre canal jusque dans le duodénum. Voilà pour la facilité de l'expérience. Son innocuité relative tient à une disposition anatomique qui n'est peut-être connue que des vétérinaires, et encore leurs livres classiques ne s'y arrêtent-ils guère. Cette disposition consiste en ce que le duodénum et le pancréas font saillie dans une petite cavité séreuse, isolée d'un grand sac qui recèle le reste du tube digestif et ne communique avec la grande cavité péritonéale que par un orifice situé dans le bassin. La péritonite générale est donc peu à craindre après la ligature si facile du conduit pancréatique. Effectivement nous n'avons eu qu'un exemple de cet accident. Voici donc comment on termine cette partie de l'expérience. On jette sur le canal une ligature que l'on sert tout près de l'intestin: on ouvre le canal en dehors de la ligature; on y introduit un gros tube de verre qui se trouve à l'aise dans ce vaste conduit excréteur (vous voyez qu'il égale le volume du doigt); on assujettit par une seconde ligature le conduit sur le tube, dont l'autre extrémité s'ajuste à une sonde de gomme élastique qu'on laisse pendre en dehors du ventre. On réunit la plaie par suture. Voilà donc le suc pancréatique détourné; il coule au dehors, et par moments avec une abondance extrême. Remis sur pied, l'animal, qui s'est à peine aperçu qu'on lui a fait quelque chose, mange et rumine comme par le passé. Telle est au moins la règle; les exceptions sont sans importance.

Mais je me hâte de répondre à une objection qui, j'en suis sûr, se présente en ce moment à l'esprit de plus d'un membre de l'Académie. On dit: « Vous détournez en effet le suc pancréatique, mais vous ne le détournez pas en entier. M. Poinsot a montré, ici même, un petit canal pancréatique ouvert dans les voies biliaires, et, par leur intermédiaire, dans le duodénum. » Ce fait a produit une grande sensation, et on l'a considéré comme une dernière confirmation de la doctrine si bien exposée par M. Bernard. Pardonnez-moi quelque vivacité de langage; j'admire avec quelle légèreté on prend parti pour telle ou telle opinion dans un sujet aussi grave.

Nous devions faire de sérieuses recherches sur le degré de fréquence de la particularité anatomique que l'on vous avait signalée, sur le diamètre moyen de ce petit conduit *quand il existe*. Et ne croyez pas que ces recherches offrent la moindre difficulté. Un étudiant de première année y réussirait aussi bien que l'anatomiste le plus consommé. L'erreur est impossible, si on opère comme je vais dire. L'animal étant tué et le duodénum ouvert, on adapte à la sonde de gomme élastique, qui a servi à détourner le suc pancréatique et qui est encore en place, le tube d'une seringue remplie d'essence de térébenthine; on presse sur le piston de la seringue. A l'instant même on voit se tuméfier extraordinairement ce gros conduit et toutes ses ramifications. Si le petit canal existe, on voit sourdre l'essence de térébenthine par l'orifice du canal cholédoque; s'il manque, il ne coule rien dans l'intestin. L'essence de térébenthine est si pénétrante qu'elle arriverait encore dans l'intestin, dans le cas même où le petit canal n'aurait que le diamètre d'un cheveu On peut répéter l'expérience, aussi souvent qu'on le veut, sur la même pièce. On ôte la seringue, la térébenthine revient, expulsée qu'elle est par le ressort élastique des conduits. On remet la seringue et l'on presse; les conduits se distendent de nouveau; et, si le petit conduit existe, la térébenthine recommence à sourdre par le canal cholédoque, etc. Après ces préliminaires, on passe à un second temps de l'administration anatomique, pour parler le langage des maîtres des deux derniers siècles. On substitue, dans la seringue, une injection solidifiable à la térébenthine, on la pousse, on étale la pièce et on obtient successivement les bonnes préparations que vous avez sous les yeux. Voyons ce qu'elles nous apprennent. J'ai tenu compte du précepte d'Horace:

« Segnius irritant animos demissa per aurem
» Quam quæ sunt oculis subjecta fidelibus.... »

Eh bien, sur cette pièce n° 1 le petit conduit est absent.

Sur cette pièce n° 2 il manque également.

Il manque encore sur cette pièce n° 3.

Sur cette pièce n° 4 il existe. Il est bien grêle, et cependant la térébenthine coulait dans l'intestin, et cependant notre injection solidifiable l'a pénétré, ce qui vous prouve que nous ne le manquons pas quand il existe.

Sur cette pièce enfin, n° 5, il n'y a pas de petit conduit.

Nous avons laissé au logis neuf préparations. Sur six d'entre elles le canal manque; il est présent dans les trois autres, et n'offre pas plus de volume qu'ici.

Raisonnons maintenant.

Nos animaux opérés, et qui nous ont donné le chyle, peuvent être divisés en deux catégories: les uns sont munis du petit canal, les autres non. Supposera-t-on que chez les premiers le gros canal a été suppléé par le petit? J'aimerais autant dire que la Seine peut être suppléée par la rivière de Bièvre! Mais, ajoutera-t-on, le petit canal se dilate quand on a interrompu la circulation dans le gros. Ceux qui tiendraient ce langage commettraient deux erreurs au lieu d'une:

1° Le cours du suc pancréatique n'a rencontré aucun obstacle dans nos expériences, puisque ce liquide, se répandant librement au dehors, n'était point sollicité à refluer vers le petit conduit;

2° Dans les cas que nous vous présentons, le gros canal a été lié, et cependant, comme vous le voyez, le petit ne s'est pas dilaté.

Mais pourquoi nous arrêter à des faits de seconde importance, quand nous avons ceux de l'autre catégorie. Ici, point de petit canal; donc, issue complète du suc pancréatique par le tube adapté au conduit excréteur. Que manque-t-il à cette partie de la démonstration? Rien, absolument rien.

Poursuivons.

Notre animal ne reçoit plus de suc pancréatique; il ne doit plus faire de chyle émulsionné, si la doctrine accueillie en France est fondée. Que faut il faire pour savoir si l'animal forme du chyle émulsionné? Lui ouvrir au cou le canal thoracique ou l'une des grosses branches qui le représentent, et recueillir le liquide qui s'est écoulé. Nous avons dit que cet animal continuait de manger et de ruminer. On pourrait donc établir la fistule du canal thoracique le jour même où l'on a pratiqué la fistule pancréatique. Mais nous nous gardons bien d'y apporter cette précipitation: on nous dirait que le chyle obtenu a été émulsionné par du suc pancréatique, que l'intestin avait reçu et gardé avant l'opération. Nous laissons donc l'animal manger et ruminer tout le jour et toute la nuit, persuadé qu'il épuise ainsi cette petite réserve de suc pancréatique. Vient le second jour: On pourrait ouvrir alors le canal thoracique; mais nous portons loin la prudence et la crainte de donner prise aux objections même les plus futiles. L'animal est encore laissé en paix tout le jour et toute la nuit; et comme il mange et rumine, les aliments achèvent d'entraîner, s'il en restait encore, les dernières traces du suc pancréatique. Le troisième jour, enfin, l'établissement de la fistule est décidé. M. Colin, avec une pré-

cision, une adresse que peu de personnes sauraient égaler, va chercher au milieu des gros vaisseaux de la partie inférieure du cou, et sans répandre de sang, le canal thoracique ou l'une des grosses branches qui le représentent. Le canal est ouvert; un tube d'argent y est introduit, et le vaisseau lié sur le tube. Le chyle coule, et on le recueille à mesure. Je dis le *chyle*, car le liquide recueilli ne diffère en aucune façon, dans son apparence extérieure au moins, de celui que fournit un animal qui n'a subi aucune opération sur le pancréas et son conduit. Ce chyle est donc émulsionné, moins opaque pourtant que celui d'un chien; mais nous pouvons lui donner les qualités de celui d'un carnivore en faisant avaler à l'animal des boulettes de tourteaux de plantes oléagineuses, nouvelle preuve que la matière grasse pénètre les chylifères sans le concours du suc pancréatique. Ajoutons que la lymphe des animaux qui nous donnaient ce chyle émulsionné était par faitement transparente.

Mais, dira encore une fois un contradicteur, vous avez obtenu du chyle blanc parce qu'il restait dans l'intestin du suc pancréatique des anciennes digestions. Ce que je vais dire en réponse à cette objection va causer une sorte de stupéfaction dans l'auditoire. Le chyle, cette humeur précieuse que quelques-uns de ceux qui m'écoutent n'ont peut-être jamais vue, et que les physiologistes ont rarement le bonheur de recueillir autrement que par échantillons, pour ainsi dire, savez-vous combien un de nos ruminants nous en fournissait, par sa fistule, en vingt-quatre heures? Quarante litres!!! Je reste au-dessous de la vérité. Et remarquez que nous n'avons détourné dans chaque expérience qu'une partie du chyle de l'animal, puisque nous avons mis notre tube dans une des divisions d'un canal multiple et non dans un canal thoracique unique, disposition anatomique très-rare chez le bœuf. Dans un cas où il n'y avait qu'un canal, il a fourni à M. Colin 50 litres de chyle en douze heures! Et l'on viendrait nous dire que c'est l'humidité pancréatique, encore adhérente aux parois de l'intestin, trois jours après la ligature du canal pancréatique, et chez un animal qui n'a pas cessé de prendre des aliments, que c'est, dis-je, ce résidu du suc pancréatique qui a émulsionné la graisse de ces 50 litres de chyle. On n'entre point en discussion avec des raisonnements de cette force.

Nous allons résolûment au-devant de toutes les objections; nous ne reculons devant aucune vérification. Nulle cause plus qu'une autre n'a nos sympathies, si ce n'est celle de la vérité. Nous reconnaissons qu'un complément encore peut être ajouté à notre démonstration; nous allons vous le donner.

Nous avons retiré un chyle blanc d'animaux qui ne mettaient pas une goutte de suc pancréatique dans leur intestin, cela ne peut pas être contesté. Mais cette couleur blanche est-elle due à de la graisse? Y a-t-il réellement eu absorption de graisse? un chimiste ne ferait pas cette question; nous la posons pour satisfaire les gens difficiles. Eh bien, nous rappelons en premier lieu que chez un animal auquel nous faisons manger des tourteaux de plantes oléagineuses, le chyle devient opaque comme celui d'un carnivore: c'est donc de la graisse émulsionnée qui lui donne cette teinte laiteuse.

Mais ce n'est encore qu'une induction. Voici une preuve directe: nous extrayons la graisse de ce chyle; après avoir fait évaporer celui-ci jusqu'à consistance d'un extrait sec, nous traitons cet extrait par l'éther, qui dissout la graisse et la laisse ensuite isolée en s'évaporant. Celle que je vous présente a été retirée d'environ 4 litres de ce chyle, fait sans l'intervention du suc pancréatique. On dirait du beurre, mais ce beurre est extrait du chyle et non du lait; ce beurre provient d'un taureau et non d'une vache. Les analyses qui seront faites d'ici à quelques jours me permettront sans doute de tenir sur cette question un langage plus positif. Ces analyses nous diront encore si la matière grasse du chyle est diminuée par le fait de la ligature du canal pancréatique, question intéressante sans doute, mais dont la solution, comme on a pu le voir, n'était pas nécessaire à l'élucidation du problème que nous avons agité devant vous.

Messieurs, nous vous avons fait connaître plus d'un fait nouveau, si je ne me trompe; il nous reste quelque chose à vous dire, mais ce sera pour une autre fois. Je prie l'Académie de recevoir en attendant un pli cacheté contenant l'indication de la communication qui lui sera faite.

Il me reste, à l'occasion de ce travail, à tirer une conclusion qui, bien entendu, ne peut engager l'Académie, et à faire une proposition sur laquelle elle aura à délibérer. (Voir les conclusions de ce rapport dans le numéro précédent.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 avril 1857. — Présidence de M. CHASSAIGNAC.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Exostoses épiphysaires nombreuses. — M. HUGUIER présente un jeune homme de dix-sept ans, qui s'est aperçu, il y a quatre ou cinq ans, de l'existence d'exostoses épiphysaires, au nombre de douze, qui se développaient sur ses os dans les points qui sont le siége habituel des tumeurs de ce genre. On en trouve quatre à la face interne des tibias, deux un peu au-dessous des condyles internes, et deux autres un peu au-dessus des malléoles internes. Les péronés en offrent deux au-dessus des malléoles externes; chacun des fémurs en présente sur ses faces interne et externe, au-dessous des condyles; enfin, on en trouve une sur le bord antérieur de chaque humérus, sous le deltoïde.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. DEGUISE annonce à la Société que la malade qu'il a opérée pour une palmature a été prise de pourriture d'hôpital.

M. LARREY demande à M. Deguise si c'est bien de la pourriture d'hôpital et non de la gangrène, et s'il existe une épidémie de pourriture d'hôpital dans le lieu où sa malade est traitée.

M. DEGUISE répond que sa malade est bien certainement atteinte de pourriture d'hôpital; elle est chez ses parents, il est vrai, mais dans les plus mauvaises conditions hygiéniques.

RAPPORT.

M. ADOLPHE RICHARD, au nom d'une commission composée de MM. Huguier, Morel-Lavallée et lui, donne lecture du rapport suivant, sur un travail de M. Roux (de Brignolles) intitulé *Observation de tumeurs sébacées.*

Messieurs,

Nous avons entendu le 15 octobre dernier la lecture d'une observation de deux tumeurs fort singulières enlevées par M. Roux (de Brignolles), professeur à l'Ecole de médecine de Marseille. Vous m'avez chargé, avec MM. Huguier et Morel, de vous rendre compte de ce travail, à la suite duquel notre distingué confrère sollicite le titre de membre correspondant de notre Compagnie.

Le sujet de l'observation est une jeune fille d'une quinzaine d'années qui portait trois tumeurs: l'une, développée dans la première enfance, s'étendant de l'arcade zygomatique au milieu de la joue droite, plate, peu apparente; la seconde à la nuque, entre les attaches occipitales des trapèzes; enfin, la troisième dans la région temporale gauche.

Ces deux dernières tumeurs ont paru assez longtemps après la première, à dater de la huitième année; ce sont ces deux qu'a enlevées le chirurgien, parce que seules elles causaient de la difformité; ce sont elles qui vous ont été décrites et présentées dans la séance du 15 octobre dernier.

Déjà, avant l'opération, les inégalités mamelonnées qui hérissaient la surface de ces tumeurs, leur consistance dure et comme pierreuse, avaient fait pressentir à M. Roux qu'il s'agissait là d'un fait au moins insolite; mais, quand elles eurent été énucléées du tissu cellulaire sous-cutané qui les contenait, leur singulier aspect frappa davantage encore notre confrère, et nous valut de sa part l'occasion d'en pouvoir faire l'histologie.

Vous pouvez juger en effet, messieurs, sur cette moitié de l'une des deux tumeurs que j'ai l'honneur de vous soumettre, qu'une masse pareille développée sous la peau s'offre sans doute pour la première fois à votre observation: forme irrégulièrement arrondie, coupe uniforme, blanche, éburnée; dans l'autre tumeur, un peu plus plâtreuse, consistance dure, pierreuse, exactement analogue à celle du stuc; surface très-inégale, irrégulièrement muriforme; tels sont les caractères extérieurs.

L'examen microscopique, dont notre éminent confrère M. Ch. Robin a bien voulu se charger, vient fournir la solution du problème posé à l'anatomiste par cette conformation étrange. C'est un de ces cas dans lesquels le microscope seul peut nommer une maladie, et il a prononcé qu'il s'agissait là de tumeurs osseuses.

Voici en quels termes M. Ch. Robin résume les résultats de son examen:

» La coupe mince du tissu de la tumeur faite sur plusieurs parties de celle-ci a partout montré la structure suivante:

» 1° Les sept ou huit dixièmes de la masse environ sont constitués par de la substance osseuse offrant tous les caractères qu'elle offre à l'état normal, savoir: substance homogène compacte parsemée des petites cavités caractéristiques (ostéoplastes, corpuscules des os, etc.), de la périphérie desquelles partent de nombreux canalicules très-fins, très-élégants, quelquefois anastomosés avec ceux des ostéoplastes voisins. On aperçoit çà et là, surtout vers la surface, des canalicules de Havers ou canaux vasculaires de la substance osseuse; mais ils sont rares, comparativement à ce qu'on voit dans la majorité des tumeurs osseuses, très-rares à côté du nombre de ceux qui existent dans les os normaux. Autour de ces canalicules on voit la substance osseuse disposée en couches concentriques, comme dans l'os normal; seulement cette disposition, bien que reconnaissable, est moins nette qu'à l'état sain.

» 2° Le reste de la masse est formé par une substance amorphe, compacte comme la substance de l'os, mais pourtant plus granuleuse et un peu striée. Cette substance s'enfonce, sous forme de veines (comparables à celles du marbre quant aux sinuosités), dans la substance osseuse qu'elle divise ainsi en îlots, diversement configurés. Bien qu'immédiatement adhérente à la matière osseuse, celle dont il est ici question s'en distingue nettement au plan de jonction. Elle offre, sous le microscope, les caractères extérieurs du tissu des corps fibreux de l'utérus encroûtés de substances calcaires. La composition intime semble être la même, car cette matière homogène et striée, dépourvue d'ostéoplastes, dégage par l'acide chlorhydrique plus de gaz que la substance osseuse, et laisse une trame transparente également un peu striée. »

Vous voyez, messieurs, que nous devons attacher un grand prix à la communication de M. Roux, laquelle nous signale le premier exemple de tumeurs osseuses sous-cutanées. Peut-être doit-on en rapprocher certains enchondromes observés également sous la peau. Outre la parenté des deux tissus, c'est la même forme, la même dureté, la même inégalité de surface, la même marche lente.

On peut remarquer de plus que le tissu cartilagineux morbide paraît avoir de la tendance à se développer dans les glandes superficielles, la parotide, le testicule, la mamelle, et peut-être le siége des tumeurs osseuses ou cartilagineuses sous-cutanées se trouve-t-il dans les glandes sébacées, annexes du follicule pileux.

Messieurs, le nom de M. Roux (de Brignolles) est connu de nous tous; car il figure de la façon la plus honorable dans l'histoire de la chirurgie contemporaine. M. Roux est professeur à l'Ecole préparatoire de médecine de Marseille, membre correspondant de l'Académie de médecine.

Après avoir examiné les titres de M. Roux (de Brignolles), M. le rapporteur propose:

1° De déposer honorablement le travail de M. Roux dans nos archives;

2° De nommer, sur sa demande, M. Roux (de Brignolles) membre correspondant de la Société de chirurgie.

La Société vote le dépôt du mémoire dans ses archives.

M. Roux (de Brignolles) est nommé membre correspondant à l'unanimité.

CORRESPONDANCE.

M. MARJOLIN donne lecture d'une lettre de M. le professeur Heyfelder sur trois nouveaux cas de désarticulation coxo-fémorale.

La Société reçoit les ouvrages suivants:

De la maternité et de l'obstétrique chez les Hébreux, par le docteur Mattei.

Sur la source minérale de Soultzbad, par le docteur Eissen.

De l'exercice illégal de la médecine et des moyens de le réprimer, par les docteurs Loreau et Munaret.

La première année de la deuxième série du *Journal de médecine de Bordeaux*, par le docteur Costes.

Des remercîments sont adressés aux auteurs de ces envois.

M. LARREY. L'intéressante lettre de notre honorable collègue M. Heifelder ajoute trois nouveaux faits de sa pratique à tous ceux qui démontrent les résultats funestes de la désarticulation de la cuisse faite primitivement pour des blessures par armes à feu.

Telle serait la conclusion de la statistique générale établie en 1854 par M. Bohm, puisque, sur un ensemble de 89 cas, 30 amputations coxo-fémorales pratiquées pour des blessures représentent 23 morts et 7 guérisons seulement. Resterait à savoir encore si les 7 guérisons ne se rapportent pas à des amputations consécutives plutôt qu'à des amputations primitives. C'est ce que M. Bohm a dû rechercher; mais M. Heifelder ne rappelle pas cette désignation de l'époque à laquelle, pour mon compte, j'attache beaucoup d'importance.

La Société se souvient que j'ai eu occasion d'y insister dans un rapport sur un travail fort bien fait par M. Legouest au même point de vue, et dans un autre rapport sur une savante monographie de M. W. Sands Cox (de Birmingham).

Ajoutons que M. Stromeyer, d'après une citation de M. Heifelder lui-même, semble réprouver tout à fait l'amputation primitive de la cuisse dans l'articulation pour les blessures par armes à feu.

M. GIRALDÈS propose, en raison de l'intérêt qu'offre la lettre de M. Heifelder, d'attendre pour la publier qu'on ait pu se procurer les renseignements qui y manquent.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Fracture de l'humérus avec enfoncement par morsure de cheval. M. HUGUIER présente un humérus provenant d'un homme mort d'érysipèle à la suite d'une morsure de cheval à la partie supérieure du bras. On voit sur cet humérus quatre points nécrosés correspondant aux quatre dents qui ont agi sur l'os. Dans un de ces points, une portion de l'os a été complètement isolée des parties voisines et enfoncée dans le canal médullaire.

M. LARREY. La pièce anatomique présentée par M. Huguier, comme exemple de fracture due à une morsure de cheval, me rappelle un fait comparable à celui-là, que j'ai observé en 1855 au Val-de-Grâce:

Un cavalier de la garde de Paris (né Pébay) avait été mordu à la hanche gauche par un cheval, sans que la peau fût entamée; mais le grand trochanter avait été si violemment serré par la mâchoire de l'animal, qu'une ostéo-périostite survint, et ensuite un vaste abcès symptomatique. La ponction et des injections iodées furent faites sans succès. Je dus ouvrir largement la poche purulente, et nous pûmes constater une dénudation de l'os avec friabilité. Cette consistance friable était-elle due à la carie ou à une fracture par écrasement? Je ne saurais me prononcer à cet égard, et je n'ai pu examiner le fait ultérieurement, car le malade, sorti de l'hôpital, parvint, après beaucoup de temps, à la guérison de son abcès; mais il finit par succomber, dans sa famille, à une phthisie pulmonaire développée secondairement à la morsure de la hanche.

Balle enchatonnée dans la cavité thoracique et ayant déterminé la formation d'un anévrysme de l'aorte. — M. HUGUIER présente encore la partie supérieure du sternum avec l'extrémité des côtes correspondantes d'un homme qui avait reçu en duel une balle au niveau du cartilage de la deuxième côte. A partir de ce moment, il avait eu des palpitations et de l'oppression qui durèrent jusqu'à sa mort. Vingt ans après la blessure, il revint à l'hôpital Beaujon pour un anévrysme de la crosse de l'aorte, dont il mourut bientôt. A l'autopsie, on trouva un anévrysme énorme qui avait corrodé le sternum et l'extrémité sternale de plusieurs côtes. Ces os se trouvaient à nu dans l'anévrysme, et sur l'extrémité de la deuxième côte, on trouva la balle enchatonnée par des stalactites osseuses. M. Huguier pense que la balle a été la cause de l'anévrysme.

M. BROCA n'admet pas que la balle ait pu avoir d'influence sur la formation de l'anévrysme, autrement que par l'irritation qu'elle pouvait entretenir dans les tuniques de l'artère.

M. LARREY partage l'opinion de M. Broca; il admet que la balle a pu causer l'anévrysme par suite de la contusion des parois de l'artère, ou par l'inflammation qu'elle entretenait dans les tissus voisins. On peut supposer aussi que le blessé, en proie à des inquiétudes incessantes, par la présence du projectile au dedans de la poitrine, s'est trouvé dès lors dans les conditions morales généralement regardées comme causes prédisposantes de l'anévrysme de l'aorte.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société, DÉSORMEAUX.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Société impériale de médecine de Constantinople vient de fonder, sous le titre de *Gazette médicale d'Orient*, un recueil qui paraîtra une fois par mois. Le premier numéro, que nous avons sous les yeux, contient un mémoire sur l'existence de la fièvre miliaire à Constantinople, par M. le docteur Tian; un compte rendu des travaux de la Société impériale pendant la première année de son existence, par M. le docteur Leval, et un article sur l'exercice de la médecine à Constantinople, par M. le docteur Naranzi.

Il annonce aussi que, dans la séance du 13 mars dernier, la Société a procédé au renouvellement de son bureau. M. Fauvel a été réélu président; M. Leval, secrétaire spécial, et M. Morris, trésorier. MM. Cipriani et de Castro ont été nommés vice-présidents, et M. Naranzi secrétaire général.

— Le docteur Williams Yates, qui vient de mourir à Morris (Etats-Unis), à l'âge de quatre-vingt-dix ans, était l'introducteur de la vaccine en Amérique. Né en Angleterre, où il avait suivi les leçons de James Earle et d'Abernethy, il fonda à Burton Upon-Trent un asile d'aliénés, puis partit pour les Etats-Unis, emportant une grande quantité de virus-vaccin que lui avait remis Jenner lui même.

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 AVRIL 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nos lecteurs se rappellent sans aucun doute la communication que M. Flourens a faite dans le mois de septembre dernier pour démontrer la sensibilité des tendons à l'état d'irritation ou d'inflammation. Après s'être assuré de cette loi physiologique qui dissimule, suivant son heureuse expression, la sensibilité dans le tendon à l'état sain, et qui l'y démasque à l'état malade, M. Flourens s'est occupé de la dure-mère; et il a constaté qu'à la différence des tendons, elle est quelquefois sensible chez certains animaux à l'état normal, et qu'à l'état d'irritation ou d'inflammation, elle l'est toujours. Les ligaments, comme les tendons, insensibles à l'état normal, ont été trouvés sensibles à l'état d'inflammation. Même résultat pour le périoste, de tous les tissus de l'économie le plus insensible à l'état physiologique.

La conclusion générale de toutes ces recherches, c'est que la sensibilité est partout; et dans les parties mêmes où elle est le plus obscure à l'état normal, il suffit d'une irritation pour la faire passer de l'état latent à l'état manifeste.

On lira avec intérêt dans le compte rendu la relation des expériences qui démontrent ce fait, et qui, comme l'a si bien dit M. Flourens, font disparaître de la science une grande contradiction. Telle a été la plus importante communication de cette séance, dans l'ordre des sciences physiologiques et médicales.

M. Mandl, dans la même séance, a présenté un mémoire qui renferme le résultat de ses recherches sur le développement des tissus fibrillaires. Contrairement à l'opinion de la plupart des auteurs modernes qui font procéder les fibres de l'allongement et de la division des cellules, M. Mandl attribue leur développement à la scission du blasthème solidifié... Nous laisserons aux micrographes le soin de contrôler et d'élucider entre eux ce point d'histologie.

Un comité secret a été tenu à la suite de cette séance, dans lequel la section de minéralogie et de géologie a présenté, par l'organe de son doyen M. Cordier, la liste suivante de candidats pour la place vacante par suite du décès de M. Constant Prevost.

En 1re ligne.	M. D'Archiac;
En 2e ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique.	MM. Daubrée; Deville (Ch. St-Claire); Dorbigny (Alcide); Durocher;
En 3e ligne.	M. Rozet.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance. — Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Affection des voies urinaires d'un diagnostic difficile.

(Observation recueillie par M. J. BIEBUYCK.)

Le 20 janvier dernier, il est entré dans le service de M. Nélaton un homme de quarante à quarante-cinq ans, d'une constitution assez forte, et présentant une affection complexe : très-intelligent, cet homme exposait avec beaucoup de précision et de netteté tous les phénomènes pathologiques qu'il avait pu observer dès le début de sa maladie.

Depuis quelque temps déjà, il urinait assez mal, lorsqu'au commencement de l'année dernière, vers le 8 janvier 1856, il fut pris tout à coup d'une rétention d'urine complète qui le fit souffrir d'une manière atroce. Interrogé plus attentivement sur ce qu'il entendait par ces mots *uriner mal*, s'il voulait dire que l'émission de l'urine était difficile ou douloureuse, il répondit qu'elle était difficile, mais peu douloureuse. Cependant, puisque des douleurs s'étaient manifestées quelquefois, il était important de savoir quel était leur caractère, dans quelles circonstances et surtout à quel moment de la miction elles se faisaient particulièrement sentir; car notre malade portait un calcul, et l'on sait que les douleurs dans ce cas présentent un caractère spécial et ne se font sentir que lorsque la vessie vidée se contracte sur le calcul lui-même. Si ces particularités s'étaient manifestées, elles auraient pu éclairer le médecin, et lui faire rechercher aussitôt la présence de la pierre, qui ne fut reconnue que plus tard. Il est probable que ces symptômes ont manqué complètement ou du moins ne se sont présentés qu'à un faible degré, car le malade ne s'en est point aperçu, quoiqu'il s'observât très-attentivement. La seule chose qui l'ait préoccupé, c'est la difficulté d'uriner.

Il était alors au Brésil, à Rio-Janeiro. Il s'adressa à un habile chirurgien de cette ville, qui le sonda : cette opération fit sortir une quantité considérable d'urine, près de deux litres; mais il n'urina pas mieux qu'avant l'opération. Le cathétérisme fut répété plusieurs fois, puis une sonde fut laissée à demeure dans la vessie, afin de permettre aux parois vésicales de revenir sur elles-mêmes et de reprendre la contractilité qu'une distension trop forte et trop longue leur avait fait perdre. Tous ces moyens furent sans résultats. Le médecin conseilla alors les bains d'immersion; le malade se rendait tous les jours au bord de la mer, s'y précipitait brusquement, et en sortait au bout de quelques instants. Il eut ensuite recours à l'électricité; mais tous ces moyens échouèrent comme les précédents. Ce fut alors que, sondant de nouveau son malade, ce médecin reconnut la présence d'un calcul dans la vessie : une nouvelle indication se présentait. Trois ou quatre séances de lithotritie eurent lieu dans l'espace de quatre semaines. Chacune de ces séances fut productive. Le calcul fut broyé et les débris expulsés, du moins en partie. A la suite de l'avant-dernière séance, le malade souffrit beaucoup, puis une tumeur se montra dans la région hypogastrique du côté droit. Cette tumeur s'accrut rapidement, et, lorsqu'elle eut acquis des proportions considérables, le médecin, jugeant qu'il avait affaire à une collection purulente, y fit une incision, qui, au dire du malade, n'aurait pas eu moins de deux pouces de profondeur sur trois de long. Cependant le pus ne sortait pas. Persuadé qu'il s'agissait d'un abcès profond, le médecin introduisit un doigt ou peut-être quelque instrument mousse pour déchirer les brides, et pénétra jusqu'à l'excavation pelvienne : aussitôt une quantité considérable de pus jaillit du foyer. Le malade se sentit soulagé, et attendit le résultat de cette opération. La plaie se cicatrisa, mais la difficulté d'uriner persista toujours au même degré. Le médecin, ayant fait alors une nouvelle tentative de lithotritie, déclara que cette opération n'était plus applicable, qu'il s'agissait d'une pierre enchatonnée. Il renvoya le malade à Paris, dans le service de M. Civiale, qui, après l'avoir soigneusement étudié, l'adressa à M. Nélaton.

A ce moment, le malade portait une énorme tumeur occupant la partie supérieure, antérieure et interne de la cuisse droite, en contact avec la symphyse, la branche horizontale, la branche descendante du pubis, la branche ascendante de l'ischion et venant envahir en dehors une partie de la face antérieure de la cuisse. Recouverte par les muscles adducteurs, elle recouvrait la branche horizontale du pubis dans plus de la moitié de son étendue, mais ne la dépassait pas en haut; car en déprimant les parois abdominales, on sentait cette branche dans toute sa longueur. Cette tumeur avait refoulé les organes voisins : la verge était déviée à gauche, et dépassait un peu la ligne médiane; l'artère fémorale était repoussée en dehors.

Cette tumeur n'était pas seule. En palpant la région hypogastrique, on trouvait une masse dure, mamelonnée, ne pouvant être déplacée dans aucun sens, s'élevant au-dessus du pubis jusque vers l'ombilic, si peu douloureuse qu'il était difficile de dire si cette douleur ne devait pas être rattachée à la vessie. Cette tumeur n'était qu'un prolongement de la tumeur extérieure. On aurait pu croire, au premier abord, qu'elle était formée par la vessie distendue et s'élevant au-dessus du pubis; mais notre malade introduisait facilement des sondes flexibles dans le réservoir urinaire, et le vidait toutes les heures. Il n'y avait donc pas à admettre une distension de la vessie. C'était une tumeur comprimant la vessie, et non formée par la vessie elle-même.

Si l'on introduisait le doigt par le rectum, on trouvait bientôt un relief considérable donnant l'idée d'une troisième tumeur beaucoup plus grosse que le poing, tumeur mobile qui occupait toute la moitié droite de l'excavation pelvienne. Cette tumeur refoulait à gauche le rectum et la prostate, et comprimait le canal urétral. Il était très-facile de distinguer la prostate de la tumeur qui lui était accolée; on sentait très-bien le point précis où finissait la première et où commençait la seconde.

Quant aux caractères de ces tumeurs, elles étaient fermes dans toute leur étendue, mamelonnées, présentaient des saillies, des bosselures, des intervalles, des sillons, et étaient parfaitement circonscrites dans tous les sens. Les téguments de l'aine n'étaient pas adhérents à la tumeur de cette région, et il devait en être ainsi, attendu que la tumeur n'était pas sous-cutanée, ou du moins ne l'était que dans une très-petite étendue, dans l'intervalle compris entre le couturier et les adducteurs. On apercevait à travers la peau quelques veines dilatées dans le tissu cellulaire sous-jacent à cette membrane.

C'est quelque chose de singulier et de très-frappant que l'apparition de ces diverses tumeurs. Le malade n'hésitait nullement à les considérer comme une conséquence des opérations de lithotritie qui lui avaient été faites. Plusieurs médecins même ont pu les considérer comme le résultat d'une infiltration urineuse, consécutive à une perforation de la vessie; et, en effet, cette erreur

---

LETTRE SUR LE CHOLÉRA DE L'YONNE.

A monsieur le docteur ANCELON, *médecin de l'hôpital de Dieuze.*

Mon très-honoré confrère,

La Société des sciences de l'Yonne, en poursuivant ses recherches sur l'influence géologique du sol dans le développement du choléra, n'a pas prétendu faire de l'étiologie exclusive; elle n'a pas même voulu considérer la sécheresse ou l'humidité des terrains comme cause déterminante, mais simplement comme agents de modification.

Les résultats obtenus par une statistique sévère l'autorisent à penser qu'il y a quelque chose de vrai dans l'idée que certains sols favorisent l'évolution meurtrière du miasme épidémique, tandis que d'autres semblent neutraliser ou amoindrir son action. Doit-on attribuer ces différences à certaines conditions atmosphériques, à certains éléments constitutifs des couches géologiques, à la prédominance de certains tempéraments acquis dans tel ou tel milieu, et peut-être à toutes ces causes à la fois, je ne m'en occuperai point ici. Je me conforme à votre désir, d'écarter les explications et les théories, et j'entre résolûment dans le domaine des faits, qui seuls ont de la valeur dans la question que nous débattons aujourd'hui.

Le département de l'Yonne est admirablement posé pour faciliter l'enquête; il offre graduellement la succession de tous les étages géologiques, depuis le granit jusqu'aux terrains tertiaires inclusivement. Nos recherches embrassent les trois épidémies qui ont désolé la France à trois époques différentes, et qui ont laissé particulièrement des traces si douloureuses dans nos contrées.

Voici sommairement la statistique de ces trois épidémies dans leurs rapports avec les différentes couches du département :

Terrains imperméables.		
Le granit a perdu.	0	de ses habitants.
Le terrain tertiaire inférieur (Puysaie). .	1/595	—
La craie inférieure (étage néocomien). .	1/190	—
Le granit et le lias (ville d'Avallon). . .	1/176	—
Le terrain liasique.	1/138	—
Le terrain mixte crétacé supérieur et tertiaire inférieur. . . .	1/65	—
Terrains perméables.		
La craie inférieure (étage albien). . . .	1/40	—
L'oolithe inférieure.	1/40	—
Le terrain crétacé supérieur.	1/39	—
L'oolithe supérieure.	1/31	—
L'oolithe moyenne.	1/14	—

J'omets à dessein, dans ce tableau, le terrain d'alluvion, qui offre une perte de 1/34 de ses habitants, parce que n'existant qu'à l'état de bandes très-étroites dans les vallées à courants d'eaux vives, il n'a pu exercer aucune influence sur la santé des riverains, qui sont modifiées et par les couches environnantes, et par les mouvements continuels d'une atmosphère qui court pour ainsi dire avec les eaux de la vallée. Vous savez, du reste, mon très-honoré confrère, que ce n'est pas par l'humidité insalubre qu'on pourrait expliquer la préférence du choléra pour les grands cours des fleuves et des rivières.

Les chiffres que je viens de vous soumettre sont le résultat d'une investigation consciencieuse; ils parlent assez haut pour n'avoir pas besoin de commentaires. Vous me direz maintenant qu'un seul département ne peut suffire dans la circonstance pour autoriser des conclusions. J'en conviens parfaitement; mais est-il déraisonnable de provoquer une curiosité semblable à la nôtre chez nos confrères des diverses provinces de l'Empire? La question ne vaut-elle pas bien la peine d'être élucidée? Vous en tiendrez-vous aux protestations de nos honorables confrères de la Gironde, qui nient l'immunité des terres marécageuses, bien que leur département, essentiellement paludéen, ait à peine souffert des atteintes du choléra, si l'on excepte la ville de Bordeaux et sa banlieue, qui rentrent dans les conditions fâcheuses des grands centres de population? Vous contenterez-vous du silence des médecins de la Marne, de la Haute-Marne et de tant d'autres localités assises sur le calcaire jurassique le plus spongieux, dont les habitants ont été, à trois reprises différentes, si cruellement décimés par le fléau?

Je suis heureux cependant, mon très-honoré confrère, d'avoir rencontré dans ma route un observateur aussi distingué que vous; vos résultats semblent confirmer jusqu'à un certain point les nôtres; ainsi vous avez très-bien remarqué que la marche du choléra dans les com-

était facile à commettre, je dirai même qu'il était difficile de l'éviter, tant les faits semblaient, par leur enchaînement, appeler cette explication en apparence si rationnelle. A la suite d'une des dernières séances de lithotritie, une douleur très-vive se manifeste. Une tumeur apparaît; on l'ouvre, elle suppure et puis se cicatrise: il y a eu là une inflammation péri-vésicale. Aussitôt après, une seconde tumeur apparaît, présentant tous les caractères d'une tumeur urineuse. Quoi de plus naturel que de rattacher toute cette série de symptômes à une même cause, à une perforation de la vessie?

Tel ne fut pas l'avis de M. Nélaton. Il ne tarda pas à reconnaître que ces tumeurs n'étaient nullement le résultat des manœuvres de lithotritie qui avaient été faites, mais constituaient une affection spéciale et tout à fait indépendante, n'ayant avec ces manœuvres qu'un simple rapport de coïncidence. Voici les considérations qu'émit à ce sujet le savant professeur:

« Lorsque les voies urinaires ont été perforées et que la déchirure est assez large, l'urine s'épanche abondamment; il y a inflammation avec mortification du tissu cellulaire, d'où abcès, suppuration, etc. Mais si l'urine ne s'écoule que goutte à goutte, elle détermine une inflammation très-modérée, d'où résulte une infiltration plastique qui rend les tissus durs et compactes. Cette augmentation dans la consistance se propage à des distances considérables, sans qu'il y ait aucune tendance à la formation du pus. Les choses restent ainsi jusqu'à ce qu'on ait rétabli le cours des urines; le tissu reprend alors son état normal. C'est une infiltration de cette dernière espèce qui a paru exister chez notre malade. Mais cette infiltration a des caractères qui permettent de la reconnaître. D'abord elle n'a jamais de limites précises: c'est toute une région qui s'indure, sans que l'on puisse distinguer de point précis entre la partie saine et la partie malade. Nos tumeurs, au contraire, sont parfaitement circonscrites. De plus, cette infiltration, est toujours accompagnée d'un œdème que l'on reconnaît facilement quand on le cherche avec les précautions convenables. C'est pourquoi j'ai imprimé pendant quelque temps deux doigts sur la tumeur. Malgré l'insistance que j'y ai mise, je n'ai pas pu produire cette dépression qui indique l'expulsion graduelle d'un fluide capable de se déplacer. Ces raisons me font rejeter l'idée de tumeurs communiquant avec les voies urinaires. — Qu'est-ce donc que ces tumeurs? Je crois que ce sont des tumeurs cancéreuses, des tumeurs encéphaloïdes, fibro-plastiques; et pour justifier cette opinion, je me fonde sur la marche de la maladie, sur la forme de ces tumeurs, leur volume, leurs bosselures, leur dureté, leur parfaite délimitation, etc., etc. Ces tumeurs sont nées toutes d'un seul et même point: les tumeurs sus-pubienne et intra-pelvienne ne sont que des prolongements de la tumeur externe. Elles ont pris naissance de cette dernière au niveau de la branche descendante du pubis, et ascendante de l'ischion, et sont venues se montrer, l'une dans la région hypogastrique, l'autre dans l'excavation pelvienne. Cette origine nous explique à merveille comment nous n'avons pas eu de ces douleurs sciatiques rebelles que l'on rencontre si souvent dans le cas de tumeurs intra-pelviennes. Ces tumeurs naissant généralement de l'articulation sacro-sciatique, viennent bientôt comprimer le nerf lombo-sacré, origine du grand sciatique. Ici la tumeur part de la partie antérieure et n'est pas encore arrivée assez loin en arrière pour pouvoir comprimer ce nerf. Le toucher pratiqué dans un certain sens permet d'ailleurs de faire pénétrer les doigts entre le sacrum et la tumeur.

Ces tumeurs ont probablement existé bien longtemps avant d'apparaître à l'extérieur: ce sont évidemment celles qui, dès le début du mal, ont déterminé cette difficulté de la miction contre laquelle tous les moyens sont venus successivement échouer. Et il n'en pouvait pas être autrement. Que pouvaient, en effet, contre une pareille cause, tous les moyens qui ont été tentés? Le tissu cancéreux, poursuivant sa marche progressive, devait nécessairement amener cette rétention d'urine complète, contre laquelle l'extraction de la tumeur pouvait seule être efficace. Cette extraction est aujourd'hui complétement impossible, et les tumeurs que porte notre malade finiront nécessairement par entraîner une terminaison fatale.

Quel doit être le rôle du médecin en pareille circonstance? Nous ne pouvons faire pour lui qu'une seule chose, c'est de régulariser autant que possible l'émission de l'urine. Nous ne savons pas précisément s'il existe ou non une pierre dans la vessie.

J'ai cherché à faire pénétrer une sonde métallique dans la vessie; mais le canal est dévié, je n'ai pu y arriver. Je pensais introduire une sonde en gomme élastique, et conduire par cette sonde un mandrin que j'aurais retiré ensuite pour explorer plus librement la vessie avec cette tige métallique. Je ne l'ai pas fait parce que je n'avais pas de mandrin convenable, et que d'ailleurs la certitude que cette manœuvre aurait pu nous procurer sur la présence ou l'absence de calculs, n'aurait aucune conséquence pratique.

En effet, supposons que nous constations la présence d'un calcul. Que ferons-nous? la lithotritie! elle est tout à fait impossible: une sonde métallique ne peut arriver jusqu'à la vessie; à plus forte raison un instrument lithotriteur ne pourrait y pénétrer. Ferons-nous la taille périnéale ou sus-pubienne? Ces opérations sont impraticables: car les régions périnéale et sus-pubienne sont presque complétement occupées par les tumeurs que nous avons signalées. Il y a plus: quand ces opérations seraient possibles, il faudrait encore s'en abstenir. Car la taille est une opération déjà très-dangereuse dans les circonstances ordinaires, mais beaucoup plus dangereuse encore dans celles où nous nous trouvons ici. Quand il s'agit d'une opération aussi grave, il faut, pour être autorisé à agir, qu'il y ait comme compensation la prévision d'un bénéfice réel pour le malade; il faut surtout que celui-ci ait assez de vie en perspective pour jouir de ce bénéfice.

Mais quand la pierre serait enlevée chez notre malade, l'émission de l'urine ne serait nullement facilitée. La tumeur intra pelvienne, qui comprime le canal, n'en continuerait pas moins à produire une rétention irrémédiable. N'oublions pas d'ailleurs que les tumeurs qu'il porte doivent le faire périr misérablement dans un temps qui ne saurait être éloigné. Ces tumeurs, qui depuis quatre à cinq mois ont pris de si grands développements, marcheront bien plus vite encore à l'avenir. La marche de ces cancers est toujours de plus en plus accélérée.

Nous sommes donc condamnés à laisser périr cet homme; tout ce que nous pouvons faire pour lui, c'est de remédier autant que possible à la compression du canal, en introduisant fréquemment des sondes flexibles pour éviter la distension de la vessie; de calmer les douleurs s'il en survient, de soutenir son courage et d'adoucir ainsi ses derniers moments. C'est là une décision bien triste, mais il y a malheureusement des limites que la chirurgie ne peut pas franchir. »

Ces fâcheuses prévisions ne tardèrent pas à se réaliser. Un mois après, notre malade succombait aux progrès incessants et de plus en plus rapides de son affection. Ses tumeurs étaient devenues le siége de douleurs assez vives, les digestions ne s'accomplissaient qu'avec lenteur et difficulté; la peau avait revêtu cette teinte jaune paille caractéristique du cancer; nous avions, en un mot, tous les signes de la cachexie cancéreuse la plus franche et la plus profonde.

L'autopsie démontra l'exactitude du diagnostic que M. Nélaton avait formulé devant nous. L'examen des tumeurs fit reconnaître qu'elles étaient formées par une matière cancéreuse fibro-plastique présentant des poches remplies de matières fluides, de sang altéré, etc. Quant à la situation précise, à l'origine et au développement de ces tumeurs, l'examen microscopique ne fit également que confirmer ce qui nous avait été si franchement annoncé.

Il y avait dans la vessie deux pierres assez grosses et quelques autres plus petites; la face interne de cet organe était ecchymosée, mais il n'y avait aucune perforation, par conséquent aucune communication entre la vessie et les tumeurs. Signalons enfin comme lésion accessoire, la dilatation qu'avait subie l'artère iliaque au-dessous des points comprimés, et l'aspect particulier qu'elle présentait, aspect qui simulait assez bien un intestin grêle revenu sur lui même.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Angine couenneuse (vrai croup) traitée sans succès par le chlorate de potasse. — Trachéotomie. — Guérison.

Par M. E. TRIQUET.

Un enfant de quatre ans et demi, le nommé Louis Bourdon, demeurant rue Simon-Lefranc, n° 5, fut atteint, sans cause connue, d'une angine couenneuse dans les derniers jours de novembre 1856.

Le médecin ordinaire de la famille, M. le docteur Gui-Deussus, reconnut de suite la maladie qu'il avait sous les yeux, et prescrivit l'application de six sangsues sur les côtés du cou; un vomitif fut aussi administré.

Le lendemain, le chlorate de potasse était donné à la dose de 4 grammes pour une potion de 100 grammes dans les vingt-quatre heures; mais la diphthérite ne fut point enrayée par cette médication.

D'abord limitée à la face interne des amygdales, la fausse membrane s'étendit au larynx et même à la trachée. Les symptômes généraux, surtout la fièvre et la suffocation, jusqu'alors à peine marqués, prirent tout à coup une grande intensité. La toux était rauque, striduleuse; la voix, voilée, présentait le timbre caractéristique du vrai croup. Toutes les cinq minutes, et même plus souvent, l'enfant était pris d'une quinte de toux avec menace de suffocation imminente.

Le chlorate de potasse avait été continué depuis quatre jours avec persévérance; cependant les accidents devenaient pressants, la respiration ne s'entendait que très-incomplétement quand on appliquait l'oreille à la partie postérieure de la poitrine; il y avait, en outre, un mélange de râles sibilants et ronflants, indices non équivoques d'une bronchites probablement pseudo membraneuse; le pouls était à 150, petit, serré; la face était plombée.

Appelé dans ces circonstances, je proposai la *trachéotomie* comme ressource ultime; elle fut acceptée par les deux confrères traitants.

Le 31 novembre (six heures du soir), il fut convenu que l'opération serait pratiquée à onze heures du soir, si la situation n'était pas devenue meilleure; mais avant de nous retirer, j'émis l'opinion de faire séance tenante une cautérisation pharyngienne, et même portée jusqu'à l'orifice supérieur du larynx, avec une solution au tiers de nitrate d'argent; ce parti fut accepté et exécuté à l'aide d'une petite éponge fixée sur une baleine recourbée et flexible. La cautérisation détermina une quinte de toux violente; l'enfant expectora quelques débris de fausses membranes, mais il n'y eut point de soulagement. A onze heures du soir, nous nous trouvons réunis, comme il avait été convenu.

L'enfant nous parut menacé d'une suffocation imminente, et l'opération fut décidée; on me chargea de la pratiquer. Je donnai la préférence au procédé ancien, préconisé par M. le professeur Trousseau. Ce procédé consiste à aller lentement, très-lentement, à n'inciser les tissus qu'après les avoir reconnus du doigt et de l'œil. La peau et l'aponévrose cervicale incisées, employer autant que possible la sonde cannelée pour écarter les muscles, les crochets mousses, pour maintenir béantes les lèvres de la plaie et tenir les veines à distance; absterger le sang avec soin et à mesure qu'il paraît; bien mettre la partie antérieure de la trachée à nu, et pratiquer la ponction seulement quand il ne s'écoule plus de sang à sa surface. En suivant ces principes, l'opération ne présenta ni difficultés ni accidents.

La trachée incisée, une canule double de 6 millimètres de diamètre fut placée avec facilité; puis une grosse cravate est nouée autour du cou de l'enfant. La nuit fut bonne, et le petit malade ne fut réveillé que trois ou quatre fois par une quinte de toux, suivie d'une expulsion de fausses membranes par la canule.

Le lendemain, 25 novembre, l'enfant était sensiblement mieux. Nous le trouvons assis sur son lit et jouant comme en bonne santé. Le pouls était toujours à 150, mais plus développé; la peau était halitueuse; la poitrine était toujours ronflante, mais la respiration s'entendait dans toute son étendue. La canule fut nettoyée, l'enfant prit du bouillon facilement: il eut une petite quinte de toux pendant la déglutition. Pour unique prescription, pendant la journée, une petite tasse de bouillon fut donnée toutes les heures, et pour tisane, une infusion de violettes.

L'enfant rendit des fausses membranes par la canule; elles étaient courtes, assez larges, et dépourvues d'embranchements.

La nuit fut encore bonne; et le lendemain 26, bien que le pouls conservât sa fréquence, et que ce symptôme nous inspirât quelque inquiétude, le bouillon fut continué, et même on permit un peu de chocolat en bouillie très épaisse.

---

munes rurales s'est montrée d'autant plus rapide que la constitution médicale de ces communes était moins influencée par l'action des effluves paludéens; que le canton de Dieuze, en particulier, ayant été préservé en 1832, avait eu dans les deux dernières épidémies une invasion très-modifiée par la présence des marais de l'Inde basse. Ce sont des faits précieux qu'il ne faut pas négliger.

Enfin, vous avez proclamé, en plaisantant, le véritable spécifique du choléra, l'*eau froide à haute dose*, qui, sérieusement, a plus de droits que vous ne le pensez au fameux prix Bréant, sur lequel tant de gens ont bâti de magnifiques châteaux en Espagne. Vos paysans buveurs d'eau trouveront un compétiteur très-redoutable dans la personne de notre honorable confrère le docteur Tourrette (de Chambly), qui a publié, en 1853, un excellent travail sur la matière. Toutes ces données confirment merveilleusement, en théorie et en pratique, les résultats de notre enquête.

J'aborde en tremblant les conclusions renfermées dans votre dernière lettre, et je suis pas à pas votre inexorable logique qui vient nous donner une si rude leçon. — La variole déplacée par la vaccine, voilà la boîte de Pandore!

Indè mali labes!...

Je me permettrai de vous dire que vous n'aurez pas encore le prix Bréant pour cette découverte.

Ce n'est pas moi, croyez le bien, qui m'inscrirai en faux contre votre terrifiant aphorisme. Je fais une large part à l'influence vaccinale sur la santé publique, et je suis de ceux qui pensent qu'une maladie toute d'élimination telle que la variole, ne peut pas être impunément confisquée au profit de l'enfance, sans détriment pour l'âge adulte.

Je rends toute justice aux magnifiques travaux de MM. Carnot et Bayard, sans oublier les vôtres, mais je ne voudrais pas tout renfermer dans le cercle de la question vaccinale. Il me semble qu'il existe d'autres éléments de modification dans la mortalité. L'histoire nous a conservé des faits qui prouvent évidemment que les nations se meuvent suivant certaines lois, qui sont de tous les temps et de tous les pays, et que les périodes de progrès, d'état ou de décadence, se trahissent toujours à certains signes que l'on retrouve dans le calcul du mouvement de la population.

Aussi, pour que chacun de ces éléments modificateurs entrât en ligne de compte, je voudrais que le médecin voulût bien franchir les limites de sa spécialité. Notre savant et spirituel confrère, le docteur Joux, nous racontait il y a quelques jours dans ce même journal, combien il est indispensable au médecin d'être géologue et agriculteur; d'autres vous diront combien il serait urgent que nous fussions astronomes, physiciens, géomètres, économistes, *et cætera*.

Oui, mon très-honoré confrère, et vous le savez mieux que moi, l'étude des lois qui président à la vie et à la mort est extrêmement complexe, et la cause vaccinale n'est qu'un élément nouveau de ce gigantesque problème. Cet élément a une valeur immense; il faut le sonder dans toutes ses profondeurs, mais il serait inhabile de négliger les autres faces de la question.

La statistique, telle que l'a érigée M. Carnot, a droit à la plus sérieuse attention; elle fait naître les plus douloureuses pensées, et malgré soi, après la lecture des travaux du savant mathématicien, on se rappelle ce remarquable passage de Montesquieu: « Dans un dénombrement de Rome fait quelque temps après l'expulsion des rois, et » dans celui que Démétrius de Phalère fit à Athènes, il se trouva à peu » près le même nombre d'habitants: Rome en avait 440,000; Athènes 431,000. Mais ce dénombrement de Rome tombe dans un temps » où elle était dans la force de son institution, et celui d'Athènes dans » un temps où elle était entièrement corrompue. On trouva que le » nombre des citoyens pubères faisait à Rome le quart de ses habitants, et qu'il faisait à Athènes un peu moins du vingtième; la puissance de Rome était donc à celle d'Athènes à peu près comme un » quart est à un vingtième, c'est-à-dire qu'elle était cinq fois plus » grande.

Après Montesquieu je n'ai plus rien à dire, sinon à vous remercier, mon très-honoré confrère, des excellentes lettres que vous avez bien voulu me dédier; c'est un honneur pour moi, et une bonne fortune pour les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*, qui savent ce que vaut votre nom, et ce que peut votre probité scientifique.

Agréez, etc. E. DUCHÉ, D.-M.

Ouanne, le 18 avril 1857.

Les 26 et 27, même état.

Les 28 et 29, la toux devenant très-catarrhale, une potion avec 10 centigrammes de kermès fut prescrite.

L'enfant prit tous les matins une tasse de chocolat très-épais et du bouillon dans la journée.

Les fausses membranes se détachèrent peu à peu, et le huitième jour de l'opération l'enfant ayant cessé d'en rendre, et la voix commençant à devenir normale quand on bouchait la canule, celle-ci fut enlevée. Le pouls diminua seulement alors de fréquence (140, 135), mais il ne descendit pas au-dessous de 130 pendant toute la convalescence (du 2 au 10 décembre). Quelques bandelettes de diachylon affrontèrent les bords de la plaie du cou, et un pansement simple compléta l'appareil.

En huit jours la plaie était comblée par des bourgeons charnus de bonne nature, et aujourd'hui une cicatrice régulière est venue compléter la guérison.

Cette observation est digne d'intérêt : 1° au point de vue du traitement par le chlorate de potasse, employé sans succès dans ce cas particulier ; 2° relativement à l'opération.

On a pu voir que l'opération avait été faite avec une grande lenteur. C'est qu'en effet une expérience déjà longue m'a mon ré que cette voie était sinon brillante, du moins sûre et exempte d'accidents.

Je sais bien que depuis quelques années un honorable chirurgien a appelé l'attention sur un procédé plus expéditif, et qui consiste à ouvrir d'emblée et d'un seul coup la trachée, après l'avoir préalablement fixée à l'aide d'un ténaculum cannelé. Ce procédé, que j'ai mis en usage plusieurs fois, ne m'a jamais donné que des insuccès. D'ailleurs, les accidents qui sont la conséquence du procédé lui-même me paraissent devoir être mentionnés.

Depuis cinq ans, j'ai pratiqué dix-sept fois la trachéotomie, et dans sept cas les accidents m'ont paru si urgents, si prochainement mortels, que j'ai dû employer le procédé de M. Chassaignac, dont je parlais à l'instant, et voici les accidents qu'il a déterminés :

1° Immédiatement après la ponction de la trachée par le ténaculum, et à la première expiration de l'enfant, avant l'incision de la trachée, l'air s'infiltre par la petite plaie faite par la pointe du ténaculum à la trachée, en suivant la cannelure de l'instrument, et vient former un emphysème plus ou moins considérable.

2° Dans un cas cet emphysème se répandit avec la rapidité de l'éclair dans tout le tissu cellulaire du cou, de la face, de la poitrine. Cette complication augmenta sensiblement la dyspnée, et nous parut avoir exercé une influence fâcheuse sur les suites de l'opération ;

3° En pénétrant ainsi d'emblée dans la trachée, les veines thyroïdiennes sont blessées presque inévitablement, et du sang en abondance tombant dans le canal aérien, viendra augmenter les chances de suffocation ;

4° Je laisse de côté le cas où la thyroïdienne de Neubauer serait divisée ; celui dans lequel le corps thyroïde, descendant très-bas, viendrait aussi à être entamé par l'opérateur. Ces divers accidents, tous également graves, et que j'ai observés, m'ont imposé le légitime devoir d'abandonner ce procédé à grande vitesse, qui est bon à l'amphithéâtre, mais détestable dans la pratique ;

5° Que serait-ce donc si je parlais d'un autre accident, la *blessure de l'œsophage*, et qu'une main très-habile n'aurait pas évitée.

MALADIES DE LA PEAU. — M. Chausit.

De l'emploi du glycérolé d'aloès dans quelques affections de la peau.

L'étude rationnelle des maladies de la peau a établi que le plus souvent elles sont sous la dépendance d'un état général qu'il est indispensable de modifier pour guérir les affections qui en sont l'expression extérieure. Aussi est-il toujours vrai de dire que l'emploi de moyens généraux et internes joue le principal rôle dans le traitement de ces maladies.

Cependant des observations répétées m'ont permis d'apprécier un point, secondaire peut-être, mais important dans la pratique : c'est que dans beaucoup de cas il y a un état local qui exerce une influence réelle sur la marche de l'éruption, et qui réclame un traitement tout local aussi. J'ai remarqué en effet que dans le *lichen agrius*, par exemple, surtout quand il est fixé à certains siéges, l'affection est compliquée d'un symptôme qui tient peut-être à des conditions de tissu particulières aux points affectés, et qui contribue à entretenir, à aggraver même la maladie. Je veux parler des excoriations, des fissures que l'on observe notamment à la peau de la face dorsale des articulations phalangiennes, aux poignets et aux plis de flexion des grandes articulations des membres. Si elles sont, dans certains cas, la conséquence naturelle des progrès de la maladie, elles résultent le plus souvent d'habitudes manuelles, de la marche, de certaines impressions extérieures, en un mot des mouvements eux-mêmes qui se produisent involontairement dans ces régions où la peau, devenue épaisse et rugueuse, a perdu sa souplesse normale ; dès lors elle se casse et se déchire sous l'influence des tiraillements incessants auxquels elle est soumise. Cela est si vrai que j'ai pu en obtenir la disparition par le seul fait de l'immobilisation de la partie malade toutes les fois qu'elle pouvait être employée sans occasionner trop de gêne et de contrainte, circonstance qui se présentera rarement en pratique.

Ce résultat a été surtout remarquable chez une blanchisseuse atteinte depuis six semaines environ d'un lichen compliqué de crevasses pénibles et fixé aux deux derniers doigts de la main droite. Depuis vingt-cinq jours, j'avais déjà essayé plusieurs topiques sans obtenir aucune amélioration. Tout autour de ces fissures, que les mouvements de flexion des doigts rendaient douloureuses et saignantes, la peau était rouge, épaissie, rugueuse et couverte de croûtes grisâtres ; le prurit était violent. Je conseillai à cette malade, très-intelligente et très-soigneuse d'elle-même, de maintenir les deux doigts affectés dans une extension forcée et une immobilité absolue au moyen d'une petite attelle placée à la face palmaire et fixée par quelques tours de bande.

Au bout de quatre jours, les gerçures étaient complétement fermées ; l'inflammation ambiante, caractérisée par du gonflement avec hypertrophie et rougeur de la peau, avait considérablement diminué ; huit jours plus tard, toute trace de l'éruption avait disparu.

J'obtins un résultat analogue dans un cas de lichen *circumscriptus* occupant au dos de la main droite tout le premier espace intermétacarpien et compliqué de fissures assez profondes. L'immobilisation fut exécutée au moyen d'un petit ruban qui réunit et maintint en contact le pouce et l'index. Trois jours après, les fissures avaient disparu, et peu à peu l'état de la surface malade ne tarda pas à se modifier heureusement.

Je dois ajouter que l'éruption fit plus tard des progrès vers la face dorsale de la main, mais les fissures ne parurent plus sur les points primitivement affectés.

Ce fait, fort simple en apparence, m'a conduit à penser qu'il serait possible d'obtenir un résultat analogue à l'aide d'un topique qui amènerait la cicatrisation des points ulcérés, et aurait ainsi le double avantage de faire disparaître un symptôme toujours pénible, et de réagir heureusement sur la marche même de la maladie.

Je savais que depuis longtemps la teinture d'aloès était employée avec succès contre certaines plaies rebelles dans la médecine des animaux domestiques. Des observations nombreuses recueillies en ce sens à l'École vétérinaire d'Alfort m'avaient permis d'apprécier la vertu essentiellement cicatrisante de cet agent thérapeutique. Je fus amené par l'analogie à l'essayer dans le traitement des ulcérations que je viens de signaler. C'est le résultat de ces expériences que je vais exposer en présentant à l'appui quelques observations qui m'ont semblé présenter un véritable intérêt pratique.

Obs. I. — Le nommé P..., âgé de soixante-sept ans, sans profession, ancien militaire, est venu une première fois au dispensaire, le 23 novembre 1855, nous consulter pour une éruption dont il était atteint depuis dix-huit mois environ, et qui occupait le dos de la main droite, des doigts et du poignet. Sur toutes ces régions, la peau est épaissie, rouge, sillonnée de fissures profondes, notamment au poignet et à la face dorsale des articulations phalangiennes. La plupart de ces fissures, cachées par des croûtes d'un gris bleuâtre, deviennent facilement saignantes lorsque le malade exécute brusquement les mouvements de flexion. Prurit intense ; quelques papules intactes existent sur le dos de la main et aux limites supérieures de l'éruption, dont il est impossible de méconnaître la nature : c'est un *lichen agrius*.

Le malade fut soumis au traitement suivant : solution de Pearson, 50 centigrammes ; cataplasmes le soir ; lotions de glycérine le matin. Il ne fut complétement guéri que le 12 février 1856.

La guérison s'est maintenue pendant près de dix mois.

Le 28 novembre, l'éruption reparaît, sans cause connue, sur les mêmes points et avec les mêmes caractères d'épaississement de la peau, de rougeur, de fissures, de croûtes et d'un peu de suintement. P... appliqua pendant quelques jours des cataplasmes sur la partie malade. L'éruption ne paraissant pas se modifier avantageusement, il se décida à revenir au dispensaire le 12 décembre 1856. Nous constatons alors que l'éruption présente les caractères dont nous venons de parler, et qui traduisent une récidive de *lichen agrius* aussi intense, aussi développé que la première fois. — Application quotidienne du glycérolé d'aloès, au huitième.

Le 15 grande amélioration. Les croûtes sont moins épaisses ; les crevasses sont à peu près fermées ; la peau est plus souple, le prurit supportable.

Le traitement, exclusivement local, fut continué jusqu'au 22 décembre, époque à laquelle toute trace de l'éruption avait complétement disparu. La guérison a donc été obtenue en dix jours.

Obs. II. — Le nommé H... (Louis), cordonnier, âgé de quarante-quatre ans, vient au dispensaire en mai 1856. L'éruption dont il est atteint a débuté il y a cinq ans. Depuis cette époque, elle n'a jamais disparu pendant plus d'un à deux mois ; elle a toujours occupé le dos des mains, des poignets et des doigts, en présentant pour caractères une rougeur vive, avec rudesse, épaississement de la peau, qui est sillonnée de crevasses et baignée par une quantité assez abondante de matière séro-purulente, dont la dessication forme des croûtes grisâtres. Ce sont là les caractères d'un *lichen agrius*.

Le malade, soumis au traitement suivant : — Solution de Pearson, 50 centigrammes ; cataplasmes le soir ; lotions de glycérine le matin — fut guéri au milieu du mois d'août. La guérison se maintint jusqu'au 25 novembre suivant. A cette époque, retour subit de l'éruption, qui se développa seulement sur les doigts et les espaces interdigitaux ; le dos des mains et des poignets ne fut point envahi. Elle était constituée par des disques isolés, couverts de boutons pleins, excoriés au sommet ; la peau est rouge rugueuse, crevassée dans les plis qu'elle forme sur la face dorsale des articulations. Prurit très-vif. En un mot, si l'éruption est moins étendue aujourd'hui, elle présente pourtant les mêmes caractères qu'autrefois.

Le 8 décembre, le traitement fut exclusivement local, et consista dans des applications du glycérolé d'aloès au quart.

Le 11, amélioration sensible. Les disques, dont les bords ne sont plus indiqués que par une zone légèrement rosée, ne forment pas de saillie au dessus du niveau de la peau. Les croûtes sont moins épaisses et moins abondantes ; toutes les crevasses sont fermées. Prurit à peine sensible.

Le 16, la desquamation a partout cessé. Les disques qui persistent encore se distinguent à peine de la peau environnante par une légère coloration. Depuis ce jour jusqu'à la guérison, le topique n'a été appliqué que deux fois la semaine seulement.

Le 5 janvier 1857, plus de trace de l'éruption. Le malade était revenu pour faire constater sa guérison.

Obs. III. — Le 18 novembre 1856, C... (Henri), âgé de quinze ans, polisseur sur acier, jouissant d'une bonne santé, est venu au dispensaire. L'éruption dont il est atteint a débuté, il y a trois ans, par la main gauche ; peu de jours après, la main droite a été envahie. Depuis cette époque, le mal n'a jamais disparu pendant plus d'un mois.

A cinq reprises différentes, il a été admis à l'hôpital Saint-Louis, où il n'a jamais subi de traitement intérieur. La durée de son séjour variait entre six semaines à deux mois. Il y a huit jours seulement qu'il en est sorti pour la dernière fois, et l'affection présente les caractères suivants :

La face dorsale des mains et des poignets est le siége de plaques rouges, à contours réguliers, continues les unes aux autres, couvertes de petites croûtes grisâtres, sillonnées de fissures aux plis naturels de la peau, qui est notablement épaissie. Les fissures, larges et profondes, douloureuses, sécrètent une grande quantité de matière séro-purulente. Prurit très vif. Ce sont bien là les caractères du *lichen agrius*.

Traitement. — Chlorure de calcium, 50 centigrammes, à prendre dans une tasse de tisane de chicorée sauvage, le matin à jeun. Application quotidienne de glycérolé d'aloès, qui détermine un peu de cuisson, sans trace appréciable d'irritation locale, principalement aux endroits qui sont le siége de fissures ou d'excoriations.

Le 21, toutes les crevasses sont cicatrisées ; plus de traces de suintement ; les croûtes sont sèches et se détachent par places. On voit alors la peau légèrement rosée, mais encore épaissie. Prurit moins intense.

Le 26, l'amélioration continue. Toutes les croûtes sont détachées ; il ne reste que quelques exfoliations grisâtres, irrégulièrement distribuées. La peau, dont la teinte est rosée, commence à devenir souple et moins rugueuse au toucher. Prurit à peine sensible.

Le 10 décembre, les progrès vers la guérison ont continué. Aujourd'hui la peau présente une teinte grisâtre, et s'il n'existait encore un peu de rudesse, toute trace de l'éruption aurait disparu.

Le 15, la guérison est parfaite.

Obs. IV. — La nommée Q... (Louise), ménagère, âgée de trente-six ans, est venue au dispensaire en avril 1856. Elle est affectée depuis sept ans environ d'un *lichen agrius* occupant le dos de la main droite, et qui présente les caractères ordinaires d'état rugueux et chagriné de la peau, épaississement prononcé, fissures nombreuses au poignet et sur la face dorsale des articulations phalangiennes ; suintement abondant ; croûtes grisâtres à demi desséchées. Depuis le début de cette éruption, les crevasses ont toujours persisté, et souvent elles devenaient l'occasion de douleurs si vives, que la malade était obligée de cesser de travailler. Elles ont disparu quelquefois, en été principalement, mais jamais pendant plus de quinze jours. Nous avons tour à tour employé, et sans résultat marqué, les cataplasmes, des lotions alcalines avec le sublimé, avec la glycérine, pendant sept mois consécutifs. Nous avons obtenu une diminution dans l'intensité de l'inflammation, mais les crevasses ont toujours résisté ; elles se fermaient pendant sept ou huit jours tout au plus pour reparaître sur un point ou sur un autre. La peau restait rouge et rugueuse au toucher.

Le 1er décembre, après un traitement de sept mois, la malade se trouvait à peu près dans le même état.

Application du glycérolé d'aloès, qui fut répétée le 5, le 8 et le 12. Ce jour-là toutes les fissures sont fermées ; la peau est moins rouge, un peu souple et sans trace aucune de croûtes.

Depuis cette époque, le topique a été employé d'abord deux fois, puis une seule fois par semaine ; et le 28 mars 1857, il n'était pas survenu une seule crevasse. Depuis longtemps la peau n'est plus rouge ; elle est grisâtre, souple, et conserve encore un certain degré d'épaississement. Sans doute la guérison n'est pas complète ; mais ce fait n'en offre pas moins d'intérêt au point de vue de l'heureuse efficacité du glycérolé d'aloès. Non-seulement les crevasses ont promptement disparu ; mais elles ont cessé de se produire pendant plus de trois mois consécutifs, et sans que la malade ait jamais interrompu ses occupations.

Dans ces quatre observations, il n'a pas été fait de traitement interne. Je me suis borné à l'application du glycérolé d'aloès, et, comme on le voit, l'éruption a été, dans les quatre cas, modifiée complétement en quelques jours.

Pour me convaincre que ces résultats étaient bien réellement dus à l'action du topique, j'ai cherché, comme on le verra dans un prochain article, un cas où le lichen était fixé aux deux mains. J'ai appliqué sur l'une d'elles seulement le glycérolé d'aloès, et sur celle-là seulement aussi l'éruption s'est modifiée, tandis qu'elle restait stationnaire sur l'autre.

NOUVEAU CAUSTIQUE DE VIENNE,

Par M. le Dr Dujardin, chirurgien de l'hospice général de Lille.

Tous les chirurgiens qui ont beaucoup expérimenté la poudre de Vienne ont dû remarquer deux choses : d'abord qu'elle perd presque toute sa force quand elle est préparée depuis longtemps ; ensuite, qu'elle forme souvent avec l'alcool une pâte peu homogène, grumeleuse, durcissant en peu de temps et s'étendant difficilement en couche uniforme. Ces inconvénients, qui proviennent de réactions chimiques entre la potasse et la chaux, qui n'est jamais pure et dont la composition varie selon les localités, m'ont engagé à chercher de nouvelles formules pour la préparation de cette poudre. En voici plusieurs qui m'ont donné de bons résultats :

1° Magnésie calcinée et potasse caustique, parties égales ;

2° Argile séchée au feu et potasse caustique, parties égales ;

3° Sable fin séché au feu et potasse caustique, parties égales;

4° Poudre impalpable de pierre ponce séchée au feu et potasse caustique, parties égales.

Pulvérisez et conservez dans des flacons bien bouchés.

On voit que toutes les poudres qui ne sont pas attaquées par la potasse peuvent servir pour cette préparation.

Des quatre préparations ci-dessus, la seconde, la *poudre argilo-potassique*, est celle que j'ai exclusivement adoptée depuis un an. Je l'ai mise très-souvent en usage, et elle m'a toujours procuré d'excellents résultats.

FORMULE CONTRE LE TÆNIA.

M. le docteur Reimonenq a communiqué à la Société de médecine de Bordeaux la formule empirique suivante, qui a réussi à expulser un tænia rebelle à tous les moyens employés contre lui. Les effets immédiats de cette médication ont été des coliques assez violentes et une purgation énergique qui semblent avoir été produits par les semences de courges.

Graines de courges. . . . . (N° 200.) 40 gram. environ.
Huile de ricin. . . } āā. . . . . 30 —
Miel commun. . . }

Mondez les graines, réduisez-les en pâte et ajoutez l'huile et le miel; à prendre en une seule fois dans un verre de lait.

Deux heures après l'ingestion de cette préparation, on administre dans un verre d'eau froide un mélange composé de :

Huile de ricin. . . } āā. . . . . 30 gram.
Miel commun. . . }
Jus de citron.

Le malade devra s'abstenir de manger et de quitter la chambre jusqu'après l'expulsion du tænia. (*Union méd. de la Gironde.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 avril 1857. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Sensibilité de la dure-mère, des ligaments et du périoste. — M. Flourens lit la note suivante :

1° Sur l'insensibilité de la *dure-mère*, Haller n'est pas moins absolu que sur celle des tendons. Il dénie à la dure-mère toute espèce de sensibilité.

Quoique Haller se vante du nombre de ses expériences sur la dure-mère, il est probable que j'en ai fait beaucoup plus que lui; et voici le résultat général de ce que j'ai vu :

Jamais, ni sur les oiseaux, ni sur les lapins ou les cochons d'Inde, je n'ai trouvé la dure-mère sensible; sur les chiens, je l'ai trouvée tantôt sensible et tantôt insensible.

Ainsi, la dure-mère, à la différence des tendons, est quelquefois sensible, du moins dans certains animaux, même à l'état normal.

A l'état d'irritation ou d'inflammation, elle l'est toujours, comme les expériences suivantes vont le faire voir.

Après avoir fait trépaner plusieurs chiens, j'ai fait appliquer immédiatement sur la dure-mère une couche de pommade épispastique.

Au bout de vingt ou de vingt-quatre heures, la dure-mère a paru rouge, épaissie, enflammée : on l'a très-légèrement piquée, ou plutôt à peine touchée, et l'animal s'est agité; on l'a piquée plus rudement, et l'animal a poussé des cris très-vifs.

Sur quelques-uns de ces animaux, la dure-mère a été ouverte et le cerveau mis à nu : on a piqué la dure-mère enflammée, et l'animal s'est violemment agité; on a piqué le cerveau, et l'animal est resté immobile : contraste curieux et profondément instructif! D'une part, la sensibilité très-vive de la dure-mère aux moindres excitations, et, de l'autre, l'impassibilité absolue du cerveau, même sous les excitations les plus fortes, tant qu'on ne dépassait pas les limites que j'ai le premier marquées à l'impassibilité de cet organe.

Sur un de ces chiens en particulier, à côté de la première couronne de trépan, qui m'offrait la dure-mère enflammée, j'en ai fait pratiquer une seconde, qui m'a offert la dure-mère à l'état sain.

On pouvait alors piquer, à côté l'une de l'autre, la portion de la dure-mère enflammée et la portion de la dure-mère à l'état sain; et selon qu'on piquait l'une ou l'autre, ou l'animal souffrait, criait et s'agitait, ou l'animal ne sentait rien : sous l'une et l'autre des deux portions, le cerveau était également impassible.

2° J'avais déjà fait, il y a longtemps, quelques expériences sur le ligament de la rotule ou *tibio-rotulien*.

Ce ligament est parfaitement insensible à l'état normal, comme le *tendon d'Achille*, dont j'ai parlé dans ma précédente note; et, comme le tendon d'Achille, il prend ou manifeste une sensibilité très-vive, lorsque, par des excitations prolongées (piqûres, déchirures, incisions, etc.), on l'a porté à un certain degré de rougeur et d'inflammation.

J'ai imaginé de faire appliquer une couche de pommade épispastique sur ce ligament. Vingt ou vingt-quatre heures après, ce ligament a manifesté une sensibilité extrême.

J'ai fait appliquer une pareille couche de pommade épispastique sur le tendon d'Achille, et vingt ou vingt-quatre heures après la sensibilité de ce tendon a été également excessive, extrême.

Dans ces deux cas, je n'agissais que sur un *ligament*, que sur un *tendon*, et pourtant qui n'en eût pas été averti aurait certainement pu croire aux cris de l'animal que j'agissais sur les parties les plus sensibles du corps vivant, sur les parties sensibles par excellence, et les seules qui le soient par elles-mêmes, c'est-à-dire sur les *nerfs*.

3° *Périoste*. — Tout ce que je venais de voir m'avait singulièrement étonné; ce que m'a offert le périoste m'a plus étonné encore.

S'il est une partie, une membrane, qui soit naturellement, constamment, continuellement insensible, que chacun sache être insensible, c'est sans contredit le périoste.

J'ai fait découvrir sur plusieurs chiens le périoste à la face antérieure et interne du tibia, là où le périoste est seul. J'ai fait ensuite appliquer immédiatement sur ce périoste mis à nu une couche de pommade épispastique.

Quinze, vingt ou vingt-quatre heures après, l'épispastique a été enlevé, et le périoste s'est montré rouge et un peu gonflé.

On l'a piqué alors, on l'a incisé, et à chaque piqûre, à chaque incision, l'animal a poussé des cris aigus.

Toutes ces expériences sont nettes et décisives. Toutes parlent. Toutes accusent la sensibilité des parties fibreuses et tendineuses, latente ou cachée à l'état sain, et manifeste, patente, excessive à l'état malade. Une grande contradiction de la science disparaît donc enfin! Ces mots : *douleurs de la goutte*, *du rhumatisme articulaire*, *des os*, etc., ont enfin un sens; je dis un *sens physiologique*, car tant que les parties, siége de ces douleurs, passaient pour absolument insensibles, ces mots n'en avaient pas. Comment expliquer l'existence de la douleur, et des plus cruelles douleurs, avec des parties insensibles?

Haller n'a donc vu que l'état normal, que l'état sain. Toutes ses expériences ne se rapportent qu'à cet état. Au fond, et quoi qu'il en ait dit, lui et son école, qui sur ce point domine depuis un siècle, il n'y a point de partie absolument *insensible* dans le corps vivant.

La *sensibilité* est partout, et, dans les parties même (les tendons, les ligaments, la dure-mère, le périoste) où habituellement elle est le plus obscure, il suffit d'un degré d'irritation ou d'inflammation donné pour la faire passer aussitôt de l'état latent et caché à l'état patent et manifeste.

Développement des tissus fibrillaires. — M. Mandl présente un mémoire sur ce sujet. L'auteur comprend sous le nom des tissus fibrillaires, tous les éléments qui, à leur état parfait de développement, se composent de fibres; tels sont par exemple le tissu d'union ou connectif (tissu cellulaire), les tissus séreux, élastique, fibreux, nerveux, musculaire. Suivant la plupart des auteurs, conformément aux vues émises par Schwann, les fibres doivent leur origine à des cellules qui s'allongent, puis se divisent, d'abord en fibres plates, puis en fibrilles. Mais dès l'année 1843, M. Mandl s'est prononcé dans son *Anatomie générale* contre cette manière de voir, et il a attribué le développement des fibres à la scission du blastème solidifié. Des recherches faites depuis cette époque, tant sur l'embryon que sur l'adulte, dans la régénération et dans les produits pathologiques, l'ont conduit à des résultats qui confirment cette opinion.

La substance fondamentale, dit-il, qui donne naissance aux fibres, est une masse d'abord homogène, amorphe, molle, diffluente, puis gélatineuse, plus tard solide, résistante. Dès les premiers moments de son existence, on y découvre de petits corpuscules qui devront subir ultérieurement diverses transformations. Au fur et à mesure que se consolide la substance fondamentale, on y voit apparaître des fentes; ces fissures sont d'abord rares, courtes et très-éloignées les unes des autres, à la distance de 1 ou même de 2 centièmes de millimètre. Peu à peu, elles deviennent plus nombreuses, plus longues et plus rapprochées. La portion comprise entre deux fentes constitue une *fibre*. Les fibres sont par conséquent d'abord courtes et larges, plus tard longues et étroites. C'est par ce procédé de scission successive qu'une fibre large se résout en un faisceau de fibres très-déliées, qui restent pendant quelque temps encore accolées les unes aux autres, mais qui finissent par s'éparpiller.

Après avoir décrit les divers degrés de développement de la substance primitive des fibres, M. Mandl ajoute :

On peut retrouver facilement ces divers degrés de développement dans les tissus fibrillaires à l'âge adulte, en ce sens que chaque tissu présente un degré de développement déterminé, auquel il persiste pendant un temps plus ou moins long ou indéfiniment. Ainsi les tendons et les ligaments, la substance fondamentale des fibro-cartilages, les membranes fibreuses et séreuses, le derme de la peau et des muqueuses, le tissu cellulaire sous-cutané et interstitiel, se composent en général de fibres parvenues à leur développement complet; les noyaux forment ce que l'on appelle fibres de noyaux.

Les diverses membranes vasculaires (artères, veines, vaisseaux lymphatiques) puisent leurs signes différentiels uniquement dans les divers degrés de développement qu'elles ont atteints. Dans les plus externes, les fibres sont complétement développées; dans les internes, on trouve les corpuscules placés dans une substance fondamentale homogène qui n'a pas encore subi la scission. Tous les degrés intermédiaires se trouvent dans les tuniques moyennes, surtout dans les artères. (Commissaires : MM. Serres, Flourens, de Quatrefages.)

— M. Sellier répond à une réclamation adressée à l'occasion de son nouveau mémoire sur le traitement de la couperose, par M. Rochard, qui avait été son collaborateur dans un précédent travail sur le même sujet.

« Le médicament que j'emploie aujourd'hui, dit M. Sellier, sans être chimiquement différent de celui dont je faisais usage autrefois, en est bien distinct quant à la forme, et son action thérapeutique est à la fois plus puissante et plus régulière. » (Commissaires précédemment nommés : MM. Andral, J. Cloquet.)

— M. Poggioli adresse, pour le concours du legs Bréant, des observations de trois cas de choléra-morbus traités avec succès par l'électricité vitrée. (Renvoi à l'examen de la section de médecine constituée en commission spéciale.)

— M. Larcher prie l'Académie de vouloir bien comprendre dans le nombre des pièces admises à concourir pour les prix de médecine et de chirurgie, son *Mémoire sur l'hypertrophie normale du cœur pendant la grossesse*. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. Faivre adresse une semblable demande pour son *Mémoire sur le cerveau des dystiques considéré dans ses rapports avec la locomotion*. (Renvoi, conformément à la demande de l'auteur, à la commission du prix de physiologie expérimentale.)

ARRÊTÉ PORTANT RÈGLEMENT D'ÉTUDES

pour les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'arrêté du 12 mars 1841;

Vu le décret du 22 août 1854, et notamment le titre III dudit décret,

Le conseil impérial de l'instruction publique entendu.

Arrête : Art. 1er. — La durée totale des cours de pathologie externe de pathologie interne et de physiologie, dans les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie, est portée à deux ans (c'est-à-dire à deux semestres). Il est accordé un an seulement (c'est-à-dire un semestre) pour les cours d'anatomie, d'accouchements, de chimie et pharmacie, d'histoire naturelle médicale et de matière médicale, et pour les cours qui ont remplacé ces deux derniers, dans les Ecoles réorganisées.

Art. 2. — Le cours d'anatomie a lieu tous les jours (les dimanches et fêtes exceptés); tous les autres cours semestriels ont cinq leçons par semaine.

Art. 3. — Le chef des travaux anatomiques est tenu de faire, pendant les trois derniers mois du semestre d'hiver, trois leçons par semaine sur les parties de l'anatomie qui lui sont désignées par le professeur titulaire. Ces leçons ont lieu à une autre heure que celle qui aura été réservée pour le cours du professeur titulaire.

Art. 4. — Les leçons du professeur d'anatomie et de son collaborateur ont pour objet à peu près exclusif l'anatomie descriptive. Le professeur doit se borner à un petit nombre de généralités sur les os, les ligaments, les muscles, les vaisseaux, les nerfs, etc., en commençant l'histoire de chacune de ces parties de l'anatomie.

Art. 5. — La démonstration des organes splanchniques doit précéder la description des vaisseaux et des nerfs qui s'y ramifient.

Art. 6. — Les leçons de physiologie ont lieu pendant le semestre d'été. Elles sont faites par l'adjoint à la chaire d'anatomie et de physiologie, dans les Ecoles réorganisées. Cependant le titulaire peut, s'il le juge convenable, se charger du cours de physiologie, soit qu'il abandonne ou non à son adjoint l'enseignement de l'anatomie. Dans les Ecoles non réorganisées, le cours de physiologie est confié au chef des travaux anatomiques.

Art. 7. — Le professeur de physiologie débute, tous les ans, par une série de leçons ayant pour objet les prolégomènes de cette science. Il établit ensuite une alternance entre l'exposé des fonctions nutritives et celui des fonctions animales et de la reproduction, de manière qu'un enseignement à peu près complet puisse être donné en deux ans.

Art. 8. — Le cours de pathologie externe se compose : 1° d'une partie qui est reproduite tous les ans au commencement du semestre; elle a pour objet l'exposition des maladies chirurgicales qui peuvent se montrer dans toutes ou presque toutes les parties du corps (inflammations, abcès, plaies, fistules, ulcères, gangrènes, productions accidentelles etc.); 2° d'une partie subdivisée elle-même en deux autres, entre lesquelles le professeur établit une alternance, comme il a été dit à l'article 7. Ces deux subdivisions comprennent : *a* les maladies chirurgicales des différents tissus (maladies des os, des artères, des veines, des lymphatiques et de leurs ganglions, des synoviales, etc.); *b* les maladies chirurgicales des différents organes et appareils splanchniques.

Art. 9. — Dans les Ecoles réorganisées, l'enseignement de la clinique a lieu toute l'année.

Art. 10. — Dans le premier examen de fin d'année, les élèves sont interrogés sur : la chimie, l'histoire naturelle, l'ostéologie, les articulations, la myologie, les prolégomènes de la physiologie, la pathologie externe (la partie qui aura fait l'objet du cours de l'année). — Dans le second examen de fin d'année, les élèves sont interrogés sur : l'anatomie, la physiologie, la pathologie interne (la partie qui aura fait l'objet du cours de l'année), la matière médicale. — Dans le troisième examen, les élèves sont interrogés sur : la pathologie externe et interne, la médecine opératoire, les accouchements, la thérapeutique.

Art. 11. — Dans les Ecoles réorganisées, il est adjoint au jury du premier examen de fin d'année un professeur de la Faculté des sciences ou de l'Ecole préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres, dont les élèves interrogés ont suivi le cours.

Art. 12. — Le présent arrêté est exécutoire à dater de l'ouverture de la prochaine année classique, et MM. les professeurs auront soin d'y conformer leur programme.

Art. 13. — Sont maintenues les dispositions du règlement du 12 mars 1841, qui ne sont pas contraires au présent arrêté.

Fait à Paris, le 2 avril 1857. ROULAND.

M. Claude Bernard reprendra son cours de médecine expérimentale au collége de France, mercredi 29 avril, à une heure.

— M. Ambroise Tardieu, agrégé, chargé par M. le ministre de l'instruction publique d'un cours complémentaire de médecine légale, commencera ce cours à la Faculté, le mercredi 29 avril, à midi, et le continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

— M. le docteur Aug. Marlier commencera son Cours public sur les maladies des organes urinaires et génitaux, le mercredi, 6 mai, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Il traitera particulièrement des rétentions d'urine et de la lithotritie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal; par M. le docteur Al. Magne, chevalier de la Légion d'honneur. 2e édition. — A Paris, chez J. B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Nouvelle méthode de compression par les appareils élastiques, par M. Philippe Bourjeaurd, ancien chirurgien de la marine. — In-8°. — Prix, 50 c. A Paris, dans toutes les librairies médicales; chez l'auteur, rue des Beaux-Arts, 11; et à Londres, 11, Dafies Street (Berkeley Square).

La Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 51. — JEUDI 30 AVRIL 1857. (30e ANNÉE.) N° 51. — JEUDI 30 AVRIL 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 29 AVRIL 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur la méthode sous-cutanée est close, et par suite d'un de ces incidents comme il en est tant surgi de cette discussion pleine d'orages, elle a été close sans que M. Guérin, qui en a fourni le texte, ait été admis à user du droit de résumer le débat. L'Académie est souveraine; nous n'avons point à lui contester le droit d'arrêter une discussion où et quand cela lui convient; mais ce que nous pouvons contester, c'est que cette mesure soit conforme à l'équité, ainsi qu'aux usages et à tous les précédents de l'Académie.

Le défaut d'espace nous interdit de plus longues réflexions sur cette séance; elles trouveront d'ailleurs naturellement leur place dans le résumé général qu'il nous reste à faire.

L'Académie a entendu avant la discussion sur la méthode sous-cutanée une intéressante communication de M. le professeur Alquié. On en trouvera un résumé dans le compte rendu. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Occlusions intestinales.

Mardi dernier, vous avez vu ici M. le professeur Jobert (de Lamballe) opérer, d'après mon invitation et sur mes très-pressantes sollicitations, un homme qui était entré dans mon service avec tous les symptômes d'un étranglement intestinal. Cet homme a succombé trente-six heures après l'opération. Je vous dois compte des motifs qui m'ont déterminé à insister près de M. Jobert, qui répugnait à la pratiquer; je vous en dois compte, parce que c'est une grave opération que celle qui a été faite, et parce que je crois encore qu'on devait la faire.

Voici l'histoire du malade :

C'était un homme d'environ cinquante ans; il racontait que depuis longues années il avait des hémorrhoïdes fluentes, que souvent il rendait du sang et du pus dans ses garde-robes; il racontait aussi qu'il était sujet à de la constipation alternant avec la diarrhée; à cela près, sa santé n'était pas mauvaise. Nous trouvions sur son visage l'expression de la douleur la plus vive, de l'anxiété la plus grande; le ventre était considérablement ballonné, mais médiocrement douloureux. Il disait que depuis treize jours il n'allait plus à la garde-robe, et que depuis dix à onze jours il vomissait; que ses vomissements, d'abord constitués par des matières alimentaires, étaient devenus bilieux, et nous constations dans le crachoir et le bassin laissés auprès de lui non-seulement des matières bilieuses, mais d'autres encore ressemblant à celles qu'à l'autopsie on trouve habituellement dans la dernière partie de l'intestin grêle, à celles, en un mot, que l'on appelle à tort matières stercorales. Ce malade présentait donc les accidents de la hernie étranglée. Aussi mon attention se porta-t-elle tout d'abord du côté d'une hernie possible; je cherchai s'il existait une tumeur dans l'aine ou dans le pli de la cuisse. Il n'y en avait pas.

Les renseignements donnés par le malade m'engageaient à chercher la cause du mal vers un autre point. Il disait avoir eu des garde-robes sanglantes, purulentes, il accusait des hémorrhoïdes; je devais craindre du côté du gros intestin une lésion organique faisant obstacle au cours des matières fécales. M. Jobert et moi pratiquâmes le toucher rectal, et, si haut que notre doigt pût atteindre, nous ne rencontrâmes rien qui nous rendît compte de cette obstruction intestinale. Je ne pouvais pas cependant affirmer la non-existence d'une lésion organique, car celle-ci pouvait occuper l'S iliaque du côlon à sa terminaison, et dans ces circonstances le doigt ne pouvait la constater; le ballonnement énorme du ventre ne permettait pas une exploration que l'on aurait pu faire à travers de parois abdominales plus souples.

Le pouls était misérable, l'anxiété extrême; les évacuations par le bas étaient complétement suspendues depuis treize jours; il y avait là une occlusion intestinale; quelle qu'en fût la cause, je n'en pouvais douter, et je savais que la mort arriverait d'une manière trop certaine avant quarante-huit heures.

La maladie datait de treize jours; il y avait déjà trop de temps perdu; attendre encore les résultats douteux de la ponction c'était aventurer la vie du malade; je ne croyais pas que mon devoir me le permît. Je pressai donc M. Jobert d'instituer une opération, la gastrotomie, que deux fois dans ma pratique privée j'ai vu réussir. M. Jobert y consentit, *reluctante animo.*

Ainsi que moi, il comprenait l'extrême gravité de cette opération; il savait que si par elle-même elle n'est pas plus dangereuse que la herniotomie, la gastrotomie allait dans ce cas être faite dans des conditions plus défavorables que celles qui accompagnent d'ordinaire l'opération de la hernie étranglée; or, comme après celle-ci, lorsqu'on a trop longtemps tardé, il est assez commun de voir succomber les malades, M. Jobert ne se dissimulait pas les suites fâcheuses qu'il pouvait attendre; je comprenais que sa main fût retenue; mais, quelque fragile que fût cette branche de salut, l'opération était encore la seule à laquelle l'existence du malade pût se rattacher.

L'opération fut décidée.

Quel but se proposa-t-on d'atteindre ? Ce fut de pratiquer un anus artificiel, exactement comme dans la hernie étranglée lorsque l'intestin est gangrené.

Après l'opération, bien qu'il se fût écoulé par l'ouverture de l'intestin une grande quantité de liquide et de gaz, les accidents persistèrent à un certain degré; le ballonnement du ventre ne diminua qu'un peu. Dans la nuit, le malade fut pris d'une espèce de diarrhée cholérique; il rendit par la sonde de gomme introduite et laissée à demeure dans l'intestin une grande quantité de liquide blanc jaunâtre; il fut pris de vomissements; les douleurs du ventre ne se prononcèrent pas davantage; le pouls prit cependant une extrême fréquence; survint du refroidissement, et dans la journée du lendemain le malade succomba.

L'autopsie montra que l'intestin grêle avait été ouvert dans une de ses dernières portions. On avait fait ici ce que l'on fait toujours — l'expérience l'a démontré d'une manière invariable — lorsque l'on pratique l'incision au voisinage du cœcum; toujours on arrive sur l'extrémité inférieure de l'iléum, de telle sorte que l'on n'a point à redouter qu'il n'y ait pas entre l'estomac et l'anus contre nature une longueur de tube digestif suffisante pour permettre aux phénomènes de la digestion intestinale de s'accomplir : fait capital, car autrement on risquerait de voir le malade périr d'inanition.

Les lèvres de la plaie de l'intestin adhéraient déjà parfaitement aux lèvres de la plaie de l'abdomen; bien qu'un temps très-court se fût écoulé, l'inflammation du péritoine avait favorisé cette prompte soudure. Quelques jours plus tard, cette soudure eût été aussi intime que possible, et eût enlevé toute espèce de crainte de rupture de l'intestin dans la cavité péritonéale. La péritonite paraissait dater de 48 à 72 heures. Où était l'obstacle ? Il se trouvait dans l'S iliaque du côlon. Il n'y avait aucune lésion organique, aucune tumeur dans les parois du canal, aucune tumeur venant comprimer celui-ci, aucune bride le saisissant. L'S iliaque, énormément distendue par des gaz, paraissait en outre quatre ou cinq fois plus longue qu'elle ne l'est habituellement; elle s'était retournée, de telle sorte que sa courbure droite s'était portée à gauche, que la gauche s'était jetée à droite, et le mésocôlon renversé lui formait une bride qui la resserrait encore. L'intestin grêle était affaissé, débarrassé des liquides qui avaient trouvé issue par l'orifice artificiellement pratiqué à l'aide du bistouri. On constatait de plus l'existence d'une autre lésion; mais celle-ci n'avait déterminé aucun accident, bien que cet accident eût pu tôt ou tard avoir lieu. Voici quelle était cette lésion : le bord libre de l'épiploon venait s'insérer à l'appendice iléo-cœcal par l'intermédiaire d'une espèce de membrane allongée plongeant dans la cavité du bassin; ainsi tendu et fixé, il formait une espèce de pont sous lequel les intestins auraient pu s'engager et s'étrangler un jour. Nous verrons que, dans un grand nombre de circonstances, c'est là une des causes des accidents que je vous signale.

D'après le récit de cette autopsie, vous comprenez comment la ponction, instituée cinq à six jours avant la mort du malade, eût pu être utile. Cette ponction, faite avec un trocart explorateur, aurait en effet complétement débarrassé l'S du côlon du gaz qu'elle contenait; ainsi distendue, celle-ci était serrée entre les parois abdominales et la masse des intestins, et ne pouvait plus se retourner. Cette distension énorme paralysait aussi la contractilité de ses fibres musculaires; en évacuant les gaz par la ponction, cette contractilité aurait pu entrer en jeu, et les mouvements péristaltiques eussent rétabli les choses dans leur état normal et rendu la liberté au cours des matières. Nous aurons occasion de revenir sur ce sujet.

— A l'occasion de ce malade, deux mots sur l'étranglement intestinal. On désignait autrefois sous le nom d'iléus une maladie caractérisée par l'arrêt des matières stercorales qui n'étaient plus évacuées; par des vomissements violents, incessants, incoercibles; par un ballonnement énorme du ventre, phénomènes se terminant presque toujours par la mort. On regardait la maladie comme de nature spasmodique. Pourtant, déjà dans le siècle dernier, l'anatomie pathologique avait fait voir une grande affinité entre cette affection et la hernie étranglée; elle avait montré qu'indépendamment de ces prétendus spasmes de l'intestin il existait souvent, dans ces cas, un obstacle mécanique au cours des matières. Les travaux modernes ont fait abandonner la dénomination d'iléus pour adopter celle d'étranglement intestinal, dénomination rappelant la circonstance capitale qui caractérise la maladie, c'est-à dire l'obstacle au cours des matières fécales. Toutes les fois donc que cet obstacle existe, qu'il est complet, surviennent les symptômes de ce que l'on appelait autrefois iléus, de ce que nous appelons étranglement intestinal, et, mieux encore, *occlusion intestinale*, expression plus générale, comprenant en un seul mot — ainsi que le fait remarquer, dans une excellente thèse soutenue devant la Faculté le 2 mars 1857, un élève distingué des hôpitaux, M. le docteur Masson, — tous les cas dans lesquels l'intestin se trouve bouché par un obstacle venu du dehors ou développé dans la cavité même.

Quelles sont les *causes* de cette affection ? la *hernie*.

Les causes de l'occlusion intestinale dans la cavité de l'abdomen sont très-multipliées; les unes sont indépendantes de l'intestin, et viennent agir du dehors pour comprimer les parois du canal, les autres se sont développées, soit dans l'intérieur même du tube digestif, soit dans ses parois. Parmi les premières, nous citerons les *brides* formées dans la cavité du bassin, les adhérences établies entre les divers organes, les tumeurs extérieures à l'intestin. Comment agissent ces différentes causes ?

Supposons qu'à la suite d'une péritonite, l'appendice iléo-cœcal ait contracté des adhérences avec une autre portion de l'intestin, et chez la femme avec l'ovaire, le ligament large, il y aura là une espèce de pont sous lequel pourra venir s'engager une anse d'intestin grêle; les brides peuvent se faire entre l'épiploon et l'utérus ou ses annexes, entre l'épiploon et les diverses parties de l'intestin; les diverses parties de l'intestin peuvent se souder en certains points les unes avec les autres, et former ces ponts dont nous parlons. Si, dans quelques cas, ces ponts sont assez larges pour permettre aux intestins qui s'y engagent de s'en dégager, il peut arriver aussi qu'un jour une anse plus volumineuse vienne se prendre dans cette anse légèrement serrée d'abord; les matières, les gaz gênés dans leur cours, s'arrêtent, le canal s'engoue, et cet engouement devient une occlusion complète qui s'annonce par les terribles symptômes que vous connaissez. D'autres fois l'étranglement est produit par un mécanisme très-singulier : c'est l'*appendice iléo-cœcal* qui s'enroule autour d'une anse intestinale, l'enveloppe, la serre dans un nœud et l'étrangle. De même agissent certaines *tumeurs*, développées en dehors des parois intestinales : elles arrivent à les comprimer, rétrécissent le calibre du canal, le ferment complétement, et déterminent alors tous les accidents et l'occlusion dont elles sont cause. Les faits de ce genre sont nombreux dans la science.

Les causes d'occlusion se trouvant dans l'intestin lui-même sont les plus communes. En première ligne, apparaissent les lésions organiques; les *cancers*, principalement ceux du gros intestin. Développées dans les parois du canal, elles permettent d'abord le libre cours des matières qui le traversent; puis, rétrécissant graduellement le calibre du tube intestinal, elles gênent le passage de ces matières, l'empêchent absolument, produisant alors l'occlusion intestinale et les symptômes qui la caractérisent.

L'*accumulation de matières stercorales* suffit, dans quelques circonstances, pour déterminer les accidents les plus graves de l'occlusion. Vous avez vu dans les hôpitaux des individus, surtout des femmes, porter dans la région du côlon transverse, dans la région du côlon descendant des tumeurs quelquefois énormes, qui, sous l'influence d'un purgatif un peu énergique, se déplacent et disparaissent totalement. Ces tumeurs peuvent, disons nous, en quelques cas, devenir, en raison de leur volume, la cause des accidents d'une occlusion intestinale qu'elles ont produite. Il peut arriver dans les parties du gros intestin ce que nous observons dans la partie la plus inférieure de ce même conduit, dans le rectum. Des individus tourmentés par une invincible constipation éprouvent des accidents presque analogues à ceux de l'étranglement; le doigt introduit dans l'anus constate l'existence d'un bol excrémentitiel volumineux obstruant complétement le canal. Par un moyen ou par un autre, on fait sortir ce bol excrémentitiel, le cours des

matières se rétablit et aussitôt les accidents cessent. Lorsque cette obstruction a lieu dans le côlon descendant ou dans le côlon transverse, on a pu prendre ces tumeurs stercorales pour des tumeurs cancéreuses, la palpation étant alors notre seul moyen d'investigation. Quoi qu'il en soit, cette cause d'obstruction est parfois insurmontable, et l'on a vu la mort être la conséquence de cette variété d'occlusion intestinale.

Des substances alimentaires peuvent jouer un rôle tout à fait analogue. Lorsque je commençais mes études médicales, j'eus occasion de voir un soldat qui, après avoir avalé gloutonnement trois ou quatre livres de cerises sans s'être donné la peine d'en cracher les noyaux, avait été pris, quinze à vingt jours plus tard, d'accidents d'occlusion intestinale. Il mourut, et à l'autopsie, nous trouvâmes vers la fin de l'intestin grêle, au-dessus de la valvule de Bauhin, une masse de noyaux presque aussi volumineuse que la moitié du poing, oblitérant complétement l'intestin.

J'ai vu mourir à l'hôpital de Tours une jeune femme qui succombait aux accidents de l'étranglement interne, et nous trouvâmes à l'autopsie un énorme paquet d'ascarides lombricoïdes, intriqués les uns dans les autres, obstruant le canal intestinal.

Il serait trop long d'énumérer ici toutes les causes qui peuvent produire l'occlusion; de ces causes il en est une très-commune dont je dois vous parler, c'est l'*invagination*. Un bout d'intestin s'introduit dans celui qui est au-dessous, de telle sorte que la tunique séreuse et la tunique muqueuse se trouvent adossées l'une et l'autre à elles-mêmes; dans ces conditions, le calibre de l'intestin se trouve nécessairement diminué, et l'occlusion intestinale peut être la conséquence de cette disposition anormale des parties. Toutefois, bien qu'elle en soit la suite la plus ordinaire, l'occlusion intestinale n'est pas la conséquence forcée de l'invagination. On comprend, en effet, que celle-ci puisse se détruire elle-même par une vigoureuse contraction de l'intestin; mais, dans un grand nombre de cas, il n'en est malheureusement point ainsi: l'invagination persiste; l'inflammation arrive, soude entre elles les deux surfaces du péritoine adossées l'une à l'autre; l'obstruction du canal augmente, son calibre s'efface, et alors surviennent les accidents de l'occlusion. Dans ces cas, la mort n'est pas la conséquence aussi inévitable de l'affection qu'elle l'était des autres lésions dont je vous ai parlé. Il peut se faire un travail d'élimination qui sépare les portions d'intestin invaginées, qui tombent, sont expulsées et rejetées par l'anus. Un travail réparateur organise une soudure entre les deux bouts du canal en contact; et bien que celui-ci demeure en partie rétréci, il n'y a pas une occlusion suffisante pour empêcher le libre cours des matières, et quinze ou vingt jours après le début de l'affection, quelquefois plus tard, la guérison est effectuée. J'en ai vu deux exemples dans ma pratique.

Enfin, nous avons à parler *du renversement de l'intestin* tel que celui que je vous ai montré. Chez le malade qui a été opéré devant vous, vous n'avez trouvé aucune lésion. L'S iliaque, retenue par un mésocôlon plus lâche qu'il ne l'est d'habitude, par conséquent plus mobile, s'était renversée, retournée de telle sorte, qu'ainsi que nous l'avons dit, sa courbure droite était venue se placer à gauche, en formant un pli qui avait produit un étranglement complet. Cette cause d'occlusion intestinale est une des plus rares; elle amène rarement aussi la mort; les mouvements péristaltiques un peu vigoureux de l'intestin, qu'ils se soient produits spontanément, qu'ils aient été provoqués par l'administration d'un purgatif plus ou moins énergique, remettent les choses dans leur situation naturelle, en détruisant le renversement.

Les *symptômes* de l'occlusion sont, comme nous l'avons établi, ceux de la hernie étranglée.

Elle s'annonce par les symptômes d'une péritonite portée au plus haut degré, et les individus succombent vers le douzième, le quinzième, le dix-huitième, quelquefois le vingtième jour après le début des accidents.

Le *pronostic* de cette maladie est nécessairement de la plus haute gravité. Vous devez le comprendre; l'art reste impuissant pour remédier aux tumeurs développées dans la paroi du canal intestinal, et souvent aussi pour combattre celles qui viennent du dehors comprimer ses parois. Il est impuissant encore lorsque l'occlusion a pour cause les brides péritonéales, les adhérences intestinales ou autres lésions analogues. S'il s'agit d'une accumulation de matières fécales, d'obstruction, d'engouement du canal, la médecine peut intervenir utilement; mais son impuissance reparaît quand elle a à surmonter les obstacles causés par l'invagination. Dans ces cas, cependant, où l'art est impuissant, on a vu quelquefois la guérison s'opérer. Mais elle s'est opérée sans que nous puissions bien nettement dire comment; car si le diagnostic de l'occlusion est facile à poser généralement, il n'en est point de même du diagnostic des causes qui la produisent. Ce dernier diagnostic est impossible dans la majorité des cas à établir d'une façon catégorique et incontestable.

Nous avons vu que l'occlusion produite par l'accumulation de matières fécales ou d'autres dans le canal, que l'étranglement déterminé par des brides adventitielles, par le renversement de l'intestin, étaient susceptibles de guérison; mais nous avons ajouté que le diagnostic de ces causes étant très-incertain, le traitement ne pouvait point être rationnellement institué: c'est donc aux symptômes seulement qu'il faut s'adresser.

Quels sont donc les modes de *traitement?* On voit des hernies engouées se désobstruer sous l'influence de *purgatifs drastiques* et de la malaxation. Les mêmes moyens peuvent réussir dans les cas où l'occlusion intestinale a lieu dans la cavité de l'abdomen, à l'abri de nos moyens d'investigation. Le premier traitement à instituer sera donc d'essayer des purgatifs, de ceux, en particulier, qui semblent agir plus spécialement en excitant la contractilité de l'intestin, le séné, par exemple; on pourra avoir recours aux *malaxations* exercées sur le ventre avec une extrême prudence, et les exercer d'autant plus modérément que la maladie datera depuis longtemps. Dans quelques cas où l'intestin était probablement pris sous une bride, peut-être invaginé, on a obtenu de bons résultats de cette malaxation faite avec la main. On a conseillé une autre manœuvre. Elle consiste à appliquer sur le ventre une énorme *ventouse*, ou bien plusieurs d'une grande dimension, et lorsqu'elles sont adhérentes aux parois abdominales, on fait exécuter à celles-ci des mouvements de soufflet. On comprend que ces tractions exercées sur les parois du ventre puissent agir, médiatement sans doute, sur les intestins engagés sous une bride, détruire des invaginations, modifier les engouements et remédier ainsi à l'occlusion. Ces moyens ont quelquefois réussi. On a proposé d'appliquer l'*électricité;* en établissant un courant galvanique d'une pile à auges de la bouche à l'anus, on espérait provoquer des contractions intestinales salutaires à l'aide des commotions électriques; ce procédé est dû à M. Leroy d'Étiolles; M. Duchenne (de Boulogne) a, de son côté, pratiqué la faradisation des intestins chez un individu atteint d'occlusion intestinale; mais si, dans ce cas, la guérison a été obtenue par ce moyen, dans deux autres cas, la faradisation a été inutile. En somme, cette application de l'électricité, quel que soit le procédé mis en usage, ne paraît pas présenter d'avantages réels; nous ne parlerons pas d'autres procédés, tels que l'administration du mercure coulant ou des balles de plomb, procédés autrefois beaucoup trop vantés, et depuis longtemps tombés dans l'oubli.

Il est encore un traitement médical dont je devrais vous parler, c'est le *traitement par la glace*, qui, dans les mains de M. le professeur Grisolle, entre autres, a été suivi de succès; mais je vous renverrai encore ici au travail de M. Masson, dont j'ai eu l'occasion de vous entretenir.

Quels que soient les divers modes de traitement mis en usage, les accidents persistent le plus ordinairement, et il faut avoir recours à une opération chirurgicale. La plus simple est la *ponction abdominale*, conseillée lorsque la tympanite est considérable. Cette tympanite, en distendant outre mesure l'intestin, paralyse la contractilité de la tunique charnue. Il arrive ici ce qui arrive pour la vessie, pour tous les organes creux pourvus de fibres musculaires. A cette cause de diminution dans la contractilité musculaire s'en ajoute une autre, l'inflammation; ceux de vous qui ont assisté à une opération de hernie étranglée ont pu voir, en effet, le chirurgien piquer avec la pointe de son bistouri l'intestin enflammé sans que celui-ci se contractât, alors que dans l'état sain il se contracte énergiquement. Vous comprenez tout ce que l'on peut attendre de la ponction intestinale pour remédier à la tympanite et rendre à la tunique musculaire sa contractilité, en enlevant une des causes de la paralysie produite par la distension occasionnée par les gaz. Cette ponction se fait à l'aide de petits trocarts explorateurs; elle n'est en aucune façon douloureuse et complétement exempte de dangers. Vous pouvez lire à ce sujet la thèse inaugurale de l'un de nos jeunes médecins des hôpitaux, M. le docteur A. Labric, sur la ponction abdominale dans la tympanite, et vous serez convaincu de l'innocuité de cette opération, des avantages que l'on en peut tirer dans le cas particulier qui nous occupe.

Voici comment on peut la faire: on enfonce le trocart dans le point le plus distendu; les gaz s'échappent; si cette première ponction ne suffit pas, vous en faites une autre; vous en faites trois, quatre, six, huit, dix, et le plus souvent le ventre s'affaisse. C'est alors qu'un purgatif peut agir avec utilité; alors aussi vous pouvez vous rendre compte du point où siége l'obstacle.

Mais si, après avoir détruit la tympanite, les accidents persistent — la ponction abdominale doit toujours être pratiquée de bonne heure, — il faut avoir recours à une opération plus sérieuse, plus énergique, à la gastrotomie.

OBSERVATIONS DE PLAIES DES DOIGTS

pour servir à l'histoire de la greffe animale;

Par M. le Dr Bitot, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.

Obs. I. — *Désarticulation traumatique presque complète de la phalangette de l'annulaire. — Rétablissement de l'état normal.*

Un enfant de huit ans, d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution, reçoit un coup de ciseau de menuisier à la partie dorsale de l'articulation phalangini-phalangettienne de l'annulaire gauche, la main appuyant sur un plan résistant. Je suis immédiatement appelé, et je constate que la phalangette est pendante et qu'elle ne tient plus que par un pédicule filiforme. Les artères collatérales saignent abondamment, je les comprime, et je découvre facilement que l'articulation a été ouverte dans toute son étendue, mais que les cartilages sont parfaitement intacts. Le sang arrêté, je lave la plaie avec de l'eau tiède très-pure, je relève la phalangette et la maintiens dans sa position normale au moyen de deux bandelettes agglutinatives (la première antéro-postérieure, la seconde latérale) croisées sur l'extrémité du doigt. Elles sont elles-mêmes fixées par une circulaire. Je m'assure que les rapports des surfaces divisées sont exactement rétablis; pour prévenir autant que possible le déplacement, j'entoure ensemble le doigt malade et le médius de quelques tours de bande ordinaire, me servant ainsi du troisième doigt comme d'une attelle. Enfin, je fixe la main sur une palette en bois. L'âge, le caractère turbulent de l'enfant, la nature des surfaces de la plaie, rendaient ces mesures de précaution indispensables. Le malade garde le lit; sa main est placée dans l'élévation. Les parents, bien convaincus que la guérison ne peut être obtenue que grâce à la plus incessante surveillance, ne le perdent pas un instant de vue, ni nuit ni jour.

Le troisième jour, je promène la pointe d'une aiguille sur une partie de la phalangette qui se trouve à nu. Le malade, non prévenu, perçoit cette impression.

J'enlevai et je renouvelai l'appareil le huitième jour. A ce moment, le succès n'était plus douteux. Cependant la cicatrisation fut très-lente. Chaque jour, alors que déjà, suivant les circonstances ordinaires, la circonférence de la solution de continuité eût dû être parfaitement sèche, je trouvais les pièces à pansement imbues d'un liquide qui, desséché, rendait le linge roussâtre et roide comme si on l'eût humecté avec une solution sirupeuse. Le tissu cicatriciel était mou, grisâtre, en apparence d'une cohésion très-faible. Il était continuellement le siége d'une transsudation séreuse, qu'on prenait pour ainsi dire sur le fait, après qu'on avait eu soin d'étancher convenablement la partie au moyen d'un linge fin. Incontestablement la synovie, sécrétée en plus grande abondance qu'à l'état normal, forçait le tissu de nouvelle formation, trop faible encore pour la contenir dans sa loge, et par sa présence incessante mettait obstacle à l'agglutination parfaite de ses molécules. Ce phénomène s'est produit pendant plus de deux mois, nonobstant l'emploi du diachylon, du cérat de Goulard, de l'eau blanche. Il paraît avoir cédé à l'action du tannin en solution. Maintes fois, ayant eu l'occasion de revoir le jeune malade, j'ai pu constater que la phalangette avait recouvré toutes ses propriétés sensitives et motrices.

Obs. II. — *Amputation traumatique d'une grande partie de la phalangette du pouce. — Guérison avec allongement notable de la phalangette.*

Le nommé Pointet, âgé de seize ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution plutôt forte que faible; entre à l'hospice des Enfants-Trouvés, le 24 décembre 1856, pour une plaie du pouce. Il fournit des renseignements qui paraissent exagérés et dont on se méfie. Il prétend que le bout de son doigt, saisi dans une roue d'engrenage, est tombé à terre, qu'il l'a immédiatement ramassé et remis en place, où il a été maintenu par des bandelettes agglutinatives appliquées par un pharmacien. On l'interroge de toute manière pour bien connaître la vérité; il persiste dans ses affirmations, et ajoute qu'il a perdu beaucoup de sang. On ne touche pas à l'appareil dans la crainte de nuire à l'adhésion des parties.

Le lendemain à ma visite, je constate que le pouce, tuméfié, est couvert d'un sang noir et desséché qui ne permet pas de préciser le siége et l'étendue de la plaie. Du reste, à mon tour, j'essaye, mais inutilement, d'obtenir de Pointet des renseignements autres que ceux qu'il a fournis la veille. Je respecte l'appareil, qui me paraît très-convenablement appliqué. Le malade n'accuse pas de douleur, et il ne s'astreint pas à garder sa main en écharpe.

Le 2 décembre, j'enlève avec précaution toutes les pièces de l'appareil, et je puis suivre la plaie dans tout son pourtour. Ce pourtour, commençant à la racine de l'ongle, n'est pas tout à fait circulaire; il est interrompu à la face antérieure au niveau du pli articulaire; ses deux extrémités se dépassent un peu, en interceptant une partie saine large de deux millimètres au plus. L'ongle est noirâtre. J'applique de nouvelles bandelettes.

En présence d'une preuve aussi évidente, le blessé, auquel j'adresse de vifs reproches et des menaces, ne persiste plus dans ses mensonges, et avoue enfin que le doigt n'a pas été complétement séparé et qu'il a tenu par un pédicule.

Je n'ai pas voulu taire cette circonstance, elle justifie le rire que suscite encore aujourd'hui la lecture de *certains* faits de greffe animale. Pour mon compte, je suis porté à croire que la religion des médecins qui les rapportent a été trompée.

Le 6 décembre, le malade, indocile et désireux de savoir définitivement si le bout de son doigt avait repris, enlève le pansement et détache l'ongle, qui ne tenait presque plus. Pansement simple avec un linge cératé et une bandelette ordinaire.

Le 8, à la place de l'ongle, s'élève un bourrelet noirâtre, gros comme la moitié d'une petite cerise, très-mou, saignant très-facilement. C'est une espèce d'hypertrophie du tissu sous-unguéal; je ne m'en préoccupe pas, persuadé qu'il disparaîtra bientôt sous la pression de l'ongle de nouvelle formation. Je fais panser avec un linge imbibé de glycérine, afin d'obvier à la malpropreté du doigt.

Le 12, en arrière et au-dessus de la saillie vasculaire, on aperçoit une zone d'un blanc mat, large d'un millimètre environ. A deux ou trois millimètres en arrière de cette zone, existe une lamelle du même aspect, mais un peu plus large. Les jours suivants, ces deux parties prennent franchement les caractères du tissu corné et s'unissent pour ne former qu'une lame. D'après cela, il est bien certain que l'ongle ne procède pas seulement du sillon qu'il est convenu d'appeler sa matrice, mais encore du tissu sous-jacent à son corps.

Le 10 février, l'ongle n'est pas encore complet. Le pourtour de la plaie, qui primitivement contournait toute la partie dorsale de la phalangette au-dessus de l'ongle, a subi une espèce de déplacement. On dirait que la solution de continuité devait partir du milieu de l'ongle à droite et à gauche.

Aujourd'hui (20 mars) la ligne cicatricielle a changé encore de position; elle est au niveau du sommet de l'ongle. Si je n'avais pas soigné le malade attentivement et d'une manière suivie, je croirais que la solution de continuité s'est faite obliquement du sommet de l'ongle au pli palmaire de l'articulation phalangini-phalangettienne, de manière à séparer nettement la portion pulpeuse de la portion unguéale.

La phalangette paraît sensiblement allongée; mesurée avec précaution, à différentes reprises, par M. Sous, interne de l'hospice, et par moi, elle présente au moins un centimètre de plus que celle du côté opposé. Le pouce malade est donc d'autant plus long que l'autre. Les mouvements de la phalangette sont faciles, sa sensibilité est obtuse.

Ces deux observations sont propres à étayer les succès que possède la science sur la greffe animale concernant les parties d'un petit volume. La première montre que la greffe est possible pour les désarticulations comme pour les plaies dans la continuité, avec

cette différence cependant, que dans le premier cas la guérison serait plus longue, plus difficile, sans doute à cause de l'infiltration synoviale dont le tissu de nouvelle formation est le siége, à cause des cartilages d'incrustation dont la présence diminue de beaucoup les chances d'adhésion.

La seconde, que pour la greffe dans la continuité, un doigt peut augmenter notablement en longueur. Je ne sache pas, dit M. Bitot, qu'on ait encore fait cette remarque. (*Journ. de méd. de Bord.*)

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA CHORÉE par les anesthésiques,

Par M. le docteur E. Gery, ancien interne des hôpitaux.

On lit dans la *Gazette des hôpitaux* du 9 avril une observation ou plutôt une note intitulée : *Chorée, morsures de la langue, asphyxie, mort ;* par M. Mavel d'Ambert (Puy-de-Dôme).

Il est question d'une jeune fille de vingt ans, d'une bonne santé habituelle, atteinte sans causes connues, du moins dans l'observation, d'une chorée dont les mouvements devinrent tellement intenses qu'ils amenèrent la mort. M. Mavel attribue ce funeste résultat à l'asphyxie causée par les morsures de la langue, qui devint très-tuméfiée, et fut cause de l'asphyxie mortelle.

Permettez-moi d'ajouter quelques réflexions à l'intéressante observation de notre confrère, et de tâcher de répondre à la question de traitement qu'il pose.

Cette observation est un exemple de plus (et le nombre en est plus grand qu'on ne le croit généralement) de chorée terminée par la mort. Dans le cas présent, la mort est attribuée à l'asphyxie déterminée par le gonflement de la langue; M. Mavel nous pardonnera de ne pas partager entièrement son opinion à ce sujet; il est vrai que nous n'avons pas vu la malade et que nous jugeons à distance, mais il nous semble plus rationnel d'attribuer la mort à l'intensité même des mouvements choréiques; dans ces cas, la vie semble s'éteindre par une sorte d'épuisement analogue à celui par lequel succombent les animaux forcés par une trop longue course, ou par de violents efforts. Plusieurs cas semblables ont déjà été cités; nous en avons rapporté deux observés la même année, alors que nous étions interne à l'hôpital des Enfants malades, l'un par notre excellent collègue et ami le docteur Ernest Goupil, et l'autre par nous-même; nous pourrions en citer plusieurs autres encore. Eh bien, dans ces cas, la mort est évidemment survenue par le seul effet de la dépression nerveuse qui a suivi l'excessive intensité des mouvements, et la langue mordue à plusieurs reprises n'a pas augmenté notablement de volume. Quoi qu'il en soit, la jeune malade de M. Mavel a succombé, et notre confrère pose la question suivante : Que faire en pareille occurrence? Puisque la cause de la mort est toujours due à l'intensité des mouvements, il est évident que l'indication à remplir est d'obtenir le plus promptement et le plus sûrement possible la cessation brusque et complète des mouvements choréiques; or, on arrive à ce résultat d'une manière bien prompte et bien infaillible par l'inhalation des vapeurs de chloroforme (et d'amylène peut-être maintenant).

C'est un mode de thérapeutique que nous avons préconisé dans notre thèse inaugurale (*Du traitement de la chorée par le chloroforme*, février 1855), et que nous recommandons avec insistance aux praticiens dans des cas semblables à celui de M. Mavel. Nous y insistons d'autant plus maintenant que nous avons vu, depuis la publication de notre travail, plusieurs observations relatées dans divers journaux de médecine, et qui confirment pleinement ce que nous avions avancé des bons effets des vapeurs anesthésiques dans le traitement de ces chorées intenses qui menacent de se terminer par la mort.

Nous croyons donc fermement que dans ces cas, alors que l'intensité sans cesse croissante des mouvements choréiques peut et doit faire craindre une issue funeste, il faut sans plus tarder s'adresser aux agents anesthésiants; eux seuls pourront enrayer les accidents et prévenir la mort, s'il n'y a, bien entendu, aucune contre-indication positive à leur emploi.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 avril 1857. — Présidence de M. Michel Lévy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des épidémies qui ont régné en 1856 dans les départements de la Seine Inférieure, des Pyrénées-Orientales, de la Manche, du Gard et de l'Oise;

2° Des rapports sur le service des établissements d'eaux minérales de MM. Tellier et Rérolle (de Bourbon-Lancy), Verdier et Blouquier (de Cauvalat et de Fonsanche), Loubier (de Propiac);

3° Des demandes d'avis sur les sources minérales de Montbrun, des Roches (près Clermont-Ferrand), et de la source de Dinan;

4° Une demande en autorisation d'exploiter une fabrique d'eaux minérales (commission des eaux minérales);

5° Enfin, diverses lettres relatives à la vaccine et aux remèdes secrets).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Houssard, secrétaire du conseil d'hygiène publique et de salubrité de l'arrondissement d'Avranches, adresse un rapport sur les questions posées par le congrès international de statistique, et relatives à la constatation des causes des décès. (Commission nommée, M. Guérard, rapporteur.)

— M. Bonjean (de Chambéry) transmet à l'Académie une lettre qui lui est adressée par M. le docteur Roussot, médecin de l'assistance publique à Metz, en témoignage des bons effets qu'il a obtenus de l'emploi de l'ergotine dans l'incontinence d'urine. (Commissaires : MM. Ségalas et Guibourt.)

— M. Alfred de Valois transmet l'échantillon d'une plante de l'Inde, désignée sous le nom de *Naguapatli*, qui lui a été adressée par M. Carlos Many (de Guatemala), et qui passe, dans l'Inde, pour guérir les ulcères syphilitiques, etc. (Commission des remèdes nouveaux.)

— M. Hogg, pharmacien à Paris, adresse la deuxième partie de son travail sur la fabrication de l'huile de foie de morue naturelle. (Commissaire, M. Guibourt.)

— M. Tigri (de Sienne) adresse plusieurs mémoires, les uns imprimés, les autres manuscrits, sur diverses questions de physiologie pathologique. (Commissaires : MM. Blache, Lecanu et Poiseuille.)

— Une lettre de M. le docteur Schnepf, que nous reproduisons textuellement :

Dans l'importante discussion qui s'agite en ce moment devant l'Académie, les témoignages et les écrits de Dieffenbach, de Stromeyer, de Pauli, ont été cités d'une manière plus ou moins contradictoire. Versé dans la littérature allemande, j'ai pensé que l'Académie accueillerait avec quelque intérêt le résultat de recherches impartiales et approfondies, entreprises uniquement dans le but de faire cesser les méprises et de dissiper les doutes qui peuvent encore exister sur ce qui a été dit et écrit par ces auteurs au sujet de la méthode sous-cutanée.

Mes recherches ont porté sur les quatre points suivants :

1° Sur l'origine du procédé sous-cutané;

2° Sur le fait et la théorie de son innocuité;

3° Sur l'application du procédé sous-cutané à des opérations chirurgicales autres que la ténotomie et la myotomie;

4° Sur la méthode sous-cutanée généralisée.

Relativement à son origine, le procédé sous-cutané a été tour à tour attribué à Delpech, à Dupuytren, à Dieffenbach et à M. Stromeyer. Des versions citées par M. Stromeyer, d'après MM. Ammon, Bégin et Fleury, il résulterait que Dupuytren n'a pas employé le véritable procédé sous-cutané; dès lors, l'honneur de cette initiative appartiendrait à Dieffenbach, qui le premier a publié, en 1830, dans le *Rust Magazin*, des cas de torticolis traités par la section sous-cutanée du sterno-mastoïdien. Ce fait est établi par M. Stromeyer lui-même. Ce chirurgien ne réclame pour lui que l'honneur d'avoir transporté au tendon d'Achille l'opération pratiquée précédemment au cou par Dieffenbach. Dieffenbach et Stromeyer sont parfaitement d'accord sur ce point, et personne aujourd'hui en Allemagne ne le conteste.

Relativement à l'innocuité habituelle de l'opération, elle avait été également remarquée comme fait pratique par ces deux chirurgiens, mais ni l'un ni l'autre ne s'en étaient préoccupés comme fait physiologique; aucun n'en a recherché la cause. Dieffenbach dit, dans sa préface (p. 2) : « Je n'ai eu en vue que le côté pratique de la question, et j'ai négligé à dessein tout ce qui a rapport à des considérations de doctrine. » Il se borne à ajouter plus loin que « la guérison de la plaie qui résulte de l'opération a lieu en quelques jours; la suppuration est très-rare, quand elle s'établit, elle reste limitée au siége de l'opération. » (Page 13.)

M. Stromeyer n'est pas plus explicite. Dans un passage, après avoir cité l'opération de Delpech, il ajoute : « De sa méthode à la mienne, il n'y a qu'un petit pas. La chose la plus importante, c'est la section ; comme elle a été pratiquée plusieurs centaines de fois déjà sans avoir jamais amené l'*exfoliation*, on est bien conduit à penser que la constitution des opérés n'est pas étrangère à cet insuccès. » (Page 26.) Dans un autre endroit, l'auteur cite un autre cas de suppuration du tissu cellulaire environnant le tendon d'Achille, qu'il attribue à l'emploi du bistouri boutonné, qui aurait eu pour effet de déchirer les tissus environnants; et il en conclut que c'est à ce genre de cause qu'il faut avoir égard pour éviter les insuccès de l'opération (p. 18). Telles sont les seules explications de M. Stromeyer; nous n'avons trouvé dans son ouvrage de 1838 aucun passage qui se rapporte à l'action de l'air comme cause de suppuration des plaies sous-cutanées, ni aux précautions à prendre dans les procédés opératoires pour éviter cette action.

M. Hennemann, qui, le premier, en Allemagne, a entrepris l'histoire de la méthode sous cutanée, déclare aussi : « Qu'il a été surpris, après avoir parcouru plusieurs fois les écrits de Stromeyer et de Dieffenbach, de n'y avoir trouvé aucun *mot* précis qui pût faire douter de l'exactitude de cette assertion. » (Hennemann, *Subcutaner operationen*, 1843, p. 11.)

Pour avoir une idée exacte de ce qu'on pensait en Allemagne en 1838 de la différence physiologique qui existe entre la section des tendons faite sous la peau à l'aide d'une petite plaie et la même opération pratiquée d'après les procédés anciens, il suffit de lire le passage suivant, emprunté à M. Pauli (de Landau), déjà cité dans la discussion : « La section des différents tendons que j'ai pratiquée sur la sonde cannelée, après avoir fait à la peau une incision longitudinale, suivant la direction du tendon, m'a conduit à cette opinion, qu'il est passablement indifférent de diviser le tendon d'une manière ou d'une autre, pourvu qu'on s'y prenne adroitement, c'est-à-dire sans déchirer le tendon lui-même et les parties qui l'environnent (doctrine de M. Stromeyer).... Il s'agit moins de l'étendue de la plaie que des désordres auxquels l'opération donne lieu par elle-même. Peu importe que la plaie ait un demi-pouce d'étendue de plus ou de moins; en effet, une incision cutanée de quatre pouces de longueur guérit tout aussi facilement, *per reunionem*, qu'une autre qui n'a qu'un demi-pouce d'étendue. De plus, la section du tendon est plus commode quand la plaie cutanée est plus grande, et les déchirures sont plus faciles à éviter. Dans la section tendineuse, une petite plaie de la peau n'a d'autre importance que de léser moins de filets nerveux et d'être moins douloureuse pour le malade. » (P. 365.)

En ce qui concerne l'application du procédé sous-cutané à des opérations chirurgicales autres que la ténotomie et la myotomie, nous n'avons trouvé aucune espèce d'indication qui pût faire croire qu'on y avait songé. Tout se borne dans les trois ouvrages cités à ce que les auteurs appellent l'*orthopédie opératoire*, considérée comme complément de l'*orthopédie mécanique*. Aucun d'eux n'avait donc songé à étendre à la chirurgie générale le bénéfice du procédé sous-cutané. A plus forte raison jusqu'en 1839, et même plus tard, il n'avait jamais été question en Allemagne de la méthode sous-cutanée considérée comme méthode chirurgicale à part, en un mot, de la généralisation de la méthode sous-cutanée. Ce n'est qu'en 1843 que, pour la première fois, M. Hennemann, dans un ouvrage spécial (*Nouvelle série d'opérations sous-cutanées, subcutaner operationen*, etc.), a fait connaître cette méthode, considérée sous le rapport de son origine, de ses principes et de ses applications. Le passage qui suit résume non-seulement l'opinion de l'auteur, mais présente encore la série des développements de la *méthode* sous-cutanée, que M. Hennemann déclare jusque-là inconnue en Allemagne :

« M. Jules Guérin accepte les faits de ses prédécesseurs en tant que faits chronologiques; mais il reproche à ces auteurs (Delpech, Dupuytren, Dieffenbach et Stromeyer) d'avoir méconnu la condition essentielle de l'importance qu'il y a à soustraire les plaies à l'action de l'atmosphère, de ne l'avoir mentionnée en aucun endroit de leurs écrits et de n'avoir nullement apprécié la valeur physiologique de cette influence (et, en effet, nous nous sommes assuré à plusieurs reprises de la vérité de cette assertion). C'est donc à lui seul qu'appartient cet honneur, et par conséquent la découverte tout entière, car que sont les faits bruts et incompris à côté des principes généralisés; que sont des opérations nouvelles isolées, même quand elles sont répétées, comparées aux lois régulièrement formulées qui les régissent, et qui renferment déjà complétement tout ce que d'autres ont découvert par hasard; enfin, toute la ténotomie sous-cutanée serait-elle autre chose qu'une contradiction flagrante à la méthode si elle n'était pratiquée en vue de soustraire les plaies à l'influence du conctact de l'air? » (P. 72.)

A partir de cette époque, nous n'avons trouvé en Allemagne aucun ouvrage relatif à la méthode sous-cutanée qui ait contredit cette interprétation de M. Hennemann.

Agréez, etc. Dr Schnepf.

M. J. Guérin demande la parole à propos de la correspondance.

Parmi les pièces adressées à l'Académie, dit-il, se trouve une lettre de M. le docteur Schnepf. Je croyais qu'il suffisait qu'un membre de l'Académie témoignât le désir qu'il fût donné lecture d'une des pièces de la correspondance pour que cette lecture eût lieu en effet; c'est ainsi, du moins, que les choses se passent à l'Académie des sciences. On s'est borné à mentionner cette lettre, qui est cependant d'une grande importance dans la discussion; c'est une analyse de tous les documents allemands relatifs à la méthode sous-cutanée. Je me borne à déclarer que cette lettre renferme des recherches extrêmement précises sur ce qui a été écrit en Allemagne, et rétablit le sens prétendu qu'on a attribué à des passages de certains auteurs.

M. Bouvier. Je n'ai rien avancé qui ne soit rigoureusement exact, et je demande que M. Guérin retire le mot prétendu.

M. le Président. Il ne se fait rien ici qui ne soit délibéré au préalable dans le conseil de l'Académie, et le président ne fait qu'exécuter ces décisions du conseil. Il est sans antécédents que l'Académie ait admis des personnes du dehors à discuter les opinions de ses membres et à intervenir dans ses discussions.

M. J. Guérin. Je n'ai pas attaché au mot prétendu d'autre sens que celui que M. Bouvier y a attaché lui-même. Si notre collègue trouve quelque chose de blessant dans cette expression, je la retire. M. Bouvier prétend que tel texte veut dire telle ou telle chose, tandis qu'on peut prétendre qu'il a une signification toute autre; voilà tout. Il n'est pas question, dans la lettre de M. Schnepf, de relever les méprises des membres de l'Académie, mais seulement d'établir d'une manière explicite ce qui a été écrit en Allemagne sur la méthode sous-cutanée.

L'incident est terminé.

— M. le Président annonce que M. le docteur Pamard (d'Avignon), membre correspondant de l'Académie, assiste à la séance.

— M. Bouley. J'ai plusieurs observations à faire sur la rédaction du procès-verbal. M. le secrétaire dit d'abord que M. Bérard lit un rapport, il aurait dû dire une communication. Il résulte des déclarations de plusieurs des commissaires et de la lecture même de M. Bérard, qu'il s'agit bien d'un travail fait en collaboration avec M. Colin, et non d'un rapport. M. Bérard fait si bien une communication personnelle, qu'il dépose en terminant sur le bureau un paquet cacheté, en son nom et au nom de M. Colin. Je demande si l'Académie entend considérer comme un rapport la lecture faite par M. Bérard dans la dernière séance.

M. Depaul observe que ce que vient de dire M. Bouley n'a pas rapport au procès-verbal, qui ne fait que reproduire exactement la physionomie de la précédente séance.

M. Bouley soutient qu'il y a quelque chose d'inexact dans le procès-verbal; les conclusions de la *communication* de M. Bérard ont été mises aux voix d'abord, et la discussion n'est venue qu'après.

M. Bérard. Je regrette d'avoir paru manquer de déférence envers quelques-uns de nos collègues; mais le reproche auquel je suis surtout sensible, c'est celui d'avoir entouré nos expériences d'une sorte de mystère. Un grand nombre d'élèves de l'École d'Alfort nous ont servi d'aides; j'aperçois ici un professeur de l'École qui pourra dire si nous avons évité la publicité. C'est au contraire lorsque j'ai vu la grande publicité qu'avaient reçue les recherches dont nous nous occupions, que je suis venu faire ici la lecture de l'autre jour, afin de prendre date.

M. Bussy. Je ne voudrais rien dire de nature à désobliger M. Bérard; seulement je dois déclarer que je suis complétement étranger aux expériences dont il a rendu compte dans la dernière séance, ainsi qu'à la rédaction et aux conclusions du rapport. Je décline en conséquence toute solidarité à cet égard.

M. Renault. Je ne sais si les membres de la commission chargée d'examiner le travail de M. Colin ont été régulièrement convoqués; mais je puis dire que j'ai assisté deux ou trois fois aux expériences et qu'elles ont toujours été faites au milieu d'une assez grande publicité.

M. le Président. Le bureau n'a pas souvenance que les conclusions du rapport de M. Bérard aient été mises aux voix avant la discussion soulevée par M. Bouley; deux commissaires désirent que leur nom soit effacé du rapport, il sera tenu compte de cette réclamation, qui sera consignée dans le procès-verbal de la séance actuelle.

M. Cazeaux. Le vote me paraît avoir été un peu surpris dans la dernière séance; il y aurait peut-être lieu à revenir sur ce vote,

M. LE PRÉSIDENT. Je ne puis laisser dire qu'un vote a été surpris.

M. CAZEAUX propose de consulter l'Académie pour savoir si elle maintient son vote de mardi dernier.

M. DUBOIS (d'Amiens) combat cette proposition, qu'il déclare tout à fait sans précédents à l'Académie.

Plusieurs observations se croisent au milieu du tumulte ; enfin sur la proposition de M. Bousquet, l'ordre du jour est mis aux voix et adopté.

LECTURE.

Autoplastie faciale. — M. ALQUIÉ, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, lit le résumé d'un mémoire sur les perfectionnements apportés à l'autoplastie de la face dans la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi, qu'il dépose sur le bureau de l'Académie.

1° La *destruction complète du nez* peut être réparée à la faveur d'un lambeau *transversal* emprunté au front, *parallèlement* et le long du sourcil; ayant un pédicule terminé en crochet recourbé vers la racine des cheveux. Ainsi on évite la cicatrice verticale et la torsion du pédicule, qui résultent d'un lambeau tracé suivant le procédé ordinaire. Ce procédé a été figuré par M. le professeur Alquié, en 1850, dans son ouvrage sur sa *Chirurgie conservatrice*.

2° Quand le *lobe du nez* se trouve détruit, on peut le rétablir en détachant, suivant la méthode sous-cutanée, la peau et les tissus sous-jacents du dos et de la racine du nez, et en poursuivant cette dissection hypotomique dans toute la région inter-sourcilière. Ainsi on mobilise toutes les parties molles d'une région d'autant plus ample que l'individu est plus avancé en âge, et l'on obtient, sans cicatrices apparentes, les résultats ordinairement si disgracieux de la méthode indienne.

3° Dans la restauration d'une *paupière détruite*, on peut éviter la mortification et le plissement du lambeau emprunté à la tempe et tordu sur son pédicule, en donnant à celui-ci une forme en crochet dirigé en sens inverse de la perte de substance à réparer. Cette forme recourbée du pédicule convient à tous les cas d'autoplastie suivant la méthode indienne à laquelle elle enlève son principal inconvénient, celui de la torsion du pédicule du lambeau, et lui procure les avantages de la méthode par simple glissement.

4° Lorsque le cancer dit cancroïde occupe le *milieu de la lèvre* inférieure surtout, la peau et la muqueuse sont souvent beaucoup moins atteintes qu'on ne le croit généralement. L'altération morbide forme une sorte de champignon, dont le pédicule plonge entre les deux téguments de la lèvre. De là l'utilité de l'*énucléation*, procédé qui a fréquemment permis à l'auteur de conserver les formes naturelles, et d'éviter des opérations étendues qui sacrifient bien des parties saines, et notamment celles du menton.

5° Si *une moitié de la lèvre* se trouve détruite ou doit être sacrifiée, on peut réparer la perte de substance sans emprunter de lambeau, en agissant sur la grande extensibilité de la peau. A cet effet, et comme la muqueuse correspondante est beaucoup moins extensible, et offre le principal obstacle à l'élongation de la lèvre, on surmonte heureusement cette résistance à la faveur de deux incisions pratiquées sur la muqueuse et les tissus sous-jacents, l'une verticale et abaissée sous la commissure labiale, l'autre le long de la limite inférieure et interne de la lèvre.

6° Lorsque la *lèvre entière* a été détruite ou doit être sacrifiée, on peut la rétablir à l'aide du lambeau de Chopart, pris sur la région génio-hyoïdienne, lambeau élevé au-dessus du niveau des dents, et doublé à son bord libre de lambeaux empruntés à la muqueuse des joues.

(Ce travail a été renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Jobert, Robert et Huguier.)

Suite et fin de la discussion sur la méthode sous-cutanée.

M. VELPEAU. Il me reste bien des choses à dire encore sur la question de la méthode sous-cutanée ; cette méthode si douce, si bénigne, qui semble, à chaque pas, engendrer pourtant des orages et des tempêtes. Je saurai néanmoins, quant à moi, rester calme en la discutant. C'est une méthode dont on a longuement discuté l'origine, et qu'il ne sera peut-être pas inutile de suivre dans son évolution naturelle. Elle a été, à bien prendre, imaginée par la nature elle-même. Il n'y a rien qui appartienne plus à la méthode sous-cutanée que les plaies et les ruptures sous la peau, dont la réparation se fait de la manière la plus heureuse. Toutes les luxations appartiennent à cette méthode, les fractures simples aussi; il en est de même de toutes les ruptures du tissu fibreux, de tendons, de muscles. C'est là qu'elle est née et qu'elle devait naître. Les fractures, en particulier, se consolident sans inflammation ni suppuration quand il n'y a pas de plaie extérieure; elles se compliquent, au contraire, d'inflammation et de suppuration quand il y a une plaie au dehors. Il y a donc là les deux cas opposés : blessures sans inflammation et sans suppuration parce qu'il n'y a pas d'ouverture à la peau, et blessures compliquées de ces accidents, parce qu'il existe une ouverture à la peau.

Comme nous avons en pratique beaucoup de cas où nous voudrions éviter l'inflammation et la suppuration, on a dû rechercher les moyens d'imiter autant que possible les procédés de la nature ; voilà le fond naturel de la méthode sous-cutanée. Son manuel opératoire consiste et a dû consister à diviser les tissus par une plaie aussi petite que possible; la méthode sous-cutanée a été dès lors instituée.

On a de bonne heure proposé de faire une petite plaie à la peau ; qu'elle soit faite par la pointe d'un bistouri, d'un ténotome, d'un fer de lance, ceci importe peu ; l'important c'est qu'elle puisse être réunie par première intention. Les uns ne tiennent pas à ce que les tissus profonds soient divisés loin de la peau ; les autres y attachent beaucoup d'importance, et font un pli pour éloigner l'ouverture d'entrée de la plaie intérieure. Ce manuel n'a pas suscité une grande discussion ; il en a été de même pour la section des tendons. Les uns ont proposé d'aller des parties profondes vers la peau, et les autres de la peau aux parties profondes ; la différence n'a que peu de valeur pourvu qu'on ait soin de ne faire toujours qu'une très-petite ouverture aux téguments. Quant au parallélisme, il n'a pas assez d'importance pour que nous nous y arrêtions.

Ce qui importe selon moi, c'est une prompte réunion de la plaie extérieure. Quand la plaie est petite, qu'elle soit un peu plus ou un peu moins loin de la plaie intérieure, si elle est bien fermée, si elle ne suppure pas, le résultat est toujours le même.

J'ai donc été étonné d'entendre dire à M. Guérin qu'avant sa méthode, la méthode sous-cutanée occasionnait des accidents.....

M. J. GUÉRIN. La ténotomie et non pas la méthode sous-cutanée.

M. VELPEAU. Que la ténotomie avait entraîné des accidents avant qu'il eût proposé sa méthode. Mais alors je trouve qu'il a singulièrement choisi ses preuves. C'est en 1839 qu'il a formulé les lois, les règles de la méthode sous-cutanée. Comment se fait-il qu'il ait été choisir des exemples pris en 1840, à l'appui de son assertion ? Ce sont des faits arrivés quand sa méthode était connue, qu'il nous apporte pour prouver qu'en 1839 il a imaginé une méthode nouvelle bien supérieure à l'ancienne.

Au sujet de quelques faits invoqués dans cette discussion, relativement aux accidents de la ténotomie, M. Guérin a dit qu'il aurait dû traiter plus sévèrement d'aussi légères appréciations et remettre à leur place les hommes et les choses. Il se sert quelquefois d'arguments un peu irritants.

M. J. GUÉRIN. Ceci n'a pas été dit à l'Académie ; il y a deux tribunes : la tribune académique et une tribune dans la presse, dans laquelle vous pouvez me répondre.

M. LE PRÉSIDENT. L'observation de M. Guérin me paraît fondée, et je prie M. Velpeau de se renfermer dans la discussion académique.

M. VELPEAU. Une question importante a été agitée, c'est celle du rétablissement de la continuité du tendon et la manière dont il se fait. On s'était imaginé que les blessures des tendons étaient dangereuses et qu'ils ne pouvaient se ressouder une fois divisés. On a fini par reconnaître qu'il y avait là deux erreurs, et la ténotomie a pu dès lors prendre une grande extension.

Les tendons, une fois coupés, par quel mécanisme se rétablissent-ils? Les uns ont cru que c'était par inflammation adhésive, et c'est là que M. Guérin a fait encore une méprise; on a entendu par là un travail phlegmasique, dit adhésif, par lequel les lamelles se rapprochent et se réunissent. Les autres ont pensé que la fibrine s'organisait entre les extrémités du tendon. Les uns ont agité la question de savoir si l'inflammation adhésive était nécessaire à ce travail de réparation ; les autres n'y ont vu qu'une réunion par première intention, non pas des deux bouts, mais des lamelles interposées; peut-être est-ce cette opinion qui a pris sous la plume de M. Guérin le nom d'organisation immédiate ? On avait admis déjà une exsudation plastique, un plasma, une lymphe plastique, qui, en s'épaississant de plus en plus, rétablissait la continuité du tendon. Il y a sur ce sujet un article très-soigné de M. Verneuil dans la *Gazette hebdomadaire*. Les deux explications ne sont pas l'expression unique de la vérité; il y a probablement épaississement de la lymphe plastique et travail d'organisation spécial; qu'il soit phlegmasique ou non, ceci a peu d'importance.

Quoi qu'il en soit, ces plaies sous-cutanées qui ne s'enflamment point et qui ne suppurent point, à quoi doivent-elles leur innocuité? Beaucoup de personnes ont dit que c'était à l'absence du contact de l'air. Il y a eu là-dessus bien des travaux. Vous avez entendu ce qu'ont dit MM. Bouley et Renault. Cette action de l'air comme cause des accidents a été admise par tous les chirurgiens qui ont pratiqué la ténotomie, et ils ont attribué l'innocuité de la méthode sous-cutanée à l'absence de l'air dans la plaie.

Personne n'a soutenu avec plus de chaleur, de talent même, que M. Guérin cette action nuisible de l'air au milieu des plaies. Eh bien, je ne crois pas cette opinion fondée. Je comprends bien que l'air puisse nuire entre les lèvres d'une plaie cutanée; il agira alors comme corps étranger: il y a donc une part à faire pour les plaies dites exposées. Mais, sous la peau et au milieu des tissus sains, l'air ne cause réellement aucun accident fâcheux ; on l'a déjà dit pour l'emphysème. L'air dans le tissu cellulaire n'a pas les dangers que la théorie que je combats pourrait faire supposer. Dans les cavités closes, c'est la même chose.

Mais à supposer que l'air exerce une action nuisible sur les plaies, est-ce qu'il peut s'y introduire? M. Guérin, grand *aérophobe*, on le sait, a eu le soin d'ajouter que ce n'est pas le contact passager, mais le contact prolongé, permanent de l'air qui est suivi de résultats fâcheux. Mais le contact longtemps prolongé de l'air avec la plaie intérieure est impossible après la ténotomie.

Quelles sont les causes de l'inflammation et de la suppuration des plaies ? Ces causes, on ne les connaît pas encore très-bien. Il y a des recherches très-intéressantes à faire sur ce sujet.

Nous avons à examiner les applications de la méthode sous-cutanée; elles sont en très-grand nombre. Son application aux difformités, placées sous la dépendance de la rétraction des tendons, fournit les meilleurs résultats ; mais appliquée aux collections séreuses, aux kystes, on ne voit pas en quoi elle est supérieure à la méthode ordinaire.

Je ne veux pas dire que l'air ne puisse jamais exercer une action nuisible ; je le dis si peu qu'on me permettra de rappeler ce que je disais il y a longtemps à propos de l'empyème, dans mes *Nouveaux éléments de médecine opératoire* (T. II, p. 254.) Il résulte de la citation de M. Velpeau que ce n'est pas par son contact seulement, mais par les décompositions chimiques d'un ordre nouveau qu'il provoque que l'air est nuisible.

Pour l'empyème, la méthode sous-cutanée n'a rien à revendiquer.

Quant à la ténotomie sous-cutanée, prise comme fait chirurgical, comme manuel opératoire, si on voulait être absolument juste, ce serait à Hunter qu'il faudrait l'attribuer.

M. Velpeau, après avoir rappelé de nouveau les titres d'A. Cooper, Bell, Brodie, Delpech, Dupuytren, Stromeyer, Duval, Held, Duval et Bouvier, ajoute :

Je voudrais bien pouvoir dire que M. Guérin a pris une part quelconque à ce premier mouvement ; mais j'éprouve un scrupule. M. Guérin croyait avoir donné une preuve sans réplique, en citant le rapport des prix de l'Académie des Sciences pour 1837. Il n'y a qu'une petite difficulté, c'est que la commission ne parle que d'appareils mécaniques, parmi les nouveaux moyens de traitement imaginés par M. Guérin.

M. J. GUÉRIN échange avec M. Velpeau quelques explications ayant pour but de démontrer que la mention de l'opération qu'il a indiquée se trouve implicitement contenue dans le rapport de l'Académie des Sciences de 1837.

M. VELPEAU. Je ne conteste pas que vous n'ayiez fait cette opération ; mais cela ne ressort pas évidemment du rapport de l'Académie des sciences. Du reste, à partir de 1838, tout le monde s'en mêlait, et en 1839, tous les éléments de la méthode sous-cutanée existaient épars dans la science. Nous avons vu, depuis que cette discussion est ouverte, que, comme invention, comme création, il n'y a rien qui appartienne en propre à M. Guérin. A cette époque comme aujourd'hui, en faisant un pli à la peau on pratiquait de petites incisions, on évitait le parallélisme des plaies, on écartait les tendons divisés; tout cela était créé.

J'arrive à un point plus délicat, et je me résume brièvement. Il semble que je veuille ôter à M. Guérin toute espèce de mérite, que je veuille lui barrer le passage. Quoi qu'il puisse penser, cela n'est jamais entré dans mon esprit. J'aime autant que qui que ce soit la gloire de la profession et des gens qui ont su l'acquérir. Je reconnais à M. Guérin un grand talent, une grande activité, une intelligence rare, et il l'a montré dans cette discussion. Je ne veux pas enlever à M. Guérin tous les droits qu'il a à la reconnaissance publique. Je comprends qu'ayant travaillé trente ans de sa vie à l'édification de la méthode sous-cutanée, il se trouve blessé de se voir enlever ce qu'il croyait devoir lui appartenir. Mais M. Guérin n'a point inventé, ni créé, ni constitué la méthode sous-cutanée. Par son grand travail sur les difformités, il a fait mieux connaître le rôle que la rétraction joue dans la production des difformités; il a fait mieux comprendre comment il fallait appliquer la ténotomie quand elle est venue. Il y a ajouté une autre idée, que je ne crois pas vraie, c'est celle de la nocuité de l'air. Cette erreur l'a porté au delà de tout ce que les autres avaient fait. C'est lui qui a repris l'opération perdue de Dupuytren, celle de la section des muscles sterno-cléido-mastoïdiens; il a mieux fait comprendre pourquoi, dans le torticolis, il fallait attaquer tel faisceau plutôt que tel autre. Il est allé jusque dans les gouttières vertébrales — je ne dis pas qu'il ait bien fait — ; il a porté le bistouri jusque dans les articulations les plus larges; a-t-il eu raison, au fond, ce n'est pas là la question; mais il a prouvé l'immunité de ces opérations pratiquées d'une certaine façon.

Il a fait passer presque toute la chirurgie par la méthode sous-cutanée. En s'emparant de cette méthode, il lui a imposé des règles ; il a même fait sentir l'importance de n'avoir pas de plaies parallèles. Il a appliqué cette méthode à des abcès auxquels on n'aurait pas osé toucher. Il a rendu de grands services sous ce rapport. Il en a rendu d'autres encore; il a imaginé un appareil à soupapes et à pistons, qui est quelque chose de merveilleux pour vider jusqu'à la dernière goutte des collections de liquides, non-seulement fluides, mais très-épais. Il y a là quelque chose de précieux, d'important. Il y a d'autres faits encore qui appartiennent à M. Guérin, mais ce ne sont pas des inventions.

Cela ne m'empêchera pas de dire en terminant ce que je disais à la fin d'un rapport lu dans une autre occasion, et de reconnaître les services réels que M. Guérin a rendus à la chirurgie. Il a perfectionné et modifié la méthode sous-cutanée, en l'appliquant au plus grand nombre des opérations chirurgicales, et en lui imprimant le cachet de sa personnalité ; ce que je lui conteste, c'est de l'avoir inventée. S'il se contentait de la part que je lui fais, la paix renaîtrait parmi nous. S'il exige davantage, ce sera à recommencer sans cesse. Que nous disparaissions, d'autres viendront après nous. Qu'il accepte ou refuse cette part, j'ai la parfaite conviction que c'est celle que lui réservera l'histoire, ce grand miroir que le temps traîne sans cesse avec lui, et où viennent se réfléchir les faits et gestes du passé pour l'instruction des générations à venir.

M. J. GUÉRIN. S'il ne s'agissait que de moi, je me contenterais peut-être de la part que M. Velpeau a voulu me faire dans la méthode sous-cutanée. J'ai plaidé la cause des idées, de la science, et, j'ose le dire, celle des malades. Il ne résulte pas pour moi, de cette discussion, que la méthode sous-cutanée soit bien comprise par tous les chirurgiens. Il y a ici des questions de science qui n'ont été que posées, dans le discours de M. Bouvier, par exemple ; je citerai, entre autres, la grande question de savoir si la réunion des plaies sous-cutanées se fait par inflammation adhésive ou par organisation immédiate.

M. Velpeau, dans ses différentes argumentations, a constamment confondu les anciens errements avec la méthode sous-cutanée elle-même; d'où il résulte que, si un médecin de province venait à en essayer l'application, il pourrait arriver dans un cas donné que le malade vînt à mourir des suites d'une opération mal entendue. Il importe que l'Académie soit éclairée. Je demande donc à l'Académie que la parole me soit accordée dans la prochaine séance pour résumer une dernière fois les bases et les caractères de la méthode sous cutanée, et les différences qui existent entre ma méthode et la pratique ancienne. Je me propose de laisser de côté d'ailleurs toutes les questions personnelles, dans lesquelles je ne veux plus entrer.

Après quelques nouvelles explications échangées entre MM. Velpeau et Guérin, quelques membres demandent la clôture de la discussion.

M. LE PRÉSIDENT met la clôture aux voix.

Après une épreuve et la contre-épreuve, la clôture de la discussion est adoptée.

M. J. GUÉRIN demande si par ce vote l'Académie entend que la discussion demeure entièrement close.

L'Académie, consultée de nouveau, décide que la discussion est et demeure close, et qu'il ne sera plus accordé la parole à personne.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Plusieurs journaux ont annoncé la mort de M. le docteur Geoffroy, médecin en chef de l'asile public d'aliénés d'Avignon, officier de la Légion d'honneur. On nous assure que cet honorable confrère a été assassiné, en faisant sa visite, par un épileptique de son service.

— M. le docteur Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté, reprendra ses conférences cliniques à l'hôpital Saint-Antoine le vendredi 1er mai, à 9 heures du matin, et les continuera les lundis et vendredis dans l'amphithéâtre de l'hôpital; le mercredi au lit du malade.

La conférence du vendredi sera spécialement consacrée à une leçon sur les affections utérines.

Visite des malades à 7 heures du matin.

LE GÉRANT.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des applications de la mensuration de la poitrine (cyrtométrie) à l'étude des indications et des résultats de la thoracentèse.

On a vu dans la précédente *Revue* le parti utile que l'on peut tirer du procédé de mensuration de la poitrine imaginé par M. Woillez pour l'appréciation de la marche et du pronostic des pleurésies ; nous avons dit que ce procédé de mensuration nous paraissait destiné à jeter un jour nouveau sur les indications et sur les effets du traitement. M. Woillez n'a fait connaître jusqu'à présent de ses études sur ce sujet que ce qui a rapport aux indications ou à l'opportunité de la thoracentèse. Nous allons exposer les résultats de ses recherches sur ce point important de clinique. Mais il est indispensable, pour bien fixer le rôle du cyrtomètre et la part qui devra lui être faite dans la détermination des indications et de l'opportunité de la thoracentèse, de rappeler préalablement quelles sont les données actuelles de la science sur ce point.

Pour certains cas, tous les praticiens sont à peu près d'accord, ce sont les cas d'urgence dans lesquels les épanchements devenus excessifs, compromettent véritablement la vie des malades. Mais hors cette indication unanime, il n'y a qu'incertitude et divergence à l'égard des autres circonstances qui rendent la thoracentèse opportune. Il faut opérer, disent les uns, lorsqu'une matité complète a envahi tout le côté affecté, et qu'il y a absence de bruits respiratoires quelconques, le déplacement des organes fût-il peu marqué et la dyspnée légère ; à plus forte raison lorsqu'il y a refoulement des organes contigus à la plèvre distendue par le liquide, et surtout refoulement du cœur. D'autres veulent qu'on opère, alors même qu'il n'y a que des signes d'épanchement modéré, mais avec une grande dyspnée, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause. La thoracenthèse est indiquée, a-t-on dit encore, toutes les fois que la résorption du liquide paraît douteuse, ou qu'il y a une trop grande lenteur de résorption ; quand l'épanchement a une tendance à s'accroître indéfiniment et à devenir funeste ; quand le liquide est purulent, c'est-à-dire rebelle à l'absorption ; on l'a conseillée enfin, dans le but d'éviter le passage du liquide à l'état de pus, et pour éviter la déformation thoracique, etc.

D'un autre côté, beaucoup d'objections ont été faites à cette opération. Sans parler de ses dangers possibles, on a surtout objecté son inutilité, rien ne prouvant, lorsqu'elle a été suivie de guérison, que cette guérison n'aurait pas eu lieu sans son concours. En un mot, à défaut de signes suffisants pour faire apprécier l'abondance de l'épanchement et l'imminence des accidents qui peuvent s'ensuivre, on est réduit à agir par tâtonnements, un peu au hasard, au risque d'opérer le plus souvent trop tôt ou trop tard, rarement au moment le plus opportun.

Telles sont les principales considérations qui ont inspiré à M. Woillez l'idée d'appliquer à la recherche des indications de la thoracentèse, les éléments de pronostic fournis par la mensuration cyrtométrique. Voici, d'après les faits qu'il a réunis, comment par la mensuration on peut être averti d'agir en temps opportun, ni trop tôt ni trop tard.

La crainte d'opérer trop tard, avons-nous dit, comme dans les faits où la mort est survenue pendant un court retard apporté à la thoracentèse, a fait conseiller d'agir plus tôt, mais sans qu'on ait pu déterminer les conditions positives dans lesquelles il fallait opérer. Généralement on a pris pour guides l'abondance de l'épanchement et le déplacement du cœur. Eh bien, à l'aide du cyrtomètre, il a été facile à M. Woillez de démontrer que dans certains cas de cette espèce, on se presse trop de ponctionner la poitrine, et que l'on pratique une opération au moins inutile. Témoin les faits très-intéressants sous ce rapport que M. Woillez a recueillis dans son service, où il s'agit de malades qui auraient pu être opérés en raison de l'abondance de l'épanchement et de la déviation du cœur, si l'on s'était appuyé sur les indications formulées par les auteurs, et dans lesquels la mensuration est venue démontrer par une rétrocession plus ou moins rapide, la tendance de l'épanchement à la guérison, — ce qui a été confirmé par l'événement.

« On opère donc trop tôt, dit M. Woillez, si, l'épanchement étant très-abondant, on ne tient pas compte de la décroissance du liquide, constatée par le cyrtomètre, alors qu'elle est encore latente à la percussion et à l'auscultation. On ponctionne la poitrine trop tôt encore, si l'on ne tient pas compte de la marche naturelle de la maladie, et que l'on ne donne pas d'abord à l'épanchement un temps suffisant pour que la résorption commence.

» Enfin, avant de se décider à pratiquer la thoracentèse, on doit attendre la rétrocession, tout en la provoquant par un traitement médical, jusqu'à une époque plus ou moins éloignée du début, jusqu'au quinzième jour au moins dans les cas évidemment simples, et jusqu'au vingt-cinquième ou trentième jour dans les cas compliqués. »

Si le cyrtomètre est utile, comme on vient de le voir, pour empêcher qu'on n'opère trop tôt, il ne l'est pas moins pour prévenir les conséquences très-fâcheuses dans quelques cas d'une opération tardive. Tels sont ceux, par exemple, où une accumulation de fausses membranes épaisses, après la résorption complète de l'épanchement, peut faire croire à la présence dans la plèvre d'un liquide très-abondant. Bien que dans quelques circonstances de ce genre, la ponction n'ait eu aucun résultat fâcheux, comme M. Landouzy en a cité un exemple dans le mémoire que nous avons récemment fait connaître, il faudrait bien se garder de compter toujours sur une semblable innocuité, car on a vu, et M. Woillez en cite un exemple *de visu*, la mort survenir après une de ces ponctions intempestives. Or il pense que dans les faits de cette espèce, la mensuration ferait sûrement éviter l'erreur, soit en révélant une rétrocession thoracique graduelle qui s'effectue encore après la résorption du liquide, soit en faisant constater un rétrécissement du côté malade, qui échapperait encore à la simple inspection du thorax.

Voyons maintenant quelles sont les données que la cyrtométrie fournit pour déterminer l'opportunité de la thoracentèse.

L'indication fondamentale de la thoracentèse, toujours à part les cas d'urgence prévus plus haut, se tire de la connaissance de cette circonstance, que le liquide épanché dans la plèvre n'est plus susceptible de résorption, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement médical. Or, on a vu, à propos du pronostic, que cette résistance des épanchements à l'absorption s'annonçait par une ampliation manifeste de la poitrine, sensible à la mensuration, même dans les cas latents, lorsque cette amélioration se faisait quinze jours au moins après le début de la pleurésie simple, et vingt-cinq, trente jours au plus après ce début, si elle était compliquée. C'est donc dans l'ampliation produite par ce progrès insolite de l'épanchement que M. Woillez veut qu'on cherche l'opportunité de la ponction thoracique. Sur un très-grand nombre de cas de pleurésie qu'il a étudiés à ce point de vue depuis le début de ses recherches sur ce sujet, M. Woillez n'a trouvé que deux cas dans lesquels la mensuration lui ait fourni l'indication précise d'opérer.

Dans le premier de ces cas, une rétrocession thoracique constatée du vingt-troisième au trente et unième jour lui laissa d'abord toute sécurité, malgré la déviation du cœur, et lui fit juger la thoracentèse inopportune ; mais du trente et unième au quarante-deuxième jour, quoique le malade continuât à présenter exactement le même état local et général en apparence — l'état général étant très-satisfaisant d'ailleurs —, le cyrtomètre lui révéla une ampliation thoracique progressive, et latente par tout autre moyen. Dès lors, à cette époque déjà éloignée du début, la thoracentèse lui parut indiquée ; mais le malade s'y refusa, et sortit de l'hôpital pour y rentrer quinze jours plus tard, obligé, par l'aggravation des symptômes, de se faire opérer. Heureusement le poumon n'était pas bridé par des fausses membranes et conservait encore son élasticité ; aussi la guérison eut-elle lieu.

Dans le second cas, concernant une femme enceinte de six mois, la malade, atteinte de pleurésie droite, et observée seulement au vingt-quatrième jour, fournit, dès le lendemain, l'indication précise de la thoracentèse, grâce à la mensuration, qui révéla une ampliation progressive latente, à une époque déjà assez avancée de la maladie. L'opération fut suivie de succès, et le cyrtomètre rendit évidente la résolution de l'épanchement par la rétrocession de la poitrine, lorsque quelques jours après la thoracentèse, la matité, encore très-étendue, pouvait faire croire à la persistance de l'épanchement et inspirer la pensée d'une nouvelle ponction qui eût été évidemment inutile.

Ainsi, dans le premier cas, la thoracentèse a été indiquée par la mensuration quinze jours avant que la dypsnée et l'augmentation considérable du liquide l'eussent rendue urgente. Dans le second, elle l'a été d'une manière aussi précise par l'ampliation thoracique constatée dès le vingt-cinquième jour et se continuant rapidement jusqu'au vingt-huitième, sans autre signe que celui déduit de la mensuration.

Ces deux faits démontrent donc, et c'est là la conclusion que M. Woillez se croit fondé à déduire de ses recherches sur ce point important du traitement de la pleurésie, qu'il est opportun de pratiquer la thoracenthèse lorsque l'épanchement suit une marche croissante et manifeste à la mensuration cyrtométrique, lorsque le temps de la période croissante régulière est expiré.

Peau bronzée (maladie d'Addison). — Longue durée de la maladie ; guérison apparente. Invasion durant la convalescence d'une pleuro-pneumonie mortelle.

Jusqu'à présent toutes les observations de peau bronzée qui ont été produites depuis que cette maladie a été révélée par les travaux de M. Addison, sont des cas de mort. Nous avons pu croire un instant que la science allait enregistrer enfin un cas de guérison, qui nous eût mis sur la voie de quelques indications thérapeutiques précieuses. Un honorable praticien de Die (Drôme), M. le Dr Chevandier, communiquait il y a quelques mois, à la Société impériale de médecine de Lyon, une observation de peau bronzée dont la nature, d'abord méconnue, lui avait été démontrée plus tard appartenir à cet ordre d'affection par son analogie parfaite, sous le rapport des principaux phénomènes, avec les faits publiés par M. Addison et par M. Trousseau. Il terminait la relation de cette observation en annonçant une guérison prochaine, que tout l'autorisait en effet alors à prévoir, et plusieurs journaux ont déjà signalé ce fait comme un exemple d'issue heureuse de la maladie bronzée. Cependant il n'en a malheureusement pas été ainsi. Au moment où le malade, en pleine convalescence et déjà dépouillé de sa coloration morbide, touchait à la guérison, de nouveaux accidents morbides qui n'ont été peut-être qu'un dernier épisode de la maladie elle-même, sont venus brusquement anéantir cette illusion.

Malgré cette issue funeste, qui diminue beaucoup l'intérêt de ce fait, nous croyons qu'il lui en reste encore assez cependant pour le mettre sous les yeux de nos lecteurs. Ils y trouveront d'ailleurs des détails instructifs pour l'étude des symptômes et de la marche d'une maladie encore très-imparfaitement connue, et quelques renseignements sur les effets de la médication employée, dont la thérapeutique pourra peut-être tirer par la suite d'utiles inspirations. Voici ce fait :

E..., à la suite d'un profond chagrin causé par sa séparation de son fils unique, appelé par la conscription, se sentit pris d'un malaise indéfinissable, qu'il qualifiait en disant que son estomac se fermait. Ces sortes de spasmes épigastriques, accompagnés de la perte du sommeil et de l'appétit, revenaient de temps en temps.

Il y avait quinze jours que cet état durait lorsqu'il s'aperçut d'un changement singulier dans le teint de son visage. A partir de la racine des cheveux, une couleur d'un brun foncé se répandait sur sa figure, sur le cou et sur la partie antérieure de la poitrine. En même temps, la tête était alourdie, les paupières pesantes, et des obnubilations troublaient quelquefois la vue. Les mains prirent à leur tour la coloration brune de la face ; les doigts s'engourdirent et devinrent le siége de picotements pénibles. La marche, difficile d'abord, titubante ensuite, était accompagnée d'une extrême fatigue qui obligeait le malade à s'asseoir après quelques pas, comme menacé d'évanouissement ; une sueur froide inondait son visage. Les épaules étaient aussi devenues noires comme tout le reste du corps.

Bientôt la maladie s'aggravant, aux symptômes qui viennent d'être énumérés s'ajoutèrent une céphalalgie frontale gravative, de la somnolence pendant le jour, quelques vomituritions, une douleur continuelle autour du sein droit, un peu engorgé ; une toux sèche et rare ; un peu de bruit de souffle au cœur et dans les carotides.

La langue n'était point chargée, et sa couleur normale formait un contraste frappant avec la coloration livide de la muqueuse des lèvres et du palais, parsemées l'une et l'autre de petites taches ecchymotiques. Point de fièvre ; pouls lent et faible.

La peau brunissant de plus en plus, les pieds devenant froids, les extrémités des doigts insensibles, leur flexion et leur extension difficiles, la miction étant pénible et fréquente, les urines mousseuses et très-jaunes, les parties génitales étant le siége de démangeaisons continuelles et de taches noires innombrables auxquelles correspondaient des élancements très-pénibles, E... se décide enfin à réclamer les soins du médecin.

On était alors au commencement d'avril. Deux mois seulement s'étaient écoulés depuis le début de la maladie. On prescrivit une saignée du bras, un vésicatoire entre les épaules, des bains et de la tisane de chiendent et de cresson. Le résultat fut nul. Seulement à partir de cette époque le bras droit resta engourdi, le plexus brachial devint le siége de douleurs que le mouvement provoquait. Les mouvements de l'avant-bras sur le bras étaient conservés, mais le bras ne pouvait pas s'éloigner du tronc. La douleur pectorale existait toujours.

M. Chevandier, consulté dans les premiers jours de mai, fut frappé tout d'abord de la couleur de la peau, qui présentait la teinte d'iode plutôt que celle du bronze, ou plutôt une teinte de sépia, qui la lui fit comparer au fond de certains portraits photographiés, formés par les vapeurs de brôme et d'iode. Elle différait essentiellement de celle que produit le nitrate d'argent, et n'avait rien de commun avec celle de certains ictères très-intenses appelés par Hufeland ictères noirs.

Ne connaissant pas encore à cette époque le mémoire d'Addison, et prenant en considération la cause de la maladie, le chagrin, et quelques-uns de ses principaux symptômes, tels que l'abondance, la coloration et l'écume des urines, le fond ictérique de la conjonctive, la teinte brune de la peau, la douleur de l'épaule droite s'étendant à tout le côté droit de la poitrine, M. Chevandier mit tout sur le compte d'une maladie hépatique, bien qu'il n'y eût ni douleur à la pression ni augmentation de volume dans l'hypochondre droit. Il prescrivit, en conséquence, 45 grammes de sel d'Epsom dans un litre de tisane d'orge; les jours suivants, le malade prit, le matin et le soir, une pilule avec aloès et extrait de ratanhia, 10 centigr. de chaque.

Ce traitement dura dix jours: toutes les évacuations produites par le purgatif et par les pilules laxatives furent d'abord liquides et *noires* comme de la poix; puis elles devinrent jaunes et écumeuses, furent suivies d'une fatigue générale assez grande pour condamner le malade au lit.

Cependant, à la suite de ces évacuations, la coloration noire avait beaucoup perdu de son intensité; les syncopes avaient cessé; mais le sommeil et la céphalalgie persistant, M. Chevandier fit appliquer à l'anus six sangsues qui donnèrent un sang noir et épais. Le lendemain le malade se leva, il était beaucoup mieux; les évanouissements et la céphalalgie se dissipèrent pour ne plus revenir; l'appétit reparut, et la coloration brune s'effaça.

Un mois se passa ainsi, le malade allant de mieux en mieux, sans autre médication que des prises de rhubarbe.

Vers le milieu du mois de septembre suivant, il revint à la consultation après avoir fait six kilomètres à pied et sans trop de fatigue. M. Chevandier fut frappé encore de la coloration brune de sa peau. Cependant le malade l'aborda en lui disant qu'il redevenait blanc, et montra ses jambes, qui avaient repris jusqu'aux genoux leur couleur naturelle. Ceux-ci étaient le siége de douleurs aiguës, se dissipant un peu par la marche. Les articulations radio-carpiennes étaient également endolories; l'engorgement mammaire, la douleur et la paralysie persistaient; le bras droit était un peu atrophié.

Un nouveau voyage entrepris dans le but d'aller voir son fils, objet de toutes ses préoccupations, fut suivi d'une amélioration des plus sensibles. Il était devenu tout à coup blanc, assurait-il. Le fait est qu'en deux jours, son teint s'était éclairci d'une manière notable. A son retour, M. Chevandier lui ordonna des frictions avec l'alcool camphré sur le côté paralysé, et l'usage intérieur du calomel à la dose de 5 centigrammes par jour et pendant dix jours. La diarrhée était redevenue jaune; la teinte iodée s'effaçait aux cuisses et perdait de son intensité à la face et aux mains; elle était remplacée par une coloration bronzée.

Le 4 octobre, le malade se sent plus fatigué de la course qu'il a faite pour aller à la consultation. Ses paupières sont plus noires; les points ecchymotiques plus nombreux. Les parties sexuelles sont le siége de la coloration la plus brune et des élancements les plus pénibles.

Le 1er novembre, il va décidément mieux; il ne se plaint plus que d'une diarrhée abondante, probablement provoquée par la rhubarbe, qui est remplacée par une décoction gommée de bouillon blanc.

Quelques jours après les selles étaient redevenues naturelles, le malade est mis à l'usage du quinquina, du bon vin et d'un régime fortifiant.

Le 27 novembre, il revient voir M. Chevandier, se disant guéri. La coloration de la peau est beaucoup moins marquée; les paupières et les organes génitaux sont les seules parties où la couleur *iodée* se remarque encore.

Tel était l'état de ce malade lorsque notre confrère en entretint la Société de médecine de Lyon, le considérant alors comme en voie de guérison assurée.

Mais, ainsi que nous l'avons dit, les choses ont changé depuis. Dans une courte note qu'il vient de nous adresser, M. Chevandier nous apprend que cet homme qu'il croyait guéri et qui paraissait effectivement à la veille de la guérison, a été pris depuis d'une pleuro-pneumonie du côté gauche, à laquelle il a succombé en cinq jours. Pendant la durée de ces derniers accidents, la coloration *sépia* de la peau avait repris toute son intensité.

L'autopsie n'ayant point été faite, cette observation reste stérile sous le point de vue anatomo-pathologique.

Encore un mot sur les lésions anatomiques de la maladie d'Addison. — Peau bronzée compliquée de diathèse syphilitique.

L'observation que nous venons de rapporter rappelant notre attention sur la maladie d'Addison, nous saisirons cette occasion pour revenir sur un autre fait dont nous avons entretenu dernièrement nos lecteurs, mais d'une manière très-incomplète, n'ayant alors à notre disposition qu'une note très-succincte publiée par le *Compte rendu* de l'Académie des sciences; nous voulons parler du cas de peau bronzée sans lésion des capsules surrénales, communiqué à l'Académie par M. A. Puech, chirurgien chef interne de l'hôpital civil de Toulon. Le seul fait que constate la note du *Compte rendu* est l'absence de lésion des capsules; mais ce n'est pas là le seul côté par lequel cette communication est intéressante. Elle n'a sous ce point de vue qu'une signification négative qui a bien sa valeur sans doute; mais son principal intérêt n'est pas là; il réside dans la constatation d'autres lésions curieuses, rarement observées jusqu'ici, et dont il importe de faire connaître la coïncidence avec la coloration bronzée de la peau, sauf à réserver toute déduction sur leur rapport possible.

On se rappelle sans doute les principales particularités de la maladie de l'homme qui est le sujet de cette observation. Pour éviter des répétitions inutiles, nous invitons au besoin nos lecteurs à se reporter au numéro du 23 avril où elles sont consignées.

Quant aux détails de l'autopsie, qui ne se trouvent point dans cette note et qui font le principal intérêt de ce fait, nous croyons devoir les rapporter ici, d'après la communication directe que M. Puech a bien voulu nous faire depuis.

Les viscères de la tête et de la poitrine n'offrent aucune lésion à signaler.

Squelette. — On note une exostose sur la table externe de l'occipital et une périostose sur le corps des cinquième et sixième vertèbres dorsales.

Abdomen. — Le diaphragme présente à droite une large plaque cartilagineuse d'un blanc nacré; elle est irrégulièrement quadrilatère, et a sa face pleurale parcourue par de petits mamelons d'un beau blanc.

La muqueuse de l'estomac, décolorée et ramollie, présente sur plusieurs points, et notamment le long de sa grande courbure, de petites ulcérations (au nombre d'une douzaine) superficielles, à fond noir et à bord piqueté de rouge.

La muqueuse de l'intestin grêle est saine.

Le gros intestin est profondément altéré: ses parois, épaissies, sont difficiles à diviser, et sa tunique interne est parsemée d'ulcérations multiples de grandeur, d'aspect et de profondeur divers. Les bords, parfois taillés à pic, d'autres fois végétants, sont rougeâtres ici, grisâtres là; en quelques points la muqueuse seulement est affectée; dans d'autres, la musculeuse est atteinte; enfin, en deux points qui se rencontrent à la partie antérieure du cœcum, le péritoine est perforé.

Nonobstant ces deux perforations, l'inflammation s'est circonscrite aux alentours dans une zone assez restreinte; il y a quelques fausses membranes et épanchement d'un liquide trouble et fétide.

Le foie, de volume moyen, offre extérieurement et intérieurement des collections multiples de la grosseur d'une cerise à celle d'une petite noix; les unes sont franchement purulentes au centre, les autres sont jaune-paille et ramollies. Les unes et les autres, nettement limitées, tranchent avec la coloration normale des parties voisines. La vésicule contient une bile safranée; elle est petite et adhère au côlon.

En dehors des points envahis par l'inflammation, la séreuse intestinale et mésentérique est parcourue d'espace en espace par des productions pathologiques particulières. Les productions, au nombre de trente à quarante, sont constituées par de petites plaques tantôt arrondies, tantôt discoïdes, tantôt encore quadrilatères. Comme leur forme, leur volume varie; les unes sont grosses comme une lentille, d'autres égalent en surface une pièce de 20 centimes; deux enfin une pièce de 50 centimes, siégeant de préférence sur la séreuse de l'intestin grêle. Elles ont un aspect blanchâtre et peu de saillie, puisqu'un demi-millimètre au plus mesure leur hauteur. Lorsqu'on les détache, on trouve au-dessous la séreuse qui est déprimée. A l'œil nu, ou mieux encore à la loupe, leur surface paraît constituée par une série de petits tubes fermés à leur extrémité et d'inégale hauteur.

Comme personne mieux que celui qui a observé toutes les phases de la maladie et qui a eu les pièces sous les yeux, n'est apte à juger des rapports que l'autopsie lui a permis de constater entre les lésions cadavériques et les symptômes constatés pendant la vie, nous nous abstiendrons de tout commentaire sur tout ce qui précède, laissant M. A. Puech lui-même résumer les faits généraux qui ressortent de cette observation.

« Trois maladies principales, dit M. Puech, ont existé chez ce sujet; ce sont, en suivant l'ordre de leur apparition: 1° la syphilis; 2° la peau bronzée; 3° la dyssenterie.

1° A la dyssenterie chronique se rattachent comme complication deux accidents: la perforation de l'intestin, d'une part, l'hépatite, de l'autre. La perforation, due à l'extension du travail ulcératif, s'est comme toujours accompagnée de péritonite, et c'est elle qu'il faut en dernier lieu accuser de la mort. Pour l'hépatite, dont l'existence de nombreux abcès est à mes yeux la démonstration la plus palpable, elle est rare dans nos climats, mais elle est assez fréquente dans les pays chauds, où elle vient ajouter à la gravité de la dyssenterie.

» 2° Les symptômes de la peau bronzée existaient depuis un an et demi, et pourtant les capsules surrénales ont été trouvées saines. Ce fait vient donc à l'appui de ce que nous avions déjà écrit. (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 15 septembre 1856.)

» 3° La lésion du péritoine décrite en dernier lieu, n'ayant été, que je sache, nulle part signalée, il devient difficile d'en assigner la nature. L'aspect présenté par ces plaques, l'absence de tubercules dans aucune partie de l'économie éloignaient l'idée d'une éruption tuberculeuse; mais ce point écarté, nous n'en étions pas plus fixé. Nous fondant sur les accidents syphilitiques observés chez ce malade, nous l'avons rattachée à cette diathèse, et, jusqu'à preuve du contraire, nous inclinerons vers cette manière de voir. Ce serait donc là une nouvelle manifestation de la syphilis viscérale et le premier fait qui la signalerait? »

PRISON CELLULAIRE DE MARSEILLE. — M. SAUZE.

Quinze observations de folie pénitentiaire dans l'espace de deux ans!...

OBS. I. — *Démence paralytique. — Délire ambitieux. — Agitation maniaque.*

Ferro (Jean), âgé de quarante-quatre ans, a été condamné à six jours d'emprisonnement pour cris séditieux. A son entrée, je m'aperçois tout de suite qu'il y a du désordre dans ses facultés intellectuelles. Depuis, il ne cesse de donner des signes non douteux d'aliénation mentale. Il est atteint de délire maniaque avec agitation. Il chante toute la nuit, se lève à tout instant. On remarque au milieu de son délire quelques idées de grandeur, de richesse, et un certain affaiblissement des facultés et de la mémoire, qui me font croire à l'existence d'une démence avec paralysie générale commençante. Il y a aussi de la faiblesse et de l'incertitude dans les mouvements. L'articulation des mots est quelquefois difficile; il y a un certain degré de bredouillement. Ferro ne peut pas toujours retrouver sa cellule. Il porte des décorations à la boutonnière.

Le 30 novembre 1854, j'adressai à M. le préfet un certificat détaillé dans lequel je déclarai Ferro atteint de démence paralytique au premier degré, avec agitation maniaque, et je demandai son placement dans l'asile des aliénés.

Ferro fut effectivement placé dans cet établissement hospitalier, où je continuai à le voir. L'agitation maniaque augmenta; les signes de démence paralytique se caractérisèrent chaque jour davantage: délire ambitieux des plus manifestes, faiblesse et incertitude dans les mouvements, bredouillement, convulsions des muscles de la face.

Il a été dirigé sur le Piémont, son pays natal, après un court séjour dans l'asile des aliénés.

OBS. II. — *Hydropisie. — Délire maniaque aigu. — Hallucinations.*

Dombey est âgé de trente-huit ans. Il a été condamné à trois mois d'emprisonnement pour vol. Il entre dans la prison le 6 novembre 1854. Pendant toute la durée de son séjour, Dombey a donné des signes d'aliénation mentale. Il était d'abord hypochondriaque, se plaignait de toute espèce de maux et de souffrances, se faisait porter malade sans motifs, réclamait sans cesse, était peu docile, et se soumettait avec peine à la discipline de la prison.

Vers la fin de novembre, son état empira; il se déclara de l'agitation; les nuits étaient sans sommeil; il chantait et parlait continuellement, frappait la porte de sa cellule à coups redoublés; il brisait, bouleversait le mobilier; il alla même jusqu'à se porter à des voies de fait envers les gardiens.

J'avais cru un instant à la simulation; mais je le fis observer avec soin par les gens de service sans qu'il pût s'en apercevoir, et je l'examinai moi-même à plusieurs reprises sans qu'il s'en doutât. Je l'interrogeai souvent, et ne tardai pas à acquérir la conviction qu'il était bien réellement atteint de délire maniaque. Il avait des hallucinations de l'ouïe parfaitement caractérisées. Enfin, le 18 décembre 1855, je me décidai à adresser à M. le préfet un rapport constatant l'aliénation mentale de Dombey, et à demander son placement dans l'asile des aliénés.

Placé dans cet établissement, Dombey a présenté des intervalles d'agitation et de calme, puis il s'est sensiblement amélioré et est sorti guéri.

OBS. III. — *Imbécillité à un faible degré. — Délire partiel. — Hallucinations de l'ouïe. — Agitation.*

Velu (Michel), âgé de quarante-huit ans, a été condamné à six mois de prison pour rupture de ban. Il a subi quinze jugements pour vagabondage et mendicité. Il entre en prison le 29 septembre 1854. Velu est sans profession; toute sa vie il a erré et mendié. Sa santé physique est très-affaiblie, il n'y voit presque pas; il est amaigri, pâle, et atteint de catarrhe chronique des bronches. Il ne sait ni lire ni écrire; son intelligence est obtuse. On peut le considérer comme atteint d'un léger degré d'imbécillité. Sa tête est petite, le front étroit et déprimé. Il n'a jamais pu rien apprendre.

Vers le milieu de janvier 1855, il présente quelques désordres de la raison; il avait des hallucinations de l'ouïe, surtout pendant la nuit: on l'insulte, on le traite de voleur. Il a cessé de vouloir manger la soupe, de peur qu'on ne l'eût empoisonnée. Quelque temps après (février), il se déclare de l'agitation; il y avait également de l'insomnie. Il se barricade dans sa cellule pour se mettre à l'abri des dangers dont il se croit menacé et pour se soustraire à l'action nuisible de certaines vapeurs. Les hallucinations de l'ouïe continuent; il entend parler des personnes qui complotent contre sa vie. Il ne mange pas.

Le 22 février, j'adressai à M. le préfet un rapport constatant que Velu était atteint de délire partiel avec hallucinations, et je demandai son placement à l'asile des aliénés.

A son arrivée dans ce dernier établissement je constatai les mêmes symptômes. Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est la rapide guérison de Velu: au bout de quelques jours la raison était revenue, les hallucinations avaient cessé; il était complétement calme et lucide. Un

régime analeptique a rétabli un peu sa santé, délabrée par le séjour dans les prisons.

Il a été dirigé sur le département de l'Ain, son pays natal.

Obs. IV. — *Délire maniaque. — Agitation.*

Weber (Jacques), âgé de vingt-six ans, marin, a été condamné, le 8 janvier 1855, à Varna, à un an d'emprisonnement pour menaces envers son capitaine. Il est d'une constitution robuste, sa santé physique ne laisse rien à désirer. Depuis son entrée dans la prison il a donné des signes d'aliénation mentale. Antérieurement à son entrée dans la cellule, il avait eu à bord de la frégate *l'Africaine*, après sa condamtion, de courts accès de manie pendant qu'il était aux fers. Je tiens ces renseignements d'un marin qui subissait la même peine. Il lui arrivait souvent, m'a-t-il dit, de se réveiller en sursaut, de crier, de gesticuler. Enfin, on le considérait comme fou.

Pendant les premiers jours de son emprisonnement, il donna quelques signes d'exaltation et de désordre intellectuel. On le voyait parler seul à haute voix et gesticuler, lorsque bientôt il se déclara un véritable accès de manie aiguë. Il y eut de l'agitation, de l'insomnie, un délire général. La mémoire devint confuse. Il heurta de la tête le mur de la cellule, et se fit une plaie; il brisa sa chaise, parla sans cesse, et perdit, en un mot, la conscience de ses actes.

Je le soumis à un traitement par les bains tièdes prolongés et les boissons tempérantes; mais je ne pus le garder longtemps à la prison, à cause du bruit et du désordre qu'il y causait. Je me décidai alors à faire un certificat constatant son état mental, et à demander son transfèrement à l'asile des aliénés. Il y entra le 8 avril 1855.

Six semaines après (24 mai) il était complétement rétabli.

Obs. V. — *Surdi-mutité. — Imbécillité.*

X..., sourd-muet, âgé d'environ quarante ans, a été condamné, pour vol et vagabondage, à un an de prison et à cinq ans de surveillance. On ne connaît pas son nom. Il entre dans la prison le 16 juillet 1854. Voici dans quel état je le trouve: Sa santé physique est mauvaise, sa constitution est débilitée; il est maigre, pâle; c'est un corps usé et une santé appauvrie par les privations et la misère. Il parcourt en mendiant les rues de Marseille depuis de longues années. Son intelligence est tout à fait rudimentaire. Il n'a reçu aucune éducation. Le directeur de l'établissement des Sourds-Muets, appelé à l'audience, n'a pu parvenir à se faire comprendre de lui d'aucune manière.

Cet inconnu ne sait absolument rien faire; il faut lui nettoyer même sa cellule. Il ne peut évidemment avoir aucune idée de ses devoirs sociaux. Le sens moral est complétement absent chez lui. Il ne veut manger que du pain. Ses fonctions digestives ne se font pas bien; il se plaint souvent de douleurs dans le ventre. Sa figure est stupide et exprime l'abrutissement. Il est borgne. Sa tête est caractéristique de l'idiotie. Le front est étroit et déprimé; il y a un déplacement latéral des pariétaux et aplatissement de l'occipital. Il grogne, et sa démarche a quelque chose de particulier.

Un être aussi imparfait ressemble beaucoup plus à la brute qu'à l'homme.

Obs. VI. — *Démence paralytique. — Délire ambitieux.*

Trucano, âgé de trente-neuf ans, a été condamné à trois jours de prison pour outrages envers un agent de la force publique. Il entre en prison le 25 janvier 1855. Je constate immédiatement une démence avec paralysie générale au premier degré. Il y avait des signes d'affaiblissement intellectuel, et du délire ambitieux. Les mouvements étaient incertains, la langue embarrassée; on observa le tremblement des lèvres. Comme il n'avait que trois jours à faire, je ne jugeai pas à propos de demander son placement dans l'asile des aliénés; mais il ne tarda pas à y venir par ordre de l'autorité.

Là les mêmes symptômes furent constatés: il y eut une agitation maniaque des plus vives; la paralysie se dessina de plus en plus. Il y avait le délire des grandeurs et un contentement général propre à ce genre de démence.

Après quelque temps de séjour à l'asile des aliénés, il a été dirigé sur le Piémont, son pays natal.

Obs. VII. — *Hypochondrie.*

Robin est âgé de trente-trois ans. Il a été condamné à trois mois de prison pour coups et blessures envers sa femme. Il entre le 31 décembre 1854. Depuis lors, il n'a cessé de se plaindre de toute espèce de maux. Cependant sa santé physique est bonne; les diverses fonctions s'exécutent bien; il mange avec appétit, dort bien, etc. Il s'est saigné lui-même à plusieurs reprises en se déchirant la veine avec un morceau de verre, prétendant qu'une saignée lui faisait le plus grand bien. C'est tantôt l'estomac, tantôt le ventre, aujourd'hui la tête, demain le bras ou la jambe qui souffrent. Il cherche à me convaincre qu'il est malade.

C'est en un mot un véritable hypochondriaque.

Obs. VIII. — *Aura epileptica. — Délire furieux. Hallucinations.*

Galas a été condamné à un an de prison pour soustraction frauduleuse. Il est chauffeur, âgé de vingt-cinq ans. Il entre le 29 mars 1855. Je constate une santé parfaite. Il est d'une constitution robuste; son intelligence est parfaitement saine. Il dort bien, mange avec appétit. Son moral n'est nullement impressionné par la cellule. Il est porté pour la grâce, et a espoir de l'obtenir.

Le 11 mai, à quatre heures du soir, il est brusquement pris d'un accès de manie furieuse qui dure trois heures. Il se précipite sur les personnes qui l'approchent, en menaçant de les frapper. On est obligé pour le contenir de lui mettre la camisole. Il divague et a des hallucinations de l'ouïe. Il croit qu'on veut le guillotiner.

Le lendemain 12 mai, je le trouve dans un état d'hébétude. Il n'a pas le souvenir de ce qui s'est passé, il se plaint de ce que la tête lui fait mal, qu'il a des éblouissements. L'appétit est conservé; il ne dort pas. J'ordonne une bouteille d'eau de Sedlitz, de la limonade pour boisson, et un bain de deux heures chaque jour.

Le 12 mai il ne reste plus le moindre nuage dans l'intelligence. Galas est complétement revenu à lui, mais la céphalalgie et les éblouissements continuent.

Le 16 mai, je lui fais une saignée de 400 grammes.

Le 17, il y a une épistaxis abondante. Ce double caractère du début instantané et de la courte durée, la nature triste des hallucinations, me firent croire que j'avais peut-être affaire à un délire épileptique; mais Galas m'assura qu'il n'avait jamais eu de convulsions. Cependant il se plaignait quelquefois d'une douleur qui, partant du côté gauche de la poitrine, montait au cerveau. Alors il y a des éblouissements, il est obligé de s'asseoir, les jambes faiblissent, et il tomberait. Ce phénomène se reproduit tous les jours ou tous les deux jours.

J'étais dès lors mis sur la voie de la véritable origine de cette folie. J'avais acquis la certitude que le délire de Galas se rattachait à l'épilepsie. En effet, il y a des vertiges, des accès incomplets. Cette douleur qu'il accuse n'est autre chose qu'une *aura*.

Ainsi tout s'explique à merveille. Ce qui vient encore confirmer le diagnostic, c'est la perte de la mémoire: Galas ne se rappelle pas ce qui s'est passé.

(Dans le prochain numéro nous publierons la fin de ces observations, ainsi que les réflexions qui les suivent.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 avril 1857. — Présidence de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeur de l'isthme du gosier. — **M. HUGUIER** présente un malade qui fait le sujet de l'observation suivante:

Le 17 avril 1857 est entré à l'hôpital Beaujon le nommé Hippolyte Gibert, âgé de trente-neuf ans, cocher.

Cet homme est d'une bonne santé habituelle et n'a jamais été malade; il paraît même d'une constitution robuste. Seulement, depuis un an qu'il a perdu sa femme, il a maigri, et il attribue cet effet au chagrin qu'il en a éprouvé.

Il y a deux mois, il s'aperçut par hasard qu'il avait dans la bouche, du côté droit du voile du palais, une petite tumeur du volume d'une noisette; depuis cette époque, cette tumeur a grossi insensiblement, et il affirme n'y avoir jamais éprouvé de douleurs.

Nous constatons à l'entrée du malade, du côté droit dans le fond de la bouche, une tumeur du volume d'une petite pomme, mais inégale et mamelonnée, limitée en dehors par l'angle du maxillaire inférieur, s'étendant en dedans et envahissant environ les deux tiers du voile du palais, en même temps qu'elle déjette la luette contre l'amygdale gauche, de façon à ne laisser qu'un passage étroit à l'isthme du pharynx; en arrière, elle se prolonge assez profondément dans la gorge sans qu'on puisse assigner avec le doigt de limites précises. Cette tumeur est indolore, rénitente, mais offrant dans certains points une fluctuation manifeste; sa coloration est plus foncée que celle de la muqueuse environnante. Une ponction exploratrice laisse écouler une sérosité sanguinolente; la tumeur diminue, mais ne se vide pas. La respiration est libre; la déglutition est gênée d'une manière notable et la parole voilée; l'audition de l'oreille du côté correspondant n'est nullement troublée. Mais les ganglions qui entourent le maxillaire inférieur, tant en arrière qu'en bas, sont engorgés et légèrement douloureux à la pression.

Le malade ne sait à quelle cause attribuer l'origine de cette tumeur; il a pris dans sa jeunesse l'habitude de *chiquer*, mais il observe que sa consommation de tabac est très-minime, et ne s'élève pas à plus de 5 centimes pour deux jours.

Il n'a aucun antécédent syphilitique; il accuse seulement un écoulement, qui remonterait à quinze ans de date.

Diagnostic. — M. Huguier pense que cette tumeur a pour point de départ l'amygdale du côté droit; il croit à sa nature maligne.

M. VERNEUIL rapproche de ce fait ceux qui ont été décrits par Syme dans une leçon publiée dans la *Lancet* sous le titre de *Faucium fibrous tumors*, et qui, suivant cet auteur, amènent fatalement la mort par suite de leur accroissement, alors même qu'elles n'ont aucun caractère malin. M. Verneuil pense qu'il faut extirper cette tumeur, qui finirait par asphyxier le malade. En général, dans les tumeurs de ce genre, l'opération est très-simple; la tumeur, une fois découverte, est très-facile à énucléer.

M. HUGUIER déclare qu'il est disposé à agir en considérant que le malade est voué à une mort certaine. Mais il pense qu'il pourra rencontrer des difficultés, parce qu'il est possible que la tumeur envoie des prolongements dans le voisinage; peut-être même autour de l'artère carotide externe.

M. LENOIR rapporte un cas analogue à celui de M. Huguier. Le malade avait été opéré une première fois par M. Follin, et le mal avait récidivé; les ganglions correspondants étaient engorgés: la mort paraissait inévitable. M. Lenoir voulut essayer néanmoins le traitement par l'iodure de potassium: bientôt la tumeur commença à diminuer, et finit par disparaître complétement.

D'après ce fait, M. Lenoir pense que M. Huguier fera bien d'essayer l'iodure de potassium avant d'en venir à l'opération.

M. CHASSAIGNAC a enlevé une tumeur du même genre; l'opération n'offrit pas de grandes difficultés, mais il y eut récidive. Dans la crainte d'une hémorrhagie, il avait passé sous la carotide une ligature qu'il laissa sans la serrer, et dont il n'eut pas besoin. Lorsqu'il présenta ce fait à la Société de chirurgie, la plupart de ses membres blâmèrent la ligature passée sous la carotide.

M. HUGUIER déclare qu'il a déjà administré l'iodure de potassium à son malade pendant dix jours; il le continuera pendant quinze ou vingt jours. Si ce traitement ne produit pas d'effet, il aura recours ensuite à l'opération. Une autre fois déjà il a enlevé une tumeur analogue, développée aussi dans l'amygdale; elle était formée par l'agglomération d'une multitude de petits kystes. Il n'y eut pas de récidive, bien que les parties saillantes aient été seules enlevées.

Anévrysme artérioso-veineux du pli du bras. — **M. LARREY.** Le hasard ou l'une de ces coïncidences connues des chirurgiens, réunit en ce moment, dans mes salles de clinique au Val-de-Grâce, trois cas intéressants d'anévrysme, l'un artérioso-veineux du pli du bras, le second traumatique de la cuisse, le troisième spontané du jarret. Je ferai connaître ceux-ci à la Société, après lui avoir présenté le premier des cas dont il s'agit.

C'est un soldat du 97e de ligne, nommé B..., âgé de vingt-cinq ans, atteint depuis trois ans d'une forme d'anévrysme assez remarquable. En voici l'origine et le développement. Ce militaire, entré en 1854 à l'hôpital de Narbonne pour une maladie inflammatoire, est saigné dans le mois d'octobre à la veine médiane basilique du bras droit, sans qu'aucun accident, sans qu'aucune particularité notable semble résulter de cette petite opération. Elle a d'ailleurs été pratiquée deux fois antérieurement vers le même point. Le bandage ordinaire de la saignée, un peu plus serré seulement que dans les circonstances précédentes, est laissé en place pendant quatre jours. A la levée de l'appareil, la plaie se trouve cicatrisée; mais elle est soulevée par une petite tumeur du volume au plus d'une noisette, et d'une consistance molle, dépressible, élastique, pulsatile, avec sensation de fourmillement pour le malade.

Mais sans plus s'en inquiéter, ce militaire reprend son service quinze jours après, et au bout de six ou sept mois, il part pour la Crimée. C'est alors que les fatigues de la tranchée lui font éprouver d'abord un engourdissement pénible dans le membre, et remarquer ensuite une dilatation progressive des veines du pli du bras. Un peu de repos lui devient nécessaire, et un service facile lui est confié. B... rentre en France, où il est exempté encore de tout travail fatigant; mais à la suite d'une revue, où il est obligé de porter pendant longtemps son fusil, il se plaint de douleurs dans le bras dont il a déjà souffert durant l'hiver précédent, avec sensation de froid et d'engourdissement, lorsque surtout il laisse le membre pendant le long du corps.

Le malade entre enfin au Val-de-Grâce le 14 avril 1857, et après nous avoir fourni les renseignements qui précèdent, il offre son bras à notre observation dans les conditions suivantes:

Le membre, placé dans une demi-extension naturelle, présente au pli du coude, en dedans du tendon du biceps, sur le trajet de la veine médiane basilique, une tumeur oblongue dirigée obliquement de haut en bas et de dedans en dehors, de 12 centimètres de long, flexueuse comme les varices, mais arrondie, bosselée au tiers supérieur, du volume d'une noix, et offrant sur sa paroi interne la saillie de la médiane basilique. Elle présente à sa surface deux petites cicatrices et une autre au-dessous, résultant de saignées. Cette tumeur, recouverte d'une peau fine, souple et sans adhérences, est molle, dépressible et pulsatile dans toute son étendue. Ses pulsations isochrones aux battements du pouls impriment à son soulèvement une sorte de projection vermiculaire, partant de la bosselure principale, pour se perdre à distance au-dessus et au-dessous d'elle. La main y perçoit un frémissement marqué, sensible même pour le malade. L'oreille y constate un bruit de souffle continu avec un redoublement isochrone à la diastole artérielle. La compression circulaire au-dessous de la tumeur augmente son volume. Une pression légère sur les flexuosités supérieures les affaisse, en augmentant la tension des flexuosités inférieures. Une pression même faible sur la paroi superficielle de la tumeur principale la fait disparaître presque instantanément avec tout le reste de la dilatation phlébectasique, et la paroi profonde est soulevée seulement par les pulsations de l'artère humérale. La compression de cette artère au tiers supérieur du bras suspend les battements de la tumeur, mais augmente la dilatation veineuse. On peut, en diminuant la pression, modifier à volonté ces phénomènes et obtenir le bruit de souffle intermittent des anévrysmes. L'élévation seule du membre fait disparaître aussitôt la tumeur en grande partie. Ses flexuosités s'effacent d'abord par cette simple position, et la saillie principale s'affaisse ensuite, en faisant reconnaître qu'elle est formée par une poche anévrysmale bien distincte.

Outre cette dilatation de la médiane basilique, on observe celle de la médiane céphalique et de la céphalique, qui présente presque le volume du petit doigt jusqu'à l'insertion humérale du deltoïde. D'autres veines collatérales dans la région du coude offrent également une dilatation remarquable, mais cet état phlébectasique s'arrête au tiers supérieur de l'avant-bras.

Le susurrus perçu dans la médiane basilique existe aussi dans la céphalique où des battements artériels sont également appréciables et ces phénomènes disparaissent sous les mêmes influences qui les font cesser dans la principale tumeur. Le pouls radial n'est pas sensiblement modifié.

Quant aux sensations éprouvées par le malade, elles se réduisent à une impression vague de froid, à un frémissement léger dans les masses musculaires de l'avant-bras, lorsque le membre reste pendant le long du corps, et à un sentiment de pesanteur, de fatigue, par l'effet de quelques travaux pénibles. Mais les mouvements simples du coude, du poignet et des doigts, s'exécutent facilement.

Tel est, ajoute M. Larrey, le cas d'anévrysme artérioso-veineux que je viens soumettre à l'examen de la Société. Il me semble dans les conditions les plus propres à l'emploi de la compression directe, au moyen d'un appareil convenable, peu serré, secondé enfin par la position et le repos du membre.

Je ferai connaître plus tard la suite de cette observation, qui est recueillie d'ailleurs avec le plus grand soin par le docteur Lhonneur, aide de clinique au Val-de-Grâce.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

Fistules urétéro-vaginales. — M. le professeur Alquié, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Montpellier, lit l'observation suivante:

Les fistules urinaires chez la femme ont été, surtout de nos jours, l'objet de travaux fort utiles et fort nombreux. En outre des fistules ou perforations urétro-vaginales et vésico-vaginales du col et du bas-fond de la vessie, M. le professeur Bérard a signalé les fistules *urétéro-utérines* (1), M. le professeur Jobert, les fistules *vésico-utérines* et *vésico-utéro-vaginales* (2); M. le docteur Léo-Barbier, surtout les fistules *vésico-intestinales* (3). Mais l'économie humaine se montre tellement diverse, que malgré toutes ces espèces pathologiques, on peut encore en rencontrer de nouvelles. Telle est celle qui s'est offerte à notre observation chez une malade dont nous allons rapporter l'histoire.

(1) *Dictionn. méd. en 30 vol.*, art. Vagin (*fistules*), p. 499.
(2) *Traité des fistules vésico-utérines, etc*, 1 vol. in-8°, 1852.
(3) *Observations, etc.*, 1843, in-8°.

Fistule urétéro-vaginale par suite d'un accouchement laborieux; écoulement continu d'urine par la vulve; cautérisation répétée et inefficace, par M. le docteur BLANC, chef de clinique chirurgicale.

Au n° 17 de la salle des femmes est couchée Marianne Benoît, âgée de trente ans, née aux Piles (Drôme), exerçant la profession de domestique, mariée depuis plusieurs années, entrée le 15 décembre 1856 à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier. Elle se plaint d'un écoulement qui aurait lieu par les voies génitales et qui remonterait à quinze mois.

Elle a eu deux accouchements assez laborieux pour qu'on ait eu recours à l'application du forceps. A la suite du dernier accouchement, sept ou huit jours après, elle s'aperçut qu'elle rendait de l'urine par le vagin. Le médecin qui la visita lui dit qu'elle avait une fistule vésico-vaginale, qu'elle perdait ses urines à travers un orifice tellement étroit qu'on ne pouvait le voir. La constitution de cette femme est robuste, ses fonctions s'exécutent bien, mais l'odeur urineuse qu'elle exhale, le dégoût que lui inspire la souillure de ses vêtements et de sa couche, les excoriations à la vulve et à la face interne des cuisses, ont fini par l'engager à venir à Montpellier.

M. le professeur Alquié a cherché, en examinant attentivement les voies génitales, à découvrir la source de cette dégoûtante infirmité; mais à quatre reprises différentes, à l'aide du toucher, de spéculums de plusieurs formes, du stylet et de la sonde de femmes introduits dans la vessie, enfin des injections de lait, on n'a pu découvrir l'orifice par où l'urine s'échappait. Aussi on a pensé un moment qu'il s'agissait d'une incontinence d'urine, ou bien d'une fistule faisant communiquer la vessie avec la cavité du col utérin.

Or, on ne pouvait admettre une simple incontinence puisque la malade sentait du liquide dans le vagin. D'un autre côté, malgré la déformation du col et l'impossibilité naturelle de voir le liquide se déverser dans la cavité de l'utérus, on ne pouvait conclure à l'existence d'une fistule vésico-utérine, puisque les injections ne passaient point de la vessie dans le col de l'utérus.

On se décida à une cinquième exploration, et l'on fit faire le 9 avril 1857, une forte décoction de bois de campêche que l'on poussa dans la vessie; mais rien ne s'écoula ni par le vagin, ni par le col de la matrice.

Le 12 janvier, en examinant cette femme, on n'a pu faire passer l'injection colorée par aucun point fistuleux en distendant la vessie; mais on a vu de l'urine sortir du côté gauche du vagin, et au niveau de la lèvre postérieure du col utérin.

Si nous tenons compte de l'accouchement laborieux qui a eu lieu; si nous faisons observer que ce n'est que sept ou huit jours après l'accouchement que l'écoulement s'est manifesté; si nous rappelons qu'à chaque exploration la sonde introduite dans la vessie par l'urètre a toujours trouvé un peu d'urine; si nous rapprochons de ces notions l'impossibilité de faire passer une injection de la vessie dans le vagin ou dans l'utérus, et le passage goutte à goutte de l'urine dans le vagin, à travers un pertuis très-étroit et très-élevé à gauche du col, nous sommes porté à croire que nous avons affaire à une communication accidentelle entre l'uretère gauche et le côté gauche du vagin, au point où l'uretère côtoie le vagin avant de pénétrer obliquement dans la vessie aux angles postérieurs du trigone.

Cette fistule *urétéro-vaginale* admise, nous comprenons tous les phénomènes observés. Un seul uretère est fistuleux, l'autre amène de l'urine dans la vessie, où nous en avons toujours trouvé à chaque cathétérisme; les injections ne passent point par la fistule, parce que l'uretère est bouché à son entrée vésicale par la valvule muqueuse, lorsqu'on distend la vessie par du liquide.

L'écoulement s'échappe goutte à goutte parce que l'uretère ne contient qu'une très-petite quantité d'urine.

On a fait le 12 janvier la cautérisation du pertuis avec un crayon de nitrate d'argent vers trois heures de l'après-midi. Mais pendant la nuit il est survenu des douleurs assez violentes du côté gauche, vers le rein gauche, et en même temps, il ne s'est pas écoulé d'urine; nous noterons que cette femme a un peu vomi.

Le 14, nous remarquons à la visite du matin que le lit est de nouveau souillé par l'urine et que la malade ne souffre plus.

Le 16, on fait une nouvelle cautérisation, qui n'amène que de légères douleurs, sans phénomène sympathique de l'estomac; la malade retire momentanément les bénéfices de cette opération, qui a été répétée depuis. Nous dirons que l'amélioration n'a été que momentanée, qu'elle a toujours suivi immédiatement chaque cautérisation; mais il ne nous a pas été permis de suivre longtemps les effets de ce traitement, parce que cette femme, fatiguée des explorations, des cautérisations et de la reproduction du passage de l'urine à travers la fistule, a demandé à sortir de l'hôpital le 19 février 1857.

Lorsque nous nous livrâmes à l'examen de cette femme, nous éprouvâmes en effet à plusieurs reprises les plus grandes difficultés pour reconnaître le point d'où s'écoulait l'urine. Au niveau du col de la matrice, attiré du reste à droite et offrant de profondes déchirures qui annonçaient la lenteur et les difficultés de l'accouchement au moment où la tête du fœtus se trouvait au couronnement; à droite et sur la paroi supérieure du vagin se trouvait un pertuis fort déprimé, et caché au milieu de froncements inodulaires de la muqueuse vaginale. Considérant l'écoulement continu de l'urine, l'impossibilité de porter une sonde ou un simple stylet de la vessie dans le vagin, ou de ce conduit dans la vessie à travers les pertuis fistuleux; constatant que la malade gardait dans la vessie et rendait volontairement par l'urètre une quantité d'urine à peu près égale à celle qu'elle perdait lentement par la vulve; expérimentant, enfin, que tout liquide injecté dans la vessie ne passait nullement par la fistule, qui ne cessait cependant de laisser suinter de l'urine, nous fûmes amené à penser que la source de ce liquide et de la fistule était dans l'uretère correspondant.

Cette induction tirée de l'observation clinique simple fut confirmée et par la suite du traitement et par les recherches anatomiques.

Comme nous l'avions annoncé d'avance, la cautérisation du pertuis fistuleux à l'aide du nitrate d'argent, en déterminant le gonflement et le contact des bords de la fistule, amenait une gêne prononcée du cours de l'urine dans l'uretère déjà rétréci par la rétraction cicatricielle. Il devait en résulter la stase et l'accumulation de l'urine dans l'uretère, le bassinet et le calice. De là les douleurs croissantes et ascendantes dans la direction de ces conduits après chacune des cinq cautérisations; de là la fièvre, des nausées, des vomissements même qui survenaient ici, comme lorsque des graviers urinaires descendus des reins, s'arrêtent dans les uretères où ils gênent le cours de l'urine; de là, enfin, le soulagement prompt et le rétablissement de la malade dès que la fistule vaginale se reproduisait.

L'étude attentive des rapports anatomiques de l'uretère dans l'excavation pelvienne vient ajouter une démonstration dernière à ces inductions cliniques. Du côté gauche surtout, l'uretère s'engage dans les ligaments larges, côtoie la matrice, repose et adhère sur la paroi supérieure du vagin, s'engage dans la cloison vésico-vaginale, pénètre à travers les membranes de la vessie, et vient s'ouvrir à l'angle correspondant du trigone. Pendant ce trajet oblique, l'uretère présente une étendue de six centimètres environ, sur lesquels il peut s'établir des perforations fistuleuses qui ne communiquent pas avec la cavité vésicale. Au bord de l'utérus et sur une longueur de près de trois centimètres, l'uretère peut adhérer et se déverser dans cet organe, de manière à produire la fistule urétéro-utérine dont le professeur A. Bérard a le premier parlé. Au-dessous de ce point et dans l'étendue d'un centimètre et demi environ, l'uretère adhère à la paroi supérieure du vagin et à la cloison vésico-vaginale; là aussi peuvent s'établir des *fistules urétéro-vaginales*, pareilles à celle dont notre malade nous a présenté un exemple. Enfin des perforations semblables peuvent se produire sur la portion de l'uretère comprise dans l'épaisseur du bas-fond de la vessie, et en rapport avec une partie de la paroi supérieure du vagin. Ces dernières espèces de fistules ne sauraient s'ouvrir sur la ligne médiane, mais bien sur la limite externe de la paroi supérieure du conduit vaginal.

Le *traitement* de cette espèce de fistule urinaire nous paraît plus difficile et plus infidèle que celui de la plupart des autres lésions du même genre. Quand le pertuis fistuleux se trouve au canal de l'urètre, au col vésical, ou même au bas-fond de la vessie, l'emploi d'une grosse sonde à demeure, aidé de la cautérisation de la fistule, a procuré plusieurs succès et peut en donner de pareils. Il est aussi probable que l'usage d'une semblable sonde portée et maintenue dans l'uretère de manière que son extrémité ouverte s'élevât jusqu'au-dessus de la perforation, aidée de l'action du nitrate d'argent sur le pourtour du pertuis fistuleux, serait de même capable d'amener un résultat avantageux. Mais l'introduction d'une pareille sonde à travers le col vésical et l'orifice vésical de l'uretère est plus qu'incertaine, à raison de la profondeur de l'orifice et de la disposition du repli valvulaire qui le recouvre d'une sorte de soupape dirigée contre l'impulsion donnée à la sonde.

Une autre question à s'adresser est celle de savoir si l'économie tolérera t la présence d'un corps étranger en permanence dans l'uretère, alors que des graviers ne s'y arrêtent pas sans provoquer des perturbations dont la femme qui fait le sujet de notre observation a plusieurs fois présenté le tableau.

Ne pouvant, en conséquence, avoir recours à une pareille méthode de traitement, nous avons songé vainement à l'autoplastie. Ici, en effet, l'introduction d'un lambeau dans l'orifice fistuleux aurait bouché le conduit, déjà si étroit et rétréci de l'uretère, et un lambeau emprunté sur l'un des côtés et renversé sur le pertuis en forme d'opercule, pour y être fixé dans une incision convenablement disposée, nous a paru un procédé d'une réalisation trop incertaine.

Force nous a été de nous réduire à l'emploi de la cautérisation de l'orifice fistuleux à la faveur d'un crayon très-effilé de nitrate d'argent. A cinq reprises, et à une semaine d'intervalle chaque fois, nous avons eu recours à ce moyen, et presque toujours nous avons constaté les mêmes phénomènes: suspension de l'écoulement d'urine, douleurs vives le long de l'uretère jusqu'au rein correspondant, anxiété, nausées, vomituritions, fièvre. Cet état a duré pendant quatre jours environ, sans augmentation notable de l'expulsion normale de l'urine. Vers le cinquième jour, l'urine s'est échappée de nouveau à travers l'orifice fistuleux, tous les phénomènes pathologiques ont cessé et la malade a repris rapidement son état antérieur.

A quoi peut-on attribuer ces suites de la cautérisation, si ce n'est à l'obturation de l'orifice fistuleux qui, aboutissant à un conduit fort étroit ordinairement, se trouvait coarcté par suite de l'accident qui avait produit la fistule? Ne rencontrant pas ou presque pas d'écoulement vers son orifice vésical ni à travers le pertuis momentanément fermé, l'urine devait s'accumuler dans l'uretère, le bassinet, les calices. De là les douleurs éprouvées par la malade le long de ces conduits; les nausées, les vomissements, la fièvre; perturbation qui devait nécessairement disparaître aussitôt que le pertuis fistuleux tiraillé par le poids du liquide accumulé venait à permettre la reproduction de l'écoulement urinaire. Cet état anatomique et physiologique ayant été ainsi constaté à cinq reprises différentes, nous avons reconnu l'inutilité de pousser plus loin ces tentatives thérapeutiques, qui, s'il fallait en croire les affirmations de la malade, lui auraient cependant procuré une notable amélioration.

M. CLOQUET demande si, lorsque l'urine avait cessé de couler après les cautérisations, de sorte qu'elle devait s'accumuler dans l'uretère, on la voyait ensuite sortir en abondance. Ce serait la preuve que l'uretère avait perdu sa perméabilité.

M. ALQUIÉ répond qu'il y a eu des suspensions de trois jours dans l'écoulement du liquide à travers la fistule, et qu'ensuite le lit de la malade était tout d'un coup inondé d'urine.

M. CHASSAIGNAC a pratiqué le cathétérisme des uretères sur un malade affecté d'extrophie de la vessie. Le malade avait la faculté de conserver un peu son urine et de l'expulser en jet, ce qui prouvait que les uretères offraient une certaine capacité. M. Chassaignac pensa qu'on pourrait donner au malade la possibilité de garder ses urines en dilatant ce conduit. Pour y parvenir, il chercha à établir une rétention en bouchant l'orifice des uretères; mais il survint bientôt des vomissements et des accidents graves. M. Chassaignac en conclut que les uretères tolèrent mal le cathétérisme, comme l'a dit M. Alquié.

M. CLOQUET a examiné un cas d'extrophie de vessie avec disjonction des pubis, absence de la paroi supérieure de l'urètre et rétention des testicules au-dessus des anneaux. Il a constaté que la cavité des uretères était un peu dilatée, ce qu'il explique par la rétraction de leur orifice, due à leur irritation par le contact de l'air.

— La Société se forme en comité secret à quatre heures et demie.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

A la suite du concours ouvert devant la Faculté le 2 janvier dernier, pour neuf places d'agrégés, les nominations ont eu lieu dans l'ordre suivant :

Section de médecine. — MM. Chauffard, Hérard, Axenfeld, Empis.

Section de chirurgie. — MM. Duchaussoy, Fano, Trélat, Foucher.

Section d'accouchements. — M. H. Blot.

— Un décret du 31 mai dernier a réorganisé l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon; M. le ministre de l'instruction publique, par arrêté du 18 avril 1857, organise de la manière suivante les divers services :

Art. 1er. Sont nommés professeurs titulaires à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon : Anatomie et physiologie, M. Tournier. — Pathologie externe et médecine opératoire, M. Druhen aîné. — Clinique externe, M. Corbet. — Pathologie interne, M. Foncin. — Clinique interne, M. Martin. — Accouchements, maladies des femmes et des enfants, M. Sanderet. — Matière médicale et thérapeutique, M. Grenier. — Pharmacie et notions de toxicologie, M. Delacroix.

Art. 2. Sont nommés professeurs adjoints et attachés aux chaires suivantes, savoir : Anatomie et physiologie, M. Bernard. — Clinique externe, M. Monnot. — Clinique interne, M. Coutenot.

Art. 3. Sont nommés professeurs suppléants : Pour les chaires de médecine proprement dite, M. Bertrand. — Pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants, M. Chenevier. — Pour les chaires d'anatomie et physiologie, M. Hugon. — Pour les chaires de matière médicale, thérapeutique, de pharmacie et notions de toxicologie, M. Bruchon.

Art. 4. M. le docteur Druhen jeune est nommé chef des travaux anatomiques.

Art. 5. M. Sanderet, professeur d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants, est nommé directeur.

Art. 6. M. Villars est nommé directeur honoraire.

M. Desfosses est nommé professeur honoraire.

— Par arrêté du 25 avril, la circonscription de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, en ce qui concerne la réception des officiers de santé et des sages-femmes de deuxième classe, embrassera désormais les départements de la Marne, de Seine-et-Marne, de l'Oise, d'Eure-et-Loir, de Loir-et-Cher, du Cher et du Loiret.

La circonscription de la Faculté de médecine de Paris, en ce qui concerne la réception des mêmes praticiens, comprend les départements de la Seine et de Seine-et-Oise.

Les aspirants au titre d'officier de santé, qui veulent exercer dans les départements d'Eure-et-Loir, de Loir-et-Cher, du Cher et du Loiret, ne sont tenus de se présenter devant l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims qu'à dater de la session de septembre 1857. Jusqu'à cette époque, ils peuvent être reçus pour un des départements ci-dessus désignés par la Faculté de médecine de Paris.

La circonscription de l'Ecole de pharmacie de Paris demeure fixée telle qu'elle l'a été par le règlement du 23 décembre 1854.

— La *Société médicale des hôpitaux de Paris* a procédé dans sa dernière séance au renouvellement de son bureau et de ses comités pour l'année 1857-1858. M. Legroux a été nommé *président*, et M. Barth, *vice président*; M. Royer (Henri) a été réélu *secrétaire général*; ont été pareillement réélus *secrétaires particuliers* : MM. Moutard-Martin et Woillez; *trésorier*, M. Labric.

Ont été nommés pour le *conseil d'administration* · MM. Beau, Blache, Bouvier, Moissenet et Vernois; pour le *conseil de famille*: MM. Guérard, Gilette, Guillot (Natalis), Hervez de Chégoin et Trélat; pour le *comité de publication* : MM. Béhier, Labric, Moutard-Martin, Roger et Woillez.

La Société médicale des hôpitaux se compose de membres titulaires, de correspondants et d'associés. Sont admis comme membres *titulaires*, les médecins des hôpitaux civils et les pharmaciens en chef, les médecins en chef des hôpitaux militaires sur leur demande écrite et après lecture d'un mémoire original inédit. Sont admis à ces mêmes conditions, et en acquittant un droit de diplôme, comme *correspondants* les chefs de service d'un hôpital civil ou militaire en province ou à l'étranger, et comme membres *associés* les docteurs en médecine résidant à Paris.

Les séances sont publiques; elles ont lieu au grand amphithéâtre de l'administration des Hôpitaux, les deuxième et quatrième mercredis de chaque mois.

La Société a proposé un prix de la valeur de *quinze cents francs*, à décerner, en 1858, à l'auteur du meilleur mémoire sur cette question : *Des congestions sanguines dans les fièvres.* Les mémoires devront être adressés au secrétaire général de la Société, boulevard de la Madelaine, 15, avant le 31 décembre 1857.

— M. le docteur Aug. Mercier, et non Marlier, comme nous l'avons imprimé par erreur, commencera son cours public sur les maladies des organes urinaires et génitaux le mercredi 6 mai, à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure; il traitera particulièrement des rétentions d'urine et de la lithotritie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De l'expérimentation en médecine, par M. HÉRARD, médecin de l'hôpital Lariboisière. Broch. in-8°. Chez Labé.

De l'expectation en médecine, par M. J. M. CHARCOT, médecin du Bureau central des hôpitaux. Broch. in-8°. Chez Germer Baillière.

De l'incubation des maladies; par M. G. S. EMPIS, médecin du Bureau central. Broch. in-4°.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 4 MAI 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

Il n'a été fait dans cette séance que deux communications ayant trait aux sciences médicales, l'une par M. Verdier, médecin inspecteur des eaux de Cauvallat, sur le parasitisme, la suette et le choléra, — nous ne pouvons en donner ici aucune analyse, le *Compte rendu* ne nous en ayant fait connaître que le titre ; — la seconde, par M. Mandl, sur le développement de la cellule. Cette nouvelle communication fait suite au travail présenté à l'Académie dans une précédente séance, et sera suivie elle-même, selon toute apparence, d'une série d'autres communications sur le même ordre de faits. Aussi attendrons-nous que l'ensemble des nouvelles recherches de M. Mandl ait été exposé pour en apprécier les résultats.

L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection d'un membre dans la section de géologie et de minéralogie. M. d'Archiac, porté le premier sur la liste, a été élu. Elle a nommé ensuite une commission chargée de présenter une liste de candidats pour la place d'académicien libre vacante par suite du décès de M. de Bonnard. Cette commission est composée de MM. Liouville, Pouillet, Chevreul, Rayer, Séguier, Vaillant et Is. Geoffroy Saint-Hilaire. Plusieurs savants ont déjà fait acte de candidature. Nous y avons remarqué avec plaisir le nom de M. Bégin, dont la candidature sera accueillie avec sympathie par tous les membres du corps médical. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la gangrène chez les enfants.

Gangrène de la vulve. — Dans la salle de notre service qui est affectée au traitement des femmes nouvellement accouchées, des nourrices et des nouveau nés, j'ai pris soin d'attirer votre attention sur une petite fille qui porte sur le corps et sur la face des taches disséminées, d'une coloration brune, bistrée, comme enfumée. A l'inspection de ce seul signe, il y avait lieu de se demander si la syphilis n'entrait pas pour beaucoup dans la production de ces accidents à la peau, lorsque, en poursuivant nos investigations diagnostiques, nous remarquâmes un coryza très-persistant et des sécrétions sanglantes. Bien qu'il nous ait été dit que le père de cette enfant eût la peau extrêmement brune, nous ne mettons guère en doute l'existence d'une infection constitutionnelle. Mais je ne veux pas m'arrêter aujourd'hui à la question de la syphilis infantile (1), et je me hâte d'arriver au point important sur lequel je désire que votre conscience médicale soit désormais édifiée : j'ai nommé la gangrène.

Cette même petite malade a eu un intertrigo entre les grandes lèvres et le pli de la cuisse. Il s'est formé là quelques productions couenneuses d'une nature probablement diphthérique, d'un rouge violacé. En écartant un peu la peau, qui était tendue et très-luisante, nous trouvâmes de la gangrène. Or, il est bon que vous sachiez que le sphacèle devient rapidement mortel toutes les fois que le médecin ne s'empresse pas d'intervenir avec une extrême énergie.

Le premier jour, nous éteignîmes sur la région gangrenée trois cautères rougis à blanc. Le lendemain, nous ne portâmes qu'un seul fer incandescent, et quarante-huit heures après, nous touchâmes encore quelques points suspects.

Ce matin, vous avez pu constater comme moi la chute des eschares, l'aspect rose et de bonne nature qu'a pris la plaie et la disparition complète de toute trace de sphacèle. L'enfant va très-bien.

La gangrène de la vulve est assez fréquente chez les petites filles dans le cours des maladies aiguës, des fièvres éruptives, et notamment dans la rougeole. A la face interne des grandes et des petites lèvres, il se forme des érosions, des ulcérations qui, baignant sans cesse dans un flux blanc et très-âcre, s'irritent, s'étendent, se creusent, se couvrent d'une sanie puriforme, et provoquent l'éclosion d'un noyau inflammatoire ; le sphacèle ne tarde pas alors à se montrer. Ce n'est guère dans la clientèle privée que vous observerez la gangrène de la vulve, je vous en préviens d'avance ; elle est beaucoup plus commune dans la pratique des hôpitaux.

Gangrène de la bouche. — Un enfant jouissant de toutes les apparences de la meilleure santé, est affecté un jour d'une fluxion ; vous n'y faites pas attention, car vous avez le plus souvent à votre service l'évolution d'une dent pour expliquer cet accident, d'ordinaire si peu grave ; mais le lendemain vous êtes tout étonné de voir qu'à l'empâtement mollasse de la veille a succédé une tuméfaction considérable, dure, rénitente. Tenez-vous sur vos gardes, cela commence à devenir inquiétant. Le surlendemain, au lieu d'être blanche et luisante, la peau se recouvre d'une teinte rosée qui rappelle celle du phlegmon au début. Le quatrième jour, l'engorgement que porte le petit malade est d'un rose vif, semé de marbrures violacées ; les tissus sont très-durs, et en examinant avec soin, vous apercevez une tache d'un brun noirâtre : la joue n'est plus qu'une eschare ! A la face interne, vous constatez une large production couenneuse ; la membrane gengivale est sphacélée, la sertissure des gencives est recouverte d'ulcérations, les arcades alvéolaires sont dénudées, les dents sont branlantes, et leurs racines se noyent dans un ichor de mauvais aloi ; la joue tout entière offre des traces de désorganisation et d'usure. La cause première de tous ces désordres a été la production couenneuse qui s'est d'abord formée à la sourdine ; ce n'est qu'après que le visage s'est gonflé et a pris l'aspect fluxionnaire.

Lorsque le médecin arrive à temps et qu'il n'existe dans la cavité buccale de l'enfant que des couennes blanches, la guérison peut être tentée sans de grands remèdes. Le chlorate de potasse, sur lequel M. le docteur Isambert a publié un si bon travail, rendra ici d'utiles services, mais administré à l'intérieur, et sans préjudice des applications topiques. M. Bouneau, ancien médecin de l'hôpital des Enfants malades, se servait avec de très-grands avantages d'une préparation au chlorure d'oxyde de sodium ; il lui donnait la consistance du mortier ; et ce moyen, que je ne saurais trop vous recommander, suffisait, dans beaucoup de cas, pour mener les choses à bien.

Mais quand la gencive se sphacèle définitivement, que vous percevez l'odeur fétide, caractéristique et spécifique de la gangrène, ayez bien vite recours au feu. Allez-y vigoureusement, sans ménager l'étoffe ; éteignez d'une main hardie et sûre vos cautères actuels sur les tissus désorganisés ; enlevez au préalable les dents dont les gencives sont malades, et plongez le fer incandescent jusque dans l'alvéole. Cette dernière recommandation est d'une extrême importance, car faute de l'avoir observée, la marche envahissante et toujours prompte de la gangrène ne sera pas arrêtée, et vous n'aurez fait, en limitant ainsi l'action du feu, qu'une médication à peu près aussi inutile que de saupoudrer la joue mortifiée avec un mélange de poudre de charbon et de poudre de quinquina. Que craignez-vous ? De nécroser l'os ; mais est-ce là une circonstance qui doive vous retenir lorsque la vie de l'enfant est sur le point d'être irrévocablement frappée de mort ? Dr L. du S.

(1) Nous publierons prochainement sur ce sujet de très-intéressantes réflexions cliniques et médico-légales de M. le professeur Trousseau. (*Note du rédacteur.*)

PRISON CELLULAIRE DE MARSEILLE. — M. SAUZE.

Quinze observations de folie pénitentiaire dans l'espace de deux ans (1) !...

OBS. IX. — *Délire maniaque aigu, agitation. — Hallucinations.*

Gazino (Jean) est âgé de trente et un ans ; il est d'une constitution athlétique, d'un tempérament sanguin. Il a été condamné pour vol à un mois d'emprisonnement. Il entre en prison le 15 septembre 1855. Depuis le jour de son arrivée, il a donné des signes d'excitation qui avaient été remarqués par les gens de service. Il prononçait quelquefois des phrases sans suite et sans rapport avec le sujet de la conver-

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

FEUILLETON.

De quelques phénomènes météorologiques. — Le scolyte et les ormes. — L'huile de thlaspi (*bursa pastoris*). — Les sauvages de l'Australie. — Les ablutions et la femme persane.

Le sol de la Flandre occidentale est très-plat, surtout vers la plage de la mer du Nord, et permet facilement de constater plusieurs phénomènes météorologiques assez curieux. M. Phipson ayant choisi les environs de la ville d'Ostende pour les étudier, a pu observer le mirage, les éclairs sans tonnerre et la pluie sans nuages.

Le *mirage* n'est pas aussi rare dans ces latitudes qu'on le croit généralement. Il suffit, en effet, de s'asseoir sur la plage sud-ouest d'Ostende pour voir se produire les faits étranges qui, d'abord étudiés pendant la campagne d'Égypte, sont actuellement du domaine de la science. Les objets que fixe l'observateur semblent situés à la surface d'une eau qui suit les ondulations de la brise soufflant de la mer vers la plage. Si on se lève, l'image fantastique disparaît plus ou moins, mais les objets conservent cependant une dimension plus grande que nature.

Les *éclairs sans tonnerre* sont très-fréquents sur cette côte. Arago, considérant le mode d'évolution et la durée des éclairs, les avait divisés en trois classes : les éclairs globulaires, les éclairs en zigzag, et ces grandes expansions lumineuses des soirées orageuses de l'été, que les Anglais ont nommées *sheet-lightening* (éclairs en lames). Cette division faite, on était loin de s'entendre sur les causes des diverses modifications de l'éclair. Un seul point était bien établi : à savoir que les deux dernières sortes d'éclairs sont dues à la neutralisation des électricités opposées des nuages orageux. M. Phipson donne une théorie nouvelle de ces manifestations de l'électricité. Pour lui, la neutralisation des fluides électriques entre deux nuages plus ou moins éloignés l'un de l'autre, ou entre un nuage et la terre, donne les éclairs en zigzag. La couche d'air ébranlée par le passage de l'étincelle, produit le bruit du tonnerre ; c'est en grand le phénomène qu'on remarque quand on approche sa main d'une machine électrique en activité. Au contraire, les *éclairs en lames* ne se produisent que par l'action réciproque de deux nuages à proximité. Jamais ce phénomène ne se produit entre un nuage et la terre, et la couche d'air traversée par l'étincelle n'est pas assez épaisse pour nous transmettre les vibrations. Ces éclairs en lames peuvent être comparés à la lumière électrique, qui se dégage au frottement de deux morceaux de quarzite. Les éclairs se précipitent en zig-zag avec bruit de tonnerre, si le vent s'élève et sépare les nuages qui ne donnaient que des éclairs sans tonnerre.

La *pluie sans nuages*, que M. Phipson a étudiée à Anvers, n'est pas très-rare, et on l'a observée dans plusieurs localités, à Paris, à Genève, à Constantine, à Sèvres. Mais il ne faut pas confondre cette pluie sans nuages avec le *serein*. Celui-ci consiste dans une précipitation d'eau sous forme de pluie froide très-fine, sans qu'on voie de nuages ; il se passe le soir au coucher du soleil, dans un pays chaud et humide, et paraît dû à ce que les couches inférieures de l'air se refroidissent au-dessous de leur point de saturation. La *pluie sans nuages* consiste en larges gouttes d'eau tièdes, et ne se montre généralement qu'au-dessus de vastes étendues d'eau.

— Les ormes des Champs-Élysées et de plusieurs autres promenades de Paris étaient depuis longtemps les victimes d'un petit animal qui détruisait profondément leur écorce. On peut juger des ravages qu'il occasionnait en voyant la quantité fabuleuse de petits trous de vrille dont les arbres dépourvus de leur écorce sont encore criblés.

Sous l'inspiration du docteur Eugène Robert, qui depuis une dizaine d'années s'occupe de cette importante question, on a commencé la croisade contre cet ennemi de l'orme, auquel on a donné le nom de scolyte. L'instrument tranchant va chercher l'animal jusque dans sa retraite et détruire les logements qu'il y avait établis pour ses larves. Aussi, tous les ormes qui étaient menacés d'une mort certaine, se présentent-ils en ce moment privés de leur écorce.

L'opération qui consiste à décortiquer ainsi les ormes a reçu le nom de *phloioplastie*, et vraiment ce nom dénoncerait l'inventeur comme appartenant à notre profession si le docteur E. Robert n'était pas déjà fort connu par ses travaux. Le scolyte, après avoir disparu des ormes parisiens, sera ensuite poursuivi avec le même acharnement en province.

M. Robert pense que l'animal détruit, la décortication, ou mieux la *phloioplastie*, aura pour résultat de forcer l'arbre à se revêtir d'une nouvelle écorce saine et pleine de vigueur, et d'augmenter considérablement son accroissement en diamètre. L'expérience prononcera.

— De l'orme au colza, nous ne sortons pas du règne végétal, et nous allons vous parler du succédané, si l'on peut s'exprimer ainsi, que les besoins du commerce font proposer à cette plante. Si l'on parcourt les champs du Nord, on est étonné que la culture considérable du colza ne satisfasse toutes les exigences de l'industrie. Le colza représentait en effet un bénéfice de culture si évident qu'il n'y avait pas besoin de pousser le fermier dans cette voie. Il paraît même, et je n'invente rien (je tiens le fait de deux bons campagnards avec lesquels le hasard de la route et de la diligence me forçait ces jours derniers de me trouver, et qui causaient entre eux de cette culture sans se douter qu'ils me donnaient des matériaux pour mon feuilleton), il paraît que le propriétaire,

sation. On observa également à plusieurs reprises des mouvements d'impatience.

Le 22 septembre, à dix heures du matin, il fut pris brusquement d'un accès de manie furieuse qui nécessita l'emploi de la camisole. Le lendemain, à ma visite, je le trouvai présentant tous les symptômes d'un délire maniaque aigu avec hallucinations et agitation excessive. Il a tout brisé dans sa cellule, et s'est porté à des voies de fait envers les gardiens. Il crie continuellement et menace tous ceux qui l'approchent.

Le même jour, j'adressai un certificat à M. le préfet, dans lequel je demandai son transfèrement immédiat à l'asile des aliénés.

Il est important de noter qu'avant le jugement Gazino avait eu déjà un accès de manie à la maison d'arrêt.

A son entrée à l'asile, Gazino a présenté les symptômes déjà décrits : agitation, cris, menaces. Il ne répond pas aux questions qu'on lui adresse, il ne sait pas d'où il vient, il crache au visage de ceux qui l'entourent. — Bain de trois heures tous les jours.

Le 28 septembre, l'agitation a presque entièrement cessé, mais il y a encore beaucoup de désordre dans l'intelligence. Il est peu lucide, la mémoire est confuse.

Il est sorti guéri après quelques jours de traitement.

OBS. X. — *Délire maniaque. — Stupidité consécutive.*

Veyret (Gaspard) est âgé de vingt et un ans et exerce la profession de galochier. Il a été condamné à un mois d'emprisonnement pour mendicité. Il entre en prison le 2 septembre 1855. Depuis lors, on a remarqué chez lui de l'insolence et de l'indocilité; il a constamment refusé de travailler. Il y avait de l'excitation. Quelques jours après, son état s'aggrave.

Le 22, il se déclare un véritable accès de manie. Insomnie, agitation; le malade parle continuellement, mange peu, se promène nuit et jour dans sa cellule. Je le fais transférer à l'asile des aliénés.

A son entrée dans cet établissement, Veyret nous présenta les symptômes d'une maladie aiguë; mais, après quelques jours, l'agitation cessa pour faire place à une stupidité complète. Nous lui fîmes appliquer un vésicatoire à la nuque. Il était encore dans le même état lorsqu'il fut dirigé sur l'asile de Saint-Robert (Isère).

OBS. XI. — *Lypémanie. — Penchant au suicide.*

Ascheri (François), cultivateur, âgé de quarante-trois ans, condamné à trois mois pour coups et blessures, entre en prison le 3 août 1855. On remarque depuis son entrée qu'il était triste, apathique; il paraissait peu intelligent; on avait la plus grande peine à obtenir de lui une réponse. Il était indolent, sa physionomie exprimait l'hébétude.

Au commencement du mois de septembre, il se plaignit à diverses reprises qu'il n'avait pas d'appétit. Constipation, langue blanche, céphalalgie; l'administration d'un purgatif salin sembla calmer ces accidents.

Vers le 20, on s'aperçut d'un dérangement dans ses facultés. Depuis quelques jours, il se refusait à manger la soupe, et il avoua qu'il craignait qu'elle ne fût empoisonnée, attribuant à une substance toxique les désordres de ses fonctions digestives; puis il pleurait et se lamentait, disant qu'il était perdu, qu'il ne reverrait plus sa femme et ses enfants. Insomnie, agitation, céphalalgie, langue blanche, inappétence, constipation opiniâtre.

Le 27 septembre 1855, Ascheri fut transféré à l'asile des aliénés. Sa femme nous apprit qu'il n'avait jamais donné le moindre signe d'aliénation avant son entrée à la prison. Il buvait beaucoup, et il lui arrivait souvent de se griser. Il était pris de vin le jour qu'il frappait le commissaire de police qui était venu chez lui, ses voisins étant allés se plaindre qu'il faisait beaucoup de bruit. Après quatre semaines de séjour à la prison, il dit à sa femme que l'estomac lui faisait mal, ainsi que le ventre. Il était préoccupé de l'idée d'être obligé de retourner chez lui, en Piémont, après sa sortie de prison.

Pendant son séjour à l'asile des aliénés, Ascheri nous a paru doué d'une faible intelligence; il était triste, pleurait souvent, refusait de manger. Il fit une tentative de suicide. Enfin, il fut dirigé sur le Piémont dans le même état.

OBS. XII. — *Lypémanie. — Hallucinations de l'ouïe.*

Partacada (Alexandre), âgé de vingt-cinq ans, condamné à trois mois pour coups et blessures, est entré en prison le 21 juillet 1855. Vers la fin du mois de septembre il se plaignit à moi qu'il n'avait pas d'appétit. Langue blanche, constipation. J'ordonnai une bouteille d'eau de Sedlitz. Quelques jours après les mêmes symptômes se reproduisirent; de plus des hallucinations de l'ouïe se déclarèrent; il entendait des bruits confus, des bourdonnements dans les oreilles, des voix d'hommes et de femmes; on le tourmentait nuit et jour, on lui disait qu'il serait mis au cachot plusieurs mois. Il refuse les aliments, craignant qu'ils ne soient empoisonnés. Insomnie, agitation, langue blanche, constipation, inappétence. Il est transféré à l'asile des aliénés le 8 octobre.

A son arrivée à l'asile, Partacada nous présente tous les symptômes d'une lypémanie aiguë; il est tourmenté par des hallucinations tristes; sa physionomie dénote les craintes qu'il éprouve; il est amaigri, pâle; les yeux sont larmoyants, l'haleine est fétide, et indique qu'il ne mange pas. Il entend constamment proférer autour de lui des paroles menaçantes.

Il est sorti guéri après un traitement de quelques mois.

OBS. XIII. — *Délire partiel. — Hallucinations de l'ouïe.*

Cornuel (François), âgé de quarante-quatre ans, a été condamné pour mendicité à trois mois. Je m'aperçus, à son entrée dans la prison, qu'il était aliéné. Son délire est partiel; il a des hallucinations de l'ouïe; il entend proférer des injures, des obscénités sur son compte. Ces vexations remontent à l'époque de son arrestation, et sont par conséquent antérieures et au jugement et à la détention dans la maison cellulaire.

Il est resté quelques jours en prison; il fut transféré à l'asile des aliénés le 31 janvier 1856.

Au bout de quelque temps de traitement, les hallucinations disparurent; mais il restait encore du délire. Néanmoins son état faisait espérer une guérison prochaine.

OBS. XIV. — *Idiotie.*

Bertrand (Alexandre), âgé de vingt-deux ans, a été condamné pour mendicité et vagabondage. Il a déjà subi plusieurs condamnations pour le même motif. A son arrivée, je constatai un état d'idiotie complète; ses facultés intellectuelles et morales sont, chez lui, à l'état rudimentaire; il n'a pas reçu d'éducation, il est incapable de se conduire dans la société. On doit le considérer comme irresponsable de ses actions.

Le crâne de Bertrand présente plusieurs déformations caractéristiques de l'idiotie; il en est de même de ses allures, de sa démarche et de son faciès, qui exprime la stupidité et l'obtusion. Sa santé physique était détériorée, il mangeait peu, était maigre, affaibli, le teint pâle, terreux. Il fut transféré à l'asile des aliénés le 13 février 1856.

Grâce à un régime approprié et à une nourriture analeptique, ses forces revinrent au bout de quelque temps; sa santé physique est devenue excellente. Il reste dans l'asile.

OBS. XV. — *Epilepsie. — Accès de manie.*

Leport (Louis dit Richard), âgé de vingt et un ans, a été condamné pour vol à six mois d'emprisonnement.

Depuis son entrée il a donné des signes d'aliénation mentale; mais, depuis quelques jours (22 avril 1856), la folie s'est caractérisée de manière à ne laisser aucun doute; il est atteint de délire maniaque, il ne dort pas; les yeux sont injectés. Céphalalgie, incohérence dans les paroles, actes bizarres, appétit vorace.

Il fut transféré à l'asile des aliénés le 24 avril 1856. J'avais hésité quelque temps à faire le certificat, car il y avait des jours où Leport me paraissait parfaitement lucide et raisonnable; je ne m'expliquais pas le caractère intermittent de son délire.

A son entrée dans l'asile, il est calme; il semble étonné qu'on l'ait conduit dans une maison d'aliénés. On remarque de la lenteur dans les réponses; une certaine stupeur est empreinte sur sa physionomie; yeux injectés, pas de délire apparent.

Le 5 mai, depuis quelques jours on s'est aperçu qu'il est épileptique. Je me rendis compte alors de l'état de stupeur qu'il présentait à son arrivée, et que j'avais plusieurs fois remarqué en prison, ainsi que du caractère intermittent de son aliénation, qui était lié aux accès convulsifs.

Il reste dans l'asile.

RÉFLEXIONS. — Si à ces quinze faits d'aliénation mentale on ajoute vingt-neuf cas dans lesquels j'ai noté l'imbécillité à divers degrés, accompagnée de déformations du crâne, on aura un total de quarante-quatre individus ayant présenté des signes divers de désordre intellectuel sur une population de détenus qui, dans le cours de deux années, a atteint le chiffre de 2,400 environ. Ce nombre pourrait paraître considérable au premier abord, mais il demeure évident pour moi que trois cas seulement de folie se sont déclarés dans la prison : ce sont le troisième, le onzième et le douzième fait.

Que si je cherche à comparer les résultats obtenus dans le système cellulaire avec ceux qu'a donnés l'emprisonnement en commun, je puis dire que je n'ai pas trouvé à ce sujet de différence appréciable et qui vaille la peine d'être mentionnée. Ce fait joint à toutes les observations qui précèdent, m'a porté à croire que c'est moins dans l'emprisonnement lui-même, quelle que soit sa forme, que dans la nature même de la population prisonnière, qu'il faut chercher la cause de la folie pénitentiaire. « Dans la captivité comme dans la vie libre, dit M. Ferrus, presque tous les individus chez lesquels se déclare l'aliénation mentale sont prédisposés à cette maladie. L'homme, en effet, dont les facultés sont exactement équilibrées, peut résister, sans perdre le libre exercice d'une raison parfaite, aux plus dures traverses de la vie, aux pertes les plus sensibles, à l'excès même de la douleur. L'emprisonnement le plus prolongé laisse son moral intact et son intelligence pleinement lucide. »

Je partage complètement l'opinion de M. Ferrus. Pour moi, la plupart des détenus chez lesquels la folie a été observée, étaient, pour la majorité des cas, malades avant leur entrée dans la prison, souvent même avant leur jugement, et au moment où ils ont commis le délit. Chez ceux pour lesquels la folie est postérieure à l'entrée dans la prison, nous retrouvons toujours de nombreuses prédispositions, soit dans un état d'imbécillité ou d'épilepsie, soit dans les accès antérieurs d'aliénation mentale, soit dans une vie de privations et de misère, de débauches et d'excès de tout genre.

Il peut arriver quelquefois, comme on en trouve des exemples dans ce mémoire, qu'un individu entre en prison au début d'un accès d'aliénation. Il faut alors un examen des plus attentifs pour reconnaître la période d'incubation de l'affection mentale. Or, cet état peut durer quelque temps sans que le médecin soit prévenu, parce qu'il n'y a pas encore d'agitation et de symptômes susceptibles d'être remarqués par les gens de service. Et plus tard, quand le délire est bien caractérisé, que la maladie est franchement déclarée, on est exposé à la considérer comme ayant pris naissance à la prison, alors qu'elle n'a fait qu'y suivre sa marche fatale.

Quelquefois encore on peut avoir affaire à des aliénations intermittentes, et la période d'accès se trouve naturellement comprise dans la durée de l'emprisonnement. N'est-il pas probable que dans ces cas on a dû souvent se méprendre sur la véritable cause de l'affection mentale?

Il existe, en outre, dans les prisons un certain nombre d'individus dont l'état mental, sans être de la folie, ne peut cependant pas être considéré comme une raison parfaite. Cet état intermédiaire entre la folie et la raison est le résultat d'une organisation cérébrale incomplète, d'une éducation vicieuse.

Chez ces natures imparfaites peut-on admettre qu'il y ait une saine notion du bien et du mal? Ne faut-il pas reconnaître avec Gall que le libre arbitre n'a pas, dans ces cas, la même puissance et la même force, et qu'il est plus ou moins modifié ou restreint? N'est-il pas évident que ces hommes sont poussés au crime par les vices de leur organisation, et qu'ils ont droit au bénéfice de l'irresponsabilité? Pour ma part, je n'hésite pas à me prononcer pour l'affirmative, et je suis sûr de rencontrer l'approbation de tous ceux qui pensent avec juste raison que l'étude des organes et de leurs fonctions est la base la plus solide d'une saine doctrine philosophique. Les analogies qui existent entre les aliénés et un certain nom-

voyant l'ardeur de son fermier à cultiver le colza, crut que cette culture, si avantageuse pour ce dernier, pourrait lui nuire en ne lui donnant plus de fumier pour ses champs. Il exigea donc la culture du blé pour avoir de la paille, et restreignit à une certaine étendue de terrain l'exploitation du colza. On voit que cette plante prospérait; en 1841, elle occupait en France 173,500 hectares; elle a continué sa marche ascendante, et cependant l'huile, qui avant 1850 dépassait rarement le prix de 90 fr. les 100 kilos, atteint aujourd'hui celui de 140 fr. Il était donc nécessaire de parer à ce grave inconvénient, et M. Neuburger s'est chargé de résoudre le problème.

Tous mes lecteurs connaissent cette plante qui se trouve sur le bord du chemin, dans le terrain inculte comme au champ cultivé, sur les murs et sur les décombres, et que Linné avait décorée du nom de bourse à pasteur. C'est à cette plante que s'adresse M. Neuburger. Ses graines renferment, en effet, une huile oléagineuse, brûlant fort bien, ainsi que l'a démontré l'expérience faite à la Société d'encouragement. L'agriculture elle-même trouvera son intérêts dans l'emploi du thlaspi, car ses tourteaux sont tout à fait analogues à ceux du colza.

Cette plante, si frêle et si reléguée, va donc prendre place entre les plantes utiles et directement applicables à l'industrie et à l'agriculture. Je ne dirai que tout bas le rôle qu'on lui fit jouer en médecine. Dioscoride louait son usage dans l'hémoptysie. En 1822, M. Lejeune adressa une lettre à M. Loiseleur-Deslonchamps où il affirmait avoir obtenu de bons résultats de l'emploi de ce thlaspi à l'état frais dans les hémoptysies. Dubois s'en est encore servi avec succès dans ce même crachement de sang. Ne faudrait-il pas chercher dans ces résultats identiques obtenus à une époque si éloignée, autre chose qu'une simple coïncidence, et chercher la place que cette plante doit vraiment occuper dans le cadre thérapeutique? Les rêveries de Simon Pauli et d'autres observateurs inexacts l'avaient discréditée, mais je crois que lorsque Mérat disait que *cette plante est peu usitée aujourd'hui, sans doute parce qu'elle est trop commune*, il y avait autre chose qu'une boutade, et que le savant croyait à la vertu de la plante. Quoi qu'il en soit, il appartient au modeste, mais laborieux médecin des campagnes, de nous apprendre si le thlaspi peut encore entrer dans la thérapeutique ou si on doit l'abandonner à l'industrie.

—Les tribus sauvages de l'Australie tendent à disparaître. Chaque jour la civilisation fait un nouveau pas dans ce pays, et avant peu les sauvages, leurs mœurs, leur religion, ne seront plus. Il est donc bon de s'empresser, avant ce moment, de recueillir quelques traits de ces populations.

Comme dans toutes les agglomérations d'hommes non civilisés, la chasse est en grand honneur en Australie. C'est pour eux un moyen d'existence; car ils ne sauraient s'astreindre à cultiver; et le riz, le blé ou toute autre production indigène, n'y sont l'objet d'aucuns soins. Ils tournent tous les efforts de leur intelligence vers la chasse du kanguroo et d'autres animaux, et cette tendance exceptionnelle de l'esprit semble expliquer cet état de dégradation qui les réduit au rôle d'une créature douée d'*instinct*.

J'ai prononcé le mot de religion : pour eux, c'est la crainte. Ici, comme chez toutes les peuplades sauvages, c'est un esprit mauvais qui reçoit leurs hommages. Il ne se montre que le soir et rôde toujours aux alentours des cimetières. On comprend alors facilement le soin avec lequel ils évitent un lieu qui non-seulement leur rappelle des souvenirs pénibles et leur cause de l'effroi par son usage, mais qui les met encore en présence de leur *dieu*.

Leurs cimetières ne sont pas encombrés; car il est d'usage parmi les Australiens de brûler assez souvent les vieillards morts. Si une femme meurt avec un enfant en bas âge, celui-ci, tout vivant, est brûlé avec sa mère. On voit percer dans cet acte de barbarie l'égoïsme de ces hommes qui ne veulent point être chargés des soins que réclame un enfant. C'est l'œuvre de la mère; elle meurt, l'enfant n'a plus d'appui, il n'a plus de raison d'être : on le brûle. Quant au nom d'un homme mort, il ne doit plus être prononcé. L'hérédité du titre n'est donc pas en grand honneur dans ce pays. Bien plus, si un homme de la tribu portait le même nom que le défunt, il doit en changer immédiatement. Quelle opposition avec les idées du monde civilisé, qui met tant de soins à conserver le nom d'une famille et à le perpétuer pendant des siècles.

La manière dont les Australiens contractent leurs alliances est assez singulière et mérite d'être mentionnée. Quand l'Australien veut se marier, il jette les yeux sur une femme, généralement d'une autre tribu. Il se met aux aguets, la surveille de près, et aussitôt qu'il la trouve loin de ses défenseurs il l'étourdit d'un coup de massue et l'emporte chez lui. Ce gracieux procédé est souvent la cause d'une guerre; et, pour ma part, je doute que nos dames françaises goûtent fort cette déclaration et cette manière de s'unir.

On retrouve parmi ces sauvages une grande prédilection pour le vêtement européen. Tout à fait nus d'ordinaire, ils se glissent avec bonheur dans les pièces d'habillement qu'on met à leur disposition. Les femmes elles-mêmes, qui raffolent des couleurs gaies et brillantes, ne manquent pas d'une certaine grâce lorsqu'elles drapent autour d'elles un châle ou une robe.

La *vendetta* est pour eux la plus vive passion; ils la poussent aux dernières limites, et déraisonnent souvent à ce point de vue. Un homme meurt, même naturellement; ses parents choisiront un de ses amis; lui imposeront sa mort et le poursuivront jusqu'à ce qu'ils aient as-

bre de détenus ressortent encore d'une manière plus évidente lorsqu'on considère comparativement le mouvement de la population des asiles et des prisons. Il n'est pas rare, en effet, de voir un individu être tour à tour envoyé dans une prison ou dans une maison d'aliénés, suivant l'appréciation du tribunal. J'ai eu occasion de constater plusieurs fois ce fait remarquable. Ce que je viens de dire pour la population civile s'observe également pour les militaires. L'asile de Marseille, auquel je suis attaché comme médecin-adjoint, reçoit les militaires de l'Algérie, de la Corse et de la neuvième division. Nous avons très-souvent des soldats appartenant aux compagnies de discipline, hommes à organisation défectueuse, qui sont destinés toute leur vie à séjourner alternativement dans les prisons ou dans les asiles.

De tout ce qui précède il résulte clairement que chaque jour les tribunaux condamnent à tort des aliénés, et qu'ils considèrent comme coupables des malheureux privés de leur raison, et que l'on devrait regarder comme irresponsables de leurs actions. Une grande partie des individus condamnés pour mendicité et vagabondage rentre dans cette catégorie.

J'ai vu également plus d'une fois condamner pour vol ou pour coups et blessures des individus atteints de démence.

Un grand nombre d'imbéciles sont encore condamnés pour vol, pour mendicité ou pour outrages à la pudeur. Ces erreurs sont doublement regrettables ; car, sans parler du grave inconvénient qu'il y a d'infliger à un individu une condamnation imméritée, on compromet sa santé pour toujours en perdant un temps précieux pour la guérison.

Espérons qu'à mesure que ces plaintes se renouvelleront, la justice se décidera enfin à faire plus souvent appel aux lumières de la médecine, et à ne plus se défier d'une science qui a su apporter tant de rigueur et de précision dans l'appréciation des faits psychologiques des plus ardus.

Si je suis porté à rattacher l'origine de la folie pénitentiaire à des causes étrangères pour la plupart à l'emprisonnement, je n'ai pas cependant la prétention de nier complétement l'influence de l'incarcération.

Il est évident, en effet, que le séjour de la prison, par la tristesse qu'il occasionne, par la privation absolue de plaisirs et de distractions, peut faire naître un état d'abattement et de mélancolie très-favorable au développement de l'aliénation mentale. Mais, je dois le dire tout d'abord, un grand nombre de détenus sont réfractaires à cette impression pénible, et parmi ceux dont le moral est affecté de la sorte, après quelques jours on voit le plus souvent cette tristesse disparaître, et le détenu s'habituer aux rigueurs et aux peines de la vie prisonnière. C'est là un fait que j'ai constaté plus d'une fois. Il est rare que cet état de découragement persiste au delà de quelques jours ; mais une cause tenant à la prison, et que je considère comme pouvant aider le développement de la folie, c'est l'insuffisance de l'alimentation. Dans la vie libre, on voit souvent les privations et la misère donner naissance à l'aliénation mentale ; à plus forte raison doit-il en être ainsi dans les prisons où se trouvent encore réunies des causes puissantes de débilitation, telles que le défaut d'exercice et d'aération.

Des faits qui précèdent et des considérations qui les accompagnent, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les causes de la folie pénitentiaire sont en général indépendantes de l'emprisonnement, quel que soit le système suivi.

2° L'aliénation mentale est le plus souvent antérieure à l'entrée dans la prison, et même au jugement.

3° Quand elle se développe dans la prison, elle est même alors le résultat de causes quelquefois étrangères à l'emprisonnement.

4° Les causes les plus nombreuses de la folie pénitentiaire sont inhérentes au prisonnier, et non à la prison.

5° Elles consistent surtout dans des prédispositions individuelles, telles que l'hérédité, l'imbécillité, l'idiotie, l'épilepsie, des accès antérieurs ou une vie de privations ou de débauches.

6° Il existe les plus grandes analogies entre les aliénés et une certaine classe de détenus composée d'hommes à organisation incomplète.

7° Une certaine partie de la population des prisons serait mieux placée dans les asiles d'aliénés.

8° Le nombre des condamnations d'aliénés est considérable.

9° Les cas de folie qui se déclarent dans les prisons ne sont pas dus à l'influence seule de l'incarcération ; ils reconnaissent diverses causes de débilitation générale, et surtout l'insuffisance du régime alimentaire.

TRAITEMENT RATIONNEL DE LA COUPEROSE

et de quelques autres affections chroniques de la peau (1),

Par le docteur Duchesne-Duparc.

Dans la polémique qui s'est élevée l'année dernière entre MM. les docteurs Boinet et Rochard au sujet du meilleur mode de traitement à opposer à la couperose, les positions prises par ces deux honorables confrères sont loin d'être identiques. M. Boinet, après avoir exposé sa médication, donné ses formules et indiqué la manière de les appliquer, se contente d'affirmer qu'il en a obtenu les meilleurs résultats, mais ne cite aucun fait particulier de guérison. Il manque donc à son travail l'élément indispensable pour tout examen critique.

M. Rochard nous paraît avoir mieux compris sa tâche en appuyant d'observations détaillées ses différentes propositions ; c'est donc à lui seul que s'adressent nos objections.

Ce persévérant confrère nous fait connaître par une série d'articles insérés dans différents recueils scientifiques qu'il guérit sûrement et complétement la couperose, même dans les cas les plus invétérés, par l'iodo-chlorure mercureux méthodiquement employé.

Il faut convenir que ce nouveau composé du savant chimiste d'Evreux, M. Boutigny, a fait en quelques années entre les mains de M. Rochard, à titre d'agent thérapeutique, un chemin rapide et presque merveilleux.

Appliqué en 1842 au traitement externe de la scrofule, nous le voyons quatre ans plus tard utilisé pour la cure de plusieurs affections cutanées *non désignées ;* puis, en 1851, figurer comme base principale de la médication dans des couperoses *rebelles jusque-là à tous les moyens dirigés soit par une pratique rationnelle, soit par un aveugle empirisme*, et qui toutes ont dû guérir, puisque ces observations servent de texte à un mémoire présenté à l'Académie des sciences sur l'iodo-chlorure mercureux.

En outre, M. Rochard nous affirmait l'année dernière que cette préparation a la même efficacité contre le psoriasis invétéré et les eczémas chroniques ; enfin, je lis dans la *Gazette* du 13 janvier de cette année qu'on peut y recourir avec une égale confiance contre les engorgements de l'utérus.

Bien que cette constante utilité d'un même médicament dans le traitement d'affections qui diffèrent autant par leur siége anatomique que par leurs caractères soit un fait anormal et évidemment exceptionnel, il ne faudrait pas moins l'admettre, si l'expérience l'avait réellement confirmé ; mais telle n'est pas jusqu'à présent notre opinion.

La couperose, dans les circonstances ordinaires, guérit fort bien, au dire de M. Rochard, par le seul emploi de la pommade. Cependant, ajoute-t-il, « le traitement topique se montre quelquefois » insuffisant, et il est utile alors de lui associer l'iodure hydrargyreux à l'intérieur. On peut d'ailleurs et l'on doit habituellement » faire usage concurremment des médications dont l'expérience a » démontré l'utilité : c'est ainsi que je me suis bien trouvé spécialement d'associer à l'iodure mercureux les purgatifs et les » amers. »

(1) Suite. — Voir les numéros des 7 et 24 mars.

Cette manière de voir, énoncée le 28 septembre 1855, n'était sans doute qu'une concession faite à la pratique générale ; car je vois, dans un autre article publié deux mois plus tard, que la médication de notre heureux confrère, bien qu'appliquée sur le visage seulement, dans la plupart des cas n'en a pas moins donné les plus beaux résultats, *tant pour l'état local que sur l'ensemble de la constitution.* C'est au point que M. Rochard s'en montre lui-même tout surpris, et se demande comment il se fait qu'en agissant seulement sur le visage pour guérir une affection dont il est le *siége unique*, on soulage du même coup et par ce seul fait les autres organes souffrants. C'est là bien certainement, dit notre confrère, un phénomène thérapeutique des plus remarquables, dû sans doute à la *nature particulière* du topique dont l'action est tellement énergique qu'elle provoque, peu de temps après son application, l'exsudation d'une grande quantité de matière morbifique.

Ces exsudations séro-albumineuses qui suivent, en effet, chaque application de pommade et perdent de leur abondance à mesure que les tissus se rapprochent de l'état normal, constituent le phénomène le plus sensible dans la médication de M. le docteur Rochard, qui, loin de le regarder comme une conséquence naturelle et forcée du contact d'un corps vésicant, s'efforce de le rattacher à une doctrine toute humorale, à un soi-disant effort critique et salutaire de l'organisme.

« Ma médication, dit M. Rochard, a pour effet de porter au » dehors le principe qui produit et entretient la couperose ; mes » malades guérissent par l'effet d'une véritable *poussée* analogue à » celle des eaux de Louesch. »

Puis viennent d'assez nombreuses observations de guérison, toutes données comme complètes et définitives.

Parmi les faits publiés, quelques-uns recueillis dans le service de M. Nélaton, semblent avoir reçu l'assentiment de cet honorable professeur.

Il importe, avant de les passer en revue, de bien s'entendre sur la valeur pratique du mot *guérison*. Je n'accepte pas comme suffisante la définition qu'en donne M. le docteur Rochard : « Une » véritable guérison n'est accomplie, dit mon savant confrère, qu'a- » près que les diverses altérations organiques qui caractérisent la » maladie que l'on traite ont entièrement disparu, ainsi que les » troubles fonctionnels qui l'accompagnent. » Je veux plus, et je n'admets la guérison que dans le cas où la disparition de tous les symptômes morbides, tant externes qu'internes, est *durable, persistante* et sans rechute aucune qui puisse être logiquement attribuée à la persistance de la cause productrice des accidents antérieurs.

Eh bien, si l'on excepte l'observation de la dame Vaterlot du faubourg Saint-Honoré, 74, il n'est aucun des faits cités qui offre, je ne dirai pas les caractères de ma définition, mais ceux réclamés par mon confrère lui-même pour constituer une *guérison véritable.*

Pour s'en convaincre, il suffit de lire avec attention ces différentes observations.

La première, celle de la dame Michel, entrée le 19 mars 1852 dans le service de M. Nélaton pour y être traitée d'une tumeur du sein, nous offre un exemple de couperose érythémato-pustuleuse avec induration et épaississement des téguments.

Après deux mois de traitement, dit M. Nélaton, nous avons pu constater que l'affection cutanée avait éprouvé des modifications notables et extrêmement favorables. Plus de pustules ni d'érythème ; la peau avait repris *en grande partie* son aspect normal. Revue le 26 juillet suivant, ajoute l'honorable professeur, je l'ai trouvée dans un état qui, *s'il persiste*, pourra être considéré comme une guérison. Ici, le langage de M. le professeur Nélaton ne nous indique-t-il pas de lui-même qu'il s'agit d'une incontestable amélioration, d'un état voisin de la guérison, si l'on veut, mais non d'une cure complète et définitive ?

D'ailleurs, qu'est devenue cette malade après ses quatre mois de traitement ? C'est ce que M. Rochard ne nous dit pas.

L'observation deuxième, celle de la dame Aline Corsin, ne me paraît pas plus affirmative. Cette malade, entrée le 30 mars 1852 dans le service de M. Nélaton pour se faire traiter de rhumatisme, était atteinte également d'une couperose érythémateuse et légèrement pustuleuse, avec induration et épaississement des téguments. Après deux mois du traitement de M. Rochard, les parties affectées ont offert des modifications notables et extrêmement favorables, les pustules se sont éteintes, l'érythème a disparu et la peau a repris *en grande partie* son état normal. Pourquoi seulement en grande partie, si rougeurs et pustules avaient disparu ? Que restait-il donc ? de l'épaississement et de l'induration ? Mais l'honorable professeur de la Clinique sait mieux que personne ce que vaut un reste d'hypertrophie dans un tissu qui a été plus ou moins longtemps le siége de diverses altérations. D'ailleurs, nous ne savons pas davantage ce qu'est devenue cette malade après sa sortie de l'hôpital, et le 3 août, jour de la délivrance de son attestation, M. Nélaton ne dit pas avoir constaté le maintien de la guérison chez la dame Aline Corsin.

L'observation troisième est celle de madame D... Je conçois qu'à propos de ce fait, M. Rochard ait cru devoir entrer dans les détails les plus explicites. Tout se prêtait à mettre en relief la prééminence qu'il réclame en faveur de sa médication ; il s'agit de la femme d'un confrère occupant, comme praticien, à Noyon, une position des plus honorables et des mieux justifiées : la maladie de

---

souvi sur lui leur vengeance. Autrefois, ils furent l'objet des atrocités des premiers Européens, qui les chassaient comme des bêtes fauves, et mettaient le feu à leurs cases lors même qu'ils étaient le plus inoffensifs ; ils n'ont pas oublié ces cruautés, et leur haine est aussi vive et aussi fraîche que si les coupables existaient encore.

Les Australiens ont des traits grossiers, leurs lèvres sont épaisses, leurs narines pendantes, leur front étroit et fuyant. Ils ne sont ni grands ni bien faits, et ne présentent pas de types vigoureux. Leur grand nombre les rendait seulement dangereux. Mais ils disparaissent chaque jour d'une manière très-sensible. On n'a pas encore pu les dompter et leur faire apprécier les bienfaits de la civilisation. Quand on se borne à vouloir en faire des bergers, on réussit parfaitement, car cet état touche encore à leur vie nomade, qu'il sera peut-être impossible de leur faire abandonner.

— Quelle différence entre ces populations dégradées et celles qui ont reçu le bénéfice de la civilisation !

Passons un instant en Perse, et voyons comme l'esprit de la femme — qui ne s'y épouse pas à coups de massue — a su tirer profit de tous les moyens, *per fas et nefas*, pour se faire accorder ce qu'elle peut désirer.

Il est écrit au Koran : « O croyants ! quand vous vous disposez à faire la prière, lavez-vous le visage et les mains jusqu'aux coudes ; essuyez-vous la tête et les pieds. Dieu ne veut vous imposer aucune charge, il veut vous rendre purs. »

Ce précepte, si sage et si conforme aux besoins d'un peuple habitant les pays chauds, a été, comme toutes les meilleures choses, exagéré par les divers commentateurs du Koran. Aussitôt surgit à côté l'opposition de ce conclave dont nous entretenions nos lecteurs il y a quelques semaines. Le *Kousoulm-Néni* comprit, en effet, tout ce qu'on pouvait retirer de précieux avantages de cet ordre du Prophète. Il établit donc trois cas où une femme peut rester bonne musulmane en s'abstenant des ablutions.

L'idée ne manquait pas de hardiesse ; son application ne fut pas dépourvue d'esprit.

Les femmes qui composaient le *Kousoulm-Néni* arrêtèrent donc de la manière suivante les trois cas dont nous venons de parler :

1° Toutes les fois qu'un mari avare n'a pas donné à sa femme de quoi payer un bain ;

2° Toutes les fois qu'une femme est en grande toilette ;

3° Toutes les fois et aussi longtemps que le mari, après avoir promis d'acheter une robe neuve ou un autre objet indispensable à la propreté du corps de son épouse, ne s'acquitte pas de la promesse donnée.

Cette dernière clause, qui n'est pas la moins adroite, est le sujet d'une grande insistance de la part des législatrices. On restera deux, trois, quatre jours et plus s'il est nécessaire sans se laver ; et le mari orthodoxe cédera bien vite, car cette absence d'ablutions chez la femme le place dans une fâcheuse position. Il ne doit pas, sa dignité s'y oppose, se servir lui-même ; d'autre part, le contact d'une personne qui n'a pas fait ses ablutions corrompt tout : son commerce rend l'homme impur et incapable de communiquer avec Dieu et avec les siens : la loi a parlé. Comment cet infortuné fera-t-il ? Il ne pourra plus ni manger, ni bourrer sa pipe, ni faire faire son lit par les mains d'une impure ; il ne pourra plus prier.

Ces conclusions, désastreuses pour l'homme religieux, ont bien vite mis à la raison le mari le plus avare et le moins bien intentionné, et la femme persane a reconquis son influence et sa dignité.

Dr E. Renaud.

madame D... offrait une gravité réelle en raison de son ancienneté (près de huit ans), de son étendue, surtout de ses complications du côté des voies digestives. Divers traitements avaient déjà été inutilement dirigés contre elle; un succès, en pareil cas, était donc une véritable conquête, et ne pas se prévaloir de la lettre de M. D... aurait, selon moi, passé toute modestie. Les termes de cette lettre, en date du 7 obtobre 1854, respirent un enthousiasme bien naturel; la joie d'un mari dévoué et reconnaissant s'ajoutait à la conviction du praticien.

Le traitement fut commencé le 24 mai 1854. A ce moment, la malade s'offrait dans l'état suivant.

Vingt-sept ans, bonne constitution lymphatique, peau d'une grande finesse et d'une blancheur éclatante. La couperose occupe principalement les joues, le nez et le menton; elle est caractérisée par des plaques d'un rouge foncé, avec épaississement de la peau; par des pustules assez nombreuses qui se terminent par des pointes blanches. La matière qui *s'écoule facilement* de ces pustules forme de *légères* croûtes jaunâtres qui donnent au visage un aspect désagréable.

La malade éprouvait, en outre, dans la santé générale, des troubles nombreux : manque d'appétit, insomnie, fatigue très-pénible dans la marche, palpitations, menstruation insuffisante.

M. le docteur Rochard nous dit qu'il lui a suffi de quelques pilules *prises à l'intérieur* pour dissiper tous ces désordres généraux, et que la couperose a complétement cédé à trois mois d'application de sa pommade. Il est certain que le succès paraissait aussi complet que possible à l'époque de la publication de la lettre de M. le docteur D... Mais, comme dans les deux observations précédentes, il manquait à ce résultat vraiment merveilleux la sanction du temps; or, il faut l'avouer, cette consécration lui a été refusée. La guérison n'était qu'apparente. Dès le mois de mars de l'année suivante, il a reparu quelques rougeurs et quelques boutons; en mai 1856, madame D... a dû subir un nouveau traitement. La santé générale, au 27 mars 1855, était redevenue aussi mauvaise que par le passé; et si, depuis lors, elle s'est améliorée de nouveau et semble aujourd'hui ne rien laisser à désirer, il n'en revient pas moins toujours de temps à autre au visage quelques plaques de couperose, qui nécessitent de nouvelles applications de pommade; donc madame D... n'est point encore radicalement guérie, malgré deux années du traitement de M. Rochard.

La quatrième observation a son importance ailleurs qu'au point de vue du sujet qui nous occupe. C'est un exemple de lupus avec quelques rougeurs pustuleuses récentes disséminées sur les joues et le menton chez un scrofuleux de vingt ans. Ici, l'esthiomène est la maladie principale et dominante; le topique a été appliqué indifféremment sur tous les points malades : ce serait plutôt un succès à ajouter aux premiers travaux de M. Rochard sur l'utilité de l'iodo-chlorure-mercureux contre le scrofule, qu'un nouvel exemple decouperose guérie par le composé de M. Boutigny.

Voyons maintenant si d'autres faits justifient mieux les prétentions de notre honorable confrère en faveur de sa nouvelle méthode thérapeutique.

Il s'agit de trois observations dont une de *lupus non ulcéreux avec hypertrophie* compliqué de *couperose érythémateuse*, et deux de couperose avec érythème et pustules.

La première malade est Mme D..., femme du médecin de ce nom, de Vailly-sur-Aisne : cette dame, qui a fait preuve du plus grand courage, nous raconte elle-même l'histoire de sa maladie : c'était bien un lupus, et ici la couperose ne joue qu'un rôle très-secondaire; ce fait d'ailleurs, malgré son importance et sa gravité réelles, ne peut servir la cause de M. Rochard, puisque la malade a abandonné le traitement avant guérison. J'ai déjà parlé de l'observation de la dame Vaterlot; c'est le seul exemple de guérison complète de couperose érythémato-pustuleuse par l'iodo-chlorure mercureux. C'est au moment de perdre que la malade, qui est grande et forte, a vu la couperose prendre un développement inaccoutumé; elle en était affectée depuis quatre ans quand elle commença son traitement, qui a duré quatre mois, et depuis lors elle est restée exempte de toute trace de couperose.

Dans la troisième observation, il s'agit encore d'une couperose érythémato-pustuleuse, avec épaississement considérable de toute la peau du visage.

Le mal existait depuis l'âge de seize ans chez Thérèse M..., lorsqu'elle commença son traitement; elle avait alors trente ans. Elle a dû subir pendant près d'un an les applications répétées de la pommade de M. Rochard avant d'obtenir guérison. Il serait important de connaître si une guérison si chèrement achetée s'est maintenue; Thérèse a pu entrer comme religieuse dans un couvent du faubourg Saint-Germain, et depuis il n'en a plus été question. L'exemple de Mme D... nous prouve qu'on peut être temporairement débarrassé de toute trace extérieure de couperose, et voir la maladie se reproduire après quelques mois au plus tard.

Tels sont les principaux faits pratiques publiés par M. le docteur Rochard.

Si, un seul excepté, celui de la dame Vaterlot, aucun ne justifie la confiance absolue de mon confrère dans les propriétés curatives de l'iodo-chlorure-mercureux, tous, bien qu'à des degrés divers, nous montrent dans ce nouveau médicament des propriétés actives, énergiques même, dont M. Rochard a su tirer bon parti dans le traitement de la scrofule jusque dans sa forme la plus redoutable, qui est sans contredit le lupus ou esthiomène.

Il ressort pour moi de ces observations que le traitement topique de M. Rochard, s'il ne peut à lui seul procurer une guérison complète et durable, telle que nous l'avons définie au commencement de cet article, n'en constitue pas moins un puissant moyen de résolution et de dégorgement, puisque nous voyons par son influence disparaître graduellement les pustules, les rougeurs et jusqu'aux épaississements de la peau des couperoses invétérées. Seulement, qu'on ne s'y trompe pas, car c'est là le côté dominant de la question qui nous occupe, la presque totalité des exemples cités nous prouve que cette guérison n'est que temporaire, et que le mal se reproduit dès qu'arrive la saison favorable à son retour. Où est la cause de pareils insuccès? S'il m'était permis de faire à cet égard quelques suppositions, je dirais que M. le docteur Rochard s'exagère peut-être la valeur pratique de ses procédés; que mon confrère ne fait pas une part suffisante aux complications qui accompagnent presque toutes les couperoses déjà anciennes; qu'il semble oublier que, dans bien des cas, les désordres du visage ne sont que la manifestation d'un mal profond et général, et qu'il eût évité probablement une partie de ses mécomptes, s'il se fût souvenu de ses propres paroles du 28 septembre 1855, « que le traitement topique » de la couperose demeure parfois insuffisant; qu'il est utile alors » de lui associer l'iodure hydrargyreux à l'intérieur; qu'on peut et » qu'on doit même habituellement faire usage concurremment » des médications dont l'expérience a démontré l'utilité. »

HERNIE ÉTRANGLÉE RÉDUITE SOUS L'INFLUENCE DU CAFÉ.

Par M. le docteur TRIGER.

Un homme de trente-huit ans, de petite stature, d'un tempérament éminemment nerveux, porte depuis treize ans deux hernies inguinales qu'il maintient par un bandage double.

Du côté droit, la hernie descend quelquefois jusque dans les bourses, mais le malade la fait rentrer aisément étant couché.

Pendant la seconde semaine du mois de mai, cet homme a beaucoup fatigué; il a été obligé de veiller fort tard pour les travaux de son état. Mercredi matin, il s'emporte après l'aîné de ses garçons, et dans cet accès de colère sa hernie sort. Il est dix heures du matin.

Cette fois, au lieu de descendre dans les bourses, la hernie paraît s'être produite directement par une éraillure au-devant du ligament de Gimbernat; elle forme une tumeur globuleuse, rénitente, de la grosseur d'un petit œuf de poule. Un confrère, appelé immédiatement, essaye vainement le taxis; ces tentatives sont tellement douloureuses que le malade tombe en syncope.

On applique la glace d'une manière continue. A midi, je vois le malade avec mon père. Nous le trouvons en proie à de violentes coliques; on ne peut toucher à la tumeur sans lui causer des douleurs aiguës. Nous renonçons à essayer de nouveau le taxis, car le malade est dans un état de lipothymie continuelle. Une selle a eu lieu peu de temps après l'étranglement; il n'y a ni nausées ni vomissement.

Nous prescrivons la potion suivante, à prendre tous les quarts d'heure par cuillerée à café :

Prenez :

Eau de tilleul.	90,00
Eau de fleur d'oranger.	4,00
Extrait de belladone.	0,20
Sirop simple...	30,00

M. S. A.

On doit continuer l'application de la glace.

Sur ces entrefaites, un ancien médecin octogénaire, le docteur Durand (de Batignolles) vint vers une heure de l'après-midi rendre visite à une dame de la maison. Elle lui fit part de l'état fâcheux dans lequel se trouvait son concierge, brave homme, père de cinq enfants; elle s'apitoyait sur son sort, craignant pour lui le risque d'une opération, dont nous avions fait pressentir l'urgence et le danger.

Ce bon vieillard lui affirma connaître un remède souverain pour débarrasser le malade de cet accident, disant qu'il avait vu employer ce moyen à la Havane, et que lui-même l'avait mis en usage dans sa pratique plusieurs fois avec succès.

On le conduisit auprès du patient; on lui fit reconnaître la tumeur, et il affirma de nouveau que dans quatre heures la hernie serait rentrée si l'on voulait exécuter sa prescription :

Prendre de quart d'heure en quart d'heure une tasse d'infusion de café noir chaud et à peine sucré :

Poudre de café torréfié. . . . . 250 grammes,

pour douze tasses d'eau bouillante,

Les quatre dernières tasses pouvant être prises à une demi-heure d'intervalle au lieu d'un quart d'heure.

Il fit enlever la glace de dessus la tumeur, défendant bien d'y toucher ni d'y rien appliquer.

La prescription fut suivie exactement; à la cinquième tasse, il y eut quelques gargouillements, et à la neuvième tasse la hernie rentra : il était quatre heures de l'après-midi.

Voici donc un moyen précieux à employer au début d'un étranglement; il est à la portée de tous, partout sous la main, et, s'il échoue, il jouit d'une parfaite innocuité. L'expérience établira si son efficacité est constante.

Le malade n'avait pris que six cuillerées à café de la potion que nous avions indiquée; il n'est pas probable qu'on puisse lui attribuer quelque part dans le résultat. Mais il est bon de savoir que le docteur Durand fait quelquefois tremper les mains dans la glace pendant quelques secondes, deux ou trois fois dans l'espace de cinq minutes (il le fit dans le cas présent, après la cinquième tasse de café, et la hernie ne rentra qu'une heure après); le malade éprouva une sorte d'horripilation qui pourrait avoir une action sur le mouvement péristaltique de l'intestin.

Il lui arrive parfois aussi de couvrir la tumeur de compresses imbibées d'éther sulfurique. (*Abeille médicale.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 avril 1857. — Présidence de M. Is. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet un mémoire de M. Verdier, médecin inspecteur des eaux de Cauvallat (Gard), mémoire ayant pour titre : *Quelques mots sur le parasitisme, la suette et le choléra.* Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Serres, Milne Edwards et Andral.

Développement de la cellule animale. — M. Mandl communique un mémoire intitulé : *Recherches sur le développement de la cellule animale.* En voici un extrait :

Dans les cellules animales, on a signalé divers modes de développement et de multiplication que nous allons examiner successivement.

A. Le parenchyme glandulaire se développe soit par formation libre, soit par formation endogène des cellules. Suivant nous, le premier mode de développement est le plus répandu dans le système glandulaire; suivant d'autres (Remak), il n'y aurait que multiplication endogène ou par scission; suivant d'autres enfin (Kœlliker), la formation libre est limitée aux ganglions lymphatiques, aux glandes vasculaires, à l'ovaire, etc. Les premières traces de la formation libre des cellules sont de petits corps arrondis, homogènes ou finement granulés, ayant 2 à 5 millièmes de millimètre de diamètre. Ces corpuscules primitifs (*noyaux*) sont placés au fond des culs-de-sac glandulaires, dans une substance amorphe, finement granulée, plus claire et plus transparente que le corpuscule et qui est la substance fondamentale. Ces corpuscules s'agrandissent peu à peu et présentent bientôt dans leur intérieur une foule de granules et un grain plus gros, le *nucléole*. Ce dernier ne précède donc pas le noyau et ne détermine pas sa formation. Lorsque les corpuscules primitifs, les noyaux des cellules futures, sont formés, ils s'entourent d'une masse plus ou moins grande de substance fondamentale qui se solidifie; alors seulement une membrane vient entourer cet élément qui, avant l'apparition de l'enveloppe, n'était qu'un corpuscule composé, l'analogue des formations que nous avons rencontrées dans le développement des tissus fibrillaires. Cette membrane d'enveloppe, qui ne forme pas l'épaississement superficiel de la substance fondamentale, apparaît quelquefois tardivement, d'autres fois de bonne heure.

Mais le plus souvent on trouve dans les glandes des cellules très-petites, auprès des noyaux libres et de cellules développées, dans lesquelles la membrane entoure étroitement le noyau, de sorte que la quantité de la substance fondamentale renfermée (contenu de la cellule) est très-minime. La membrane, ainsi que le contenu, subissent des métamorphoses ultérieures; celle du contenu est habituellement la liquéfaction, qui procède tantôt de la membrane vers le noyau, tantôt de la partie centrale vers les parties externes.

» B. Dans la *formation endogène* (œuf), comme dans la formation libre des cellules, la partie la plus essentielle consiste toujours dans le corpuscule primitif (vésicule germinative), qui précède constamment la formation de la cellule; nous voyons, en outre, que la substance fondamentale (substance vitelline) s'amasse autour de lui comme centre d'attraction, pour constituer un corpuscule composé, et que plus tard enfin se développe la membrane (vitelline). C'est là le procédé fondamental, que la cellule mère persiste ou qu'elle se dissolve, que la substance fondamentale se groupe autour du noyau aussitôt après sa formation ou que la multiplication des noyaux précède le développement des corpuscules secondaires; que la membrane se développe tôt ou tard. Dans la formation endogène, comme dans la formation libre, les cellules se développent donc toujours d'après la même loi.

» C. La multiplication des cellules dans les cartilages est une génération endogène *par scission*. On observe tout d'abord un partage du noyau en deux parties, puis les deux noyaux s'écartent l'un de l'autre, enveloppés chacun de la moitié du contenu. Celui-ci est dépourvu d'une membrane particulière, de même que les segments de vitellus. Ce ne sont donc pas des utricules primordiaux. La membrane externe ne se forme que plus tard, lorsque s'arrête la scission, la segmentation. Le mode de formation que nous venons d'indiquer se répète ordinairement dans les cartilages avec une grande régularité et successivement un grand nombre de fois. (Commission précédemment nommée.)

— M. Bégin prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour la place d'académicien libre, vacante par suite du décès de M. de Bonnard.

M. Bégin adresse à l'appui de cette demande une notice imprimée sur ses travaux. (Renvoi à la commission nommée dans cette séance.)

M. Guéneau de Mussy, l'un des doyens des médecins de Paris, vient de succomber, à l'âge de quatre-vingt-quatre ans, d'une pleurésie avec épanchement, qui en quelque jours avait fait des progrès rapides.

Médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine (section de physique et de chimie médicales), M. Guéneau de Mussy n'exerçait plus la médecine depuis plusieurs années. Il était le père de M. Henri Guéneau de Mussy, agrégé de la Faculté, qui s'est fixé à Londres après avoir été appelé en Angleterre pour donner des soins à la famille du roi Louis-Philippe, et l'oncle de M. Noël Guéneau de Mussy, également agrégé à la Faculté et médecin de la Pitié.

— M. le docteur Salle vient de mourir à Châlons-sur-Marne, à l'âge de vingt-neuf ans, victime de son dévouement. Notre jeune confrère pratiquait l'opération de la trachéotomie sur un enfant atteint de croup et d'angine maligne. Du sang s'écoule dans la trachée; pour sauver l'enfant, l'opérateur aspire le sang avec la bouche. Le lendemain, le jeune et courageux médecin fut pris de symptômes alarmants des voies respiratoires, et quarante-huit heures après il succombait au milieu des regrets et des secours impuissants de plusieurs confrères et de son malheureux père, lui-même docteur en médecine.

— La *Presse médicale belge* annonce que M. Vleminckx, inspecteur général du service de santé de l'armée, est tombé assez sérieusement malade à Louvain, où il présidait aux opérations du jury. Grâces aux soins les plus empressés, un mieux sensible s'est manifesté dans son état.

— La *Gazette médicale* des Etats Sardes annonce la mort de M. Louis Gallo, médecin à l'hôpital Saint-Jean de Turin, et de M. le docteur Bernard Bertini, qui s'est fait connaître par plusieurs travaux de statistique. M. Bertini était membre du parlement et vice-syndic attaché à la police de la ville de Turin.

LE SOUSS.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL DES CLINIQUES (M. Nélaton). Résection de l'humérus par une pseudarthrose. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (M. L. Orfila). Conditions qui modifient l'action des poisons. — Chorée laryngienne traitée avec succès par le valérianate acide d'atropine. — Erysipèle de la face ; eczéma du nez. — Papier de gutta-percha. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 5 mai.

PARIS, LE 6 MAI 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

Avant de dire ce qui s'est passé dans la dernière séance, il nous reste un arriéré à solder avec la séance précédente, ou plutôt avec les dix ou douze séances sur lesquelles nous n'avons exprimé chaque fois qu'une impression générale, plus préoccupé des nombreux incidents qui ont surgi intercurremment que du fond même du sujet qui les a remplies : on comprend que nous voulons parler de la méthode sous-cutanée.

Lorsque, après la séance du 12 mars, nous considérions la discussion comme close, nous étions loin sans doute de la réalité, car le débat s'est ravivé de plus belle depuis, comme on l'a vu, et toutes les ressources de l'argumentation et de l'érudition ont été épuisées pour soutenir l'opposition qu'avait rencontrée dès le début l'exposé de M. Guérin. Cependant, sans méconnaître toute la force des objections renfermées dans les deux derniers discours qui résument à eux seuls tout ce que la critique pouvait avoir à y opposer, nous n'en persistons pas moins dans l'opinion que nous exprimions à cette époque. C'est ce qu'il nous faut justifier par quelques explications.

Dès le début de cette discussion, instruit par l'expérience et par le souvenir d'autres discussions non moins orageuses, nous pressentions, plus peut-être que nous ne l'avons laissé apercevoir, mais moins à coup sûr que ce que la r alité a montré depuis, le caractère que devait prendre ce débat. Nous ne nous sommes trompé dans nos prévisions qu'à l'égard du degré d'opposition qu'ont rencontré les propositions de M. Guérin et non de cette opposition elle-même. Nous n'avons dès le principe dissimulé ni notre haute estime pour la méthode qui a grandi le domaine de la chirurgie et reculé ses limites, ni nos sympathies pour le savant à qui nous rapportions alors, comme nous le faisons encore aujourd'hui, la plus large part dans la constitution et la vulgarisation de cette méthode.

Nous pensions alors, avec l'opinion générale, que par la série de ses travaux depuis 1836, par ses communications aux corps savants, par sa pratique publique et son enseignement à l'hôpital des Enfants, par ses nombreuses publications, M. Guérin avait contribué plus que tout autre à amener cette méthode au point de développement et de perfection où elle est aujourd'hui ; n'ignorant d'ailleurs ni tout ce qui avait été fait avant lui par ceux qui ont ouvert cette voie nouvelle de progrès en instituant la ténotomie orthopédique, ni le concours utile que ses contemporains et ses émules dans cette noble lutte du travail ont apporté à l'édification de cette nouvelle branche de la chirurgie.

L'opinion qui a soutenu tout cela est, il est vrai, l'opinion *ignorante*, a dit M. Malgaigne. Longtemps témoin de la pratique de M. Guérin, et l'un des confidents des pensées scientifiques qui l'ont guidé dans toute la série de ses travaux, nous aurions en peut-être quelque raison de penser que nous pouvions nous placer en dehors de cette foule ignorante qui faisait l'opinion. Mais nous avons mieux aimé nous en rapporter à cette opinion, et croire avec l'Institut que M. Guérin avait eu quelques titres à ses distinctions, d'abord pour avoir ramené l'histoire des difformités à des principes étiologiques qui ont jeté une vive lumière sur tout ce grand ordre de faits pathologiques, puis pour avoir généralisé la ténotomie, qui était en quelque sorte comme le corollaire, ou plutôt la conséquence logique et nécessaire de cette étiologie; puis, enfin, pour la généralisation de la méthode sous-cutanée; — avec la commission des hôpitaux, « que les méthodes et procédés de M. Guérin pour le traitement des difformités, et les règles qu'il a posées pour leur application, constituaient un ensemble de moyens et de préceptes à l'aide desquels il produisait des résultats complétement nouveaux, comme l'ensemble de ses recherches et de ses idées sur cet ordre de faits avait dès longtemps constitué une branche de la médecine presque entièrement nouvelle. »

Enfin, pour ne citer parmi les nombreux témoignages écrits, que quelques-uns de ceux qui émanent d'hommes particulièrement versés dans cet ordre de faits, et des plus compétents sur la matière, nous pensions, avec l'auteur du *Discours sur la ténotomie*, M. Lutens, membre de l'Académie de Belgique, que « les principes développés par M. Guérin dans son histoire générale des difformités et les conséquences qui en découlent, avaient amené une révolution complète dans la ténotomie; que c'était à dater de l'époque où l'étiologie des difformités avait été connue et appréciée, que la ténotomie avait donné lieu à une foule d'applications pratiques, et que le cercle de la méthode s'était agrandi avec ses indications étiologiques » ; avec M. Phillips, l'élève et l'ami de Dieffenbach, que c'est à l'époque de la promulgation de ces mêmes propositions, c'est-à-dire en 1836, qu'il faut faire remonter en réalité l'origine et le point de départ de la ténotomie généralisée et rationnelle, « la théorie de la rétraction musculaire, la ténotomie généralisée et la méthode sous-cutanée, — cette triple généralisation — marquant la phase ultime de l'art orthopédique et exprimant par là même la séparation tranchée des deux époques de la ténotomie, celle qui commence à Minius et finit à Stromeyer et Dieffenbach, et celle qui commence à M. Guérin et se termine avec lui. » Avec M. Bonnet enfin, nous pensions que « ce ne fut qu'à partir de l'époque où M. Guérin formula avec tant de généralité et de précision les principes de la méthode sous-cutanée, ceux des rétractions musculaires comme causes des difformités, que les applications de ces principes se succédèrent avec rapidité. »

C'était sous l'impression de ces souvenirs, et avec cette opinion, que nous assistions à l'ouverture du débat. Nous en avons suivi toutes les phases, écouté tous les détails, lu tous les comptes rendus et toutes les appréciations avec la plus grande attention. Eh bien, nous le disons avec la plus grande sincérité, les arguments, textes et citations, et tout cet attirail de la contradiction, accumulés à qui mieux mieux pour réduire à néant les prétentions de M. Guérin à l'honneur d'avoir constitué et systématisé par l'ensemble de ses travaux la méthode sous-cutanée, n'ont point sensiblement modifié à cet égard nos premières impressions. Les lecteurs ont en grande partie sous les yeux les pièces du procès ; ils peuvent en juger par eux-mêmes et rectifier notre jugement, s'il est erroné ; mais c'est pour nous un devoir de l'exprimer ici, et, mieux que cela, de chercher à le justifier.

On ne s'attend pas sans doute à nous voir reprendre ici un à un les termes de la discussion ; le temps ni l'espace n'y suffiraient, et d'ailleurs ce serait une tâche fastidieuse pour tous, plus encore pour les lecteurs que pour nous-même. Une appréciation générale de l'ensemble de la discussion suffira, nous l'espérons, pour le but que nous nous proposons.

Il est évident que pour ceux qui auraient pu prêter à M. Guérin la prétention d'être l'inventeur de la méthode sous-cutanée dans l'acception stricte du mot, c'est-à-dire de l'avoir créée de toutes pièces, sans précédents ni préliminaires, il aurait aujourd'hui singulièrement à rabattre de ces prétentions, à leurs yeux. Mais il n'était même pas besoin de la discussion pour savoir que la ténotomie avait une origine beaucoup plus ancienne, qu'elle était constituée depuis longtemps comme procédé opératoire, et qu'elle avait reçu déjà un commencement de généralisation avant l'intervention de M. Guérin. On n'a pas eu grand'peine non plus à trouver quelques exemples d'autres opérations sous-cutanées pratiquées avant la publication de l'*Essai sur la méthode sous-cutanée*.

On a retrouvé enfin dans quelques auteurs l'énoncé de l'idée ou du principe sur lequel repose la théorie de la méthode, c'est-à-dire la nocuité de l'air dans les plaies et l'utilité de les soustraire, quand cela est possible, à son action. Mais que prouvent tous ces faits, qui étaient parfaitement connus de tout le monde, et que M. Guérin, à coup sûr moins que tout autre ne pouvait ignorer? Cela prouve que c'est par une série d'observations et de découvertes successives que s'est constituée définitivement la méthode sous-cutanée. Mais qui l'a jamais nié ?

Y a-t-il dans la science beaucoup d'exemples d'une découverte faite d'emblée sans aucun précédent? M. Flourens, dans sa belle histoire de la circulation, a donné un exemple remarquable de la filiation des progrès des idées et des noms par lesquels passe une grande découverte avant d'être définitivement constituée, et sans que dans sa pensée assurément le nom d'Harvey ait rien perdu de son prestige pour avoir eu des prédécesseurs. Sans vouloir établir ici une comparaison entre l'importance des faits et des hommes, on comprendra cependant la justesse de ce rapprochement. Mais au lieu de voir dans les faits qui ont précédé les travaux de M. Guérin, cette série d'éléments, de données partielles, de découvertes en détail, si l'on peut s'exprimer ainsi, qui n'arrivent à constituer par leur réunion une découverte réelle, qu'à la condition d'être fécondés par une idée, un principe, qui en constitue le lien commun, qui en fait connaître les rapports et donne à chaque fait sa place et sa signification, on a voulu voir, dans ces préliminaires de la découverte, la découverte elle-même. Cela tient, il faut le dire, aux tendances philosophiques dominantes de l'époque, ou pour parler plus exactement, à l'absence de philosophie, qui fait qu'on ne s'attache qu'au fait, qu'on ne veut voir, juger et déduire que par le fait.

« Je ne sais pas aller au delà des faits, » dit M. Malgaigne; eh bien, c'est pour cela que votre science est stérile; vous fermez volontairement les yeux quand on veut vous faire voir plus loin. L'idée est implicitement contenue dans le fait, dira-t-on. Sans doute, mais encore faut-il l'y apercevoir. L'amande est aussi dans la coque, mais il faut l'ouvrir pour avoir le fruit. Personne n'a inventé la méthode sous-cutanée, dit M. Velpeau, c'est la nature seule qui en est le véritable inventeur. Rien n'est plus vrai, assurément, c'est la nature qui a tout inventé; mais toutes les inventions seraient encore des secrets si quelques hommes plus patients ou plus clairvoyants que les autres ne les eussent faites de nouveau. Puisque la méthode sous-cutanée existait dans la nature, pourquoi M. Velpeau ne l'a-t-il pas vue? Mais tout cela n'est que jeu d'esprit. Revenons à des choses plus sérieuses.

Ainsi qu'il arrive presque toujours dans les discussions de ce genre, on conteste d'abord la réalité du fait ou de la découverte annoncée; puis, quand l'expérience ou la discussion ne permet plus le doute, c'est à l'inventeur qu'on s'en prend, et on lui conteste ses titres de priorité. Ici il était difficile de contester la valeur de la chose elle-même. Cette période de négation était passée. Mais, comme dans les développements de sa thèse M. Guérin, pour mieux établir ses titres de priorité, a cherché à établir une distinction entre *sa* méthode et la méthode commune, distinction par parenthèse que nous ne saurions admettre, on a trouvé le moyen de tout nier, et la validité des revendications et leur objet même. « Ce qu'on appelle la méthode sous-cutanée n'est autre chose qu'une vieille théorie exhumée du dix-huitième siècle, a dit M. Malgaigne, et dont la démonstration est tout aussi peu faite aujourd'hui qu'elle l'était alors. » Pourquoi dès lors tant de recherches et d'érudition pour contester les titres de priorité à une invention dont on fait si peu de cas ?

M. Velpeau tient en plus haute estime la méthode sous-cutanée, mais il fait assez bon marché du principe sur lequel elle repose, ou plutôt de la théorie de ce principe, savoir, la connaissance de l'action de l'air sur les plaies et l'influence de l'absence de cette action sur l'organisation immédiate des tissus divisés sous la peau. Et cela le met plus à l'aise pour trouver, comme son collègue, tous les éléments de la découverte ailleurs que dans les travaux de M. Guérin. Disons toutefois qu'il est loin de lui dénier entièrement justice en tous points. Plus généreux, ou moins oublieux que M. Malgaigne, il délivre du moins à M. Guérin un certificat de capacité; il va plus loin: il reconnaît même qu'il a participé pour quelque chose à l'édification et aux progrès de la méthode.

« Il ne l'a inventée, ni créée, ni constituée; mais par son grand travail sur les difformités, il a fait mieux connaître le rôle que la rétraction joue dans la production des difformités; il a fait mieux comprendre comment il fallait appliquer la ténotomie quand elle est venue. L'idée de la nocuité de l'air (quoique erronée) l'a porté au delà de ce que tous les autres avaient fait ; il a prouvé l'innocuité des opérations sous-cutanées pratiquées d'une certaine façon, il a fait passer presque toute la chirurgie par la méthode sous cutanée ; en s'emparant de cette méthode, il lui a imposé des règles, etc.» Mais il nous semble que voilà déjà bien des concessions, et des plus importantes.

Pour peu que l'on n'ait pas l'opinion de M. Velpeau sur la nocuité de l'air, et si peu qu'il voulût prendre en considération les principes qui relient tous ces faits entre eux et en faire honneur à M. Guérin, nous ne voyons pas trop en quoi consisterait la dissidence. Pour nous, à la place de M. Guérin, nous nous tiendrions pour assez satisfait de ces aveux.

En fait de concessions, M. Bouvier en a fait quelques-unes aussi dont il serait bon de prendre acte. Mais les indiquer nous porterait trop loin ; on aura pu les saisir dans le résumé de son discours. Il n'est pas jusqu'à M. Malgaigne qui, sans le vouloir sans doute, a accordé à M. Guérin beaucoup plus qu'on ne pouvait attendre de sa part, en parlant du fil placé autour du faisceau. Ce fil pourrait bien en dire plus qu'il ne semble et plus qu'il n'est gros.

Mais c'est assez là-dessus, et nous avons hâte d'arriver à un autre point de la discussion. — Nous le répétons, mettez à sa place le principe physiologique de l'organisation immédiate des plaies pratiquées à l'abri du contact de l'air, tel qu'il a été formulé

par M. Guérin; donnez-lui toute sa signification réelle, déduisez-en toutes les applications qu'il renferme, et vous verrez que les principales objections tombent d'elles-mêmes; car, non-seulement ce principe se rattache et s'approprie en quelque sorte tout ce qui a été fait depuis en opérations sous-cutanées, mais il éclaire également tous les faits antérieurs et les rallie tous en un même faisceau. C'est ce fil, ce fameux fil, qui a paru si petit à M. Malgaigne.

Mais un argument plus grave à notre avis que tout ce qui précède, a pu tenir les esprits en suspens, faire douter un instant de la légitimité de la cause dont nous avons pris ici la défense. Des textes cités dans le discours de M. Bouvier, et qu'il n'a pas été permis à M. Guérin de contrôler à la tribune, il semblerait résulter que la méthode sous-cutanée tout entière, idée, but et moyens, appartiendrait sans conteste à Stromeyer, et que nous devrions à l'avenir, avec cet honorable académicien, désigner la méthode sous le nom de *méthode stromeyerienne*. Nous ne sommes pas malheureusement en mesure de contrôler ces textes et de juger bien exactement de leur signification réelle. Mais comment les concilier avec les textes cités par M. Schnepf? Comment les concilier avec les termes si précis de la lettre adressée par M. Phillips à l'Académie de médecine de Belgique en 1849 (*Lettres sur la chirurgie orthopédique*), que le défaut d'espace ne nous permet malheureusement pas de reproduire ici? Nous faisons à cet égard un appel à tous ceux de nos confrères qui seront à même de remonter à l'original. Quant à nous, nous suspendons sur ce point notre jugement, nous bornant à maintenir provisoirement nos conclusions.

Jusqu'ici, et nous en demandons bien pardon à nos lecteurs, nous en demandons pardon à M. Guérin lui-même, nous ne nous sommes occupé que de la question personnelle, de la question de priorité; mais ce n'est pas notre faute si la question a été portée dans ces termes à l'Académie, si elle a presque exclusivement occupé la plus grande partie de ses séances. Nous avons dû suivre la discussion telle quelle. Après tout, il ne faut pas trop s'en plaindre, car ces questions intéressent aussi la science. Du reste, les considérations scientifiques n'ont pas manqué non plus. Il nous faudrait un second article plus long que celui-ci, rien que pour en exposer les termes. Qu'il nous suffise d'indiquer la grande question de l'action de l'air sur les plaies et l'influence que l'absence de son contact exerce sur l'organisation des tissus divisés, celle de savoir si cette organisation est un travail purement physiologique, comme tout porte à le croire et tend même à le prouver, ou un travail inflammatoire.

Nous avons intentionnellement séparé la théorie, c'est-à-dire l'explication du principe, de ce principe lui-même, parce que ce dernier est seul à l'abri de toute contestation, et que c'est le mérite de M. Guérin de l'avoir démontré par les résultats d'une expérience aujourd'hui immense et jamais démentie, tandis que l'explication même du phénomène peut paraître encore sujet à contestation et devenir le sujet de nouvelles discussions. Ce sont des points signalés à l'investigation des physiologistes.

C'est là un des résultats de cette discussion.

Un dernier mot, et pardon encore une fois si c'est un mot personnel. Nous avons dit les motifs qui ont dicté nos appréciations; nous n'avons pas à les justifier davantage; chacun pourra les juger. Mais nous ne voulons pas terminer sans relever une qualification qui nous a été appliquée, et dont nous n'aurions lieu d'ailleurs que d'être très-flatté si elle était juste. Un journal dont nous n'avons eu personnellement qu'à nous louer pour l'extrême bienveillance dont il a parlé de nous toutes les fois qu'il a bien voulu s'occuper de nos jugements, nous a appelé *le prince Eugène de la méthode sous-cutanée*. Nous serions assurément bien fier de mériter un pareil éloge, s'il se présentait telle circonstance où nous eussions à faire preuve de fidélité et de dévouement au malheur. Mais ici, Dieu merci, il n'y a point de cause perdue, et nous ne croyons avoir fait qu'un acte de justice. — Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Nélaton.

Résection de l'humérus nécessitée par une pseudarthrose (1).

Nous avons dans notre service, couché au n° 5, salle des hommes, un jeune homme âgé de trente ans, ayant l'apparence d'une bonne santé et d'une constitution vigoureuse.

Il reçut, il y a seize mois, un coup de pied de cheval à toute volée. Le coup porta un peu au-dessus de la partie moyenne du bras. L'humérus est fracturé. Il y a en outre complication d'une plaie peu étendue à travers laquelle on aperçoit un des fragments. Malgré cela on avait affaire à une plaie assez simple, car les parties molles étaient peu épaisses immédiatement au-dessous de l'insertion du deltoïde.

On applique un appareil convenable, qui maintient l'avant-bras en extension sur le bras.

Souvent on néglige cette précaution : on met l'avant-bras en flexion sur le bras; et de cette manière de faire résultent les plus grands inconvénients.

Qu'arrive-t-il en effet? Les moindres mouvements du corps rendent les fragments mobiles. Et la pesanteur de la main, agissant à l'extrémité d'un très-long levier, sollicite constamment le déplacement des fragments, quelle qu'ait été l'exactitude de la coaptation.

C'est vraisemblablement là la cause de toutes les pseudarthroses. L'expérience nous a appris en effet que celles de l'humérus sont de beaucoup les plus fréquentes.

Tel est le motif qui me fait préférer, dans les fractures de l'humérus, l'appareil qui maintient le membre thoracique dans l'extension.

Au bout de trente-huit jours le malade sort de l'hôpital de Pau, où il avait été traité, avec un membre qui paraît bien guéri.

Cependant, on lui applique un appareil de prévoyance, et cette fois avec l'avant-bras dans la flexion. A dater de ce moment, le membre droit devient mobile, et la mobilité des fragments de l'humérus augmente chaque jour.

Aujourd'hui ce malade se présente à nous pour être traité; nous le trouvons dans l'état suivant : il y a solution de continuité de l'humérus à sa partie moyenne, immédiatement au-dessous de l'insertion du deltoïde.

Le fragment supérieur fait sous les téguments une saillie très-prononcée. Il s'allonge en dehors sous forme de pointe, avec un mouvement de chevauchement sur le fragment inférieur.

Au côté interne du bras on sent le fragment inférieur; sa forme est plus globuleuse, beaucoup plus arrondie que celle du fragment supérieur.

L'étendue du chevauchement est de 4 à 5 centimètres environ.

Mais l'obliquité de la fracture contribue à faire paraître le chevauchement plus considérable qu'il n'est en réalité.

La mensuration donne pour résultat 2 centimètres de différence dans la longueur des deux membres.

Cette obliquité dans la solution de continuité des fractures de l'humérus me paraît encore une cause prédisposant aux pseudarthroses.

Rapports des fragments. — *Muscles*. Les rapports des muscles avec les fragments sont très-favorables à une opération. Le biceps et le coraco-brachial ont à peine quelques rapports avec le fragment supérieur. Le deltoïde et le coraco-huméral forment un pont musculaire très-mince passant d'un fragment à l'autre.

L'artère brachiale est légèrement divisée. Elle est portée en arrière et on en sent les battements dans toute l'étendue de la rainure qui sépare les deux fragments.

Les rapports du nerf radial peuvent être très-exactement précisés. Il y a, en effet, un symptôme très-pénible pour le malade, symptôme signalé par le malade lui-même, et que l'on peut reproduire à volonté. C'est une douleur très-intense, qui se propage sur tout le trajet du nerf radial. Le pouce, l'index, et même la moitié du doigt médius, sont fortement endoloris lorsque l'on imprime certains mouvements aux fragments. Ce symptôme est la démonstration évidente d'une *compression* ou d'une *lésion* du nerf radial.

Cherchons à laquelle de ces deux hypothèses nous devons nous arrêter.

Or, à la partie antérieure des fragments, on sent dans une partie de la rainure un cordon fibreux qui semble disparaître tout à coup. En pressant fortement ce cordon, on réveille la douleur si parfaitement limitée que je viens de vous décrire.

Que se passe-t-il là? Le nerf radial plonge entre les deux fragments, et lorsque ceux-ci se rapprochent, il y a compression du nerf et douleur signalée par le malade. Nous nous trouvons donc ici en présence d'une pseudarthrose, avec passage d'un nerf important entre les deux fragments. A quel traitement avoir recours? Sans parler de la plupart des moyens cités qui n'auraient ici aucun résultat, je n'hésiterai qu'entre deux méthodes : le séton et la résection.

Le séton? nous croyons que dans ce cas particulier il doit être rejeté. Les quelques ostéites plastiques auxquelles il donnerait naissance seraient insuffisantes pour consolider l'humérus; il y a des couches fibreuses trop épaisses pour que nous puissions espérer un résultat définitif de cette opération. D'ailleurs la situation du nerf radial entre les deux fragments éloigne formellement une telle tentative.

Reste donc la résection. C'est là un moyen dangereux, une opération très-grave; cependant l'âge du malade, la situation superficielle du fragment supérieur, le volume de l'humérus, l'éloignement de la pseudarthrose de toute articulation, voilà autant de raisons pour nous décider à pratiquer cette opération.

L'opération décidée, il nous reste à nous fixer sur le procédé opératoire, et nous sommes en présence de deux manières de faire. La première consisterait dans la section oblique double des deux fragments, opération qui donnerait une surface osseuse d'une plus grande étendue. Mais ce procédé, facile pour le fragment supérieur, serait presque inapplicable au fragment inférieur. D'ailleurs, je vous ai dit que je considérais l'obliquité de la fracture comme une cause prédisposante aux pseudarthroses : je rejette donc ce moyen.

La deuxième manière de faire, celle à laquelle nous nous arrêterons, consiste à transformer la fracture oblique en fracture transversale, et à affronter ensuite les fragments.

J'ajouterai que l'opération a été pratiquée le 8 avril, et qu'aujourd'hui, 25 avril, le malade est dans un état très-satisfaisant; les douleurs du membre ont complétement cessé. L'état général du malade ne laisse rien à désirer. La plaie marche vers une cicatrisation rapide; elle est couverte de bourgeons charnus, le pus ne séjourne pas dans le foyer de la fracture.

(1) Je trouve dans le numéro de votre journal du 25 avril, à propos d'une résection de l'humérus nécessitée par une pseudarthrose, les mots suivants :

« Cette opération a présenté des *difficultés imprévues*, par suite d'une disposition particulière du nerf radial, qui traversait la fausse articulation. »

Permettez-moi de rectifier cette légère inexactitude. Le diagnostic le plus précis avait été porté par M. le professeur Nélaton, même relativement à cette disposition non encore décrite, je crois, du nerf radial.

Voici, du reste, la leçon clinique de M. Nélaton relativement à ce cas intéressant, mon intention étant de publier l'observation, lorsque la guérison du malade sera complète. Chairon, interne des hôpitaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. L. Orfila, professeur-agrégé.

Conditions qui modifient l'action des poisons (1).

Symptômes de l'empoisonnement. — Pour compléter ce que je vous ai dit sur l'élimination, je dois vous entretenir d'un travail intéressant de M. Briquet. Cet auteur conclut de ses expériences que la quinine est éliminée par l'urine en grande quantité et pendant trois à huit jours; dans des cas exceptionnels, pendant un mois. La sueur, au contraire, n'en entraîne pas. Quant à la durée du séjour de cet alcaloïde dans les organes, elle ne peut pas être encore fixée. M. Briquet, considérant l'élimination comme terminée, c'est-à-dire, en admettant que les organes ne renferment plus de quinine à partir du moment où il n'est plus possible d'en constater l'existence dans l'urine, a commis, vous le savez, une erreur. Ce serait ici le lieu d'examiner sur quels organes agissent les poisons. Dans quelques ouvrages, vous trouverez un article consacré à cet examen. Déjà je vous ai dit un mot à ce sujet. De peur de n'avoir pas été bien compris, j'y reviens aujourd'hui, et je vous répéterai la même pensée. Les troubles produits nous indiquent que tous les organes peuvent être atteints, et que quelques-uns le seraient plus spécialement par certains poisons. Par les expériences chimiques, nous savons que les substances toxiques vont dans tous les organes; mais, démêler au milieu des phénomènes morbides déterminés quels sont ceux qui dominent les autres; en un mot, établir quels sont les effets *primitifs* et les effets *consécutifs* des poisons, est, à mon avis, chose impossible dans l'état actuel de la science. Or, comme c'est là seulement le point important, je renonce à aborder cette question, sur laquelle je ne pourrai rien vous dire de précis.

Il est permis de considérer comme démontré que les accidents produits par la strychnine doivent être rapportés à son action spéciale sur la moelle épinière, que les effets de l'opium sont la conséquence de l'action que cette substance exerce sur le cerveau; mais ces notions ne peuvent conduire à aucune généralité. Ce n'est donc pas ici le lieu de nous en occuper. A l'histoire de chaque poison en particulier doit être réservée la description des effets spéciaux qu'il produit. Ainsi, à propos des préparations mercurielles, vous apprendrez leur action spéciale sur les glandes salivaires; en étudiant l'empoisonnement par les cantharides, vous verrez qu'elles produisent des troubles marqués du côté de la vessie.

Maintenant nous allons en finir avec l'étiologie par l'étude des conditions qui modifient l'action des poisons.

Conditions qui modifient l'action des poisons. — Nous avons déjà vu l'influence que peuvent exercer sur cette action les conditions qui modifient l'absorption. Aujourd'hui nous allons passer en revue les circonstances qui entraînent des modifications dont le mécanisme nous échappe.

Dose. — Rien ne modifie aussi profondément l'action des poisons que la dose à laquelle ils pénètrent dans l'organisme. Les médicaments actifs ne sont que des substances vénéneuses; cependant ils sont administrés tous les jours sans accident : de sorte que, suivant la dose, une substance peut ou déterminer promptement la mort, ou n'exercer aucune action nuisible. Quoique l'état de maladie puisse dans quelques cas, comme nous le verrons tout à l'heure, aider l'économie à supporter de fortes doses de certains poisons, il est incontestable que le médecin évite surtout les effets terribles des agents qu'il emploie en les administrant par petites quantités. Aussi pour échapper à des tâtonnements, afin de pouvoir du premier coup obtenir le résultat, on se demande bien souvent pour chaque poison quelle est la dose la plus faible à laquelle il peut être administré, quelle est la dose qu'il serait imprudent de dépasser. Eh bien, cette dose malheureusement ne pourra jamais être précisée; mille circonstances influent sur l'action d'un poison, de sorte que ni les expériences ni même les observations ne peuvent fournir des indications absolues.

Il faut donc toujours procéder avec une extrême prudence : lorsqu'on sait que la substance est nuisible, commencer par des doses faibles, et les élever petit à petit tant qu'il n'y a aucun mauvais effet; et, lorsqu'on ne connaît pas l'action d'une substance sur l'économie animale, l'essayer d'abord sur des animaux, puis débuter par des quantités excessivement faibles. Vous avez sans doute entendu faire la remarque que par bonheur Gay-Lussac n'eut pas l'idée de goûter le corps qu'il venait d'obtenir lorsqu'il prépara pour la première fois de l'acide cyanhydrique pur. Vous n'ignorez pas qu'il suffit de quelques gouttes de cet acide pour produire les accidents les plus graves. C'est un avertissement qu'il ne faut pas perdre de vue.

Mais, me direz-vous, si nous ne connaissons pas quelles sont les plus petites doses des poisons suffisantes pour déterminer des effets délétères, surtout chez l'homme, quel sens attacher à ces mots : Cette substance est toxique à *telle dose?* Cela signifie que l'on a observé que dans la plupart des cas cette dose a donné lieu à des accidents; mais ne croyez pas que des doses moindres seront toujours sans inconvénients, et que des doses plus élevées seront toujours funestes. Il faut avoir de bonnes raisons pour dépasser la dose indiquée.

Du reste, les doses toxiques des différentes substances varient dans des limites très-étendues : ainsi, tandis qu'une goutte d'acide prussique ou de nicotine, tandis que quelques centigrammes d'acide arsénieux suffisent pour déterminer la mort, une dose d'azotate de potasse, inférieure à 30 ou 40 grammes, ne produit pas un empoisonnement mortel. Voilà pourquoi, ainsi que nous vous l'avons déjà dit, nous avons cru ne pas devoir faire entrer dans la définition du poison la considération de la dose.

Sans exercer une influence aussi radicale, la différence des doses peut modifier l'action d'une manière prononcée; l'acide arsénieux à doses peu élevées détermine surtout des symptômes inflammatoires, tandis que le même corps à doses élevées donne lieu à des accidents qui ressemblent à ceux du choléra asiatique, ou simple-

(1) Suite. — Voir les nos des 23 décembre 1856; 8, 29 janvier; 3, 12 et 31 mars 1857.

ment des syncopes. L'ellébore blanc aussi à petites doses détermine l'inflammation du tube digestif, et à doses plus fortes il donne lieu à des défaillances, des convulsions et du coma.

A titre de renseignement physiologique puisqu'il ne comporte pas d'application, je veux vous communiquer un fait intéressant observé par Orfila. Voici le détail de l'expérience :

Il plaçait sous la peau des cuisses de plusieurs chiens des sachets de toile fine contenant des proportions d'acide arsénieux en poudre impalpable, qui variaient depuis 50 centigrammes jusqu'à 1 gramme. Après la mort de ces chiens, il remarquait qu'il n'y avait jamais que 75 à 100 milligrammes d'*absorbés*. Cette faible dose suffisait pour occasionner la mort. Quand il voulait déterminer la quantité absorbée, il pesait les sachets avant l'expérience, desséchés à la température de 100 degrés; il les lavait après la mort des animaux, les desséchait également à 100 degrés, et pesait de nouveau; la différence du poids indiquait la quantité absorbée. Ce n'est pas à coup sûr une expérience très-rigoureuse, car il y a des causes d'erreur pour les pesées; mais elle montre toujours que la quantité indispensable pour produire la mort est infiniment petite, et que quand cette quantité est absorbée, l'organisme est pour ainsi dire saturé, et l'absorption s'arrête.

États morbides. — Un gramme d'émétique est une dose suffisante pour déterminer la mort, et cependant souvent des malades atteints de pneumonie en avalent jusqu'à 3 ou 4 grammes et plus sans accidents, alors même qu'il n'y a pas de vomissements. Dans certaines dyssenteries, on a vu des malades prendre tous les jours jusqu'à un gramme et demi d'opium, et le conserver sans éprouver autre chose qu'une légère action narcotique. Le tétanos, l'hystérie, l'hydrophobie, atténuent l'action de l'opium. Dans un cas de tétanos, Dupuytren aurait administré sans accident 60 gr. d'opium.

Nous allons répéter devant vous une expérience qui montre que l'état de souffrance ou de maladie paralyse à un certain degré l'action des poisons. Sous cette cloche, nous avons placé tout à l'heure un oiseau : l'atmosphère est déjà viciée, et l'animal est dans un état de malaise que nous reconnaissons facilement. Nous introduisons sous la cloche un autre oiseau de même espèce et à peu près de même force : vous voyez qu'il est déjà mort. Le premier vit encore et vivra longtemps dans cette atmosphère qui a été immédiatement mortelle pour le second. On ne peut attribuer ce résultat qu'à l'état de souffrance dans lequel se trouve l'animal, qui depuis quelque temps respirait un air vicié; chez cet animal, les actes vitaux sont ralentis, amoindris pour ainsi dire; il vit, passez-moi l'expression, à la manière des animaux à sang froid.

En général, les états morbides amortissent l'énergie des poisons; dans quelques cas particuliers cependant ils l'augmentent : ainsi les opiacés exercent une action redoutable dans les cas d'apoplexie.

Habitude. — Je ne suis guère porté à croire aux mangeurs d'arsenic; et je suis bien tenté, malgré l'autorité de Pouqueville, de douter qu'il y ait jamais eu un pacha qui aurait vécu jusqu'à l'âge de cent ans, mangeant tous les jours 24 grammes de sublimé corrosif. Suivant moi, les preuves manquent à l'appui de faits aussi extraordinaires. En revanche, on ne peut révoquer en doute que dans quelques pays il n'existe des hommes qui pendant plusieurs jours de suite prennent 300 ou même 500 grammes de laudanum sans accident.

A coup sûr, parmi vous, un petit nombre seulement ignore qu'on peut s'habituer au tabac. Vous savez aussi que les buveurs de liqueurs spiritueuses finissent par résister mieux après quelque temps d'exercice; mais l'immunité n'est pas complète. Toutes ces habitudes, surtout quand il y a abus, finissent par peser sur l'organisme et le prédisposent à certaines maladies.

Age, sexe. — On peut dire d'une manière générale que les enfants résistent moins bien que les adultes, et que les femmes sont plus accessibles que les hommes à l'action des substances toxiques.

Sommeil. — Le sommeil retarderait l'action des poisons; il est du moins permis de le supposer.

Idiosyncrasie. — Enfin, quand il est impossible d'invoquer une autre raison, on a eu recours à l'idiosyncrasie pour expliquer la variété des effets produits par les poisons.

Pourquoi certains individus peuvent-ils ingérer des doses énormes de mercure, d'alcool, d'opium (Christison cite une personne qui prit 30 grammes de bon laudanum sans accident), tandis que les moindres doses de ces substances produisent sur d'autres individus une salivation excessive, des ulcérations et même la gangrène de la bouche, ou bien des symptômes marqués d'ébriété ou un narcotisme complet et redoutable? Aucune des conditions précédemment indiquées ne pouvant rendre compte de cette différence, il faut bien admettre que l'idiosyncrasie joue un rôle. (*Antithèse de deux poisons*, Anglada, p. 67.

Espèce. — Ce serait nous éloigner de notre but que d'étudier avec soin quelle influence peut exercer sur l'action d'un poison l'espèce animale. Ce qui nous importe le plus, c'est de savoir que l'action que les substances toxiques exercent sur le chien est semblable à celle qu'elles produisent sur l'homme. De la comparaison d'un nombre considérable d'expériences avec les observations, il ressort que les effets les plus importants sont les mêmes; sans contredit, il y a quelques différences, mais elles ne suffisent pas pour qu'on doive renoncer à faire des expériences sur les chiens dans le but de connaître l'action des poisons. Ces expériences ont fourni et fourniront toujours des enseignements précieux que, pour le moment du moins, nous ne saurions puiser à d'autres sources.

Des expériences intéressantes de M. Chatin viennent à l'appui des enseignements que nous venons de vous exposer en m'appuyant sur des observations.

CHORÉE LARYNGIENNE

traitée avec succès par le valérianate acide d'atropine;

Par M. le Dr Lac de Bosredon, de Verdelais (Gironde.)

Jean Roux, âgé de onze ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, habite le village de Sainte-Croix-du-Mont; sa famille est loin de pouvoir lui accorder les avantages d'une existence heureuse; toutefois, par son travail elle le met à l'abri de la misère, et le place dans des conditions hygiéniques presque satisfaisantes. Issu d'un père mort phthisique, il a toujours joui d'une excellente santé. Il n'a eu ni engorgement glandulaire, ni affection herpétique, ni convulsions; l'évolution dentaire s'est effectuée sans entrave, elle n'a exercé aucune influence fâcheuse sur l'économie. Le 1er février 1856, sans cause connue, Roux est pris d'une toux assez intense, plus vive le jour que la nuit, accompagnée d'une expectoration muqueuse. Il n'a pas de fièvre et d'oppression; la percussion et l'auscultation démontrent qu'il s'agit seulement d'une légère irritation des bronches. Le bruit respiratoire est parfaitement libre et ne s'accompagne d'aucune espèce de râle. La nuit, le sommeil est très-calme. Les fonctions digestives s'exécutent avec beaucoup de régularité. Cinq sangsues sont appliquées au-devant de la poitrine, un vésicatoire volant est placé entre les épaules, puis je fais administrer une potion ainsi composée :

Huile de ricin.	35,0
Décoction de semen-contra.	100,0
Sirop d'écorce d'oranges amères. . . .	40,0

L'effet purgatif est obtenu; il en résulte de l'amélioration. La bronchite devient moins intense; elle avait même presque disparu, lorsque, le 15 février, Roux, après une quinte de toux, fit entendre pendant vingt secondes environ des cris aigus, formidables, très-perçants, tout à fait analogues à ceux du coq. A ce moment la respiration était pénible et saccadée. Ces éclats de voix soudains et rapides se répétèrent huit ou dix fois environ dans le courant de la journée; ils étaient involontaires; une fois commencés, impossible à l'enfant, malgré tout son désir, de les arrêter. Ils cessaient à l'entrée de la nuit, et se renouvelaient dès sept heures du matin. Un vomitif, divers purgatifs, le sulfate de quinine sous toutes les formes et à des doses diverses, des révulsifs, vésicatoires et sinapismes, des narcotiques et antispasmodiques de toutes sortes, l'opium, la valériane, le musc, le camphre, l'oxyde de zinc, le chloroforme à l'intérieur et à l'extérieur, des bains froids, des immersions dans l'eau froide, furent successivement et inutilement employés depuis le mois de mars jusqu'en juillet. Il n'y eut aucun amendement; les cris si étranges se reproduisaient avec la même force, avec la même opiniâtreté, assez régulièrement, au moins vingt fois chaque jour; ils duraient de vingt à trente secondes, se liaient principalement à l'inspiration, laquelle était bruyante, saccadée, rapprochée et comme convulsive. En général aigus et violents, ces cris constituaient quelquefois un véritable aboiement. Ils s'entendaient à une grande distance. Pendant ce long espace de temps, il ne se produisit aucun autre phénomène morbide; la toux disparut, il n'y eut jamais de fièvre ni de gêne de la respiration, l'appétit se conserva, les fonctions digestives s'exécutèrent avec la plus grande régularité, l'intellect ne subit aucune dépression; les traits du visage ne présentèrent pas d'altération spéciale; hors le moment des cris, ils portèrent toujours l'empreinte de la gaieté; il n'y eut aucune disposition à la taciturnité ou à l'irascibilité; les forces ne diminuèrent pas, l'embonpoint sembla même plutôt augmenter. Le 15 juillet, c'est-à-dire après cinq mois d'une désespérante ténacité, persuadé que l'affection ne pouvait être qu'une névrose de la contractilité, je conseillai le remède suivant :

Eau de tilleul.	125 grammes.
Valérianate acide d'atropine. . .	1/2 milligramme.
Sirop de sucre.	30 grammes.

Cette potion, prise dans les vingt-quatre heures, produisit immédiatement une forte dilatation des pupilles, des hallucinations, des vertiges, de l'incohérence dans les idées, plus tard de l'assoupissement; mais elle ne provoqua point de vomissements.

Le lendemain, la maladie avait complètement cédé, les cris ne s'étaient plus renouvelés, et l'intelligence était revenue à son état normal.

Huit jours après, sous l'influence d'une émotion morale, Roux fit entendre de nouveaux cris semblables aux précédents. Une nouvelle potion au valérianate acide d'atropine en empêcha le retour. Depuis lors, aucun accident nerveux ne s'est manifesté, pas un cri n'a été poussé; la guérison est restée définitive.

L'affection que je viens de décrire appartient évidemment à l'ordre des névroses. Il fut, en effet, impossible de constater une altération quelconque des poumons ou du larynx; et, si l'on excepte une légère bronchite qui se dissipa bien facilement, les cris aigus constituèrent le seul phénomène morbide. Il existe une forme de névropathie peu connue, désignée sous le nom de *délire des aboyeurs*, à laquelle ce fait pourrait jusqu'à un certain point se rattacher.

Les annales de la science conservent, en effet, l'histoire de bêlements observés au seizième siècle par Wierus chez plusieurs religieuses du couvent de Sainte-Brigitte, d'aboiements d'un grand nombre de femmes près de Dax en 1613, de miaulements des orphelins d'Amsterdam, etc.; mais il est à remarquer qu'en général le délire ou la chorée des aboyeurs commence par des convulsions de la face auxquelles succèdent bientôt des secousses brusques et répétées du tronc et du diaphragme, des hoquets et des cris violents. Plus tard la sensibilité morale se pervertit, et si le délire ne se manifeste pas, il survient un trouble marqué dans les fonctions morales, intellectuelles et affectives, une tendance à l'imbécillité. Le plus ordinairement, ces névroses de la voix coexistent avec des attaques d'hystérie dont elles ne sont qu'un symptôme. Il ne faudrait pas confondre le délire des aboyeurs avec la lycanthropie ou zoanthropie, maladie dans laquelle les individus se croient transformés en un animal et en imitent la voix ou les cris, la forme ou les manières. Ne pourrait-on pas plutôt voir dans ce fait un exemple de chorée laryngienne, affection déterminant une convulsion tonique des muscles du larynx, indépendante de toute lésion organique, mais liée à une aberration du système nerveux? Enfin, l'influence si rapidement heureuse du valérianate acide d'atropine ne confirme-t-elle pas l'existence d'une névrose convulsive?

ÉRYSIPÈLE DE LA FACE. — ECZÉMA DU NEZ.

L'érysipèle de la face procède souvent d'un eczéma du nez, et, tant que cet eczéma persiste, les malades sont sujets à voir l'érysipèle se reproduire. Tel était le cas d'une jeune femme couchée dans le service de M. Trousseau. On a dû combattre successivement ces deux affections. On a laissé d'abord l'érysipèle s'éteindre, puis l'eczéma a été combattu et guéri par l'emploi successif des lotions suivantes :

Lotions saturnines.

Prenez :

Sous-acétate de plomb liquide. . .	30 grammes.
Eau de puits.	500 —
Alcool à 36°.	25 —

Mêlez.

Lotions sulfureuses.

Sulfure de sodium.	15 grammes.
Eau distillée.	150 —

Dissolvez.

Une cuillerée à bouche de cette solution était versée dans un litre d'eau très-chaude, que la malade reniflait deux fois par jour.

Dans le cas d'eczéma prurigineux des narines, M. Trousseau s'est aussi fort bien trouvé de l'emploi du magma de bismuth ainsi composé :

Prenez :

Sous-nitrate de bismuth. . . .	10 grammes.
Mucilage de pepins de coing. . . .	q. s.

pour donner à la mixture la consistance d'une bouillie épaisse.

(*Journ. de méd. et de chirurg. pratiq.*)

PAPIER DE GUTTA-PERCHA.

Il y a trois ans, un des clients du docteur Wetzlar, d'Aix-la-Chapelle, lui montra quelques feuilles qui lui avaient été vendues, sous le nom de *tissu électro-végétal*, par un pharmacien de Paris. A ces feuilles était joint un prospectus qui les signalait comme extrêmement efficaces contre les douleurs rhumatismales, goutteuses et autres. A quelque temps de là, le client était atteint de goutte fixée aux mains, ces feuilles, qui paraissaient à M. Wetzlar n'être que de la gutta-percha réduite en feuilles minces comme du papier ordinaire, furent appliquées à titre d'essai. Le résultat fut très-heureux et d'une rapidité tellement surprenante, que l'auteur n'hésita pas à se procurer ces feuilles de *tissu électro végétal*, auxquelles il trouva plus simple de donner le nom de papier de gutta-percha. Depuis lors, ce papier a été reconnu si efficace par lui et par d'autres praticiens d'Aix-la-Chapelle, que son emploi s'est rapidement vulgarisé, au point même que le remède a acquis une véritable popularité. Appliqué sur la peau, le papier de gutta-percha augmente considérablement l'exhalation cutanée; son emploi est donc indiqué toutes les fois qu'il y a lieu à provoquer des sueurs locales. En outre des sueurs, il produit parfois, chez les personnes dont la peau est très-irritable, des démangeaisons assez vives, dépendant d'un érythème qui s'étend rarement au delà des parties recouvertes par le tissu imperméable. Le papier appliqué trop longtemps sur une même partie sans être essuyé provoque quelquefois une sensation de froid.

Il présente cependant un inconvénient, — le seul à vrai dire : — c'est de se crevasser assez facilement quand il est appliqué sur certaines parties du corps (le genou par exemple) chez des malades qui ne gardent pas le repos. En revanche, il a quantité d'avantages : il est aussi léger que la soie, non conducteur de l'électricité ni de la chaleur, absolument imperméable, etc.

M. Wetzlar s'est servi avec avantage du papier de gutta-percha, dans les circonstances pathologiques suivantes : arthrites rhumatismales aiguës et chroniques, arthrites blennorrhagiques, gonflements articulaires succédant à des rhumatismes, goutte aiguë et chronique, accidents divers succédant à la suppression brusque de la sueur des pieds, etc. (*Geneesk. Cour. et Ann. méd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 mai 1857. — Présidence de M. Michel Lévy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet un certain nombre d'exemplaires d'une circulaire que le Congrès d'ophthalmologie de Belgique lui a adressés.

— M. le ministre du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de l'Ardèche en 1856 (commission des épidémies);

2° Des échantillons d'une nouvelle source minérale découverte près de l'ancienne fontaine des Célestins, à Vichy, avec demande d'avis;

3° Une demande d'autorisation pour l'exploitation de deux nouvelles sources minérales à Contrexeville;

4° Les rapports des médecins inspecteurs des eaux minérales du département des Landes pour l'année 1855 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le professeur Heyfelder adresse un opuscule sur la ligature de l'œsophage. (Renvoyé à la commission nommée.)

— M. DEPAUL, sur l'invitation de M. le secrétaire perpétuel, présente au nom de M. Charrière fils un appareil à douches portatif. Cet appareil est constitué par un simple récipient d'eau et d'air indépendant, avec ses deux soupapes et d'un volume assez petit pour être placé dans la poche. Il a pour moteur la simple seringue à hydrocèle en étain ou tout autre métal, que les médecins et chirurgiens possèdent dans leur arsenal. Enfin, le tuyau d'un irrigateur que l'on visse sur le récipient sert à conduire le liquide. Ces pièces, petites et peu dispendieuses, suffisent pour projeter à tous les degrés désirables et pour toutes les douches un jet rendu continu par la pression qu'exerc l'air accumulé à la partie supérieure du récipient. Dans les cas où les douches devraient se prolonger longtemps, il a fixé le récipient à un réservoir quelconque, afin de pouvoir fonctionner avec une seule main. Les accessoires nécessaires dans ce cas, pointillés sur la planche ci-contre, consistent en un crochet et une vis de pression qui assemblent solidement l'appareil avec le seau. Si ce dernier est profond, on peut ajouter le tuyau plongeur pour aspirer le liquide jusqu'au fond du vase. S'il s'agit de douches sulfureuses, l'appareil se construit en zinc.

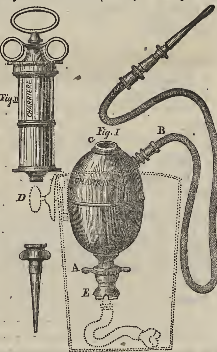


Fig. 1. Récipient d'eau et d'air muni de deux soupapes, que l'on démonte à volonté en les dévissant par les boutons A. B, tuyau d'un irrigateur monté à vis ou à frottement sur le récipient.

Les pièces que nous venons d'indiquer sont complétement suffisantes pour aspirer avec les deux mains. Si, au contraire, on veut se servir d'une seule main, on fixe l'appareil sur un réservoir quelconque, comme on le voit pointillé dans la figure, au moyen d'un crochet D, avec la vis de pression qui assemble le récipient avec le seau du liquide. E, tuyau plongeur que l'on visse à la partie inférieure du récipient: il est terminé par une boule en plomb.

Des expériences dont les résultats ont été très-satisfaisants ont eu lieu à la clinique de M. le professeur P. Dubois.

— M. le président annonce à l'Académie la perte regrettable qu'elle vient de faire dans la personne de M. Guéneau de Mussy. L'Académie s'est fait représenter à ses obsèques par une députation; mais, conformément à la volonté du défunt, aucun discours n'a été prononcé sur la tombe.

— M. le président annonce ensuite la mort de M. Bertini, de Turin, membre correspondant étranger de l'Académie.

RAPPORT.

Remèdes secrets. — M. ROBINET, au nom de la commission des remèdes secrets, lit plusieurs rapports.

Le premier rapport a pour objet une nouvelle préparation fébrifuge, qui, d'après les auteurs, peut être substituée avec avantage au sulfate de quinine. C'est un composé d'hydro-ferro-cyanate de sodium et de salicine. Les auteurs demandent qu'il soit fait à leur préparation l'application du décret du 3 mai 1850.

Cette combinaison, dit M. le rapporteur, n'a rien de vraiment nouveau. Si elle possède, en effet, des propriétés fébrifuges, dont les deux composants, pris séparément, sont certainement dépourvus, ce n'est qu'à la suite d'une longue expérimentation publique que la pharmacologie officielle pourra enregistrer la formule du nouveau sel.

La commission propose, en conséquence, de répondre à M. le ministre qu'il n'y a pas lieu de faire à la formule proposée l'application du décret du 3 mai 1850.

M. LONDE demande qu'on ajourne toute décision à l'égard du remède dont il s'agit. Il connaît l'un des auteurs de cette préparation, médecin dans la Sologne; et il sait que des essais faits sur une grande échelle dans ces contrées marécageuses, où les fièvres sont si communes, ont donné des résultats plus beaux que le sulfate de quinine. Il a appris aussi, et M. le président doit le savoir, que ce remède a été employé avec beaucoup de succès par plusieurs médecins militaires en Crimée. Il y aurait d'autant plus de motifs de suspendre ces conclusions, que les auteurs sont dans l'intention de faire une lecture à l'Académie, si le bureau veut bien leur accorder un tour de faveur. (M. le secrétaire perpétuel fait un signe de dénégation.)

M. LE PRÉSIDENT déclare qu'il ignore complétement le fait dont vient de parler M. Londe. Si les essais dont il s'agit ont été faits, ça été à son insu et probablement après son retour d'Orient. Ce qu'il peut affirmer, c'est que s'il en avait eu connaissance, il ne les aurait pas autorisés.

M. BOUCHARDAT demande, dans l'intérêt même des auteurs, que les conclusions du rapport soient adoptées. Il n'y a rien de nouveau dans cette combinaison. Elle se compose d'agents connus.

M. GUÉRIN demande quelle est la composition du remède. (M. le président en indique la formule.) — M. Guérin : De ce que les deux agents qui entrent dans la composition de cette préparation sont connus, ce n'est pas une raison pour juger *à priori* des effets thérapeutiques du composé. On sait très-bien que l'action d'un composé n'est pas toujours la même que celle de chacun de ses composants.

M. CHEVALLIER est également d'avis qu'on suspende les conclusions et qu'on expérimente. Si le médicament est bon, on l'inscrira au *Bulletin*, sinon on ne refusera du moins l'insertion qu'en connaissance de cause.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL s'oppose à ce qu'on accorde la parole aux auteurs. Ce serait un très-fâcheux précédent, car tous les inventeurs de remèdes, dont la commission ne croirait pas devoir approuver les formules, se croiraient en droit de réclamer la parole. Or, c'est par centaines que les communications de ce genre arrivent à l'Académie.

M. GUÉRARD a été chargé dans le temps d'expérimenter un remède qui lui paraît être le même que celui qui fait l'objet du rapport; car il se souvient qu'il se composait aussi de ferro-cyanure de sodium et de salicine. Il avoue n'en avoir pas obtenu de résultats satisfaisants.

M. CLOQUET est d'avis qu'il y aurait lieu d'examiner de nouveau le fébrifuge en question, avant de prendre à son égard une décision; à raison de la cherté du sulfate de quinine, on ne doit pas dédaigner les occasions d'expérimenter des succédanés.

M. GUIBOURT. On répète sans cesse que le sulfate de quinine va toujours renchérissant, et s'il fallait en croire ce qui se dit, il semblerait qu'il dût être hors de prix. Rien n'est plus inexact : le sulfate de quinine, qui valait autrefois 45 francs l'once, se vend aujourd'hui 6 francs. Quant au médicament qu'on propose d'approuver, je crains qu'on ne veuille faire du bruit avec une chose qui n'a rien de nouveau. L'hydro-ferro-cyanure de sodium ne diffère en rien de l'hydro ferro-cyanure de potassium, dont les propriétés sont très-connues; quant à la salicine, on sait qu'elle est parfaitement inutile et qu'elle ne peut par conséquent rien ajouter à l'agent avec lequel on l'a associée. Je crois donc la proposition de la commission parfaitement juste. (Aux voix)

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

LECTURE.

Recherche toxicologique de l'arsenic. — M. Blondlot (de Nancy) lit un travail intitulé : *Remarque sur la recherche toxicologique de l'arsenic.*

Les recherches de M. Blondlot ont porté exclusivement sur la destruction des matières organiques par l'acide sulfurique, d'après le procédé de MM. Danger et Flandin. Des expériences répétées m'ont démontré, dit-il, qu'indépendamment de la quantité plus ou moins grande de sulfure d'arsenic qui a pu prendre naissance par l'effet de la putréfaction, la carbonisation par l'acide sulfurique en produit constamment à elle seule des proportions considérables, qui échappent alors à l'analyse d'après les procédés usités.

M. Blondlot propose pour remédier à cet inconvénient le procédé suivant : On opère à la manière ordinaire; seulement, après avoir épuisé le charbon par des lavages à l'eau distillée bouillante, des acides arsénicaux qu'il renferme à l'état soluble, on procède à un second lavage avec de l'eau ammoniacale qui enlève le sulfure.

Après avoir évaporé à siccité, avec les ménagements convenables, on traite le résidu par l'acide azotique concentré et bouillant, ajouté à plusieurs reprises, par petites quantités; puis, l'excès de cet acide étant expulsé, on reprend par l'eau, et l'on obtient ainsi une seconde solution arsénicale qui, ajoutée à la première, constitue définitivement la liqueur suspecte destinée à être introduite dans l'appareil de Marsh. (Commissaires : MM. Wurtz, Devergie et Poggiale.)

Suc gastrique. — M. Blondlot lit une deuxième note sur la manière d'agir du suc gastrique.

Dans les différents travaux qu'il a successivement publiés sur la digestion, M. Blondlot s'est attaché à prouver que le suc gastrique se borne à faire subir aux matières protéiques ou albuminoïdes un simple ramollissement, qui leur permet de se diviser par l'effet des agents mécaniques les moins énergiques. Il se propose dans ce travail de faire connaître un fait qui lui paraît devoir jeter quelque jour sur la modification chimique sous l'influence de laquelle ces matières perdent ainsi une partie de leur cohésion.

On sait que si le suc gastrique est constamment acide, cette acidité est très-faible, et que, sans l'espèce de ferment auquel ce fluide est redevable de sa vertu spécifique, son principe acide, quelle qu'en soit du reste la nature, resterait complétement inactif en présence des matières azotées qui font partie des aliments. Toutefois, M. Blondlot a examiné à un autre point de vue l'action que produiraient sur ces matières des acides beaucoup plus concentrés.

A cet effet, M. Blondlot a introduit plusieurs de ces substances dans des tubes fermés par un bout avec de l'eau aiguisée d'un dixième environ d'acide sulfurique ordinaire; il a remarqué que sous l'influence d'une température de 40°, au bout de vingt à vingt-quatre heures, ces substances, qui du reste n'avaient pas changé d'aspect et n'avaient absorbé ou exhalé aucun gaz, avaient subi un ramollissement tel que par l'agitation elles se convertissaient en une espèce de bouillie d'apparence homogène, absolument semblable à celle que l'on obtient au moyen du suc gastrique.

L'acide sulfurique n'est pas le seul qui produise ces effets; les autres acides inorganiques les ont déterminés aussi, mais avec moins d'énergie. Quant aux acides organiques, aucun n'a ramolli sensiblement les matières albuminoïdes à la température de 40° ou au-dessous; mais en chauffant davantage, ils finissent aussi pour la plupart par amener un ramollissement semblable.

Ces faits, ajoute M. Blondlot, démontrent l'exactitude d'un rapprochement déjà indiqué depuis longtemps par M. Dumas entre le ferment gastrique et la diastase proprement dite : en ce sens que l'action spéciale déployée par chacun de ces ferments peut aussi être produite artificiellement par des agents chimiques identiques, à savoir : les acides étendus. Or, comme la molécule amylacée ne fait que s'approprier les éléments de l'eau, lorsqu'on fait agir sur elle soit les acides, soit la diastase, l'induction la plus légitime conduit à admettre que la molécule protéique qui subit les mêmes influences ne fait aussi que s'hydrater : seulement de part et d'autre le résultat de cette hydratation est loin d'être identique, puisque la fixation de l'eau sur l'amidon a pour effet une véritable métamorphose par suite de laquelle il se convertit en sucre, tandis que l'introduction de l'eau dans la molécule protéique se borne à une simple diminution de cohésion.

En résumé, le principe organique qui caractérise le suc gastrique serait une espèce particulière de diastase (que je proposerai de désigner désormais sous le nom d'hydrastase pour la différencier de la précédente), et la modification qu'il fait subir aux matières azotées consisterait dans une simple hydratation. Ce qui expliquerait comment, tout en conservant leur aspect et sans changer essentiellement de nature, ces matières subissent si facilement la désagrégation qui les convertit en chyme. (Commissaires : MM. Beau, Delafond et Bérard.)

Fer dissous dans l'huile de foie de morue. — M. L. Vézu, pharmacien à Lyon, lit un mémoire intitulé *De la solubilité du fer et du protoxyde de fer gélatineux dans l'huile de foie de morue et dans les huiles fixes.*

Les expériences que M. Vézu a faites ont pour objet de prouver que le protoxyde de fer gélatineux, le fer réduit par l'hydrogène et la limaille de fer porphyrisé se dissolvent dans l'huile de foie de morue et dans la plupart des huiles fixes comme dans l'eau acidulée. Il a été conduit, en réfléchissant aux avantages que la thérapeutique retirerait de la dissolution du fer ou de ses oxydes dans l'huile de foie de morue, dont la propriété est d'être facilement absorbée et de produire par un usage prolongé des effets nutritifs d'une grande puissance, à composer un médicament facilement assimilable exerçant sur les organes digestifs une action douce et tonique à la fois.

Des expériences nombreuses exposées dans ce travail, l'auteur conclut :

1° Que le fer métallique, le protoxyde gélatineux se dissolvent à froid dans l'huile de foie de morue;

2° Que l'eau est indispensable dans presque tous les cas pour favoriser la dissolution, excepté avec le fer réduit par l'hydrogène, dont la réaction se fait sans le concours de cet auxiliaire;

3° Que l'huile d'amandes douces se combine aussi avec le fer, qu'elle se colore en rouge acajou;

4° Que les huiles d'olive, d'œillette, de ricin, etc., dissolvent le fer sans changer notablement de couleur;

5° Que l'oxyde de fer se combine avec d'autant plus de facilité qu'il est récemment préparé et humide, et qu'il n'a pas subi le contact de l'air;

6° Que le fer dissous dans l'huile se trouve dans tous les cas à l'état de protoxyde;

7° Que l'éther dissout ces huiles comme dans leur état naturel;

8° Que les autres oxydes de fer ne sont presque pas solubles dans les huiles, ni à chaud ni à froid.

L'auteur termine son travail par quelques formules. (Commissaires : MM. Gibert, Jolly et Guibourt.)

Auscultation appliquée au diagnostic des maladies de l'oreille. — M. Ménière lit un mémoire sur l'auscultation appliquée au diagnostic des maladies de l'oreille.

Ce mémoire est résumé dans les conclusions suivantes :

1° L'inspiration et l'expiration, même exagérées, n'exercent aucune influence appréciable sur l'air contenu dans la cavité de l'oreille moyenne.

2° L'air qui circule dans le haut du pharynx ne peut traverser la trompe pour pénétrer dans la caisse qu'à l'aide d'un mouvement de déglutition.

3° L'arrivée du bol aérien dans la caisse trouve un auxiliaire puissant dans les oscillations de la trompe d'Eustachi.

4° La fonction respiratoire, à l'état normal, ne peut fournir aucun signe diagnostique des maladies de l'oreille moyenne.

5° Ces signes ne deviennent évidents que par suite des mouvements de déglutition, ou quand une forte expiration, le nez et la bouche fermés, pousse l'air dans la caisse.

6° Les bruits respiratoires, nasaux ou pharyngiens sont perçus à l'auscultation des parties latérales de la tête; mais ils n'ont pas de valeur comme signes d'une affection quelconque de l'oreille. (Commissaires : MM. Louis, Londe et Bérard.)

— La séance est levée à cinq heures.

Le cours de médecine légal fait à la Faculté de médecine par M. le docteur Ambroise Tardieu aura lieu, à l'avenir, les mardi et vendredi de chaque semaine, à quatre heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Maladies de la prostate; par M. B. J. Béraud, prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris, etc. Broch. in-8°, chez Germer Baillière.

Des plaies et des ruptures de la vessie; par M. le docteur Houel, conservateur du Musée Dupuytren. Broch. in-8°, chez Germer Baillière.

Des conditions pathogéniques et de la valeur séméiologique de l'albuminurie; par M. Montanier, docteur en médecine. Broch. in-8°. Chez Labé.

Des paralysies sans lésions organiques appréciables; par M. le docteur S. Barnier. Broch. in-8°. Chez Labé.

Des influences nosocomiales; par M. A. Axenfeld, docteur en médecine. Broch. in-8°.

Des plaies du cœur, par M. A. Jamain, docteur en médecine. Broch. in-8°. Chez Germer Baillière.

De la valeur comparée des différentes méthodes de traitement des fractures; par M. le docteur E. Q. Legendre, professeur des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. Chez Germer Baillière.

De l'accouchement prématuré artificiel; par M. le docteur Desrivières. Broch. in-4°.

Cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal; par M. le docteur Al. Magne, chevalier de la Légion d'honneur. 2e édition. — A Paris, chez J. B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la rougeur des pommettes comme signe d'inflammation pulmonaire.

« Parmi les signes particuliers fournis par les pommettes, il en est un non moins surprenant par sa nature, que par la constance de son apparition dans tous les cas d'irritation forte, d'inflammation ou même de suppuration des organes pulmonaires ; je veux parler de la chaleur et de la rougeur des pommettes ; et si l'une des pommettes est plus rouge que l'autre, on peut présumer que c'est le poumon de ce côté qui est spécialement ou même exclusivement malade... Rien, ni en anatomie ni en physiologie, ne peut fournir une explication suffisante de ce phénomène, dont nous devons nous contenter de noter l'existence avec les plus anciens observateurs. » Ainsi s'exprimait Double dans sa *Séméiologie générale*, publiée au commencement du siècle, c'est-à-dire avant les travaux de Laënnec, sur la valeur de ce signe dans les affections de poitrine. Là se bornait à peu près tout ce que l'on savait à cette époque sur ce phénomène. La découverte de la percussion et de l'auscultation en a fait négliger l'étude depuis, comme celle d'un grand nombre d'autres signes plus ou moins fugaces, et qui n'avaient de valeur que par leur réunion et à défaut des éléments de diagnostic précis dont la science a été dotée par cette découverte. Si quelques pathologistes modernes s'en sont occupés, ç'a été plutôt pour lui dénier toute valeur séméiologique, sinon même pour en contester la réalité, ne voyant dans ce phénomène qu'un simple effet mécanique, un résultat hypostatique du décubitus sur le côté où il se manifeste.

Cependant tous les auteurs ne tiennent pas le même langage. M. Bouillaud, par exemple, ayant remarqué que la rougeur des pommettes est plus prononcée dans la pneumonie du sommet que dans celle des lobes inférieurs, pense que ce phénomène n'est pas dû uniquement à une cause mécanique, et qu'il ne doit par conséquent pas être entièrement négligé dans les données du diagnostic. Telle a été aussi la manière de voir de M. Gubler, qui a pensé que ce signe, trop négligé depuis la découverte de l'auscultation, méritait d'être étudié de nouveau dans ses rapports avec la marche, l'étendue, le degré et le siége de la pneumonie, en un mot, dans sa valeur séméiologique. Tel a été l'objet d'une longue série de recherches cliniques auxquelles il s'est livré, et dont il a communiqué récemment les résultats à la Société médicale des hôpitaux, dans un travail auquel nous empruntons ce qui suit :

Un grand nombre de pneumonies dont M. Gubler fut témoin pendant le printemps de 1845 à la Salpêtrière, lui permit de vérifier l'exactitude de l'observation ancienne à cet égard. Depuis cette époque son attention ne s'est pas détournée de ce phénomène ; et dans ces derniers temps, particulièrement dans son service de l'hôpital Beaujon, il a réuni de nouvelles observations pour éclairer ce point de séméiologie. Dans ces nouvelles observations il ne s'est pas contenté de noter les changements de coloration, il a constaté la température comme un moyen d'évaluer mathématiquement, pour ainsi dire, l'intensité du phénomène morbide.

Dans chacune de ces observations, M. Gubler a eu soin de noter la position occupée par les malades et d'insister pour faire voir que le décubitus ne pouvait, en aucun cas, expliquer la rougeur des joues. Il s'est également mis en garde contre quelques autres causes possibles d'erreur, telles que l'effet d'un frottement, le voisinage d'un foyer de chaleur, l'existence d'un érythème fixé sur l'une des pommettes, etc.

Ce n'est pas seulement dans la péripneumonie, comme le croyaient les anciens, que M. Gubler a constaté la rougeur de la pommette du côté malade. Il a trouvé qu'elle coïncide également avec les autres phlegmasies de l'appareil respiratoire, telles que la pneumonie typhoïde, les inflammations pulmonaires qui accompagnent l'évolution des tubercules, et même avec la bronchite simple.

Cette coloration s'est montrée principalement durant la période d'état et surtout d'augment de la pneumonie. Elle a été plus marquée dans les pneumonies du sommet. Sa persistance et son intensité ne lui ont pas paru en rapport avec l'étendue de la lésion matérielle du poumon, mais bien avec la violence du travail phlegmasique ; en sorte qu'on peut trouver la rougeur de la face dans un cas de pneumonie double, par exemple, plutôt du côté où le poumon récemment envahi n'est encore qu'au premier degré de la maladie, que du côté où existe le second degré confirmé, mais arrêté dans sa marche.

En étudiant les allures de cette congestion sanguine des joues, M. Gubler a vu que pendant la durée d'une maladie pulmonaire aiguë, elles se règlent sur celles du travail inflammatoire et de la réaction fébrile concomitante. Ainsi la rougeur est d'autant plus constante que l'inflammation est plus vive et la fièvre plus ardente.

Quand le mouvement fébrile est rémittent, la rougeur se montre pendant les paroxysmes et s'évanouit dans les intervalles. Dans une maladie pulmonaire chronique, comme la tuberculisation, la rougeur, apparaissant dès que l'altération est un peu avancée, s'efface dans les moments de calme ou de répit, pour se reproduire toutes les fois qu'il survient une bouffée avec réaction fébrile.

La congestion sanguine, ordinairement très-marquée à la joue, est peu apparente dans les autres points du visage, si ce n'est à l'oreille, qui offre parfois une vive rougeur.

En même temps que la joue du côté malade est plus rouge, elle est aussi plus chaude, non-seulement à la main, mais au thermomètre. L'un de ces phénomènes n'a jamais été observé en l'absence de l'autre. L'élévation absolue de la température du côté malade a été trouvée, comme la rougeur, proportionnelle à l'intensité du travail phlogistique, dont le poumon est le siége, et son élévation relative est dans le même cas, pourvu que la réaction fébrile ne soit pas trop violente.

En général, M. Gubler a constaté entre les deux joues une différence de 1 degré à 1 degré 50.

La température de la joue malade lui a paru, en plusieurs circonstances, l'emporter manifestement sur celle des parties du corps non découvertes.

Cette congestion de la face du côté malade est-elle capable de favoriser la production d'autres états pathologiques ? M. Gubler n'a pas à cet égard de faits assez précis pour lui permettre de résoudre cette question. Cependant cette influence de la congestion active comme cause prédisposante d'un autre travail morbide, lui semble ressortir de l'un des faits consignés dans son travail, où l'on voit une plaque d'érysipèle bien caractérisée, avec tuméfaction générale de la surface, succéder à une rougeur intense, mais diffuse. Il a remarqué, en outre, dans d'autres circonstances, une coïncidence analogue pour les éruptions herpétiques, qui constituent non-seulement dans la pneumonie, mais dans toutes les maladies ayant avec elle une communauté d'origine, une sorte de phénomène critique. Il existait, en effet, dans quelques cas, un certain rapport entre la distribution topographique des groupes d'herpès et le siége de la phlegmasie pulmonaire.

La production de cette rougeur congestive des joues est-elle explicable par les lois de la physiologie ? — Nous pourrions peut-être nous borner là dans l'analyse des faits étudiés par M. Gubler, et nous contenter de déduire avec lui les conséquences qu'ils renferment au point de vue séméiologique, laissant aux physiologistes le soin de contrôler l'essai de théorie par lequel il cherche à expliquer le mécanisme de ce phénomène. Mais comme cette explication, si elle est fondée, tendrait à éclairer un autre ordre de phénomènes sympathiques qu'on observe quelquefois dans la pneumonie, et à les rattacher à une origine commune, nous croyons devoir la soumettre également à l'appréciation de nos lecteurs.

On sait que M. Cl. Bernard a démontré l'influence du grand sympathique sur la calorification, en extirpant le ganglion cervical supérieur, ou en faisant la section du cordon sympathique entre ce ganglion et le ganglion inférieur ; ces opérations ayant toujours eu pour effet une élévation considérable de la température du même côté, dans la face et particulièrement dans l'oreille. En voyant à l'état pathologique, et précisément dans la région faciale, un phénomène de calorification exaltée, M. Gubler s'est naturellement demandé s'il ne se passerait pas dans la pneumonie quelque chose qui pût, jusqu'à un certain point, réaliser un effet analogue. Voici de quelle manière il croirait pouvoir expliquer cette action.

Dans la pneumonie, l'excitation des nerfs pulmonaires irait retentir sur le centre nerveux sympathique, et de là se réfléchir sur le système nerveux de la face, frappant plus spécialement la portion dévolue à la respiration, en raison de la communauté d'origine et de fonction admise par Ch. Bell. Ce mécanisme se rattacherait,

---

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Cours d'hygiène, par le docteur TESSEREAU.

(Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine.)

Je ne connais pas de livres qui me soit plus antipathique que les ouvrages de médecine *à l'usage des gens du monde* ; car, en général, ce ne sont pas seulement des livres inutiles, mais encore des livres très-nuisibles. Les gens du monde, à quelque classe qu'ils appartiennent, ne sont que trop portés à faire de la médecine aux dépens de leurs semblables, et ceux-là mêmes qui se garderaient bien de critiquer leur tailleur, n'épargnent ni leurs conseils ni leurs avis au docteur le plus instruit. Pour favoriser une pareille tendance, il faut donc, à mon avis, que le médecin soit un ou malhonnête homme ou un pauvre esprit.

Quant à l'*hygiène*, c'est bien différent, et on ne saurait trop, pour la répandre dans les masses, la mettre à leur portée. Mais voyez l'inconséquence de l'homme ! Tandis que les notions hygiéniques lui seraient si utiles, il n'en veut pas entendre parler, et il étudie avec fureur une science médicale incomplète qui ne peut que lui être très-nuisible !

Ces idées sont aussi celles de M. le docteur Tessereau, esprit éminemment droit et honnête ; et c'est par des considérations de cette nature qu'il ouvre ses cours et aussi son livre, qui n'est que la reproduction des leçons faites par lui à l'*Association polytechnique*.

L'ouvrage de M. Tessereau est on ne peut plus intéressant, et il nous est presque impossible d'y rien critiquer. Sous le rapport de l'ordre dans la disposition des matières, de la clarté dans l'exposition, de la netteté dans les idées, ce petit livre pourrait servir de modèle à plus d'un grand ouvrage. Le style, ce qui ne gâte rien, en est toujours correct, facile, très-souvent élégant ; et malgré cela, l'auteur n'oublie pas un seul instant qu'il s'adresse à des ouvriers, et que son premier but, c'est d'être parfaitement compris. La lecture de ce *Cours d'hygiène* est aussi attachante que celle du roman le plus intéressant, et il est très-difficile de s'arracher à l'attrait qu'il offre, aussi bien aux gens du monde qu'au médecin. Les descriptions sont toujours assez brèves, et cependant suffisantes, non-seulement pour son auditoire, mais encore pour tout homme qui voudra savoir ce qu'il n'est pas permis d'ignorer des règles d'une saine hygiène.

En effet, ce petit livre traite de toutes les questions réellement importantes, et il est facile de s'en assurer en parcourant la table des matières, qui cependant n'est pas longue : *Considérations générales. — De l'homme, — Respiration. — Alimentation. — De l'exercice. — De la propreté. — Des besoins factices. — Hygiène morale. — Dangers du libertinage.*

On chercherait vainement une omission de quelque importance dans ce cadre, qui au premier abord paraît cependant un peu restreint. Ainsi, nous aurions désiré que M. Tessereau, dans ce *Cours*, destiné surtout, comme nous l'avons déjà dit, aux ouvriers, eût un peu plus longuement insisté sur le chapitre des besoins factices, et, en première ligne, sur l'usage du tabac, usage stupide (et je ne suis point suspect en parlant ainsi), que nul ne déplore plus vivement que ceux qui l'ont contracté. Le tabac n'offre réellement aucun véritable attrait ; il est importun à tout le monde, aux fumeurs, aux priseurs eux-mêmes, comme à ceux qui ne fument et ne prisent pas. Il n'est pas démontré, en outre, que l'usage du tabac ne soit pas nuisible à ceux qui en font usage. Enfin il est facile de calculer que l'homme qui pendant cinquante ans fume tous les jours vingt centimes de tabac seulement, pourrait, après ce laps de temps, en mettant de côté ces vingt centimes qui s'en vont bêtement en fumée, posséder une somme de près de 4,000 fr. ; et pour un ouvrier arrivé à la vieillesse, quelle ne serait pas l'importance d'une pareille somme (1) !

En couronnant l'ouvrage de M. le docteur Tessereau, l'Académie de médecine a voulu sans doute, non pas seulement récompenser l'auteur de cet excellent manuel, mais encore et surtout le recommander à l'attention publique. Nous croyons que le gouvernement, que les communes devraient répandre ce livre dans la classe ouvrière, il y rendrait assurément les plus grands services. On devrait le donner en prix aux ouvriers adultes, aux enfants ; en déposer des exemplaires dans toutes les bibliothèques publiques, etc., etc. Mais l'auteur devrait faire aussi, de son côté, quelque chose pour populariser son œuvre. Le *Cours d'hygiène* a été publié dans une édition de luxe trop coûteuse pour des ouvriers ; c'est un tort, et nous ne saurions trop engager M. Tessereau à faire une édition populaire et à bon marché, ce qui est très-facile aujourd'hui, même en laissant au livre presque toute son éloquence première. Cet ouvrage alors serait beaucoup lu, il serait réellement utile, et l'auteur aurait ainsi trouvé la récompense que doit ambitionner tout homme de bien qui aime réellement ses semblables.

Dr H. M...

(1) Si nos lecteurs veulent bien se souvenir du dernier feuilleton de M. le docteur Foucart, ils verront que nos collaborateurs sont loin de s'entendre sur les avantages ou les inconvénients du tabac. Notre rôle à nous est de leur ouvrir nos colonnes, sans chercher à influencer nos lecteurs sur cette grave question. (*Note de la rédaction.*)

comme on le voit, à la classe des actions réflexes. Dans les actions réflexes, le résultat de l'excitation, bien que variant suivant la nature de l'organe qui la subit, consiste toujours essentiellement en une hyperémie active accompagnée ou non d'une sécrétion particulière. L'hyperémie serait donc ici, comme dans l'expérience de la section du cordon cervical, un effet de l'action du grand sympathique qui tient sous sa dépendance immédiate la circulation et la calorification.

Nous avons dit que dans la pensée de M. Gubler cette théorie éclairerait aussi un autre phénomène, dit sympathique de la pneumonie, nous voulons parler du délire. Les troubles intellectuels qui se manifestent dans certaines pneumonies ne seraient, dans ce cas, que les symptômes d'une hyperémie cérébrale ou méningée, semblable à celle que l'on voit sur la face. M. Gubler invoque en faveur de cette analogie cette circonstance, que les cas dans lesquels le délire se montre le plus souvent, sont précisément ceux où il a vu la congestion active des joues acquérir son maximum d'intensité et de durée. D'après ses observations, en effet, et d'après l'autorité de M. Bouillaud, les pneumonies du sommet offrent cette coloration au plus haut degré; or ce sont également ces pneumonies qui d'ordinaire se compliquent des accidents cérébraux les plus graves.

Quoi qu'il en soit de cette manière de voir, les observations de M. Gubler n'en resteront pas moins très-intéressantes et dignes d'être signalées à l'attention des pathologistes et des praticiens qui pourront y puiser, dans certaines circonstances difficiles, des signes utiles. Les résultats de ces observations, sous le point de vue de la séméiotique, peuvent être résumés ainsi :

La rougeur des pommettes, qui coïncide ordinairement avec les inflammations pulmonaires, n'est pas, comme on le pense généralement, un accident fortuit, mais bien un trouble fonctionnel en rapport avec l'affection des organes respiratoires.

Cette rougeur n'est pas nécessairement proportionnelle à l'étendue et au degré plus ou moins avancé de la lésion anatomique; elle suit dans son intensité et sa marche les allures du travail inflammatoire.

Une élévation toujours sensible, quelquefois considérable, de la température (0° 50 à 5° 40) accompagne l'hyperémie, et lui imprime le caractère d'une congestion active.

La joue congestionnée correspond au poumon qui est le siége de la phlegmasie, ou du moins à celui qui est le plus affecté. Si l'inflammation est double, les deux pommettes seront hyperémiées, et la rougeur pourra être inégale quand les deux poumons seront inégalement envahis.

La congestion malaire se montre non-seulement dans la pneumonie, mais dans la plupart des autres phlegmasies pulmonaires, dans celles qui accompagnent la tuberculisation, comme dans les pneumonies typhoïdes et même les bronchites capillaires. Elle paraît d'ailleurs portée à son maximum dans les pneumonies du sommet.

La production d'autres états morbides peut être favorisée par l'hyperémie habituelle de la face; c'est ainsi qu'une plaque d'érysipèle ultime s'est développée sur la joue du côté malade.

On peut rapprocher de ce fait la prédominance observée quelquefois des groupes d'herpès du côté correspondant à la pneumonie.

Ce phénomène, ainsi que le délire qui complique principalement les pneumonies du sommet, est un exemple manifeste de sympathie établie entre deux régions éloignées par l'intermédiaire du système nerveux.

Traitement des tumeurs érectiles. — Épingles. — Vaccine.

Tout le monde connaît ces tumeurs érectiles cutanées et sous-cutanées que présentent souvent les enfants nouveau-nés. Primitivement du volume d'une lentille, elles prennent peu à peu des proportions quelquefois fort disgracieuses. Il est donc nécessaire de pratiquer sans délai une opération, car la petite tumeur ne cesse pas de se développer.

Que peut-on attendre de l'emploi des épingles et de la vaccine dans le traitement de ces sortes de tumeurs? Nos lecteurs apprendront avec intérêt quel est le jugement de M. Nélaton sur ce point de thérapeutique.

Les *épingles laissées à demeure* avaient été préconisées par les chirurgiens du Midi, et surtout par le professeur Lallemand (1). Sous le patronage d'un nom si haut placé dans la science, cette méthode reçut le meilleur accueil à Paris. On se proposait de déterminer une inflammation assez vive pour amener l'oblitération du réseau vasculaire de ces tumeurs. A. Bérard avait pratiqué plusieurs fois ces applications et comptait bon nombre d'insuccès, qu'il attribuait à la petite quantité d'aiguilles employées; aussi, M. Nélaton, appelé à l'assister, lui vit planter, séance tenante, *cinquante* aiguilles dans une tumeur *unique*. Elles restèrent trois semaines en place: nouvel insuccès. Il essaya alors de modifier la tumeur d'une autre manière. Les aiguilles métalliques ne déterminaient peut-être pas l'inflammation à un degré suffisant. On connaissait — et l'histoire en fourmille — ces observations où des aiguilles traversèrent les parties les plus diverses du corps sans y causer un état inflammatoire notable. L'emploi d'autres substances, telles que le bois, l'ivoire, fit espérer un plus heureux résultat. M. Charrière fabriqua pour A. Bérard un grand nombre d'aiguilles en ivoire; mais ce traitement fut encore infructueux. Il eut alors recours à une injection caustique dans les conduits fistuleux créés par les aiguilles. Au moyen d'une petite seringue, du nitrate acide de mercure put pénétrer au milieu de la tumeur : il obtint enfin cette inflammation tant désirée; des accidents se produisirent avec une violence extrême; la gangrène se déclara et toute la masse fut éliminée. L'enfant était guéri, mais une cicatrice énorme attestait la présence primitive de la tumeur.

A cette époque, on publia des cas de guérison par la *vaccine*. L'expérience a prononcé sur la valeur de ce traitement, que le chirurgien doit appliquer avec les plus grandes précautions; car c'est au mode opératoire que sont dus les insuccès. En effet, voici comment les choses se passent : si on charge une lancette de vaccin et qu'on veuille, comme dans une vaccination ordinaire, piquer la tumeur pour y introduire le virus, il y aura une effusion de sang assez considérable pour entraîner le vaccin, et chaque piqûre occasionnera le même accident. L'inoculation n'aura pas lieu, et on comptera un résultat négatif de plus. Il est donc nécessaire de se mettre à l'abri de cette petite hémorrhagie en procédant de la manière suivante : on charge de vaccin pris de bras à bras les pointes d'épingles à insectes; on les plante dans la tumeur et on les laisse en place. Elles s'opposent alors à la sortie du sang en faisant en quelque sorte office de bouchon. Le nombre des aiguilles varie suivant la grandeur de la tumeur; mais, en général, la distance à observer entre chacune d'elles peut être évaluée à 1 centimètre ou à un demi-centimètre. Que se passe-t-il alors? Pendant les deux premiers jours, rien.

Le troisième et le quatrième jour la tumeur s'enflamme, bientôt une éruption vaccinale vient la recouvrir en entier, et on aura pour dernier résultat une cicatrice de vaccine. Si la destruction n'était pas complète, on pourrait sans élargir la cicatrice extérieure, pratiquer à sa base une petite cautérisation au moyen d'un fil de platine rougi. Remarquons en passant que la sphère d'action de la vaccine s'étend beaucoup plus loin que celle des autres agents modificateurs.

Dans les deux observations suivantes, les petits malades n'étant pas encore vaccinés, M. Nélaton retira les plus grands avantages d'un nouveau mode d'inoculation dans le traitement des *nævi materni*.

Un jeune enfant *non vacciné* présentait à la région parotidienne une énorme tumeur érectile sous-cutanée : s'inspirant des recherches d'A. Bérard, M. Nélaton eut la pensée d'y faire pénétrer le vaccin par des *trajets fistuleux* préalablement ouverts dans sa substance. Il fit passer parallèlement, à travers cette tumeur, quatre aiguilles dans une direction horizontale, et deux autres aiguilles dans le sens vertical; il y avait donc six trajets fistuleux. Il laissa vingt-quatre heures les aiguilles en place, puis il leur substitua autant de fils. Ces petits sétons furent maintenus pendant quelques jours jusqu'à ce que les conduits fistuleux fussent formés et la membrane granuleuse bien établie.

Vers le huitième jour, il crut devoir pratiquer l'inoculation, qui présentait quelques difficultés. Il fallait en effet porter le virus dans la tumeur, sans donner naissance à une cicatrice extérieure; les orifices devaient donc être préservés de tout contact avec le vaccin. Voici l'ingénieuse méthode employée par M. Nélaton. Les trajets fistuleux étant traversés par des fils, on fit glisser sur eux une canule à fistule lacrymale du plus petit calibre : puis, ayant chargé de vaccin la partie comprise entre deux taches noires disposées à leur surface comme points de repère, on les tira à travers la canule. Six sétons chargés de vaccin purent ainsi pénétrer jusqu'au centre de la tumeur sans toucher l'orifice des trajets. Au bout de quatre jours, une tuméfaction inflammatoire considérable se produisit dans la tumeur, elle parcourut la période de l'inflammation vaccinale et disparut en formant une masse très-dure, très-compacte de tous les vaisseaux qui constituaient la tumeur.

Le résultat fut des plus satisfaisants, et M. P. Dubois, qui n'a pas perdu l'enfant de vue, a confirmé à M. Nélaton la parfaite guérison. Dans ce cas, il y eut, malgré toutes les précautions prises, un orifice atteint par le vaccin; mais on doit attribuer cet accident à une manœuvre qui aura dérangé l'appareil.

Une seconde fois M. Nélaton a pratiqué la même opération : le petit malade portait une tumeur érectile au bout du nez. La cautérisation ordinaire, la cautérisation électrique, avaient donné un assez bon résultat; cependant, la tumeur gagnait les fosses nasales, car elle était non-seulement sous-cutanée, mais sous-muqueuse, sous-pituitaire. La vaccine réussit encore dans ce cas à détruire complétement le tissu morbide.

L'inoculation vaccinale, employée avec quelques précautions, peut donc être du plus grand secours dans le traitement des tumeurs érectiles cutanées et sous-cutanées, puisqu'elle produit l'inflammation qui doit amener l'oblitération des vaisseaux. De plus, elle ne donne lieu qu'à cette simple cicatrice de la vaccine ordinaire, qu'on peut même éviter par le dernier procédé. On comprend quel précieux avantage on retire de l'absence de toute cicatrice extérieure, surtout chez les femmes, lorsque la tumeur occupe une région exposée à la vue : la face, le cou, les épaules, etc. Il est d'une bonne pratique, avant de vacciner les enfants, de s'assurer qu'ils ne portent point de tumeurs érectiles, car dans ce dernier cas, l'inoculation du virus serait avantageusement appliquée sur le tissu morbide.

Il serait peut-être bon de pratiquer le même jour une ou deux piqûres vaccinales au lieu d'élection, afin que la constatation de la vaccine pût se faire avec toute la facilité désirable.

(1) *Archives générales de médecine*, 1835, t. VIII, p. 5.

Du délire hypochondriaque dans la paralysie générale.

Nous avons rapporté dans la *Gazette des Hôpitaux* du mois de janvier 1857, un exemple de paralysie générale compliquée de délire hypochondriaque. — Il s'agissait, on s'en souvient, d'une femme arrivée déjà au deuxième degré de la paralysie générale, qui refusait par instants toute espèce d'aliments, sous prétexte qu'elle n'avait plus de bouche, plus d'estomac, plus de ventre. En d'autres moments, elle mangeait avec avidité, et prétendait cependant qu'elle n'avait jamais rien mangé..... Elle allait régulièrement à la garde-robe, et n'affirmait pas moins qu'elle n'y avait jamais été. Elle voulait mourir, et fit même plusieurs tentatives de suicide.

Un nouvel exemple de ce genre de délire s'est présenté il y a peu de jours à l'hospice de la Salpêtrière, dans le service de M. Baillarger.

L..., également atteinte de paralysie, avait toujours été assez active. Un matin elle refuse de se lever, parce que, dit-elle, « elle n'a plus de jambes. » On la force à quitter son lit; elle se laisse tomber. Elle prétend qu'elle ne peut plus parler, elle refuse de manger, « parce qu'elle n'a presque plus de langue, parce qu'elle n'a plus de dents. Il y a déjà longtemps qu'elle est dans cet état, mais elle est beaucoup plus malade depuis quelques jours; elle va mourir... » On lui fait toucher ses dents avec le doigt; elle convient qu'elle les sent, mais, dit-elle, « on ne les voit plus. » La fille de semaine raconte en sa présence que la veille elle a mangé plusieurs fois; elle répond « que les aliments passent dans son fichu et qu'elle ne pourra plus manger. Elle ne peut plus avaler, ne peut respirer; elle n'a plus d'yeux, plus de bouche, plus de figure... »

Ce genre de délire hypochondriaque est loin d'être rare chez les aliénés paralytiques. Depuis un an que l'attention de M. Baillarger a été appelée sur ce point, il en a rencontré un assez grand nombre d'exemples. Tantôt ce délire survient dès le début, tantôt il ne se manifeste que dans le cours de l'affection, et même à une période assez avancée. Il consiste, comme on le voit, dans des conceptions délirantes portant sur la perte ou l'obstruction de certains organes. Tel malade qui avale facilement et va régulièrement à la selle, prétend avoir le pharynx bouché, les intestins noués, l'anus oblitéré.

Ce qui rend ce délire encore plus remarquable, c'est que chez les divers sujets qui en sont atteints, à quelques variantes près, il revêt toujours la même forme. De même qu'à la suite de congestions cérébrales, chez les aliénés paralytiques, le délire ambitieux se produit comme d'une manière fatale, de même, sous l'influence d'une cause évidemment toujours la même, se manifestent ces singulières conceptions délirantes.

Les auteurs qui ont écrit sur la paralysie générale ont signalé l'hypochondrie parmi les prodromes de cette affection; mais ils l'ont fait d'une manière incomplète, et sans lui assigner aucun caractère particulier : ainsi le refus d'aliments, qui est presque constant chez ces paralytiques hypochondriaques, ne paraît pas avoir été mentionné, non plus que l'influence fâcheuse exercée par ce délire sur la marche de la maladie. Les conceptions délirantes sur lesquelles nous insistons sont confondues avec toutes celles qu'on observe chez les aliénés paralytiques, et ne sont nullement rattachées à une forme spéciale de délire. Suivant M. Baillarger, elles semblent cependant liées à un état pathologique dont on doit toujours rechercher la cause.

MALADIES DES YEUX. — M. SICHEL.

Des épanchements sous-choroïdiens ou sous-rétiniens.

(Extrait d'une livraison inédite de l'*Iconographie ophthalmologique*.)

I. Des liquides de différentes natures peuvent s'épancher entre la choroïde et la rétine. Comme dans les dissections, c'est *sous la choroïde* qu'on les trouve après avoir incisé cette membrane et la sclérotique, on leur a donné le nom d'*épanchements sous-choroïdiens*; mais on peut aussi les appeler *épanchements sous-rétiniens*, parce que sur le vivant, lorsqu'on regarde à l'œil nu, et surtout à l'ophthalmoscope, à travers la pupille dilatée, ils se manifestent sous la rétine par leur fluctuation et par le mouvement oscillatoire qu'ils impriment à cette membrane. J'ai signalé le premier ce symptôme dans mon mémoire sur le glaucôme (1). Je me servirai donc des deux noms, mais de préférence du premier.

II. Le liquide épanché entre la rétine et la choroïde est tantôt séreux, tantôt gélatiniforme, tantôt sanguinolent, tantôt purulent ou fibro-albumineux. Sa nature peut servir à subdiviser ces épanchements.

III. Le plus souvent ils sont formés par une sérosité transparente, incolore ou jaunâtre (*épanchements sous-choroïdiens séreux, hydropisie sous-choroïdienne séreuse* ou simplement *hydropisie sous-choroïdienne*). Dans ce cas la choroïdite, quand elle existe, explique très-bien la production de ce liquide; mais lorsque ses symptômes manquent, autant sur le vivant que lors de la dissection, ce qui est assez souvent le cas, on ne se rend compte de ces exsudations qu'en les rapportant à la phlegmasie de la membrane de Jacob. Je regarde cette membrane (la couche des baguettes) comme analogue par ses fonctions à une membrane séreuse. Comme les séreuses, elle donne lieu, par son inflammation, à une sécrétion de liquide, d'où résulte un épanchement entre la choroïde et la rétine. Il appartient à l'avenir et à des recherches

(1) Sichel, *Mémoire sur le glaucôme*, Bruxelles, 1842, § XIII, p. 34; et *Annales d'oculistique*, 1841, t. V, p. 243.

micrographiques plus nombreuses et plus complètes que celles que nous possédons, de décider si mon opinion à cet égard est fondée.

IV. *Symptômes pathognomoniques et diagnostic.* — Les symptômes pathognomoniques des hydropisies sous-choroïdiennes sont les suivants :

Au début, on voit dans le fond de l'œil, après la dilatation artificielle de la pupille, une opacité striée, jaunâtre, grisâtre, blanchâtre ou opaline, semblable sous quelques rapports à la cataracte corticale postérieure ; mais les stries, évidemment élevées et constituant de véritables plis de la rétine, d'abord difficiles à reconnaître comme tels, n'ont pas la forme des triangles convergeant vers le centre qu'on observe dans cette cataracte. Placées sur un plan beaucoup plus profond que celui de la limite postérieure du cristallin, elles correspondent par leur position au siége anatomique de la rétine. Elles présentent souvent dès la première période le mouvement oscillatoire dont nous allons parler. A mesure que la maladie augmente, elles deviennent plus larges, plus élevées, forment des plis et une saillie plus évidente, en même temps que leur mouvement devient plus manifeste. A chaque déplacement du globe oculaire, on voit s'opérer dans ces plis, ou au moins dans les plis les plus élevés, un tremblotement, un mouvement d'oscillation, indiquant clairement la fluctuation d'un liquide épanché entre la choroïde et la rétine soulevée. Avec le progrès de la maladie, les plis deviennent plus nombreux ; leur largeur et leur relief augmentent, et ils finissent par se réunir en une ou plusieurs élévations plus considérables. D'ordinaire ces élévations se développent en premier lieu dans la partie inférieure du fond de l'œil, puis autour du centre, dans lequel il reste comme une espèce de creux ou de concavité à laquelle elles s'adossent, leur convexité étant tournée en avant. Lorsque ces convexités deviennent très considérables, la fluctuation cesse, à cause de la trop grande quantité du liquide et de la trop forte distension de la rétine. A peu près à la même époque, le creux ou la concavité du centre s'efface également. Dans le glaucôme et l'encéphaloïde rétinien il ne se montre rien de semblable à ce mouvement de fluctuation et aux autres symptômes de l'hydropisie sous-choroïdienne que nous venons de tracer sommairement, et qu'aucun auteur avant nous n'avait décrits avec quelque exactitude et avec des détails suffisants.

Au commencement, on voit encore à l'ophthalmoscope la papille du nerf optique et les vaisseaux centraux. Des vaisseaux injectés, semblables à ceux qu'on voit dans l'encéphaloïde de la rétine, sillonnent la surface décollée, opaline ou opaque. Plus tard, la papille optique et les vaisseaux centraux disparaissent ; ceux qui serpentent sur la partie décollée de la rétine, diminuent de volume et finissent par s'oblitérer et par s'effacer peu à peu. Au lieu de stries multiples ou de plusieurs élévations considérables groupées autour du centre, on n'en voit parfois qu'une seule, plus ou moins volumineuse, placée dans la partie inférieure du fond de l'œil, d'une teinte le plus souvent opaline, blanchâtre, quelquefois, et surtout dans les degrés avancés, gris-verdâtre ou gris-jaunâtre, variable selon sa position et douée d'un certain reflet, mais non chatoyante comme dans l'encéphaloïde rétinien, présentant à sa surface ou dans son intérieur un mouvement d'oscillation ou de fluctuation, tant que son volume n'est pas encore devenu trop considérable.

Il est rare de voir les stries et les élévations débuter à la partie supérieure de la rétine. Quand il n'existe qu'une seule de ces élévations et que la surface n'est parcourue par aucun vaisseau, elle ressemble quelquefois d'une manière étonnante à une cataracte lenticulaire gris-verdâtre incomplétement abaissée et plongée dans la partie interne ou externe du fond de l'œil, tantôt immobile, tantôt paraissant plus ou moins tremblotante ou branlante, mais sans jamais flotter réellement ni s'éloigner de l'endroit où elle paraît adossée au fond de l'œil.

Le diagnostic, difficile d'abord, comme dans toutes les opacités du fond de l'œil, pour ceux qui n'ont pas l'habitude d'étudier de pareilles affections, est cependant rendu certain par le reflet de la tumeur et la variabilité de son aspect ; ces caractères manquent entièrement dans la cataracte à demi abaissée, par le motif que la base de la tumeur ne quitte jamais la place où elle est adossée, que la partie voisine du fond de l'œil est opaline ou grisblanchâtre dans une étendue plus ou moins considérable, que des lunettes à cataracte n'amendent en rien la vision, et qu'au contraire la maladie est toujours accompagnée d'une cécité amaurotique plus ou moins avancée ou complète, comme dans l'hydropisie sous-choroïdienne en général.

V. Dans le commencement de cette affection, on observe toujours les caractères physiologiques (symptômes fonctionnels) d'une amaurose commençante. Le phénomène de la vision latérale ou de l'hémiopie est surtout bien marqué. C'est par les points où la rétine est soulevée que le malade ne perçoit plus la lumière, tandis que par la partie saine de cette membrane il distingue encore les objets s'il les place latéralement et les met en rapport avec elle par des mouvements particuliers, quelquefois fort extraordinaires et très-bizarres, de tournoiement de la tête. Lorsque l'épanchement se trouve sous la partie inférieure de la rétine, la partie supérieure des objets n'est plus vue, *et vice versâ*.

J'ai observé l'hydropisie sous-choroïdienne sur des enfants et sur des adultes, mais plus fréquemment sur ces derniers parvenus à un âge voisin de l'âge critique. Des symptômes de congestion cérébro-oculaire la précèdent ou l'accompagnent souvent ; quelquefois cette congestion est sourde ou manque ; les symptômes d'une véritable choroïdite, même chronique, existent rarement en même temps que les épanchements sous-choroïdiens. C'est là, avec leur grande fréquence sur des individus lymphatiques et faibles, la raison principale qui me force à admettre que la membrane de Jacob est souvent l'organe producteur de ces exsudations.

Dans une période plus avancée de l'hydropisie sous-choroïdienne, du pseudencéphaloïde et de l'encéphaloïde de la rétine, après que l'opacité concave s'est insensiblement élevée et étendue en avant et a amené la compression et la résorption du corps vitré, elle paraît adossée immédiatement à la surface postérieure du cristallin ; mais les autres caractères pathognomoniques assurent encore le diagnostic pour l'observateur exercé, lors même qu'il n'a pas vu le malade dans les périodes précédentes. Passé ce degré, la tumeur ou l'épanchement, en comprimant, en luxant pour ainsi dire et en détachant le cristallin, l'opacifie et rend finalement impossible le diagnostic, à moins que des données positives ne soient fournies sur le début et la marche de la maladie, ou que l'augmentation du volume ou de la consistance du globe, ses bosselures plombées ou bleuâtres, les vaisseaux variqueux qui sillonnent la conjonctive et la sclérotique, et l'immobilité et l'irrégularité de la pupille, jointes à l'absence complète de la perception de la lumière et à des douleurs lancinantes dans le globe de l'œil et le voisinage, symptômes qui n'existent pas toujours ensemble, ne montrent qu'on n'a pas affaire à une simple cataracte. Ceux de ces symptômes qui existent, ne se développent que dans les dernières périodes de l'hydropisie sous-choroïdienne, ainsi que dans celles de l'encéphaloïde et du pseudencéphaloïde rétiniens. Dans le glaucôme, au contraire, ils précèdent de plus ou moins loin, ils accompagnent dès son apparition l'opacité verdâtre du fond de l'œil.

VI. Dans l'hydropisie sous-choroïdienne, le liquide n'est pas toujours séreux, transparent, mobile ; quelquefois il est opalescent, épais, presque gélatineux. Cette différence constitue une espèce à part que, dans ma monographie inédite des épanchements sous-choroïdiens, j'ai appelé *hydropisie sous-choroïdienne gélatiniforme.* Son principal caractère pathognomonique, reconnaissable sur le vivant, consiste dans l'absence de la fluctuation, ce qui rend la maladie plus difficile à distinguer de l'encéphaloïde de la rétine à la première période ; toutefois la tumeur, dans cette dernière maladie, est lobulée, plus opaque, a une couleur un peu différente et une apparence plus ferme.

VII. Je n'entre point ici dans plus de détails sur ce sujet, et ne m'occuperai que des généralités des épanchements sous-choroïdiens et de leur anatomie pathologique. Je réserve toutes les autres considérations cliniques pour la dernière section de mon Iconographie ophthalmologique, où je traiterai de l'emploi de l'ophthalmoscope, méthode d'exploration du fond de l'œil complétement inconnue au moment où la plupart des observations de ma monographie inédite ont été recueillies. En effet, le diagnostic des épanchements sous-choroïdiens, que je crois avoir bien fixé longtemps avant l'invention de l'ophthalmoscope et que j'ai tracé ci-dessus principalement d'après l'examen à l'œil nu et à la lumière naturelle, est devenu beaucoup plus sûr et plus facile depuis que nous possédons cet instrument.

OBS. I. — *Infiltration et épaississement de la conjonctive gauche. Atrophie de la coque oculaire. Désorganisation de l'iris. Hydropisie sous-choroïdienne.*

Un homme grand et vigoureux meurt le 5 février 1833 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Guérard, à la suite d'une maladie du cœur avec infiltration du côté gauche. Vers la fin de la maladie, les yeux s'étaient injectés.

Etat des yeux avant la dissection. — Les paupières sont gonflées, infiltrées, d'un rouge bleuâtre, violettes en certains endroits. Un mucus sanieux recouvre les angles internes. Les conjonctives palpébrales sont très-rouges ; les conjonctives scléroticales, peu rouges, sont faciles à détacher, parce que le tissu cellulaire sous-jacent est très-infiltré, jaunâtre, à peine rose. Les conjonctives elles-mêmes sont le siége d'une injection périkératique considérable ; elles présentent, en outre, une légère teinte rose uniformément répandue dans leur trame épaissie et notablement relâchée. Tout le tissu cellulaire et graisseux de l'orbite est infiltré, d'un rouge très-foncé tirant sur le violet ; le tissu adipeux n'est plus reconnaissable.

Dissection de l'œil gauche. — Les orifices externes des follicules ciliaires (glandes de Meibomius) sont très-visibles, particulièrement en bas, où ils sont fort développés, probablement par suite d'un état pathologique.

La sclérotique n'est presque pas injectée. La cornée est phthisique. L'épithélium, très-facile à détacher de la cornée dans toute la circonférence de celle-ci, est plus épais à mesure qu'on s'avance vers le centre, et attaché à la cornée par un tissu cellulaire assez long, infiltré et gonflé par du sang très-rouge. Au centre, il y a un espace verticalement quadrilatère, large de trois millim. transversalement, et long de 6 à 7 millimètres, dans lequel l'épithélium adhère intimement à une cicatrice cornéenne. Sur le côté droit de cette cicatrice on voit une ligne perpendiculaire de points bleuâtres, semi-transparents, à côté desquels la conjonctive sclérienne épaissie, coupée à son pourtour, détachée de la membrane sous-jacente, mais laissée en place, est plus mince et un peu bleuâtre. Par suite de son hypertrophie, l'épithélium cornéen ne peut plus être distingué de la conjonctive sclérienne avec laquelle il est en continuité.

La conjonctive détachée, dont on reconnaît fort bien l'épaississement et la teinte un peu rosée, a été repliée sur elle-même et ramenée en bas, pour laisser voir ses points d'adhérence à la cornée et les parties sous-jacentes. Autour de la portion adhérente de la conjonctive, on voit la moitié supérieure et externe de la cornée de beaucoup rapetissée. Elle se compose de deux bandes semi-circulaires, blanchâtres, opaques, et de deux autres bandes concentriques, bleuâtres, semi-transparentes ; l'une plus large est placée en dehors et en haut sur le bord supérieur xterne de la cornée, et la seconde, composée de stries convergentes, près du pédicule adhérent de la conjonctive. De chaque côté dans la direction du diamètre transversal de la sclérotique, il existe deux sillons, ceux du côté droit plus profonds, qui, avec un cinquième vertical et assez superficiel, se dirigent vers les muscles droits correspondants.

En poursuivant la dissection, le ligament ciliaire (muscle tenseur de la choroïde se laisse facilement détacher dans sa partie postérieure ou périphérique ; près du bord antérieur il est plus difficile de l'isoler. L'iris est rendu partout adhérent à la cornée par de la fibro-albumine épaisse, concrétée en forme de fausse membrane d'une teinte grisâtre recouverte de pigment. On ne parvient à séparer les deux membranes qu'en coupant çà et là quelques petits morceaux de la cornée, qui restent collés à la surface de l'iris détaché.

En l'examinant par sa face postérieure concave, on trouve la cornée transversalement ovalaire, d'un bleu pâle à sa circonférence, d'un violacé pâle dans une plaque centrale horizontalement allongée, marquée çà et là de quelques petites taches de pigment brunâtre. A la surface interne de la sclérotique, on voit cinq plis principaux élevés, correspondant aux sillons décrits ci-dessus, entre lesquels, à gauche et en haut et à droite et en bas, on voit de nombreux plis secondaires très-petits et fins, de 3 à 4 millimètres de longueur, peu larges et peu élevés, disposés en rayons autour de la cornée, et résultant du plissement, du froncement que la coque oculaire ramollie subit pendant l'atrophie du globe par suite des contractions de ses muscles.

L'examen de l'hémisphère postérieur avec la portion antérieure des membranes internes donne le résultat suivant :

L'iris, ainsi qu'on le voit, n'est plus reconnaissable, recouvert qu'il est presque partout par une exsudation fibro-albumineuse grisâtre, contenant quelques petites portions de cornée enlevées par le scalpel et constituant une plaque transversalement ovalaire, laquelle correspond à la plaque violacée de même forme décrite tout à l'heure comme existant au centre de la cornée. Autour de cette exsudation, l'iris est réduit à un limbe étroit, brun, recouvert de stries exsudatives blanchâtres et correspondant à la bandelette bleuâtre de la circonférence de la surface interne de la cornée. Il n'existe aucune trace de la pupille. Un double anneau, dont l'interne, plus pâle, représente l'insertion de la cornée, et l'externe, jaune-brunâtre, le muscle tenseur de la choroïde, entoure les vestiges de l'iris. Sur le côté externe, la choroïde est recouverte d'une fausse membrane blanc-bleuâtre, large de 3 à 4 millimètres et haute de 1 centimètre environ. Dans toutes ses autres parties cette membrane est saine ; en haut elle est parcourue par un assez grand nombre de nerfs ciliaires ; en bas elle présente quelques portions du pigment de sa surface externe condensées en forme de lambeaux pseudo-membraneux plissés, jaunes brunâtres, et simulant assez bien par leur forme et leur disposition les nerfs ciliaires, dont ils diffèrent par leur volume et leur couleur.

En commençant la section de la sclérotique, j'avais, malgré moi, entamé la choroïde ; il s'est écoulé un liquide jaune-verdâtre mêlé d'un grand nombre de points et de flocons de même couleur, probablement composés en partie de cholestérine, car on trouve souvent de la cholestérine dans les épanchements sous-choroïdiens. Ce liquide, qui remplissait l'espace compris entre la choroïde et la rétine, avait comprimé le corps vitré et amené sa résorption. Malheureusement j'avais perdu ainsi la possibilité de constater si l'espace formé par l'écartement de la sclérotique et de la choroïde était rempli par le même liquide ou par un autre liquide plus limpide et plus homogène.

La partie postérieure de la face externe de la choroïde était attachée à la sclérotique par plusieurs vaisseaux remplis de sang et très-rouges.

Pour compléter l'examen anatomique, une grande portion latérale de la sclérotique et de la choroïde est enlevée. On voit alors qu'il y a une large cavité entre cette dernière et la rétine. Celle-ci est épaissie, jaunâtre, opaque et contractée sur elle-même, de manière à former un cône dont le sommet correspond à l'insertion du nerf optique, et dont la base se trouve en avant insérée à la surface postérieure de l'iris et du corps ciliaire. On reconnaît manifestement ici un double écartement : l'un, moins considérable, entre la sclérotique et la choroïde ; l'autre, très-large au contraire, entre celle-ci et le cône rétinien dont nous venons de parler. C'est de là que s'est écoulé le liquide jaune-verdâtre. La choroïde a sa face antérieure ou interne est assez lisse, beaucoup moins riche en pigment, moins brune, plus violacée qu'à l'état normal, et même un peu blanchâtre dans quelques endroits. Sa face postérieure ou externe est beaucoup plus brune, plus foncée et plus normale.

La partie antérieure du cône rétinien, c'est-à-dire sa base, est formée par la rétine, les restes de l'hyaloïde et la cristalloïde adhérents au centre d'une fausse membrane gris-blanchâtre, réticulée, tapissant la face postérieure de l'iris. Les petites aréoles creusées dans cette fausse membrane ont une teinte bleuâtre ardoisée due à la surface postérieure de l'iris et du corps ciliaire désorganisés, laquelle est adhérente à la fausse membrane de manière à ne former avec elle qu'un seul tissu et à n'en pouvoir être détachée.

Le nerf optique a un diamètre insolite dû à son infiltration : il est facile de reconnaître cet état pathologique à son peu de rénitence, à la flaccidité de son enveloppe fibreuse, qui semble boursouflée, et au cordon mince de pulpe nerveuse reconnaissable à la coupe de son extrémité postérieure, laquelle est d'une teinte jaunâtre semblable à celle de la rétine.

VIII. Outre l'hydropisie sous-choroïdienne séreuse ou gélatiniforme, il existe des épanchements sous-choroïdiens de liquides d'autre nature, par exemple, de pus, de fibro-albumine, de mélanges de ces deux liquides, de sang pur ou mêlé à de la sérosité ou à du pus, etc. Tous ces épanchements ont cela de particulier que, malgré la différence notable du liquide épanché, la sécrétion a toujours lieu entre la choroïde et la rétine, soit à la face antérieure de celle-là, soit à la face postérieure de celle-ci ou de la membrane de Jacob.

IX. Tous les épanchements sous-choroïdiens considérés jusqu'ici ont, nous venons de le dire, la même origine et le même siége : ils occupent, entre la choroïde et la rétine, une cavité qu'ils ont produite en s'y accumulant. Il n'en est pas ainsi dans une seconde

catégorie d'épanchements sous-choroïdiens, où le liquide, pouvant avoir la même nature et occupant le même siége, ne s'y est pas formé, mais y est arrivé du dehors. Ce sont presque toujours des épanchements de pus ou de matière plastique puriforme, sécrétés soit entre les lames de la cornée par suite de blessures ou d'ulcérations de cette membrane, soit dans la chambre antérieure ou postérieure par suite d'iritis ou d'ophthalmie interne, et ayant pénétré de proche en proche dans l'espace entre la choroïde et la rétine, en fusant par les interstices entre les procès ciliaires, la zone de Zinn et la circonférence de la cristalloïde. (Voyez mon *Iconographie.*)

C'est principalement après l'extraction de la cataracte, lorsqu'un écartement du lambeau a entraîné l'infiltration purulente de la cornée et de la chambre antérieure, et finalement l'exophthalmie et la fonte purulente du globe, qu'on peut observer cette espèce d'épanchement sous-choroïdien. Je l'ai surtout étudiée, il y a une vingtaine d'années, à l'occasion d'expériences sur l'extraction de la cataracte et la régénération du cristallin (voyez mon *Iconographie,* § 394) que je fis sur des lapins. L'une de mes observations se rapporte à un œil pris dans une longue série d'yeux de lapins sur lesquels j'ai pratiqué cette opération. Le manque d'espace me force à supprimer ici trois observations, dont l'une a pour sujet une femme sans doute opérée par extraction, et une autre un homme qui probablement avait reçu une violente contusion du globe. Chez ces deux individus, le globe était rempli de pus concrété, qui avait décollé, comprimé et refoulé d'arrière en avant toute la rétine.

X. *Marche des caractères anatomiques.* — Dans les épanchements sous-choroïdiens de cette catégorie, comme dans ceux de la première, la succession des symptômes anatomiques est sommairement la suivante : Le liquide épanché décolle peu à peu la rétine, la refoule d'abord vers l'axe oculaire antéro-postérieur en un ou plusieurs plis convexes plus ou moins volumineux, puis la façonne en forme de cône à sommet postérieur et à base antérieure, d'autant plus mince que l'épanchement est plus considérable ; il comprime le corps vitré et le cristallin et en amène la résorption, de sorte que les débris de l'hyaloïde et de la cristalloïde, poussés en avant, se soudent à une fausse membrane tapissant la face postérieure de l'iris et du corps ciliaire. Finalement, sous l'incessante pression du liquide épanché dont la quantité s'accroît toujours, le sommet du cône rétinien est arraché de la papille du nerf optique; la rétine, refoulée en masse vers la région antérieure, s'arrache de la papille, perd sa forme conique, et est appliquée, comprimée et aplatie contre les débris pseudo-membraneux avec lesquels elle finit par se confondre. Le liquide, à cette époque de la maladie, remplit toute la cavité choroïdo-rétinienne, qui alors n'est plus cloisonnée d'arrière en avant par le cône rétinien. Le cône rétinien, qui d'ordinaire contient beaucoup d'éléments fibro-plastiques, n'est pas toujours arraché de la papille optique; il peut conserver sa position, être comprimé par l'épanchement qui l'entoure et prendre finalement la forme d'un cordon presque cylindrique.

HYDATIDES REJETÉES PAR LES VOMISSEMENTS,

Par M. VITRAC.

Un peintre, marié depuis cinq à six mois, fréquemment dérangé du ventre, présentait une teinte ictérique. Une application de sangsues est faite, et un traitement antiphlogistique conseillé. Deux mois s'écoulent sans nouvelle médication, mais sans amélioration. Le malade maigrit; des vomissements se déclarent et deviennent incessants. Il se plaint d'une douleur dans la région du foie; la coloration jaune se prononce de plus en plus : perte complète d'appétit, constipation. Il n'y a point de tumeur cancéreuse à la région de l'estomac, mais une espèce de bombement qui part de l'appendice sternal et occupe une circonférence de 15 à 20 centimètres. Cette partie est très-douloureuse; on l'affaisse assez facilement. Les vomissements sont accompagnés de fièvre. Dans l'embarras du diagnostic, M. Vitrac conseille un cercle de vésicatoires saupoudrés de morphine, et de l'huile de ricin. La constipation persiste.

Les choses en étaient là, lorsque la femme du malade accourt, disant que son mari étouffe. Il se plaint de quelque chose qui lui remonte au gosier, et en présence de M. Vitrac il rejette par haut ou rend par les selles un certain nombre d'hydatides. Dans l'espace de quinze jours, il en a rendu une cinquantaine; les trois quarts ont été expulsées par l'anus. La guérison s'en est suivie. (*Union méd. de la Gironde.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 avril 1857. — Présidence de M. CHASSAIGNAC.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Luxations sous-acromiales. — M. CHASSAIGNAC présente un enfant de dix ans qu'il a déjà fait voir à la Société il y a six semaines environ, et qui avait alors une luxation sous-acromiale datant de sa naissance et que l'on attribuait à des manœuvres exécutées pendant l'accouchement. Aujourd'hui la guérison peut être considérée comme complète, le bras se rapproche du corps et peut exécuter tous les mouvements naturels. Dans ce cas et dans deux autres que M. Chassaignac a déjà présentés à la Société, il a été frappé de la facilité avec laquelle il a pu opérer la réduction.

M. LABORIE fait observer que les luxations sont des accidents qui arrivent très-rarement pendant les accouchements. Ce qui arrive souvent, ce sont des fractures, surtout dans les cas de version ou d'applition du forceps. Les causes qui peuvent produire des luxations amèneraient plus facilement la séparation des épiphyses.

M. HUGUIER, d'après la rapidité de la guérison, ne croit pas que la luxation remonte à l'époque de la naissance. Dans les lésions de ce genre, les surfaces osseuses se modifient profondément, le rebord de la cavité glénoïde se déprime, sa surface semble se diriger en arrière. Il est difficile avec de semblables déformations que deux mois de traitement suffisent pour fixer définitivement la tête de l'humérus à sa place. M. Huguier conseille de continuer l'usage d'un bandage contentif.

M. GIRALDÈS demande si M. Chassaignac regarde la luxation comme complétement réduite. Il fait observer que la tête de l'humérus fait encore un peu de saillie, et voudrait savoir si cela provient de la déformation de la cavité glénoïde ou de ce que la réduction serait incomplète.

M. CHASSAIGNAC répond qu'il reste en effet un peu de saillie anormale, mais qu'on n'en doit pas moins regarder la guérison comme complète, puisque le membre a recouvré tous ses mouvements.

Tumeur très-volumineuse, très-probablement de nature cancéreuse, développée dans la fosse iliaque droite chez un enfant de deux ans. — M. MARJOLIN. Le petit malade que j'ai l'honneur de vous présenter porte dans la fosse iliaque une tumeur, suivant toute probabilité, de nature cancéreuse, occupant toute la partie latérale droite du bassin et remontant jusqu'aux fausses côtes; elle est irrégulière, bosselée, d'une consistance inégale. La peau qui la recouvre est rouge par places et très-amincie. Cette tumeur, sur laquelle j'aurai occasion de revenir, s'est développée très-rapidement; malgré son siége et son volume inusité jusqu'à ce jour, elle n'a donné lieu à aucun accident du côté des voies digestives, et la constitution de l'enfant semble peu altérée.

Tumeur de l'avant-bras développée chez une petite fille de huit ans. — Dans le premier cas que je viens de soumettre à votre examen, il s'agissait d'un cas très-rare et malheureusement sans ressource; ici il s'agit d'un cas également peu commun, et pour lequel je crois devoir réclamer vos conseils, plusieurs des membres de la Société s'étant prononcés pour une opération à laquelle les parents se refusent. Cette tumeur, qui occupe la région interne et palmaire de l'avant-bras dans plus de ses deux tiers supérieurs, et qui semble coexister avec une maladie du cubitus, se serait développée dans l'espace de quelques mois; sa cause première aurait été une contusion de l'avant-bras.

L'attention des parents ayant été attirée par la gêne que l'enfant éprouvait dans les mouvements d'extension de la main et des doigts et dans les mouvements de supination, et enfin par le volume que prenait l'avant-bras, ils se sont décidés à voir deux chirurgiens : l'un d'eux a fait une ponction exploratrice dans la tumeur, et il n'en est sorti que du sang. Tous les deux, du reste, examinant attentivement les rapports de cette tumeur, qui n'appartient ni aux lipomes, ni aux abcès froids, ni aux enchondromes, mais plutôt aux tumeurs fibreuses qui naissent du périoste, et prenant en considération la déformation du cubitus et les adhérences intimes qui l'unissent aux muscles de l'avant-bras, et enfin le peu de chances de succès d'une dissection longue et peut-être incomplète, ont conseillé, d'après le dire des parents, un parti extrême, l'amputation du bras, qui a été repoussée.

L'enfant est depuis trop peu de temps dans mon service pour que mon opinion soit définitivement arrêtée; mais comme l'examen que j'ai fait de la jeune malade me fait aussi pencher pour l'amputation du bras, j'ai cru de mon devoir de consulter la Société.

M. HUGUIER, considérant la marche rapide de la maladie, la facilité avec laquelle les opérations guérissent chez les enfants et l'état d'intégrité de la main, pense qu'il faudrait faire l'extirpation de la tumeur en réséquant toute la portion malade du cubitus. Cet os est bien moins important pour les fonctions de la main que le radius, qui paraît sain, et pourrait suffire pour conserver au membre sa forme naturelle et une partie de ses fonctions.

M. LARREY. La tumeur de l'avant-bras chez l'enfant que nous présente M. Marjolin offre quelque analogie avec le kyste osseux du poignet que j'ai montré l'année dernière à la Société (1). C'est ici l'extrémité supérieure du cubitus au lieu de l'extrémité inférieure du radius qui est le siége de la maladie, et la tumeur est parvenue à un degré de développement beaucoup moindre; mais, à part ces différences, les deux cas me semblent comparables entre eux.

Ayant essayé chez mon malade l'extirpation partielle, j'ai dû pratiquer l'amputation du membre, et je crains que la même indication ne devienne nécessaire chez la petite malade de notre collègue. La résection du cubitus ou l'ablation seule de la tumeur serait sans doute bien préférable au point de vue de la chirurgie conservatrice; mais cette opération, outre les difficultés à prévoir, serait insuffisante si la tumeur osseuse a des connexions ou des adhérences profondes avec les différents tissus de cette région, si surtout ils sont altérés en même temps. L'amputation deviendrait alors inévitable pour sauver la vie de la malade.

Reste à savoir si elle devrait être pratiquée plus tôt que plus tard. Je serais d'avis de la différer, en soumettant l'enfant à une médication générale susceptible de la préparer mieux à cette opération, à moins qu'elle ne favorisât l'heureuse influence du jeune âge pour améliorer, sinon pour guérir la tumeur.

M. VERNEUIL pense que dans les tumeurs fibro-plastiques ou cancéreuses des membres on ne gagne rien à marchander les sacrifices. Après l'extirpation de la tumeur il y aura très-probablement récidive, et l'on sera forcé d'amputer le bras à sa partie supérieure. D'ailleurs, de quelle utilité serait le membre conservé, en admettant la possibilité de la guérison? Le radius restera sans solidité quand il n'aura plus l'appui du cubitus; en outre, le nerf cubital sera certainement divisé, et probablement aussi le médian; enfin les muscles seront à peu près tous enlevés plus ou moins complétement, excepté les radiaux et les muscles du pouce. La main resterait donc avec ses doigts fléchis, sans aucune possibilité de mouvement.

M. Verneuil insiste sur ce que, dans les lésions organiques, il ne faut pas craindre les moyens radicaux.

M. ALQUIÉ fait observer que le diagnostic est à peu près certain, mais qu'il peut cependant y avoir erreur, et que l'on aurait bien des regrets si, après l'amputation faite de prime abord, on reconnaissait que la tumeur ne soit pas cancéreuse. Il propose donc un parti qui est d'accord avec les principes qu'il professe en pareil cas; ce serait de mettre la tumeur à nu, de façon à bien reconnaître sa nature et ses connexions avec les os. Si on trouvait que la tumeur est de nature bénigne et n'intéresse pas le radius, on pourrait l'enlever; le nerf cubital serait seul intéressé, car le nerf médian placé en avant de la tumeur pourrait être conservé. Si la tumeur, au contraire, était cancéreuse, ou que son extirpation dût entraîner trop de désordres, on ferait sans regret une amputation dont la nécessité serait démontrée.

M. ROBERT, qui avait déjà observé cette enfant, regarde comme évident qu'on ne pourra enlever cette tumeur sans sacrifier le cubitus en tout ou en partie. Il approuve complétement les raisons que M. Verneuil a empruntées à la physiologie du membre. En outre, la petite malade ne lui paraît pas en état de supporter l'extirpation du cubitus, qui est toujours fort laborieuse. Du reste, il pense que M. Alquié a raison de proposer de vérifier d'abord la nature de la tumeur; mais si on la trouve formée d'un tissu lardacé, il faudra faire immédiatement l'amputation.

M. HUGUIER soutient l'avis qu'il a émis. Il n'a pas proposé d'enlever le cubitus en totalité, mais seulement ses deux tiers supérieurs; et cet os, situé sous la peau, est facile à isoler des parties voisines. On a objecté que le radius restant seul à la partie supérieure, serait sans solidité; mais il s'ankyloserait certainement avec l'humérus par suite de la lésion que l'opération causerait à l'articulation huméro-radiale. Enfin, M. Huguier insiste sur l'importance qu'il y a à conserver un avant-bras et une main, alors même que le pouce seul jouirait de ses mouvements.

M. MARJOLIN n'a la malade dans son service que depuis trois jours, et il compte la soumettre pendant quelques jours à un traitement interne avant de prendre un parti. Ce qui le ferait reculer devant l'extirpation, c'est qu'on ne connaît pas les rapports de la tumeur avec les muscles. Si elle était enkystée et les muscles intacts, il ferait l'extirpation sans craindre la suppuration, que les enfants supportent très-bien lorsqu'on a soin de soutenir leurs forces. Mais il croit qu'ici les muscles atrophiés sont pris dans la tumeur; c'est pour cela qu'il est d'avis de pratiquer l'amputation.

M. RICHET n'est pas éloigné de l'opinion de M. Huguier. Ces tumeurs, nées sous le périoste, s'en enveloppent et restent isolées des parties voisines, comme il l'a vu sur une tumeur sous-périostique de la cuisse qu'il a enlevée avec une portion du fémur. Le malade mourut d'une suppuration du genou. Dans le cas présent, M. Richet croit que la tumeur peut être énucléée. La difficulté serait de disséquer le nerf cubital, qu'il faudrait probablement couper; mais on n'aurait pas besoin de toucher au nerf médian. En un mot, cette opération serait plus difficile que l'amputation, sans doute, mais elle serait possible. Quant à l'utilité du radius resté seul, il pourrait très-bien soutenir la main. C'est ce qui est arrivé à un homme à qui Blandin avait enlevé les deux tiers inférieurs du cubitus, et qui conserva les mouvements de sa main. La portion d'os enlevée était remplacée par du tissu fibreux de nouvelle formation. En résumé, M. Richet pense qu'avant d'amputer, il faut tenter l'extirpation de la tumeur.

M. VERNEUIL fait observer que le malade de M. Blandin avait une carie et non pas une affection organique du cubitus. Il admet deux espèces de chirurgie conservatrice, celle qui conserve les membres, et celle qui conserve la vie des malades; il craint que l'extirpation proposée, en conservant le membre, n'expose la vie de l'enfant.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. MARJOLIN annonce qu'il a reçu une lettre de M. Decès (de Reims) relative aux vices de conformation de la main, et qu'il en donnera communication lorsque M. Deguise terminera son observation.

— M. HOUEL fait hommage de sa thèse sur les plaies et les ruptures de la vessie.

— M. JAMAIN adresse également sa thèse sur les plaies du cœur.

— M. LE PRÉSIDENT adresse, au nom de la Société, des remercîments à MM. Houel et Jamain.

RAPPORT.

M. BOUVIER lit un rapport sur les travaux de M. Crocq (de Bruxelles).

Sur la proposition de M. Larrey, appuyée par MM. Robert et Huguier, le rapport de M. Bouvier est renvoyé au comité de rédaction.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie,* 27 février et 9 juillet 1856.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Charles Clément, médecin honoraire des hôpitaux civils de Paris, est mort mardi dernier 5 mai, à l'âge de soixante-treize ans.

— M. le docteur Laugier, second chirurgien en chef à l'Hôtel-Dieu de Toulon, vient de succomber, jeune encore, à une longue maladie.

— M. le docteur Clerc commencera son cours public sur les maladies syphilitiques le mardi 12 mai, à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 2, à midi, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De l'anesthésie appliquée à l'art des accouchements; par M. le docteur Hippolyte BLOT, ex-chef de clinique d'accouchement à la Faculté. Broch. in-8°. Chez Victor Masson.

Des kystes des mâchoires; par M. A. DUCHAUSSOY, docteur en médecine. Broch. in-8°.

Le Gérant,
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 56. — MARDI 12 MAI 1857. (30e ANNÉE.) N° 56. — MARDI 12 MAI 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 11 MAI 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Mandl continue à entretenir l'Académie de ses nouvelles recherches sur l'anatomie de structure. Son dernier mémoire a pour objet l'étude de la structure et du développement des poumons. M. Ch. Rouget, qui a déjà communiqué à l'Académie des recherches sur les appareils érectiles, lui a envoyé dans la dernière séance une note complémentaire sur les appareils musculaires et érectiles des glandes séminales dans les deux sexes. Le mémoire de M. Mandl et la note de M. Rouget ont été renvoyés à la commission du prix de physiologie expérimentale.

Dans un mémoire sur les paralysies symptomatiques de la compression intra-crânienne, M. Ancelet s'est proposé d'établir que les paralysies dépendent de la compression et non de l'inflammation ou des déchirures du cerveau, et de la compression médiate ou immédiate des parties nerveuses périphériques et non de la substance cérébrale elle-même. Cette proposition aurait pour conséquence de dégager des lésions du cerveau tout ce qui a trait aux troubles de la motilité, de la sensibilité et du sens, et de restreindre son action pathologique aux altérations des facultés intellectuelles ; mais ainsi dépouillée de ses éléments de démonstration, c'est-à-dire des faits même sur lesquels elle s'appuie, elle ne peut être acceptée que sous bénéfice d'inventaire.

On se rappelle que M. Flourens, dans une de ses dernières communications, a entrepris de mettre d'accord Haller et J. L. Petit sur la question de la sensibilité des tendons, c'est-à-dire de montrer que les tendons sont sensibles comme le voulait J. L. Petit, insensibles comme le prétendait Haller, suivant qu'on les examinait à l'état pathologique ou à l'état sain. Un interne distingué de Charenton, M. Linas, a communiqué un fait qu'il a eu l'occasion d'observer tout récemment dans cet établissement, et qui confirme les résultats des expériences de M. Flourens en ce qui concerne la sensibilité pathologique des tendons.

M. le professeur Alquié (de Montpellier) a communiqué le fait très-intéressant d'une femme dont les ovaires contenaient les débris de dix fœtus dans des cavités distinctes et semblables. L'étendue de cette observation ne permettant pas de l'insérer aujourd'hui dans le compte rendu, nous la publierons dans un prochain numéro, avec les commentaires dont l'auteur l'a fait suivre.

L'Académie a procédé, dans cette séance, à la nomination de la commission chargée d'examiner les pièces admises au concours pour le prix de physiologie expérimentale. Font partie de cette commission MM. Bernard, Flourens, Coste, Milne Edwards et Serres. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Des éléments morbides et des complications dans les maladies.

Lorsque l'examen méthodique d'un malade a fait découvrir au clinicien que plusieurs appareils sont gravement engagés et qu'une réaction fébrile intense domine la scène pathologique, le désespoir s'empare bientôt du médecin. Il lui semble impossible de lutter avec avantage ; aussi le voit-on, au lieu d'opérer une retraite honorable, au lieu de reprendre même l'offensive, rester spectateur inactif du combat que se livrent l'organisme et la maladie. Il est cependant des cas où il est permis d'espérer beaucoup plus qu'on n'espère d'ordinaire, et je m'empresse d'appuyer cette proposition par quelques exemples empruntés à notre service.

Au n° 6 de la salle Sainte-Agnès est couché un homme de trente-six ans. Depuis huit ans, il était sujet à des accès d'asthme nerveux revenant le soir, mais disparaissant à de certains intervalles ; il n'éprouvait d'ailleurs aucun autre accident. Un peu plus tard, il devint *habituellement* oppressé, et contracta facilement des rhumes. Il y a un an à peu près, l'état général du malade commença à s'altérer notablement : il se manifesta de la fièvre, de l'inappétence, de l'abattement des forces et de l'amaigrissement. Cet homme entrait pour la première fois à l'Hôtel-Dieu il y a cinq mois. Il en sortit, mais pour nous revenir naguère dans des conditions de santé vraiment déplorables.

Nous constatâmes une gêne formidable de la respiration, gêne augmentant encore pendant la nuit, au point de rendre la suffocation presque imminente ; une expectoration très abondante et de nature muroso puriforme, une fièvre vive. Le plessimètre accusait un son obscur au sommet des poumons. L'oreille percevait des craquements humides, du gargouillement, une respiration amphorique et du retentissement de la voix. Tandis que les parois thoraciques étaient aplaties sous les clavicules, on remarquait de la voussure dans toute la partie inférieure de la poitrine, et l'auscultation de cette région décelait des bruits respiratoires faibles, mélangés à des râles sibilants et à quelques ronchus sous-crépitants.

Ce malade était affecté de tubercules pulmonaires arrivés au ramollissement, de cavernes aux sommets, de bronchite, d'emphysème et d'asthme nerveux ! Il y avait de quoi perdre courage en présence d'un tel groupe d'affections se compliquant les unes les autres. Je compris que cet homme était voué à une mort certaine et peut-être très-proche, mais je ne voulus pas lâcher prise : je laissai de côté l'affection tuberculeuse, et ne m'attaquai qu'à ce qui était attaquable, c'est-à-dire au catarrhe et à l'asthme. Mon but fut atteint, et tout à l'heure je vous dirai comment.

Au n° 14 de la salle Sainte-Agnès est couché un vieux chiffonnier ; il se dit âgé de soixante ans, mais il en paraît bien soixante-quinze. Il raconte qu'il a depuis vingt ans un asthme diurne, mais que depuis quelque temps son accès apparaissait dans la nuit, vers trois heures du matin, pour ne se terminer qu'à dix ou onze heures de la matinée. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, on constata une affection organique du cœur, une fièvre très-vive, une voussure manifeste des parois de la poitrine, beaucoup d'oppression et une expectoration mucoso puriforme.

Cet ensemble d'éléments morbides et de complications avait imprimé à sa physionomie une telle allure moribonde, que tous ceux qui le virent arriver pensèrent à une autopsie pour le lendemain. L'autopsie n'a cependant pas été faite, et dans un instant vous saurez pourquoi.

Il faut prendre l'habitude de bien reconnaître les *éléments* d'une maladie, si l'on veut combattre avec succès ses *complications*. Éléments et complications sont deux choses très-différentes. Voici par exemple une maladie traversée dans son cours par des accidents quelconques ; ils agiront sur elle comme complications, mais ils n'en changeront nullement la nature. Qu'un élément morbide vienne au contraire à se manifester, et non seulement il compliquera la maladie, mais encore il la dominera.

Un individu est sous l'empire d'une diathèse herpétique : il est dartreux, et cependant il n'a pas de dartres aujourd'hui ; mais qu'il prenne froid, qu'il contracte une angine, et aussitôt l'élément herpétique pourra entrer en action, devenir complication, dominer la scène pathologique, et donner naissance à une angine dartreuse.

Chez le goutteux, l'expression diathésique surviendra à propos d'un léger effort qui aura porté sur une articulation. Le premier venu en eût été quitte pour une simple entorse ; mais ici cette entorse, compliquée de l'élément goutteux *in actu*, sert de prétexte à un accès de goutte qui se localisera vers l'articulation endolorie.

Un individu prend un chancre qui s'indure, puis se cicatrise ; la diathèse syphilitique est dès lors en puissance : dans six semaines, elle se manifestera par une éruption de roséole ; un peu après, par des accidents du côté de la gorge ; plus tard, par un coryza spécifique. Supposez que dans ces conditions il survienne à la

ANECDOTES SUR ANTOINE PORTAL (1).

Portal qui, pendant une longue suite d'années, enseigna avec un grand succès l'anatomie de l'homme au Jardin du roi et la médecine au Collége de France, qui publia un grand nombre d'ouvrages, parmi lesquels son *Anatomie médicale* tient le premier rang ; Portal, convaincu que le charlatanisme procure facilement le succès, ne craignit pas de l'employer au début de sa carrière. Il racontait lui même dans ses leçons les moyens qu'il avait mis en usage pour se faire connaître. Il envoyait à deux ou trois heures du matin son domestique avec une voiture dans une des belles rues du faubourg Saint Germain ou de la Chaussée d'Antin. L'adroit domestique frappait à la porte de tous les hôtels, réveillait les portiers, et leur disait avec vivacité : « Avertissez promptement M. Portal que je viens le chercher avec une voiture pour se rendre chez le prince un tel, qui se meurt. — Je ne connais pas M. Portal, disait le portier. — Comment, vous ne connaissez pas le plus habile médecin de Paris, qui demeure dans telle rue ? — Non. — Cependant je viens de chez lui ; on m'a dit qu'il était dans votre hôtel, près d'un malade. — Il n'y a pas de malade ici. — Ah ! pardon, je me suis trompé de numéro... » Et il allait plus loin répéter la même scène.

Le lendemain, tous les portiers, en balayant le devant de l'hôtel, se racontaient le réveil de la nuit. L'un disait : Il faut que ce soit un médecin bien savant, car ce domestique venait de très-loin. Comment ! s'il est savant, disait l'autre ; c'est le médecin des princes. Des portiers, ces propos allaient aux femmes de chambre, de celles-ci à leurs maîtresses ; et au premier malaise, à la première vapeur, on appelait le fameux docteur, qui ne manquait pas de se montrer reconnaissant envers ses protecteurs d'antichambre.

Il avait aussi l'habitude de se faire inscrire à la porte d'un ambassadeur étranger qui arrivait à Paris ; Son Excellence lisait sur la carte de visite : Portal, médecin du corps diplomatique.

Plusieurs considéraient cette qualification comme un titre, et le faisaient appeler, croyant céder à un usage établi.

⁂ A l'époque de sa plus brillante renommée, et alors qu'après bien des ruses, bien des stratagèmes qui n'étaient pas exempts de soucis, il était parvenu à tenir le haut du pavé de Paris, une vieille comtesse anglaise lui envoya en toute hâte sa voiture, au milieu d'une nuit froide et pluvieuse, avec invitation très-pressante de passer de suite à son hôtel pour mettre fin à une parturition excessivement laborieuse.

Portal, muni de sa trousse et de son forceps, monte vite dans le carrosse. Dix minutes après, il descendait dans l'avant cour d'une des plus somptueuses demeures du faubourg Saint Germain.

A peine s'est-il fait annoncer, qu'une vieille milady tout éplorée se précipite au-devant de ses pas, lui serre avec une vive émotion les mains, et le prie respectueusement de lui pardonner son irrévérence et sa douleur, le suppliant à chaudes larmes d'arracher de suite à une mort trop certaine sa chère levrette Alba. Cet animal venait à l'instant même d'accoucher, dans des convulsions horribles, de deux trop gros enfants ; elle n'était pas délivrée, se trouvait en proie à une violente attaque de nerfs.

Le premier mouvement du célèbre médecin, comme on doit bien le penser, fut un mouvement d'indignation. « Quoi, se dit-il tout bas en se mordant les lèvres, encore une mystification ! »

Cependant la douleur de la comtesse paraissait si naturelle, que Portal se rappela les exigences parfois si ridicules de certains clients, et il n'eut plus devant les yeux que le prix de ses honoraires.

Vite on l'introduit dans une chambre bien close, et là il voit étendue devant un bon feu et sur un doux édredon, une charmante levrette de la plus pure blancheur, prise en effet de convulsions éclamptiques.

Auprès d'elle, et sur un sofa, une mistress aux yeux compatissants tenait dans son giron deux lévriers naissants, blancs comme la neige, qu'elle lavait à l'eau de savon. — Plus de surprise, plus d'indignation. — Jetant alors des yeux attendris sur l'excellente comtesse : « Je pardonne, madame, à votre sensibilité, dit Portal, car je ne vois que trop que la maternité n'a pu être obtenue qu'au prix d'horribles souffrances ; mais pouvait-il en être autrement, lorsqu'on compare la faiblesse des organes de votre élégante levrette à l'énorme volume de la tête de ses nourrissons.

» Assurément, madame, vous avez été imprudente, pardonnez moi cette vérité de langage. Vous aurez mis votre délicate levrette en rapports d'amour avec un trop gros lévrier... — Oui, docteur, vous devinez juste ; mais c'est la faute de mon cocher, avec un monstre de lévrier. »

Portal fit placer la pauvre levrette dans un grand bain tiède ; sa blanche mais douloureuse tête fut soutenue mollement au-dessus du bain par sa tendre maîtresse ; lui-même ne dédaigna pas d'éponger cette tête d'albâtre avec de l'eau froide ; cependant, comme la délivrance se faisait attendre bien impatiemment, malgré cette sédative médication, une pince en argent fut accrochée à la portion apparente du placenta, et, à l'aide de douces tractions et au milieu des sanglots de la comtesse, Portal mit promptement fin à l'opération. Les convulsions cessèrent ; et le docteur, qui savait son monde, profita de l'instant où la reconnaissante levrette léchait tendrement les mains de son heureuse maîtresse pour demander une plume, de l'encre et du papier ; il formula un breuvage anodin, et en même temps une note d'honoraires moins anodine, qu'il eut le soin d'acquitter. La comtesse lut cette note ; ses yeux parurent un peu surpris, mais ils conservèrent leur fierté.

Vingt-cinq louis en or bien sonnant furent à l'instant enveloppés

(1) Nous publions ce travail de notre honorable confrère M. Cabaret, bien qu'un grand nombre de nos lecteurs connaissent une partie des faits qui y sont rapportés ; mais ces anecdotes ne seront peut-être pas sans intérêt pour la nouvelle génération médicale, qui ne connaît guère Portal. (*Note de la rédaction.*)

peau une solution de continuité, et la plaie pourra se compliquer de l'élément syphilitique.

L'asthme — qui peut-être bien est une des formes de la goutte — est une maladie diathésique. Un homme, à l'occasion d'un changement de température, sous l'influence d'une émotion morale, ou parce qu'il aura respiré certaines poussières, perçu le parfum de quelques plantes, ou mangé des aliments particuliers, éprouvera tout à coup de violents accès d'asthme; puis il restera plusieurs mois, un an, deux ans peut-être, sans rien ressentir. C'est que l'asthme est une diathèse, et que, comme la goutte, les dartres et la syphilis, il agira, à un moment donné, comme complication, et constituera un élément morbide des plus importants.

Prenez pour exemple, si vous le voulez, un sujet né de parents scrofuleux. Rien chez lui n'indique la scrofule; mais arrive un rhumatisme: les articulations seront tuméfiées, douloureuses, et, dans quelques cas, si sérieusement compromises qu'elles deviendront le siége d'une tumeur blanche! Ou bien, à l'occasion d'une piqûre de sangsue, en apparence si inoffensive, la petite plaie s'envenimera; une angioleucite se déclarera, les ganglions cervicaux se prendront, et vous pourrez voir ces accidents, sans gravité chez tout autre, se revêtir d'une forme alarmante.

Il est donc bien entendu que dans un grand nombre de circonstances, les éléments diathésiques viennent compliquer et dominer la maladie. Or, lorsque nos moyens thérapeutiques peuvent lutter avec avantage contre l'expression de la diathèse, qui si souvent se jette à la traverse d'une affection aiguë ou chronique, ils détruisent la complication. Eh bien, je n'ai rien fait de plus pour nos malades, comme vous allez le voir.

Chez l'homme du n° 6, j'avais reconnu l'asthme; car, pour s'être greffé sur un catarrhe, sur l'emphysème pulmonaire, sur les tubercules et les cavernes, il n'en avait pas moins conservé son individualité propre. Je devais tout d'abord attaquer l'asthme, et tout le monde sait qu'il est attaquable par les préparations de stramoine, par le papier nitré et par certaines substances aromatiques. Je me suis adressé à ces médicaments, et ils ont répondu à mon attente: un problème pathologique était à résoudre, j'ai commencé par dégager une inconnue.

Dans les cas de catarrhe chronique, d'emphysème pulmonaire, l'asthme est une complication grave: les accès de dyspnée se surajoutent à l'oppression habituelle et engendrent des accidents dont l'expression phénoménale est souvent terrible, quelquefois funeste. Que s'est-il passé chez le vieux chiffonnier du n° 14? Après avoir fumé trois pipes de datura, après avoir pris quelques tasses d'infusion aromatique, il a pu dormir pendant la nuit, et le lendemain matin il demandait à manger. Depuis il n'a plus eu d'accès d'asthme. Sans doute le catharre pulmonaire et la maladie du cœur ont persisté, — ils persistent même encore, — mais j'ai débarrassé cet homme de sa complication, et j'ai mis fin à ces accès de dyspnée qui, venant s'enter sur l'oppression causée par l'emphysème et les lésions bronchique et cardiaque, pouvaient amener la suffocation.

Quant au catarrhe qui, pour sa part, compliquait l'emphysème, je devais aussi l'attaquer. J'ai fait prendre au malade du sirop de térébenthine; il avait une blennorrhagie pulmonaire, je l'ai combattue, comme on a l'habitude de combattre les blennorrhagies, par les préparations balsamiques. Cette autre complication une fois détruite, il n'est plus resté que l'emphysème et l'affection du cœur, lésions matérielles contre lesquelles je ne peux plus rien. Cet homme est guéri, mais, entendez-le bien, guéri des accidents qui l'avaient conduit presque mourant à l'hôpital, seulement il demeure sous l'empire de la diathèse asthmatique, dont j'ai momentanément fait taire les manifestations.

Pour notre pauvre tuberculeux du n° 6, les difficultés étaient plus sérieuses, et cependant les résultats ont été presque les mêmes. Le datura et la belladone ont prévenu les accès d'asthme et procuré du sommeil, le sirop de térébenthine a calmé le catarrhe, modéré l'expectoration, et le malade n'a plus gardé qu'un certain degré d'oppression produit par l'emphysème et les tubercules. Mon rôle est fini maintenant: j'ai apporté du soulagement et retardé l'issue fatale.

Il est des circonstances où un élément morbide important, mais dont la manifestation n'est pas bien évidente, peut devenir dans le cours d'une maladie aiguë une complication parfois terrible.

Un individu a longtemps habité un pays marécageux; il y a contracté la fièvre intermittente, mais il a été guéri. Cependant il porte des stigmates qui trahissent l'infection palustre: il a le teint jaune-pâle des cachectiques, et est atteint d'un engorgement notable de la rate, ainsi que d'une hypertrophie du foie. La guérison n'est pas radicale, tôt ou tard la diathèse réapparaîtra. Un beau jour, il prend une fluxion de poitrine: les choses se passent d'abord régulièrement; vous entendez les râles de retour vers le huitième ou le neuvième jour, et vous vous empressez d'annoncer l'heureux dénoûment.

Le lendemain, le malade vous dit que, sans s'être exposé au froid, il a ressenti du frisson la veille vers les quatre heures, qu'il s'est ensuite réchauffé, et que pendant la nuit il a été tout en sueur. Vous ne prêtez pas une grande attention à ces paroles; que craignez-vous d'ailleurs, la pneumonie n'est-elle pas en bonne voie?

Le surlendemain, les accidents se montrent par anticipation douze heures plus tôt, le frisson dure quatre, cinq ou six heures; la fièvre s'accompagne de coma et de stupeur, puis une abondante diaphorèse termine tout.

Vous êtes mandé en hâte, et vous remarquez que la peau, encore humide, est comme macérée, que les pupilles sont dilatées, que l'intelligence est vacillante, que la débilité est excessive. Prenez-y garde, cet homme sera mort après-demain si vous n'agissez pas sur-le-champ, car il a une fièvre pernicieuse; il se souvient de l'empoisonnement palustre. Les faits de ce genre sont surtout communs dans les pays où la fièvre intermittente sévit endémiquement.

Dans des occasions pareilles, ne perdez pas votre temps à chercher un point de suppuration dans le poumon enflammé, à expliquer les frissons par quelques traces incertaines d'épanchement pleural, c'est plus loin qu'il faut aller. Remontez aux antécédents, voyez s'ils ne vous révéleront pas l'existence d'une diathèse acquise ou constitutionnelle: vous comprendrez de suite la gravité de la situation, et l'urgent besoin qu'il y a pour vous de prescrire le quinquina si c'est une infection palustre qui est en cause. Vous couperez court aux accès, et le troisième, qui eût tué votre malade, ne se produira pas. Cette fois au moins un légitime orgueil vous sera bien permis, et vous pourrez dire à bon droit: *J'ai guéri mon malade.*

Dr LEGRAND DU SAULLE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

sur l'action du perchlorure de fer à propos de quatre cas de tumeurs anévrysmales.

Par le docteur E. SOULÉ, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux et membre correspondant de la Société de chirurgie.

La thérapeutique des anévrysmes et autres lésions du système vasculaire sanguin s'est enrichie depuis peu d'une méthode nouvelle. Se fondant sur des expériences multipliées tentées sur les animaux et sur l'essai comparatif de l'action de diverses substances chimiques sur le sang, Pravaz crut avoir trouvé dans l'injection d'une solution concentrée de perchlorure de fer un moyen destiné à remplacer la ligature. Cette idée, patronée par des autorités considérables, s'est produite devant les académies. Des essais tentés dans divers hôpitaux de Paris et de province n'ont pas tardé à fournir à M. le professeur Malgaigne une statistique qui a servi de base au discours remarquable que cet honorable académicien prononça dans la séance du 9 novembre 1853.

Depuis cette époque, et malgré la vivacité de l'attaque, deux nouveaux faits auxquels on ne peut refuser une importance majeure se sont produits. M. Valette (de Lyon) et M. le professeur Jobert ont chacun publié un cas de guérison de tumeur anévrysmale par le perchlorure de fer. Le premier de ces chirurgiens a même pu compléter son observation par l'examen de la pièce anatomique, son malade ayant succombé quelques mois après à une maladie intercurrente. De plus, des expériences d'une haute valeur ont été faites par MM. Giraldès, Debout, Leblanc, dans le but de préciser le degré qu'il convenait de donner à l'agent coagulateur. En voilà, je crois, assez pour prouver que la question ne peut être jugée que par de nouveaux faits, et qu'on ne doit pas accepter sans restriction les conclusions posées par M. Malgaigne.

Sans chercher, pour ma part, à attéquer en rien les accidents qui ont compliqué certains cas d'injections intra-artérielles, et sans prétendre non plus trouver dans cette méthode la déchéance de la ligature, je crois qu'il ne convient pas de conclure à sa radiation absolue. Tous les procédés thérapeutiques, en effet, ont eu leur temps d'enfance et d'imperfection, et ce n'est qu'avec le temps et qu'après observation qu'on les a simplifiés au profit de la science et de l'humanité. Nul ne chercherait, par exemple, à comparer les résultats que nous donne maintenant la ligature avec ceux qu'on obtenait alors que la théorie de l'anévrysme était mal connue, les rapports artériels faussement appréciés. N'a-t-il point fallu passer par les diverses époques de la méthode ancienne, par les chances beaucoup plus grandes de mort que donnait l'ouverture du sac, pour arriver aux procédés plus simples et plus inoffensifs d'Anel et de Hunter?

En présence de nouveaux faits, d'expériences nouvelles, le moment est venu où chacun de nous doit publier ce qu'il a fait et apporter ainsi sa pierre à l'édifice. Tel est, Messieurs, le motif qui m'a engagé à vous soumettre aujourd'hui quelques faits tirés de ma pratique chirurgicale. Je le fais d'autant plus volontiers, que je trouve ainsi une occasion de vous remercier directement de l'honneur que vous m'avez décerné en inscrivant mon nom parmi vos correspondants. Une autre raison m'y a engagé; vous n'avez pas, en effet, porté sur la nouvelle méthode un jugement anticipé, vous avez compris que la question ne pouvait être jugée que par un nombre de faits plus considérable que celui que nous possédons. En attirant sur cette thérapeutique l'attention des praticiens, M. Marjolin, votre secrétaire général, a dans son remarquable rapport annuel établi la position qu'avait prise ici la Société de chirurgie. Cette sage expectation est, je crois, plus profitable à l'humanité qu'une réprobation hâtive dont l'autorité peut se trouver plus tard compromise par les faits.

Le mémoire que j'ai l'honneur de vous lire a pour base quatre cas d'anévrysmes que j'ai eu à traiter en fort peu de temps.

L'injection intra-artérielle a été faite chez un des malades, c'est celui dont j'ai déjà eu l'occasion de vous entretenir, et dont M. le professeur Malgaigne a parlé dans son travail. Chez un autre, le sel ferrique m'a servi à me rendre maître d'hémorrhagies graves consécutives à l'ouverture d'une tumeur anévrysmale. Dans le troisième cas, la question de l'injection combinée avec la méthode de Brusdor a été vivement agitée. Il s'agissait ici d'un volumineux anévrysme de l'artère crurale, pour lequel j'ai pratiqué avec succès la ligature de l'artère iliaque externe. Enfin, le quatrième malade constitue un succès nouveau d'injection intra-anévrysmale.

OBS. I. — *Anévrysme traumatique de l'humérale droite, suite de saignée malheureuse. Ouverture de la tumeur deux mois après la ligature. Hémorrhagies graves auxquelles on remédie par un tamponnement à l'aide de bourdonnets imbibés d'une solution concentrée de perchlorure de fer. Guérison.*

Pierre Labat, vacher, âgé de vingt-cinq ans, fut dirigé sur une d

---

de papier, et remis avec courtoisie dans la main du docteur. Le fin Portal salua profondément; mais au moment où la porte se fermait sur ses pas, il crut entendre ces courtes mais expressives paroles: « Voici, mistress, une opération qui me coûte un peu cher. — *Yes, beloved countess!* — Mais c'est le célèbre docteur Portal... maudit cocher!.. monstre de lévrier!.. dit la comtesse. »

*** A peine âgé de vingt-quatre ans, et déjà docteur de la Faculté de Montpellier, il vint se fixer à Paris.

Il avait déjà le sentiment de sa valeur intellectuelle, et semblait prévoir sa future élévation. En se rendant à Paris, il rencontra sur le coche d'Auxerre deux jeunes gens, l'un étudiant en théologie, l'autre avocat, qui, comme lui, s'imposaient la plus rigoureuse économie dans leur voyage.

La similitude de position et d'espérances établit entre eux une étroite liaison; ils confondirent leurs pécules, et se communiquèrent leurs projets.

Dans un de ces épanchements confidentiels, que la longueur du voyage leur permit de renouveler quelquefois, Portal, soit que sa confiance en l'avenir fût plus grande, soit qu'il voulût égayer ses compagnons, en leur montrant dans le lointain des compensations à leurs privations actuelles, ne craignit pas de prédire les plus hautes destinées à chacun d'eux, sans s'oublier lui-même:

« Tu seras un jour président de cour souveraine ou avocat général, dit-il au disciple de Cujas; et toi, s'adressant à l'étudiant ecclésiastique, tu prêcheras à la cour et obtiendras l'épiscopat; quant à moi, je deviendrai professeur en médecine et premier médecin du roi. »

L'audacieux prophète parlait à Treilhard, depuis président du conseil d'État sous le premier empire, et à Maury, plus tard cardinal et archevêque de Paris.

Tout le monde sait que Portal, d'abord médecin-consultant de l'empereur Napoléon Ier, fut nommé à la Restauration premier médecin du roi Louis XVIII, poste éminent qu'il occupa encore pendant la durée du règne de Charles X.

A l'époque de la fondation de l'Académie royale de médecine, il devint président d'honneur perpétuel de cette compagnie.

*** Portal présenta au monde médical un véritable phénomène. Arrivé à l'âge de quatre-vingts ans, il faisait encore deux cours par an, ne manquait pas une séance de l'Institut, satisfaisait à une pratique nombreuse, et publiait chaque année quelque ouvrage sur son art. Il avait toute l'ardeur et l'ambition d'un homme de quarante ans; il cherchait les honneurs et les places avec une avidité qui contrastait avec l'âge de repos auquel il était arrivé comme avec ses infirmités. Si l'on produisait quelque travail nouveau, il réclamait bientôt l'antériorité, et ne manquait pas d'indiquer que trente ou quarante ans auparavant, il avait lu à l'Académie des sciences un mémoire sur ce sujet.

La maxime favorite qu'il se plaisait à répéter, c'est qu'en médecine on réussit mieux avec du savoir-faire qu'avec du savoir, — maxime peut-être vraie, mais peu consolante assurément pour le médecin digne de ce nom.

P. J. CABARET, D.-M.-P.

—

Nous empruntons à *Figaro* deux nouvelles à la main dans lesquelles ce spirituel journal nous donne un excellent spécimen des annonces et réclames des industriels qui touchent à notre profession.

*** M. Flourens s'occupait, dit-on, de retrouver l'élixir de longue vie et l'eau de Jouvence.

Il peut aujourd'hui se croiser les bras; ce qu'il cherche est trouvé, — et à Pontoise encore! — Pendez-vous tous à la même corde, en grappe, — savants du Collége de France!

Voici les propriétés de la chose, telles que les énumère dans ses prospectus, l'honorable M. Lefèvre, pharmacien à Pontoise, — non pas apothicaire! — Oyez! oyez ceci! c'est bon à savoir, j'espère, maintenant que la fin du monde approche:

« Avec l'usage journalier de ce trésor, on vit très-longtemps sain, » sans avoir besoin de saignées ni d'*autres* médicaments: il *aiguise* le » sang, ôte le tremblement des nerfs, *rend gai*, soulage les hydropi» ques, ôte les maux de cœur, ramollit le tympan aux sourds *en én* » insinuant dans le tuyau de l'oreille bouchée de coton, *apaise la rage* » d'une dent *creuse*, *restitue les couleurs*; c'est un *restaurateur* de » l'humanité; il est un préservatif contre les maladies contagieuses, » *fait pousser la petite vérole*, sans risque.

» Extérieurement, dans les plaies récentes, il agit comme détersif; » il est vulnéraire, *consolide* et empêche la suppuration. »

C'est bien, très-bien! encore en passons-nous et des meilleurs parmi les innombrables bienfaits de cet élixir! — Mais quel diable de besoin lui prend de « faire pousser » la petite vérole?

*** Connaissez-vous plus beau que l'affiche suivante? — On la trouve affichée à tous les coins de rue, — elle avait bien trouvé sa place au moins! — à tous les coins de rue de Marseille. La voici, telle que nous la copie — textuellement — un de nos correspondants:

« M. PARIS, bandagiste-herniaire, du NOUVEAU PROCÉDÉ des bandages sans ressort qu'on peut coucher avec; il se charge de maintenir en place les hernies les plus *difficiles* (— difficiles à nourrir?...) et même *les* donne à l'épreuve (— vous donnez des hernies à l'épreuve, monsieur Pâris?...) Est offert 500 fr. à la personne qui peut lui prouver que son procédé a été connu avant lui; on peut *même* avec ce procédé guérir les enfants, il *en* fait (— quoi! il fait des?... oh! fi, monsieur Pâris!) de tout genre (n'est-ce pas de *tout sexe* que vous voulez dire, monsieur Pâris?...) et raccommode les *vieux* (— les vieux..... enfants?...) et même les ressorts cassés à des prix modérés (— on casse des ressorts à des prix modérés?...) depuis 3 fr. jusqu'à 5 francs.

mes salles le 8 novembre 1853 pour une volumineuse tumeur du bras droit, datant de six mois.

A cette époque, ce malheureux jeune homme fut saigné au bras droit par une femme, qui, nous assure-t-il, n'est même pas accoucheuse. Tout indique que l'artère fut atteinte, le sang s'écoula en grande abondance et par un jet saccadé. Il devint nécessaire d'effectuer une compression très-active. Le bandage fut laissé trois jours en place. En l'enlevant, le malade remarqua une tuméfaction qui s'est accrue de jour en jour, et avec elle l'engourdissement du bras.

Lors de la rentrée du malade à l'hôpital, on constate une tumeur dure, rénitente, à teinte violacée dans une grande partie de son étendue, située à la partie antérieure et inférieure du bras, et empiétant largement sur les côtés. La mensuration donne 16 centimètres dans son diamètre vertical, et 23 pour le transversal. La circonférence du membre, dans le point où la tumeur a le plus d'amplitude, est de 38 centimètres.

Explorée avec soin à l'aide de la main, cette volumineuse tumeur ne présente que des battements faibles et seulement dans un point très-limité de la surface, en dedans et en haut. Le diagnostic pourrait donc offrir une certaine obscurité, s'il n'y avait pour l'établir, en premier lieu, les renseignements précis fournis par le malade; puis, un bruit de souffle isochrone aux pulsations artérielles. Ce dernier n'offre pas la même évidence dans tous les points de la tumeur. C'est ainsi que, très-fort vers la partie interne, il va en s'affaiblissant à mesure que l'oreille est portée vers le bord interne du bras. Le pouls radial est à peine perceptible; on remarque une atrophie légère de l'avant-bras.

Le 12 novembre, je pratique la ligature de l'huméral vers sa partie supérieure. Les suites de cette opération furent régulières; tout bruit anormal cessa immédiatement dans la tumeur. La réfrigération du membre fut de très-courte durée, et dès le lendemain, on percevait une légère ondulation sur le trajet de la radiale. Il me suffira de dire ici que la ligature est tombée le quatorzième jour, et que la plaie s'est régulièrement cicatrisée.

Quant à la tumeur, elle n'a subi aucune réduction pendant près de trois mois, et a seulement passé par divers degrés de densité. Dure d'abord, elle s'est peu à peu ramollie, au point de présenter une fluctuation des plus trompeuses. Elle donnait dans les derniers jours, au toucher, la sensation d'une masse élastique.

Pendant tout ce temps des moyens résolutifs variés furent mis en usage: pommades à l'iodure de plomb, à l'iodure de potassium, lotions avec le vin rouge additionné d'hydrochlorate d'ammoniaque, collodion, compression, et cela sans constater la moindre amélioration.

Le 18 janvier, plus de deux mois après la ligature, le malade fut pris d'accidents généraux, symptômes précurseurs d'un érysipèle, qui ne tarda pas à paraître. La marche de cet exanthème fut bornée, la tumeur seule en fut affectée.

Mais le foyer sanguin s'échauffa, un pertuis s'établit au centre.

Après m'être bien assuré de sa communication avec l'intérieur du kyste, et, en présence des accidents d'infection putride qui menaçaient le malade, je me décidai à ouvrir largement la tumeur. Cette manœuvre fut effectuée le 30 janvier.

Les caillots offraient une grande densité et une adhérence intime à la face profonde du kyste. Borné d'abord aux couches superficielles, le travail phlegmasique mit huit jours à produire la chute de cette masse fibrineuse. La surface qui succéda à cette vaste élimination était bien propre à inspirer des inquiétudes. Fongueuse et saignant au moindre contact, elle offrait en un point limité un caillot mamelonné, soulevé à chaque impulsion artérielle.

Jusqu'au 4 février, suppuration abondante et entraînant des détritus fibrineux. Le soir, l'interne du service, en procédant au pansement, eut à arrêter une hémorrhagie abondante et de nature artérielle. Il fit usage de bourdonnets de charpie imbibés d'eau froide.

Le 10 au matin, je trouve le malade en proie à une hémorrhagie très-abondante.

La compression de l'axillaire n'agissant que d'une manière très-imparfaite, il importe d'éviter au malade une troisième hémorrhagie. A cet effet, des bourdonnets de charpie imbibés d'une solution de perchlorure de fer à 40 degrés sont appliqués sur toute la surface de la plaie. Le malade accuse une vive douleur, mais qui est de fort courte durée. 16 grammes de solution ont été employés, l'hémorrhagie s'arrête instantanément; une compression modérée maintient l'appareil.

Au premier pansement, qui a lieu trois jours après, on trouve les tissus qui ont été mis en contact avec la solution, secs et comme momifiés. Depuis lors aucune trace d'hémorrhagie, la séparation de l'eschare produite par le perchlorure a démontré son peu d'épaisseur. Je ne puis mieux la comparer qu'à celle qui est la conséquence d'une cautérisation énergique avec le nitrate d'argent. Ajoutons que quelques abcès limités ont été ponctionnés au pourtour du tissu cicatriciel.

Le malade a été présenté à la Société de médecine de Bordeaux, dans sa séance du 10 avril, et la guérison constatée par nos collègues, il ne reste qu'un peu de roideur dans l'articulation huméro-cubitale. La solution de perchlorure a été employée telle qu'elle m'avait été fournie par M. Dauney, pharmacien des hospices (elle avait d'après ce chimiste 40 degrés de concentration).

Ce fait établit un premier point de haute importance, l'action inoffensive d'une solution concentrée de perchlorure de fer sur nos tissus, et cela malgré la quantité qui a été mise en usage. Lorsqu'il s'est agi, en effet, d'apprécier cette action, on s'est écrié: Le perchlorure est éminemment caustique, désorganisateur; quelques gouttes injectées dans une tumeur anévrysmale suffisent pour frapper d'une inflammation désorganisatrice les parois du sac. Cheminant avec le sang, si la circulation n'est pas complétement arrêtée, il imprimera le sphacèle sur tous les tissus avec lesquels il se trouvera en contact.

Cette crainte a été partagée par l'auteur de la méthode. On recommande de doser avec une exactitude extrême l'agent coagulateur, on invente un instrument d'une précision très-grande, à l'aide duquel il sera désormais possible de calculer le nombre de gouttes qu'il faut injecter selon la capacité de l'anévrysme.

Si cependant on examine les cas dans lesquels l'injection méthodique du perchlorure de fer dans les anévrysmes a entraîné des accidents, on ne tarde pas à remarquer que ce n'est pas en général la première manœuvre, mais bien la seconde, la troisième, qui ont produit ces phlegmasies si redoutées, et qu'il faut ici tenir compte de la cause mécanique, de la ponction elle-même. Ne pourrait-on pas en déduire ce précepte, qu'il ne faut plus chercher désormais à guérir les anévrysmes par des injections successives, mais bien au contraire dépasser les doses insuffisantes de perchlorure auxquelles on avait voulu réduire chacune d'elles, et pratiquer immédiatement la ligature, lorsqu'une première injection aurait échoué, ou menacerait le sujet d'accidents inflammatoires?

On ne peut nier l'influence heureuse exercée ici par le perchlorure. Nous voyons en effet un anévrysme très-volumineux, d'origine traumatique, s'enflammer deux mois et demi après la ligature de l'artère. La détersion du sac laisse à nu une surface fongueuse, saignant au moindre contact. Des pulsations énergiques animant un caillot, rendent une hémorrhagie redoutable. Cet accident se présente une première fois, et peut être réprimé par un tamponnement énergique, associé aux réfrigérants. Mais l'écoulement sanguin se renouvelle avec une activité beaucoup plus forte. La modification profonde imprimée aux tissus par le perchlorure de fer à haute dose, fait complétement cesser tout vestige d'hémorrhagie.

Dans la savante discussion soulevée au sein de l'Académie de médecine par la communication de M. Malgaigne, on a eu plus particulièrement en vue les accidents que cet agent thérapeutique pouvait entraîner lorsqu'il était primitivement appliqué à la cure des anévrysmes. Son action dans les conséquences possibles des ligatures a été passée sous silence. Elle mérite cependant d'être envisagée. Car si la ligature nous a permis de conjurer les accidents consécutifs à l'emploi de la nouvelle méthode, ne devons-nous pas, en toute justice, signaler les cas dans lesquels cette catégorie d'opérations a pu être favorablement influencée par l'usage du perchlorure de fer?

L'hémorrhagie n'est-elle pas après le sphacèle du membre une des causes les plus fréquentes de l'insuccès après les ligatures artérielles? N'est-ce pas là l'accident qui vient à une époque variable détruire les espérances du chirurgien et ébranler la confiance des malades, obligés quelquefois de se soumettre à des opérations successives?

Que l'écoulement sanguin soit la conséquence du défaut d'organisation du caillot, et qu'il ait lieu par la plaie de l'opération ou par l'anévrysme lui-même, dont le contenu n'a pu se résorber et a amené l'ulcération de la poche, le perchlorure de fer pourra rendre d'importants services; il en sera de même dans les cas de plaies artérielles, pour lesquelles la méthode ancienne peut être difficile à appliquer. Le gonflement, l'empâtement des tissus, des anomalies possibles de position peuvent rendre cette recherche pénible. Le tube artériel peut même échapper à nos investigations, et le chirurgien se trouver dans la triste nécessité d'effectuer de grands désordres pour arriver jusqu'au vaisseau.

Nous trouvons encore des conditions d'application pour le perchlorure dans l'existence d'une hémorrhagie déclarée dans des tissus en suppuration à la suite d'une élimination par sphacèle, dans une plaie par arme à feu, par exemple. Ici la ligature entre le cœur et la lésion entraînera les mêmes inconvénients que dans toute plaie artérielle; pratiquée sur place, elle aura aux yeux de plusieurs chirurgiens qui partagent encore les idées de Dupuytren l'inconvénient d'exposer à une hémorrhagie prochaine par suite de la mise en contact du fil avec des tuniques artérielles rendues plus friables par un travail inflammatoire.

Mais pour avoir un résultat prompt et durable, il faut ici employer une solution suffisamment concentrée, qui modifie assez profondément les tissus. Une condition non moins importante de succès gît dans l'application immédiate de l'hémoplastique sur le siége de l'hémorrhagie. Tant qu'on se bornera à appliquer un hourdonnet imbibé de solution sur un orifice étroit, la présence des caillots interposés empêchera la coagulation, et l'hémorrhagie se reproduira, ainsi que cela m'est arrivé dans le traitement d'un petit anévrysme traumatique dont j'ai communiqué l'histoire à la Société. Je trouve dans l'observation de l'anévrysme brachial de quoi légitimer le précepte d'un large débridement, et me demande ce qui fût arrivé si, au lieu d'ouvrir largement la tumeur dans toute son étendue, j'eusse laissé à la nature le soin de pourvoir à l'élimination de son contenu. Les accidents d'infection purulente étaient imminents dans ce cas et l'hémorrhagie bien plus redoutable. Sans notion sur son siége précis, je demeurais désarmé en présence de cette éventualité et le danger pressant, obligé de sacrifier le membre, ainsi que cela a été fait dans maintes circonstances analogues.

En insistant ainsi, messieurs, sur les services que le perchlorure de fer peut rendre comme hémostatique, j'espère rencontrer peu de contradicteurs; presque tous les chirurgiens, je crois, sont d'accord à cet égard. Les expériences sont trop concluantes pour laisser matière au doute. Les seules variantes dans l'opinion portent ici sur le degré de confiance que mérite cet agent thérapeutique, sur le rang qu'il convient d'assigner à ce sel dans la classe des moyens propres à arrêter le sang. Il est loin d'en être ainsi lorsqu'on envisage la question des injections intra-artérielles. Ici, en effet, à côté de quelques rares sympathies, s'élèvent des répugnances nombreuses et nettement formulées.

Vous trouverez peut-être, messieurs, qu'il est bien hardi à moi d'aborder un pareil sujet, après l'éloquente protestation de M. le professeur Malgaigne et la discussion qui l'a suivie. Je le ferai cependant, parce que je crois que le tableau a été rembruni, et aussi parce qu'il me convient de m'innocenter de la part de blâme qui me revient dans l'improbation que quelques membres de l'Académie ont infligée à ceux qui, comme moi, ont tenté l'injection de perchlorure de fer. Mon observation, du reste, ainsi que j'espère le prouver, pour être un insuccès de la méthode, ne constituerait pas, à tout prendre, un argument aussi fort qu'on a bien voulu le dire, puisque mon malade a très-promptement guéri par la ligature et sans ouverture de la tumeur.

L'opération de la ligature, pour régner jusqu'à présent en souveraine dans la thérapeutique de l'anévrisme, n'en a pas moins, et quelles que soient les précautions apportées à son manuel, une longue série d'accidents possibles. A diverses époques, on peut le dire, la vie de l'opéré se trouve ici compromise, et il est peu d'opérations, en chirurgie, pour lesquelles on puisse dire plus tard: J'ai réussi.—Gangrène, inflammations d'ordres divers, phénomènes nerveux, abcès et fusées purulentes, quelquefois atrophie du membre, et enfin hémorrhagies possibles à la chute du fil ou à l'ouverture de la tumeur, telle est la triste série des éventualités en présence desquelles nous nous trouvons toutes les fois que nous posons un fil sur une artère importante. Ils sont donc fondés jusqu'à un certain point dans leur prétention, ceux qui cherchent d'autres méthodes, et on doit savoir gré aux investigateurs qui, à diverses époques, ont essayé de substituer à l'opération de la ligature des manœuvres moins compliquées, plus douces, et partant moins dangereuses en théorie.

Si nous jetons maintenant un coup d'œil rétrospectif sur les résultats fournis par l'injection intra-anévrysmale, en déposant toute prévention et faisant simplement de l'histoire, que trouvons-nous? Cinq cas de guérison. Ce sont ceux de MM. Raoul-Delonchamp, Niepce, Serre (d'Alais), Valette (de Lyon) et Jobert (de Lamballe). Quant aux quatre cas de mort observés, il convient d'avoir égard aux faits suivants.

L'opéré qui est venu mourir dans le service de M. Malgaigne avait subi une opération à laquelle on pourrait faire quelques reproches. Il y a eu au moins excès dans la dose injectée. La circulation n'a pas été modifiée par une compression préalable. Quant à celui dont M. Lenoir nous a transmis l'histoire intéressante, il présentait des complications qui, à juste titre, devraient faire regarder cette victime comme étrangère à la méthode.

Dans les autres faits, nous voyons des accidents sur lesquels la chirurgie a une influence directe et favorable. C'est dans cette catégorie qu'il convient de classer ceux qui appartiennent à la pratique de MM. Velpeau, Alquié, Malgaigne, et les deux qui me sont propres. Ajoutons que M. Barrier (de Lyon) a pu faire plusieurs injections dans un anévrysme du tronc brachio-céphalique. En somme, nous trouvons un total de quinze cas, sur lesquels quatre morts, pour lesquels il me semble juste de poser les restrictions que j'ai formulées tout à l'heure au sujet de deux d'entre eux.

Sans doute ce n'est point là un résultat remarquablement beau; mais encore ne fallait-il pas le regarder comme tout ce que pouvait fournir la méthode, même corrigée par l'expérience. N'est-il pas, du reste, remarquable que dans tous les cas pour lesquels la ligature a été appliquée après injection préalable, cette opération ait réussi? Il s'agissait cependant de tumeurs enflammées à un degré variable. Cette circonstance ne constituerait donc pas, pourvu que la rupture ne fût pas imminente ou l'hémorrhagie déclarée, une condition si défavorable. En y réfléchissant même un peu, on pourrait trouver des raisons théoriques de succès. L'inflammation embarrasse la circulation, tend à créer des productions plastiques qui diminuent la capacité de la poche anévrysmale. Cet effet, joint à la solidification déjà obtenue par le perchlorure de fer, peut bien avoir ici préparé le succès de la ligature en favorisant la dilatation des anastomoses. Il est sous-entendu dans mon esprit, pour qu'un pareil résultat se produise, que l'inflammation est bornée à la tumeur, et que le point sur lequel le fil a été posé est lui-même exempt de toute phlogose.

Un traitement préparatoire à la ligature a été conseillé par quelques chirurgiens; les moyens d'y parvenir ont seulement été différents.

C'est à la compression, à la glace, que quelques-uns ont demandé cette modification dans la poche de l'anévrysme. Cette dernière surtout, sur l'efficacité de laquelle un de mes prédécesseurs à l'hôpital, Guérin (de Bordeaux), a tant insisté, n'a pas reçu toute l'application qu'elle méritait.

Le fait suivant, dont vous voudrez bien excuser la narration, vu son importance, et quoiqu'il ne se rattache à mon sujet que d'une façon accidentelle, nous en offre les heureux effets.

(Nous publierons la fin de ce travail dans un prochain numéro.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 mai 1857. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Structure et développement des poumons. — M. Mandl présente un mémoire sur la structure et le développement des poumons.

Pour obtenir des préparations susceptibles d'être examinées avec les grossissements les plus puissants, M. Mandl procède de la manière suivante: il injecte les bronches avec une solution concentrée de gélatine blanche qui chasse et absorbe l'air contenu dans le tissu pulmonaire. Le poumon, coupé en petits morceaux et desséché, se durcit au bout de quelques jours; alors, à l'aide d'un scalpel, on enlève facilement une lamelle très-mince, qui, placée dans une goutte d'eau, se ramollit et se dilate rapidement. Or, la gélatine étant très-avide d'eau, acquiert dans l'intérieur des vésicules qu'elle remplit entièrement les diamètres qu'elle avait au moment de l'injection; les vésicules se trouvent par conséquent au même degré de dilatation que dans le poumon frais injecté, ce qui répond à la dilatation du poumon dans l'inspiration.

Dans ces préparations, qui ne se composent que d'une seule couche de vésicules, on aperçoit des espaces limités par quatre ou cinq contours: ce sont les vésicules ou utricules. Il existe en outre des espaces polygonaux de beaucoup plus grands que les vésicules; à leur intérieur se terminent brusquement des parois saillantes; ce sont les cavités terminales des bronches. La gélatine remplit tout l'espace occupé par l'air dans le poumon frais et s'accole partout aux parois, ainsi que le démontre facilement la coloration par l'iode. Les cavités terminales des jeunes animaux sont plus petites que celles des adultes. Des différences marquées existent entre les cavités terminales du lobe supérieur et celles de l'inférieur. Des fibres élastiques entourent les cavités terminales et soutiennent les parois utriculaires. Celles-ci se composent d'une membrane parfaitement transparente et pourvue de corpuscules. La vésicule n'est autre chose que la coupe transversale de cette portion de la cavité qui est comprise entre deux parois saillantes internes.

Les cavités terminales s'abouchent avec les bronches d'après le type de communication qui existe entre les vésicules sécrétoires et le conduit excréteur dans les glandes composées.

Dans les plus jeunes embryons des mammifères, la bronche se termine directement par une ou plusieurs cavités. A la surface de celles-ci naissent plus tard de nouvelles cavités qui communiquent directement avec les cavités terminales primitives, et conséquemment par l'intermédiaire de ces dernières avec la bronche. Ce type est conservé,

quel que soit le nombre des cavités développées successivement jusqu'à la naissance. Des études comparatives permettront de saisir ce même type de communication des cavités terminales et des bronches chez les mammifères, après la naissance, surtout dans les jeunes animaux.

Pour l'étude des vaisseaux capillaires comme pour celle de la terminaison des bronches, M. Mandl considère comme indispensables les préparations transparentes, analogues à celles que fournit l'examen du poumon frais de la grenouille. Ici l'on voit une couche unique de capillaires formant des mailles dont chacune renferme un de ces corpuscules propres à la paroi utriculaire signalés précédemment. Après des essais nombreux, il est parvenu à obtenir des préparations transparentes qui, examinées à un grossissement de 500 fois, présentent les vaisseaux injectés et les corpuscules propres de la paroi utriculaire, logés dans les mailles du réseau capillaire. Le diamètre des capillaires varie de 0m,005 à 0m,015; la grandeur des mailles et des corpuscules paraît augmenter avec l'âge, et offre des différences suivant les espèces.

Appareils musculaires et érectiles des glandes séminales des deux sexes. — M. Ch. Rouget présente un travail qui fait suite à ses recherches anatomiques et physiologiques sur les appareils érectiles; c'est une note complémentaire sur les appareils musculaires et érectiles des glandes séminales dans les deux sexes.

« Dans le mémoire présenté à l'Académie en décembre 1855, où se trouvent résumées mes recherches sur les appareils érectiles, j'annonçais, dit l'auteur, l'existence d'un système de muscles non encore décrit, et destiné à accomplir : chez la femelle, l'acte de la ponte; chez le mâle, l'acte d'excrétion du produit de la glande séminale. Une partie de ce système de muscles a en outre pour fonction de déterminer l'érection des appareils vasculaires, connus sous le nom de *plexus pampiniformes*, véritables appareils érectiles annexés aux glandes séminales dans les deux sexes, et dont l'usage est sans doute d'activer, au moment de l'orgasme vénérien, la sécrétion des deux glandes.

» Les dessins joints à cette note représentent en partie schématiquement ce système de muscles parfaitement analogues dans les deux sexes. Le but de cette note est surtout d'indiquer que l'enveloppe des deux glandes séminales et les cloisons qui pénètrent dans l'intérieur des glandes sont la continuation immédiate des systèmes musculaires indiqués plus haut, et sont constituées essentiellement par des faisceaux de fibres lisses, à noyau, dont les caractères microscopiques sont ceux de ce tissu presque partout confondu avec le tissu cellulaire sous le nom de *tissu cellulaire contractile*, et que j'ai décrit sous le nom de *faisceau musculaire dartoïde* dans mon Mémoire sur les tissus contractiles. La nature musculaire des tuniques albuginées du testicule et de l'ovaire et des cloisons qui enferment les éléments de ces glandes, dévoile le mécanisme de l'expulsion de l'œuf hors de l'ovaire, de l'expulsion des éléments de la semence hors des conduits étroits, mille fois contournés et dépourvus de tunique musculaire propre. Les vaisseaux qui fournissent le produit de la sécrétion de la glande traversant, comme cela est très-évident chez le cheval, pendant un trajet assez long, l'épaisseur de l'enveloppe musculaire, la contraction des faisceaux de celle-ci doit avoir également une influence marquée sur la circulation intérieure de la glande, et concourt sans doute à produire le même résultat que les muscles annexés aux plexus pampiniformes, c'est-à-dire à retenir une plus grande quantité de sang dans le système vasculaire de la glande, à déterminer un état de tension extrême des vaisseaux, par la compression exercée sur les veines qui sortent de l'organe. » (Ces deux mémoires sont renvoyés à la commission de physiologie expérimentale.)

Paralysies symptomatiques de la compression intra-crânienne. — M. E. Accolet adresse un travail intitulé *Recherches sur les paralysies symptomatiques de la compression intra-crânienne et sur leur signification.*

L'auteur résume dans les termes suivants les résultats auxquels l'ont conduit les recherches exposées dans ce mémoire :

Les différentes variétés de paralysie symptomatique des affections cérébrales sont, dans l'immense majorité des cas, le résultat de la compression, et non de l'inflammation ou des déchirures du cerveau qui peuvent la compliquer.

Elles sont dues non à la compression de la substance cérébrale elle-même, mais à la compression médiate ou immédiate des parties nerveuses périphériques.

Cette explication, basée sur les faits, rend compte des phénomènes jusqu'ici inexpliqués : de l'absence de paralysie dans certains cas de compression notable du cerveau, des différences de nombre et de groupement de ces paralysies, des faits exceptionnels de non-entre-croisement de la paralysie et de la lésion qui la détermine.

C'est surtout au point de vue de leurs rapports avec les parties de la base du cerveau plutôt qu'au point de vue de leur siége que les causes comprimantes intra crâniennes devront à l'avenir être étudiées.

Une paralysie isolée en faisant connaître l'organe comprimé n'apprend rien sur le point comprimé de son trajet. Multiples, elles permettent de mieux préciser le siége de la compression. Mais même alors rien n'indique si la compression est immédiate, et dans ce cas à quelle hauteur se trouve l'agent comprimant.

En dégageant des lésions du cerveau ce qui a trait aux troubles de la motilité, de la sensibilité et des sens, ces recherches laissent un champ plus libre, et permettront peut-être de mieux apprécier dans l'avenir les rapports qui peuvent exister entre les altérations des facultés intellectuelles et le siége des différentes affections du cerveau, si quelque chose peut être fait dans ce sens. (Commiss. : MM. Serres, Velpeau, J. Cloquet.)

Traitement de la couperose. — M. Rochard présente quelques remarques sur la réponse que M. Sellier a faite à la réclamation qu'il avait adressée à l'occasion du mémoire sur le traitement de la couperose lu par ce médecin dans la séance du 23 mars dernier. Il résulte, d'après M. Rochard, de ces explications que la réponse de M. Sellier laisse la question dans l'état où elle était. (Commission nommée.)

— M. P. de Metsch adresse de Smolensk un mémoire intitulé : *Traitement du choléra asiatique, des fièvres typhoïdes et de quelques autres maladies aiguës par l'inoculation de la matière variolique.* (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie, constituée en commission spéciale pour le concours du legs Bréant.)

Sensibilité des tendons. — M. Linas, interne à la maison de Charenton, adresse à M. Flourens la lettre suivante :

« Vous avez entrepris de mettre d'accord Haller et J. L. Petit sur la question de la sensibilité des tendons, et vous êtes parvenu à concilier les opinions en apparence contradictoires du grand physiologiste et du célèbre chirurgien, en démontrant que « les tendons, qui sont complétement insensibles dans l'état normal, manifestent une sensibilité très-vive à l'état d'irritation ou d'inflammation. » J'ai eu dernièrement l'occasion de vérifier ce phénomène de la sensibilité pathologique des tendons, et j'ai l'honneur de vous communiquer le fait que je viens d'observer à la maison de santé de Charenton, à laquelle je suis attaché comme élève interne.

» Il y a quatre jours, une jeune fille de seize ans, ouvrière dans une filature de laine à Gravelle (commune de Saint-Maurice), se laissa prendre la peau de la face dorsale du pouce droit entre les dents d'un engrenage. Le tendon du muscle grand extenseur avait conservé ses insertions, mais il se montrait à nu au fond de la plaie, déchiré, meurtri dans une partie de son épaisseur, au niveau de la première phalange. La jeune fille avait supporté cet accident avec un grand courage, et elle subit sans sourciller les manœuvres qu'exigeait l'exploration de la blessure, ainsi que la section des lambeaux de peau pratiquée dans le but d'en régulariser les bords. Mais elle changea de visage, et elle ne put s'empêcher de crier et de pleurer quand j'ébarbai avec les ciseaux les parties déchiquetées du tendon; la patiente accusait encore de très-vives douleurs toutes les fois que je tourmentais le tendon avec la pointe d'un stylet, ou que je le serrais entre les mors d'une pince. »

— M. le professeur Alquié (de Montpellier) communique une observation relative à un cas de tumeur considérable composée de dix poches embryonnaires, contenues dans les ovaires d'une femme adulte. Nous publierons cette observation dans un prochain numéro.

NOTICE NÉCROLOGIQUE SUR M. GUENEAU DE MUSSY.

Nous avons annoncé dans le numéro du 5 mai dernier la perte regrettable que vient de faire le corps médical dans la personne de M. François Gueneau de Mussy, l'un de ses plus dignes et plus honorables membres. Nous ne saurions mieux justifier, aux yeux de ceux de nos confrères qui n'ont pas eu l'avantage de connaître M. Gueneau de Mussy, le sentiment universel d'estime et de respect qui s'attachait à son nom, qu'en reproduisant la courte notice suivante, publiée par M. le docteur P. Menière, dans le *Journal des Débats :*

M. François Gueneau de Mussy, membre de l'Académie de médecine, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris, s'est éteint doucement entre les bras de ses enfants, dans un âge avancé, quatre-vingt-trois ans, conservant jusqu'au dernier soupir la plénitude de sa raison. Sa modestie a refusé tout hommage public, aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe.

Il y a des familles qui conservent précieusement d'antiques traditions de science et de sagesse, dans lesquelles l'intelligence et la moralité sont un patrimoine assuré. Chacun sait que les Gueneau de Montbéliard, de Mussy et autres, forment une de ces races fortes qui ont fourni un bon nombre d'hommes occupant une haute position due à leur mérite. Originaires de la Bourgogne et collaborateurs de Buffon, leur nom se mêle à toutes ces œuvres qui ont illustré la philosophie naturelle et préparé les travaux de Cuvier, de Geoffroy Saint-Hilaire et de leurs successeurs. Une belle part a été faite à ces hommes si dévoués à la science. Il ne nous appartient pas de rappeler ici ces titres de gloire; nous voulons seulement retracer en quelques mots la carrière scientifique d'un de ces dignes héritiers d'un nom justement célèbre.

M. Gueneau de Mussy fut admis à l'École polytechnique dès l'origine de ce corps illustre; il en sortit parce qu'il ne voulait pas prêter un serment qui répugnait à sa conscience : il fallait jurer haine à la royauté. Or, jurer et haïr sont deux choses que les Gueneau n'ont jamais su faire. Des temps meilleurs permirent au jeune savant d'entrer à l'École des ponts et chaussées en qualité de professeur. Sept de ses collègues, sortis comme lui et par le même motif de l'École polytechnique, ont comme lui fourni une longue carrière dans l'enseignement et dans l'administration. Mais M. de Mussy, entraîné par ce besoin de savoir, de connaître, étudiait avec une égale ardeur presque toutes les sciences naturelles; dès l'année 1803, il se fit recevoir docteur en médecine de la Faculté de Paris, et si plus tard, placé à la tête de l'École normale, il dut renoncer longtemps à la pratique de cet art, il n'en conserva pas moins des habitudes de travail et de méditation qui le maintenaient à la hauteur du progrès d'une science dont les rapides transformations s'opéraient sous ses yeux.

Nous pourrions invoquer ici le témoignage de plusieurs savants professeurs qui sont sortis de l'École normale. On s'étonnait généralement de la diversité des aptitudes intellectuelles de M. de Mussy; il pouvait remplacer presque tous les maîtres de cette belle institution. Jamais une leçon n'a manqué sans qu'il se chargeât aussitôt de suppléer le professeur absent; son zèle pas plus que son talent ne faillirent à la tâche qui lui était imposée. Ami de Royer-Collard, qui lui avait confié ses hautes fonctions, il les a longtemps remplies avec ce soin consciencieux qu'il apportait à tous les actes de sa vie, et les plus illustres témoignages de reconnaissance lui ont été prodigués à l'occasion de ses travaux dans un établissement qui a fourni au corps enseignant un si grand nombre d'hommes distingués.

Les administrations ne sont pas éternelles; M. de Mussy quitta l'École normale, il reprit alors l'exercice de la médecine, il fut nommé médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris, membre de l'Académie de médecine, et dans l'accomplissement de ces nouveaux devoirs, il montra le même zèle, la même activité; les pauvres confiés à ses soins n'en reçurent jamais de plus attentifs, de plus éclairés; jamais l'art de guérir n'a déployé plus de sagacité douce, d'ingénieuse charité; jamais les intérêts sacrés de ceux qui souffrent ne furent confiés à des mains plus habiles et plus pures.

L'Académie de médecine se souviendra toujours de la collaboration de M. de Mussy. Chargé pendant une longue suite d'années des fonctions si pénibles de rapporteur de la commission des remèdes secrets, il s'en acquittait avec une franchise si honnête, une science si éclairée, une fermeté si incorruptible, et de plus il avait l'art d'envelopper ses arrêts sévères de formes si ingénieuses, il savait si bien motiver ses jugements, que jamais l'Académie n'eut la pensée d'en casser un seul. Un savant pharmacien, M. Robinet, l'un des successeurs de M. de Mussy dans cette tâche difficile, a su prouver que le secret de son honorable devancier n'était pas perdu.

On a prétendu que certaines fonctions gratuites étaient fort lucratives; notre honorable maître n'en remplissait pas de cette espèce. Longtemps il fut un des administrateurs de l'institution des sourds-muets; une amitié intime l'unissait à M. de Gerando, à M. Rendu; il connaissait ces malheureux enfants qu'une infirmité déplorable enlève aux douceurs de la société habituelle; il puisa diverses reprises faire d'importantes communications à l'Académie, lire des rapports soigneusement élaborés à propos des mémoires de M. Itard, et, conjointement avec M. Husson, jeter une vive lumière sur la question de la surdi-mutité. Dans toutes les discussions ayant trait à cette partie de la science, la parole de M. de Mussy avait une autorité incontestée, et dans une circonstance récente nous l'avons entendu établir les vrais principes d'après lesquels doivent se diriger les hommes voués aux seuls intérêts de l'humanité. L'Académie de médecine retrouva là M. Gueneau de Mussy tout entier, avec sa lucidité d'esprit, sa fermeté de conviction, son intégrité complète, inclinant toujours à l'indulgence, car jamais homme plus sévère, plus rigide pour lui-même ne montra plus de bienveillance envers son prochain.

C'est là, en effet, le trait caractéristique de cette vie si noblement employée à faire le bien. Il y a des existences qui se résument en un mot, et ce mot pour M. de Mussy est le devoir. Jamais homme ne fut plus fidèle à sa devise, jamais personne ne marcha d'un pas plus ferme dans ce sentier difficile, ne tendit plus franchement au but marqué d'avance. Parlerons-nous ici de ce sentiment religieux qui a inspiré tous les instants d'une longue existence, de cette pureté de principes éclairant et dominant une carrière où tant de fonctions délicates exigeaient à la fois une sagacité, une fermeté constante, et où l'homme de bien fut toujours supérieur à la tâche qui lui était imposée? Nous ne pourrions aller plus loin dans cette voie sans blesser la modestie de cette âme d'élite; ces douces vertus, patrimoine de famille, sont un secret entre Dieu et les cœurs aimants qui vivent à l'écart, toujours occupés à bien faire, étrangers à des passions haineuses, déployant une souveraine charité envers tout le monde, inspirant un respect naturel à ceux qui peuvent pénétrer jusqu'à eux.

Tel était M. de Mussy, et, par un admirable privilége de sa nature, tel il a pu rester sous les yeux de tous pendant sa longue vie. La sérénité de son âme s'est conservée jusqu'à ses derniers instants, un parfait équilibre a présidé aux derniers actes de son existence; la mort, longtemps prévue, n'avait pas le pouvoir de troubler cette placidité d'esprit qui reposait sur des croyances sincères non moins qu'éclairées, et celui qui avait montré en toute occasion tant de douceur, tant de tendresse pour les siens, ne se préoccupait, au moment de les quitter pour toujours, que des consolations à leur donner. Admirable spectacle! Belle leçon que n'oublieront jamais ceux qui ont connu M. de Mussy! Il est mort en bénissant sa famille, présidant lui-même à tous les actes de cette journée suprême, accomplissant en parfaite connaissance de cause les derniers devoirs d'une vie chrétienne, parfait modèle de toutes les vertus qui ennoblissent la vie, commandent le respect et honorent l'humanité.

Que ne pouvons-nous consigner ici quelques lignes d'un écrit laissé par cet homme honorable à son fils, M. le docteur Henri Gueneau de Mussy, médecin de la famille du roi Louis-Philippe! M. de Mussy, dans ces pages empreintes de la plus douce piété, fils docile de l'Église, à l'autorité de laquelle il se soumet pleinement et sans restriction, laisse exhaler un regret à l'occasion de cette tendance des esprits à substituer au fond des formes qui détournent les âmes des méditations élevées et salutaires. Et pour qu'un homme de cette prudence, de cette réserve en vînt à émettre un semblable doute, il faut que le danger de ces pratiques lui ait été démontré d'une manière invincible.

P. MENIÈRE.

La prochaine séance de la Société médicale du Panthéon aura lieu le mercredi 13 mai, à huit heures très-précises du soir, à la mairie du 12e arrondissement, place du Panthéon. L'ordre du jour est ainsi composé : 1° Du cathétérisme dans les cas d'engorgement de la prostate, par M. Caudmont; — 2° de la réforme de l'enseignement médical dans les hôpitaux, par M. Delasiauve; — 3° présentation de plusieurs pièces artificielles de prothèse dentaire, par MM. Fowler et Preterre; — 4° des abcès dans l'iris, par M. Cousserant.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Rousseau, né à Auxerre (Yonne); *De la folie à l'époque de la puberté.*

Mallet, né à Anet (Eure-et-Loir); *De l'iodo-chlorure mercureux et de ses applications thérapeutiques, précédé d'une notice sur les composés d'iode, de chlore et de mercure.*

Cotholendy, né à Peyrolles (Bouches-du-Rhône); *Quelques considérations sur les endémies de la Guyane.*

Lepelletier, né à Campeaux (Calvados); *Des fausses couches.*

Quantin, né à Is-sur-Tille (Côte-d'Or); *De la chorée.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Notice sur les eaux thermales sulfuro-salines de St-Gervais en Savoie, par le Dr J. F. Payen. In-8°. — **Carte topographique des environs des bains,** par le même. Une feuille in-f°. Paris, Jannet, rue Richelieu, 15.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 57. — JEUDI 14 MAI 1857. (30e ANNÉE.) N° 57. — JEUDI 14 MAI 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste on en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 13 MAI 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

Les séances de discussion, presque toujours animées, attachent l'auditoire, l'amusent souvent, le passionnent quelquefois, l'intéressent presque toujours ; les séances de rapports, beaucoup plus froides et d'un effet beaucoup moins émouvant, sont en revanche plus souvent instructives et fructueuses pour la science. Les premières conviennent mieux peut-être au spectateur, mais nous est avis que les secondes sont plus du goût des lecteurs.

Aussi espérons-nous les satisfaire par le compte rendu de la séance d'hier, comme ils ont dû l'être également par la précédente séance. Deux notes du savant professeur de physiologie de Nancy, M. le docteur Blondlot, l'une sur un nouveau procédé de recherche toxicologique de l'arsenic, la seconde sur la manière d'agir du suc gastrique ; un mémoire de M. Vézu (de Lyon) sur la solubilité du fer et du protoxyde de fer dans les huiles fixes ; un intéressant travail sur l'auscultation appliquée au diagnostic des maladies de l'oreille, écrit comme tout ce qu'écrit M. Ménière, c'est-à-dire avec distinction, voilà pour la séance précédente. Quatre rapports, un de M. Poggiale, — son début académique, — sur l'une des questions le mieux adaptées à sa compétence, le rôle des alcalis par rapport au glucose (ou à la glycose, pour satisfaire aux exigences étymologiques) ; deux de M. Bouillaud, le premier sur une observation de calcul biliaire volumineux rendu spontanément par les selles, le second sur une question d'étiologie soulevée pour la première fois, et qui est loin d'être sans intérêt, l'influence de l'état puerpéral considéré comme cause d'endocardite ; enfin, un rapport de M. Robert sur l'amylène, la pièce principale de la séance, tel est le contingent de la séance d'hier.

L'espace nous manque pour donner une suffisante appréciation de ces divers mémoires et rapports. Le compte rendu de la séance y suppléera amplement. Nous nous bornerons ici à signaler à l'attention des lecteurs le rapport de M. Robert sur l'action anesthésique de l'amylène, rapport empreint de la plus grande sagesse et qui résume parfaitement l'état de la question sur les anesthésiques en général, et en particulier sur celui qui fixe en ce moment l'attention des chirurgiens et des expérimentateurs.

Nous ne pensons pas que la courte discussion qui a suivi la lecture de ce rapport soit de nature à modifier l'impression que laisse dans l'esprit le travail si net et si lucide de M. Robert. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Calculs salivaires du canal de Wharton.

(Observation recueillie par M. PEYRUSSAN, élève du service.)

Le sujet qui va donner lieu à quelques considérations cliniques sur les calculs salivaires est un homme de trente-sept ans, nommé Guillot, fort, vigoureux, un peu débilité seulement depuis quelques années par l'affection dont il est atteint, et qui en était, lors de sa dernière admission à l'Hôtel-Dieu, le 27 mars dernier, à sa deuxième récidive, c'est-à-dire à sa troisième manifestation.

La première atteinte de sa maladie remonte à 1850. C'est à cette époque qu'il se présenta pour la première fois à l'Hôtel-Dieu, portant un calcul dans le canal de Wharton. Son affection datait de trois mois. Il avait été pris, dit-il, de douleurs subites dans la région sous-maxillaire et dans la bouche, douleurs qui se propagèrent rapidement à la mâchoire, à la face, à l'oreille et à toute une moitié de la tête. Il survint simultanément un gonflement aux régions sous-maxillaire et sus-hyoïdienne. Le tout, d'après le rapport du malade, fut prompt comme l'éclair. Ces douleurs et ce gonflement atteignirent du premier coup leur plus grande intensité. Dans la bouche et au niveau du canal de Wharton, les douleurs ressemblaient tour à tour aux effets de fortes brûlures, de coups de poignard ; elles ne s'atténuaient pendant une heure que pour sévir avec une nouvelle intensité l'heure d'après ; elles n'avaient presque jamais d'interruption complète.

Il fut soigné par les plus habiles médecins de l'Yonne. Tous les traitements furent impuissants, à l'exception des sangsues, qui furent employées au nombre de quatre-vingts en quinze applications. Ces émissions sanguines même, qui au début produisaient chaque fois un soulagement immédiat, n'atténuaient plus les douleurs quand on arriva aux dernières applications. Le malade, à bout de ressources, toujours sous l'empire des douleurs les plus atroces, qui lui enlevaient le repos et la parole et l'empêchaient de manger, vint alors à Paris et se présenta dans le service de M. Jobert (de Lamballe).

On constatait l'état suivant : Douleurs du côté droit de la bouche et à toute la face du même côté ; tumeur dure, résistante et limitée, assez volumineuse, développée au niveau des régions sous-maxillaire et sus-hyoïdienne. Cette tumeur était située plus spécialement sur le trajet du conduit de Wharton, et faisait un relief considérable derrière et au niveau de l'angle de la mâchoire. A la pression le malade ressentait des douleurs, principalement dans la bouche. On ne remarquait aucune ulcération dans l'arrière-cavité buccale. Point de retentissement de cette affection sur les autres points de l'économie ; rien dans les viscères. Le travail morbide était par conséquent purement local.

M. Jobert diagnostica l'existence d'un calcul dans le canal de Wharton et proposa immédiatement de l'extraire. L'opération eut lieu. Tandis qu'un aide porte la langue en haut et du côté opposé au moyen d'une érigne, l'opérateur incise le canal, et retire un calcul volumineux, fusiforme et parfaitement blanc.

On défendit au malade de parler, et on lui ordonna des gargarismes quotidiens.

Il sortit guéri de l'hôpital deux mois après.

Cet homme revint à l'Hôtel-Dieu en 1852. Il présentait les mêmes accidents que la première fois. Ces accidents avaient éclaté avec la même impétuosité, mais avec une considérable exagération. Les douleurs étaient tellement intenses que le malade perdit tout d'un coup le sommeil. Les moindres mouvements lui causaient d'intolérables douleurs dans tout le côté droit de la tête. Enfin, le volume de la tumeur était tel que la parole et la mastication étaient impossibles ; il y avait une salivation très-abondante.

Cette tumeur occupait les régions sous-maxillaire, sus-hyoïdienne, et la bouche. La moindre pression y éveillait les plus vives douleurs. L'inflammation avait gagné un ganglion sus-hyoïdien.

L'examen ne révélait rien dans le conduit de Wharton. Cependant M. Jobert crut pouvoir, d'après les symptômes précédents, admettre l'existence d'un calcul. L'opération justifia le diagnostic. En effet, une incision pratiquée sur la glande sous-maxillaire, qui était le siége d'un abcès, donna immédiatement issue à un mélange de pus et de sang ; puis elle se transforma en une fistule qui donna passage plus tard à un calcul. Nous avons dit qu'un ganglion voisin avait été envahi par l'inflammation du voisinage. Ce ganglion, que le travail inflammatoire avait déjà en quelque sorte disséqué et isolé des parties voisines, fut énucléé pendant l'opération et sortit par l'incision pratiquée pour donner issue au pus du foyer et au calcul. Il fut fait ainsi d'une pierre deux coups. Il y eut une hémorrhagie considérable vingt-quatre heures après l'opération. On appliqua un appareil hémostatique, qui fut enlevé quarante-huit heures après son application. Pas d'autre accident, et la plaie fut cicatrisée quelques mois après.

Cet homme s'est présenté pour la troisième fois à l'Hôtel-Dieu le 24 mars 1857, au n° 9 de la salle Saint-Côme. Depuis sa première récidive de 1852, il a toujours éprouvé quelques douleurs intermittentes ; toutefois il éprouve en ce moment dans la joue droite des douleurs analogues à celles de ses deux premières atteintes. Elles ne sont pas aussi violentes que la seconde fois ; mais elles ont été aussi instantanées : elles occupent les mêmes points ; le malade se plaint surtout des souffrances qu'il éprouve dans l'oreille, comme dans les deux circonstances précédentes. La parole est assez embarrassée ; les mouvements de la langue sont douloureux. La salivation est encore abondante. La mastication est à peu près impossible.

Cependant la tumeur cette fois ne s'est pas produite simultanément à l'apparition des douleurs, comme dans les deux premiers cas. Il y a eu un intervalle de deux ou trois jours dans la manifestation des deux ordres de phénomènes.

Guillot était malade depuis quatre jours lorsqu'il s'est présenté à l'hôpital. A l'examen local, on remarquait un engorgement dans le conduit de Wharton, et une dureté en arrière de ce conduit. La glande sous-maxillaire était saillante dans la bouche et dans la région sus-hyoïdienne. La moindre pression sur la tumeur était intolérable. Il sortait par le conduit de la glande un liquide muco-purulent, dans lequel on apercevait encore des filaments muqueux, qui avaient la couleur du blanc d'œuf.

L'ensemble de ces symptômes a fait penser à M. Jobert qu'il existait là de nouveau un ou plusieurs calculs. Il a cru néanmoins devoir temporiser, se bornant à prescrire pour le moment des purgatifs à l'eau de Sedlitz, des limonades, et localement des cataplasmes.

Le 4 avril suivant, le malade a rendu quatre petits graviers, au milieu d'un mélange de pus et de mucus très-visqueux, semblable à du blanc d'œuf. Ils étaient chacun un peu plus gros que la tête d'une épingle, et paraissaient avoir occupé les ramifications du canal de Wharton. Leur expulsion a amené un grand soulagement.

L'amélioration s'est accrue de jour en jour, et déjà le 6 avril, la tumeur était réduite de moitié. Les douleurs ont disparu presque subitement. La pression sur la tumeur n'était plus douloureuse le quatrième ou cinquième jour après. Enfin, la face de cet homme reprend à cette heure une grande expression de bien-être.

Les calculs salivaires sont rares. On n'en trouve que très-peu d'exemples dans les auteurs ; aussi le cas actuel nous a-t-il paru digne de fixer l'attention. M. Jobert n'a vu que deux faits de ce genre dans sa longue pratique ; M. Bégin a rappelé un cas opéré par un chirurgien de Saumur : le calcul, logé dans le canal de Sténon, avait la grosseur d'une petite noix. Krimer signale un calcul d'égal volume ; ce calcul séjourna longtemps dans le conduit de Sténon, l'ulcéra et produisit une fistule qui lui livra passage.

Enfin on connaît un fait bien intéressant de Sabatier, qu'il rapporte dans son *Traité de médecine opératoire*. Il dit à la fin de son article sur la *grenouillette* :

« Je terminerai cet article par un fait qui n'a d'autre rapport avec la grenouillette qu'en ce que la maladie avait son siége dans une des glandes maxillaires et dans son canal excréteur, et qui me paraît mériter d'être connu. Un homme dans la force de l'âge sentit une douleur vive à la glande maxillaire gauche, en tirant des armes, dans le temps qu'il poussait un cri familier à ceux qui se livrent à ce genre d'exercice. Cette douleur fut suivie d'un gonflement inflammatoire, qu'on ne parvint pas à dissiper entièrement par l'emploi des moyens ordinaires. La glande resta grosse, dure et d'une sensibilité médiocre. Peu de temps après elle augmenta de volume, et devint fort douloureuse. Quelques personnes consultées furent d'avis de l'attaquer avec des résolutifs appliqués à l'extérieur et administrés intérieurement, et une autre conseilla la cautérisation. Cette dernière appliqua un morceau de potasse concrète sur la glande, la fit suppurer longtemps, et crut avoir guéri le malade. Cependant son incommodité était la même. Il ne pouvait parler pendant quelque temps, tirer des armes, mâcher des aliments un peu durs sans que la douleur et le gonflement revinssent. Il s'aperçut alors d'un embarras sous la langue, près du ligament antérieur de cet organe, et, portant le doigt sur le lieu où l'embarras dont il s'agit se faisait sentir, il reconnut qu'il y avait quelque chose de dur. Je fus prié de lui donner mes conseils ; après avoir entendu le récit de ce qui s'était passé et avoir examiné sous la langue, je reconnus à travers l'épaisseur des parties qu'il y avait à l'extrémité du canal de Wharton un corps pierreux qui le remplissait. Une incision que je pratiquai donna issue à ce corps, dont la forme approchait de celle d'un grain d'orge, avec un peu plus de volume. C'était lui qui retenait la salive, et qui, la forçant de refluer en arrière, avait causé les incommodités dont le malade se plaignait depuis si longtemps. Aussi ces incommodités se dissipèrent-elles bientôt. Mais étant revenues quelque temps après, on reconnut la présence d'une nouvelle pierre, qui fut aussi ôtée par incision ; et, depuis ce temps, le malade n'en a plus ressenti les atteintes. »

Tels sont les cas les plus intéressants que l'on trouve dans la science.

— Les calculs salivaires ne se recommandent pas seulement par leur rareté ; ils intéressent encore par leur composition chimique.

Le calcul qui a été extrait chez le malade qui fait le sujet de ces considérations, lors de sa première récidive, a été soumis à l'analyse chimique par M. Grassi, sur la demande de M. Jobert.

Voici, d'après l'examen du savant pharmacien de l'Hôtel-Dieu, quelle était la composition de ce calcul. Il était léger, friable, formé de couches superposées ; sa forme était ovoïde ; le grand diamètre avait un centimètre. L'analyse chimique y a fait trouver les éléments suivants :

Phosphate de chaux.	80
Carbonate de chaux.	15
Matière animale.	5
	100

Si l'on rapproche le résultat de cette analyse des éléments connus qui entrent dans la composition de la salive, on se rend assez difficilement compte de la manière dont ces calculs ont pu se produire. Cependant il n'est guère possible d'admettre que ces calculs aient une origine extérieure, qu'ils aient eu primitivement pour noyau un corps venu du dehors, comme cela se voit fréquemment pour des calculs d'autres régions, ceux de la vessie, par exemple. Cette origine extérieure n'est point admissible ici, si l'on considère l'extrême petitesse du canal qui devrait livrer passage au corps étranger. D'ailleurs les faits ne s'accorderaient nullement avec cette hypothèse ; il serait impossible de la concilier, par exemple, avec la période latente qui marque la première phase de l'évolution de ces calculs. D'un autre côté, elle serait en désaccord avec les expé-

riences qui consistent à introduire des corps étrangers dans les glandes salivaires; on sait que M. Bernard a déterminé des réactions subites en y introduisant un poison.

Il est probable que les calculs se forment à l'origine des conduits salivaires, et dans le cas actuel à l'origine du conduit de Wharton, soit par suite d'un rétrécissement du conduit, soit par suite d'une altération de la sécrétion salivaire; il y a dépôt de mucus et plus tard transformation pierreuse.

Nous avons dit qu'il y avait deux périodes dans le développement de ces calculs, une période latente et une période de manifestation symptomatique. Quand le développement du calcul est assez grand pour fermer en totalité ou dans sa presque totalité le conduit de Wharton, alors se déclarent les phénomènes qui suivent :

Douleurs subites au plancher de la bouche et sur les parties latérales correspondantes, douleurs qui s'irradient bientôt et quelquefois presque aussitôt, à la région sus-hyoïdienne par des rapports immédiats, et à la face du même côté par le rameau myloïdien du nerf dentaire. L'oreille et la tête du même côté sont prises presque en même temps. Un des phénomènes les plus importants parmi les irradiations douloureuses est le mal d'oreille; c'est celui dont s'est toujours plaint le plus notre malade. On constate presque aussitôt, sinon en même temps, tant le tout est parfois instantané, un gonflement plus ou moins considérable aux régions sus-hyoïdienne et sous-maxillaire, et dans la bouche au niveau ou un peu en arrière du conduit de Wharton.

Selon que la tumeur est plus ou moins considérable, les douleurs sont plus ou moins grandes dans la bouche, et parfois dans les parties environnantes; la mastication est plus ou moins difficile, sinon impossible; la parole est affaiblie ou abolie, selon que les mouvements de la langue sont plus ou moins douloureux, et qu'elle est plus ou moins déplacée ou parfois chassée en dehors de la bouche.

L'haleine est plus ou moins nauséabonde, suivant qu'il s'échappe plus ou moins de liquides muco-purulents par le conduit glandulaire.

Les fonctions générales ne se ressentent guère que de la longueur de la maladie; il n'y a pas de retentissement immédiat, mais le sommeil manque aux malades.

En un mot, douleurs continuelles sous la mâchoire, à la face, à l'oreille surtout, et à la tête du même côté; douleurs d'une profonde brûlure au niveau du conduit de Wharton; douleurs intolérables à la moindre pression exercée sur la tumeur, tel est le cortége symptomatique de ces tumeurs qui se développent par arrêt de la salive.

Le procédé opératoire, lorsque le calcul est dans le conduit salivaire, consiste à inciser le conduit de dedans en dehors, après avoir soulevé la langue avec une érigne, et l'avoir portée en haut et du côté opposé. L'extraction du calcul est très-facile. Il ne serait pas prudent de chercher à l'extraire de l'intérieur de la glande s'il y était engagé.

ROME ET LES PHTHISIQUES.

Depuis vingt ans que j'observe d'un œil attentif l'effet des déplacements sur la santé des tuberculeux, j'éprouve encore aujourd'hui quelque malaise à me former une opinion bien nette sur le mérite de cette méthode thérapeutique. Bayle, dont le témoignage doit être écouté, prétend que les voyages sont très-utiles parce qu'ils guérissent souvent les maladies catarrhales et qu'ils ralentissent singulièrement la marche de la phthisie.

Le docteur Johnson, un autre praticien très-compétent, pense aussi que « la vie de voyage est favorable aux tuberculeux du premier degré, de même qu'aux personnes menacées de le devenir. »

Ces assertions sont trop vagues pour satisfaire au besoin d'une règle de conduite à cet égard.

Avant de prescrire un voyage, il faut au médecin une connaissance préalable et précise des localités, de leurs conditions ordinaires et des époques auxquelles surviennent les variations thermométriques qui leur sont propres, afin de régler là-dessus le choix et la durée des stations. C'est qu'en effet l'influence climatérique est un agent médicinal complexe, à opportunités variables, et dont l'application doit être soumise, par conséquent, à des formules, à des dosages, tout comme le sont les ingrédients les plus énergiques de la pharmacie.

Pour ce qui concerne la ville de Rome en particulier, je n'ai trouvé jusqu'ici, soit dans les écrits que j'ai lus, soit dans les conseils que j'ai demandés, autre chose que des indications contradictoires sur les avantages ou les inconvénients de cette résidence, relativement aux diverses nuances que présente la tuberculisation pulmonaire.

Si j'entre à mon tour dans cette question, à la suite des auteurs qui s'en sont occupés avec si peu de méthode, c'est qu'il m'a semblé possible, en rapprochant des documents épars, d'en dégager quelques prescriptions rationnelles.

De même qu'Athènes, Rome a pour ainsi dire changé de lit : Tout diffère dans la cité moderne de la Rome antique, la physionomie générale, la disposition du terrain, et jusqu'aux qualités du climat.

Les collines historiques de l'ancienne ville en limitaient la circonscription au nord, à l'est et à l'ouest; au sud se déroulait une vaste plaine, dont la surface était dépourvue d'accidents de terrain. Si bien que les vents du midi et du sud-ouest entraient librement dans Rome, et l'accès en était d'autant plus facile que les vents du nord étaient rembarrés par les montagnes du fond de la plaine alors couronnées de forêts épaisses.

Aujourd'hui que la ville est descendue au Champ-de-Mars, elle est devenue plus accessible aux vents septentrionaux. Ils y pénètrent par l'écartement qui sépare le Janicule du Pincius, et après avoir passé par-dessus les montagnes déboisées du Cimino et de l'Apennin, car dans ce trajet ils ne rencontrent aucun obstacle capable de détourner ou d'arrêter leur marche. Quant aux vents du midi et de l'occident, ils trouvent leur chemin sur Rome, dans l'espace compris entre le Viminal et le Janicule.

Il résulte de là que la ville moderne, ouverte au nord et au sud-ouest, se trouve sous l'influence alternante des vents froids et secs qui passent au-dessus des cimes des montagnes voisines, et des vents tièdes et humides qui soufflent sur le territoire d'Albe et d'Ardée. Mais comme le pays est très-découvert du côté des régions méridionales comparativement aux régions opposées, la prépondérance est acquise aux vents chauds.

La succession qui s'établit surtout en hiver et au printemps entre les vents du sud et ceux du nord, procède en général par transitions brusques. La dépression du thermomètre s'accompagne alors d'un mouvement analogue dans l'hygromètre. L'air en perdant de sa chaleur, perd en même temps de son humidité. Ces modifications atmosphériques, qui se font remarquer par leur fréquence, impriment au climat romain ce caractère d'inconstance qu'on lui reproche généralement.

Néanmoins il faut noter, comme une particularité propre à ce climat, l'humidité presque continuelle de son atmosphère; l'hygromètre, en effet, y accuse rarement la sécheresse absolue.

La distribution du calorique solaire, relativement aux saisons, s'exerce là sur une échelle de 44 degrés environ : en sorte qu'il peut faire très-chaud à Rome, comme il peut y faire très-froid.

Il est de la dernière importance pour le médecin de connaître exactement les qualités de l'atmosphère dans la ville de Rome pendant chacune des phases principales de l'année.

MM. de Tournon, Schow et Carrière signalent les jours pluvieux de décembre et le temps sec des mois de janvier et de février. Les vents du nord règnent particulièrement durant cette saison, et dans ce cas, le froid est extrêmement piquant. Le printemps est habituellement précoce; les mois de mars et d'avril, malgré quelques journées pluvieuses et quelques retours offensifs des influences boréales, sont extrêmement agréables. Le mois de mai participe déjà de l'été; il annonce en effet la saison chaude. Du mois de juin au mois de septembre, le soleil est brûlant; des pluies torrentielles font souvent varier l'état hygrométrique de l'air. C'est aussi pendant cette saison qu'apparaît le *sirocco*. Le mois d'octobre vient mettre fin aux chaleurs énervantes de l'été. C'est le mois favori des Romains, dit M. de Tournon. Enfin, novembre marque la fin de l'été et le commencement de l'hiver; il tient de l'une et de l'autre de ces deux saisons par la fréquence des ondées et la tiédeur décroissante de la température.

Il résulte de cette esquisse topographique, qu'à Rome l'atmosphère est constamment humide, mais non toutefois au même degré qu'à Nice ou à Naples; que la chaleur du jour y est accablante en été, et que durant la période annuelle qui correspond à l'hiver sous cette latitude, il y a une grande instabilité dans l'état de l'atmosphère. En sorte donc que les qualités du climat moyen et la permanence de la température ne se retrouvent guère que pendant les mois de mars, d'avril et d'octobre.

C'est une coutume bien ancienne que celle qui consiste à faire hiverner indistinctement à Rome les poitrinaires du nord de la France. Qu'en est-il au juste des avantages que les uns attribuent à cette résidence, et que d'autres lui contestent? Il est difficile de s'en faire une idée, si on ne consulte que le témoignage des auteurs.

Ainsi, pour M. Bricheteau, « Rome est un séjour éminemment utile aux personnes menacées de phthisie, mais ne convient plus dans les deux derniers degrés de cette maladie. »

M. de Tournon interdit, au contraire, la ville de Rome aux phthisiques pendant l'hiver, « parce qu'ils y trouveraient trop souvent les inconvénients des latitudes plus froides, sans y rencontrer les préservatifs convenables contre le froid et l'humidité. »

M. Carrière voit dans la chaleur humide, relâchante, de l'été, une prédisposition aux hémoptysies. De même que M. Bricheteau, M. Carrière ne conseille le séjour de Rome que *dans les commencements de l'affection tuberculeuse.*

Toutes ces subtilités thérapeutiques me déconcertent; j'ai beau me recueillir, je ne parviens pas à comprendre pourquoi les mêmes influences, qui précipitent le dénoûment de la phthisie, seraient favorables au début de cette maladie. Je le comprends d'autant moins, que Rome a ses tuberculeux indigènes. M. Journé y a noté, en effet, 33 cas de mort par phthisie sur 100 décès; M. F. Jacques, une moyenne de 13/100 sur les militaires composant notre armée d'occupation. « C'est, dit-il, après les fièvres palustres et typhoïdes, l'affection qui a fait le plus de victimes parmi nos soldats; nous la supposions rare, aujourd'hui nous la déclarons commune, mais moins qu'en France cependant. »

L'Italie fut toujours un prestige pour les poitrinaires des contrées septentrionales de l'Europe; la cité romaine, qui en attire un grand nombre, convient-elle également à tous? Les données qui précèdent prouvent bien que non. Convient-elle à quelques-uns? C'est ce qu'il nous faut rechercher.

L'évolution tuberculeuse s'accompagne généralement de toux, tantôt sèche, tantôt humide, d'hémoptysie, de diarrhée et de sueurs profuses. Il est démontré pour tout le monde que ces accidents secondaires peuvent être modifiés dans leur marche par l'influence climatérique. Quelle que soit la période de la maladie durant laquelle il existe une irritation congestive des poumons avec toux quinteuse et aride, l'air chaud et humide peut être salutaire comme sédatif et émollient; il amène souvent une expectoration pour ainsi dire critique. Rome est une retraite propice aux tuberculeux de cette espèce, depuis le mois de mars jusqu'au mois d'octobre. Mais c'est là un privilége qui n'appartient pas exclusivement au climat romain.

Si les malades, au contraire, sont doués d'une certaine irritabilité nerveuse, s'ils sont sujets aux hémoptysies, s'ils sont épuisés par l'abondance des sueurs, de l'expectoration ou par la fréquence des selles, le séjour de Rome ne peut que leur être nuisible; il sera fatal au plus grand nombre.

Il n'y a pour les phthisiques qu'une seule chance d'échapper à l'influence léthale des chaleurs, c'est de faire retraite vers Albano ou Frascati, parce qu'au fond de ce bassin la température atmosphérique se modère au souffle prédominant des vents boréaux. Encore faut-il éviter avec soin, au lever et après le coucher du soleil, l'impression de l'air, qui devient vif et piquant en passant sur les cimes glacées de l'Apennin.

L'hiver n'est pas tenable à Rome pour les tuberculeux : en quelque lieu et de quelque manière qu'ils choisissent leur habitation, ils s'y trouvent mêlés au conflit qui s'établit souvent entre les vents contraires durant cette saison. C'est là, il importe de ne pas l'oublier, la pire des conditions pour les poitrines atteintes ou menacées de tubercules.

Les maladies chroniques de l'appareil respiratoire ne s'amendent ou ne guérissent que par l'action continue et prolongée de certains modificateurs thérapeutiques. L'uniformité de la température est la condition formelle, le moyen le plus efficace qu'on puisse opposer à ces affections. Or envoyer un poitrinaire dans la Rome que nous connaissons, c'est précisément l'exposer aux redoutables alternatives du chaud et du froid, ou le condamner à la fatigante obligation de changer incessamment de gîte pour se dérober, sans y réussir toujours, à ces meurtrières impressions.

En résumé, Rome constitue donc une station de médiocre valeur pour les phthisiques : il faut absolument à ceux-ci un climat dans lequel la girouette reste comme *ankylosée* pendant plusieurs mois consécutifs. Où trouver cette heureuse contrée? Voilà ce que je cherche.

Dr CHAMPOUILLON.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 mai 1857. — Présidence de M. MICHEL LÉVY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet une note sur une opération césarienne pratiquée à la Maternité de Tulle et suivie de succès. (Commissaires, MM. P. Dubois, Gimelle et Depaul.)

— M. le ministre du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Tarn en 1856;

2° Un rapport final de M. le docteur Yvonneau (de Blois), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Thénay (commission des épidémies);

3° Un mémoire intitulé *Recherches sur l'emploi des lits médico-chirurgicaux dans la pratique*, par M. le docteur Damoiseau (d'Alençon) (commissaires, MM. Davenne, Poiseuille et Larrey);

4° La formule d'une solution de bromure d'iode, par M. le docteur Bellenger (de Senlis) (commission des remèdes secrets et nouveaux);

5° Une demande en autorisation d'exploitation des eaux minérales de Forges-sur-Brüs (Seine-et-Oise).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Laforêt adresse un rapport sur la vaccine et la petite vérole dans le canton de Lavit (Tarn-et-Garonne). (Commission de vaccine.)

— M. le docteur Vincenzo Castellani adresse un mémoire sur l'usage du sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde. (Commiss., M. Grisolle).

— M. Manutti, de Gatti di Vivario (Corse), ex-chirurgien de la marine, adresse une lettre contenant le résumé de quelques remarques qu'il a faites sur le choléra. (Commission du choléra de 1854.)

— M. le docteur Limousin, membre du jury médical de la Dordogne, adresse un mémoire sur le délire dans les maladies aiguës et son traitement par l'opium à haute dose.

— M. le docteur Aurélio Finizio, professeur adjoint de clinique d'accouchements à Naples, adresse une note relative à un perfectionnement apporté au forceps. (Commissaire, M. Depaul.)

Restitution du muscle de Wilson à Vésale. Rôle attribué à ce muscle dans les spasmes de l'urètre. — Dans une note, M. Le Roy-d'Etiolles établit que le muscle pubo-urétral, constricteur de l'urètre, ou muscle de Wilson, a été décrit sous le nom de muscle du col de la vessie par Vésale, qui prolongeait ce col jusqu'à la jonction du bulbe avec la portion musculeuse, là où l'urètre, subitement rétréci au sortir du golfe du bulbe, est bridé par une aponévrose et les attaches de huit muscles, en comprenant dans ce nombre les fibres longitudinales internes de la vessie, dilatatrices du col, qui se prolongent jusque-là.

C'est à ce *détroit urétral*, premier col chirurgical de la vessie, et non dans la portion embrassée par le muscle de Wilson ou de Vésale, que se rencontrent les premières difficultés du cathétérisme et que se produisent ces phénomènes de contracture, de déformation, de déviation, que l'on désigne par les mots de spasmes et rétrécissements spasmodiques. Lorsque la sonde a franchi ce point, elle chemine sans obstacle jusqu'au *verumontanum*, où elle en rencontre d'une autre nature.

Il en est de même des injections, qui faites en deçà du détroit ressortent, et portées au delà, pénètrent dans la vessie.

Et une deuxième note relative à une modification qu'il a apportée au conducteur des lithotomes cachés.

Cette modification a pour but de faciliter leur engagement dans la canelure du cathéter. Il est de précepte, l'incision de l'urètre étant pratiquée sur la région musculeuse, de tenir l'ongle de l'indicateur de la main gauche dans la cannelure du cathéter, afin de guider le bouton ou crête du lithotome; mais si cet ongle n'a pas une certaine saillie, si l'aide qui tient le cathéter lui imprime le plus léger mouvement latéral, le parallélisme entre l'incision longitudinale de l'urètre et les incisions tantôt semi-lunaires, tantôt obliques, des tissus situés au-devant, se trouve détruit, et le chirurgien cherche, tâtonne pour trouver l'ouverture, parfois même il est obligé de reprendre le bistouri pour en faire une nouvelle.

M. Le Roy-d'Etiolles a imaginé deux moyens de faire disparaître cet inconvénient; l'un est de loger dans la crête du lithotome une petite lame qui incise l'urètre et rentre dans sa gaîne, pendant que le bout du lithotome glisse dans la cannelure, il pénètre dans la vessie.

Le second moyen plus simple consiste dans une fente ou rainure profonde creusée sur l'enbout ou crête du lithotome pour servir de conducteur. Le chirurgien, après avoir incisé l'urètre sur la cannelure du cathéter, passe dans la main gauche le bistouri, dont il maintient la pointe appuyée au fond de la cannelure; il saisit de la droite le lithotome, engage dans la fente terminale le tranchant du bistouri qui le conduit sûrement dans la cannelure du cathéter. Ces instruments ont été exécutés par M. Mathieu.

M. Le Roy-d'Etiolles dit avoir vérifié dans des opérations de taille l'utilité de cette modification. (Commissaire, M. Malgaigne.)

RAPPORT.

Des alcalis et des carbonates alcalins considérés comme agents destructeurs du glucose. — M. POGGIALE lit en son nom et au nom de MM. Caventou et Lecanu un rapport sur un travail de M. Jeannel, pharmacien en chef de l'hôpital militaire de Bordeaux, ayant pour titre : *Recherches comparatives sur les alcalis et les carbonates alcalins considérés comme agents destructeurs du glucose.*

La destruction du sucre dans l'économie peut être considérée comme un phénomène de combustion analogue à ceux qui se passent en dehors de l'organisme. Quelques chimistes pensent que le concours des carbonates alcalins est nécessaire pour la décomposition du sucre dans l'économie, et que dans le diabète, le passage du glucose dans les urines est dû au défaut d'alcalinité du sang; mais l'expérience directe n'a pas confirmé cette théorie ingénieuse, qui ne repose que sur des analogies. Les recherches de MM. Lehmann, Bouchardat et Bernard, ont prouvé, au contraire, que le sang des diabétiques conserve ses propriétés alcalines; d'autres expériences de MM. Lehmann, Bernard et Poggiale, ont prouvé que les alcalis du sang ne favorisent pas l'oxydation du sucre.

L'expérience directe et quelques faits cliniques ont fait voir, d'autre part, que certains troubles de l'innervation, de la circulation et de l'hématose paraissent rendre l'oxydation incomplète et déterminer le passage dans les urines d'une certaine quantité de glucose.

M. le rapporteur rappelle que, dans un mémoire présenté à l'Académie en 1855, il a examiné l'action des alcalis sur le glucose en dehors de l'organisme, et plusieurs expériences ont démontré que dans le laboratoire, comme dans l'économie, le carbonate de soude n'agit pas sur le glucose, et qu'il faut élever la température du mélange à environ 95° pour que l'action ait lieu.

M. Jeannel a continué cette étude dans le mémoire qu'il a adressé à l'Académie. L'auteur s'est servi dans ses expériences de solutions dans l'eau distillée contenant 0,5 pour 100 du sucre candi, desséché et converti en glucose à l'aide de l'acide tartrique.

Les solutions de glucose additionnées de réactifs divers ont été mises en digestion pendant un temps variable, mais à une température déterminée, tantôt dans un flacon imparfaitement bouché et qui était vivement agité toutes les heures, tantôt dans un flacon bouché à l'émeri et entièrement rempli pour éviter le contact de l'air.

Dans une première série d'expériences, l'auteur a reconnu qu'à poids égaux la soude caustique a sensiblement plus d'action sur le glucose que la potasse caustique; le contraire a lieu si on emploie ces alcalis dans le rapport de leurs équivalents chimiques. L'intervention de l'air n'est pas nécessaire pour la destruction du glucose par les alcalis en excès, mais elle la favorise évidemment. La décomposition du glucose par les alcalis est en raison composée du temps et de la température.

M. Jeannel a reconnu, comme M. Poggiale, que le carbonate de soude n'agit sur le glucose qu'à la température de 90 à 95 degrés centigrades. Le carbonate de potasse attaque le glucose à la température de 55 degrés environ au contact de l'air, et, lorsqu'il est en grand excès, il le décompose même hors du contact de l'air. La différence d'action des deux carbonates alcalins en présence du glucose est telle, qu'elle pourrait servir à les distinguer chimiquement. La réaction, observe toutefois M. Poggiale, n'a pas la valeur des caractères fournis par les réactifs ordinaires des sels de potasse et de soude.

Les bicarbonates de potasse et de soude n'agissent pas sur le glucose au-dessous de 90 degrés, et, chose singulière, le bicarbonate de soude a une action destructive beaucoup plus marquée.

M. Jeannel admet cependant, avec d'autres médecins, que par suite de phénomènes inconnus qui se passent dans l'organisme vivant, les bicarbonates alcalins diminuent la proportion de sucre contenue dans les urines des diabétiques, et par conséquent jouent un certain rôle dans la destruction organique du glucose. Mais cette assertion n'est pas appuyée sur des observations cliniques.

La commission propose d'adresser à M. Jeannel des remercîments pour sa communication, et de déposer honorablement son mémoire dans les archives de l'Académie.

— Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Calcul biliaire expulsé spontanément par les selles. — M. BOUILLAUD lit un rapport sur une observation communiquée à l'Académie par M. Delmotte, et relative à un calcul biliaire expulsé spontanément par les selles. Il s'agit d'une femme de soixante-quatre ans, d'un tempérament bilieux, qui ayant éprouvé une dyssenterie à l'âge de quinze à seize ans, resta sujette à des tiraillements dans l'hypochondre droit, que l'on attribua à une hernie. Elle porta un bandage pendant plusieurs années, et le supprima au bout d'un certain temps sans en éprouver d'inconvénients. A la suite d'un sixième accouchement, elle fut sujette, à des époques indéterminées, à des douleurs accompagnées de fièvre, avec tension de l'hypochondre droit, vomissements, constipation, couleur blanc-grisâtre des matières stercorales, ictère général, couleur safranée des urines.

Le 1er avril 1839, elle rendit un calcul biliaire fusiforme, long de 0,06 centimètres, et dont la circonférence dans son maximum d'épaisseur, mesure 0,05 centimètres. A partir de cette époque, cette femme jouit de la plus florissante santé. (M. le rapporteur met ce calcul sous les yeux de l'Académie.)

M. Delmotte pense que ce calcul est tombé dans le duodénum, après avoir distendu les canaux biliaires et provoqué la réaction élastique et contractile de ces canaux. Je regrette que cette observation soit incomplète, en ce sens qu'aucun des accidents que la malade éprouvait n'annonçait d'une manière certaine l'existence d'un ou plusieurs calculs dans les voies biliaires, puisqu'ils pouvaient, selon lui, appartenir aussi bien à l'hépatite, ajoutant qu'ils furent considérés par les médecins de la malade comme les symptômes d'une inflammation chronique du foie terminée par induration (squirrbe).

M. Bouillaud fait remarquer que, grâce aux progrès du diagnostic différentiel, de pareilles incertitudes ne seraient plus possibles, et que si le ralentissement constant du pouls dans l'ictère eût été connu du temps de Stoll, il n'eût pas manqué d'embarrasser ce chef d'école à propos du rôle considérable qu'il faisait jouer à la bile dans la production de certaines phlegmasies.

M. le rapporteur termine en proposant à l'Académie d'adresser une lettre de remercîments à l'auteur de l'intéressante observation qu'il vient de faire connaître en abrégé et qui mérite les honneurs de la publication, car les observations de ce genre ne sont pas encore communes.

M. CAVENTOU rappelle à cette occasion qu'il y a un grand nombre d'années, il fut chargé avec MM. Portal et Lherminier d'un rapport sur une observation semblable à celle dont M. Bouillaud vient d'entretenir l'Académie, et qui avait été donnée sous le nom de bézoard humain. Il s'agissait, comme dans ce cas-ci, d'un calcul biliaire; l'analyse chimique fit reconnaître qu'il était composé en grande partie de cholestérine. M. Caventou demande si le calcul que M. Bouillaud a mis sous les yeux de l'Académie a été analysé.

M. BOUILLAUD répond négativement.

M. CLOQUET. L'aspect seul de ce calcul montre que ce n'est pas un de ces entérolithes formés dans l'intérieur même de l'intestin, comme j'en ai présenté dans le temps quelques exemples à l'Académie, mais un calcul biliaire tombé dans l'intestin. J'ai observé autrefois avec Desormeaux un calcul semblable, mais beaucoup plus volumineux.

Après ces observations, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

De l'état puerpéral cause d'endocardite. — M. BOUILLAUD lit, en son nom et au nom de M. Cazeaux, un deuxième rapport sur un travail ayant pour titre : *De l'état puerpéral considéré comme cause d'endocardite*, par M. le docteur Delotz (de Saint-Flour).

L'étendue de ce rapport ne nous permet pas de le reproduire textuellement; mais, vu l'intérêt des observations qui en sont l'objet, nous les publierons dans un prochain numéro. Nous nous bornerons donc pour le moment à reproduire les conclusions, qui consistent à proposer à l'Académie d'adresser une lettre de remercîments à M. le docteur Delotz, et de déposer honorablement son travail dans les archives.

Ces conclusions sont adoptées.

Amylène. — M. ROBERT, au nom d'une commission composée de MM. Velpeau, Malgaigne et Robert, rapporteur, lit un rapport sur une note relative à l'innocuité et à la valeur de l'amylène considéré comme agent anesthésique, dont M. le docteur Debout a donné lecture dans la séance du 10 mars dernier.

M. Robert commence par faire l'historique de la découverte des propriétés anesthésiques de l'amylène et des premiers essais, historique que nos lecteurs connaissent déjà; puis, arrivant au travail de M. Debout, il s'exprime en ces termes :

L'amylène dont M. Debout s'est plus spécialement servi a été préparé avec beaucoup de soin par M. Berthé, chef du laboratoire de la maison Ménier. Il bout de 28 à 35 degrés, est par conséquent très-volatil, et présente une odeur assez marquée d'huile de naphte. C'est également celui-ci que l'administration des hôpitaux a bien voulu mettre à ma disposition, et dont j'ai fait usage dans les observations qui servent de base à ce rapport.

Ceci posé, voyons d'abord quel est le procédé d'inhalation qu'il convient le mieux d'employer. Une des propriétés remarquables de l'amylène est sa grande volatilité, qui ne lui permet pas de rester en dissolution dans le sang à la température du corps humain. Aussi faut-il faire respirer les vapeurs tout d'abord à un degré de concentration considérable et d'une manière continue sous peine de n'obtenir aucun effet, ou de voir la sensibilité reparaître après un temps trop court. Je partage donc l'opinion de M. Debout lorsqu'il prescrit l'usage d'un appareil semblable à celui que M. Charrière a fabriqué pour le chloroforme, appareil qui, s'appliquant exactement sur le nez et la bouche, prévient toute déperdition des vapeurs. C'est, je le pense, pour avoir omis cette précaution et s'être contentés d'un simple cornet muni d'une éponge que plusieurs chirurgiens ont échoué ou ont été dans l'obligation de consommer une grande quantité d'amylène.

Les faits contenus dans la note de M. Debout confirment ceux que MM. Snow, Giraldès et Tourdes ont publiés; ils établissent que l'amylène produit l'anesthésie très-promptement, sans causer de sensation pénible, sans provoquer la toux ou le besoin de cracher, comme on l'observe si souvent avec le chloroforme. Pendant toute la durée de l'amylénation, le pouls reste large, plein et très-fréquent; les mouvements respiratoires amples, la peau chaude, le visage fortement coloré. En un mot, il y a absence des signes qui dénotent que le nouvel agent atteint facilement les phénomènes de la vie organique.

Pour mettre l'Académie en mesure d'apprécier exactement le travail de notre honorable confrère, ajoute M. le rapporteur, j'ai dû expérimenter moi-même. J'ai eu recours 44 fois à l'amylène sur des adultes, hommes et femmes, et pour des opérations très-variées. Celles-ci ont été le plus souvent de courte durée, telles que des ouvertures d'abcès, des débridements de panaris, des avulsions d'ongles, des amputations de doigts ou d'orteil. Mais un bon nombre aussi ont été plus importantes; ce sont une amputation de la cuisse, une de l'avant-bras, des extirpations de tumeurs du sein, l'ablation d'une glande parotide tout entière, l'extraction d'un calcul de la portion prostatique de l'urètre : cette dernière opération a duré plus d'un quart d'heure.

Voici ce que j'ai constaté :

En général, les malades sont devenus insensibles au bout de une à trois minutes, rarement après six ou sept. Trois d'entre eux ont été réfractaires, et m'ont obligé de recourir au chloroforme, après dix ou douze minutes d'inhalation. L'anesthésie s'est établie sans être précédée des symptômes d'agitation que suscite fréquemment le chloroforme. Le visage s'est coloré plus ou moins fortement, les paupières sont restées largement ouvertes, les yeux fixes se sont fréquemment portés en baut jusque sous la paupière supérieure; la tête s'est renversée en arrière : quelquefois les membres se sont étendus en se roidissant. Le pouls a pris beaucoup de fréquence; dans un cas je l'ai vu, non sans quelque émotion, devenir intermittent et filiforme. La respiration est restée libre, et jamais je n'ai observé ce resserrement spasmodique des mâchoires avec menaces de suffocation que provoque parfois le chloroforme. Un fait important déjà noté, c'est que l'amylène ne donne pas lieu à la résolution musculaire, et que l'insensibilité qu'il produit serait de très-courte durée, si on n'avait le soin de l'entretenir en versant toutes les cinq ou six secondes de petites quantités d'amylène dans l'appareil. L'opération étant terminée, le réveil est prompt et les malades, revenus à eux-mêmes, ne conservent aucun malaise.

Cependant deux jeunes filles ont été prises pendant quelques minutes d'un délire singulier, accompagné de cris, de rires, de sanglots et de mouvements convulsifs violents. Mais l'une d'elles, soumise au chloroforme quelques jours après pour l'extirpation d'un ganglion hypertrophié de la région parotidienne, a présenté les mêmes symptômes. Un jeune homme de dix-huit ans, à qui j'avais ouvert un abcès de la main, s'est élancé sur son lit avec une telle violence, qu'il se serait infailliblement blessé si on ne l'avait contenu; il était éveillé et parlait.

Cet exposé succinct des effets produits par l'amylène prouve que ce corps possède comme l'éther et le chloroforme la propriété d'empêcher la douleur; mais qu'il en diffère essentiellement, et surtout du chloroforme, par l'instantanéité de son action, qui cesse dès que les inhalations sont suspendues, et parce qu'il ne porte aucune atteinte à la contractilité musculaire.

Mais j'ai hâte d'aborder la question la plus importante de celles qui se rattachent à l'étude de l'amylène : savoir s'il peut être employé sans danger. Les chirurgiens qui les premiers en ont fait usage, se fondant sur ce que son activité est moins grande que celle du chloroforme, espéraient aussi qu'il jouirait d'une parfaite innocuité. Quelques expériences de M. Tourdes, il faut le dire, semblaient justifier cette opinion. Malheureusement cette question est aujourd'hui résolue, et par une singulière coïncidence, c'est entre les mains de M. Snow lui-même qu'est arrivé le premier cas de mort. (M. le rapporteur reproduit ici l'observation que nous avons déjà publiée [voir notre n° du 25 avril]; puis il l'apprécie en ces termes) :

Lorsqu'on analyse attentivement les détails de cette observation, il est impossible de ne pas reconnaître avec M. le docteur Snow que la mort n'ait été due à l'amylène. La grande habileté du praticien, qui employait cet agent pour la cent quarante-quatrième fois, son expérience spéciale dans le maniement des anesthésiques ne permettent pas de supposer qu'il y ait eu infraction aux règles qu'on doit observer en pareil cas. D'un autre côté, l'inhalation elle-même n'a présenté aucune circonstance insolite, et pour obtenir l'insensibilité il n'a pas été nécessaire de faire absorber une grande quantité de vapeurs. Enfin l'autopsie cadavérique n'a révélé aucune lésion viscérale qui, ayant été méconnue pendant la vie, serait devenue la cause de l'issue funeste.

En conséquence, il en est de ce cas malheureux comme de ceux que l'on a observés par l'emploi du chloroforme, où la mort est survenue par suite d'une prédisposition particulière de l'organisme inconnue dans sa nature, plutôt que par l'administration intempestive ou excessive des vapeurs anesthésiques.

Rien ne saurait atténuer la gravité de cet événement, duquel il ressort évidemment que l'amylène administré chez l'homme peut causer la mort. Une seule question nous reste donc actuellement à résoudre, c'est celle de savoir s'il offre moins de danger que l'éther ou le chloroforme.

M. Debout, dans son travail, s'est occupé de ce problème, et en a fait l'objet d'expériences sur les animaux.

Il raconte qu'il si, dans une série de bocaux cubant deux litres d'air, on place des animaux très-sensibles à l'action des anesthésiques, des oiseaux, par exemple, on voit qu'il suffit de verser deux gouttes de chloroforme dans l'un d'eux pour rendre insensible l'animal qui s'y trouve renfermé. Si, dans un autre bocal, on porte la dose à 5 gouttes, l'oiseau est foudroyé. Qu'on répète l'expérience avec l'amylène, on constate l'insensibilité avec 10 gouttes; si l'on élève la dose à 50 gouttes (1 gramme 35 c.), l'animal revient encore à lui, pourvu que l'on ne prolonge pas son séjour dans l'atmosphère amylénique au delà d'une minute. Soumis à la même quantité d'éther et pendant le même laps de temps, l'oiseau succombe. D'où l'auteur conclut que s'il suffit de doubler la quantité de chloroforme pour transformer la dose anesthésique de cet agent en dose toxique, il faut quadrupler celle de l'éther, et quintupler celle de l'amylène. Il ressort de ces faits, ajoute-t-il, que l'innocuité du nouvel agent est plus grande encore que celle de l'éther sulfurique.

J'ai répété les expériences de M. Debout sur les petits oiseaux, sur des poules et sur des lapins, surtout en ce qui concerne l'action comparative du chloroforme et de l'amylène, et elles m'ont paru exactes. J'en ai institué d'autres sur des chiens, mais en plaçant ces animaux dans les conditions où se trouvent les animaux que nous soumettons aux inhalations. Pour cela j'ai employé d'abord l'appareil de M. Charrière, en remplaçant l'embouchure par une vessie dans laquelle je fixais la tête de l'animal. Avec le chloroforme j'ai vu se dérouler la sé-

rie des phénomènes connus, depuis la simple insensibilité jusqu'à la résolution musculaire complète, et en continuant l'inhalation; les animaux ont toujours succombé en 30 ou 40 minutes par le ralentissement progressif et la cessation des mouvements respiratoires. Avec l'amylène j'ai obtenu l'anesthésie accompagnée de symptômes observés chez l'homme, à savoir le renversement de la tête en arrière, la fixité du regard, la déviation des yeux, l'injection des conjonctives, la roideur des membres, etc.; mais jamais je n'ai obtenu de relâchement des muscles. Il y a plus : en continuant l'expérience dans le but de faire périr les animaux, j'ai vu avec étonnement qu'ils s'habituaient en quelque sorte à l'action de l'amylène et recouvraient même une partie de la sensibilité. Au bout de plus d'une heure j'ai cru devoir cesser l'inhalation. Les animaux se sont trouvés pendant quelques instants comme dans un état d'ivresse, puis ils n'ont pas tardé à marcher et se sont promptement rétablis.

Voyant que l'appareil de M. Charrière était insuffisant pour faire périr ces animaux, j'ai eu recours à un autre procédé, capable de donner plus de concentration à la vapeur anesthésique. Une grande vessie de porc ayant été assez largement ouverte à une de ses extrémités pour recevoir la tête de l'animal, j'ai pratiqué à l'extrémité opposée une ouverture assez large pour laisser passer l'air, et j'ai placé dans la vessie une éponge imbibée de 25 à 30 grammes d'amylène. L'animal s'est agité d'abord et a poussé des cris, puis il est devenu presque immédiatement insensible. Le tronc s'est recourbé en opistbotonos; il y a eu tremblement de la tête, contraction des membres, mouvement de la langue comme pour laper, recouvrement de déglutition; au bout d'un quart d'heure, ronflement, puis résolution complète des membres, diminution progressive des mouvements respiratoires et mort au bout de vingt minutes.

Ces expériences confirment celles de M. Debout, en ce qu'elles prouvent que l'amylène est toxique, mais qu'il a beaucoup moins d'activité que le chloroforme. Faut-il en conclure que dans la pratique il soit moins dangereux que ce dernier? Ici je me sépare entièrement de M. Debout et de ceux qui l'ont précédé dans l'étude de la question. En effet, un point capital dans l'histoire de l'éther et du chloroforme, c'est que ce n'est pas par le fait de l'évolution successive et progressive des phénomènes d'intoxication que la mort est survenue chez l'homme, mais bien d'une manière brusque, inattendue, et comme par suite d'une prédisposition de l'organisme inconnue dans sa nature. Le malheur récent arrivé à M. Snow prouve qu'il en est de même pour l'amylène. Ainsi, c'est dans l'anesthésie même que gît le danger; dans l'anesthésie qui, suivant une expression heureuse de M. Tourdes, est une diminution de la vie et un pas fait vers la mort.

Ainsi dépouillé de la prérogative d'innocuité dont on avait espéré d'abord de le voir en possession, l'amylène n'est plus qu'un simple agent anesthésique qu'on peut placer à côté de l'éther et du chloroforme; de sorte qu'il ne nous reste plus maintenant qu'à nous demander s'il doit être conservé dans la pratique, et, en cas d'affirmative, quelles sont les indications et les contre-indications de son emploi. Oui, nous croyons qu'il doit être conservé, parce que son action est prompte, de très-courte durée, et que ses effets se dissipent rapidement, sans donner lieu à un malaise général qui persiste parfois assez longtemps après l'usage du chloroforme. Ces motifs le rendent préférable pour des opérations très-courtes, lorsqu'on se propose seulement d'annihiler la douleur ou simplement de l'émousser. De plus, il n'exerce pas sur les voies aériennes d'action irritante comme le chloroforme, ce qui le rend précieux lorsqu'il existe du côté des poumons quelque lésion qui ne paraîtrait pas assez grave pour faire rejeter complétement l'emploi des anesthésiques. En outre, il ne provoque pas de vomissements ou de nausées, soit au début, soit lorsque la sensibilité commence à se rétablir, phénomènes fréquemment observés pour le chloroforme. Cette particularité est importante dans la chirurgie des enfants, qu'il est souvent fâcheux de laisser trop longtemps sans aliments, et qu'on peut soumettre à l'action de l'amylène à une époque plus rapprochée des repas que lorsqu'on emploie le chloroforme. Néanmoins, l'absence des vomissements n'est pas absolue, on en a observé des exemples.

Nous venons de signaler les cas principaux qui nous paraissent motiver l'emploi de l'amylène. Voyons maintenant quels sont ceux où il est formellement contre-indiqué.

Nous rappellerons que l'insensibilité qu'il produit dure très-peu de temps, et qu'il n'atteint que par exception la contractilité musculaire. Partant de ces faits, nous proposerons de l'exclure de la pratique des opérations longues et pénibles, surtout de celles pour lesquelles il est nécessaire d'anéantir la contraction des muscles; telles que la réduction des luxations et des hernies, certains diagnostics dans lesquels la tension des muscles constitue un empêchement grave, comme on le voit pour plusieurs tumeurs de la cavité abdominale. Que si on nous objecte qu'on peut prolonger presque indéfiniment l'anesthésie, en continuant l'inhalation, qu'on peut obtenir aussi la résolution des muscles par le même moyen, nous répondrons que, outre l'inconvénient de faire absorber des quantités considérables d'amylène et la préoccupation gênante qui résulte pour le chirurgien de l'incertitude du réveil de son malade, il ne nous est pas démontré — que l'on puisse sûrement produire la résolution complète par la multiplication des doses. Il y a plus, si nous nous en rapportons à nos expériences, nous dirons que l'action de l'amylène finit par s'émousser lorsqu'on la prolonge outre mesure, à moins que les doses ne soient élevées à un degré excessif, et dans ce cas, si l'on parvient à obtenir la résolution des muscles, c'est peu d'instants avant que les animaux succombent.

Mais hâtons-nous de terminer.

Quelques savants ont conçu l'espoir de trouver un agent qui, tout en empêchant la douleur pendant les opérations, ne porte aucune atteinte à l'organisme. Laissons-leur cette pensée consolante; associons-nous même, s'il le faut, à leurs généreux efforts; mais constatons qu'aujourd'hui le problème n'a point encore été résolu. N'oublions pas surtout que la sensibilité est dévolue à tous les êtres vivants pour qu'ils puissent veiller à leur conservation, qu'on ne saurait les en priver sans de plus ou moins graves inconvénients, et qu'ainsi on ne doit recourir aux anesthésiques qu'avec crainte et réserve.

Votre commission a l'honneur de vous proposer d'adresser des remercîments à M. Debout, et de déposer honorablement son travail dans les archives de l'Académie.

M. VELPEAU. Bien que je sois membre de la commission qui avait à prononcer sur le travail de M. Debout et que j'aie signé le rapport qui vient de vous être lu, je déclare que je ne suis pas grand partisan de l'amylène. Je l'ai quelquefois essayé dans mon service à la Charité, et franchement je ne crois pas qu'on ait encore trouvé le successeur du chloroforme, qui, jusqu'à nouvel ordre, est, à mon avis, le meilleur des anesthésiques. Je reproche à l'amylène son odeur détestable, aussi incommode pour les assistants que pour l'opéré, le peu de certitude et de constance de son action, la trop courte durée de ses effets, et la nécessité où l'on est, en l'employant, de faire usage d'un appareil spécial d'inhalation. Enfin, l'accident arrivé à M. Snow, et rappelé par M. Robert, détruit les espérances qu'on avait fondées sur son innocuité.

Quant au chloroforme, je ne le dis pas entièrement inoffensif; mais je crois qu'on a singulièrement grossi les dangers de son emploi; je dirai même assez volontiers qu'on l'a calomnié. Depuis une dizaine d'années, j'ai bien employé le chloroforme cinq ou six mille fois pour des opérations diverses et des malades d'âge et de sexe différents; jamais je n'ai eu à déplorer aucun accident. Et je ne suis pas le seul dans ce cas parmi les chirurgiens de Paris. Je ne sache pas qu'il y ait jamais eu beaucoup de malheurs par le chloroforme dans tous nos grands hôpitaux. D'ailleurs, quand la mort survient, pendant ou après une opération chirurgicale, est-il juste, dans tous les cas, d'en accuser l'agent anesthésique? M. Robert a perdu, je crois, un amputé de la cuisse auquel il avait fait inhaler le chloroforme. On s'en est pris au chloroforme; je ne suis pas sûr qu'on ait eu raison. Je pense que cet anesthésique n'est pas plus dangereux que l'amylène, si on l'emploie avec toutes les précautions convenables. Il a sur son rival l'avantage de ne pas répandre une odeur infecte, de pouvoir se manier facilement et sans le secours d'un appareil spécial. Il s'agit d'en répandre quelques grammes sur une éponge, un simple mouchoir, un tampon de charpie placé au fond d'une compresse roulée en cône, et l'opération réussit parfaitement bien. J'ai mis depuis longtemps de côté les appareils plus ou moins compliqués de Charrière et autres. S'il s'agit de petites opérations, je ne pousse pas l'anesthésie bien loin; je n'y ai recours que pour ce qui doit être douloureux.

J'opère dès que le malade est à peu près insensible, et je le laisse se réveiller pendant que je fais le pansement. Pour une grande opération, l'anesthésie a besoin d'être poussée un peu plus loin, sans être cependant prolongée bien longtemps. Une amputation, par exemple, n'exige que quelques minutes d'insensibilité. La dissection d'une tumeur demande plus de temps, cinq ou dix minutes, un quart d'heure c'est bien long. En prenant les précautions que j'ai indiquées, les opérés ont tout le bénéfice de l'anesthésie sans qu'il en résulte aucun danger pour eux. Je le répète, un agent si facile à manier, qui endort si constamment et d'une manière si rapide, est difficile à remplacer. Je n'ai pas encore trouvé de malades réfractaires à l'action du chloroforme; il y en a qui ne veulent pas respirer, mais en temporisant on en vient parfaitement à bout. Il suffit d'éloigner et de rapprocher successivement la compresse imbibée de chloroforme jusqu'à ce que le malade commence à en subir l'influence et à le respirer librement.

Le chloroforme ne pourrait être remplacé que par un agent qui produise les mêmes effets, dans les mêmes conditions, sans occasionner la mort. On fait ce qu'on veut du chloroforme. Je l'ai appliqué à toutes espèces de personnes, même à des malades atteints d'affections du cœur ou des voies respiratoires. On a beaucoup parlé des quantités de chloroforme qu'il convient d'employer; on en juge par l'effet produit; c'est le degré d'anesthésie qui donne la mesure de la dose. Quand l'anesthésie n'est pas poussée trop loin, les malades se réveillent très-vite. Je crains qu'il n'y ait pas dans l'amylène quelque chose qui vaille mieux, surtout quand il s'agit d'obtenir la résolution des muscles.

Je me résume en disant qu'il faut accepter le nouvel agent qu'on nous propose, mais ne pas se faire d'illusions; c'est encore le chloroforme qui demeure le plus puissant et le plus sûr des anesthésiques.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN parle dans le même sens que M. Velpeau.

M. J. CLOQUET. J'ai écouté avec grand plaisir le rapport de M. Robert, et j'en approuve les conclusions. D'après la description que notre savant collègue a donnée du masque proposé par M. Charrière pour l'inhalation de l'amylène, il me semble qu'il s'agit d'un appareil tout à fait conforme à celui que j'avais imaginé moi-même pour le chloroforme à l'époque où tout le monde s'occupait de la fabrication d'instruments de ce genre. C'était un masque en caoutchouc ou en gutta-percha, avec deux tuyaux à soupapes mobiles, l'une de dehors en dedans et l'autre de dedans en dehors. L'air chargé de vapeurs anesthésiques arrivait par l'un de ces tuyaux, et l'autre conduisait au dehors les gaz expirés.

Je n'ai pas publié la description de cet appareil, parce que j'y ai renoncé lorsque j'ai vu qu'on pouvait parfaitement s'en passer quand on employait le chloroforme. Mais il me semble qu'il pourrait rendre des services en hygiène; on l'emploierait sans doute utilement pour faire respirer un air pur aux ouvriers qui travaillent dans une atmosphère méphitique. Il suffirait que le tuyau destiné à la prise d'air eût une longueur suffisante pour que son extrémité vînt s'ouvrir au milieu d'un air pur.

M. H. LARREY rappelle que M. Giraldès est le premier chirurgien français qui ait employé l'amylène, et qui depuis en ait fait un assez grand usage. Il s'est servi cinquante fois environ de cet anesthésique sur des enfants. M. Giraldès a plus de confiance dans cet agent que dans le chloroforme, mais il ne se fait pas illusion sur quelques-uns de ses inconvénients. Ainsi, il est difficile de se procurer de l'amylène pur, et il faut généralement en employer de grandes quantités. Enfin, il ne faut pas accorder d'avance à cet anesthésique les avantages d'une plus grande innocuité. Et ce qui me porte à le croire, c'est que M Snow, si bon juge en pareille matière, n'a pas jugé à propos d'employer l'amylène dans une circonstance mémorable récente, où comme de coutume il a été chargé de pratiquer l'anesthésie.

M. GIBERT. Nous avons souvent entendu parler de mort par le chloroforme; mais, dans la plupart de ces cas malheureux, le chloroforme n'a pas été cause de la mort; il n'en a été que l'occasion. La mort est en général le résultat d'une complication; l'opéré meurt de syncope, seulement ici les effets de la syncope sont plus prompts parce qu'il y a peu d'air respirable dans les poumons. Il ne faut donc pas exagérer les dangers que peut présenter cet anesthésique, tout en reconnaissant qu'il peut donner lieu à des accidents, même entre des mains exercées.

M. ROBERT. Les avantages de l'amylène consistent dans la rapidité et le peu de durée de son action; il convient à ce titre pour les petites opérations qui sont très-douloureuses. J'en appelle à M. Velpeau lui-même; nous n'employons aujourd'hui le chloroforme que dans des cas assez sérieux, quand il faut obtenir une insensibilité assez prolongée. Il arrive avec le chloroforme que l'insensibilité est précédée d'une certaine agitation, qu'il se manifeste de la toux, des envies de vomir; le lendemain, il y a souvent de l'embarras gastrique; de plus, l'insensibilité produite est d'une longue durée. Le chloroforme est indispensable quand il s'agit d'obtenir la résolution musculaire. Mais, malgré son odeur désagréable, à laquelle on s'habitue assez aisément, j'en parle par expérience, l'amylène a ses avantages. Son plus grand inconvénient est d'exiger un appareil spécial. L'amylène endort en un instant; ainsi, ce matin, un homme s'est présenté à la consultation avec une ouverture préputiale trop étroite; je l'ai opéré, après l'avoir soumis à l'inhalation de l'amylène; en moins d'une minute il était endormi, et l'opération à peine terminée, il a pris son chapeau et s'en est allé. Je ne crois pas que l'amylène ait des prérogatives spéciales d'innocuité; mais il est vraiment des cas où cet agent devra être préféré au chloroforme pour les opérations de courte durée, par exemple, les incisions, les ouvertures d'abcès, etc. Sans vouloir déprécier le chloroforme, je pense qu'il est utile de laisser à côté de lui une petite place à l'amylène.

M. VELPEAU. Sans accorder cette place à l'amylène, je voudrais qu'on lui retirât son odeur, à laquelle je ne puis me faire comme M. Robert. Quant à l'emploi de l'anesthésie, je me laisse guider autant par la gravité de l'opération que par la crainte que les malades ont de la douleur. J'ai vu un malade chez lequel il n'y avait pas moyen de passer un stylet sans déterminer un état nerveux, qui approchait de la convulsion. Il est évident que quand j'éthérise, ce n'est pas pour moi, mais pour le malade; aussi ai-je soin de le consulter. En général, je n'éthérise pas pour les petites opérations; mais quand il m'est arrivé de le faire, j'ai vu souvent les malades endormis en une minute, une demi-minute même, et chez ces malades il n'y avait ni vomissements au moment même, ni embarras gastrique le lendemain. Je ne rejette pas absolument l'amylène, mais ce que l'amylène peut faire, je dis que le chloroforme peut le faire aussi.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous recevons d'un de nos honorables confrères, M. le docteur Corbel-Lagneau, la communication suivante, qui intéresse fort le corps médical de Paris, et que nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs :

« Un nouveau voleur exploite en ce moment le domicile des médecins. Voici son signalement : grand, gros, figure ronde, épaisses et longues moustaches; favoris grisonnants; vêtu d'un raglan gris, d'un pantalon noir et de souliers vernis. Il a les formes très-polies. Il demande à écrire une lettre dans le cabinet du docteur absent; et pendant qu'il écrit, une femme d'une mauvaise figure, vêtue de noir, portant une toilette fort usée, quoique élégante, sonne à la porte. Elle demande un médecin dont elle ne sait pas le nom, mais qui soigne une Mme de S..., et qu'on lui a dit demeurer dans cette rue.

» Fort heureusement pour moi, mes domestiques, avertis par le vol dont j'ai été victime l'année dernière, étaient sur leurs gardes, et ont rendu nuls les efforts de ces adroits filous. Mais il n'en sera pas de même, sans doute, chez tous nos confrères, et il est bon qu'ils soient prévenus.

» Le service que vous leur avez rendu l'hiver dernier, en publiant ma lettre (car, grâce à cette publicité, le voleur a été arrêté et condamné à quinze mois de prison), est encore à rendre aujourd'hui, et je sais qu'il suffit de vous le signaler. »

— M. le docteur Bouvier commencera ses leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur, le vendredi 22 mai, à 9 heures du matin, à l'hôpital des Enfants malades, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

— M. le docteur Triquet continuera ses leçons cliniques sur les maladies de l'oreille, à son dispensaire (Impasse Larrey, 4), les lundis, mercredis et vendredis, à dix heures et demie du matin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Gallois, né à Vitry-le-François (Marne); *Essai physiologique sur l'urée et les urates.*

Vengœcber, né à Sainte-Marthe (Amérique); *Du traitement des kystes de l'ovaire.*

Lalry, né à Chissey (Saône-et-Loire); *Considérations sur le système lymphatique. Déductions pratiques.*

Pouzet, né à Bourg-de-Visa (Tarn-et-Garonne); *Du varicocèle.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Des métastases; par le docteur THOLOZAN, professeur agrégé à l'École impériale de médecine militaire. In-8°. Prix : 2 fr. A Paris, chez Delahaye et Chatel, libraires, place de l'École-de-Médecine, 23.

Des kystes synoviaux du poignet et de la main; par le docteur LEGOUEST, chirurgien-major et professeur agrégé au Val-de-Grâce, chevalier de Légion d'honneur et de l'ordre impérial du Medjidié. In-8°. Prix : 2 fr. A Paris, chez Delahaye et Chatel, libraires, place de l'École-de-Médecine, 23.

LE GÉRANT.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 58. — SAMEDI 16 MAI 1857. (30e ANNÉE.) N° 58. — SAMEDI 16 MAI 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du souffle au premier bruit du cœur comme signe d'une insuffisance de la valvule mitrale.

« Un souffle au premier temps perçu vers la pointe du cœur et en dehors, est le signe d'une insuffisance auriculo-ventriculaire. » Cette proposition, ainsi nettement formulée dans le *Traité pratique d'auscultation* de MM. Barth et Roger, vient de recevoir une nouvelle sanction clinique expérimentale dans deux faits qui ont été communiqués dans une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux. M. Legroux a présenté, en effet, à ses collègues un cœur dont la valvule mitrale était épaissie par une matière calcaire ; il y avait en même temps insuffisance auriculo-ventriculaire gauche. Or il y avait eu pendant la vie un bruit de souffle au premier temps. Mais une observation qui établit ce fait d'une manière beaucoup plus nette et plus précise encore est la suivante, rappelée à cette occasion par M. H. Roger, et dont nous empruntons les détails au compte rendu de cette Société.

Une petite fille de huit ans entre le 12 février dans le service de M. Blache à l'hôpital des Enfants : alitée depuis deux mois et tourmentée depuis longtemps par des palpitations, de l'étouffement, de la tendance à la syncope, œdème des jambes disparaissant par intervalles, toux, insomnie. Le 13 février, avec les symptômes généraux manifestés d'un trouble circulatoire, face anxieuse, bouffie, décoloration des lèvres, orthopnée, fréquence considérable de la respiration, fréquence et petitesse du pouls, etc., M. Roger constate les phénomènes suivants : 1° Voussure marquée et matité considérable de la région précordiale ; le dessin du cœur, tracé à l'aide du plessimètre, donne 11 centimètres et demi pour le plus grand diamètre transversal, et 13 centimètres et demi dans le sens vertical ; 2° frémissement, vibration sensible à la main dans toute la région antérieure du cœur ; 3° dans les mêmes points, double bruit de frottement doux et superficiel, plus marqué vers la partie moyenne de la région ; 4° enfin, *bruit de souffle au premier temps*, très-intense, vers la pointe du cœur et en dehors.

Le diagnostic porté fut : insuffisance auriculo-ventriculaire gauche avec hypertrophie du cœur et complication de péricardite. On prescrivit en conséquence une saignée de 125 grammes et un julep avec sirop de digitale 15 grammes.

Le 15, la maladie se complique d'une pneumonie de la base du côté gauche, que l'on combat par un vésicatoire.

Le 17, le double bruit de frottement est notablement diminué ; le souffle de la pointe au premier temps persiste, mais avec un peu moins d'intensité ; le pouls est très-petit.

Les jours suivants, la gêne de la respiration fait des progrès rapides, et le petit malade succombe le 22 dans un état de syncope.

Voici ce que l'autopsie a révélé :

La cavité du péricarde était complétement remplie par des fausses membranes épaisses, molles, friables, enveloppant le cœur et établissant des adhérences récentes et peu résistantes.

Le cœur était d'un volume égal à celui d'un adulte. L'orifice aortique était exempt d'altération, mais l'orifice auriculo-ventriculaire gauche était extrêmement dilaté. La valvule mitrale était saine dans sa moitié antérieure ; mais la moitié postérieure, au lieu d'être libre par ses deux faces, adhérait aux parois ventriculaires plus qu'à l'état normal. Cette adhérence avait surtout lieu du côté de la base, et de cette adhérence partielle, ainsi que de la dilatation totale de l'orifice, résultait une notable insuffisance.

En rapprochant ces lésions anatomiques si bien caractérisées des signes stéthoscopiques si nets perçus pendant la vie, il est impossible d'en méconnaître la relation étroite, et de ne pas y voir une confirmation de la valeur diagnostique attribuée au signe dont il vient d'être question.

Accouchement prématuré artificiel pratiqué avec succès pour la mère et pour l'enfant, dans un cas d'apoplexie pulmonaire.

Il est, en dehors des conditions inhérentes à la grossesse même et des diverses causes de dystocie que l'art fait reconnaître ou prévoir, des circonstances de l'ordre pathologique proprement dit qui peuvent réclamer l'accouchement prématuré artificiel. Telles sont par exemple les maladies capables d'apporter un notable obstacle à l'accomplissement des fonctions des poumons et du cœur, déjà compromises par l'état de grossesse, ou à l'égard desquelles celle-ci joue le rôle d'une complication. Le médecin est autorisé dans ce cas à recourir à l'accouchement artificiel, si l'obstacle dont il s'agit est de nature à être levé par ce moyen, à la condition bien entendu que l'état de grossesse sera assez avancé pour que l'enfant soit viable et ait des chances d'être amené vivant. Cette conduite sera d'autant plus justifiable, et nous dirons même d'autant plus impérieusement commandée, que la vie de la mère et celle de l'enfant sont également compromises dans cette circonstance, et qu'on peut espérer, en agissant ainsi, de les sauvegarder l'une et l'autre.

M. le docteur Aran, en présence d'une situation semblable, qui s'est récemment offerte à lui dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, a agi ainsi, et le résultat heureux de cette pratique nous a paru mériter d'être signalé à l'attention de nos lecteurs. Nous empruntons la relation de ce fait intéressant à l'un des derniers numéros du *Bulletin général de thérapeutique*.

Une femme de trente-sept ans fut apportée à l'hôpital Saint-Antoine le 16 octobre dernier, salle Sainte-Thérèse, n° 15, en proie à des accidents d'apoplexie pulmonaire des plus graves. Enceinte de huit mois, elle avait été prise vingt-quatre heures auparavant, au milieu d'une santé parfaite, d'une oppression très-forte et d'une toux fatigante, suivie de quelques crachats sanglants.

A son entrée à l'hôpital, la face était cyanosée, les lèvres bleuâtres, la respiration haute et fréquente, et la dyspnée si intense que la malade se tenait assise sur son lit, et renversait fortement la tête en arrière à chaque inspiration ; expectoration très-abondante consistant en un liquide rouge, spumeux, ressemblant à du sang mêlé d'une grande quantité d'eau et couvert d'écume, sans caillots ; on entendait à distance des râles muqueux et une sorte de gargouillement ayant son siége dans la trachée ; pas de matité appréciable et même sonorité exagérée le long des gouttières vertébrales ; gros râle sous-crépitant mêlé de râle sibilant prolongé, couvrant les deux temps de la respiration dans toute l'étendue de la poitrine, excepté à la partie latérale du poumon gauche, où les ronchus sont moins nombreux ; bruits du cœur masqués par la sibilance ; pouls à 128, petit, à peine sensible, irrégulier ; extrémités froides et cyanosées ; impossibilité d'ausculter le souffle pulmonaire et les bruits du cœur du fœtus, dont les mouvements avaient cessé de se faire sentir depuis vingt-quatre heures. — Saignée de 350 grammes ; deux heures après, 30 ventouses sèches, dont 15 vésicantes, appliquées sur les parois thoraciques, et julep avec 0,75 de sulfate de cuivre.

La saignée avait amené un soulagement très-marqué immédiatement ; mais les râles persistaient encore le lendemain dans la poitrine, et les crachats, bien que moins abondants, étaient encore teints de sang. Un large vésicatoire fut appliqué sur la poitrine. Une seconde saignée du bras fut même pratiquée le 19, pour en finir avec l'expectoration sanglante ; quelques jours après, en effet, tous les accidents étaient dissipés. On apprit alors que cette femme, assez maigre et d'une constitution médiocrement forte, était sujette à s'enrhumer les hivers et toussait depuis longtemps ; sept fois enceinte dans l'espace de neuf années, elle avait successivement perdu tous ses enfants très-jeunes. Elle présentait, du reste, quelques signes de tuberculisation.

On espérait néanmoins que la grossesse pourrait suivre régulièrement sa marche jusqu'au terme naturel, lorsque, le 22 octobre, elle fut prise pour la seconde fois d'oppression et de crachements de sang. Une saignée de 350 grammes fut sans résultat, et le lendemain la malade était assise sur son lit, les jambes pendantes et œdématiées, la face amaigrie et jaunâtre, les pommettes plaquées de rouge, les pupilles très-dilatées, le pouls faible (120 pulsations), la respiration haute et pénible (48 inspirations par minute) ; expectoration sanglante, spumeuse, abondante ; les mouvements du fœtus ne sont plus perçus depuis vingt-quatre heures ; impossibilité d'examiner la malade, et surtout de rechercher les battements du cœur et de l'enfant.

Tout en combattant ces graves accidents par un vésicatoire volant sur le dos et par un julep avec l'acide gallique, M. Aran jugea prudent de ne pas abandonner la grossesse à elle-même. Il introduisit en conséquence la sonde utérine dans la cavité de la matrice, pour décoller les membranes. Mais cette opération fut sans résultat. Le soir arriva sans qu'aucune douleur puerpérale se fût manifestée ; le col était toujours mou et non dilaté ; rien en un mot n'annonçait un commencement de travail. Il pratiqua alors des injections d'eau tiède dans la cavité utérine, au moyen d'une sonde introduite dans le col. Ces injections furent faites pendant dix minutes. Deux heu-

FEUILLETON.

De l'anatomie des Monotropées dans ses rapports avec la classification de ces végétaux. — Productions de saphirs blancs en cristaux limpides isolés. — Les collections erpétologiques du Muséum. — Un nouveau sulfure de carbone.

M. Chatin poursuit avec l'ardeur scientifique qu'on lui connaît ses études anatomiques sur les diverses familles botaniques ; il y a quelque temps, c'était la famille des Rhinanthacées qui se courbait sous son scalpel ; aujourd'hui les Monotropées, soumises au même examen, vont nous avouer les secrets de leur organisation intime. Et d'abord résumons leurs caractères anatomiques.

La base rhizomateuse de la tige a des faisceaux séparés par de larges communications médullaires qu'occupe parfois un tissu prosenchymateux ; ses vaisseaux, toujours réunis par paquets et pressés entre eux, peuvent comprendre quelques trachées d'ailleurs peu déroulables. La tige proprement dite est encore habituellement pourvue de communications médullaires ; elle a presque toujours de vraies trachées groupées avec le reste des vaisseaux, et manque, comme le rhizôme, de système fibro-cortical distinct. Les feuilles ou écailles ont l'épiderme identique sur leurs deux faces et à cellules subhexagonales (jamais repliées en zigzag comme chez beaucoup de Rhinanthacées), contenant des granules oléo-résineux ; elles portent peu ou point de stomates, et sont formées d'un parenchyme homogène, dans l'épaisseur duquel sont d'assez nombreux faisceaux composés chacun d'un petit paquet vasculaire parfois réduit à une seule trachée axile, et de fibres toujours minces et sans ponctuation. Dans les écailles, comme dans la tige et le rhizôme, les vaisseaux prennent la forme prismatique en même temps qu'ils se groupent.

Par leurs affinités anatomiques, comme par leurs ressemblances morphologiques, les Monotropées tiennent à des familles diverses, dont les unes seulement se composent de végétaux parasites.

Les aperçus de Tournefort et de Lindley sur les affinités des Monotropées avec les Orobanchées sont pleinement justifiées par l'anatomie, qui permet de tracer de ces deux groupes de végétaux des tableaux qui seraient presque de tous points semblables, si les Orobanchées n'avaient pas la tige le plus souvent privée de communications médullaires, des vaisseaux moins constamment fasciculés, des fibres ponctuées aux écailles de plusieurs de leurs genres, et presque toujours de nombreux stomates.

Le parallélisme anatomique entre les deux ordres précédents n'est pas seulement appréciable par une comparaison d'ensemble, il se retrouve encore lorsqu'on considère leurs genres, ou même leurs espèces, offrant une particularité de quelque importance.

Les rapports anatomiques des Monotropées avec les Epirhizanthacées sont dans les larges communications médullaires du rhizôme, dans la rareté des stomates, la nature identique de l'épiderme, du parenchyme et des faisceaux fibro-vasculaires des écailles. Les différences très-profondes consistent dans le manque de système fibro-cortical, et le non-éparpillement des vaisseaux de la tige, et surtout du rhizôme des Monotropées.

La tige (mais nullement le rhizôme) de l'*Hypopitys lanuginosa*, à structure d'ailleurs dissidente dans l'ordre, établit seule un point de contact entre les Monotropées et les Rhinanthacées.

Les Cuscutacées, qui ont quelques points de contact avec les Monotropées, par la coloration générale de la plante, par leur tige aphylle ou simplement squammifère, par leur corolle ordinairement gamopétale, régulière, hypogyne et marcescente, par leurs placentas axiles et par leur embryon indivis, touchent parallèlement à ces plantes par le manque de corps fibro-cortical, par les vaisseaux groupés en paquets et par le manque de stomates. Mais l'existence habituelle de trachées vraies et de communications médullaires dans la tige des Monotropées, le parasitisme complet et non hypogé des Cuscutacées et divers autres caractères anatomiques, s'ajoutent à d'importants caractères floraux pour tenir ces deux groupes à une assez grande distance l'un de l'autre.

Les genres des Monotropées ne se distinguent pas moins les uns des autres par leur anatomie que par leurs caractères extérieurs. Ici encore l'histoire des espèces elles-mêmes est éclairée par l'anatomie. Ainsi celle-ci n'avoue pas le *Monotropa morisoniana*, admis depuis Michaux par la plupart des auteurs, si distinct du *M. uniflora*, dont il ne serait, suivant J. Torrey, qu'une forme à fleur redressée ; tandis qu'elle met hors de contestation l'*Hypopitys lanuginosa*, dans lequel

res après le travail commençait, et il se termina au bout de trois heures par l'expulsion d'un enfant vivant.

Les suites de l'opération furent des plus simples : le lendemain 24 octobre, l'expectoration était déjà moins abondante, les crachats toujours sanglants, mais plus consistants, le pouls toujours fréquent, mais la respiration bien moins précipitée, vingt-quatre inspirations par minute et les râles moins abondants. A partir du 25, les crachats cessèrent d'être sanglants ; les râles disparurent peu à peu, et le 30, la malade allait tout à fait bien, ainsi que son enfant qu'elle nourrissait. Elle est sortie quelques jours après de l'hôpital en très-bon état.

Tumeur considérable composée de dix poches embryonnaires contenues dans les ovaires d'une femme adulte.

Femme adulte dont les ovaires contenaient les débris de dix fœtus dans des cavités distinctes et semblables, tel est le fait curieux qui s'est offert à l'observation de M. le professeur Alquié, dans son service chirurgical de l'Hôtel-Dieu de Montpellier.

En voici la relation telle que M. Alquié a bien voulu nous la communiquer :

Une femme, âgée de quarante-neuf ans, fut apportée dans le service de M. Alquié, se mourant de phthisie. Cette femme, d'une constitution chétive et appauvrie par les causes débilitantes les plus diverses, ayant mené une vie assez désordonnée, n'avait cependant jamais eu d'accouchement, et elle était restée toujours bien menstruée. Elle offrait lors de son admission à l'hôpital une tuméfaction de l'abdomen analogue à celle d'une personne arrivée au terme de la grossesse. Cette tuméfaction du bas-ventre datait d'une époque assez éloignée, mais, au dire de la malade, n'avait acquis ses dimensions actuelles que depuis quelques mois. La surface du ventre offrait des bosselures nombreuses, étendues, et où l'on percevait une fluctuation obscure et des points plus résistants. Du reste, pas de bruits, pas de battements insolites. La vessie retenait faiblement l'urine ; le vagin se trouvait allongé et tiraillé vers le détroit supérieur et entraîné à gauche, où l'on soupçonnait la présence du col de la matrice ; la position de cet organe ne pouvait être constatée soit par le toucher, soit à l'aide du spéculum.

M. Alquié diagnostiqua un kyste embryonnaire, mais il était loin de prévoir ce que l'autopsie allait lui montrer peu de temps après, car cette femme ne tarda pas à succomber.

Voici ce que la nécropsie permit de constater :

A l'ouverture du ventre, on reconnut l'existence de deux tumeurs : l'une, plus volumineuse, qui s'élevait jusqu'à l'épigastre et aux hypochondres, et refoulait les viscères vers le diaphragme. A gauche, se trouvait adossée la seconde tumeur, séparée de la précédente par l'utérus aplati et remonté dans l'abdomen. La trompe droite, atrophiée, était très-difficile à reconnaître ; la gauche avait son conduit perméable.

La tumeur principale, qui n'était autre chose que l'ovaire droit coiffé du péritoine, présentait au-dessous un fascia fibreux et très-adhérent à l'enveloppe propre de la tumeur. Cette enveloppe est commune aux kystes principaux situés à la surface de cette masse énorme, et tous tapissés en dedans par une membrane d'apparence séreuse.

Le premier kyste contenait un litre environ d'une matière semblable à de l'axonge. Dans les poches restantes se trouvaient des touffes de cheveux soyeux, de couleur différente, suivant leur siége, d'une longueur considérable, et imprégnés d'une substance grasse. Dans le premier des kystes pileux, les cheveux venaient s'implanter isolément sur un point de la paroi de la cavité, point analogue au cuir chevelu, et d'où s'élevaient deux tubercules spongieux séparés par une partie dure. Celle-ci était une portion osseuse rappelant un fragment de maxillaire sur lequel trois dents étaient implantées.

La deuxième poche renfermait une portion de maxillaire supérieur avec deux dents, et une partie analogue à la peau du crâne, à laquelle s'inséraient un bon nombre de cheveux. La troisième poche contenait des cheveux, une dent incisive implantée sur une sorte de cupule cartilagineuse, et un fragment osseux de 4 centimètres de longueur. La quatrième renfermait aussi des cheveux, et des portions cartilagineuses qui tapissaient sa surface.

La seconde tumeur, formée par l'ovaire gauche, était entourée des mêmes membranes que la droite, et renfermait six kystes pileux vers sa surface. L'une de ces parties contenait un fragment de maxillaire donnant implantation à sept fortes dents. La deuxième renfermait un produit dentaire ; la troisième offrait un fragment osseux, recouvert de périoste et de débris ossiformes. Une quatrième poche a fourni un petit tubercule osseux, enveloppé de périoste. Les deux autres contenaient seulement des cheveux, analogues aux touffes considérables situées au sein des kystes précédents. Une disposition commune aussi à tous ces kystes pileux était la présence d'adhérences fibreuses entre les parois et les produits qu'ils renfermaient. Cette pièce a été déposée au muséum de la Faculté de Montpellier.

De l'étude de ce fait il a paru à M. Alquié qu'on pouvait faire découler les conséquences principales suivantes. La présence de ces produits au sein des ovaires conduit à penser qu'ils proviennent de la fécondation. La similitude d'origine de ces kystes pileux paraît démontrée par la ressemblance des produits contenus, de leur position, de leur forme et de leur structure : ainsi cheveux implantés sur un point de la face interne du kyste ; point d'implantation ayant l'aspect du cuir chevelu ; fragments osseux, enveloppés de périoste, et représentant pour la plupart des portions de maxillaire sur lesquelles s'implantent des dents. Enfin, la comparaison de ces poches ovariques permet de reconnaître dans leurs contenus des débris progressivement moins nombreux d'êtres embryonnaires.

Si la réalité des grossesses ovariques et des fécondations des intra-vésiculaires pouvait encore être mise en doute, ce fait la démontrerait, à raison de l'identité de siége et de structure de tous ces kystes. Si ces kystes n'étaient pas intra-ovariques, la composition de leurs parois serait diverse, ainsi que le fait remarquer M. le professeur Alquié, et leurs siéges variés aussi constitueraient les grossesses ici ovariques externes, là ventrales, plus loin tubaires, etc. Leur forme ne varierait pas moins que leur siége et leurs parois. Ainsi, dit M. Alquié, il n'y a qu'un organe où des grossesses intra-utérines multiples puissent présenter une ressemblance frappante de composition ; cet organe, c'est la vésicule ovarique. Quatre membranes bien distinctes se montraient sous le scalpel avant que l'on pût pénétrer dans chacune de ces poches : 1° la séreuse continue dans tous les points avec le péritoine ; 2° la seconde, fibro-cellulaire et sous-péritonéale ; 3° la troisième fibreuse était l'enveloppe de l'ovaire ; 4° la quatrième, enfin, tapissée par une sorte de séreuse, était évidemment formée par la membrane propre de la vésicule de Graaf ; celle-ci seule était particulière à chaque kyste. Cette disposition anatomique est celle de l'état normal, sauf le développement et l'extension exagérés des membranes. La vésicule de Graaf est située dans le stroma de l'ovaire ; n'ayant subi aucun déplacement, elle n'a pu être fécondée que sur place.

Des recherches et des réflexions, que cette remarquable observation lui a suggérées, M. Alquié tire les conclusions suivantes :

La fécondation dans les vésicules de l'ovaire est possible, même à travers les membranes qui recouvrent le germe ;

La grossesse intra-ovarique peut s'effectuer plusieurs fois, et même dix fois, chez la même femme à des époques différentes ;

L'éclosion de l'ovule, dite parfois ponte, n'est pas nécessairement liée à la menstruation ;

Les kystes développés dans l'ovaire, dans les environs, ou dans les organes éloignés du bassin, et qui renferment des cheveux ou des dents, sont des produits de conception ;

L'existence des grossesses extra-utérines peut être reconnue à des signes particuliers.

Nous avons rapporté ce fait extrêmement curieux, qui emprunte un haut degré d'intérêt de l'autorité du professeur distingué qui l'a observé. Cependant nous ne pouvons nous empêcher de conserver quelques doutes, non pas sur le fait en lui-même, malgré sa singularité ; mais sur les théories qui en ont été déduites. Faut-il admettre avec M. Alquié qu'il y eu dix fécondations successives ? Peut-être est-il permis de supposer, en opposition à cette manière de voir, que des cloisons sont venues s'interposer entre les divers fragments fœtaux, et constituer consécutivement des poches distinctes ; malheureusement, il n'est pas dit un seul mot dans l'autopsie de la disposition de ces cloisons.

Enfin, peut-être M. Alquié aurait-il dû discuter la question d'une monstruosité par inclusion ; à ce point de vue, le fait n'en serait pas moins étrange, mais cette discussion aurait donné plus de valeur aux conclusions du savant professeur de clinique chirurgicale de Montpellier ; conclusions, du reste, dont nous lui laissons toute la responsabilité.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. DURAND-FARDEL.

COURS SUR LES EAUX MINÉRALES.

Leçons sur le traitement des scrofules (1).

§ Ier. *Indications générales.* — Les scrofules, envisagées au point de vue de la diathèse, indiquent toujours les eaux minérales.

L'état diathésique qui préside aux manifestations scrofuleuses nous est inconnu dans son essence ; mais nous connaissons les circonstances qui en favorisent spécialement le développement.

Les unes préexistent à la naissance, telles que l'hérédité, le défaut de croisement des familles, les circonstances débilitantes qui ont pu environner la formation et le développement du germe, causes morales dépressives, syphilis, etc. ; les autres, postérieures à la naissance, empruntées à la matière de l'hygiène, peuvent se résumer dans un ensemble de conditions que caractérise surtout l'insuffisance de l'air et de la lumière.

Nous considérons la constitution lymphatique comme touchant au premier degré des scrofules. Ceci peut être contesté en théorie, mais ne saurait l'être au sujet des indications hygiéniques et thérapeutiques.

Il est impossible de se faire une idée un peu juste de l'action que la thérapeutique thermale ou autre peut exercer sur les scrofules, sans avoir présentes à l'esprit les considérations suivantes :

Les scrofules se manifestent presque exclusivement dans certaines limites d'âge très-déterminées : assez rarement apparentes avant cinq ans, c'est entre cet âge et quinze ans, vingt et un ans au plus, que l'on observe presque exclusivement leur développement. Une fois vingt ans atteints, on les voit devenir de plus en plus rares, pour disparaître à mesure que la vieillesse approche.

Bien que marquant l'organisme d'une empreinte profonde et universelle, cette diathèse peut exister à un haut degré d'intensité, et multiplier ses manifestations, sans que la vie en soit nécessairement compromise. Si en effet celles-ci ne viennent pas à s'arrêter avec une fixité particulière vers de grandes articulations, ou sur des masses musculaires profondes, ou s'il ne survient pas quelque complication tuberculeuse vers les grands appareils viscéraux, les scrofules sont rarement mortelles : on peut dire qu'elles abâtardissent plutôt qu'elles ne détruisent les populations.

Nous ne connaissons pas de médicament spécifique des scrofules. Mais si l'art ne possède pas de moyens de les guérir, à proprement parler, il n'est pas absolument désarmé vis-à-vis cette diathèse redoutable. Il peut en atténuer à un haut degré les manifestations, et aider l'organisme à traverser cette période de l'existence qui paraît en quelque sorte livrée aux scrofules.

Prévenir les manifestations scrofuleuses qui pourraient menacer la vie par elles-mêmes, ou celles qui doivent laisser une empreinte ineffaçable, déformations ou lésions organiques ou fonctionnelles irréparables, tel doit être, dans l'impossibilité où elle se trouve de détruire la diathèse scrofuleuse elle-même, l'objet de la thérapeutique.

(1) Ces leçons sont extraites d'un ouvrage intitulé : *Traité thérapeutique des Eaux minérales*, qui paraîtra prochainement à la librairie de Germer Baillière.

---

des botanistes avaient cru remarquer une simple variété de l'*H. multiflora*.

Tels sont les résultats obtenus par le savant botaniste ; espérons qu'il persévérera dans le travail qu'il s'est imposé, et que, grâce aux monographies anatomiques qu'il fait succéder avec tant de rapidité, nous aurons avant peu une excellente anatomie botanique. Cette pensée doit être un noble excitant pour le talent de M. Chatin, et nous faisons les vœux les plus sincères pour sa réussite.

— Après le botaniste distingué, voici venir un homme profondément instruit, qui a laissé sur son chemin des traces nombreuses de son travail intelligent et sérieux. Depuis longues années se livrant aux recherches les plus intimes de la cristallographie, retouchant les systèmes, créant les lentilles du microscope qui porte son nom, M. Gaudin est enfin parvenu à produire du saphir blanc en cristaux limpides, isolés.

Il y a déjà plus de vingt ans qu'ayant fondu, au chalumeau oxy-hydrogène, l'alun ammoniacal avec addition de cinq millièmes de chromate potassique jaune, il obtint des rubis artificiels tout à fait identiques aux rubis naturels sous le rapport de la composition chimique, de la dureté et de la couleur ; ils manquaient seulement de limpidité ; en raison d'une cristallisation partielle que ce savant n'a pu encore éviter pour les gros globules.

A cette même époque, il obtint une géode de corindon en cristaux discernables à l'œil nu et donnant le clivage sextuple particulier à ce minéral. Elle avait été produite en fondant avec un chalumeau en platine, dans un creuset en noir de fumée, un fragment d'alun potassique.

Aujourd'hui, pour produire des cristaux limpides d'alumine, M. Gaudin introduit dans un creuset ordinaire brasqué avec du noir de fumée, quantités égales d'alun et de sulfate potassique préalablement calcinés et réduits en poudre ; puis il soumet le creuset pendant un quart d'heure à un violent feu de forge. Il casse le creuset, et on trouve dans le creux de la brasque une concrétion hérissée de points brillants, composée de sulfure de potassium empâtant les cristaux d'alumine. Avec l'eau régale étendue d'eau et la chaleur, on obtient un précipité ressemblant à du sable fin que l'on lave à plusieurs eaux.

Ce procédé ne permet pas d'obtenir des cristaux colorés, à cause du pouvoir réducteur du carbone, qui transforme en globules métalliques tous les oxydes colorants.

Les cristaux sont d'autant plus gros que l'on opère sur une plus grande masse, et par conséquent avec une calcination plus longue. M. Gaudin en a obtenu de 1 millim. de côté, et d'une épaisseur de 1/3 de millim.

Leur dureté est excessive ; ils ont exigé pour être percés 120,000 tours d'un foret d'un dixième de millim. de diamètre. La limpidité de ces saphirs est extrême. Avec un microscope d'Oberhaeuser et Hartnack, de 390 diamètres, les bases des rhomboèdres montrent des triangles équilatéraux formés par des lignes d'une pureté exquise, et dans un de ces triangles on voit quelquefois trois cents pierres de couleur en tables hexagonales, qui sont séparées de la base même par une marge très-pure.

C'est, suivant M. Gaudin, le sulfure de potassium qui devient un dissolvant de l'alumine ; car on obtient les mêmes cristaux en plaçant dans la brasque de l'alumine calcinée avec du sulfure de potassium. En conséquence, les composés binaires (sulfures, chlorures, etc.) qui résistent considérablement à la décomposition et à la volatilisation, pourront fournir les moyens d'obtenir une foule de cristaux insolubles. Il se peut même qu'on arrive, avec les feux alimentés par l'oxygène, à trouver un dissolvant du carbone capable de donner le diamant parfait ; et cela est si vrai que M. Gaudin, voulant produire de la silice par ces moyens, a obtenu un verre enfumé exempt d'alumine et de bore qui raye le rubis.

Il a obtenu ce corps singulier en plaçant dans une brasque du silicate de potasse avec du sulfure de potassium.

— Nous ne sortirons pas aujourd'hui du domaine des sciences naturelles proprement dites ; car à la botanique et à la cristallographie, nous allons faire succéder un travail fort intéressant que M. Aug. Duméril esquissait dans une lettre adressée à M. Guérin-Méneville, le savant rédacteur en chef de la *Revue de zoologie*.

On sait qu'après un glorieux professorat de cinquante-quatre années au Muséum d'histoire naturelle, le vénérable M. Duméril a résigné ses fonctions qui ont été transmises à son fils. Quel a été, pendant cette longue période, l'accroissement des richesses erpétologiques du Muséum ? Quelles sont les espèces diverses réunies sous la direction du professeur ? Et quel est enfin l'état de conservation au commencement

Pour arriver à cela, la médecine dispose de deux ordres de moyens : moyens hygiéniques et agents médicamenteux spéciaux.

La médication thermale, et c'est là ce qui doit la faire constamment rechercher dans les scrofules, emprunte ses ressources à ces deux sortes de modifications.

Mais on n'a pas seulement à combattre les scrofules pendant leur période d'activité et de développement. Les diathèses, alors même qu'elles sont venues à s'éteindre, par le bénéfice de l'âge, comme les scrofules, ou d'un traitement approprié comme la syphilis, laissent quelquefois après elles certaines manifestations qui, une fois fixées sur tel ou tel point, se perpétuent pour ainsi dire pour leur propre compte, et ne cèdent qu'à des moyens en rapport avec leur origine et leur point de départ. Il en est de même de certaines cachexies, celles des pays chauds, par exemple, ou encore des contrées marécageuses, qui peuvent laisser des engorgements viscéraux opiniâtres alors même que l'état cachexique a disparu, et que la santé générale s'est rétablie.

C'est ainsi que l'on rencontre à chaque instant, dans l'étude des maladies chroniques, ce caractère pathogénique dont la détermination permet seule, en révélant les véritables indications, de leur opposer un traitement approprié.

§ II. *Indications particulières.* — Nous avons dit que les eaux minérales étaient toujours indiquées par le fait même de l'existence d'une diathèse scrofuleuse.

Mais cette diathèse peut se manifester par des phénomènes variés.

Il en est parmi ceux-ci qui appartiennent essentiellement aux scrofules ; d'autres qui, sans avoir d'affinité aussi directe avec elles, apparaissent facilement sous son influence ; il est enfin un grand nombre de phénomènes morbides qui, sans reconnaître les scrofules pour point de départ, empruntent à la diathèse dont ils ont trouvé l'organisme pénétré, des caractères particuliers, et finissent par se placer secondairement sous sa dépendance.

Les manifestations essentielles de la scrofule sont les engorgements des ganglions lymphatiques, du tissu cellulaire, des os et des articulations, avec tendance suppurative ; les dermatoses tuberculeuses, etc.

D'autres manifestations moins essentielles, mais très-communes encore s'opèrent :

Sur la peau : impetigo, eczéma, etc ; sur les muqueuses : catarrhe nasal, oculaire, utéro-vaginal.

Enfin, les états pathologiques les plus variés, bronchite, entérite, engorgement utérin, rhumatisme, etc., peuvent se relier assez étroitement à la diathèse scrofuleuse, pour que cette dernière vienne à dominer les indications thérapeutiques qu'ils réclamaient par eux-mêmes.

Or, c'est de la considération de ces différentes manifestations, de leur forme, de leur siége, du caractère pathologique qui leur est propre, que dépendent surtout l'opportunité de la médication thermale, le choix des eaux minérales, la direction du traitement.

En un mot, c'est à la nature des manifestations de la diathèse scrofuleuse que se rattachent spécialement les indications particulières de la médication thermale.

Cependant, les conditions générales de l'organisme, en dehors de l'état diathésique lui-même, ne laissent pas que de prendre également leur part dans les indications.

Les scrofuleux ne présentent pas un type toujours uniforme et auquel une médication identique puisse toujours convenir. Les uns nous offrent un caractère général de faiblesse ou d'atonie, les autres, au contraire, d'excitabilité nerveuse ou de disposition inflammatoire. Le premier type est sans doute le plus commun, puisqu'un des caractères de l'état lymphatique ou scrofuleux est précisément d'alanguir le système nerveux et d'amoindrir la sensibilité ; mais le second peut exister aussi, et il pourrait y avoir de graves inconvénients à ne pas tenir compte de l'un et de l'autre dans la direction du traitement.

Les scrofules se développent, en général, chez des individus lymphatiques ; mais quelquefois, et ce sont surtout des scrofules acquises par suite de mauvaises conditions postérieures à la naissance, chez des sujets pléthoriques.

Un médecin allemand qui a observé beaucoup de scrofuleux, le docteur Wiesbaden, insiste sur ce sujet, et considère au point de vue de l'application des eaux minérales, « les scrofules comme pouvant se manifester chez des personnes d'une constitution sensible (*scrofulæ erethicæ*) ou d'une constitution phlegmatique (*scrofulæ torpidæ*), ce qui constitue deux formes de scrofules : la forme sensible (éréthique) et la forme atonique (torpide)... »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 mai 1857. — Présidence de M. CHASSAIGNAC.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Résection du cubitus. — M. ALPH. GUERIN présente une femme âgée de trente ans, qui entra à la fin d'octobre 1855 à l'hôpital de la Charité pour un phlegmon de l'avant-bras et de la main.

Malgré le traitement très-rationnel employé par M. Gerdy, le cubitus était dénudé et nécrosé dans une grande étendue lorsque M. Alph. Guérin prit le service à la fin de novembre. La malade ayant échappé à des accidents qui, plus d'une fois, mirent sa vie en danger, il fallut prendre un parti et décider entre l'amputation du bras et la résection du cubitus. Bien que l'étendue de l'altération de cet os fût telle qu'il fallait le désarticuler à sa partie inférieure et remonter très-haut à sa partie supérieure, convaincu que la névrose du cubitus était la seule cause de la persistance de la suppuration, et que cette altération de l'os ne s'étendait pas jusqu'à l'articulation du coude, M. A. Guérin se décida pour la résection.

La sonde de Blandin ayant été passée sous le cubitus, au niveau de son tiers inférieur, cet os fut scié dans cet endroit ; l'extrémité supérieure du fragment inférieur étant ensuite saisie avec un fort davier, on le détacha de haut en bas du ligament inter-osseux et du muscle carré pronateur, après quoi il fut facile de l'enlever, en respectant le ligament triangulaire qui fut détaché de l'os à son insertion près de la base de l'apophyse styloïde.

L'incision ayant été prolongée en haut, on put passer la sonde à résection sous le cubitus, un peu au-dessous de l'apophyse coracoïde, et scier l'os en cet endroit.

La main et l'avant-bras, ayant été appliqués sur des coussins, furent maintenus immobiles à l'aide de bandelettes dont on se servit pour maintenir des plumasseaux de charpie dont la plaie tout entière fut recouverte. L'opération fut pratiquée le 1ᵉʳ décembre 1855 ; le 22 avril suivant, la malade sortait de l'hôpital parfaitement guérie. La cicatrice ne laisse rien à désirer. L'avant-bras se fléchit sur le bras ; la flexion des doigts est suffisante pour que la malade fasse des travaux de couture pendant cinq heures par jour ; comme le poignet s'est ankylosé, l'avant-bras et la main ont conservé leur direction normale, et chose remarquable, les mouvements de pronation et de supination sont conservés. La partie de l'os qui a été enlevée a une longueur de 5 pouces. Tous les mouvements qui dépendent des autres articulations sont conservés ; ainsi les doigts peuvent être fléchis ou étendus, la main peut faire les mouvements de pronation ou de supination.

M. Guérin désirerait savoir ce que ses collègues conseilleraient contre cette ankylose, mais il fait observer que c'est elle qui empêche la main de se déjeter en dedans.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. FOLLIN. Dans une précédente séance, M. Lenoir a dit qu'il avait guéri par l'iodure de potassium un malade affecté d'une tumeur récidivée, après avoir été enlevée par M. Follin. Ce malade est mort des suites de la récidive un an après l'opération.

CORRESPONDANCE.

M. HEYFELDER adresse à la Société la communication suivante :

Ablation totale de l'omoplate, *pratiquée par M. le docteur J.-F. HEYFELDER, correspondant de la Société de chirurgie de Paris, à Saint-Pétersbourg.*

Cette opération, pratiquée pour la première fois par Cunning (1808), plus tard (1830) par M. Gaëtani-Bey, Fergusson, en Angleterre, Mussey (de New-York), Rigaud (de Strasbourg), B. Langenbeck, de Berlin (1855), fut faite par M. Heyfelder sur un malade âgé de quarante ans, au premier hôpital militaire de Saint-Pétersbourg.

Cet homme entra à l'hôpital le 3/15 novembre 1856 pour une inflammation phlegmoneuse sur l'omoplate droite. Dix jours après on constata la présence d'un abcès, qui fut vidé au moyen d'une incision. Vingt-quatre heures plus tard, il fut transporté dans le service de M. Heyfelder, qui constata que la partie sus-épineuse et l'épine de l'omoplate étaient dénudées et ramollies au point de se laisser traverser par une sonde.

M. Heyfelder se décida à l'opération, qu'il pratiqua le 15/27 novembre de la manière suivante :

Après avoir prolongé l'incision de l'abcès, il fit à ses extrémités deux autres incisions verticales de deux pouces de longueur, et disséqua le lambeau en ménageant autant que possible les lèvres de la plaie ; ensuite il enleva l'épine et réséqua, à l'aide de la scie à chaînette et de la pince de Liston, une portion triangulaire de deux pouces du bord postérieur de la portion sus-épineuse de l'omoplate. Une seule artère donna du sang, et fut liée ; la plaie fut réunie par quinze points de suture entrecoupée ; on la couvrit de compresses trempées d'abord dans l'eau froide, et plus tard dans l'eau de Goulard tiède. Quatre jours après, on enleva plusieurs sutures, les autres furent laissées en place huit jours. Les extrémités de la plaie étaient réunies ; la portion formée par la première incision donnait seule passage à un pus de bonne nature. La fièvre fut presque nulle, le sommeil paisible, l'appétit bon ; le malade put se lever à la fin de la seconde semaine.

Le 25 décembre, à la suite d'un refroidissement, douleurs dans l'articulation scapulo-humérale droite, qui cèdent à une application de ventouses. Cependant il se forme dans l'aisselle un abcès dont l'ouverture donne issue à une once de pus aqueux. M. Heyfelder ne trouve rien d'anormal à l'articulation, ni aux parties voisines.

Le 2/14 janvier 1857, la plaie de l'opération est complétement guérie ; celle de l'aisselle laisse encore sortir du pus. Cependant l'état général est bon.

Dans la nuit du 13/15 au 14/16 février, le malade se réveille avec une douleur violente dans l'articulation scapulo-humérale droite. Le lendemain, on constate un abcès le long du tendon du biceps, et une incision fait couler une grande quantité de pus. La sonde fait découvrir l'articulation largement ouverte, et les surfaces articulaires dénudées de leurs cartilages et cariées. Le même jour, le malade est pris d'un frisson suivi de chaleur sèche, puis de sueurs. Il perd l'appétit ; son sommeil se trouble ; amaigrissement rapide et affaiblissement.

M. Heyfelder jugea nécessaire de faire l'ablation de la tête de l'humérus, qu'il pratiqua le 7/19 février de la manière suivante :

Après avoir prolongé à ses deux extrémités l'incision qui avait été faite le long du tendon du biceps et isolé la tête et le col de l'humérus, il en fit la résection à l'aide de la scie à chaînette. Alors il put examiner les parties, et constata que la cavité glénoïde était cariée ainsi que le reste de l'omoplate. Dès lors, il était nécessaire de faire l'ablation complète de cet os.

Après avoir circonscrit l'os par une incision semi-elliptique, qui commençait au-dessus de l'articulation acromio-claviculaire et longeait le bord antérieur de l'omoplate jusqu'à son angle inférieur, M. Heyfelder détacha l'os des parties molles tantôt avec le doigt, tantôt avec le bistouri ou les ciseaux, ce qui se fit facilement et avec une perte de sang insignifiante. Les bords de la plaie furent réunis au moyen de la suture entrecoupée ; elle fut recouverte d'un linge fenêtré enduit de cérat et de compresses trempées dans l'eau froide d'abord, puis dans l'eau de Goulard tiède. Le bras fut placé dans une écharpe et maintenu contre le thorax au moyen d'une bande circulaire.

La nuit suivante fut bonne ; le troisième jour suppuration abondante, séreuse, de mauvaise nature, diarrhée séreuse. M. Heyfelder enlève quelques points de suture et fait panser la plaie trois fois dans la journée.

Les cinquième et sixième jours, l'état de l'opéré paraît meilleur. La plaie est réunie à ses extrémités, mais béante au centre. Le septième jour, la plaie présente un peu de gangrène, suppuration ichoreuse fétide. Le huitième jour, le malade tombe dans le délire et meurt.

Autopsie. — La tête et le col de l'humérus sont cariés, le tendon du biceps détaché de ses insertions par la suppuration, l'omoplate altérée dans toute son étendue. Le bout supérieur de l'humérus est dénudé de son périoste dans l'étendue de trois pouces, la moelle décolorée, ramollie, la substance osseuse enflammée ; la plaie est gangrenée ; les cinquième, sixième et septième côtes droites sont altérées et dénudées, les parties molles infiltrées de pus ichoreux ; œdème du poumon droit, six à sept onces de sérosité ichoreuse dans la plèvre correspondante.

Bien que l'état du malade fût tel qu'il est difficile de croire qu'il pût résister à aucune opération, cependant il avait bien résisté à la première opération, et après la seconde il succomba à la gangrène de la plaie et à l'inflammation du poumon.

---

de cette année ? Telles sont les diverses questions que dans son amour pour la science et sa piété filiale s'est posées M. Aug. Duméril, et tel est le monument qu'il se propose d'élever à la mémoire de son père. Le projet est grandiose, car les collections sont immenses, et il s'agit de dresser un catalogue qui, pour contenir les développements que comporterait même les genres principaux, exigerait encore de nombreux volumes et un très-grand travail. Avant que cette publication se produise au grand jour, suivons l'intéressant historique du nouveau professeur.

Lacépède, que M. Duméril suppléa de 1803 à 1825, époque de la mort de ce illustre savant, fut le premier qui donna une description des espèces du Musée de Paris. Publiée en 1790, son *Histoire naturelle des reptiles* contient 272 désignations spécifiques. Dès 1803, on en trouva 556 dans l'ouvrage de Daudin. Mais on peut adresser un reproche grave à ces deux publications, dans lesquelles les auteurs, décrivant des espèces qu'ils n'avaient pas sous les yeux, ne donnaient point ainsi un catalogue exact des collections du Muséum.

Vint ensuite, en 1834, le premier volume de l'*Erpétologie générale* de Duméril et Bibron, terminée seulement en 1854. Cette magnifique collection renferme, outre les espèces contenues alors dans les armoires, les divers envois qui se produisirent pendant la publication, et même les espèces assez bien indiquées par les auteurs pour les admettre comme distinctes. Il y en a 1,310.

Le nouveau catalogue dont il s'agit ne relève que celles qui sont renfermées dans les armoires, et comprend 1393 espèces ainsi réparties : Chéloniens ou Tortues, 126 (Tortues terrestres, 28 ; paludines, 73 ; fluviales, 12 ; marines, 8) ; Sauriens ou Lézards, 504 (Crocodiliens, 15 ; Caméléoniens, 17 ; Geckotiens, 74 ; Varaniens, 14 ; Iguaniens pleurodontes, 105 ; Iguaniens acrodontes, 64 ; Lacertiens, 62 ; Cyclosaures ptychopleures, 29 ; Amphisbéniens, 18 ; Scincoïdiens, 109) ; Ophidiens ou serpents, 523, dont 300 non venimeux (Opotérodontes, 27 ; Aglyphodontes, 273) ; et 233 venimeux (Opisthoglyphes, 117 ; Proteroglyphes, 64 ; Solénoglyphes, 45) ; Batraciens, 240 (Serpentiformes ou Cœciloïdes, 9 ; Anoures, savoir : Raniformes, 59 ; Hylœformes, 83 ; Bufoniformes, 43 ; Urodèles, 46.)

Ces collections sont donc très-considérables, et cependant il manque un certain nombre de reptiles décrits hors de France. Si maintenant on veut les rapprocher des autres collections scientifiques d'Europe, elles prendront place auprès du musée Britannique, dont on ne possède pas un catalogue complet, mais qui doit contenir des collections gigantesques comme le promettent les catalogues partiels publiés par M. Gray. M. Licbtenstein, au contraire, a fait paraître en 1856, une liste de tous les reptiles du Musée si important de Berlin, où il s'en trouve 871 espèces, 511 de moins qu'au musée de Paris.

— M. Bussy vient de découvrir un composé nouveau, un sulfure de carbone qui est au sulfure de carbone connu, ce que l'oxyde de carbone est à l'acide carbonique. On l'obtient de plusieurs manières, et notamment en décomposant le sulfure de carbone ordinaire par l'éponge de platine ou un autre corps poreux, en présence d'une température assez élevée, ou bien en traitant le sulfure d'antimoine par le charbon.

Ce corps nouveau est gazeux et d'une odeur éthérée, qui rappelle celle du sulfure de carbone ordinaire ; il se décompose très-facilement sous l'influence de l'eau, circonstance qui explique comment jusqu'ici il a pu passer inaperçu des chimistes ; sa décomposition donne alors de l'hydrogène sulfuré et de l'oxyde de carbone.

Dr E. RENAUD.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Précis iconographique de bandages, pansements et appareils, par le docteur GOFFRES, médecin principal de première classe ; dessins d'après nature de Cornuel ; gravures sur acier de Davenne. 7ᵉ livraison. Fig. noires, 2 fr. ; fig. coloriées, 4 fr. Chez Méquignon-Marvis. L'ouvrage sera complétement terminé en juillet prochain.

Du sommeil, des rêves et du somnambulisme dans l'état de santé et dans l'état de maladie, précédé d'une lettre de M. le docteur Cerise, par M. le docteur MACARIO, directeur de l'Institut hydrothérapique de Serin, près Lyon. 1 volume in-8°. Prix, 6 fr. Chez Périsse.

Discussion du rapport de M. Bouvier sur les travaux de M. Crocq.

M. ROBERT ne partage pas entièrement l'avis de M. Bouvier dans la question du redressement des articulations malades. Quelquefois la position vicieuse du membre devient elle-même une cause de prolongation des douleurs et des accidents, de sorte qu'il faut la changer. Autrefois, on conseillait de tout faire pour favoriser l'ankylose de l'articulation malade dans la position qu'elle avait prise, et qu'on regardait comme la plus favorable à la guérison. Maintenant, au contraire, on pense qu'il faut souvent la corriger.

M. Robert a employé trois fois cette méthode, et en a obtenu un succès très-remarquable. La première fois, c'était en 1855, à l'hôpital Beaujon, chez un homme dont la jambe était fléchie à tel point que le talon touchait à la fesse; le gonflement du genou était très-modéré, mais les douleurs étaient excessives et avaient résisté à tous les moyens les plus énergiques. La maladie durait depuis huit mois. Le redressement fut opéré en présence de M. Bouvier. Le patient ayant été chloroformisé jusqu'à résolution complète des muscles, la jambe fut étendue en deux minutes, et avec des efforts assez considérables, et le membre placé immédiatement dans une gouttière, les douleurs cessèrent immédiatement. Il ne survint pas d'accidents inflammatoires; le malade s'est rétabli en conservant les mouvements du genou. Deux autres cas se sont présentés à l'observation de M. Robert, et ont donné lieu aux mêmes résultats.

M. CHASSAIGNAC fait observer que M. Crocq n'a pas seulement conseillé le redressement dans les cas d'arthrites, mais dans toutes les tumeurs blanches; il croit que beaucoup de chirurgiens n'accepteront pas cette méthode d'une manière aussi générale.

M. ROBERT répond qu'il a employé ce moyen dans des arthrites subaiguës avec maladies des synoviales, qui se rapprochent beaucoup des tumeurs blanches.

M. VERNEUIL a été appelé, il y a deux ans, pour une dame de Pierrefitte atteinte d'une tumeur blanche ancienne, qui s'était enflammée, et causait des douleurs intolérables. Le genou fléchi à angle droit était rouge, tuméfié, très-sensible au moindre contact. Après avoir chloroformé la malade, M. Verneuil étendit le membre et le plaça dans une gouttière. Le lendemain, la tuméfaction avait diminué d'un tiers, les douleurs avaient cessé, la partie avait repris sa couleur naturelle. Il y eut une amélioration sensible. Mais la malade, qui était phthisique, mourut quelque temps après.

M. DEGUISE n'accepte qu'avec réserve le précepte de redresser les articulations malades. Il cite à ce propos le fils de l'économe de Charenton, qui avait depuis longtemps une tumeur blanche sur laquelle les traitements employés étaient restés sans effet. Les parents, ne voyant pas d'amélioration, conduisirent leur enfant à la célèbre rebouteuse connue sous le nom de Dame-Blanche, qui redressa brusquement le membre. Il en résulta des accidents qui firent craindre qu'on ne fût forcé d'en venir à l'amputation.

M. ADOLPHE RICHARD fait remarquer que les observations de M. Bonnet sur le redressement des articulations malades s'appliquent aux tumeurs blanches enflammées et aux arthrites très-douloureuses, tandis que le malade de M. Deguise avait une tumeur blanche ancienne. En outre, le traitement employé ne fut pas celui de M. Bonnet, mais, comme l'a dit M. Deguise, un traitement de rebouteuse. La méthode de M. Bonnet consiste à pratiquer l'extension pour faire cesser les douleurs dans les inflammations aiguës des articulations.

M. BROCA a eu l'occasion de soigner une femme de quarante ans qui avait depuis neuf mois une tumeur blanche du genou. L'articulation était fléchie et très-douloureuse. Après le redressement instantané, pratiqué sous l'influence du chloroforme, le membre fut placé dans une gouttière; aussitôt les douleurs cessèrent, et l'amélioration fut rapide. Aujourd'hui la malade est guérie, mais elle boite un peu.

Du reste, M. Bonnet ne conseille pas l'extension dans tous les cas, comme vient de le dire M. Richard; pour le coude, par exemple, il conseille la demi-flexion. Ce qu'il y a de nouveau dans cette méthode, c'est d'appliquer le redressement dans les cas d'inflammations aiguës.

M. Broca cite enfin un cas de la pratique de Blandin. Un enfant était atteint d'une coxalgie extrêmement douloureuse; il fut soumis à des tractions très-vives pour placer le membre dans une direction rectiligne, où il fut maintenu. Dès lors la douleur et la fièvre disparurent pour ne pas revenir.

M. Broca pense, du reste, que l'extension est surtout avantageuse en permettant d'immobiliser une articulation qu'on ne pourrait pas rendre immobile dans la flexion, et dont le malade ne pourrait empêcher les mouvements.

M. RICHET fait observer que l'extension dans les maladies articulaires n'est pas un moyen aussi nouveau qu'on paraît le croire. Lorsqu'il était interne de M. Velpeau, en 1842, il a souvent vu employer, dans le traitement des tumeurs blanches, l'extension, qu'on faisait au moyen de poids attachés aux pieds, les épaules étant fixées à la tête du lit. Depuis qu'il est chirurgien des hôpitaux, il a constamment employé cette méthode; seulement il y a ajouté l'emploi du chloroforme lorsque ce moyen fut connu. Dernièrement, sur une femme affectée de tumeur blanche suppurée du genou, il a redressé l'articulation malade et l'a placée dans un appareil stuqué; depuis ce moment, il n'y a plus ni douleurs ni fièvre. Il pourrait trouver dans sa pratique une vingtaine de cas analogues à celui-là.

M. DEMARQUAY ajoute à ce que M. Richet vient de dire de l'usage du redressement des membres, qu'il l'a vu employer par Blandin, qu'il l'emploie lui-même, et qu'il en a vu d'excellents résultats.

M. DESORMEAUX regarde cette pratique comme beaucoup plus ancienne que ne semblent le croire MM. Richet et Demarquay. Il l'a entendu préconiser à Paris avant 1840 par M. Lesauvage, chirurgien en chef de l'hôpital de Caen, et a pu voir en 1841, dans le service de ce chirurgien, un certain nombre de tumeurs blanches et de coxalgies soumises à ce traitement avec le plus grand avantage. M. Lesauvage suivait cette méthode depuis un grand nombre d'années. Il attribuait, du reste, surtout le soulagement à ce que l'extension continuée empêchait les surfaces osseuses malades de presser l'une contre l'autre.

M. GOSSELIN distingue dans l'emploi de l'extension son application aux tumeurs blanches et aux arthrites aiguës; il ne l'a employée que dans des arthrites subaiguës très-douloureuses tant que l'articulation était fléchie, et a constaté une diminution notable des douleurs; c'est tout ce qu'on pouvait espérer. Il n'a pas remarqué que ce moyen eût d'action sur la durée ou l'issue de la maladie; la guérison n'a pas été plus rapide, et ne s'est pas faite autrement que si les membres eussent été dans la demi-flexion; la résolution a été très-lente, et il est resté des ankyloses complètes ou incomplètes. Seulement, après l'ankylose, le membre se trouvait dans la position la plus favorable. M. Gosselin pense, comme M. Broca, que si la douleur est plus forte dans la flexion du membre, c'est que dans cette position on ne peut l'immobiliser.

M. CHASSAIGNAC. En entendant préconiser l'extension brusque dans toutes sortes de cas, on pourrait croire qu'elle ne comporte pas de contre-indication, et pourtant elle peut, dans certains cas, être très-dangereuse et produire des accidents qui conduisent à l'amputation.

M. Chassaignac a vu un jeune homme atteint de tumeur blanche avec fistule osseuse et rétraction douloureuse du genou. Le redressement fut obtenu avec l'aide du chloroforme, et il en résulta des accidents aigus qui amenèrent la nécessité de l'amputation, et par suite la mort. Dans certains cas ce moyen est utile, dans d'autres, il est inutile ou nuisible; voilà pourquoi M. Chassaignac voudrait que l'on en posât les contre-indications. Il voudrait savoir comment, après le redressement, marchent les tumeurs blanches lorsqu'elles ne sont pas guéries.

M. FORGET fait remarquer que la discussion, en généralisant la question de l'opportunité du redressement forcé appliqué aux membres atteints d'arthropathies, a fait perdre de vue les cas particuliers auxquels cette méthode de traitement peut convenir. Ces cas sont ceux d'inflammations articulaires récentes, que caractérisent encore, à un degré plus ou moins prononcé, les symptômes de l'état aigu. Pour ceux-là, il est certain, et mon expérience personnelle me l'a prouvé, qu'il y a un avantage réel à faire cesser l'attitude vicieuse que le membre a contractée, et à en opérer brusquement le redressement. Deux fois dans ces derniers temps, j'ai appliqué cette méthode, chez un jeune enfant de cinq ans d'abord, et en second lieu, sur un jeune homme de dix-sept ans. Tous deux étaient atteints de coxalgie récente, douloureuse, à l'état aigu. Chez le dernier de ces sujets, la cuisse était fortement fléchie sur le bassin, à tel point que par sa partie supérieure elle reposait contre la paroi abdominale. Mon premier soin fut d'étendre le membre, de le ramener à une rectitude presque complète, puis de l'immobiliser au moyen d'un appareil à extension de M. Martin. Dans ces deux cas, le redressement fut suivi d'une diminution très-notable de la douleur, qui bientôt cessa complétement.

M. Forget ne pense pas que le redressement seul produise ce résultat, et il ne croit pas à la puissance antiphlogistique qu'on lui a prêtée. Il dit qu'il a surtout pour avantage de permettre au chirurgien de pouvoir immobiliser l'articulation; c'est l'immobilisation qui agit surtout pour combattre et faire cesser les accidents inflammatoires. Il a pu s'en convaincre chez l'un de ses malades qui, ayant rendu la mobilité à son membre en relâchant l'appareil, vit presque aussitôt au moindre mouvement, à la plus légère impulsion, se reproduire ses douleurs articulaires.

Quant à l'opinion de Sauvage de Caen, qui attribuait les bons effets de son procédé de redressement à la puissance extensive qui, appliquée au membre, empêcherait la pression des surfaces articulaires enflammées l'une contre l'autre, M. Forget ne la croit pas dénuée de fondement. Il a remarqué, en effet, que l'appareil à extension qu'il a employé exclusivement dans plusieurs cas de coxalgie, semblait agir d'autant plus efficacement qu'il avait plus soin de maintenir en action la double puissance extensive et contre-extensive dont il est doué.

Si la méthode du redressement forcé est réellement utile dans le traitement des arthropathies de date récente, compliquées de position vicieuse du membre, M. Forget se demande s'il en est de même lorsque l'inflammation, la maladie étant plus ancienne, a eu le temps de modifier profondément les conditions anatomiques des tissus péri et intra-articulaires.

Serait-il bien sans danger de vouloir redresser ainsi violemment une articulation pour un cas de tumeur blanche, alors qu'il y a rétraction des tissus fibro-ligamenteux, que des adhérences anormales ont pu s'établir au pourtour de l'article, et que des fistules ossifluentes, comme cela avait lieu dans le cas cité par M. Chassaignac, indiquent qu'il y a une altération profonde des épiphyses articulaires? Il n'y a rien d'étonnant qu'en de telles circonstances le traumatisme déterminé par le procédé violent de redressement instantané réveille l'inflammation, qui sera alors d'autant plus à craindre qu'elle sévit sur des tissus anormaux doués d'une faible vitalité, et au sein desquels il est difficile d'enrayer sa marche et de conjurer sa terminaison par suppuration.

La discussion est renvoyée à une prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Végétations fongueuses et vasculaires de l'urètre de l'homme, par M. DEMARQUAY. — M. X..., âgé de trente-huit ans, chef de bureau dans une grande administration de l'Etat, ayant par conséquent des habitudes sédentaires. En 1851, il s'aperçoit qu'il urine moins facilement qu'autrefois; en même temps il se préoccupe d'une certaine gêne dans la respiration, due à la présence de polypes muqueux des fosses nasales qui ont été arrachés plusieurs fois à partir de cette époque. Depuis 1851, il a reçu à diverses reprises des soins, à propos de la gêne qu'il éprouvait dans la miction, de la part de plusieurs chirurgiens distingués. Des causes fort diverses ont été invoquées pour expliquer la difficulté qu'il ressentait dans l'émission de l'urine; toujours est-il que depuis 1851 il a eu des alternatives de bien et de mal dans l'accomplissement des fonctions urinaires.

Dernièrement M. X... s'adressa à M. Demarquay, le priant d'examiner avec soin son canal afin de déterminer la cause de son mal. Le malade déclare que depuis quelque temps le passage de la bougie est devenu douloureux, et accompagné de la perte d'une certaine quantité de sang. M. Demarquay constate la facilité d'introduire une grosse bougie dans l'urètre de M. X...: mais en explorant le canal avec soin, il trouve dans la fosse naviculaire une tuméfaction, un empâtement tout à fait anormal. Les lèvres du méat étant écartées, et l'urètre exploré avec soin, M. Demarquay découvre une fongosité grosse comme un grain de millet, d'un aspect blanchâtre, avec des points rosés. Un stylet introduit dans le méat urétral permet de constater la présence d'un produit pathologique. Ces explorations sont douloureuses et font beaucoup saigner le malade. M. Demarquay propose alors au malade de le débarrasser en incisant l'orifice de l'urètre, normalement très-étroit, de découvrir la fosse naviculaire et de le débarrasser des végétations fongueuses et vasculaires dont elle était remplie. En effet, cette petite opération permit à M. Demarquay de couper un grand nombre de ces végétations, dont trois ou quatre avaient le volume d'un gros pois. Cette petite opération fut suivie d'un spasme vésical assez intense qui empêchait M. X... de vider sa vessie. M. Demarquay dut alors recourir au cathétérisme pour vider la vessie matin et soir. Il profita en outre de cette circonstance pour s'assurer si les craintes du malade étaient fondées. En effet, ce dernier se plaignait de ressentir, au moment même où l'urine traversait la partie profonde de l'urètre, un malaise et une gêne qu'il rapportait à la présence de fongosités analogues à celles dont il avait été débarrassé. M. Demarquay le sonda de la manière suivante: il se servit d'une sonde à boule et dont les yeux étaient taillés en biseau. Cette sonde pouvait s'introduire sans peine jusque dans la région du bulbe, et être retirée sans amener de sang. Mais à partir de ce point la sonde éprouvait une résistance molle et pénétrait avec facilité dans la vessie. Chaque fois qu'on la retirait, non-seulement le malade saignait, mais encore les yeux de la sonde revenaient chargés de sang et de fongosités en tout point semblables à celles qui avaient été retirées de la fosse naviculaire.

Cette expérience démontre, comme le fait remarquer notre collègue, qu'il existe incontestablement dans les deux points extrêmes de l'urètre de M. X... des fongosités ou des végétations, si toutefois il n'en existe point dans toute l'étendue de l'urètre. Ce fait démontre, ajoute M. Demarquay, l'existence de rétrécissements par production végétantes, fongueuses ou polypeuses, fait sur lequel les chirurgiens sont loin d'être d'accord.

M. GIRALDÈS pense que ces végétations sont formées par des papilles hypertrophiées, analogues aux granulations de la conjonctivite granuleuse.

M. CHASSAIGNAC, pour éviter d'inciser le méat quand il est trop étroit, se sert d'une sonde dont l'extrémité était recouverte d'un petit sac de caoutchouc. On l'introduit vide, et on l'insufle quand il est une fois dans l'urètre.

M. RICHARD croit que la maladie récidivera, comme chez les femmes qu'on ne peut guérir de semblables végétations que par la destruction de la paroi inférieure de l'urètre qui en est le siége habituel.

M. FORGET a plusieurs fois opéré de ces végétations chez les femmes par incision simple, et n'a pas vu de récidives.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, DESORMEAUX.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La lettre suivante de M. le docteur Bayard, donne sur le voleur que nous avons signalé avant-hier des renseignements dont nos confrères de Paris feront bien de profiter.

« Le voleur que vous signalez a fait son apparition chez moi il y a quelques jours. Il m'a demandé par mon nom, et a profité d'un moment d'absence de la bonne pour faire disparaître deux partitions de musique — il paraît que tout lui est bon —, puis il s'est empressé de partir, en disant qu'il reviendrait régler sa note une autre fois. Ce procédé m'avait paru tellement étrange, que j'avais pensé d'abord à un voleur; mais inspection faite dans le salon où il avait attendu pendant le temps que la domestique s'était absentée pour m'avertir, et où, du reste, je ne laisse que des bagatelles depuis la leçon de l'année dernière, il m'avait semblé que rien ne manquait, quand deux jours après, au moment de se mettre au piano, ma femme s'aperçut de la disparition de deux partitions. Je demandai alors à la bonne le signalement de l'individu suspect; et comme il se rapporte exactement à celui que vous donnez aujourd'hui, je ne doute pas que ce ne soit mon voleur, qui, apprenant que j'étais à la maison, s'est empressé de partir sous prétexte de ne pas me déranger pour une petite note qui n'en valait pas la peine.

» Il s'est présenté chez moi le matin à neuf heures. J'ajouterai, d'après ma domestique, qu'il porte chaîne et breloques, et qu'il a l'air d'un homme très comme il faut. »

Nous recevons aussi de M. le docteur Lepère, demeurant dans la même rue (rue Grange-Batelière), des renseignements qui confirment ceux qui précèdent et qui concordent avec ceux que nous avons publiés dans le précédent numéro.

—L'Institut médical de Valence (Espagne) vient de décider que les auteurs des deux mémoires couronnés cette année recevront, s'ils le désirent, le titre d'associé libre. Le premier mémoire porte pour épigraphe: « *La phthisie pulmonaire est le plus cruel ennemi du genre humain* »; le second: « *Quand un malade maigrit, il est important de déterminer au plus tôt la cause de l'amaigrissement et d'y porter remède; on changera ainsi les conditions qui donnent naissance à l'évolution spontanée des globules tuberculeux* (Bouchardat, *Supplém. à l'Annuaire de thérap.*, 1846). » Les auteurs de ces mémoires peuvent s'adresser aux secrétaires de l'Institut; car on ne peut, sans leur autorisation, ouvrir les plis qui contiennent le nom correspondant à l'épigraphe. Si dans six mois, à partir du 28 février 1857, cette autorisation n'a pas été accordée à la Société, les plis seront détruits en respectant l'incognito des auteurs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM.:

Tarnier, né à Aiserez (Côte-d'Or); *Recherches sur l'état puerpéral et sur les maladies des femmes en couches.*

Biais-Laterrière, né à Mirebeau (Vienne); *De l'allaitement par les nourrices.*

Denis, né à Orgères (Ille-et-Vilaine); *De la paracentèse en général, au point de vue de la médecine opératoire.*

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 59. — MARDI 19 MAI 1857. (30e ANNÉE.) N° 59. — MARDI 19 MAI 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux et les ateliers étant fermés le jour de l'Ascension, la Gazette ne paraîtra pas jeudi.

Paris, le 18 mai 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

Il a été présenté dans cette séance trois mémoires qui intéressent la physiologie et l'anatomie générale et pathologique : un mémoire de M. Chauveau sur la moelle épinière considérée comme voie de transmission des impressions sensitives ; et deux nouveaux mémoires de M. Mandl, l'un sur le développement des éléments nerveux, et le second sur la dégénérescence graisseuse.

Le travail de M. Chauveau, basé sur un grand nombre d'expériences faites sur de grands ruminants, a pour objet d'étudier les phénomènes réflexes de la moelle épinière, et de rechercher les caractères auxquels on peut les reconnaître et les distinguer des phénomènes de sensibilité réelle.

Les résultats de ces expériences l'ont conduit à cette conclusion générale, que les faisceaux postérieurs et la substance grise constituent dans la moelle un système indépendant préposé à l'exercice des phénomènes réflexes. Le rôle des cordons postérieurs serait d'apporter à la substance grise les excitations qui doivent être réfléchies, tandis que la substance grise serait comme le foyer d'irradiation de ces mêmes excitations. D'après M. Chauveau, M. Brown-Séquard aurait eu raison de nier la participation des cordons postérieurs de la moelle à la transmission des impressions sensitives chez les animaux, mais il aurait eu tort d'attribuer ce rôle à la substance grise centrale.

M. Serres a mis sous les yeux de l'Académie une collection d'ossements fossiles rapportés de l'Amérique du Sud par M. Séguin ; elle est précieuse par le nombre des pièces qu'elle renferme, et surtout par les squelettes complets dont elle se compose.

Cette collection, qui renferme des squelettes d'animaux tout à fait inconnus et à l'état plus ou moins complet, des sujets dont le Muséum ne possède que les fragments, enrichira la galerie paléontologique, et fournira aux savants une nouvelle occasion de faire une étude comparative des deux faunes fossiles d'Europe et d'Amérique.

Deux scrutins ont eu lieu dans cette séance, le premier pour la nomination d'un correspondant dans la section d'astronomie ; le P. Secchi (de Naples) a réuni la majorité des suffrages ; le second pour la nomination d'un correspondant dans la section d'économie rurale. Ce scrutin a donné la majorité à M. Chevandier. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

De la gastrotomie dans le traitement de l'occlusion intestinale (1).

Lorsque les divers moyens dont la médecine dispose contre l'occlusion intestinale ont échoué, lorsque la ponction abdominale est restée sans effets, lorsque nonobstant ces différentes médications les accidents persistent ; lorsque la maladie dure depuis huit à dix jours, que le ballonnement du ventre demeure considérable, que les vomissements dits de matières stercorales sont fréquents, abondants, que le pouls s'affaiblit ; lorsque, pour tout dire en un seul mot, le danger est imminent, une seule ressource se présente à l'esprit du praticien : cette ressource est la *gastrotomie*.

Cette opération n'est devenue une opération régulière, pour le cas qui nous occupe, que depuis quelques années. Du moment qu'on eut reconnu que dans un grand nombre de circonstances l'occlusion intestinale tenait à l'étranglement par des brides, à un renversement du canal, comme dans le fait dont vous avez été témoins, à une invagination, on pensa qu'en ouvrant le ventre, on pourrait dégager les intestins et vaincre l'obstacle qui s'opposait au cours des matières.

Mais quelles indications dirigeaient la main dans une manœuvre aussi périlleuse ? quelles raisons pouvaient porter à agir ainsi ? Tout d'abord, il était établi par l'observation de faits chirurgicaux que dans les cas simples la gastrotomie n'était pas une opération aussi redoutable qu'elle paraissait l'être à première vue. On rapportait, en effet, de nombreux exemples d'individus éventrés, soit par des coups de sabre, soit par les cornes d'un taureau ; leurs intestins avaient fait hernie au dehors, puis ils avaient été replacés par une manœuvre convenable, et ces individus avaient survécu. Il semblait donc que si la gastrotomie, produite accidentellement, pouvait ne pas être mortelle, pratiquée méthodiquement, suivant les procédés prudents et rationnels de la chirurgie, elle pourrait être moins périlleuse encore. Restait à connaître l'endroit où l'on irait ainsi à la recherche de l'obstacle ; le point où le malade avait éprouvé, au début de son affection, la douleur la plus vive pouvait servir à cet égard d'indication précieuse.

On se proposait de réduire l'étranglement comme on le réduit dans la hernie, non plus par un taxis opéré du dehors en dedans, mais par un taxis pratiqué à l'intérieur même de l'abdomen ; on se proposait de couper les brides sous lesquelles l'intestin pouvait s'être engagé, au cas où ces brides eussent paru produire l'occlusion ; on se proposait d'aller à la recherche de l'invagination ; mais les autopsies, les opérations sur le cadavre démontrèrent que par la gastrotomie, faite suivant ces indications, on n'arrivait pas, dans la majorité des cas, sur le siége de l'affection ; que le point malade restait caché dans les profondeurs du ventre, tandis que les parties libres de l'intestin, distendues par les gaz, s'offraient les premières sous le couteau après l'incision des téguments. Cependant on imagina de saisir cette portion d'intestin, de la *diviser* pour ainsi dire, et par ce moyen de dégager l'obstacle ; mais ce procédé barbare, souvent dangereux et tout au moins inutile dans un grand nombre de circonstances, lorsque, par exemple, l'occlusion dépendait d'un rétrécissement organique, d'une dégénérescence quelconque des tuniques de l'intestin, cette opération, proposée en 1676 par Paul Barbette, pratiquée pour la première fois, quelques années plus tard, à la requête de Ruek, par un chirurgien, est aujourd'hui et doit être abandonnée.

Toutefois, l'idée de Barbette mettant sur la voie d'une autre méthode plus rationnelle, donna naissance à l'opération de l'anus contre nature. Je signalerai à ce sujet, à ceux qui voudront connaître l'historique de l'entérotomie, une excellente thèse soutenue à Paris en 1854 par un élève de M. le professeur Nélaton, M. le docteur Savopoulo ; cette thèse a pour titre : *De l'étranglement interne et des divers modes de son traitement*.

Il suffira de rappeler ici que, en 1818 seulement, le précepte de l'anus artificiel, comme traitement de l'occlusion intestinale, fut posé d'une manière claire et explicite par Maunoury, de Chartres, et mis en œuvre pour la première fois à Paris par M. Monod, en 1838. M. le professeur Nélaton en perfectionna le procédé opératoire. Guidé par ce fait, que dans les hernies crurale ou inguinale droite, la partie engagée était presque invariablement la dernière portion de l'intestin grêle, M. Nélaton pensa qu'il devait être avantageux de pratiquer la gastrotomie dans le flanc droit ; que là il trouverait plus facilement les points de repère sur les parties d'intestin qui se présenteraient. En faisant son incision au-dessus de la crête de l'os des îles, de ce côté il était certain de tomber, à peu près invariablement, — le fait avait été démontré par l'expérience, — sur une portion de l'iléum au voisinage de son insertion au cœcum ; il imagina donc ce nouveau procédé, grâce auquel la gastrotomie compte aujourd'hui un nombre de succès assez considérable pour en légitimer la pratique.

Pour ma part, je citerai deux faits.

Je fus mandé en consultation, il y a sept ans, auprès d'un jeune peintre de Hambourg. Il présentait tous les symptômes de l'occlusion intestinale ; vomissements de matières analogues aux matières stercorales depuis six à sept jours, ballonnement considérable du ventre, excavation des yeux, refroidissement général ; la mort paraissait imminente. Apprenant que ce jeune homme était affecté de hernie, je cherchai s'il existait une tumeur, je n'en trouvai point ; je pensai alors qu'il y avait un étranglement par le collet du sac. M. le professeur Nélaton appelé le lendemain en consultation, il fut décidé que l'on ferait la gastrotomie pour aller chercher l'intestin grêle et ouvrir un anus contre nature. L'opération fut ainsi pratiquée, les accidents cessèrent, et huit à dix jours après, le jeune homme mangeait ; trois mois ensuite, l'anus contre nature était fermé, et aujourd'hui le malade se porte à merveille.

Il y a trois ans, un de nos honorables confrères de Paris m'appelait pour la troisième ou quatrième fois auprès de sa femme, qui était fréquemment prise des accidents d'occlusion intestinale, déterminés par d'opiniâtres constipations, dont, cependant, les purgatifs drastiques triomphaient assez généralement ; M. le docteur Beau et Requin furent mandés avec moi : nous examinâmes la malade, et nos conclusions furent d'insister sur l'emploi des drastiques, de tenir sur le ventre des cataplasmes belladonés, d'appliquer la glace sur l'abdomen, et de donner des bains prolongés pour vaincre ce que nous croyions être une paresse intestinale. La tympanite augmenta malgré ces moyens. Les vomissements prirent l'apparence des matières stercorales, et la vie semblait devoir s'éteindre dans l'espace de vingt-quatre à trente-six heures ; M. Nélaton fut invité à se joindre à nous, et la gastrotomie fut décidée. Comme chez le premier malade l'ouverture fut faite du côté droit au-dessus de la crête iliaque ; on tira l'intestin au dehors et l'on établit un anus contre nature ; il donna passage à une grande quantité de matières fécales et de gaz, et aujourd'hui cette dame, débarrassée de cette infirmité à laquelle elle a dû la vie, jouit d'une santé parfaite.

Ce sont là des faits considérables et qu'il ne faut pas oublier. Maintenant comment doit se faire cette opération ?

N'étant pas chirurgien, je devrais laisser à d'autres le soin de bien décrire un manuel opératoire ; mais si je me trouvais seul en présence d'un malade qu'il fallût nécessairement opérer, si peu chirurgien que je fusse, j'opérerais, et voici ce que je ferais :

Je pratiquerais une incision vers l'ombilic, à 2 ou 3 centimètres à peu près au-dessus de la crête de l'os des îles, parallèlement au ligament de Poupart. Cette incision devrait comprendre 8 à 10 centimètres de longueur. Les muscles et les aponévroses divisés couche par couche, les vaisseaux liés suivant la nécessité, j'arriverais sur l'aponévrose la plus profonde. Procédant alors avec une extrême lenteur, faisant éponger sans cesse la plaie, je ferais sur le péritoine, que j'inciserais par un petit coup de bistouri ; cette petite incision ayant donné issue à une certaine quantité de liquide, comme vous l'avez vu dans l'opération si habilement conduite par M. Jobert, je l'agrandirais, sur la sonde cannelée, dans une étendue de 2 à 3 centimètres.

Une portion d'intestin s'échapperait alors, et ce serait une anse d'intestin grêle ; je le comprendrais dans une anse de fil, passée à l'aide d'une aiguille au niveau de l'insertion du mésentère, et je le fixerais au dehors au moyen des deux chefs du fil confiés à des aides ou laissés tout simplement sur le ventre. Cela fait, l'intestin serait ouvert, d'abord par une ponction, puis avec des ciseaux ; cette ouverture ayant donné issue aux matières et aux gaz, l'intestin étant un peu affaissé, je pratiquerais des points de suture entre les lèvres de la plaie et l'intestin et celles de la plaie des parois abdominales ; l'intestin serait ainsi maintenu en place ; alors une sonde de gomme serait introduite dans le bout supérieur que l'on reconnaîtrait à la quantité de gaz et de matières qui s'échapperaient, et fixée à l'aide de rubans aux pièces de l'appareil, qui consisterait en un parchemin à plat et un bandage de corps, troué au niveau de la plaie intestinale. Si les matières s'échappaient facilement, il ne serait pas besoin d'en aider le cours ; mais dans le cas contraire, on administrerait de légers laxatifs.

C'est là l'opération ; elle demande plus de prudence que d'habileté ; sans doute, mieux vaut la laisser à des mains exercées ; mais à leur défaut, mieux vaut encore la pratiquer, en agissant prudemment, que de laisser périr le malheureux qu'elle pourrait sauver.

Cela dit, comment comprenons-nous le mécanisme de la guérison ? Je vous en ai raconté deux exemples bien nets et bien positifs, ces faits ne sont pas les seuls dans la science ; il en est d'autres en assez grand nombre, je vous l'ai déjà dit, pour légitimer la gastrotomie dans ces cas d'occlusion intestinale. Le mécanisme de la guérison paraîtra très-simple.

Assurément, cette guérison serait imparfaite ; vous feriez vivre le malade, mais aux dépens d'une infirmité dégoûtante, si vous ouvriez un anus contre nature dans les cas où l'occlusion dépendrait d'une compression exercée par une tumeur sur l'intestin, et par une tumeur développée dans les parois même de ce canal. Vous feriez ce que faisait Amussat lorsque, sur des individus affectés de cancers du rectum ou des dernières portions de l'S iliaque, il allait ouvrir un anus dans la région lombaire ; cette opération les laissait vivre sept, huit et dix mois, quelquefois un an, alors qu'ils étaient

(1) Voir le numéro du 30 avril.

voués à une mort certaine et imminente. C'est encore ainsi que chez les enfants naissant avec l'anus imperforé, lorsque l'occlusion s'étendait dans un point assez élevé, et ne dépendait pas d'un simple opercule membraneux, placé à l'extrémité la plus inférieure de l'intestin, c'est ainsi que des chirurgiens, et récemment encore M. Maisonneuve, ont ouvert un anus artificiel dans les lombes, prolongeant par ce moyen les jours du malade. Quelque triste que doive être une existence achetée au prix d'une si horrible infirmité, si les malades vous demandent de leur conserver la vie, vous n'avez pas le droit de les laisser mourir.

Si dans ce cas la gastrotomie n'est qu'un moyen de prolonger la vie et non un moyen de guérison, dans d'autres cas, grâce à cette opération, la guérison est complète, absolue. Dans un grand nombre de circonstances, vivre c'est guérir, en ce sens que les malades guérissent nécessairement, alors qu'ils ont traversé certaines périodes durant lesquelles existait le danger; si vous parez à ce danger, si vous faites vivre votre malade pendant cette période critique, vous le guérissez.

S'agit-il d'une invagination, voici comment s'opère la guérison : la nature emploie deux procédés, l'un très-simple, suivant lequel la partie invaginée reprend sa position normale par le seul effort des mouvements péristaltiques; l'antre, plus compliqué, consistant en l'élimination de cette portion invaginée; cette partie se sphacèle et tombe, en même temps que les deux bouts de l'intestin divisé se soudent en s'accolant l'un à l'autre par l'inflammation adhésive de la tunique séreuse. Que fait dans ce cas la gastrotomie? Si elle n'intervient pas, l'occlusion persiste, au-dessus les gaz et les matières s'accumulent de plus en plus en distendant l'intestin outre mesure. Au moment où celui-ci se gangrène, la distension produit un tiraillement sur les bouts du canal disposés à se réunir; ce tiraillement empêche cette réunion ou déchire la cicatrice qui commençait à se former pour le salut du malade, et consécutivement les matières stercorales s'épanchent dans le péritoine, deviennent la cause d'une mort certaine. Qu'au contraire la gastrotomie soit pratiquée, l'intestin revenant sur lui-même, le travail réparateur n'est plus gêné, les parties sphacélées se détachent et sont expulsées par les contractions péristaltiques du canal, qui, en reprenant son calibre, a repris aussi son ressort. Bientôt le cours des matières est rétabli dans son état normal, et, bien que l'anus artificiel existe encore et donne passage à quelques excréments, la plus grande partie de ces matières et du gaz s'échappe par l'orifice naturel du gros intestin. Ici, si vous n'avez pas guéri votre malade par le fait même de votre intervention chirurgicale, du moins l'avez-vous empêché de mourir, et c'est à vous en définitive qu'il doit sa guérison.

Revenons maintenant à l'espèce d'étranglement dont nous avions tout dernièrement l'exemple sous nos yeux; revenons à ces cas d'occlusion déterminée par le renversement de l'intestin sur lui-même. Supposons qu'à cet intestin distendu par les gaz, nous ayons pu rendre le ressort que paralysaient tout à la fois et cette distension et la phlegmasie dont il était atteint consécutivement; cette paralysie cessant, la contractilité musculaire rentrant en jeu, les mouvements péristaltiques eussent pu remettre en place le canal, comme ils l'avaient déplacé en vidant l'intestin; l'entérotomie était appelée à jouer ce rôle.

Lorsque sur le cadavre on insuffle avec précaution une certaine longueur d'intestin roulé sur lui-même, on voit les gaz cheminer à travers le conduit qu'ils déroulent sans qu'il se produise d'étranglement. Mais s'il existe un obstacle et que l'on insuffle violemment, les gaz s'accumulent au-dessus de l'obstacle, l'intestin se replie sur lui-même par le fait de cette accumulation. Ce qui se passe ainsi dans un intestin mort est bien autrement exagéré dans un intestin vivant, où tout ne se borne plus au fait mécanique, mais où celui-ci est compliqué et dominé par les phénomènes sous la dépendance de la vie.

Ce que l'on produit sur le cadavre arrive sur le vivant dans les cas particuliers dont nous parlons. Que les gaz et les matières s'accumulent au-dessus de l'obstacle qui étrangle l'intestin, leur accumulation complique et augmente cet étranglement; mais s'ils trouvent un passage, le canal reprend son calibre, sa contractilité, et, comme nous l'avons dit, revient dans sa situation normale. Il arrive pour cette espèce d'étranglement interne ce qui arrive pour certaines hernies qui, passant à travers un orifice assez large, descendent dans les bourses et remontent dans le ventre plusieurs fois dans la journée. Il arrive, pour ces engouements de l'intestin dans la cavité de l'abdomen, ce qui arrive pour les hernies engouées, qui disparaissent quand l'engouement a lui-même disparu. Le plus souvent cet engouement ne peut céder qu'au moyen d'une opération qui donne issue aux matières et aux gaz. Quelquefois alors la ponction intestinale, en débarrassant l'intestin des gaz qui le distendaient, suffira pour atteindre le but que l'on se proposait; mais le plus souvent, c'est de l'entérotomie seule qu'il faudra tout attendre. Ces considérations sont applicables aux cas d'invagination dans lesquels la paralysie des tissus contractiles est un obstacle aux mouvements péristaltiques dont les efforts amèneraient la guérison. Il est d'autres cas où l'intestin, pris sous des brides, reste fixé dans cette position accidentelle en raison des adhérences qu'il a contractées par le fait d'une inflammation qui l'a touché, bien qu'alors le passage des matières puisse être difficile, leur cours peut cependant se rétablir. Dans tous les cas, il est de la plus haute importance de mettre le malade dans des conditions telles que sa vie se prolonge le temps nécessaire à ce rétablissement.

Ces faits démontrent l'utilité de la gastrotomie. J'en ai cité deux dont j'avais été témoin; il en est d'autres qui ont été rapportés par des hommes d'une grande autorité; et tout dernièrement encore, grâce à cette opération, M. le professeur Velpeau, appelé par M. Briquet, sauvait la vie à une malade dont la position était désespérée.

Quand doit-on y avoir recours? La pratiquer d'emblée, au moment où les symptômes de l'occlusion se manifestent, serait imprudent et prématuré. Dans un grand nombre de circonstances, ces accidents cessent spontanément, la guérison s'opère sans l'intervention de l'art. Mais quand ces accidents s'aggravent, qu'ils ont persisté six à huit jours, que la tympanite devient considérable, que les matières des vomissements sont *fécaloïdes*, dans la presque généralité des cas la mort alors est imminente; et dans ces cas aussi les dangers de la gastrotomie sont loin de pouvoir être mis en parallèle avec ceux que cette opération est appelée à combattre.

Dans l'espèce, et chez le malade que vous avez vu opérer, qu'arrivait-il? La maladie durait depuis treize jours. Au moment où l'opération a été pratiquée, il y avait déjà de la péritonite, et vous avez pu constater sur l'anse d'intestin qui s'est présentée à la plaie de l'abdomen, la lésion caractéristique de l'inflammation. A l'autopsie, cette entéro-péritonite avait laissé des traces incontestables, entéro-péritonite qui n'était pas la conséquence de l'opération; car celle-ci avait fait cesser la douleur de ventre, mais bien celle de l'étranglement intestinal. Or, si le malade eût été opéré plus tôt, il aurait eu pour lui de plus grandes chances de guérison.

Je ne saurais trop le répéter, l'opération de l'anus contre nature est par elle-même à peu près exempte de danger, et il est du devoir du médecin de la pratiquer lorsque les autres moyens de traitement dont j'ai parlé auront manqué leur effet.

En agissant ainsi, vous pourrez avoir la conscience et la joie d'arracher à la mort ceux dont le pied était déjà dans la tombe. Pour mon propre compte, quatre fois, dans ma vie, j'ai fait pratiquer la gastrotomie dans des cas d'occlusion intestinale; j'ai le bonheur de savoir vivants et en bonne santé deux de ces malades qui étaient perdus sans retour.

D[r] L. BLONDEAU.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

sur l'action du perchlorure de fer à propos de quatre cas de tumeurs anévrysmales.

Par le docteur E. SOULÉ, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux et membre correspondant de la Société de chirurgie.

OBS. II. — *Volumineux anévrysme de l'artère crurale traité avec succès par la ligature de l'iliaque externe. — Bons effets de la glace appliquée pendant trois jours sur la tumeur comme préparation à l'opération.*

François Suberville, âgé de trente-cinq ans, d'un tempérament lymphatique, a eu autrefois la syphilis, pour laquelle il a subi un traitement mercuriel. Sa constitution est profondément détériorée, son facies se rapproche beaucoup de celui des malades qui ont subi pendant longtemps l'influence des miasmes paludéens.

Employé, au Verdon, à des travaux pénibles, cet homme était obligé de se livrer à de violents efforts. Depuis quelque temps principalement, il était occupé à transporter de volumineuses pièces de bois, qu'il soulevait, à l'instar de ses camarades, à l'aide d'un levier qu'il appuyait souvent contre la partie supérieure de la cuisse droite.

Au commencement du mois de septembre 1853, Suberville ressentit tout à coup en travaillant un engourdissement douloureux de ce membre. A dater de ce moment, la vigueur ne fut plus la même, le pied s'engorgeait avec facilité, la claudication allait en augmentant. Ce ne fut cependant que vers la fin d'octobre que se manifesta à la partie supérieure de la cuisse, une tumeur du volume d'un gros marron, animée de battements.

Un médecin consulté à cette époque, conseilla l'application d'un bandage compressif que le malade porte pendant quelques jours, mais dont il est bientôt obligé de discontinuer l'emploi, à cause des douleurs qu'il détermine et du volume croissant de la tumeur.

Enfin son état s'étant beaucoup aggravé pendant le mois de décembre, il se décide à rentrer à l'hôpital Saint-André.

On constata alors à la partie supérieure de la cuisse droite une tumeur volumineuse, et dont la mensuration donne 25 centimètres transversalement, et 15 cent. de haut en bas, remontant jusqu'aux environs de l'arcade crurale, dont elle est séparée seulement par une distance de 3 centimètres environ. L'œil et la main y perçoivent des pulsations isochrones à celles du pouls, et auxquelles vient se joindre un bruit de souffle caractéristique. De plus ce membre est engorgé, et le malade y accuse un engourdissement douloureux. Il semble que les caillots sont peu abondants dans cet anévrysme, car la fluctuation est de la dernière évidence, le mouvement d'expansion très-rapproché du doigt.

Le 2 janvier, essai infructueux d'une compression entre le cœur et la tumeur; le malade la supporte à grand'peine.

Le 3, voulant amener à tout prix un certain degré de coagulation dans la tumeur, avant de tenter la ligature, je me décide à appliquer une vessie de glace, avec recommandation expresse d'en continuer l'emploi avec la plus grande exactitude.

Le 4 janvier, changement manifeste dans la tumeur, qui est bien plus dure; les battements y sont beaucoup moins expansifs, le bruit de souffle plus sourd et plus profond. Mais à côté de cette heureuse modification, nous noterons cependant l'existence d'un point rouge au sommet de la tumeur. Une deuxième vessie est ajoutée et placée au-dessous de la première.

Le 5, la rougeur a augmenté et le malade accuse des douleurs plus vives, les pulsations sont encore plus faibles que la veille, la tumeur plus dure. — On continue la glace.

Le 6, diminution de la rougeur, la tumeur est toujours dure, mais le malade ne peut plus supporter la glace.

Le 7, je procède à la ligature de l'iliaque externe, en présence de M. le docteur Hirigoyen, mon collègue à l'hôpital, de M. le docteur Penanguer, chef interne, et de plusieurs élèves. Le procédé employé fut celui de Cooper. J'eus soin de décoller le moins possible le péritoine. Un triple fil ciré fut placé sur l'artère, environ à 4 centimètres au-dessus de l'anneau. Réunion de la plaie à l'aide de bandelettes agglutinatives. Le membre est enveloppé d'ouate. — Boules d'eau chaude.

La température du membre a fort peu varié après l'opération. La tumeur, qui offrait une teinte rouge assez prononcée, a subitement pâli; sa dureté a augmenté, et tout bruit anormal y a immédiatement cessé.

Pendant la nuit la fièvre se prononce, le pouls monte à 144; on est obligé de supprimer la boule d'eau chaude.

Le 8, rien de changé dans l'état local; les urines sont faciles, peu abondantes; pouls à 128; la peau est toujours moite, la langue humide.

Dans la soirée, sueurs extrêmement copieuses, flatuosités, éructations très-fréquentes; quelques cuillerées d'eau de menthe.

Le 9, l'état général est à peu près le même; le malade sue beaucoup et est couvert d'une éruption. Le pied et la jambe, qui étaient très-engorgés lors de l'opération, ont sensiblement diminué, la sensibilité y est beaucoup plus distincte.

Le 10, je procède au premier pansement; la plaie est réunie dans une grande étendue. L'état général est bon; pouls à 100 pulsations. A dater de ce jour, amélioration rapide. La tumeur diminue chaque jour de consistance, devient fluctuante, sans aucun travail inflammatoire toutefois.

Le 22, chute de la ligature; la plaie est presque totalement cicatrisée.

Le 31, hémorrhagie artérielle abondante par le seul pertuis qui existe encore au centre de la cicatrice. Elle s'était arrêtée spontanément, lorsque l'interne du service arriva auprès du malade; il établit néanmoins une compression à l'aide de la pelote d'un brayer. Cet épiphénomène enraya pendant plusieurs jours la guérison, en amenant la rupture de la cicatrice et une augmentation notable dans la quantité de la suppuration.

Pendant plusieurs jours, compression énergique à l'aide d'une masse de charpie et de compresses graduées. Depuis lors aucun traitement sanguin n'a lieu, et la cicatrisation reprend son cours.

Le 12 juin, Suberville est présenté à MM. les membres de la Société de médecine de Bordeaux. Sa santé s'est beaucoup raffermie, et il peut marcher sans le secours de la canne. La tumeur est très-réduite et a acquis beaucoup de dureté. Le succès paraît assuré et la résorption des caillots marcher avec rapidité. La cicatrice n'est repoussée par aucune hernie; je crois cependant prudent de conseiller à mon opéré l'usage d'un brayer.

Ce fait offre plusieurs points importants, je l'ai observé dans des circonstances qui devaient en faire pour moi le sujet d'une certaine perplexité. Ce fut, en effet, peu de temps après que M. Pétrequin eut communiqué ses idées sur la combinaison de l'injection de perchlorure de fer avec la méthode de Brasdor.

Je pris dès lors le parti de sauvegarder ma responsabilité par une consultation. Quatre confrères visitèrent le malade, et après mûr examen, émirent une opinion qui donnait jusqu'à un certain point gain de cause à mes tendances. Deux conclurent en faveur de l'injection de perchlorure de fer après ligature au-dessous de la tumeur. Un pour la méthode ancienne, et l'ouverture de la tumeur. Enfin, un quatrième pour la ligature de l'iliaque externe.

Le peu de chances probables qu'offrait dans ce cas cette opération, la fit rejeter par trois des consultants. La tumeur, vu son volume, vu l'inflammation qui y existait, semblait ne devoir pas se résorber. Enfin, le sujet était très-faible et se présentait sous de fort mauvaises conditions. Force nous fut cependant de la pratiquer, à cause d'un dérangement survenu dans l'instrument et de l'urgence d'opérer sous le plus bref délai.

Il me reste, Messieurs, à vous faire connaître deux faits d'injection intra-anévrysmale. Le premier vous a été communiqué déjà, c'est pourquoi je serai très-bref dans son exposition. Je tiens seulement à le faire figurer dans ce travail, parce que je crois qu'il n'est pas contre la méthode une objection aussi sérieuse qu'il a pu le paraître à quelques confrères. Voici du reste les principales circonstances qui le constituent.

OBS. III. — Le malade, homme de trente-six ans, portait un volumineux anévrysme de la crurale gauche; bien que cette tumeur eût déjà atteint quatre centimètres dans son plus petit diamètre, et qu'elle fût animée de battements évidents, le malade avait toujours vaqué à ses occupations, et ce ne fut qu'à grand'peine qu'on parvint à le décider à se constituer en traitement. Je noterai, comme circonstance importante, l'extrême mollesse de cette tumeur anévrysmale qui concordait peu avec un pareil volume; les battements expansifs y étaient de la dernière évidence et très-superficiels.

Deux injections de perchlorure de fer, la première de 4 et la seconde de 7 gouttes, furent poussées dans la tumeur à cinq jours de distance; la compression fut exercée avec grand soin, et continuée pendant près de trois quarts d'heure après la première tentative.

Les phénomènes déterminés par ces deux injections furent de la dernière évidence, et témoignèrent hautement en faveur de la faculté coagulante du perchlorure de fer. La tumeur durcit instantanément et parut subir une modification dans sa forme; elle devint plus acuminée. Les battements, le bruit de souffle, si apparents avant toute manœuvre, s'obscurcirent et parurent plus profonds dès que la compression fut levée.

Les accidents inflammatoires, bornés d'abord au pourtour de la piqûre, s'étendirent peu à peu et se généralisèrent à la totalité de la tumeur; leur intensité fut beaucoup plus grande la seconde fois. Ce fut sur ces entrefaites, et peut-être un peu effrayé par les revers que la presse avait coup sur coup portés à ma connaissance, que je me décidai à pratiquer la ligature, qui fut suivie d'une prompte guérison.

Je crois devoir insister sur ce fait, qu'il ne s'est manifesté à aucune

(1) Fin. — Voir le numéro du 12 mai.

époque de collection purulente, pas même cet abcès d'expulsion que quelques chirurgiens avaient prédit comme conséquence inévitable de la non-absorption du magma produit par l'action du perchlorure de fer sur le sang. Voici plus d'un an que l'opération a été pratiquée, et cette question me paraît définitivement jugée.

Je noterai également le prompt amendement des symptômes locaux sous l'influence de la ligature. La rougeur, l'inflammation, qui s'étaient emparées de l'anévrysme ainsi que des tissus périphériques, disparurent en quelques heures.

Depuis lors, ce cas rentra dans la loi commune des ligatures artérielles, on peut même dire des plus favorables. Les anastomoses, dilatées par les caillots abondants que créa l'injection et par le maintien d'une compression à l'aine pendant quelques jours, expliquent ici la facilité avec laquelle s'est rétablie la circulation collatérale. C'est à peine si on constata de l'abaissement dans la température du pied.

Le quatrième et dernier fait sur lequel j'attire votre attention, établit, ainsi que vous allez en juger, Messieurs, un succès très-promptement obtenu par la méthode de Pravaz. Cette observation est entièrement inédite, ainsi que les deux premières que renferme ce travail.

Obs. IV. — Henri Ourcq, né à Lasse (Maine-et-Loire), âgé de vingt-trois ans, cordonnier, est entré l'hôpital Saint-André le 6 août 1854.

Ce jeune homme s'est fait, il y a deux jours, en coupant du pain avec un tranchet fraîchement aiguisé, une plaie à la partie antérieure du poignet gauche. La blessure est située à trois centimètres environ d'une ligne fictive représentant l'articulation radio-carpienne exactement sur la ligne médiane; sa longueur est de deux centimètres, sa direction légèrement oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Un jet de sang vermeil et saccadé, et pour lequel il a fallu exercer une compression assez énergique, a été la conséquence immédiate de ce traumatisme.

A mon premier examen, je considérai le cas comme assez simple; la situation de la plaie, également éloignée de la radiale et de la cubitale, me laissait dans le doute sur la lésion d'un vaisseau; il pouvait y avoir eu préoccupation de la part du malade. La plaie fut réunie avec soin, et une compression légère exercée sur ses lèvres.

Le 12 août, la solution de continuité n'est point cicatrisée, ses bords sont rougeâtres et tuméfiés. On peut même déjà apprécier une petite tumeur parfaitement distincte et animée par des pulsations artérielles expansives. La compression isolée de la radiale et de la cubitale n'amène aucune modification dans les battements, qui cessent lorsqu'on comprime avec énergie ces deux artères. Pareil résultat est obtenu par la compression de l'humérale.

La présence d'un petit anévrysme faux consécutif était évidente ici. J'espérais en obtenir la guérison par une compression méthodique exercée à l'aide d'une pièce de monnaie recouverte de ouate. Ce pansement, répété pendant plusieurs jours avec le plus grand soin, n'eut pour résultat que d'amener la cicatrisation de la plaie. Quant à la tumeur anévrysmale, son développement s'accrut au point d'acquérir les dimensions d'une grosse fève. La compression n'avait évidemment pour résultat que de l'aplatir; son inefficacité s'explique ici par l'absence d'une plaie solide.

Quelle devait être la conduite du praticien en pareille occurrence? Lier les artères cubitale et radiale? mais ces deux opérations offraient une certaine gravité; rien du reste n'indiquait un succès positif de cette pratique. Les récidives fréquentes que l'on observe, lorsqu'on interrompt le cours du sang dans ces deux artères pour une plaie de la paume de la main, devaient nous rendre essentiellement circonspect. Convenait-il plutôt d'ouvrir la tumeur, puis de tenter son tamponnement, si on pouvait parvenir jusqu'à la lésion artérielle? Cette manœuvre était tout aussi incertaine et aussi dangereuse.

Restait l'électro-puncture, que j'eusse bien certainement employée, le cas échéant, il y a quelques années; puis l'injection de perchlorure de fer. Je me décidai en faveur de cette dernière.

Le 5 septembre, après avoir fait comprimer avec le plus grand soin les artères radiale et cubitale, je ponctionne le point le plus culminant de la tumeur. Quelques mouvements imprimés à la canule suffisent pour amener quelques gouttes de sang. La seringue est immédiatement vissée, et quatre gouttes de perchlorure de fer injectées dans la tumeur. Douleur vive, mais très-passagère, qui se complique d'un léger engourdissement.

La compression fut continuée pendant dix minutes environ, pendant lesquelles la tumeur prit une dureté croissante et parut revenir sur elle-même. Au bout de ce temps, on laissa le sang affluer. Toute pulsation avait cessé.

Application de compresses mouillées; compression modérée sur le trajet de la radiale et de la cubitale pendant les premières vingt-quatre heures. Tels sont les seuls moyens employés. Le gonflement a été modéré et s'est compliqué d'un peu de rougeur de la peau. Le malade n'a pas eu un seul instant la fièvre, et dès le lendemain a été remis à son régime ordinaire.

Il est sorti le 22 septembre.

A cette époque, on constatait encore une petite dureté dans le point occupé par l'anévrysme. La guérison était complète.

Ce fait, qu'a eu pour témoins plusieurs de nos confrères, et entre autres MM. les docteurs Martin, Lachaze, Aboulène et Desbonne, vient témoigner dans les limites de son importance en faveur de la méthode nouvelle. Sans doute la tumeur anévrysmale était petite, mais son accroissement journalier rendait urgente une manœuvre chirurgicale. La compression ayant échoué, je trouvai là des conditions favorables à l'expérimentation de la méthode Pravaz. Tumeur anévrysmale de petit volume, d'origine traumatique; peau complétement exempte de traces d'inflammation; au contraire, des caillots en assez grande abondance relativement au volume de l'anévrysme.

Quelle était maintenant la source de cette tumeur? Les symptômes que j'ai décrits ne permettent pas de songer à une lésion de l'artère radiale ou cubitale, ce qui eût nécessité, en outre, une grande obliquité du coup, car la plaie était placée exactement sur la ligne médiane. Si la tumeur eût été située un peu plus haut, on eût pu songer à une lésion de l'artère inter-osseuse, que j'ai vue atteinte dans des circonstances identiques. Mais l'action que la compression des artères radiale et cubitale exerçait sur cette tumeur n'aurait pas tardé à détruire cette idée. Le rameau lésé paraît avoir été ici une branche anastomotique anormalement dilatée.

Bornant enfin des réflexions que je désirais soumettre à votre bienveillance, permettez-moi, Messieurs, de résumer mon travail par les conclusions suivantes :

1° Une solution concentrée de perchlorure de fer n'a pas sur nos tissus une influence aussi délétère qu'on a bien voulu le dire;

2° Cet agent thérapeutique est destiné à rendre d'importants services dans le traitement des hémorrhagies, et présente un réel avantage dans celles qui se déclarent consécutivement; et au nombre des éventualités fâcheuses des ligatures artérielles;

3° L'injection de perchlorure de fer peut encore être tentée dans le traitement de certains anévrysmes, et constitue dans certains cas donnés un véritable progrès;

4° Il convient, je crois, ici, d'avoir égard aux circonstances suivantes: Choisir une tumeur peu volumineuse, située sur le trajet d'une artère peu considérable, injecter avec le soin de comprimer avec une minutieuse attention au-dessous et au-dessus une quantité plus considérable de perchlorure de fer qu'on ne l'avait conseillé jusqu'à ce jour, et ne jamais faire plus d'une injection.

Peut-être obtiendrait-on de bons effets de l'emploi de la glace appliquée immédiatement après l'injection. J'aurais, pour ma part, d'autant moins de répugnance à me ranger à cette modification, que les accidents gangréneux que l'on a observés jusqu'à présent me paraissent tenir ici à l'excès d'inflammation plutôt qu'à une action mortifiante propre au perchlorure de fer. Cela aurait à mon sens un double avantage. Maîtrisant, en effet, d'une part, l'inflammation, et enlevant ainsi à l'injection artérielle une grande partie de sa gravité, elle seconderait son action coagulante sur le sang.

Expérimentée avec prudence, et en marchant du simple au composé, la méthode de Pravaz n'occasionnera pas des désastres comparables à ceux qu'on a voulu lui imputer. L'inflammation qu'on s'expose à voir développer dans la tumeur anévrysmale par son emploi, ne sera pas désorganisatrice, et pourra être facilement maîtrisée par la ligature, à laquelle elle n'aura pas créé des conditions plus fâcheuses.

DU TRAITEMENT RATIONNEL DE LA COUPEROSE,

Par M. le docteur Boinet.

Dans le numéro du 5 mai de la *Gazette des Hôpitaux*, dans un article intitulé *Du traitement rationnel de la couperose*, etc., par M. le docteur Duchesne-Duparc, je lis : « Dans la polémique qui s'est élevée l'année dernière entre MM. Boinet et Rochard au sujet du meilleur mode de traitement à opposer à la couperose, M. Boinet, après avoir exposé sa médication, donné ses formules et indiqué la manière de les appliquer, se *contente d'affirmer* qu'il a obtenu les meilleurs résultats; mais il ne cite aucun fait particulier de guérison; il manque donc à son travail l'élément indispensable pour tout examen critique. »

Mon but n'est pas de rentrer dans une polémique qui semble vouloir recommencer; je veux seulement faire remarquer à mon honorable confrère M. le docteur Duchesne-Duparc que lorsqu'un auteur expose une médication, donne ses formules et indique la manière d'en faire usage, on a tous les éléments pour faire un examen critique de cette médication, et pas n'est besoin de faits particuliers pour vérifier si l'affirmation de cet auteur est exacte, il suffit tout simplement d'employer à son tour les formules indiquées et de les appliquer comme il a été dit de le faire. Si mon affirmation ne suffit pas à notre confrère pour exercer sa critique, mes faits particuliers ne lui auraient pas suffi beaucoup mieux. Il n'avait donc qu'à expérimenter ma médication pour savoir si les résultats que j'avais annoncés étaient ou n'étaient pas vrais; en un mot, s'il était possible de guérir la couperose par la pommade à l'iodure de mercure.

C'est ainsi qu'ont procédé M. Rigal (de Gaillac) et M. Hardy, médecin de l'hôpital Saint-Louis; ils ont employé, suivant ma formule, la pommade à l'iodure de mercure, et ils ont guéri des malades atteints de la couperose. Notre distingué et savant confrère M. Hardy vient de publier des faits comme en désire M. le docteur Duchesne-Duparc, et qui viennent à l'appui de mon affirmation. Si d'ailleurs ces faits et ceux de M. Rigal ne suffisaient pas à notre rigoureux confrère, et qu'il voulût absolument des miens pour rendre mon affirmation moins suspecte, je lui rappellerai que c'est à l'hôpital Saint-Louis, en 1838, que j'ai expérimenté et observé en présence d'élèves nombreux, et que ce traitement fit assez de bruit à cette époque pour que M. Bouchardat voulût bien m'en demander la formule pour le *Formulaire* qu'il publie chaque année; et si encore sur ce point mon affirmation lui paraissait insuffisante, je le prierais de consulter la polémique que j'ai eue avec notre honoré confrère M. Rochard, et le *Bulletin de Thérapeutique* de 1838, où il trouvera en outre un mémoire sur le traitement du psoriasis par la pommade au proto-iodure de mercure.

Je répète donc ici, pour ceux de nos confrères qui voudraient en faire usage, que la pommade à l'iodure de mercure, employée à la dose de 0,50 centig. à 4 grammes pour 30 grammes d'axonge, suivant la gravité des cas, produit localement tous les phénomènes observés par M. Rochard, par l'usage de la pommade au chlorure d'iodure de mercure, et par M. Hardy, par la pommade au bi-iodure de mercure, qu'il suffit d'augmenter ou de diminuer la dose de l'iodure de mercure suivant les cas.

Quand notre habile confrère, M. Duchesne-Duparc, voudra se donner la peine d'expérimenter cette pommade et de recueillir, pour sa conviction et pour contrôler mes affirmations, des faits particuliers, il sera bien vite convaincu qu'il n'avait pas besoin, pour apprécier la médication que je conseillais, de faits particuliers *qui me fussent propres*, mais qu'il lui suffisait d'avoir mes formules et la manière de les appliquer; qu'il veuille bien en agir ainsi, et les faits particuliers ne lui manqueront pas et lui prouveront que j'ai eu raison d'affirmer que la pommade au proto-iodure de mercure guérit la couperose.

J'ai lu dans les journaux de médecine qu'on se proposait d'essayer dans quelques hôpitaux le traitement de la couperose par le chlorure d'iodure de mercure; il serait bon d'essayer en même temps et comparativement le proto et bi-iodure de mercure. Ce serait la meilleure manière de savoir de ces trois médicaments lequel est préférable.

ENCHONDROME ÉNORME. — HOMME BALLON.

Par M. le docteur Dujardin, chirurgien de l'hospice général de Lille.

La *Gazette des Hôpitaux* du 9 avril dernier a publié deux observations d'enchondromes, et les a fait suivre de réflexions dont je crois utile d'extraire les passages suivants, pour servir de préambule à mon observation :

« M. Nélaton pense que ces tumeurs restent dans un état stationnaire tant qu'il ne s'y établit pas de vascularisation. A ce moment, il se forme des épanchements de sang dans ces masses cartilagineuses, qui prennent dès lors un développement effrayant; elles perdent de leur dureté et revêtent souvent l'aspect bosselé.

» Il n'existe pas de tumeur pouvant acquérir un volume aussi considérable que les enchondromes. A ce propos, M. Nélaton a rappelé l'histoire d'un malade qu'il a observé dans le service de Lugol à l'hôpital Saint-Louis, malade désigné sous le nom d'*homme ballon*, et qui présentait une circonférence de 1 mètre 60 centimètres au niveau de la tumeur. »

L'observation suivante offre beaucoup d'analogie avec celle de l'*homme ballon* de l'hôpital Saint-Louis, et n'est peut-être pas dépourvue d'intérêt au point de vue des ponctions qui ont été pratiquées dans la tumeur et du résultat qui a été obtenu.

Je fus appelé à Seclin le 9 mars dernier, pour y voir un cultivateur âgé de soixante-dix ans, encore très-valide, jouissant d'une bonne santé, nommé Crétal, qui portait au-devant de la poitrine et de l'abdomen, depuis le haut du sternum jusqu'au-dessous de l'ombilic, une énorme tumeur adhérente, bosselée, dure, comme cartilagineuse dans presque toute son étendue, mais présentant çà et là quelques points de fluctuation. Cette tumeur, effrayante à voir, avait 1 mètre 20 centimètres de pourtour, et formait une proéminence de 20 à 25 centimètres au-dessus du thorax.

Crétal me dit qu'elle avait commencé à paraître huit ans auparavant sous la forme d'un petit noyau très-dur, comme osseux, adhérent et situé vers le bas du sternum, qu'elle avait grossi peu à peu pendant les cinq premières années, et que depuis trois ans ses progrès avaient été beaucoup plus rapides que précédemment, ce qui lui faisait craindre des développements plus grands encore, et ce qui l'engageait à chercher à s'en débarrasser. Du reste, il n'en souffrait nullement, mais il en était singulièrement incommodé. Crétal avait fait voir sa tumeur à plusieurs chirurgiens, qui tous avaient déclaré qu'il n'y avait rien à faire. L'un d'eux, pensant que c'était un anévrysme de l'aorte qui avait soulevé et distendu le thorax, avait même ajouté que si on osait y toucher on tuerait infailliblement le malade.

Qu'était-ce cependant que cette tumeur, et que fallait-il faire? Je pensai que les bosselures très-dures qui se trouvaient disséminées sur sa surface étaient des espèces de stalactites produites par la dilatation aréolaire d'une tumeur primitivement cartilagineuse, ou enchondrome, développée aux dépens des cartilages costaux.

Ces stalactites cartilagineuses, reliées entre elles par des prolongements de même nature, formaient une sorte de réseau et de voûte, et étaient baignés par une grande quantité de liquide, qui paraissait de consistance aqueuse. L'ablation d'une pareille tumeur était évidemment impossible. Tout ce qu'on pouvait faire selon moi était de la vider du liquide qu'elle contenait, et de voir ce qui adviendrait.

Je plongeai donc la lame d'un bistouri droit dans un des points les plus fluctuants de la tumeur. Il en sortit en bavant une petite quantité de sérosité citrine. Je pratiquai ensuite deux autres ponctions semblables sur deux autres points de la tumeur, qui ne semblaient avoir avec le premier aucune communication. Il s'en écoula aussi en bavant une petite quantité de liquide d'une couleur un peu différente. La tumeur ayant peu de tendance à se vider, parce que ses parois, qui étaient très-résistantes, ne pouvaient suivre le mouvement de retrait du liquide, j'appliquai un bandage de corps pour aider la coque cartilagineuse à s'affaisser. La tumeur, en effet, s'affaissa et se vida plus rapidement que je ne l'avais espéré; car huit jours après l'opération son volume était réduit à la moitié de ce qu'il était auparavant. Mais cet affaissement et cette dislocation de la trame cartilagineuse de la tumeur ne s'étaient pas opérés sans occasionner de l'inflammation et de vives douleurs dans les poches membraneuses contenues dans son intérieur; aussi le liquide qui s'écoulait devint-il purulent. Les douleurs furent parfois assez vives pour priver le malade de sommeil et nécessiter l'emploi de cataplasmes émollients et narcotiques. Cependant il n'y eut jamais de fièvre ni de réaction inflammatoire du côté des organes des cavités splanchniques. La tumeur a continué à se vider peu à peu, et elle est réduite aujourd'hui, deux mois après l'opération, au dixième environ de son volume primitif. Elle continue toujours à suppurer un peu par une seule ouverture fistuleuse très-étroite, et elle diminue encore de volume, mais d'une manière presque imperceptible. Elle est très-dure, inégale, bosselée et adhérente au bas du sternum, aux cartilages des côtes et aux côtes elles-mêmes. Elle ne cause plus ni gêne ni douleur; son volume actuel est un peu moindre que celui des deux poings réunis d'un adulte.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 mai 1857. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

De la moelle épinière considérée comme voie de transmission des impressions sensitives. — M. A. Chauveau présente sous ce titre un mémoire qu'il résume en ces termes :

Quand on excite la peau ou les nerfs cutanés d'un animal, il peut arriver : 1° que l'excitation soit transportée jusqu'au cerveau, où elle se transforme en une sensation douloureuse, qui se manifeste principalement par les mouvements volontaires auxquels se livre le patient dans le but de s'y soustraire ; 2° que, sans aller jusqu'à l'encéphale, l'excitation se *réfléchisse*, dans la moelle épinière, des racines centripètes sur les racines centrifuges des nerfs, et soit ramenée ainsi dans un certain nombre de muscles qu'elle fait contracter automatiquement ; 3° ou bien encore les deux cas à la fois. Or si, comme l'a dit M. Flourens, l'*art de démêler les faits simples est tout l'art des expériences*, il importait avant tout, dans l'étude de la présente question, de fixer les caractères des phénomènes réflexes de la moelle épinière, et de les distinguer des phénomènes de sensibilité réelle, afin d'éviter une confusion dans laquelle sont tombés les expérimentateurs qui semblaient le mieux en garde contre elle. Mes observations sur ce sujet ont été faites sur plus de cent mammifères adultes auxquels j'avais coupé l'axe encéphalo-médullaire vers l'articulation atloïdo-occipitale, et dont la respiration était suppléée par l'insufflation pulmonaire. Voici ce qu'elles m'ont révélé :

1° Les mouvements réflexes ne se distinguent nullement, par leur énergie, des mouvements volontaires exécutés par les animaux dans le but de réagir contre la douleur.

2° Chez le plus grand nombre des animaux, ces mouvements, loin d'être bornés à la région qui a reçu l'excitation, peuvent se propager et se propagent, si l'excitation est intense, dans toutes les parties du corps. Ainsi, en excitant les branches perforantes des nerfs inter-costaux, on fait contracter non-seulement le pannicule charnu, mais encore les muscles de l'épine, du cou, des quatre membres, le diaphragme; tout le corps bondit en un mot, mais généralement les contractions sont plus fortes du côté excité. D'où l'on voit que les excitations, en arrivant sur la moelle, s'irradient vers les deux extrémités de l'organe, et se réfléchissent sur toutes les racines motrices, de manière à produire des mouvements généraux qu'on pourrait parfaitement confondre avec les mouvements volontaires qui s'observent dans certaines conditions sur des animaux d'expérience.

3° Les mouvements réflexes n'ont qu'une durée instantanée et ne se répètent point spontanément, caractère très-fidèle qui ne permet pas de les confondre avec les contractions volontaires, car celles-ci peuvent se prolonger quelques instants et se répéter coup sur coup.

4° Un autre caractère propre aux phénomènes réflexes est indiqué par l'expérience suivante. Avant toute mutilation, c'est-à-dire quand il est parfaitement apte à sentir, un animal peut supporter des excitations, même énergiques, sans exécuter le plus léger mouvement, sans manifester le moindre signe de douleur. Après la section de la moelle, l'excitation la plus insignifiante, surtout quand elle porte sur les pattes de derrière, fait naître à tout coup des mouvements très-étendus.

Après cette première étude, j'ai cherché la part prise par les divers cordons de la moelle à l'exercice des phénomènes réflexes, et je me suis assuré : 1° que l'excitation des cordons postérieurs produit des effets tout à fait analogues à ceux qui sont déterminés par l'excitation des nerfs centripètes ou de leurs extrémités périphériques; 2° que les autres parties de la moelle sont, au contraire, dépourvues de toute excitabilité; 3° que la substance grise représente la voie par laquelle les excitations s'irradient dans toute la longueur de la moelle avant leur réflexion, l'irradiation n'ayant plus lieu après l'interruption de la continuité de cette substance, tandis qu'elle est encore possible après la section de tous les faisceaux blancs de l'axe médullaire.

Enfin, l'étude des rapports fonctionnels que la moelle entretient avec le cerveau, particulièrement en ce qui regarde les phénomènes de sensibilité, a conduit aux conclusions suivantes :

1° Dans les animaux mammifères, la section des cordons postérieurs n'empêche pas la conduction des impressions sensitives. Mais il y a des raisons pour penser qu'il n'en serait pas absolument de même chez l'homme, où les cordons postérieurs constituent, surtout dans la région cervicale, la masse principale de l'axe médullaire, tandis que chez les animaux ces cordons sont fort petits relativement au volume des autres faisceaux.

2° Cette transmission n'est pas non plus empêchée par la destruction de la substance grise dans un point limité de la moelle.

3° On doit donc reconnaître qu'elle s'effectue par les cordons antéro-latéraux. Je dirai plus tard par quelle partie de ces faisceaux.

4° Les impressions sensitives, pour gagner l'encéphale, suivent, dans la moelle, le côté par lequel elles sont arrivées. Aussi la section d'une moitié latérale de l'axe médullaire, loin d'augmenter la sensibilité dans le côté correspondant du corps, la fait entièrement disparaître. Mais l'exagération apparente de l'excitabilité réflexe, qui se manifeste alors constamment, et souvent avec des proportions extraordinaires, peut être prise pour de l'hyperesthésie, confusion qui devient encore bien plus facile à commettre quand il se manifeste des symptômes de *sensibilité récurrente*, provoqués par les contractions involontaires que l'excitation du côté paralysé fait naître dans les muscles du côté non paralysé.

5° Toutes les blessures légères de la moelle, surtout quand elles n'intéressent pas les cordons latéraux, déterminent de l'hyperesthésie réelle non-seulement au delà du point lésé, mais souvent aussi en deçà; l'ouverture seule du canal rachidien suffit pour amener ce résultat, qui s'explique naturellement par l'état d'irritation des fibres chargées de conduire les impressions sensitives.

6° Les cordons postérieurs ne semblent pas sensibles. Pour déterminer de la douleur en piquant la substance propre de la moelle, il faut que l'excitation porte sur les cordons latéraux, à proximité de la ligne d'émergence des racines sensitives. Quand on pique dans l'intervalle des deux sillons collatéraux postérieurs, on ne provoque que des mouvements réflexes, et parfois aussi des phénomènes de sensibilité récurrente.

7° En tenant compte de ce dernier fait et de ceux qui précèdent, on arrive à conclure que les faisceaux postérieurs et la substance grise constituent dans la moelle un système indépendant préposé à l'exercice des phénomènes réflexes : les cordons postérieurs, comme prolongement des fibres centripètes chargées d'apporter à la substance grise des excitations qui doivent être réfléchies; la substance grise, comme foyer d'irradiation de ces mêmes excitations. (Commissaires : MM. Serres, Flourens, Cl. Bernard.)

Dégénérescence graisseuse. — M. Mandl présente un mémoire ayant pour titre : *Recherches sur la dégénérescence graisseuse.*

Nous entendons sous le nom de *dégénérescence graisseuse*, dit l'auteur, l'apparition de gouttelettes de graisse dans les éléments qui, à leur état normal, en sont privés. L'examen des faits nombreux que fournissent les expériences des auteurs (J. Guérin, Wagner, etc.) et les nôtres, nous a donné ce résultat, que la dégénérescence ne s'opère que dans les tissus soustraits à l'influence de la nutrition. La dégénérescence graisseuse peut s'opérer dans les fibres et dans les cellules.

Parmi les fibres, nous connaissons des exemples dans la fibre musculaire et dans les nerfs. Pour les muscles, outre l'examen de quelques cas d'atrophie musculaire progressive terminés par la transformation graisseuse, j'ai fait l'expérience suivante, avec le concours de M. le professeur Goubaux (d'Alfort). Une portion, longue de 2 à 3 centimètres, fut extirpée le 15 mai 1853 sur le récurrent gauche d'un chien. Le 25 février 1854, par conséquent neuf mois après l'opération, j'ai trouvé, à l'autopsie de l'animal tué, tous les muscles intrinsèques du larynx, du côté gauche, atrophiés, pâles, et présentant les premiers degrés de la dégénérescence graisseuse.

Toutes les fois que j'ai opéré la section d'un nerf, j'ai trouvé la portion périphérique, qui ne se trouve plus en rapport avec les centres nerveux, subissant dans ses fibres la dégénérescence graisseuse. On voit le contenu de la fibre devenir trouble, se séparer en grumeaux, puis se transformer en gouttelettes de graisse transparente et manquer entièrement, par places, dans la gaîne de la fibre élémentaire, comme la fibre musculaire disparaît dans le sarcolème. Des résultats identiques furent obtenus, lorsque le bout périphérique d'un nerf fut exposé à une lésion mécanique ou à l'influence d'un agent chimique (potasse).

La dégénérescence graisseuse des vaisseaux capillaires est caractérisée par l'accumulation de molécules graisseuses entre les fibres des parois.

Dans les cellules normales ou pathologiques, la dégénérescence graisseuse est un phénomène fréquent. On voit apparaître des molécules graisseuses qui peu à peu s'accumulent et finissent par cacher entièrement le noyau. Puis celui-ci disparaît, puis la membrane cellulaire elle-même; les molécules graisseuses restent pendant quelque temps encore accolées les unes aux autres; enfin elles se désagrègent. Cette composition est très-évidente dans les cellules épithéliales des muqueuses, des reins (maladie de Bright), dans les cellules cartilagineuses pendant le travail de l'ossification, et surtout dans certaines formations, connues d'abord sous le nom de *corpuscules inflammatoires*, puis sous celui de *corps ou corpuscules granuleux* ou *cellules granuleuses*. On trouve aussi des exemples fréquents de dégénérescence graisseuse dans les cellules du cancer, dans celles du pus et surtout dans la matière tuberculeuse. (Commissaires, MM. Serres, Flourens, de Quatrefages.)

Développement des éléments nerveux. — M. Mandl communique un second travail sur ce sujet, qu'il résume comme il suit :

1° Les fibres nerveuses se développent d'après le type des tissus fibrillaires; les corpuscules (cellules) ganglionnaires d'après celui des cellules.

2° Les corpuscules des ganglions (grand sympathique) sont pâles chez l'homme dans la jeunesse; ils deviennent d'une couleur foncée dans la vieillesse, par le dépôt de granules d'une matière colorante rouge-brunâtre.

3° La portion centrale du système nerveux se compose d'éléments qui sont embryonnaires, comparés à ceux des parties périphériques.

4° En effet, la substance grise du cerveau renferme, dans une substance fondamentale amorphe, des corpuscules qui présentent tous les caractères des noyaux des corpuscules ganglionnaires. On en trouve de toutes les dimensions, depuis 0mm,005 jusqu'à 0mm,010, et même 0mm,015. Les plus petits sont dépourvus de nucléoles; les grands en possèdent un ou deux. Parmi ces derniers, on en trouve qui sont entourés d'une portion de substance fondamentale, amorphe, consolidée : cependant, privés d'une membrane d'enveloppe, ils ne constituent pas des cellules ganglionnaires parfaites, mais bien des éléments analogues en voie de développement.

5° Ainsi donc la substance grise du cerveau et de la moelle épinière nous représente, dans sa majeure partie, des éléments embryonnaires, que nous reconnaissons tels, si nous les comparons à ceux de la portion grise périphérique du système nerveux, c'est-à-dire aux ganglions.

6° Il en est de même pour la substance blanche des centres nerveux. On y trouve toutes les transitions des fibres les plus fines, à simples contours, aux fibres les plus grosses, à doubles contours. Les premières constituent presque exclusivement la substance blanche cérébrale, les dernières les nerfs cérébro-spinaux. C'est donc encore ici, dans le cerveau, un état permanent d'arrêt de développement qui rappelle celui de l'embryon et des animaux inférieurs.

7° Les différentes parties du système nerveux montrent donc, même chez l'adulte, suivant les régions d'où elles proviennent, des éléments divers, qui sont autant de degrés divers de développement, auxquels persistent ces éléments pendant tout le temps de leur existence. L'histologie du système nerveux reproduit, dans les animaux adultes, les états divers que traversent souvent d'une manière si rapide les organismes de l'embryon et des animaux inférieurs. (Même commission.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Une nouvelle condamnation vient d'être prononcée par la Cour impériale de Paris (chambre des appels de police correctionnelle), contre M. de Castelnau, gérant du *Moniteur des Hôpitaux*, et contre l'un des rédacteurs de ce journal. Il s'agissait cette fois d'un outrage à la morale publique. Voici l'arrêt de la Cour :

« Considérant qu'il résulte de l'instruction et des débats que Castelnau a commis les délits d'outrage à la morale publique et aux bonnes mœurs, en publiant dans le numéro du 10 février 1857 du journal le *Moniteur des Hôpitaux*, un feuilleton intitulé : *Flèches médicales*, commençant par ces mots : « Un pontife d'Esculape » et finissant par ceux-ci : « impossibilité de le rattraper. » Signé : Dr Joulin;

» Qu'il est également constant que Joulin, en écrivant et remettant pour être publié le feuilleton sus-désigné, a aidé et assisté avec connaissance ledit Castelnau dans les faits qui ont préparé, facilité et consommé les délits relevés à sa charge, et s'est ainsi rendu complice de ces mêmes délits;

» Que la considération que cet article avait pour but de répondre à une œuvre médicale dont la répression n'appartient pas à la Cour, saurait d'autant moins faire disparaître la culpabilité de l'article incriminé, que la forme de sa rédaction et les détails obscènes qu'il renferme ne permettent pas de croire que l'auteur a eu la pensée, en les publiant, de contribuer sérieusement aux progrès de la science ou à l'instruction de ses lecteurs;

» En ce qui touche Remquet, considérant qu'il ne résulte pas de l'instruction et des débats qu'il ait agi sciemment;

» Déclare Castelnau et Joulin coupables des délits prévus et punis par l'art. 8 de la loi du 17 mai 1819;

» Condamne Castelnau et Joulin chacun à un mois d'emprisonnement, 300 fr. d'amende, et solidairement aux dépens des causes principale et d'appel, ordonne la suppression de l'article incriminé;

» Renvoie Remquet des fins de la plainte. »

— Les premières épreuves du concours qui s'est ouvert le 6 avril dernier pour deux places de médecin du bureau central sont terminées. Ont été admis à prendre part aux épreuves définitives les huit candidats dont les noms suivent : MM. Barnier, Goupil, Hervieux, Lorain, Marcé, Mesnet, Potain, Triboulet.

— Avant de quitter Berlin, le prince Napoléon a remis au baron de Humboldt, au nom de l'empereur, la décoration de grand officier de la Légion d'honneur. Cet hommage, rendu à l'un des représentants les plus illustres de la science contemporaine, sera, nous n'en doutons pas, accueilli avec la plus grande faveur par le monde savant tout entier.

— M. le docteur Gaillard vient d'être nommé directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de la Lozère, à Saint-Alban.

— M. le docteur Timbarle, médecin à Tarbes, a été nommé inspecteur des eaux minérales de Cauterets, en remplacement de M. Buron, décédé.

— Le concours pour deux places d'aide d'anatomie à la Faculté de Montpellier vient de se terminer par la nomination de MM. Batigne et Bertrand, seuls candidats qui se soient présentés.

(*Revue thérap. du Midi.*)

— Le conseil d'administration des hôpitaux de Marseille s'est préoccupé à l'exemple de celui de Lyon, du cumul des fonctions de chirurgien de l'Hôtel-Dieu et de professeur-adjoint de clinique chirurgicale. Après avoir, dans une première délibération, prononcé l'incompatibilité de ces deux ordres de fonctions, le conseil a décidé « que l'incompatibilité de fonctions ne sera pas applicable aux professeurs-adjoints de clinique, qui auront toutefois à se faire remplacer par les adjoints ou les agrégés des hôpitaux toutes les fois qu'ils seront en fonctions comme professeurs. »

La distinction établie dans cette nouvelle délibération du conseil des hôpitaux de Marseille a été probablement inspirée par la récente circulaire ministérielle, qui reconnaît aux professeurs titulaires de clinique le droit de faire le cours toute l'année. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

—Les animaux que la Société d'acclimatation avait obtenu de déposer au Jardin des Plantes vont être transférés au bois de Boulogne.

La ville de Paris cède à cet effet quatorze hectares du bois de Boulogne à la Société. M. Richard (du Cantal), ancien représentant, sera le directeur de cet établissement. Là, on tentera d'acclimater des espèces animales et végétales empruntées à toutes les latitudes. On va tout d'abord y transporter le premier fonds que la Société possède au Jardin des Plantes, savoir : des yacks (bœufs à bosse), des kangurous, des lamas, des vigognes (variété du lama), des alpacas, des hémiones (espèces d'âne d'Afrique), et enfin une collection ornithologique et végétale.

Pour être scientifique, l'établissement n'est pas étranger à toute spéculation; on veut s'appliquer à créer un petit paradis où l'on entrerait moyennant 1 fr. par personne. La ville de Paris abandonne les terrains en location pour la modeste somme de 1,000 fr., mais en se réservant une part dans les bénéfices. Il sera pourvu à l'installation au moyen d'un emprunt de 500,000 fr., et M. de Rothschild a déjà souscrit, dit-on, pour 300,000 fr. (*Ami des sciences.*)

— Le banquet annuel de la Société médico-psychologique aura lieu le lundi 25 mai à six heures et demie, aux *Trois Frères Provençaux*. Ceux de MM. les membres correspondants et associés étrangers présents à Paris qui désireraient prendre part à cette fête, sont priés de vouloir bien en informer MM. les docteurs Belhomme et Legrand du Saulle, commissaires.

— M. le docteur Richet, agrégé de la Faculté, a commencé, le lundi 18 mai, à l'Hôtel-Dieu, le cours officiel de clinique chirurgicale. Il le continuera les mercredis et vendredis suivants. Visite à 7 heures 1/2, leçon à 9 heures.

— M. Milne Edwards, professeur au Muséum d'histoire naturelle, membre de l'Académie des sciences, commencera son cours de zoologie (animaux articulés) le mercredi 20 mai 1857, à une heure, dans la galerie de zoologie, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure.

Le professeur traitera, cette année, de l'histoire et de la classification des insectes. En cas d'absence, il sera suppléé par M. Emile Blanchard, aide naturaliste au Muséum.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (M. L. Orfila) : Conditions qui modifient l'action des poisons. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 19 mai. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 13 mai. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 22 MAI 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

La physiologie paraît vouloir prendre ses grandes entrées à l'Académie de médecine. Elle a fait presque à elle seule tous les frais de la dernière séance. On se rappelle que dans son rapport sur le rôle du suc pancréatique, M. Bérard, racontant à l'Académie la bonne fortune exceptionnelle qui lui avait permis de faire, durant plusieurs mois, sur de grands ruminants des expériences que les vivisecteurs n'ont que de très-rares occasions de faire, ajoutait, sous forme de confidence, qu'il lui restait encore quelque chose à communiquer à l'Académie. C'est sans doute une partie de cette abondante moisson dans le champ de l'expérimentation, que M. Bérard est venu apporter mardi dernier à la tribune de l'Académie.

C'est la fonction glycogénique, cette fois, qui a fait le sujet de la communication du savant professeur de physiologie ; — nous disons *communication* et non pas *rapport*, bien que telle ait été la destination première de ce travail et qu'il en ait en réalité tous les caractères, moins les conclusions ; mais quelque peu ému sans doute des petites tracasseries que lui ont suscitées les irrégularités de son rapport sur le pancréas, M. Bérard a mieux aimé assumer seul cette fois toute la responsabilité de son œuvre et il l'a présentée comme une communication personnelle. — Communication soit ; peu importe le mot ; l'objet seul est ce qui nous touche. Il s'agissait de contrôler les expériences dont M. Colin a exposé les résultats à l'Académie dans une lecture du mois d'avril 1856, il y a un peu plus d'un an.

Le fait capital des expériences de M. Colin était celui-ci : Le chyle des animaux carnivores, et des herbivores rendus momentanément carnivores à l'aide d'une alimentation artificielle exclusivement composée de substances animales, renferme du sucre. Le sucre peut donc se former dans l'intestin aux dépens des matières animales fournies par l'alimentation. Le foie n'en est donc pas, exclusivement du moins, l'organe formateur. Nous disions à cette époque, en rendant compte du travail de M. Colin, qu'il était difficile de se refuser à admettre la légitimité des conclusions que l'auteur tirait d'expériences conduites avec une extrême habileté, et combinées de la manière la plus ingénieuse et la plus propre à en assurer les résultats. Ce sont ces mêmes résultats que M. Bérard est venu confirmer dans sa communication, après avoir fait passer devant l'Académie, avec ce talent d'exposition et ce charme de diction que tout le monde lui connaît, toute la série des épreuves et contre-épreuves expérimentales capables d'étayer la proposition de M. Colin. Aujourd'hui que les expériences du chef des travaux anatomiques d'Alfort se présentent de nouveau à l'Académie doublées et renforcées de la sanction et du contrôle de M. Bérard, serons-nous moins explicite que nous ne l'étions il y a un an ? Non sans doute, car après un pareil contrôle nous serions mal fondé que jamais à récuser les faits qui ressortent de ces expériences. Mais on nous permettra de réserver notre opinion en ce qui concerne la déduction à en tirer par rapport à la théorie générale de la glycogénie. L'expérience nous a appris à être circonspect. Rien ne prouve que, si nous formulions une conclusion aujourd'hui, nous ne fussions peut-être dans la nécessité de la modifier dans huit jours.

A M. Bérard a succédé M. Delafond, qui a vivement intéressé l'Académie trois quarts d'heure durant par la relation de ses curieuses observations sur les phénomènes physiologiques du rut de certains animaux, que nous appellerions la pseudo-parturition si nous pensions qu'on pût nous passer ce mot. Ces observations ne sont pas moins dignes d'attention par leurs résultats que par la sagacité et la patiente persévérance de celui qui les a faites. Les lecteurs trouveront dans le compte rendu l'énoncé des principaux faits constatés par M. Delafond, dont la communication est un intéressant chapitre à ajouter à la physiologie et à l'histoire naturelle.

L'Académie a entendu une lecture de M. Giraldès sur l'amylène. On y trouvera d'utiles données sur les effets de l'amylème chez les enfants et sur les applications qu'on en peut faire dans les opérations et dans les divers traitements chirurgicaux des enfants en bas âge. Cette utilité sera subordonnée toutefois à la question d'innocuité, singulièrement compromise, comme on le sait, par le fait malheureux que nous avons publié naguère.

Au commencement de la séance, M. Civiale a fait part à l'Académie d'une bonne nouvelle qui l'honore :

Préoccupé à la fois de l'avenir de la belle découverte qui a attaché un si grand honneur à son nom, et de l'intérêt des pauvres malades menacés d'en perdre le bénéfice du moment où il cesserait d'exercer les fonctions temporaires qui lui ont été confiées par l'administration des hôpitaux, l'honorable chirurgien de Necker a fait don à cette administration d'une somme dont le revenu annuel assurera ce service à perpétuité. C'est un nouveau bienfait que M. Civiale aura rendu à la science et à l'humanité. L'Académie a accueilli cette communication comme elle le méritait, et M. le président a adressé en son nom des remercîments à son auteur. Le public médical tout entier s'associera à cet hommage.

Dr Brochin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. L. ORFILA, professeur-agrégé.

Conditions qui modifient l'action des poisons (1).

Après vous avoir exposé tout ce qui, à mon avis, doit être rattaché à l'étiologie de l'empoisonnement, je vais vous faire connaître quels sont, d'une manière générale, les principaux effets produits par les poisons.

SYMPTÔMES GÉNÉRAUX DE L'EMPOISONNEMENT.

Ces symptômes varient tellement, qu'il est impossible de donner une description générale, d'en faire, comme je le voudrais, un tableau qui resterait présent à l'esprit. J'en suis donc réduit à vous tracer une récapitulation des désordres qui peuvent résulter de l'action des poisons. Comme vous le verrez, il est peu de troubles fonctionnels que les poisons ne puissent produire. Bien entendu, toutes les substances toxiques n'occasionnent pas tous ces désordres, et aucune ne les engendre tous à la fois.

L'empoisonnement peut être déterminé brusquement par l'action d'une dose suffisante de poison, ou bien il peut être la conséquence de l'ingestion répétée pendant longtemps de petites doses. On a appelé le premier *empoisonnement aigu* et le second *empoisonnement lent*. La première dénomination est impropre, ou du moins éveille dans l'esprit des idées fausses. Vous verrez que dans les deux cas les effets peuvent se prolonger longtemps. Comme d'ailleurs les accidents peuvent être dus à un petit nombre de doses, aussi bien qu'à une seule dose, je crois qu'il faudrait dire *empoisonnement prompt*. Rappelez-vous cette substitution de *termes*. L'existence de poisons produisant un empoisonnement lent, c'est-à-dire déterminant la mort à une époque éloignée du moment de l'ingestion et prévue pour ainsi dire d'avance, ne doit pas être admise.

Examinons donc successivement les deux espèces d'empoisonnements et les symptômes généraux qui les constituent.

Empoisonnement prompt. Symptômes primitifs. — Lorsqu'une substance toxique agit sur l'homme, la physionomie est peu altérée dans les premiers moments ; bientôt le teint devient pâle et plombé ou très-rouge ; les yeux sont rouges et saillants hors des orbites ; les pupilles sont dilatées ou contractées. On observe d'ailleurs dans ces cas quelques-uns des troubles suivants dans les divers appareils : odeur nauséabonde, infecte ; saveur acide, alcaline, âcre, styptique ou amère ; chaleur âcre au gosier, sécheresse dans la bouche ; quelquefois il s'y forme de l'écume ; la langue et les gencives présentent des colorations variables, livides, d'un jaune citrin, blanches, rouges ou noires ; sentiment de constriction à la gorge, chaleur à l'estomac ; douleur plus ou moins aiguë, augmentant par la pression, et ayant son siége dans toute l'étendue du canal digestif, ou plus particulièrement dans la gorge, dans la région épigastrique et dans quelques autres points de l'abdomen ; cette douleur, souvent très-mobile, se fait sentir successivement dans toutes les parties du canal intestinal et même dans la poitrine. Soif ardente ; les boissons augmentent quelquefois la douleur et ne tardent pas à être vomies ; fétidité de l'haleine, éructations fréquentes, nausées, vomissements douloureux, muqueux, bilieux ou sanguinolents, d'une couleur blanche, jaune, verte, bleue, rouge ou brunâtre, bouillonnant quelquefois sur le carreau, et dans ce cas rougissant la teinture de tournesol ; quelquefois, au contraire, ils verdissent le sirop de violettes, et dans ces cas ils ne bouillonnent pas sur le carreau. Constipation ; déjections alvines plus ou moins abondantes, avec ou sans ténesme, présentant d'ailleurs des propriétés variables comme les matières des vomissements. Dysurie, strangurie, ischurie ; priapisme opiniâtre et douloureux. Respiration difficile, angoisses, toux, hémoptysie, hoquet. Pouls fréquent, petit, serré, irrégulier, imperceptible ; frissons de temps à autre ; sensation de froid, surtout aux membres inférieurs ; peau froide, sueurs froides et gluantes ; d'autres fois, au contraire, il y a chaleur intense, éruption douloureuse à la peau ; agitation, cris aigus, impossibilité de conserver la même position ; délire furieux ou gai ; mouvements convulsifs des muscles de la face, des mâchoires ; rires sardoniques, trismus, contorsions horribles, roideur extrême des membres, accompagnée d'une contraction générale des muscles du thorax, qui détermine l'immobilité de ses parois ; quelquefois stupeur, engourdissement, pesanteur de tête, envies de dormir légères d'abord, puis insurmontables ; vertiges, paralysie ou grande faiblesse des membres abdominaux ; prostration extrême ; collapsus, coma.

En général, à moins qu'un traitement efficace ne soit appliqué, les symptômes augmentent d'intensité depuis le moment de l'apparition jusqu'à la mort. Quelquefois, comme dans toutes les maladies du reste, il y a des rémissions, et enfin dans quelques cas il y a de véritables *intermittences*, c'est-à-dire que les accidents cessent complétement.

Symptômes consécutifs. — Souvent les malades qui ont résisté aux désordres primitifs sont sujets soit immédiatement, soit plus tard, à des accidents graves. Il n'est pas rare même que ces accidents entraînent la mort. Les acides, par exemple, produisent des lésions si importantes, que les phénomènes morbides se prolongent souvent fort longtemps. Tarora a rapporté une observation d'empoisonnement par l'acide azotique, fort intéressante à ce point de vue. Les préparations arsenicales donnent naissance à des paralysies graves. A l'histoire particulière de quelques autres poisons, vous retrouverez des exemples analogues, mais il n'y a rien de général à dire sur la question. Je me borne donc à ces indications.

Empoisonnement lent. — Les troubles qui sont la conséquence de l'ingestion répétée de petites doses de substances toxiques sont très-variables et peuvent intéresser tous les organes, tous les appareils. Ce qu'il y a de plus remarquable à poser, c'est la différence entre les phénomènes que produit un poison, suivant qu'il a pénétré dans l'organisme en une seule fois à dose délétère, ou suivant qu'il y est entré par petites doses et à la longue. Comparez l'empoisonnement prompt par les préparations saturnines ou mercurielles avec les intoxications observées sur les ouvriers qui manipulent ces substances, et vous verrez qu'il y a une grande différence : ainsi la pression diminue la douleur dans la colique des peintres ; elle l'augmente, au contraire, lorsqu'il y a eu ingestion d'une forte dose de composé plombique. Je ne saurais pousser plus loin ce parallèle sans dépasser les limites qui me sont imposées : il est d'ailleurs facile de vérifier sur d'autres symptômes la différence que je vous signale.

L'empoisonnement lent n'a pas été étudié. Cette étude est cependant importante. Nous y reviendrons à propos du diagnostic, et vous verrez quelles difficultés elle soulève, sans qu'il soit possible aujourd'hui de donner une solution satisfaisante.

(1) Suite. — Voir les nos des 23 décembre 1856 ; 8, 29 janvier ; 3, 12, 31 mars et 7 mai 1857.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 mai 1857. — Présidence de M. MICHEL LÉVY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° L'ampliation d'un arrêté, en date du 30 avril 1857, portant approbation de la formule présentée par MM. Laboureur et Fontaine pour la préparation du valérianate d'ammoniaque.

2° Un envoi d'échantillons des eaux thermales d'Alet (Aude) avec demande d'analyse et d'avis.

3° Un rapport de M. le docteur Sibille sur le service médical des eaux de Plombières pendant l'année 1855. (Commission des eaux minérales.)

4° Un rapport sur les maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans le département du Doubs. (Commission des épidémies.)

5° Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1856 dans les départements des Deux-Sèvres et des Vosges. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Rouault (de Rennes) adresse un mémoire sur l'emploi du sulfate de cuivre en nature dans le traitement de certaines ophthalmies chroniques. (Commissaires : MM. Velpeau et Larrey.)

— M. le docteur Dufresse de Chassaigne adresse un mémoire sur le traitement et la guérison de l'endocardite rhumatismale chronique par les eaux thermales de Bagnols (Lozère). (Commissaires : MM. Jolly, Mélier, Bouillaud.)

— M. Morel-Lavallée adresse une addition à son mémoire sur un nouvel appareil pour les fractures des mâchoires. (Commissaires : MM. Robert et Velpeau.)

— M. le docteur Ancelet, de Vailly (Aisne), adresse une lettre sur un cas de luxation fémoro-tibiale latérale externe. (M. Malgaigne, rapporteur.)

— M. le docteur Bertherand communique un mémoire ayant pour titre : *De la variole dans le nord de l'Afrique.* (Commission de vaccine.)

— M. le docteur Delarue (de Bergerac) prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté. Le dépôt est accepté.

— M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, soumet à l'examen de l'Académie un perfectionnement qu'il vient d'apporter à son irrigateur à douche destiné à provoquer l'accouchement prématuré. Cet irrigateur, qui a été présenté il y a trois ans à l'Académie, est employé depuis cette époque dans le service de M. le professeur P. Dubois. M. Mathieu a substitué à l'une des boules de caoutchouc vulcanisé la seringue à double effet qu'il a construite il y a deux ans pour M. Robert. Par suite de cette modification, le liquide est pris par l'un des bouts de l'appareil, et lancé en un jet fort et continu par la canule adaptée à la sphère. Cet instrument, simple, portatif et peu coûteux, est extrêmement facile à manier et susceptible d'être mis en usage dans les cas où il s'agit d'extraire un liquide d'une cavité naturelle ou accidentelle, et d'y faire des injections ou des irrigations.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que M. le docteur Négrier, directeur de l'Ecole de médecine d'Angers, et M. Hubert, membre correspondant à Laval, assistent à la séance.

COMMUNICATION.

Service des calculeux dans les hôpitaux de Paris. — M. Civiale fait la communication suivante :

Je demande à l'Académie la permission de lui communiquer une mesure administrative qui intéresse notre profession, la chirurgie spécialement, et qui aura, je l'espère, une heureuse influence sur les destinées de la lithotritie.

Depuis 1829, il existe à l'hôpital Necker un service spécial dans lequel sont traités les malades attaqués de la pierre et d'autres affections des organes génito-urinaires.

Mais l'organisation de ce service est imparfaite et le nombre des lits insuffisant, et par suite, le but qu'on s'est proposé en le créant n'a pas été complétement atteint.

J'ai demandé à différentes reprises qu'il fût agrandi et réorganisé sur des bases plus solides; mais en face des difficultés que rencontre l'établissement des spécialités dans les hôpitaux, l'administration supérieure, liée d'ailleurs par certaines dispositions du règlement, s'est trouvée dans l'impossibilité d'effectuer les améliorations que je sollicitais. J'ai de plus acquis la certitude que ce service devait être supprimé après moi. Il m'a paru cependant qu'il y avait un grand intérêt à conserver une institution qui a déjà produit de beaux résultats, même dans des conditions défavorables.

J'ai considéré comme un devoir de faire tous mes efforts et les sacrifices personnels qui seraient nécessaires pour venir en aide à l'administration, et la mettre à même non-seulement de conserver l'institution qui existe, mais encore de l'améliorer, de la perfectionner, de lui imprimer un caractère de perpétuité, qui assure à la science de la lithotritie en France, où elle est née, un établissement permanent dans lequel les indigents attaqués de la pierre ou de toute autre maladie affectant les organes génito-urinaires, continueront d'être admis et traités par les procédés que j'ai fait connaître; dans lequel aussi se formeront des chirurgiens qui, rompus à la pratique de ces procédés, utiliseront habilement cette branche de l'art et l'accroîtront en y appliquant toutes les ressources dont la chirurgie dispose aujourd'hui.

Mes vœux ont été accomplis : un acte régulier de donation perpétuelle que j'ai faite à l'administration de l'assistance publique, et qui a été acceptée par elle, a levé les difficultés financières en assurant un traitement de quinze cents francs aux chirurgiens qui me succéderont dans les fonctions que je remplis gratuitement depuis près de trente années.

Le reste du projet n'a éprouvé qu'accueil et bienveillance.

Présenté d'abord au conseil de surveillance des hôpitaux, puis au conseil municipal de Paris, ce projet a été débattu et adopté par ces deux assemblées. Soumis ensuite au ministère de l'intérieur et au conseil d'Etat, il a reçu leur approbation. Enfin il a obtenu la sanction suprême de l'empereur.

Ainsi se trouve définitivement assurée une création qui, au triple point de vue de l'intérêt des malades, de la connaissance pratique de la lithotritie et des principales méthodes usitées contre les maladies des voies urinaires, et de l'instruction des jeunes chirurgiens, promet de rendre de notables services à l'art et à l'humanité.

Cette communication est accueillie par les applaudissements de l'assemblée.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. Civiale de la communication qu'il vient de faire; communication qui, bien qu'elle ait pour objet une mesure administrative, n'en est pas moins d'un grand intérêt pour la science et l'humanité. Il est certain d'être l'organe des sentiments de l'assemblée en lui votant en son nom des remercîments. (Applaudissements.)

LECTURES.

Glycogénie. — M. BÉRARD fait une lecture à l'Académie sur la glycogénie, à l'occasion des communications de MM. Colin et Chauveau sur le même sujet.

On sait qu'en opposition aux propositions formulées par M. Claude Bernard dans sa thèse de 1853, quelques-uns de ses contradicteurs ont soutenu que ce n'était pas après la digestion seulement, mais à toute heure, et même pendant l'abstinence, que la masse du sang contenait du sucre; que ce principe immédiat n'avait pas le foie pour source unique dans l'économie.

Comparer au sang d'une veine sus-hépatique celui de la veine porte ou celui de la circulation générale, dit M. Bérard, ne paraît point chose exempte de difficulté pour qui connaît la rapidité du mouvement circulaire de ce liquide. C'était cependant sur un parallèle entre le sang qui arrive au foie et celui qui en sort, c'était dans la comparaison de celui-ci au sang de la circulation générale que tournait la discussion, lorsque M. Colin imagina de rechercher si, par hasard, le chyle n'introduisait pas de sucre dans le système circulatoire. Bientôt il ne conserva plus de doute à cet égard, et le 1er avril 1856 il rendit compte à l'Académie d'expériences dans lesquelles il avait pu constater la présence de la glycose dans le canal thoracique d'animaux mis au régime exclusif de la viande. Quelque temps après M. Chauveau (de Lyon) faisait le récit d'expériences qui confirmaient celles de M. Colin, mais dont il tirait des conclusions différentes.

Ce sont ces faits que M. Bérard a voulu mettre hors de contestation par l'expérience suivante, qu'il a faite de concert avec M. Colin :

Après avoir fait à un taureau une ouverture à la panse pour permettre l'introduction directe de la viande dans ce premier estomac, tandis qu'une muselière très-exactement appliquée interdisait l'accès à toute autre matière alimentaire, on introduisait chaque jour par cette ouverture, toujours béante, 12 kilogr. environ de bonne viande de cheval cuite, coupée en petits morceaux et arrosée d'une dizaine de litres de bouillon fait avec la chair du même animal. L'animal joignait quelquefois à sa nourriture quelques seaux d'eau. Dans l'intervalle des repas, un tampon convenablement assujetti obturait l'ouverture.

Le taureau fut soumis à ce régime pendant trois semaines. On mit alors à découvert la terminaison du canal thoracique. Un tube d'argent fut placé dans la plus grosse des trois branches dont ce canal se compose. On reçut du chyle pendant toute la journée. Une partie de ce chyle soumis au réactif cupro-potassique a réduit l'oxyde de cuivre, et mis en contact avec la levûre de bière, il a fermenté.

Je me crois autorisé, dit M. Bérard après avoir rapporté tous les détails de ces expériences, à dire que le chyle contient du sucre. Puis il ajoute : Quelle que soit donc l'opinion que l'on se forme relativement au siége de la glycogénie, il faut reconnaître qu'on a eu tort d'affirmer que le sucre n'était pas présent dans le système lymphatique et chylifère. Que M. Bernard n'ait jamais trouvé de sucre dans le chyle, je le crois, puisqu'il le dit; mais nous venons de voir que nous avons été plus heureux, ce qui tient sans doute à ce que nous avons cherché sur un grand ruminant ce que l'habile professeur du Collége de France n'avait pu trouver sur le chien.

Admettant cependant qu'on a parfois rencontré du sucre dans le liquide du canal thoracique, M. Bernard n'en dérive pas moins du foie ce principe immédiat. Ce sont, suivant lui, les vaisseaux lymphatiques du foie qui ont versé dans le canal thoracique une lymphe sucrée.

Pour réfuter cette explication, je vais au préalable faire connaître un fait sur lequel se taisent les ouvrages d'anatomie des vétérinaires, et dont ne disent rien les traités d'anatomie comparée, fait indiqué pourtant par Haller; c'est que, chez les ruminants, les chylifères se réunissent en un gros tronc couché sur l'artère mésentérique supérieure et qui aboutit au canal thoracique beaucoup plus bas, c'est-à-dire plus en arrière que les lymphatiques du foie. Cette branche est aussi volumineuse que le canal thoracique de l'homme. On peut recueillir à part le liquide de ce gros chylifère et s'assurer qu'il contient du sucre, bien qu'il ne reçoive pas le plus petit rameau des lymphatiques du foie. Il est d'ailleurs une réfutation plus convaincante encore de l'opinion que tout le sucre du système lymphatique viendrait du foie en ligne directe; c'est que la lymphe prise au cou renferme du sucre, fait démontré par M. Colin d'abord, ensuite par M. Chauveau.

Où se forme donc, en définitive, le sucre que l'on retire du canal thoracique? On pourrait, à la rigueur, soutenir encore qu'il se forme dans le foie, lequel resterait le seul organe producteur de ce principe immédiat. Mais alors il ne faudrait pas conduire le sucre dans le système lymphatique par la route directe qu'a imaginée M. Bernard. Voici ce qu'il faudrait admettre : sécrété dans le foie et incessamment emporté par le courant sanguin, le sucre n'y serait pas aussi complétement détruit que le suppose l'auteur de la glycogénie hépatique; une partie transsuderait des extrémités des artères dans les radicules des lymphatiques, et reviendrait au cœur par le canal thoracique. Je dis transsuderait, parce qu'il n'y a pas d'anastomoses entre les artères et les lymphatiques.

En méditant sur cette explication que développe M. Chauveau et dans laquelle on sacrifie une partie accessoire de la doctrine pour en sauver une plus importante, j'y trouve une difficulté sérieuse. Si telle était, en effet, la source unique du sucre charrié dans le système lymphatique, le chyle devrait en contenir à peine. Car le chyle avant d'être mélangé au liquide du canal thoracique se compose : 1° de l'humeur qui est versée dans les radicules des chylifères comme dans les radicules de tous les autres vaisseaux lymphatiques; 2° de l'humeur que les chylifères puisent dans la cavité des intestins. La première seule de ces deux humeurs devrait contenir du sucre : or elle est au plus à la seconde, en quantité, comme 1 est à 100.

D'où je conclus qu'on ne pourrait pas même découvrir le sucre dans le chyle avant le mélange de celui-ci avec le liquide du canal thoracique. Eh bien, nous nous sommes assurés que non-seulement le chyle retiré du canal chylifère, qui accompagne l'artère mésentérique, contenait du sucre, mais encore qu'il en contenait une quantité supérieure à celle qu'on trouve dans la lymphe pure.

Tous ces faits sont difficiles à concilier avec l'admission d'un siége unique de glycogénie. Il y a lieu d'examiner si, indépendamment de la glycogénie hépatique, il ne serait rationnel d'admettre que, dans toutes les parties du corps, il y a incessamment production de glycose, qui retourne, par le système lymphatique, au centre circulatoire; et si, à cette glycogénie permanente, la digestion n'en ajoute pas une autre intermittente, mais beaucoup plus active.

Vous n'ignorez pas que, chez un animal exclusivement nourri de chair, on ne trouve pas de sucre dans la cavité intestinale, et que cependant on démontre la présence du sucre dans le chyle de cet animal. Où s'est donc formé ce sucre? C'est dans l'épaisseur de la paroi vasculaire, c'est au moment même où le produit de la digestion pénètre les villosités. Je ne crée pas là ma théorie pour la circonstance. J'énonce une proposition élémentaire en bonne physiologie. Ce n'est point dans la cavité des vaisseaux, mais dans l'épaisseur même des tissus, que prennent naissance toutes les métamorphoses de la matière organique.

M. Bérard termine en faisant connaître à l'Académie une découverte faite par M. Wurtz à l'aide d'une partie du chyle fourni par le même animal. M. Wurtz a retiré de ce chyle une grande quantité d'urée (1 gramme d'urée cristallisée sur un litre environ). L'urine du même animal a donné proportionnellement autant d'urée que celle de l'homme. Les urines, comme le chyle de ce taureau, s'étaient donc ressenties du régime exceptionnel auquel il avait été soumis. Ce fait fera l'objet d'une communication spéciale de M. Wurtz.

L'Académie accueille par des applaudissements la communication de M. Bérard.

Observations sur certains phénomènes physiologiques se rattachant à la parturition et à l'allaitement chez des chiennes qui n'ont pas été fécondées au moment du rut ou des chaleurs. — M. DELAFOND lit sous ce titre un travail dans lequel il se propose de faire connaître un fait physiologique, se manifestant chez certaines chiennes qui n'ont pas été fécondées pendant la période du rut ou des chaleurs, et qui, juste au moment où la parturition à terme devrait avoir lieu si elles avaient reçu le mâle, éprouvent tous les phénomènes précédant et suivant la parturition, chiennes qui peuvent allaiter et élever de jeunes chiens étrangers.

Les faits constatant que les glandes mammaires peuvent sécréter du lait chez les très-jeunes enfants des deux sexes, chez les hommes et les animaux mâles adultes, chez les jeunes filles vierges et les femelles domestiques n'ayant pas encore reçu le mâle, ne sont pas rares; M. Delafond cite ici les principaux faits consignés dans les *Annales de médecine humaine et vétérinaire*, pour montrer qu'ils ne sont pas de l'ordre de ceux dont il va parler.

Les faits cités démontrent que peu de temps après la naissance chez les très-jeunes enfants et chez les très-jeunes femelles des solipèdes domestiques, les mamelles acquièrent une intumescence remarquable, et sécrètent du lait en notable quantité. D'autres faits en assez grand nombre démontrent que les rudiments mammaires des jeunes gens, des hommes et des animaux mâles de différents âges, peuvent sécréter du lait.

Tous ces faits sont intéressants, mais ils ne peuvent être considérés que comme des phénomènes placés en dehors des lois physiologiques ordinaires. Dans les faits qui ont fixé mon attention depuis une quinzaine d'années, dit M. Delafond, il s'agit de chiennes plus ou moins âgées, n'ayant pas encore reçu le mâle, ou ayant déjà été fécondées, et qui, pendant l'existence du rut ou des chaleurs, étant restées sans être satisfaites, ont, à l'époque où la parturition à terme aurait dû s'effectuer si elles avaient été fécondées, ont, dis-je, manifesté tous les phénomènes physiologiques qui précèdent, accompagnent et suivent la parturition, moins l'expulsion des fœtus de l'utérus.

Mais parmi tous ces phénomènes, celui qui frappe le plus, celui aussi qui a été le plus souvent constaté et relaté, c'est le gonflement des mamelles peu de temps avant l'expiration des soixante jours, terme ordinaire d'une gestation qui n'a pas existé; c'est le lait abondant et de très-bonne qualité qui s'en échappe par l'action de traire, c'est enfin l'adoption par la chienne de petits chiens étrangers qu'elle allaite, élève, et pour lesquels elle a toute la sollicitude, toute la tendresse d'une mère.

Voici quelques-uns des phénomènes qu'ont offerts à M. Delafond toutes les chiennes qu'il a étudiées.

Lorsque la chienne entre en rut et qu'elle a été privée du mâle, les chaleurs, on le sait, se continuent plus longtemps que lorsqu'elle l'a reçu, et surtout qu'elle a été fécondée, et l'on sait aussi que le feu de l'appareil générateur ne s'éteint alors complétement que vers le dixième et quelquefois le douzième et le quinzième jour. Ce laps de temps écoulé, l'organisme revient à l'état normal.

La chienne porte 60 à 63 jours au plus, et elle se trouve pourvue de cinq paires de mamelles, tant ventrales que pectorales : or, la chienne qui a éprouvé des chaleurs, qui n'a pas été fécondée, commence à éprouver du 45e au 50e jour un gonflement déjà sensible des deux paires de glandes mammaires postérieures ou pré-inguinales. Cette tuméfaction augmente quotidiennement du 50e au 54e jour, dans les mamelles postérieures, et se fait remarquer dans la deuxième et même dans la troisième et la quatrième paire de glandes mammaires antérieures.

Déjà en pressant les mamelles on peut en retirer un liquide séreux un peu jaunâtre et visqueux, qui, vu au microscope, montre déjà des globules de graisse ou laiteux.

Du 54e au 56e jour les dernières paires de mamelles ou les paires

sous-pectorales se tuméfient ; les autres mamelles sont grosses, fermes, les glandes en sont parfaitement distinctes, et des mamelles s'échappe par la pression un liquide opaque, visqueux et alcalin, mais encore d'un blanc sale, et dont on peut retirer plusieurs gouttes par l'expression.

Enfin, du 56e au 60e jour, les mamelles ont acquis un fort volume. Elles sont fermes, pendantes, leurs mamelons sont turgides, parfois douloureux, et les glandes offrent presque le volume qu'elles doivent acquérir lorsque la chienne a été fécondée et va mettre bas. Lorsqu'on les presse, les mamelles donnent un lait blanc, épais, opaque, que l'on peut retirer en quantité notable.

Du véritable lait s'accumule donc dans les mamelles des chiennes non fécondées, 10 à 15 jours avant une parturition qui ne doit pas s'effectuer à l'époque rigoureusement révolue par la nature, mais dont tous les préparatifs ont été parfaitement faits, en vue de compléter l'œuvre de la procréation ou des nourrissons à venir.

Du 59e au 60e jour, c'est-à-dire juste à l'époque où la chienne devrait mettre bas si elle avait été fécondée, d'autres préludes se manifestent.

Les bords de la vulve grossissent et son ouverture s'élargit ; la muqueuse vaginale est rouge et sécrète un liquide visqueux. La chienne s'agite, témoigne de l'inquiétude, de l'anxiété même ; elle va, vient, cherche l'endroit où elle pourra déposer une progéniture dont l'arrivée lui semble prochaine. Ses regards tendres, les caresses fréquentes qu'elle fait à ses maîtres, les cris plaintifs, étouffés et répétés qu'elle fait entendre, annoncent que chez elle, aussi bien que chez les chiennes qui vont réellement mettre bas, l'organisme s'apprête au grand acte de la parturition. Si la chienne est libre, on la voit aller et venir fréquemment vers le lieu qu'elle a choisi, et préparer un véritable nid pour y faire des petits qu'elle attend, mais en vain.

Lorsque le jour et l'heure désignés par la nature pour la mise bas sont écoulés, c'est-à-dire du soixantième au soixante-troisième jour de l'époque des chaleurs, la chienne, qui n'a pas été satisfaite, éprouve une véritable fièvre de lait, et les mamelles se gonflent, les mamelons s'allongent et les canaux galactophores se remplissent de lait.

M. Delafond a saisi l'occasion favorable qui s'est offerte une fois de donner à une chienne qui se trouvait dans ces conditions, un petit nourrisson qu'il met sous les yeux de l'Académie.

Des faits rapportés dans ce travail, M. Delafond conclut :

1° Que chez certaines chiennes qui n'ont pas encore reçu le mâle, ou qui déjà ont mis bas une ou plusieurs portées, qui pendant le rut n'ont pas été satisfaites, dix à douze jours avant le terme normal où la parturition devrait s'opérer si la bête avait été fécondée, les mamelles se tuméfient et commencent à sécréter du lait;

2° Que juste au moment du terme de la mise bas dévolu par la nature, ou après soixante à soixante-trois jours, la chienne manifeste toute la série des actes physiologiques qui préludent à la parturition, l'accompagnent et la suivent, moins l'expulsion des produits de la conception ;

3° Qu'elle éprouve les symptômes qui caractérisent la fièvre de lait, que ses mamelles se gonflent, se gorgent d'un lait abondant et de bonne qualité, qu'alors elle adopte les petits chiens étrangers qu'on lui présente, les nourrit, les approprie, les protége et les élève avec la plus grande tendresse, ainsi qu'elle le fait pour ses propres chiens.

M. LEBLANC. Les faits du genre de ceux que M. Delafond vient de faire connaître, sont peut-être moins rares qu'il ne paraît le croire. Il est assez commun de trouver du lait chez des chiennes et des juments non fécondées.

M. DELAFOND. Je sais très-bien qu'il n'est pas rare de voir des femelles non fécondées ayant du lait dans leurs mamelles ; mais ce qui est beaucoup plus rare, et ce que personne n'avait dit avant Buffon, c'est de voir des femelles non fécondées présenter tous les phénomènes physiologiques qui précèdent et suivent la parturition, moins la parturition elle-même.

M. ROCHE a communiqué dans le temps un fait semblable à MM. Bérard et P. Dubois. Il s'agissait d'une chienne non fécondée, qui avait présenté deux fois de suite les phénomènes décrits par M. Delafond. M. Dubois lui dit à cette occasion qu'il n'était pas très-rare d'observer des phénomènes analogues chez la femme.

— M. MOREAU cite aussi un fait semblable à celui de Buffon, cité par M. Delafond. Un jeune chien fut allaité par deux chattes qui s'étaient vivement attachées à cet animal. Le chien prit une partie des allures du chat, sauf toutefois la voix, qui ne fut point modifiée comme dans le fait rapporté par Buffon.

Amylène. — M. GIRALDÈS lit un travail intitulé *Études cliniques sur l'amylène*. C'est le résumé de 79 observations d'anesthésie avec l'amylène, pratiquées à l'hôpital des Enfants trouvés et Orphelins. Le travail de M. Giraldès peut être résumé dans ce qui suit :

L'amylène produit l'anesthésie chez les enfants, sans réaction, sans mouvements convulsifs, sans agitation autre que celle d'une défense naturelle. Dans quelques cas rares, il est accompagné de roideurs, de tensions musculaires; les enfants tendent les bras, les membres inférieurs, quelquefois la tête se renverse légèrement en arrière. Sur 79 cas, la roideur musculaire a été observée 8 fois. Aussitôt qu'elle se manifeste, il est prudent de suspendre les inhalations, de faire respirer les enfants une minute, de reprendre les inhalations ; en procédant ainsi, on obtient vite l'immobilité, et la roideur musculaire cesse ou n'augmente pas. Dans quelques cas rares, il survient quelques mouvements, des vomissements : ce phénomène a été noté seulement 6 fois sur 79.

L'anesthésie avec l'amylène dure très-peu de temps; néanmoins, elle peut durer six, huit ou dix minutes. Il est, au reste, facile de la maintenir ; car on est averti du retour de la sensibilité par les mouvements de l'œil.

Il est incontestable que le chloroforme est un agent anesthésique plus puissant que l'amylène; les effets qu'il produit sont différents ; mais aussi, par cela même qu'il est plus puissant, il est plus dangereux. On ne compte plus les cas de mort produits par le chloroforme.

Il produit chez les enfants des effets, des accidents qui n'ont pas encore été observés avec l'amylène. Les enfants débiles surtout sont jetés, par le chloroforme, dans un état de résolution cadavérique, très-souvent même l'anesthésie se prolonge trop longtemps, assez pour faire craindre un danger. Dans beaucoup de cas, l'intervention du chirurgien est nécessaire pour rappeler le malade à la vie ; il est obligé de faire des aspersions froides, d'écarter les mâchoires convulsivement resserrées, de ramener en avant la langue avec une pince dans le but de faciliter l'entrée de l'air dans les poumons, quelquefois même de pratiquer la respiration artificielle. Alors même qu'aucun de ces accidents n'accompagne l'emploi de cet agent, souvent il occasionne des vomissements, rend les enfants tristes, irritables, leur fait perdre l'appétit.

L'amylène, au contraire, ne produit aucun de ces effets; la sensibilité reparaît vite, les enfants n'en paraissent pas affectés. On peut l'employer sans les tenir dans l'abstinence ; on peut l'employer surtout chez les enfants épuisés, chez lesquels on n'aurait pu se servir du chloroforme.

Or, d'après les 79 cas d'anesthésie avec l'amylène que j'ai observés, je crois pouvoir dire que l'amylène, comme le chloroforme, a ses indications spéciales, et que dans beaucoup de cas il offre des avantages incontestables. (Commissaires, MM. Robert et Jobert.)

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 mai 1857. — Présidence de M. CHASSAIGNAC.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Bec-de-lièvre compliqué opéré quelques jours après la naissance. Insuccès. — M. VERNEUIL montre un enfant âgé de six semaines, et qui a déjà subi en ville trois opérations successives. Les parents rendent compte avec intelligence de ce qui s'est passé. La *première opération* a été faite cinq jours après la naissance. Voici en quoi elle a consisté : le tubercule charnu qui fait suite au lobule du nez a été détaché par sa face profonde du tubercule osseux sous-jacent formé par les os intermaxillaires ; puis, au moyen de la suture entortillée, on a réuni le petit lambeau formé par ce tubercule cutané avec les deux moitiés latérales de la lèvre supérieure. Le tubercule osseux a été ménagé ; c'est au-devant de lui que la réunion a été faite. Ce premier temps a manqué; le tubercule cutané s'est gangrené vers le quatrième jour.

La *deuxième opération* a été faite bientôt après ; elle a consisté dans la résection du tubercule osseux. Il y a eu hémorrhagie par deux petites artères : on a dû employer le fer rouge pour l'arrêter.

Quinze jours après, c'est-à-dire avant la fin du premier mois, *troisième opération*, c'est-à-dire réunion des deux moitiés de la lèvre. On a employé une suture qui rappelle beaucoup celle que M. Denonvilliers a décrite lors de notre récente discussion sur le bec-de-lièvre. Deux plaques de caoutchouc ont été placées, l'une au-devant, l'autre derrière la lèvre, puis des fils perçant perpendiculairement la lèvre et les lames de caoutchouc ont servi de moyen de réunion. L'enfant a crié presque toute la journée qui a suivi cette opération; les lèvres étaient fort tendues à ce qu'il paraît; cependant tout s'est calmé.

Le petit appareil est resté en place huit jours. On l'a retiré seulement quand il était complétement détaché. Dès le quatrième jour, il était devenu mobile par sa partie supérieure, et l'enfant, avec sa langue, cherchait sans cesse à s'en débarrasser.

Lorsque les plaques furent retirées, on constata que la lèvre n'était pas réunie, que les fils avaient coupé les bords de la plaie, et qu'une petite languette située sur le bord libre avait seule contracté l'adhésion.

Les parents, vivement contrariés de cet insuccès, amènent l'enfant à l'hôpital, à la consultation de M. P. Guersant, que je remplaçais momentanément, et expriment le désir qu'une nouvelle tentative soit faite. Voici ce que je constate :

L'enfant est robuste et bien constitué ; le bec-de-lièvre qu'il portait est compliqué de la fente complète de la voûte palatine et du voile du palais, avec écartement assez considérable des pièces latérales de la mâchoire supérieure. Le nez est développé, aquilin, bien conformé ; il n'est pas épaté.

La sous-cloison est formée par le bord inférieur du vomer, qui a été réséqué; ce bord est rouge, recouvert par la muqueuse ; il n'est pas sur le même plan que le lobule, mais bien à quelques millimètres plus haut. La partie moyenne de la lèvre supérieure manque complétement, si ce n'est en bas vers le bord libre, où existe une langue charnue, longue d'un centimètre et haute de 3 millimètres environ, qui réunit les deux moitiés de la lèvre. Il existe donc une vaste perforation circulaire un peu plus large que haute, et qui mesure environ 13 à 14 millimètres en travers ; lorsque l'enfant pleure, cette ouverture s'agrandit d'un tiers environ. Le contour en est formé en haut par le lobule et les ailes du nez, en bas par la languette décrite plus haut, sur les côtés par les bords écartés des lèvres qui sont laciniés par suite des sections opérées par les fils de la suture. Au moyen de cette ouverture, une sonde cannelée pénètre librement en haut dans les fosses nasales, en bas dans la bouche et dans la fissure palatine. Les bords de la perforation adhèrent latéralement à la partie antérieure des deux os maxillaires supérieurs, de manière qu'on ne peut point les amener au contact ; ils sont arrondis et recouverts par une cicatrice rosée qui paraît complète. Au niveau du bord supérieur de la languette, il semble que la peau et la muqueuse soient soudées ensemble.

Au dire des parents, l'enfant a très-bien supporté les trois opérations que j'ai décrites plus haut ; il n'a jamais eu de fièvre ni d'agitation, si ce n'est pendant un jour après la troisième. On l'a nourri depuis sa naissance en le faisant boire à la cuiller ; il paraît s'accommoder de ce régime.

Voici donc un cas remarquable d'insuccès, avec cette particularité curieuse de la persistance d'un pont charnu jeté entre les deux lèvres.

Je crois utile d'ajouter quelques réflexions à ce fait intéressant :

1° Il est évident que le chirurgien a adopté le principe de l'opération en plusieurs temps, mais qu'il les a intervertis. Ainsi, au lieu de commencer par l'incision du tubercule osseux, il a voulu d'abord réunir le tubercule cutané aux deux pièces latérales de la lèvre. J'avoue ne pas comprendre l'utilité de cette manière d'agir. En effet, la saillie du tubercule osseux étant la cause principale des insuccès de la réunion, il est indiqué de commencer par se débarrasser de cet obstacle avant d'entreprendre la restauration de la lèvre; de plus, lorsque le tubercule cutané fait immédiatement suite au lobule du nez, comme cela avait lieu, il paraît, dans le cas actuel, il ne peut servir qu'à la restauration de la sous-cloison, et ne doit pas entrer dans la composition de la lèvre future, car, s'il y entrait, ce ne serait qu'en déprimant en arrière la pointe du nez, ce qui serait fort choquant. Je ne saurais donc approuver la marche qui a été suivie dans ce premier temps de l'opération, et je ne m'étonne pas que le tubercule cutané, pressé sur la saillie du tubercule osseux, ait été détruit par la gangrène.

2° Je ne ferai qu'une remarque à propos du second temps. Elle est relative à la présence de deux artérioles dans l'épaisseur de la muqueuse qui tapisse le bord inférieur du vomer. J'ai déjà vu ces artérioles donner du sang dans une opération pratiquée à l'Hôtel-Dieu par M. Broca sur un enfant plus âgé. Dans un cas plus récent et que je viens d'opérer moi-même, cette complication ne s'est pas présentée et le sang s'est facilement arrêté après la section du tubercule osseux. Mon opéré a cinq ans et demi ; comme cette hémorrhagie artérielle n'est pas généralement notée, il est probable que la présence des artérioles de la cloison n'est pas constante ; mais comme on ne peut la prévoir d'avance, il faut toujours en tenir compte, ne serait-ce qu'à cause des moyens hémostatiques énergiques qu'elle réclame. On se rappelle que dans la grande discussion sur le bec-de-lièvre, cette complication a été invoquée, avec raison suivant moi, comme le procédé de Blandin (section cunéiforme de la sous-cloison).

3° N'ayant pas observé moi-même le malade, je ne puis apprécier exactement la cause de l'insuccès de la réunion de la lèvre ; pourtant je suis porté à croire qu'il doit être en grande partie attribué au séjour beaucoup trop prolongé de l'appareil unissant ; les sutures laissées trop longtemps en place amènent fatalement la section des lèvres d'une plaie, et cet accident arrivera d'autant plus vite que le tiraillement sera plus grand et les tissus plus mous.

Ces deux conditions étaient réalisées dans le cas actuel ; aussi, dès le quatrième jour, les plaques de caoutchouc devinrent mobiles, ce qui indique que les fils à cette époque étaient en train de couper les parties molles. Au lieu de retirer en ce moment les sutures, ce qui aurait pu encore sauver les choses, on les a laissées encore quatre jours ; l'inflammation n'a fait que s'accroître sous l'influence de ces corps étrangers, il en est résulté une rétraction énergique des bords et leur soudure avec les os maxillaires supérieurs.

Ce qui vient à l'appui de mon hypothèse sur les causes de l'insuccès, c'est que le bord inférieur de la lèvre, soustrait plus que les autres points à l'irritation permanente causée par les fils, a pu contracter l'adhésion, quoique aussi mou et au moins aussi tiraillé que le reste de la lèvre. C'est vraiment une chose singulière que de voir combien le mécanisme de la réunion immédiate est mal interprété par la majorité des praticiens, et il faudra répéter encore bien des fois sans doute que la suture mal employée fait échouer consécutivement autant de réunions qu'elle en procure, quand elle est mise en usage d'après les données physiologiques.

4° Il ne faudrait pas conclure de ce fait au rejet du procédé de réunion qui a été employé ici. M. Denonvilliers, en proposant sa suture à plaque, a voulu remplir une indication utile, c'est-à-dire prévenir le contact répété de la pointe de la langue contre la face postérieure de la lèvre, contact de nature à faire échouer la réunion. Cette cause d'insuccès paraît évidente dans certains cas. MM. Goyrand (d'Aix) et Broca, qui s'en sont aperçus, ont employé pour y remédier des petits appareils ingénieux, dont au reste et l'idée et l'usage se retrouvent déjà dans une observation de qui fait partie des mémoires de Louis.

Il ne faudrait pas croire cependant que l'emploi d'une plaque isolante placée devant la lèvre soit absolument nécessaire. M. Nélaton, avec lequel j'en causai récemment, ne l'emploie pas ; il craint que ce corps étranger n'amène de la gêne, et ne sollicite par cela même les mouvements continuels de la langue et des lèvres que l'on veut précisément éviter. Il faudrait donc réserver ce moyen pour des cas exceptionnels.

5° Consulté par les parents sur l'opportunité d'une opération nouvelle, j'ai répondu qu'il fallait différer toute espèce de tentative jusqu'à un âge plus avancé, et je me suis fondé sur plusieurs raisons. L'adhérence aujourd'hui établie entre les parties latérales de la lèvre et les os maxillaires, nécessiterait des incisions, des décollements autoplastiques étendus, qui à cet âge ne seraient pas sans danger. La languette étroite qui réunit les deux bords de la lèvre, quoique fort étroite, suffira cependant pour empêcher que la perforation ne s'agrandisse, peut-être même celle-ci diminuera par la rétraction de la cicatrice demi-circulaire qui en limite le contour inférieurement. Aujourd'hui cette languette est si étroite que le moindre avivement la réduirait à presque rien, et que la moindre inflammation s'emparant de la suture pourrait détruire cette bride aujourd'hui si utile.

On doit donc différer ; mais il est indiqué d'employer un de ces appareils anciennement conseillés et destinés à ramener les parties molles des joues vers la ligne médiane à l'aide de deux pelotes arrondies exerçant une pression lente et continue. On cite des cas nombreux, et M. Robert en a vu plus d'un exemple, où cette manœuvre a agi de la manière la plus favorable sur les os maxillaires eux-mêmes, dont elle diminue beaucoup l'écartement.

Dans tous les cas, il y a une difformité qu'on ne fera jamais disparaître et qui est une suite de la première opération, je parle de l'absence de sous-cloison : il faudrait peut-être en reformer une aux dépens de la lèvre supérieure, comme cela a été fait par Blandin.

6° Ce fait pourrait être compté contre l'opération hâtive du bec-de-lièvre compliqué; cependant il faut noter que la marche singulière qui a été adoptée dans les divers temps de l'opération est sans doute pour quelque chose dans l'insuccès, qu'on aurait peut-être évité en se conformant plus rigoureusement aux principes de l'art. Cette question d'opportunité d'opération pourra bien être tranchée dans les discussions, mais de longtemps encore elle sera incertaine dans la pratique. Il y a des cas, on n'en saurait douter, où le chirurgien a pour ainsi dire la main forcée, surtout pour les enfants de la classe la plus élevée de la société. Les parents veulent l'opération quand même et sur-le-champ. M. Nélaton, dont personne ne récusera la prudence, a été conduit dans ces derniers temps à pratiquer ainsi deux opérations de ce genre. Son habileté aidant, il a obtenu deux succès complets dans la première semaine de la vie. C'est de sa bouche que je tiens ces

détails. C'est ce qui me fait dire que l'on peut se trouver en pareil cas dans une grande perplexité.

M. MARJOLIN trouve dans ce fait une preuve de plus des chances d'insuccès auxquelles on s'expose en opérant trop tôt le bec-de-lièvre. Il pense qu'il ne faut pas recommencer l'opération avant cinq ou six mois, et qu'on augmenterait les chances de succès en appliquant d'ici là un appareil destiné à rapprocher les deux moitiés de la mâchoire.

— **M. CHASSAIGNAC** présente une jeune fille qui dans une chute s'est fait une luxation du poignet gauche; la main reste dans la flexion et dans l'immobilité.

M. MOREL-LAVALLÉE pense que le carpe n'est luxé que sur le cubitus, parce que, s'il l'était également sur le radius, on sentirait l'extrémité de cet os.

M. CHASSAIGNAC répond que la luxation lui paraît complète à cause de la flexion complète du poignet.

M. BOUVIER croit pouvoir concilier ces deux opinions en rappelant que dans les luxations anciennes le bord antérieur de la surface articulaire du radius s'efface, et permet au carpe de se fixer dans une position fléchie.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Suite de la discussion sur le rapport de M. Bouvier.

M. DEGUISE, à propos de ce que M. Broca a dit de l'opération qui a été pratiquée sur l'enfant dont il a été question dans la dernière séance, dit qu'il regardait la tumeur blanche de cet enfant comme guérie.

M. VERNEUIL communique l'observation suivante d'une malade à qui il a redressé le genou en présence de M. Bouvier :

Metrat (Antoinette-Joséphine), âgée de treize ans, entre à l'hôpital le 7 mai.

Il y a six ans environ, elle a commencé à souffrir dans le genou droit, qui est devenu volumineux, et à boiter un peu; elle entra alors une première fois aux Enfants malades, où on lui appliqua des vésicatoires. Au bout d'un mois, elle sortit avec de l'amélioration sous le rapport des douleurs, mais le genou ayant conservé son volume. A la fin de 1855, elle rentre à l'hôpital avec une nouvelle période d'acuité dans sa maladie; des vésicatoires sont appliqués, et elle peut quitter l'hôpital au bout de trois semaines. Dans le courant de 1856, on appliqua des vésicatoires chez elle à plusieurs reprises. Depuis un mois, les douleurs sont devenues très-vives; puis, dans la nuit du mardi 5 au mercredi 6 mai, la jambe se plie sur la cuisse et la marche devient tout à fait impossible.

Le 8, la jambe est fléchie à angle aigu sur la cuisse, le genou est très-volumineux, la peau tendue, luisante, violacée, chaude, les muscles fléchisseurs de la jambe sont tendus, mais facilement dépressibles; douleurs spontanées supportables, mais douleurs à la pression très-vives, surtout au niveau de la rotule et des insertions supérieures du ligament latéral externe. Le toucher donne la sensation d'un empâtement général, la malade ne présente les signes d'aucune autre affection.

Le 10, la chloroformisation ayant amené l'insensibilité, la jambe est ramenée dans l'extension complète avec la plus grande facilité; une traction très-légère suffit, sans que la main du chirurgien perçoive aucun craquement, aucun frottement rugueux. La jambe est maintenue allongée dans une gouttière rectiligne, avec une traction légère sur le pied. Aussitôt son réveil, la malade souffre moins. A partir de ce moment jusqu'au 13 mai, la douleur diminue ainsi que la sensibilité à la pression qui est presque nulle, et le gonflement présente une diminution très-notable.

M. BOUVIER, répondant aux objections qui lui ont été faites, reconnaît que M. Bonnet avait d'abord parlé du redressement des membres dans les tumeurs blanches anciennes, aussi bien que dans celles qui sont récentes, mais que plus tard, en 1853, il corrigea son opinion, et ne conseilla sa méthode que pour les cas où il existe encore de l'inflammation. Pour la question de priorité, il rappelle que M. Bonnet pratiquait déjà le redressement en 1840. Mais c'est M. Langenbeck qui le premier employa le chloroforme dans ce but.

Quant à la question pratique, M. Bouvier ne prétend pas qu'il faille rejeter toujours le redressement des articulations malades; il accepte au contraire le principe de les redresser toutes les fois que la position n'est pas favorable; il existe des cas assez nombreux de succès dus à cette méthode, mais M. Bouvier pense que pas un de ses collègues n'en fait un précepte général. M. Robert n'a cité que trois cas où il l'ait employé; M. Richet, une vingtaine; ces messieurs, d'après ce petit nombre de cas, paraissent partager l'opinion de M. Bouvier.

Le fait rapporté par M. Verneuil se présente d'une manière favorable; mais c'est un cas particulier, et M. Bouvier pense qu'il n'en a pas moins eu raison de dire que la plupart des chirurgiens n'admettent cette méthode que pour des cas spéciaux.

Si M. Verneuil eût éprouvé de la résistance, M. Bouvier doute qu'il ait voulu la vaincre violemment.

M. VERNEUIL répond qu'il n'a pas éprouvé de résistance, parce qu'il a employé le chloroforme; mais que sans cela la résistance aurait été considérable et la douleur très-vive. Si malgré l'anesthésie, il eût éprouvé de la résistance, il aurait cessé ses tentatives. Il pense qu'il serait imprudent d'employer le redressement lorsque le tibia a commencé à glisser sur la surface articulaire du fémur et quand le ligament postérieur s'est rétracté et s'oppose à l'extension. Dans ce cas, si on persistait dans ses tentatives, on romprait le ligament postérieur; ou bien le tibia glisserait complétement en arrière, et on produirait une luxation. Dans un cas M. Verneuil essaya de redresser un genou atteint de tumeur blanche sur le cadavre, il produisit l'écrasement du bord antérieur des tubérosités du tibia, ramolli par la maladie. Avec l'anesthésie on ne peut éprouver de résistance que de la part des obstacles mécaniques, et si elle est trop forte on doit s'arrêter.

M. ROBERT explique la rareté des cas de redressement, que M. Bouvier a signalée par le petit nombre d'articulations auquel il convient; on ne peut l'appliquer à l'épaule, au coude, au poignet, au pied. M. Robert n'a pas osé l'employer dans la coxalgie, à cause de l'épaisseur des parties molles, qui empêche d'apprécier exactement l'état de l'articulation, et de la difficulté de fixer le bassin. Reste donc le genou, auquel la méthode s'applique spécialement; mais ici encore il y a de nombreuses contre-indications. Dans les tumeurs blanches des enfants, il y a presque toujours maladie des os, tendance à l'ankylose, et très-souvent la rotule est déjà soudée aux condyles du fémur. De plus les tumeurs blanches s'accompagnent très-souvent de déplacements complexes; il y a en même temps flexion de la jambe sur la cuisse, en arrière de l'extrémité supérieure de la jambe, rotation du pied en dehors, abduction de la jambe qui forme avec la cuisse un angle obtus ouvert en dehors; on ne pourrait dans ces cas rétablir la position normale.

Les cas favorables au redressement sont, suivant M. Robert, les inflammations subaiguës de la synoviale, compliquées de la flexion plus ou moins considérable de la jambe, et le plus ordinairement de douleurs vives. Sur une femme atteinte d'arthrite depuis plusieurs mois, avec flexion du membre et douleur vive, il a été conduit à redresser l'articulation, parce qu'il avait constaté par de petits mouvements qu'il n'y avait pas d'ankylose. En 1850, un homme avait une arthrite très-douloureuse, avec flexion telle que le tibia touchait à la fesse, mais il y avait seulement lésion de la synoviale, et la flexion n'était accompagnée d'aucun autre déplacement; en deux minutes le redressement fut obtenu à l'aide du chloroforme, et le résultat fut très-satisfaisant. M. Robert pense que le redressement pourrait encore se faire dans les arthrites anciennes avec épaississement des tissus fibreux.

M. Robert termine en faisant observer que le redressement tel que le pratique M. Bonnet est bien une méthode nouvelle, qui ne ressemble pas à ce que faisait M. Lesauvage.

M. CHASSAIGNAC ne traite jamais de tumeurs blanches sans placer le membre dans une gouttière, et le redressement se fait le plus souvent de lui-même en quelques jours. Il pense que le soulagement vient de l'immobilité et non du changement d'attitude. Mais ce n'est pas tout de guérir une tumeur blanche, il faut rétablir les mouvements le plus possible, et c'est là que le redressement peut être très-utile; seulement, comme il l'a dit, il a vu arriver des accidents. Lorsqu'on veut rendre la mobilité à une articulation, il faut attendre que la tumeur blanche soit guérie, qu'il n'y ait plus d'inflammation, et mettre le membre dans les conditions les plus favorables. Lorsqu'il croit une tumeur blanche guérie, M. Chassaignac la redresse à l'aide du chloroforme et la place dans une gouttière jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de craintes d'inflammation. Huit jours suffisent d'ordinaire; alors il la fléchit et l'immobilise de nouveau. En continuant ainsi, il arrive à rendre au membre ses mouvements; mais, dans tous les cas, chaque tentative s'accompagne toujours d'un peu d'inflammation. Ces manœuvres seraient très-imprudentes s'il y avait carie ou nécrose.

Enfin M. Chassaignac demande ce qui arrive aux tumeurs blanches lorsque le redressement ne réussit pas, et dit que dans certains cas la maladie s'aggrave.

M. BROCA demande qu'on ramène à ses véritables termes la discussion, qu'on a compliquée en y introduisant des faits qui lui sont étrangers. Pour la question historique, le premier qui a employé le chloroforme dans le redressement des articulations malades n'est pas Langenbeck, mais Blandin, qui s'en est servi en 1847. Du reste, cette question est assez futile.

Les faits dont a parlé M. Chassaignac ne sont pas comparables, suivant M. Broca, à ceux de M. Bonnet. Ce dernier veut redresser brusquement les articulations qui sont fléchies. Or, un genou fléchi ne peut se placer dans une gouttière. Quant aux avantages de la méthode, il faudrait savoir si l'irritation causée en une seule fois est moindre que la somme des irritations répétées que produisent les redressements successifs. Enfin, M. Chassaignac craint des accidents dans le cas où la tumeur blanche ne guérirait pas après avoir été redressée; ce serait à lui d'en montrer. M. Broca n'en a jamais vu, et demande si M. Chassaignac en a observé à la suite d'opérations méthodiques.

— A cinq heures un quart la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Une commission composée de MM. Benoît, Anglada et Bouisson, professeurs à la Faculté de Montpellier, vient d'adresser à M. le ministre de l'instruction publique un rapport sur la nécessité de rétablir le baccalauréat ès lettres pour obtenir le titre de docteur en médecine. En voici le résumé :

La suppression prolongée du baccalauréat ès lettres préparait nécessairement une décadence pour les sciences médicales, car il est indispensable que le médecin soit lettré. Il faut que des études premières aient préparé son esprit aux travaux sérieux auxquels il doit se livrer. La philosophie, les langues grecque et latine, doivent tenir une grande place dans ses humanités : les monuments de la médecine, d'abord écrits en grec, ont presque toujours, depuis la Renaissance jusqu'au dernier siècle, emprunté à la langue latine un cachet qui les a rendus intelligibles pour tous les peuples. Aujourd'hui les langues modernes, peu connues, privent la médecine d'un grand nombre de travaux publiés à l'étranger.

Le médecin doit être lettré pour pratiquer : car il ne doit pas se trouver inférieur à son client, sous peine de perdre sa confiance.

Le médecin doit plus tard fournir aux Facultés ses agrégés et ses professeurs, il doit donc être lettré, car le haut enseignement souffrirait d'une mauvaise éducation première.

La médecine, comme toutes les sciences, doit consigner par écrit ses découvertes et ses recherches, et encore ici on sent toute la nécessité de faire cultiver les lettres à l'aspirant au doctorat en médecine. On ne doit pas oublier que « les lettres éclairent le praticien, inspirent le professeur, affermissent l'écrivain. »

La commission a cru devoir soulever ensuite une question d'une grande délicatesse, qui prouve l'intérêt qu'elle porte à la jeune génération médicale.

Les médecins appartiennent en général à des familles peu fortunées; il serait donc fort pénible d'ajouter un surcroît de 100 fr. aux dépenses déjà considérables de leurs études. Dans le but de l'éviter, la commission a soumis à M. le ministre l'idée de supprimer le droit récemment établi sur les examens de fin d'année, droit qui serait remplacé par le diplôme de bachelier ès lettres.

— La famille de Jussieu vient de faire don au Jardin des Plantes de Paris des précieuses collections qui avaient servi à cette génération de savants. On comprend toute l'importance qui s'attache à l'herbier formé par Bernard, Antoine-Laurent et Adrien de Jussieu. Il eût été douloureux pour la France de se voir enlever l'œuvre de botanistes qui, pendant plus d'un siècle, la placèrent si haut dans l'ordre des sciences. Le gouvernement se préparait — dans cette pensée — à faire l'acquisition de cet herbier célèbre, quand il a été prévenu par le noble désintéressement de la famille de ceux qui, après avoir créé, surent affermir l'impérissable monument de la méthode naturelle.

— Le *Journal des connaissances médicales* publie l'article suivant :

« Pour donner plus de sanction aux lois et règlements qui se rattachent à la santé publique, pour s'opposer à une des mille formes du charlatanisme, etc., un de nos abonnés propose :

» 1° La création d'un papier timbré spécial à 5 centimes la feuille, et dont l'usage serait obligatoire pour tout individu exerçant la profession de médecin ;

» 2° Les pharmaciens ne pourraient exécuter une ordonnance qu'autant qu'elle serait inscrite sur ledit papier, timbré par l'État d'un sceau spécial ;

» 3° Les receveurs et percepteurs, etc., dans toutes les communes de France, seraient chargés de la délivrance dudit papier, sur le visa du diplôme ;

» 4° En compensation des frais occasionnés par cette mesure nouvelle, les médecins cesseraient d'être soumis à la patente. »

— M. le docteur Mordret, doyen des médecins de l'hôpital du Mans, professeur des cours d'accouchement, fondateur de la Société de médecine de la Sarthe, chevalier de la Légion d'honneur, vient de mourir au Mans, à l'âge de 75 ans.

M. Mordret avait publié dans les journaux de médecine plusieurs articles qui furent très-appréciés dans leur temps; il est auteur d'un volume in-8° ayant pour titre : *Souvenirs médico-philosophiques d'un médecin de province, suivis d'observations.*

Il laisse un fils, honorable docteur en médecine, qui lui succède dans la plupart de ses fonctions.

— M. le docteur A. Devergie a commencé sa clinique d'été sur les maladies de la peau hier vendredi 22 mai à huit heures et demie du matin, à l'hôpital Saint-Louis; il la continuera tous les vendredis à la même heure.

— M. le docteur Duchesne-Duparc ouvrira son cours public sur les maladies de la peau le mardi 26 mai, à sa clinique de la rue Larrey, 8, près l'École de médecine, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à onze heures précises du matin. Chaque leçon sera précédée de l'examen des malades.

— Dans la leçon clinique de M. le professeur Trousseau, numéro du 19 mai, il s'est glissé une erreur typographique singulière. Ligne 56, colonne troisième, au lieu de « qui consisteraient en un *parchemin* à plat et un bandage de corps, » etc., lisez : « consisteraient en un *pansement*, » etc.

SOUSCRIPTION

en faveur des veuves et des orphelins des médecins et pharmaciens de l'armée et de la flotte morts en Orient.

Souscriptions recueillies par M. le docteur SENARD, *inspecteur adjoint du service de santé de la marine.* — M. le docteur Godineau, chirurgien de 2e classe, à Karikal (Inde), 15 fr.

Reçu antérieurement, 1,252 fr. 95 c.; total au 1er avril, 1,267 fr. 95 c.

Souscriptions recueillies par M. le docteur MAHEUX. — M. Laforest médecin en chef de l'hôpital civil de Gigelli (Afrique), 15 fr.; M. Masnou, au nom des officiers de santé de l'hôpital militaire de Biscara (id.), 15 fr.; M. le docteur Laurent (de Saint-Victor-l'Abbaye), 10 fr.

Souscriptions envoyées par une sous-commission formée à Valence (Drôme). — MM. Accarie, docteur en médecine à Valence, 5 fr.; Bonnet, id., 10 fr.; Dupré-La-Tour, id., 5 fr.; Garnier des Hières, id., 5 fr.; Mourier, id., 5 fr.; Parmentier, officier de santé à Valence, 5 fr.; Ducrest-Lorgerie, docteur en médecine, aide-major au 15e d'artillerie à cheval, à Valence, 5 fr.; Sibilat, docteur en médecine à Romans, 5 fr.; Barrier, pharmacien à Valence, 10 fr.; Daruty, id., 10 fr.; Vanet, id., 5 fr.; Puzin, id., 10 fr.; Hausner, docteur en médecine à Saint-Vallier, 5 fr.; une famille d'officier, 20 fr.; un anonyme, 3 fr.; Hippolyte Sauvageon, 5 fr.; Mme Rochon du Chiron, veuve d'un ancien chirurgien-major, 5 fr.; Céas, commandant d'artillerie en retraite, 5 fr.; Frandon, greffier en chef du tribunal civil, 5 fr.; Ch. Dorival, 5 fr.; un anonyme, 1 fr.; Chevandier (A.), docteur en médecine à Dié, 5 fr.; Taillotte (Hippolyte), pharmacien, id., 5 fr.; Bovet, avoué, id., 1 fr.; Amouroux, contrôleur, id., 1 fr.; Deschamps, avoué, id., 1 fr.; E. Joubert, avoué, id., 1 fr.; Borel, notaire, id., 1 fr. — Total, 144 fr.

Dépenses du comité pour impression de circulaires, frais d'envoi, etc., 23 fr. 55 c.; reste 120 fr. 45 c.

Reçu antérieurement, 6,765 fr. 74 c.; total à ce jour (14 mai), 6,926 fr. 19 c.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la suette miliaire, de sa nature et de son traitement. Traité pratique suivi d'une analyse de toutes les épidémies de suette observées jusqu'à nos jours; par le docteur A. FOUCART. Ouvrage honoré de souscriptions par les ministères de l'agriculture et du commerce, de la guerre et de la marine. Un volume in-8°. Prix : 6 francs; par la poste, 7 fr. Chez Labé, éditeur, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole de médecine, 23.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 25 mai 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Ch. Martins continue ses savantes études sur le système osseux. Dans une précédente note, il faisait connaître les divers degrés de torsion qu'affectent le fémur et l'humérus chez l'homme, les mammifères, les oiseaux et les reptiles. Dans une nouvelle communication, il déduit de ces recherches quelques-unes des conséquences géométriques et dynamiques de cette torsion, et fait connaître ses rapports avec la locomotion. Il est arrivé, par les résultats de cette étude, à fonder, sur l'inspection seule de l'épaule et de l'humérus d'un animal, la détermination de son mode de locomotion, et de la place qu'il doit occuper dans l'embranchement des vertébrés.

Avec le mémoire de M. Martins, l'Académie a reçu un important travail de M. Leprieur, pharmacien en chef de l'hôpital de Bone, sur l'analyse chimique des eaux thermales de la régence de Tunis, et deux nouvelles communications de M. Mandl, sur des sujets d'histologie, l'un sur la transformation des cartilages en os, et l'autre sur les tumeurs malignes.

L'Académie a procédé dans cette séance à la nomination d'un membre correspondant étranger pour la section de physique, et à la présentation de deux listes de candidats, l'une pour la place d'académicien libre, vacante par suite du décès de M. de Bonnard, et la seconde pour la place de correspondant régnicole dans la section d'économie rurale, vacante par suite du décès de M. Girou de Buzareingues. M. Matteucci a été nommé correspondant étranger, en remplacement de M. Melloni.

La liste de candidats pour la place d'académicien libre porte : au premier rang, M. Antoine Passy ; au deuxième rang et par ordre alphabétique, MM. Baudens, Bégin, Damour, Marie, Vallée et Walferdin.

Pour la place de correspondant régnicole, la section d'économie rurale a présenté MM. Jules Reiset, à Ecorchebœuf (Seine-Inférieure), et Riefel, à Grandjouan (Loire-Inférieure).

Dr Brochin.

NAPLES, PISE, FLORENCE ET LES PHTHISIQUES.

Voir Naples et puis mourir, disent certains voyageurs enthousiastes. Voir Naples, c'est bien, puisque cette ville a des attraits. Mais mourir ! A quoi bon ? Dans tous les cas, les poitrinaires qui s'y rendent chaque année y vont dans un but tout opposé, celui de guérir. Ils y vont surtout parce que c'est l'usage.

Je disais dernièrement que je cherche dans les contrées méridionales de l'Europe une station favorable à la santé des tuberculeux. J'ai déjà étudié quelques-uns des cantonnements de l'Italie les plus anciennement accrédités sous ce rapport, mais jusqu'ici je n'en ai trouvé aucun qui me satisfasse de tous points. La ville de Naples réunit-elle les conditions hygiéniques propres à justifier l'antique coutume qui, chaque hiver, y réunit un si grand nombre de malades désireux de se soustraire aux influences du Nord en passant sous un ciel plus clément ? De l'avis de quelques médecins, l'atmosphère napolitaine devient plus funeste encore que les brouillards de la Seine et de la Tamise aux poitrines délicates ou malades. Cette remarque n'a rien d'exagéré.

Chacun sait que Naples est située au centre du golfe de même nom. De l'est à l'ouest, du Pausilippe jusqu'au Vésuve, la ville tapisse la rive concave et sinueuse de la mer, ainsi que les collines qui forment derrière elle le plus magnifique et le plus pittoresque des amphithéâtres. Les caps et les découpures du rivage, la double cime du volcan, l'azur des flots, l'île de Caprée dans le lointain, l'immense cordon d'édifices publics et de villas entourées d'une riche végétation, tout cela forme un ravissant panorama qui n'a d'égal que celui de Constantinople. Il est impossible que le monomane ou l'hypochondriaque, dont il faut décentraliser l'attention vicieusement fixée sur de fâcheuses impressions, ne revienne pas au monde en présence de tant d'aspects si magiques et si variés. Mais que ceux qui sont malheureusement doués de nerfs ou de poumons irritables ne se laissent point enchaîner par les attraits de cette merveilleuse résidence ; car l'atmosphère y est sujette aux brusques variations d'état les plus redoutables. Et cela doit être.

En effet, Naples, placée entre les Apennins qui la dominent et la Méditerranée qui la baigne, souffre de l'alternance fréquente des vents septentrionaux qui ont passé sur les neiges perpétuelles de la chaîne apennine, avec les vents qui viennent des plages torrides de l'Afrique. De là ces soudains abaissements barométriques, ces oscillations instantanées du thermomètre, si préjudiciables, encore une fois, aux personnes en voie de tuberculisation.

Le vent impétueux du nord-ouest, le *mistral*, se déchaîne sur la ville par les marges de la rive septentrionale du golfe, après avoir doublé le Pausilippe. La longue crête de cette montagne forme une puissante défense contre le souffle boréal. Le nord-est s'insère par les passages qui s'ouvrent sur la campagne entre Capo di Monte et Capo di Chino. Le sud traverse le golfe, en doublant le Vésuve et en franchissant les montagnes de Castellamare et de Sorrente. L'est trouve un obstacle devant lui dans la Somma. Enfin l'ouest et le sud-ouest (*libeccio*) ont un chemin facile sur Naples, puisqu'ils y arrivent par les espaces ouverts de la mer Tyrhénienne.

Ainsi, la Somma, le Vésuve, le Pausilippe, agissant comme autant d'écrans, laissent la suprématie aux vents du sud, et particulièrement au *libeccio*. Comme ces vents soufflent sur des surfaces liquides avant d'atteindre Naples, il en résulte que l'atmosphère est dans cette ville d'une humidité extrême. Ils règnent surtout pendant les mois qui correspondent au printemps et à l'été : après s'être relayés avec le vent du nord durant l'automne, et même jusqu'à l'entrée de l'hiver, ils entrent en lutte avec leurs antagonistes. Alors les changements brusques et fréquents de température qui suivent, comme l'influence électrique en été, produisent la pluie ou les orages qui font du ciel napolitain le ciel le plus hygrométrique et le plus inconstant de toute l'Italie. L'eau tombe surtout en novembre et en octobre ; décembre, qui est davantage au pouvoir des influences boréales, se montre relativement moins pluvieux, mais la pluie reprend son cours de janvier en avril. Les mois les plus secs sont ceux de juin, juillet et août.

On compte à Naples de 70 à 100 jours pluvieux, 140 à 180 jours sereins, 100 à 150 jours nuageux : les brouillards, la neige et la grêle y sont assez rares. Tout favorise, dans cette partie de la Campanie, le dégagement du fluide électrique, son accumulation dans les régions supérieures de l'atmosphère, et ses communications avec le réservoir commun. Aussi cet ensemble de conditions physiques et météorologiques est-il très-favorable à la végétation dans la zone climatérique de Naples ; mais l'homme, l'étranger surtout, y subit de rudes épreuves.

Si l'éclat du ciel napolitain plaît aux yeux, son état électrique tourmente cruellement les sujets nerveux ou valétudinaires, dont il exalte et pervertit la sensibilité. Il y a même dans la législation criminelle du pays, si je ne me trompe, un article qui recommande à l'indulgence des juges, les individus qui ont commis quelque action répréhensible pendant le règne du vent du sud, lequel vous inonde tout à la fois de chaleur et d'électricité. Son souffle engendre la paresse, le crime ou la folie : nous lui devons la perte de deux hommes illustres, l'un dans la diplomatie, l'autre dans les arts.

Naples est peut-être de toutes les résidences du monde, la plus funeste aux tuberculeux, car la phthisie y est à la totalité des décès, comme 1 est à 3. Cette incroyable destruction tient à ce que la ville a deux climats secondaires : l'un qui correspond à la région septentrionale de la cité, et qui est ouvert au vent du nord-ouest, l'autre qui comprend les quartiers de l'est et du sud où s'exercent les influences australes. L'extrême mobilité de l'atmosphère amoindrit singulièrement la stabilité de ces deux climats ; ils se combinent ou se succèdent rapidement hors des saisons et sur le terrain même qui leur sont propres. C'est ainsi que sur les quais qui s'étendent du Pausilippe à Chiatamone, et qui font partie du système méridional, les poitrinaires sont exposés chaque jour à toutes les flèches de la rose des vents (Requin).

Quels sont les effets de cette capricieuse atmosphère ? Le froid constamment humide supprime tout à coup la transpiration, produit ou ravive les maladies de poitrine. L'excessive chaleur imprégnée de vapeurs, anéantit l'action musculaire, provoque des flots de sueur, et détermine, par la raréfaction de l'air, des hémoptysies mortelles.

Envoyez donc sous un climat pareil les individus que la phthisie consume ou ne fait que menacer !

« Le climat de Pise est préférable à toutes les localités de l'Italie ; c'est, pour me servir de l'expression d'un médecin qui y a résidé, une espèce de serre-chaude, où l'on est admirablement pour vivre à l'abri de toutes les influences nuisibles des variations atmosphériques. Nulle part on n'est mieux pour *végéter*, me disait un malade ; mais le pays est triste et monotone. » (Bricheteau).

Il y a peu de stations médicales, en effet, qui aient une renommée plus ancienne que celle de Pise, et cette renommée n'est point un legs banal de la tradition ; elle se trouve au contraire parfaitement justifiée.

La ville de Pise, placée sous les vents de la mer, est principalement exposée aux chaudes influences du midi, et se trouve à couvert de celles qui soufflent des régions boréales, ainsi que du nord-ouest. Les habitants manquent à cette république déchue, dit M. Carrière ; il y a des quartiers où le passant n'entend aucun bruit, et où il erre sans rencontrer personne. Le ciel est en harmonie avec le caractère paisible de cette cité. Dépourvu de l'éclat des atmosphères méridionales, voilé sans être sombre, il est imprégné de vapeurs condensées qui entretiennent l'humidité et engendrent fréquemment la pluie. De là vient qu'on ne rencontre guère chez les habitants cette coloration particulière à ceux des régions où l'air est vif, sec ou agité. L'attribut essentiel de la constitution chez les Pisans, c'est le lymphatisme mat et bouffi.

Le mouvement de la ville a son siége sur la rive gauche de l'Arno ; les malades en occupent la rive droite et y vivent dans une solitude presque complète. Ce calme perpétuel a une part incontestable dans l'action du climat : il en contrarie souvent les bons effets en portant à la mélancolie les phthisiques qui n'y sont que trop habituellement enclins. Il faut à ces malades surtout les impressions qui sollicitent l'expansion vitale si favorable à la santé, car le cœur qui n'a rien à moudre finit par se broyer lui-même.

Le climat de Pise, étant chaud et humide, convient beaucoup aux tuberculeux irritables ; mais il n'a que des inconvénients pour les sujets lymphatiques ou scrofuleux. Les qualités du ciel pisan, si efficaces dans les phthisies du premier degré, hâtent généralement les progrès de la maladie parvenue à sa troisième période. C'est l'opinion de M. Carrière. N'est-il pas plus rationnel d'admettre qu'à Pise, comme partout ailleurs, il y a moins de chances de longévité pour les individus atteints de cavernes que pour ceux qui n'en sont encore que menacés ?

Quoi qu'il en soit, l'hémoptysie est un accident très-commun parmi les malades qui séjournent à Pise en été : ce n'est peut-être qu'un des effets de la raréfaction de l'air par la chaleur.

L'hiver est très-pluvieux à Pise, et les pluies ne s'apaisent qu'au milieu ou même vers la fin du printemps ; il y a aussi quelques jours de température austère durant cette saison. Toutefois, les malades trouvent sur le quai demi-circulaire de la ville une ligne de défense contre les vents froids, et là ils ne perdent rien des influences méridionales qui y parviennent avec leurs qualités les plus essentielles.

Florence, depuis quelque temps, s'est fait un fâcheux renom parmi les poitrinaires ; c'est que son climat leur est presque aussi nuisible que celui de Naples ou de Gênes. D'après M. Journé, la phthisie y serait, à la totalité des décès, comme 1 est à 6.

L'ancienne capitale de l'Etrurie n'a pourtant rien perdu des séductions propres à son gîte ; elle est toujours assise au milieu d'un admirable jardin arrosé par l'Arno et cerné au sud, à l'est et au nord, par des collines qu'ombragent de nombreux arbres fruitiers. Une belle plaine se développe devant elle, dans la direction de l'ouest. Malheureusement le vent du nord souffle sur la ville avec assez de fréquence et d'impétuosité, pour que les vents antagonistes n'en neutralisent pas les effets. Le froid y est vif en hiver, la chaleur extrêmement intense en été : les transitions de température s'y montrent assez communes en toutes saisons. La grande mobilité des qualités de l'atmosphère à Florence en fait donc un séjour dangereux pour les phthisiques. Mais aucune ville peut-être ne convient mieux aux tempéraments lymphatiques et inertes, que certains climats ou certaines professions prédisposent à la tuberculisation pulmonaire. En effet, le soleil y est beau, le ciel brillant, l'air agité, la campagne ravissante ; les monuments, les promenades, les excursions, excitent la curiosité et invitent au mouvement. Il n'en faut pas davantage souvent pour rectifier une tendance naissante au lymphatisme ou à la diathèse tuberculeuse ; mais ce lieu de délices sera une tentation funeste aux poitrines déjà compromises. Ainsi, on peut appliquer à la capitale étrusque ce

que Louis XIV disait de la Provence : *C'est une coquette parfumée, c'est pour cela qu'il faut s'en méfier.*

Dr Champouillon.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Becquerel.

Des déviations de l'utérus (2).

Rétroversion. — On entend par rétroversion cet état de l'utérus dans lequel l'organe a subi un changement notable dans sa direction. Le corps de l'organe est porté en arrière, quelquefois jusque dans l'excavation du sacrum, et le col en avant, de manière à correspondre et à venir s'arc-bouter contre la paroi postérieure de la vessie.

La rétroversion peut exister à des degrés très-divers, depuis un léger renversement du corps en arrière, jusqu'à une bascule complète, le corps étant dans l'excavation sacrée, sur un plan situé plus bas que celui du col placé en haut.

Dans la rétroversion, il est extrêmement rare que l'utérus soit sain et sans aucune altération. C'est un fait, du reste, que Valleix n'avait pu méconnaître, et dans ses leçons sur les déviations de l'utérus, il dit avoir trouvé, dans presque tous les cas, des engorgements inflammatoires chroniques du corps ou du col de l'utérus. C'est un fait que j'ai été également à même de constater fréquemment.

Etiologie. — La rétroversion était considérée autrefois comme la déviation la plus fréquente. On est un peu revenu maintenant de cette idée, et on tend à la considérer comme moins commune que l'antéversion. Valleix a observé 21 cas d'antéversion, et 10 seulement de rétroversion, pendant le temps qu'il a consacré à l'étude des déviations de l'utérus.

Age. — C'est de vingt-quatre à trente-six ans qu'on l'observe le plus communément. C'est l'âge auquel on observe également les inflammations chroniques du col de l'utérus. Il est rare, pour la même raison, de rencontrer cette déviation à l'âge critique et surtout après cette dernière période.

La constitution, le tempérament, n'ont semblé présenter aucune prédisposition à la rétroversion.

Les conditions hygiéniques ne semblent pas non plus exercer d'influence spéciale.

Accouchements. — Les accouchements exercent une influence sur le développement de la rétroversion. C'est souvent à leur suite qu'on s'aperçoit de l'existence de la rétroversion. Mais il faut qu'entre l'accouchement et cette déviation il soit venu se placer une autre circonstance. Cette circonstance est un fait pathologique. C'est le développement d'une inflammation aiguë ou chronique consécutive à l'accouchement. C'est alors à la suite de cette phlegmase chronique que se produit la déviation. Valleix, sur 10 cas, a vu 6 fois la rétroversion suivre un accouchement.

Les chutes ne sont pas sans exercer une influence notable. Aussi Valleix, sur ses 10 cas, a trouvé 2 fois une chute sur le siége provoquer le développement de la rétroversion. Dans un autre cas, c'est à la suite d'une course rapide qu'elle s'est produite. Il est probable que dans ces 3 cas, il existait préalablement un engorgement du corps ou du col de l'utérus. Nous manquons de documents pour décider la question.

Pour moi, les lésions antérieures aiguës ou chroniques du corps ou du col de l'utérus sont les véritables causes de la rétroversion, portée à un degré notable. Sans aucun doute, cette déviation à un degré léger peut exister sans lésion organique. Cela est positif; mais alors elle ne détermine aucun accident, aucun phénomène morbide particuliers.

Certaines lésions de l'utérus peuvent-elles déterminer plutôt la rétroversion que d'autres ? On peut dire que oui, et voilà ce qu'il y a de plus probable à cet égard.

Lorsqu'il y a un engorgement simultané du corps et du col de l'utérus, il est difficile de dire si une rétroversion ou une antéversion se produisent. Ce sera la direction normale primitive de l'organe, la nature des efforts que les malades sont habitués à faire, qui produiront plutôt telle ou telle de ces deux déviations.

Dans le cas d'engorgement seul du col, c'est plutôt un simple abaissement qui se produit, et les déviations consécutives en avant ou en arrière sont subordonnées à des conditions qu'il n'est pas toujours facile de déterminer.

La métrite chronique, circonscrite à la paroi postérieure de l'utérus, localisation qui n'est pas rare, qu'elle s'accompagne ou non d'un état phlegmasique semblable du col de l'utérus, est une des causes les plus positives de la rétroversion.

Symptomatologie. — Le début de la rétroversion est en général lent et progressif; il peut cependant se présenter une circonstance qui est la suivante : Une femme a une simple inflammation chronique du corps ou du col de l'utérus ; il existe un certain nombre de symptômes, mais ils sont d'une médiocre intensité. Eh bien, si une rétroversion de cet organe déjà malade se produit à la suite d'une chute, d'une course rapide, d'un effort, etc., il pourra alors se faire que les symptômes, peu caractérisés avant, prendront tout d'un coup une intensité anormale. Ce mode de début n'est pas très-rare.

Troubles fonctionnels proprement dits. — On peut dire d'une manière générale que les symptômes donnés par tous les auteurs qui se sont occupés de la rétroversion, et spécialement par Valleix, sont exactement les mêmes que ceux donnés pour les simples engorgements inflammatoires chroniques du corps ou du col de l'utérus. Aussi, ne crois-je pas utile de donner de nouveau cette description, car la similitude est complète et absolue.

Mais si cette similitude est complète, il y a cependant quelques caractères spéciaux qui permettent d'annoncer d'avance que tel engorgement inflammatoire est plutôt accompagné de rétroversion que simple. Ces caractères sont au nombre de cinq.

1° Dans les engorgements chroniques du corps ou du col de l'utérus, les symptômes sont plus nets, plus accentués, plus intenses, quand ils sont accompagnés de rétroversion, que quand cette dernière déviation n'existe pas.

2° Il existe une douleur spontanée, augmentant par la marche, les efforts, et correspondant spécialement au périnée.

3° Il existe souvent chez les femmes qui en sont atteintes un sentiment d'expulsion anale. Il semble qu'elles ressentent un corps étranger qui tend à sortir par l'anus.

4° Il existe une constipation beaucoup plus opiniâtre, beaucoup plus rebelle que dans les engorgements chroniques simples et que dans les antéversions.

5° Les écoulements pathologiques paraissent plus abondants et plus caractéristiques dans les engorgements inflammatoires accompagnés d'antéversion.

Examen physique. — Spéculum. — Le spéculum introduit directement dans le vagin montre, quand la rétroversion est peu considérable, la lèvre postérieure seule du col. A un degré plus avancé, la face postérieure du col lui-même. Enfin, à un degré plus avancé encore, la face postérieure du corps de l'utérus lui-même. Pour faire pénétrer le col dans l'extrémité du spéculum, il faut diriger le bout interne de l'instrument en haut, en déprimant fortement en bas et en arrière le manche de l'instrument. Cette pénétration est quelquefois difficile, et il faut déprimer même assez fortement le périnée.

Toucher vaginal. — Le toucher vaginal renseigne parfaitement sur la position relative du corps et du col de l'utérus; il permet de reconnaître la présence du corps de l'utérus dans l'excavation du sacrum, et celle du col en haut et en avant.

Le toucher démontre presque toujours en même temps l'augmentation du volume et du poids de l'organe, ainsi que la sensibilité anormale dont il est le siége.

Le toucher rectal vient confirmer les données fournies par le toucher vaginal. Il démontre la présence du corps de l'utérus, dont le doigt peut alors toucher le fond à travers la paroi antérieure du rectum.

Cathétérisme utérin. — Le cathétérisme utérin est indispensable à pratiquer pour constater la mobilité de l'utérus et l'espèce de déviation que cet organe a subie. Pour redresser l'utérus, il faut introduire la sonde, sa cavité dirigée en arrière et en bas; une fois introduite, on abaisse la sonde jusqu'au périnée, la concavité regardant toujours en arrière. Une fois le redressement opéré, on peut retourner la sonde de manière que la concavité regarde ensuite en avant. L'emploi de la sonde utérine dans la rétroversion est rarement douloureuse, à moins que l'engorgement inflammatoire dont l'organe est le siége soit un peu considérable, ou ait un certain degré d'acuité.

Marche, durée, terminaison. — La marche, la durée, la terminaison de la rétroversion sont entièrement subordonnées à celles de l'engorgement inflammatoire qui l'accompagne. On peut seulement dire que l'existence simultanée de la déviation tend à rendre la déviation plus tenace, plus rebelle et quelquefois à perpétuer son existence d'une manière indéfinie. On se trouve en effet dans une espèce de cercle vicieux. L'engorgement inflammatoire a produit la rétroversion, et d'un autre côté, l'existence de la rétroversion tend à rendre l'engorgement plus tenace, plus persistant et plus rebelle.

Le diagnostic ne présente pas de difficultés. Il s'établit surtout : 1° sur la conservation de la mobilité de l'utérus; 2° sur la possibilité de son redressement.

Le pronostic ne présente pas de gravité. Il rend seulement, ainsi que je le disais, les engorgements inflammatoires concomitants plus rebelles et plus tenaces.

Traitement. — Toutes les fois que l'existence d'une rétroversion est annoncée chez une femme par des phénomènes morbides spéciaux, c'est, ainsi que j'ai déjà eu plusieurs fois occasion de le dire, que cette rétroversion est accompagnée d'engorgement inflammatoire primitif ou consécutif.

Dans un cas comme dans l'autre, la première chose à faire est de combattre ces engorgements inflammatoires par les moyens appropriés. Les cautérisations se présentent en première ligne. Or, pour pratiquer une cautérisation, il faut pouvoir embrasser le col utérin dans toute son étendue. Pour la pratiquer, le médecin doit donc chercher d'abord à faire pénétrer le col dans l'extrémité du spéculum, en exécutant avec cet instrument le mouvement de bascule un peu exagéré que j'ai indiqué plus haut. Une fois le col étreint dans l'extrémité interne du spéculum, on peut pratiquer toutes les cautérisations que l'on désire.

Si on échoue, il faut commencer par redresser l'utérus au moyen de la sonde utérine que l'on introduit dans la cavité du col en la guidant sur le doigt indicateur. Une fois la sonde introduite et l'utérus redressé, on introduit un spéculum plein, dont on laisse traverser le centre fictif avec la sonde. On pénètre ainsi très-facilement jusqu'au col, que l'on étreint dans l'extrémité du spéculum. On opère alors les cautérisations que l'on juge convenables. On laisse ensuite l'utérus abandonné à lui-même reprendre pour quelque temps même la déviation qu'il présentait avant le redressement

En même temps que l'emploi des cautérisations, l'indication positive est de faire usage, non plus d'injections froides, mais de véritables douches froides données avec l'un des instruments que j'ai indiqués plus haut : petit appareil à douches de Charrière, grand irrigateur Eguisier, appareil à douches utérines en caoutchouc de Mathieu. Ces douches froides ont plusieurs avantages; elles favorisent la résolution de l'engorgement inflammatoire, diminuent l'abaissement de l'utérus, et contribuent à diminuer beaucoup le degré de la rétroversion, qui se trouve quelquefois même guérie spontanément quand le traitement de l'engorgement inflammatoire est terminé. Je conseille, une fois cette guérison effectuée, de continuer encore un certain temps après l'emploi des douches utérines, afin d'achever le redressement et d'empêcher la reproduction ou la récidive de l'inflammation chronique.

Lorsque la rétroversion a lieu sans engorgement du col ou du corps de l'utérus, il n'y a pas de traitement à faire, car elle ne s'accompagne pas de phénomènes morbides caractérisés.

DE LA RÉTROFLEXION.

On donne le nom de rétroflexion à cet état de l'utérus dans lequel cet organe s'infléchit et se courbe en arrière, de manière à former un angle plus ou moins obtus ou même aigu à sinus postérieur.

Valleix en admettait trois variétés :

Dans la première, le col n'est pas dévié de sa direction normale; mais le corps de l'utérus se repliait sur lui-même, de manière que son fond venait faire saillie derrière le col.

Dans la deuxième, qui paraissait plus commune, le col de l'utérus est un peu porté en avant vers le col de la vessie; le corps qui est en arrière, infléchi comme précédemment, semble avoir remplacé le col dans la position que celui-ci devait occuper.

Dans la troisième, le col se portait lui-même en arrière et en haut; et le corps, suivant la même direction par suite de la flexion, vient reposer sur lui et recouvrir sa face postérieure devenue supérieure.

Je crois ces distinctions peu fondées, et je suis convaincu que, dans la plupart des cas, il est difficile de dire si c'est le corps qui est infléchi, le col conservant sa direction normale, ou si c'est le col qui se replie sur le corps, ce dernier ayant conservé son axe. Pour moi, ces distinctions, peut-être bonnes en théorie, sont tout à fait inapplicables dans la pratique. Dans la plupart des cas, la rétroflexion se fait avec la participation du corps ou du col, chacun d'eux faisant pour ainsi dire une partie du chemin pour l'effectuer ou pour se rencontrer.

Ce qu'il y a encore de positif, c'est que, pour qu'une rétroflexion se produise, il faut nécessairement une affection antérieure de l'utérus, dans laquelle la paroi postérieure de cet organe soit spécialement altérée et ait été le siége d'un ramollissement léger avec amincissement de cette même paroi, au point de jonction du corps et du col de l'utérus. Il n'est véritablement pas possible qu'une rétroflexion se produise sans cette condition, c'est-à-dire sans cette lésion préalable. Un utérus parfaitement sain ne peut pas plus devenir le siége d'une rétroflexion que d'une antéflexion. Les détails anatomiques rapportés par Valleix, bien qu'il n'ait pas omis cette opinion d'une manière formelle, sont tout à fait favorables à cette manière de voir.

Dans tous les cas de rétroflexion, on trouve signalés les engorgements inflammatoires dont cet organe était en même temps le siége.

Signalons enfin un dernier fait, c'est la possibilité de combinaisons diverses de déviations à l'égard de la rétroflexion. Ainsi, il peut y avoir rétroflexion seule — rétroflexion avec rétroversion; — enfin, et beaucoup plus rarement, rétroflexion avec antéversion (2e variété de Valleix).

Etiologie. — La rétroflexion n'est pas une déviation rare. Valleix a pu en observer douze cas.

Age. — La rétroflexion s'est montrée chez des femmes âgées de 18 à 36 ans, moyenne 25 ans. C'est l'âge où se manifestent les engorgements inflammatoires de l'utérus.

La *constitution*, le *tempérament* n'ont semblé exercer aucune influence sur sa production. Il en a été de même des *conditions hygiéniques* au milieu desquelles s'étaient trouvées les femmes qui en étaient atteintes.

Les *accouchements* antérieurs semblent y prédisposer les femmes. Sur les douze cas de Valleix, neuf fois les femmes atteintes avaient eu antérieurement un ou plusieurs enfants; et chez une de ces neuf femmes, une fois l'accouchement avait été fort difficile.

Dans un de ces douze cas, la maladie semblait s'être développée à la suite d'un effort violent.

Valleix ne parle pas des lésions antérieures du corps et du col de l'utérus comme causes du développement de la rétroflexion. C'est cependant là seulement qu'on doit rechercher la cause probable et le mécanisme de la production de cette flexion. J'en ai assez parlé tout à l'heure pour que je pense qu'il soit utile d'y recourir ainsi. La rétroflexion, ai-je dit plus haut, ne se comprend pas sans lésion phlegmasique chronique de la paroi postérieure du col et du corps de l'utérus, avec ramollissement léger et amincissement probables au point de jonction du corps et du col de l'utérus.

Symptômes. — Ce sont absolument ceux de tous les engorgements inflammatoires du corps ou du col de l'utérus. Ces symptô-

(1) Fin. — Voir les numéros des 24 février, 17, 24 mars, 16 et 21 avril.

mes sont bien nets, bien caractérisés, et ils présentent de plus les cinq conditions spéciales que j'ai assignées plus haut aux phénomènes morbides de la rétroversion. Je m'abstiendrai donc d'insister sur ce point, qui a été suffisamment traité à plusieurs reprises.

Examen physique. Spéculum. — Le spéculum introduit dans le vagin atteint facilement le col de l'utérus, que l'on trouve toujours plus gros, plus volumineux, plus rouge, et le siége d'altérations diverses. C'est une circonstance que Valleix n'avait pu s'empêcher lui-même de mentionner.

Toucher vaginal. — Le toucher vaginal permet de constater la rétroflexion. Le doigt, ayant atteint le col et en suivant le contour, peut presque toujours arriver jusqu'à l'angle à sinus postérieur que forment en s'infléchissant le corps et le col de l'utérus. Cependant il n'est pas toujours facile d'y arriver, et il faut un examen attentif et minutieusement fait pour en constater l'existence. Le doigt peut du reste parfaitement apprécier l'angle saillant en avant résultant de la rétroflexion utérine.

Le *toucher rectal* permet presque toujours de constater l'existence de l'angle à sinus postérieur résultant de la rétroflexion.

Cathétérisme utérin. — Le cathétérisme utérin permet de redresser l'utérus et de confirmer l'existence de cet état morbide. L'introduction de la sonde est ici assez difficile : elle s'effectue en plaçant la sonde la concavité regardant en avant, et le manche appuyé contre le périnée; on introduit l'instrument en guidant la sonde avec le doigt, et, une fois introduit, on pratique le redressement en ramenant le manche de l'instrument vers le pubis.

Cette petite opération est souvent plus difficile et plus douloureuse que dans les autres espèces de déviations et que dans l'antéversion.

Marche, durée, terminaison. — Lorsque la rétroflexion accompagne un engorgement inflammatoire du corps ou du col de l'utérus, cette dernière maladie est plus rebelle et plus tenace que si elle était simple. Elle est même plus persistante que quand elle est simplement accompagnée d'une rétroversion.

Le diagnostic n'est pas en général difficile. On a pu confondre la rétroflexion avec une tumeur fibreuse de l'utérus, une tumeur inflammatoire placée en arrière de l'utérus, un hématocèle péri-utérin, un ovaire enflammé et déplacé. Dans tous ces cas, la mobilité de l'utérus, la possibilité de le redresser, permettent en général d'établir le diagnostic assez facilement.

Traitement. — Valleix conseillait le redressement de l'utérus comme unique moyen de traitement. Sur 12 cas, il dit avoir obtenu 5 cas de guérison complète avec les redresseurs et 2 cas de guérison à l'aide de la sonde.

Voici quelle est mon opinion à cet égard, et de quelle manière j'agis dans le cas de rétroflexion.

On doit combattre les rétroflexions absolument comme s'il s'agissait d'engorgements inflammatoires simples, qui, ainsi que j'ai déjà eu occasion de le dire, existent toujours simultanément. Ainsi on aura recours aux bains, injections ou douches froides, cautérisations, etc., absolument comme s'il n'existait aucune flexion. Mais en même temps qu'on emploie cette médication, je conseille d'introduire chaque jour la sonde, de pratiquer le redressement, et de le maintenir pendant cinq à six minutes pendant presque toute la durée du traitement de l'engorgement inflammatoire. Cette méthode n'a que des avantages et peu d'inconvénients. D'abord elle est peu douloureuse et assez facile à mettre en pratique. Elle redresse chaque jour un peu l'utérus, en même temps que la résolution de son inflammation chronique s'effectue sous l'influence de l'autre médication. Enfin, il arrive souvent que les moyens spéciaux employés ayant agi, d'une part, pour combattre l'engorgement inflammatoire du corps ou du col de l'utérus, et, de l'autre, le redressement ayant été chaque jour pratiqué pendant quelques minutes, les deux états morbides se trouvent simultanément guéris au bout d'un certain temps.

On doit encore observer que le redressement seul avec la sonde, sans le traitement spécial de l'engorgement inflammatoire, non-seulement n'aurait aucune efficacité, mais encore pourrait aggraver ce dernier.

Des déviations latérales (latéro-flexions). — Il serait difficile de décrire d'une manière isolée les déviations latérales. Je suis heureux de partager ici l'opinion de Valleix, qui ne les a jamais trouvées seules, mais toujours combinées et accompagnant des antéversions ou des rétroversions, des flexions ou un abaissement de l'utérus.

On doit tout au plus invoquer l'existence d'une latéroflexion pour expliquer la prédominance de certains phénomènes morbides. Ces phénomènes morbides spéciaux sont les suivants :

La douleur du bassin se fait sentir plus particulièrement à droite ou à gauche, suivant qu'il s'agit d'une inclinaison à droite ou à gauche.

L'inclinaison à droite produit souvent des douleurs dans la cuisse droite, et l'inclinaison à gauche des douleurs dans la cuisse gauche. Cette dernière produit surtout de la constipation en même temps.

Tels sont les seuls faits qu'il nous a paru important de relater dans cette série de conférences cliniques, que je termine en vous adressant tous mes remercîments pour l'attention soutenue que vous avez bien voulu me prêter.

INFLUENCE DES CAUSES MORALES SUR LES SUITES DE COUCHES.

Phlegmon péri-utérin ouvert dans le vagin et très-probablement dans la cavité péritonéale. — Névralgies abdominale et anale pendant la grossesse et deux mois après l'accouchement. — Action de l'opium et surtout du sulfate de quinine. — Guérison.

Par M. le docteur MATTEI.

Une dame, âgée de trente ans, de petite taille, mais robuste et bien conformée, avait déjà eu quatre grossesses heureuses. Ce qu'elle avait éprouvé de saillant à chaque accouchement, c'étaient des tranchées presque aussi fortes que les douleurs de l'enfantement, et qui duraient pendant les deux ou trois premiers jours qui suivaient la parturition.

Enceinte pour la cinquième fois, elle me consulte vers le septième mois de sa grossesse pour des douleurs qu'elle ressent dans l'abdomen, phénomène qu'elle n'a pas éprouvé dans les grossesses précédentes. Ces douleurs vives arrivent plus souvent la nuit que le jour; elles ne sont pas exaspérées par la marche; elles ne s'accompagnent pas de mouvements actifs du fœtus, ni de durcissement de l'abdomen; enfin elles n'ont que quelques minutes d'une intensité à laquelle succède un endolorissement presque permanent. La pression des parois abdominales, et surtout de la partie gauche et inférieure de l'abdomen, est douloureuse; mais la douleur ne s'exaspère pas en raison de la pression. La malade n'a pas de fièvre. Tous ces symptômes excluaient l'inflammation locale, l'arthrite du bassin, l'excessive sensibilité de l'utérus et les contractions de cet organe; de sorte qu'il fallait s'arrêter à une névralgie lombo-abdominale.

L'accouchement néanmoins arrive au terme (21 décembre 1856) ordinaire de la neuvième époque cataméniale après la fécondation. L'enfant, comme je l'avais constaté par le palper abdominal pendant la grossesse, se présente par le sommet, l'occiput en arrière et à droite.

Le travail dure une nuit; et comme le matin, à huit heures et demie, la rotation n'est pas achevée, ce qui retarde la progression de la tête, j'applique le forceps et je termine l'accouchement. L'enfant, du sexe féminin, est très-vivace; la délivrance naturelle.

Tout se passa très-bien le premier jour, si ce n'est quelques tranchées qui se continuèrent le lendemain, mais qui n'étaient pas aussi vives que dans les accouchements précédents, ni assez fortes pour constituer une indication thérapeutique. Les seins se gonflent sans qu'il y ait de fièvre, et tout se passe normalement jusqu'au sixième jour.

Pendant ce temps, le mari de cette dame se mourait la nuit même du 26 au 27 décembre d'une phthisie laryngée. Déjà agitée durant toute sa grossesse, eu égard à la santé de son mari, la malade apprend par des bouches indiscrètes qu'il vient de succomber, et ne peut dominer sa douleur; quelques heures à peine s'étaient écoulées après cette nouvelle, lorsqu'elle ressent des frissons, et le pouls, qui était resté jusque-là à 65, monte aussitôt à 100 pulsations.

Comme elle ne voulait pas nourrir et qu'il n'y avait pas eu encore de garde-robes, je lui avais administré la veille 45 grammes d'huile de ricin; aussi je ne lui donnai pas d'éméto-cathartique, comme je l'aurais fait sans cela, et je me bornai à lui administrer 4 grammes de sulfate de quinine en vingt-quatre heures, avec l'intention de prévenir ou de combattre la résorption qui a lieu le plus souvent dans ces cas. Cataplasmes sur l'abdomen et injections émollientes dans le vagin.

Le pouls commençait à baisser, et tout allait pour le mieux, lorsque le neuvième jour après l'accouchement et le troisième après l'invasion de la fièvre, les tranchées utérines reparaissent dans la nuit avec une grande intensité. Elles viennent exactement à dix minutes d'intervalle, et chaque tranchée est accompagnée d'éructation. Ces phénomènes auraient eu peu de valeur, même avec de la fièvre; mais la nuit même un point douloureux permanent s'est manifesté au-dedans de l'aine gauche, près du pubis. Ce point, très-sensible à la pression, est évidemment de nature inflammatoire. J'applique sur ce point quatre ventouses scarifiées, et je continue le même traitement.

Par ces moyens tout paraît se calmer; le ventre est moins sensible, mais un peu plus ballonné. L'inflammation ne paraît pas plus étendue. J'applique un vésicatoire volant, qui servira de révulsif vers la peau. Ce traitement a tout à fait amendé l'état local, mais la fièvre ne cessait pas.

Le quatorzième jour de nouvelles tranchées se manifestent, et cette fois elles sont plus vives, moins intermittentes, et se propagent dans la cuisse gauche. Si l'on demande un compte exact des sensations qu'éprouve la malade, on reconnaît que la douleur a surtout pour siége le nerf obturateur gauche, autour duquel est le foyer de l'inflammation. On sent, en effet, par le palper abdominal et par le toucher du vagin, qu'il existe une tumeur profonde derrière le pubis gauche, mais dans laquelle il est impossible de constater la fluctuation. Ces douleurs tendent à se répéter le soir; aussi je reprends du sulfate de quinine, qui avait été suspendu; je fais faire des frictions mercurielles *loco dolenti*, et je fais prendre des bains généraux. Par ces moyens tout semble aller mieux pendant quelques jours, lorsque, sans cause appréciable, il y a de nouvelles douleurs, qui ont pour siége la partie postérieure du bassin; il y a en même des selles fréquentes, mucilagineuses. Cette fois j'insiste sur les lavements laudanisés, et j'obtiens assez de succès pour que la femme essaye de se lever et de prendre un peu plus de nourriture.

La fièvre cependant n'avait pas disparu complétement, et la tumeur restait stationnaire; enfin, le vingt-cinquième jour, pendant que la malade prenait un bain général trop chaud, puisqu'elle ne put y rester que dix minutes, il se fit un écoulement abondant de pus par le vagin. La tumeur s'était percée spontanément. Dès cet instant, en effet, je constate une diminution considérable dans son volume et un amendement dans les symptômes locaux et généraux.

J'espérais cette fois que la maladie touchait à sa fin. Pour hâter la guérison, je me proposais de faire des lavages dans la tumeur et au besoin des injections iodées, mais ni par le toucher vaginal, ni au moyen du spéculum, il ne me fut possible de constater l'orifice de l'abcès. Cet examen aurait peut-être été plus heureux si je l'eusse fait dans les deux premiers jours, lorsque l'écoulement du pus était abondant. Je donne de l'iodure de potassium à l'intérieur, ce qui semble d'abord relever les forces et hâter la résolution, mais la fièvre, ce signe caractéristique de l'inflammation, n'avait pas encore cessé. J'essaye de la couper avec de la teinture d'aconit donnée à des doses croissantes, depuis 8 jusqu'à 20 gouttes dans les vingt-quatre heures, sans aucun succès. L'écoulement vaginal finit par s'arrêter, et pendant que tout paraissait aller un peu mieux, il survient des douleurs intolérables à la marge de l'anus. Chaque défécation fait pousser à la malade des cris perçants. Ces douleurs, venant surtout le soir, annonçaient le même caractère névralgique que les précédentes; mais comme elles se rapprochaient aussi des symptômes de la fissure à l'anus, je m'assurai d'abord que cette maladie n'existait pas. Avec ces douleurs la tumeur, qui avait diminué, augmente de nouveau et devient douloureuse. J'applique 10 sangsues, que je renouvelle au bout de deux jours; je calme la douleur par les opiacés, et encore une fois l'amélioration reparaît. J'essaye en vain de chercher la fluctuation par l'hypogastre et par le vagin. On sent la tumeur, mais à travers trop de tissus pour permettre d'aller la chercher avec l'instrument. Je fais reprendre l'iodure de potassium, et la tumeur reste stationnaire pendant plusieurs jours, lorsque du soir au lendemain elle disparaît tout à coup. A peine si, par le palper et par le toucher, on en trouve quelques vestiges, et cependant rien n'est sorti ni par le vagin, ni par la vessie, ni par le rectum. Cette tumeur, en effet, paraît s'être vidée dans le péritoine. Ce qui le fait supposer est un ballonnement subit du ventre et une sensibilité diffuse se répandant jusqu'à la fosse iliaque opposée. Le pouls est aussi remonté à 90. Si la rupture a eu lieu, la péritonite cependant est bénigne. En effet, tout se calme bientôt dans quarante-huit heures; le ventre cependant reste ballonné.

La tumeur n'a pas seulement disparu, son siége est presque moins sensible à la pression que les autres points du bas-ventre. La malade commençait à se lever, et la fièvre diminuait lorsque sans cause connue, de nouvelles douleurs très-violentes la reprennent dans la paroi gauche de l'abdomen. La tumeur cependant ne reparaît pas. Ces douleurs revenant tous les soirs sont arrêtées par le sulfate de quinine, qui a agi bien mieux que l'opium, puisqu'elles n'ont plus reparu. La fièvre a aussi cessé complétement, de sorte que la femme est débarrassée de sa tumeur, de sa fièvre et de ses douleurs névralgiques. Ce qui lui reste est un peu de ballonnement du ventre avec légère sensibilité à la pression. Par la percussion minutieusement faite dans diverses attitudes, on perçoit une fluctuation dans le bas-ventre, qui augmente jusqu'au 20 février pour diminuer ensuite. On pourrait se demander si ce n'est pas là le résultat du suintement de l'abdomen, qui se résorbe en même temps qu'il s'épanche dans le péritoine. La malade a repris ses occupations domestiques, et tous les jours elle acquiert des forces. Au moment où nous publions l'observation, on peut dire que la guérison est assurée. Les traces de l'épanchement péritonéal et de la tumeur elle-même ont complétement disparu.

Cette observation, outre l'influence du moral sur les suites de couches, prouve que les tranchées, loin d'être le résultat des caillots contenus dans l'utérus, ou des contractions utérines nécessaires pour expulser ces caillots, sont un état névralgique qui provoque et accompagne souvent ces contractions; de plus, elle prouve que ces névralgies sont tantôt cause et tantôt effet des inflammations locales qu'on observe dans ces cas; aussi faut-il se hâter de les combattre; le meilleur moyen pour arriver à ce résultat est l'opium pour les cas bénins; mais s'il y a récidive, il faut insister sur le sulfate de quinine; ce traitement influe indirectement sur les phénomènes phlogistiques, mais pour les combattre il faut un traitement approprié.

Quant à la résorption, qui est le plus souvent une cause des accidents graves à la suite des couches, elle a été peu de chose ici, et comme la malade n'était pas dans un milieu infectieux, le sulfate de quinine a bientôt fait justice de ce qu'il pouvait y avoir dans le torrent de la circulation. Tout s'est passé localement; seulement l'ouverture du foyer en dernier lieu s'étant faite très-probablement dans le péritoine, aurait pu être suivie d'accidents plus graves. Le pus, cependant, n'est pas aussi irritant qu'on a bien voulu le dire, lors surtout qu'il n'a pas éprouvé de décomposition préalable. Quelle qu'ait été la source de l'épanchement péritonéal, il a disparu tout à fait spontanément.

TRAITEMENT DU TÆNIA,

Par M. REIMONENQ.

Un homme fort et robuste portait un tænia dont l'expulsion n'avait pu être obtenue par l'usage méthodique des divers moyens usités contre ce parasite. M. Reimonenq obtint la guérison par l'emploi de la préparation empirique suivante, dont la formule lui avait été communiquée :

Graines de courge. . . . nº 200. 40 gram. environ.
Huile de ricin. . . . . } āā 30 —
Miel commun. . . . . }

Mondez les graines, réduisez-les en pâte, et ajoutez l'huile et le miel; à prendre en une seule fois dans un verre ordinaire qu'on remplira de lait.

Deux heures après l'ingestion de cette préparation, on administre dans un verre d'eau froide un mélange composé de :

Huile de ricin. . . . . } āā 30 gram.
Miel commun. . . . . }
Jus d'un citron.

Le malade devra s'abstenir de manger et de quitter la chambre jusqu'après l'expulsion du tænia.

Cette médication a déterminé immédiatement des coliques très-violentes et une purgation énergique. Les semences de courge paraissent être la partie la plus active de cette médication.

(*Union médic. de la Gironde.*)

UN MOT SUR LES FAITS DE GUÉRISON DE COUPEROSE

critiqués dans un des articles de M. Duchesne-Duparc.

Par M. le Dr F. Rochard.

Mon honorable confrère, M. Duchesne, a sans doute eu le bonheur de voir ses succès de praticien et d'auteur acceptés sans contradiction, car il paraît peu habitué aux discussions scientifiques, et semble ignorer que la première condition pour discuter fructueusement, c'est de citer exactement les écrits de ses interlocuteurs, de reproduire fidèlement leurs opinions, et d'exposer les siennes propres avec netteté. C'est là une situation d'esprit dont je ne pourrais que féliciter mon honorable confrère, s'il se contentait d'en goûter en silence toutes les douceurs, mais dont je ne puis que lui faire un reproche dès qu'il se croit obligé d'instruire publiquement ses confrères.

Dans les lignes qu'il a bien voulu me consacrer (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 5 mai 1857), M. Duchesne a reproduit la plupart de mes idées ou des faits qui leur servent de base, non tels que je les ai exposés moi-même, mais tels qu'il les a compris; je ne doute pas que les unes et les autres n'aient gagné à passer par le prisme de mon confrère; cependant chaque auteur a ses faiblesses, et j'aurais préféré qu'il les montrât dans leur simple nudité. Il semble en avoir usé ainsi quelquefois, quand, par exemple, il a placé entre guillemets certains passages qu'il m'emprunte; mais ces passages sont choisis de façon que, privés de leurs antécédents et de leurs conséquents, ils rendent fort incomplètement ma pensée; d'autres fois même, quoique guillemetés, il m'a été impossible de les reconnaître pour miens : par exemple, M. Duchesne fait entre guillemets la citation suivante : « Ma médication a pour effet de porter au dehors le principe qui produit et entretient la couperose; *mes malades* guérissent par l'effet d'une véritable *poussée* analogue à *celle* des eaux de Louesch. » Il se pourrait bien faire que dans un moment de mauvaise disposition, j'eusse pu écrire une phrase construite de la sorte; mais je dois avouer que j'en ai totalement perdu le souvenir, et que j'en renie la paternité jusqu'à ce que mon confrère m'ait indiqué l'ouvrage et la page où elle se trouve; je ne lui propose pas l'impossible, puisque la recherche de la paternité des écrits n'est pas interdite.

Ce petit préambule expliquera suffisamment aux lecteurs pourquoi nous ne jugeons pas à propos de discuter longuement les faits que nous avons publiés, et que M. Duchesne traduit à sa manière; les opinions qu'il nous a prêtées, tantôt avec raison, plus souvent à tort, celles qu'il professe lui-même, enfin les grandes questions de thérapeutique qu'il agite, sans donner la preuve qu'il en comprend bien toute la portée. Les propositions qui suivent nous paraissent bien suffisantes pour garantir les lecteurs des erreurs dans lesquelles la critique de M. Duchesne aurait pu les jeter nn instant.

1° M. Duchesne avance en soulignant que je n'ai pas *désigné* les maladies cutanées contre lesquelles j'ai employé en 1846 l'iodure de chlorure mercureux. — Que M. Duchesne veuille bien parcourir le *Compte rendu des séances de l'Académie des sciences* du 20 avril 1846, et il se convaincra de son erreur, à moins qu'il n'aime mieux s'en convaincre en lisant le n° 11 de l'*Union médicale* pour l'année 1847.

2° M. Duchesne m'attribue d'*avoir donné comme complètes et définitives* des guérisons qui auraient été sans doute le contraire. — Je n'ai jamais donné mes observations que pour ce qu'elles sont, c'est-à-dire que je les ai toujours publiées rigoureusement exactes, et que je me suis contenté à propos d'elles de parler du passé et du présent en réservant toujours l'avenir.

3° M. Duchesne croit devoir faire une seconde narration de quelques-uns des faits que j'ai publiés depuis plusieurs années; je ne puis relever ici toutes les inexactitudes que sa narration renferme, et je dois purement et simplement renvoyer à mon texte ceux des lecteurs que M. Duchesne aurait pu abuser.

4° M. Duchesne n'admet la guérison d'une maladie « que dans le cas où la disparition de tous les symptômes morbides est *durable*, *persistante* et sans rechute aucune qui puisse être attribuée à la persistance de la cause productrice des accidents antérieurs. » En sorte que, pour savoir si l'on a *guéri* un premier rhumatisme articulaire aigu lorsqu'on en traite un second, il faudra établir que le second est ou n'est pas dû à la persistance de la *cause productrice du premier*. Si M. Duchesne a bien compris la difficulté de la question et qu'il se soit cru en mesure de la résoudre, nous n'hésitons pas à le déclarer le plus habile de nos pathogénistes; mais nous ne tenterons pas de le suivre sur un terrain aussi difficultueux. Nous préférons nous engager à publier plus tard une petite note *sur les récidives*, qui, toute modeste qu'elle sera, aura peut-être plus d'utilité pour la science et pour la pratique que de philosophiques considérations sur l'identité ou la non-identité de la cause de deux ou plusieurs rhumatismes.

M. Duchesne pense que la « *constante utilité* — (lisez simplement : l'utilité) — *d'un même médicament dans le traitement* d'affections qui diffèrent tout autant par le siége anatomique *que* par leurs caractères est un fait *anormal* et ÉVIDEMMENT exceptionnel. » — C'est une manière à laquelle *évidemment* ne s'opposent point les canons de l'Eglise; cependant ces mêmes canons ne s'opposent pas davantage à ce qu'on sache que le mercure, le quinquina, l'arsenic, l'opium et une foule d'autres médicaments puissants sont très utiles contre plusieurs affections qui ne diffèrent pas moins *par leur siége que par leurs caractères*, et M. Duchesne, sans doute, ne l'ignore point. Comment donc, s'il ne l'ignore point, a-t-il pu considérer comme aussi anormale l'action bienfaisante de l'iodure de chlorure mercureux dans diverses maladies cutanées? C'est là une question particulière que nous pourrons discuter à fond avec M. Duchesne, quand il voudra bien se borner dans l'objet de ses discussions, et ne pas tout confondre pour tout éclairer.

Jusqu'à ce qu'il ait pris cette sage résolution, nous ne pourrons que répéter aux lecteurs qui seront désireux de savoir à quoi s'en tenir sur l'iodure de chlorure mercureux et la couperose ce que nous leur avons déjà dit; c'est de consulter les documents que nous avons publiés sur cette importante question de la thérapeutique, et ce qu'ont publié aussi plusieurs observateurs distingués, témoins de nos tentatives, médecins des hôpitaux et médecins civils, qui, après en avoir été témoins, ont voulu devenir expérimentateurs à leur tour. (Voir les nos 117, 143 de l'*Union médicale*, pour l'année 1855; les nos 10, 13 et 31 de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie pratiques*, pour l'année 1856; les *Archives générales de médecine*, janvier 1857, etc.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 mai 1857. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Organisation du service des calculeux dans les hôpitaux de Paris. — M. Civiale fait connaître à l'Académie l'acte de donation qu'il a faite à l'administration de l'assistance publique pour assurer à perpétuité le service des calculeux, dont l'établissement est dû à l'initiative de ce corps savant. (Voir notre numéro du 23 mai.)

Transformation des cartilages en os. — M. Mandl communique un mémoire ayant pour titre : *Recherches sur la transformation des cartilages en os*. Il résulte des observations contenues dans ce mémoire que, dans l'ossification, les cellules cartilagineuses disparaissent entièrement, et que les corpuscules osseux se développent indépendamment de ces dernières. Un tissu à cellules se détruit pour faire place à un tissu fibrillaire; il n'y a donc que succession, mais nullement transformation. Les fibres se développent sans le concours des cellules, point important à constater pour la déduction des principes histogénésiques généraux.

Tumeurs malignes. — M. Mandl communique un autre mémoire contenant les résultats de ses recherches histogénésiques sur les tumeurs malignes. En voici un court résumé :

« 1° On peut établir trois espèces de cancers : cancers à cellules, cancers à fibres, cancers à lamelles, auxquelles il faudrait peut-être joindre une quatrième espèce, celle des cancers de la rétine. 2° Les éléments des tumeurs malignes se développent comme ceux des tissus normaux. 3° Lorsqu'une tumeur maligne se développe dans un tissu, cette production pathologique ne doit pas son origine à une transformation de cellules ou de fibres déjà formées, mais bien au développement de nouveaux éléments. La diathèse cancéreuse frappe le blastème. Ainsi, les cancers à fibres se composent de fibres incomplétement développées et ne sauraient par conséquent être une modification de fibres déjà complétement développées. Il en est de même pour les cellules du squirrhe et de l'encéphaloïde. 4° Mais ces nouveaux éléments ne peuvent pas toujours être distingués des éléments voisins : aussi l'application du microscope pour le diagnostic des tumeurs doit-elle se faire avec une grande réserve. 5° Il s'ensuit également qu'il est impossible d'établir l'homéomorphisme et l'hétéromorphisme comme base de la classification des tumeurs. 6° Les cellules dites cancéreuses ne conservent pas toujours et partout les caractères que les auteurs leur ont attribués. Des cancers du foie, du système osseux, de la rétine, sont souvent composés d'éléments qui diffèrent essentiellement du type prétendu caractéristique des cellules cancéreuses. 7° Il existe des éléments normaux qui présentent des caractères analogues à ceux des cellules dites cancéreuses; telles sont, par exemple, l'épithélium de la vessie, du bassinet, des bronches (surtout dans la bronchite des enfants). 8° On peut affirmer, avec M. Velpeau, que la cellule dite cancéreuse manque dans certaines tumeurs qui sont pourtant cancéreuses, et que d'autre part la cellule dite cancéreuse existe dans certaines tumeurs non cancéreuses, ainsi que je l'ai constaté par exemple dans un polype du larynx chez un enfant. 9° L'étude microscopique explique la facilité des rechutes dans le squirrhe et l'encéphaloïde, c'est-à-dire dans les cancers à cellules, à cause de la facilité de reproduction des cellules. » (Commissaires, MM. Serres, Flourens, de Quatrefages.)

Eaux thermales de la régence de Tunis. — M. le ministre de la guerre communique à l'Académie un extrait d'une lettre de M. Guyon relative aux eaux thermales de la régence de Tunis sur lesquelles il prépare un travail général.

Les eaux thermales les plus importantes de la régence de Tunis au point de vue de leur température et de leur composition, et les seules qui soient fréquentées par les Européens, dit M. Guyon, sont celles d'Hammam-Zif et de Gourbès, dans le voisinage de Tunis. La température des eaux d'Hammam-Zif est de 39 à 40 degrés centigrades, et celle des eaux de Gourbès de 49 à 50 degrés, même thermomètre.

Une analyse complète de ces eaux a été faite par le pharmacien en chef de l'hôpital de Bone, M. Leprieur. La lettre de M. Guyon est accompagnée du travail de M. Leprieur, intitulé *Essai analytique des eaux thermales d'Hammam-Zif et d'Hammam-Gourbès dans la régence de Tunis*.

Direction des axes du col et des condyles du fémur et de l'humérus. — M. Ch. Martins, dans une lettre adressée à M. Flourens, expose le résultat de ses nouvelles recherches sur la direction des axes du col et des condyles du fémur et de l'humérus dans les mammifères, les oiseaux et les reptiles.

Il résulte de ces recherches que l'inspection seule de l'épaule et de l'humérus d'un animal pourra désormais décider les points les plus importants de son mode de locomotion et servir à marquer sa place dans l'embranchement des vertébrés. Si la trochlée humérale est *parallèle* au plan comprenant l'axe de l'os et celui du col, ou, en d'autres termes, si ces trois axes sont sensiblement dans le même plan, le bras peut exécuter des mouvements de circumduction, et l'animal appartenir au groupe anthropomorphe; mais si la trochlée est *perpendiculaire* au plan commun de l'axe du col et du corps de l'os, et en même temps à *celui de l'omoplate*, l'animal est un mammifère terrestre ou aquatique. Si, enfin, l'axe de la trochlée *perpendiculaire* au plan commun de l'axe du col et du corps de l'os est au contraire sensiblement *parallèle à celui de l'omoplate*, l'animal vole ou rampe : c'est un chéiroptère, un oiseau ou un reptile.

La nature, comme on le voit, ajoute l'auteur, a procédé géométriquement chaque fois qu'elle a fait varier le plan dans lequel se meuvent les membres des animaux. Ces changements, liés à ceux des axes de rotation, sont toujours d'un ou de deux angles droits seulement. Toutefois, si, à la rotation fixe de 180 degrés produite par la torsion de l'humérus, nous ajoutons les 180 degrés que le pouce décrit dans les mouvements de pronation de l'avant-bras, nous trouvons que, dans la transformation organique du membre postérieur en membre antérieur dans les quadrupèdes, l'apophyse styloïde du radius a décrit une circonférence tout entière. Voilà pourquoi, l'avant-bras étant en pronation, la main se trouve replacée dans la même position que le pied.

— M. Tigri envoie pour le concours des prix de médecine et de chirurgie des observations relatives aux transformations des tumeurs cystiques.

— M. le ministre de l'instruction publique transmet une lettre de M. Lacoste relative à un remède contre le choléra et destinée au concours pour le prix Bréant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Faculté de médecine de Strasbourg, consultée par M. le ministre de l'instruction publique sur l'opportunité de rétablir le diplôme de bachelier ès-lettres pour les élèves en médecine, a consacré deux séances à la discussion de cette importante question. Contrairement à l'avis des Facultés de Paris et de Montpellier, la majorité des membres a décidé que l'expérience n'ayant pas encore permis de prononcer sur la valeur du nouveau mode, il n'y avait pas lieu de revenir à l'exigence du baccalauréat ès lettres.

— M. Dubois, secrétaire de la Faculté de théologie et de l'École de pharmacie, est nommé secrétaire de la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Boucher, admis à la retraite.

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

— M. le docteur Eugène Janssens (de Bruxelles) vient d'être nommé membre correspondant de la Société de médecine de Lisbonne.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Fleurquin, qui vient de succomber à la suite d'une courte maladie : il était âgé de quarante ans. Arrivé à Soissons en 1840, M. Fleurquin fut bientôt nommé chirurgien de l'Hôtel-Dieu de cette ville, puis membre du Conseil d'hygiène de l'arrondissement, et partout il sut se maintenir à la hauteur de sa mission. M. le Dr Billaudeau, médecin titulaire de l'Hôtel-Dieu de Soissons, a rappelé dans une allocution que nous regrettons de ne pouvoir reproduire, tout ce que notre honorable confrère emporte dans la tombe d'estime et d'affection.

— L'Institut médical de Valence (Espagne) propose au concours pour l'année 1858 les questions suivantes :

Médecine. — L'action préservative du virus-vaccin est-elle temporelle ou absolue? Dans le premier cas, jusqu'à quelle époque se conserve-t-elle et quels moyens peut-on employer pour rendre son action indéfinie? Les affections morbides qu'on attribue à la vaccine doivent-elles lui être rapportées? Confirmer les opinions qu'on émettra et tirer des conclusions de faits pratiques.

Chirurgie. — Décrire les tumeurs formées par des membranes séro-vasculaires; exposer les caractères différentiels de celles avec lesquelles on pourrait les confondre; établir leurs causes, la marche qu'elles suivent et les moyens de traitement qu'elles exigent.

Pharmacie. — Etude des essences sulfurées, en comprenant la théorie de leur formation et leurs diverses métamorphoses.

Sciences naturelles. — En dehors des sucres et les farines les plus connues, étudier au point de vue agricole et chimique les produits végétaux des pays méridionaux qui peuvent donner la plus grande quantité d'alcool, et décrire les procédés pour l'obtenir avec facilité et économie.

Une médaille d'or et le titre d'associé libre seront décernés au premier mémoire couronné. Le second donnera droit au titre d'associé.

Les mémoires, écrits en langue espagnole, latine, française, portugaise, anglaise ou italienne, devront être envoyés, francs de port et selon les formes académiques, jusqu'au 1er décembre inclusivement de cette année, au secrétaire de l'Institut, D. Salvador Herrera, calle de Caballeros, 39, Valencia.

— M. le docteur Duchesne-Duparc ouvrira son cours public sur les maladies de la peau le mardi 26 mai, à sa clinique de la rue Larrey, 8, près l'École de médecine, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à onze heures précises du matin. Chaque leçon sera précédée de l'examen des malades.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces libraires aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la Prostitution dans la ville de Paris, considérée sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration; par A. J. B. Parent-Duchatelet. — Troisième édition complétée par des documents nouveaux et des notes par MM. A. Trébuchet et Poirat-Duval; suivie d'un Précis hygiénique, statistique et administratif sur la prostitution dans les principales villes de l'Europe. — Deux forts volumes in-8° de chacun 800 pages, avec cartes et tableau. Prix : 18 fr. — A Paris, chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Observations de morts promptes ayant donné lieu à des soupçons de crime. Études médico-légales, par MM. les docteurs L. Dégranges et Lafargue, de Bordeaux. Brochure in-8°.

Le Gérant, Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 MAI 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

En vain attendrions-nous des loisirs du côté de l'Académie ; il y a de sa part parti pris de ne nous en point laisser. Chaque séance apporte une nouvelle question. A peine une discussion est-elle terminée qu'une discussion nouvelle surgit. Nous voici dès aujourd'hui en pleine contradiction sur une question médico-légale qui intéresse au plus haut point l'art et la profession ; il s'agit de la responsabilité qui incombe au chirurgien en présence de la mort par éthérisation. Dans une lecture, qui est une sorte d'hommage de bienvenue, M. Devergie a soulevé cette grave question. Il a fait plus que la soulever, il l'a résolue, du moins à sa manière. Considérant l'asphyxie par insuffisance d'air respiré comme la cause principale de mort pendant l'éthérisation, M. Devergie s'appuie sur cette circonstance pour mesurer la responsabilité de l'opérateur d'après la somme de précautions dont il s'est entouré, ou plutôt dont il a négligé de s'entourer, afin d'assurer au patient la dose d'air nécessaire pour entretenir l'intégrité des fonctions respiratoires.

Des appareils munis d'ouvertures fixes et de dimensions déterminées et invariables, lui semblent la meilleure garantie à la fois pour la sécurité des malades et pour la responsabilité du médecin. Cet avis a rencontré jusqu'ici une assez vive opposition. MM. Velpeau, Cazeaux, Gibert, Robert, Huguier, se sont élevés contre. Autant de contradicteurs que d'orateurs. Et nous avons quelque raison de croire que les membres inscrits pour la séance prochaine ne lui seront pas plus favorables.

Cette opposition ne nous a nullement surpris. La proposition de M. Devergie engage, en effet, d'une manière si grave la responsabilité du praticien sur un fait dont il est loin de pouvoir toujours se rendre maître, quelques précautions qu'il y apporte, que l'on devait s'attendre à la contradiction qu'elle rencontre. Cette contradiction porte à la fois sur le fait lui-même, c'est-à-dire sur le rôle très-contestable que M. Devergie assigne à l'asphyxie dans les accidents mortels de l'éthérisation et sur les conséquences qu'il en déduit par rapport à la responsabilité médicale. Si nous en jugeons par cette première escarmouche, l'honorable médecin légiste aura fort à faire pour sauver sa proposition ; mais quel qu'en puisse être le sort, on devra savoir gré à son auteur de l'avoir portée à la tribune de l'Académie.

La séance avait été ouverte par un rapport de M. Bousquet sur une question obscure (très-obscure, en effet) de l'histoire de la génération, soumise à l'Académie par un médecin de la marine, M. le docteur Bouffier. On trouvera dans le compte rendu un extrait de ce rapport écrit avec la distinction et l'élégance, nous dirons presque la coquetterie que M. Bousquet met dans toutes ses communications académiques. — Elle a été close par la présentation qu'a faite M. Baillarger d'une jeune fille atteinte d'arrêt de développement physique et intellectuel. Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer à un autre numéro la reproduction des considérations très-intéressantes que M. Baillarger a émises à ce sujet. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

De la diarrhée chronique.

Au n° 27 de la salle Saint-Bernard, était couchée il y a quelques jours une femme atteinte de diarrhée depuis huit mois. En vain avait-on lutté contre le flux intestinal, jamais il ne s'était arrêté d'une manière complète. Le ventre était dur, douloureux, et donnait à la percussion un son mat et obscur à peu près dans toute son étendue. La malade a toussé pendant une semaine environ ; elle s'était enrhumée, et cette bronchite, purement accidentelle, avait pris un caractère aigu et fébrile assez intense.

Je pensai tout d'abord que cette femme était affectée de diarrhée chronique, d'entérite chronique et de péritonite chronique. Cependant, après l'avoir plus amplement questionnée, j'appris que depuis le début de sa maladie elle n'avait pas cessé d'avoir, pendant la nuit, de la fièvre et des sueurs, et qu'elle s'était, en outre, considérablement amaigrie. D'après ces symptômes, je conclus à l'existence d'une péritonite tuberculeuse et d'une entérite tuberculeuse.

N'allez pas croire que ce soit la persistance de la diarrhée qui m'ait amené à poser ce diagnostic : en aucune façon. Je me suis fondé sur la longue et précieuse expérience de M. Chomel, et sur la proposition que ce savant professeur a si souvent soutenue dans cette enceinte même, à savoir, que *la diarrhée chronique avec fièvre et sueurs nocturnes est un signe à peu près certain de tuberculisation.* Plusieurs fois déjà, dans ma vie médicale, j'avais vu se confirmer l'opinion émise par mon prédécesseur dans cette chaire de clinique.

La malade a succombé, et nous avons trouvé à l'autopsie des tubercules dans tous les viscères, à la surface du péritoine, dans les ganglions lymphatiques du mésentère, dans les ganglions lymphatiques bronchiques, à la surface des plèvres ; et, chose très-curieuse, les poumons étaient parfaitement sains. Une loi qui vous est bien connue a souffert ici une exception. Vous savez, en effet, que M. Louis a établi que *pour peu qu'on ait des tubercules quelque part, on en avait nécessairement dans le poumon.* Cette proposition est généralement vraie chez l'adulte, mais elle est fausse chez l'enfant ; car dans un grand nombre de cas vous trouverez des lésions tuberculeuses de la rate, du foie, des intestins et des ganglions bronchiques, sans que les poumons aient été atteints en quoi que ce soit.

— Au n° 23 de la même salle, nous avons en ce moment une malade qui a de la diarrhée depuis plus de six mois. A partir de cette époque, elle a commencé à maigrir, à perdre ses forces, à devenir facilement essoufflée et à être prise d'un frisson suivi de chaleur et de sueurs très-abondantes. Les ongles, et notamment ceux du pouce, commencent à s'incurver — et vous n'ignorez pas ce que pense Hippocrate de cette conformation particulière — ; aussi ma conclusion a-t-elle été celle-ci : diarrhée chronique tuberculeuse. L'auscultation a été pratiquée avec le plus grand soin. Il nous a paru à un certain moment, mais nous n'étions pas tous d'accord sur ce point, qu'il y avait un peu plus de faiblesse dans un sommet du poumon que dans l'autre ; et puis ce signe a disparu, et nous ne l'avons plus retrouvé. Néanmoins, je suis persuadé que cette femme chemine sur la route de la phthisie pulmonaire.

La malade continue à avoir de la fièvre et de la diarrhée, mais il ne se manifeste rien, absolument rien du côté de la poitrine. Cependant, je dis encore qu'elle est tuberculeuse.

Cela n'a pas été pour moi une raison de perdre complétement courage ; aussi ai-je d'abord voulu lutter contre l'accès fébrile qui revenait chaque soir. En général, les bonnes fièvres à quinquina se produisent de quatre heures du matin à huit heures du soir, tandis que les fièvres de suppuration reviennent, au contraire, de quatre ou cinq heures du soir à six heures du matin. Je savais cela à merveille, et en l'administrant je comptais assez peu sur le quinquina. Le sulfate de quinine fut prescrit à hautes doses, et à ma très-grande stupéfaction, la diarrhée s'est arrêtée pendant plus d'un mois ; seulement la fièvre étant restée la même, j'insistai de nouveau sur le médicament, mais les accès fébriles persistèrent.

Avec tout cela, cette femme avait repris des forces et de l'appétit ; elle engraissait même. Comme les digestions avaient toujours été lentes et pénibles, même avant l'emploi du sulfate de quinine, vous m'avez vu essayer d'une médication qui vous a sans doute paru étrange — étrange pour nous autres Français, car elle est en faveur de l'autre côté du détroit —, je veux parler de l'acide chlorhydrique en dissolution.

La malade a pris chaque jour six gouttes d'acide chlorhydrique, et les accidents dyspeptiques, qui s'étaient préalablement montrés rebelles aux alcalins, ont cessé. J'ai suspendu la médication, et les troubles digestifs ont reparu.

En somme, et c'est là mon opinion formelle, bien que l'état de la femme du n° 23 soit certainement amélioré, je reste convaincu

FEUILLETON.

Le lac Salé de Dréhan. — Le papier-parchemin. — Un nouvel oxyde de silicium. — Les étiquettes de jardin.

Nous entretenions dernièrement nos lecteurs d'une communication fort intéressante de M. Phipson sur des observations de mirage en Flandres. Un de nos médecins militaires les plus distingués, M. Bonnafont, a été témoin de semblables phénomènes en Afrique, alors qu'il faisait partie de l'expédition qui précéda le traité de la Tafna.

Parties d'Oran le 15 mai 1837, les troupes françaises bivouaquaient le soir au village de Mezerguin, le 16 à Blidah, et le 17, à cinq heures du matin, elles se mettaient en route par un très-beau temps (vent N. E. frais, et + 16° centigr.). Vers huit heures, on découvrit d'une petite élévation une immense surface blanche, miroitant au soleil et connue sous le nom de *lac Salé;* elle avait quatre à cinq lieues de long, et environ une lieue et demie de large, et s'étendait de l'est à l'ouest.

Dans cet espace, la terre était couverte d'une couche blanche, comme neigeuse, formée par la cristallisation du sel dont la terre était imprégnée. Celui-ci, dissous par les pluies torrentielles, se déposait à la surface du sol quand les grandes chaleurs avaient produit l'évaporation de l'eau.

Les soldats qui faisaient face au soleil apercevaient à la distance d'un kilomètre environ des ondulations pareilles à celles d'un liquide. Toute la partie du lac située au delà ressemblait à une petite mer agitée par une brise très-fraîche, et cependant il n'y avait pas d'eau en ce lieu. Du même point on voyait les flamants grandir à mesure qu'ils s'enfuyaient sur le lac, et on éprouvait alors une illusion d'optique si grande, qu'on se figurait en présence d'Arabes montés sur leurs coursiers. Le général Bugeaud envoya même un spahis en éclaireur, mais à mesure que ce cavalier avançait, sa forme prenait de telles dimensions, que bientôt homme et cheval ne présentèrent plus qu'un être gigantesque et entièrement fantastique. Un épais nuage vint intercepter les rayons du soleil et mit fin à la scène.

Tous les matins la surface du lac était recouverte d'une couche légèrement nébuleuse d'un mètre de hauteur, suffisamment transparente pour laisser distinguer assez loin. Jusqu'à sept heures et demie ou huit heures du matin, on pouvait parcourir le lac en tous sens, sans rien observer de particulier ; mais à cette heure, des ondulations commençaient à se dessiner à un kilomètre de distance. Puis elles augmentaient, et à mesure que le soleil montait, l'eau fantastique se rapprochait du levant, tandis qu'au couchant aucun phénomène ne se produisait. Lorsque le soleil arrivait au méridien, tout à coup le tableau changeait ; les ondulations devenaient des vagues qui envahissaient tous les côtés du lac, et semblaient menacer l'observateur placé au milieu. Enfin ces effets de mirage se rapprochaient du couchant, et souvent même faisaient défaut quand le soleil s'éloignait du méridien.

M. Bonnafont signale encore un phénomène qui servit pendant quelque temps d'amusement à nos troupes.

Si, le soleil étant à l'est et le vent soufflant du côté opposé, on projetait sur le lac un petit corps léger susceptible d'être enlevé par le vent (têtes de chardon), on le voyait grossir en s'éloignant, et au moment où il entrait dans les ondulations, c'était comme une petite nacelle balancée sur les vagues ; elle s'éloignait peu à peu, et disparaissait enfin comme si elle avait sombré.

Jamais notre honorable confrère ne put observer les objets réfléchis et d'apparence double que Monge signalait en Egypte. Mais il fit une remarque assez curieuse ; c'est qu'aucun phénomène de mirage ne se montra tant que souffla le simoun, et que la température s'éleva à 34° centigr. à l'ombre et à 45° au soleil.

— Si on plonge du papier non collé dans un mélange formé de deux parties d'acide sulfurique concentré et d'une partie d'eau, et qu'après l'avoir immédiatement retiré on le lave dans l'oau ordinaire, on obtient un nouveau produit auquel M. Gaine a donné le nom de papier-parchemin. Cette qualification semble suffisamment justifiée, car dès qu'il a été soumis à cette opération le papier ne boit plus et peut supporter l'écriture ; de plus, il prend une ténacité si grande qu'une bande annulaire de deux centimètres de largeur supporte sans se rompre 30 à 50 kilogr., c'est-à-dire un poids presque double de celui auquel pourrait être soumise la même bande de parchemin.

Ce nouveau papier absorbe une certaine quantité d'eau, mais sans se laisser traverser ; le poids du papier ne s'accroît pas pendant l'opération, ce qui prouve qu'il ne retient pas d'acide sulfurique. La ténacité du papier-parchemin et sa ressemblance avec le véritable parchemin le rendent très-préférable au papier ordinaire dans les actes publics, les certificats légaux, en un mot dans tous les cas où il importe d'obtenir à la fois la force et la durée. Il a de plus l'apparence du vélin, et peut être employé dans la reliure et même dans la peinture à l'huile.

On a pu appliquer ce même procédé à des cartes et à des gravures lithographiques ; on leur donnait alors une surface très-polie, qui se maculait difficilement et qu'on pouvait nettoyer sans peine.

Il est très-difficile dans l'état de nos connaissances d'expliquer la

qu'elle est atteinte de tubercules, et qu'elle succombera tôt ou tard aux ravages de la phthisie pulmonaire, malgré l'exemple exceptionnel que je rapportais en commençant cette conférence.

— Au n° 22 de la même salle, se trouve une femme qui a de la diarrhée depuis deux ans. Elle est maigre, très-pâle, a du bruit de souffle dans les vaisseaux et est plongée dans un tel état d'anémie, que ma première question a été de m'informer si elle n'était pas sous le coup d'hémorrhagies utérines considérables. Il n'en est rien. Elle a eu six enfants, mais jamais de pertes, de flux menstruel exagéré, ni d'épistaxis. Depuis l'invasion de sa lientérie chronique, la malade a constamment été sans fièvre, sans sueurs nocturnes; je le lui ai fait encore répéter devant vous.

Dans quelles conditions est-elle entrée à l'Hôtel-Dieu? Elle nous raconte qu'habitant la Champagne avec son mari et le seul enfant qui lui reste, et pouvant à peine s'y nourrir, tant était grande la misère de cette pauvre famille, elle est arrivée à Paris pour chercher dans cette immense Babylone une occupation quelque peu lucrative. Elle en a trouvé bien moins qu'en Champagne; son mari n'a pas travaillé, est tombé malade, et cette malheureuse femme en a été bientôt réduite, elle et son enfant, à la seule ration de pain des bureaux de charité, si bien que depuis deux ans elle est dans un état d'*inanition* perpétuelle, et par conséquent dans la condition des animaux qui meurent par défaut d'alimentation!

Ici la diarrhée chronique a été causée par une nourriture mauvaise et insuffisante, et elle est entretenue, depuis que la malade a été soumise à un bon régime d'hôpital, par la déplorable pauvreté du sang. Les indigents, en effet, tournent dans un cercle vicieux: une alimentation défectueuse et incomplète leur donne la diarrhée, et le sang devient tous les jours de moins en moins riche. Or, une fois que le sang est ainsi appauvri, les sécrétions salivaires, stomacales, biliaires et pancréatiques se vicient rapidement. Donnez tout à coup un bon aliment à ces malheureux, et les sucs de leur estomac seront inhabiles à le modifier physiologiquement.

Notre malade du n° 22 *a eu des sucs gastriques altérés parce qu'elle a mal digéré; désormais elle va mal digérer parce qu'elle a des sucs gastriques altérés.* Elle se trouve absolument dans la condition d'un animal malade, et les expériences de M. Cl. Bernard sur la perforation artificielle de l'estomac vous ont appris que du moment où l'on fait fébriciter un animal, les sucs gastriques ne se produisent plus, et que les sécrétions diverses deviennent impropres à l'accomplissement de la digestion.

Dans ce cas, la médication va être extrêmement difficile. Je prescris une alimentation succulente, mais je la dispense avec une extrême parcimonie. En outre, j'essaye par tous les stratagèmes possibles de remplacer les sucs gastriques, et j'y arriverai, je l'espère, au moyen de l'acide chlorhydrique. Comme cette femme n'est en aucune façon tuberculeuse, j'estime que d'ici à deux mois elle aura recouvré du teint et des forces, et récupéré ses aptitudes digestives.

Ces trois malades de notre salle Saint-Bernard dont je viens de mettre sous vos yeux le bilan pathologique doivent être pour vous un enseignement important, au point de vue du pronostic d'abord, selon que la diarrhée chronique s'accompagne ou non de fièvre et de sueurs nocturnes. Dans l'exercice de la médecine, c'est quelque chose que de savoir bien établir un pronostic, car si les familles sont souvent indulgentes pour la manière dont vous avez traité un des leurs, elles ne le sont jamais si votre jugement ne s'est pas vérifié. On nous pardonne de laisser succomber un malade, car tout le monde sait fort bien que nous sommes dus à la mort, *debemur morti nos nostraque*, a dit Horace, mais on ne nous accorde pas une erreur de pronostic. Eh bien, en présence d'une diarrhée chronique, et principalement chez les adolescents, ne vous hâtez donc pas d'émettre une opinion trop favorable; faites de sages réserves, et surveillez attentivement l'apparition de la fièvre et des sueurs nocturnes, ce prélude des tubercules.

D'autre part, le côté thérapeutique de la question ne manque pas de valeur. Lorsque vous vous trouverez face à face avec un flux intestinal qui aura débuté d'une manière assez simple, qui ne se sera jamais répété qu'une ou deux fois par jour, qui n'aura point causé une débilité trop sensible, savez-vous ce qui arrivera si vous méconnaissez la nature de cette maladie? Il arrivera que vous jugerez l'affection fort peu grave, que vous dirigerez contre elle une série de remèdes condamnés à l'impuissance, et qu'en présence de vos revers vous laisserez le septicisme surprendre votre esprit. Alors le pire des malheurs aura fondu sur vous; n'ayant plus foi dans la thérapeutique, vous ne serez que de mécréants médecins, car ne plus croire à son art, c'est ressembler à ces misérables prêtres qui montent à l'autel avec le sacrilége dans le cœur!

Il n'y a pas de thérapeutique possible sans bon diagnostic. Appliquez-vous donc à bien discerner une diarrhée chronique incurable d'une diarrhée chronique curable. Vous saurez alors que, si vous n'avez pas guéri dans le premier cas, c'est que vous vous étiez attaqué à quelque chose qui n'était pas guérissable, et vous éviterez tout mécompte en n'attendant des moyens que vous aurez mis en œuvre que de simples modifications, en un mot qu'un résultat incomplet. Dans le second cas, vous vous habituerez à manier sagement les médicaments, et vous apprendrez surtout à croire à leurs vertus.

Ne soyez donc plus étonnés à l'avenir de me voir à peu près échouer contre les diarrhées fébriles; mais accusez-moi hautement si ma thérapeutique reste impuissante contre une lientérie chronique apyrétique, car celle-là doit guérir. Sans doute, il y a bien là-dessous quelques petits stratagèmes; sans doute le succès dépend d'une tactique qui n'est pas toujours facile, mais enfin le médecin peut y arriver, et il faut qu'il y arrive.

Dr L. DU S.

MALADIES DE LA PEAU. — M. CHAUSIT.

De l'emploi du glycérolé d'aloès dans quelques affections de la peau (1).

OBS. V. — Le 10 juin 1856, la nommée R... Elisabeth, âgée de quarante-deux ans, couturière, est venue nous consulter au dispensaire pour une éruption siégeant aux mains et dont elle est affectée depuis six semaines environ. Elle en attribue le développement aux préoccupations que lui ont causées les difficultés de son établissement à Paris où elle réside depuis trois mois seulement. Cette affection qui occupe le dos des deux mains, est constituée par des papules rouges, agglomérées, par un suintement assez abondant, des fissures confluentes, surtout aux poignets et à la face dorsale des articulations phalangiennes. La peau est épaissie, roide; prurit très-violent, croûtes assez épaisses, humectées par la sécrétion grisâtre que fournissent les crevasses. C'était un lichen agrius qui fut combattu par: solution de Pearson, 50 centigrammes; cataplasmes le soir; lotions de glycérine le matin; plus tard, par quelques bains alcalins.

Ce traitement fut continué sans interruption jusqu'au 20 septembre, époque à laquelle la malade cessa de venir au dispensaire. L'éruption était d'ailleurs presque guérie. Il n'existait ni rougeur, ni épaississement notable de la peau, sur laquelle on ne voyait que quelques papules disséminées et une exfoliation légère.

Six semaines après, l'éruption s'était de nouveau développée avec les mêmes caractères: rougeur et rudesse de la peau, suintement abondant, crevasses multipliées, excoriations disséminées au sommet des papules. La malade attribue cette exacerbation à l'usage d'une pommade au précipité blanc, qui lui avait été conseillée à une consultation de l'hôpital Saint-Louis, et dont elle s'était servie cinq ou six fois seulement.

La malade ne revint au dispensaire que le 27 novembre. Elle avait appliqué des cataplasmes dont elle avait retiré peu de soulagement. L'éruption présentait donc la physionomie que nous venons de décrire.

(1) Fin. — Voir le numéro du 28 avril.

Le glycérolé d'aloès au quart fut appliqué sur la main gauche seulement pendant huit jours consécutifs, jusqu'au 5 décembre; car la malade continuant l'usage de la solution de Pearson, nous nous proposions de constater ainsi l'action réelle du topique. Lotions de glycérine sur la main droite.

5 décembre. — La peau de la main gauche est à peine rosée; elle est souple, sans trace aucune des fissures; l'exfoliation est à peu près nulle; point de prurit. Sur la main droite qui a été lotionnée avec la glycérine, l'éruption n'est pas aussi avancée vers la guérison. Ainsi la peau est encore bien rouge et surtout rugueuse; la saillie des papilles est très-prononcée; les lamelles sont abondantes, d'une teinte grisâtre; les crevasses sont toujours suintantes et le prurit est aussi très-intense.

Cette expérience ne permettant pas de méconnaître l'influence heureuse exercée par le topique, nous l'appliquons alors sur les deux mains.

Le 8, la main gauche est guérie; à la main droite, l'éruption est déjà très-heureusement modifiée, bien que le topique n'ait été employé que quatre fois; ainsi la peau n'est plus rouge, elle est grisâtre, souple, sans crevasses; les exfoliations sont légères et minces, la rudesse est peu prononcée; tout annonçait une guérison très-prochaine; mais dans le courant de la journée, la malade éprouva aux mains de la chaleur vive, des picotements répétés, et une éruption impétigineuse se développa sur les deux mains. Cette complication fâcheuse se continua par poussées successives jusqu'au 26 février 1857. Elle retarda ainsi la guérison définitive; mais au point de vue de l'action thérapeutique du glycérolé d'aloès, on peut dire que sous son influence le lichen avait disparu, lorsque s'est développée l'éruption impétigineuse, dont l'apparition a peut être été provoquée par la dose trop forte du toxique.

Cette observation présente une circonstance sur laquelle je dois appeler l'attention des praticiens: c'est la complication impétigineuse qui s'est manifestée. Cet accident, qui s'est reproduit sous une autre forme, dans des conditions individuelles analogues, doit-il être attribué à l'action trop active du topique? Je suis tout disposé à le croire, bien que l'observation clinique démontre que la complication impétigineuse, dans le cours du lichen, n'est pas toujours le résultat d'une cause locale; et cela me conduit à dire à quelle dose et comment j'applique la teinture d'aloès. Voici la formule dont je me sers:

Teinture d'aloès.	de 4 à 8 gram.
Faites chauffer jusqu'à évaporation complète de l'alcool, puis ajoutez peu à peu	
Glycérine.	30 —

Il en résulte un liquide d'une couleur rouge d'acajou qui ne se trouble ni ne dépose jamais, et que l'on étale à l'aide d'un pinceau sur les surfaces malades.

La dose de teinture d'aloès doit être basée sur l'effet que l'on veut produire, mais surtout sur les conditions individuelles, soit de tissu, soit de siége, soit de nature des points affectés. Mais dans tous les cas, les accidents tout locaux que le glycérolé d'aloès pourrait produire, ne sauraient ni infirmer ni amoindrir les heureux résultats qu'il faut en attendre.

J'ai employé le topique dans un cas où le lichen avait succédé à une éruption gourmeuse, c'est-à-dire là où il paraît dépendre surtout d'un état général. J'ai obtenu un succès complet.

OBS. VI. — Le 3 janvier 1857, F... (Jeanne), âgée de huit ans et demie, est venu au dispensaire. Cette enfant, forte, bien constituée pour son âge, a eu, nous dit sa mère, des gourmes jusqu'à sept ans; à cette époque, l'éruption disparut de la face, et peu de temps après se développa l'affection qui existe aujourd'hui aux jarrets. Une saison passée aux bains de mer, en septembre dernier, amena une guérison presque complète; mais au commencement du mois de novembre, le mal a repris ses anciens caractères.

Le 3 janvier. Aujourd'hui l'éruption occupe aux deux jarrets une étendue que l'on couvre à peine avec la paume de la main; la peau, rouge, rugueuse, couverte de papules enflammées, présente des crevasses transversales, situées dans les plis naturels de cette région; une matière séro-purulente assez abondante baigne les surfaces malades, ou forme des croûtes grisâtres à demi desséchées. Douleur vive, augmentée surtout par la marche, qui rend souvent les excoriations saignantes. Application de glycérolé d'aloès au huitième, les 3, 5 et 6 janvier. L'amélioration est déjà bien prononcée; ainsi, la rougeur a presque entièrement disparu; les fissures sont fermées, la peau est souple; enfin, l'enfant peut marcher sans éprouver ni douleur ni gêne. Le même traitement est continué les jours suivants.

Le 10 janvier, il n'existe plus de traces de l'éruption. J'ai revu la malade le 24 mars, et l'éruption n'avait pas reparu. La santé générale était toujours satisfaisante.

Je ne veux pas conclure de ce fait que le traitement externe a suffi pour guérir le *lichen agrius*; mais il est incontestable que le glycérolé d'aloès, en amenant la cicatrisation des gerçures sur les points affectés, a produit par suite une modification complète de l'éruption. Dans l'espèce, le résultat n'eût-il été que de faire disparaître les ulcérations, il aurait encore une véritable importance, puisque la jeune fille qui fait le sujet de l'observation précédente éprouvait, par suite de ces crevasses, des souffrances qui gênaient considérablement la marche.

Les faits déjà nombreux que j'ai été à même d'étudier m'ont permis de constater un point très-intéressant pour la pratique; c'est que l'efficacité du glycérolé d'aloès serait particulièrement appréciable dans les cas de lichen à l'état *agrius*. En effet, je l'ai appliqué dans des cas où cette maladie existait à l'état non *agrius*, et, bien qu'elle fût parfaitement localisée, les effets du topique ne m'ont pas paru se faire sentir avec autant de promptitude, ni surtout être aussi complets.

C'est probablement à cette vertu essentiellement cicatrisante de l'aloès qu'il faut attribuer les résultats satisfaisants que j'ai pu en

---

nature de cette action extraordinaire et presque instantanée qui a pour effet de transformer une substance faible, poreuse, facile à se désagréger, en une substance très-tenace, imperméable, et qui ne se désagrége plus. Quel est ici le rôle de l'acide sulfurique? L'auteur ne croit pouvoir lui accorder qu'une action de présence.

— Occupés d'observations sur la force conductrice de l'aluminium pour le courant électrique, MM. Buff et Wöhler ont trouvé que si on plonge ce métal comme pôle positif dans une dissolution de chlorure de sodium, il se dégage un gaz qui, a la propriété remarquable de s'enflammer spontanément à l'air, et qui, mêlé à de l'oxygène, fait une forte détonation. Supposant qu'il était formé par le silicium contenu dans l'aluminium employé, les auteurs ont cherché à le produire par la voie purement chimique. En chauffant du silicium dans un courant sec d'acide hydrochlorique gazeux, jusqu'au rouge faible, ce dernier a été décomposé facilement, et on a obtenu du gaz hydrogène ordinaire, mais en même temps un nouveau chlorure de silicium. C'est un liquide fumant, très-mobile et plus volatil que le chlorure ordinaire $Si\,Cl3$. Par l'eau il est décomposé en acide hydrochlorique et en nouvel oxyde de silicium, qui se présente sous la forme d'une matière blanche, un peu soluble dans l'eau et très-soluble dans les alcalis, même dans l'ammoniaque; il dégage alors du gaz hydrogène avec effervescence, et se transforme en acide silicique. Chauffé à l'air, il prend feu et brûle en dégageant une lumière très-blanche et de l'hydrogène qui s'enflamme. Les auteurs cherchent maintenant la composition de ce chlorure et de cet oxyde.

— On connaît un grand nombre d'encres indélébiles destinées à écrire sur de petites plaques de zinc le nom des arbustes et des fleurs qui parent nos jardins et nos collections d'horticulture. Nous allons, en l'honneur de nos confrères amateurs, reproduire une formule qui a été communiquée dans ces derniers temps à la Société d'horticulture de la Seine.

On délaye 2 grammes de noir de fumée dans une quantité suffisante d'esprit-de-vin; on triture et on fait fondre 10 grammes d'acétate de cuivre et 10 grammes de sel ammoniac dans 100 grammes d'eau: on mélange et on conserve le tout dans une bouteille bien bouchée, qu'on a soin d'agiter quand on veut se servir de l'encre.

Lorsque le zinc est par trop oxydé, on le nettoie facilement avec un peu d'acide chlorhydrique. Les étiquettes vieilles peuvent servir de nouveau, car il suffit de promener à leur surface un bouchon de liége trempé dans cet acide concentré, et de laver immédiatement la plaque dans de l'eau ordinaire, pour faire disparaître l'ancienne écriture.

Dr E. RENAUD.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Parallèle du typhus et de la fièvre typhoïde, par le docteur DURIAU, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. In-8°. Prix, 1 fr. 25 c. A Paris, chez Delahaye et Chatel, libraires, place de l'École de médecine, 23.

Notice sur les eaux thermales sulfuro-salines de St-Gervais en Savoie, par le Dr J. F. PAYEN. In-8°. — **Carte topographique des environs des bains**, par le même. Une feuille in-f°. Paris, Jannet, rue Richelieu, 15.

obtenir dans deux cas de sycosis fixés à la portion sous-nasale de la lèvre supérieure, et qui étaient compliqués de crevasses douloureuses et saignantes circonscrivant la base de la sous-cloison et des ailes du nez. Dans ces circonstances, j'ai employé la teinture d'aloès en pommade, dans la proportion de 1 gramme pour 10 grammes d'axonge.

Encouragé par les résultats que j'avais obtenus, je me suis demandé si l'application du glycérolé d'aloès comme topique cicatrisant ne serait pas applicable au traitement des excoriations de l'eczéma. L'observation démontre, en effet, qu'entre ces excoriations et les gerçures du lichen il est des points d'analogie sous le rapport de certaines impressions locales, de conditions de tissu, et surtout de l'influence que ces symptômes exercent sur la persistance et le développement de l'éruption. A ce dernier point de vue, il pouvait, il devait donc être utile d'employer un cicatrisant énergique contre des excoriations souvent très-rebelles, très-incommodes, très-douloureuses même.

J'ai employé deux fois le glycérolé d'aloès contre l'eczéma de l'oreille. Dans ces deux cas, l'affection datait depuis plus d'un an ; elle était localisée à l'oreille droite chez un enfant âgé de dix-huit ans ; chez une femme, âgée de quarante et un ans, elle était accompagnée d'un eczéma du cuir chevelu. Dans ces deux cas, l'application du glycérolé d'aloès a été suivie d'une modification aussi heureuse que prompte de l'éruption. En quelques jours le suintement était tari. Six semaines après, l'éruption n'était pas reparue chez l'enfant. Quant à la femme, l'eczéma du cuir chevelu, combattu par la solution de Pearson, une pommade alcaline et des bains de vapeur, fut entièrement guéri deux mois après. Pendant quelques jours un léger suintement s'était montré aux oreilles; mais deux ou trois applications du glycérolé d'aloès le firent promptement disparaître.

Ces heureux résultats étaient obtenus sans aucun accident local. Il n'en a pas été de même dans le fait suivant d'eczéma du sein ;

OBS. VII. — La nommée D... (Fanny), âgée de vingt-trois ans, est venue au dispensaire le 6 décembre 1856 demander conseil pour une affection occupant le sein droit, et qui s'était développée trois mois auparavant à la suite du traitement rapide de la gale à l'hôpital Saint-Louis. Cette affection, qui formait autour du mamelon un disque ayant les dimensions d'une pièce 5 francs, était caractérisée par une surface rouge, suintante, couverte de lamelles mollasses et grisâtres, douloureuse au toucher, accompagnée d'un prurit intense.

Le glycérolé d'aloès au quart fut appliqué les 6, 7 et 8 décembre ; ce jour-là l'amélioration est évidente. Ainsi toute trace de suintement a disparu; la rougeur est moins vive; la peau, débarrassée des lamelles, est lisse et unie; le prurit est à peine sensible.

Le 9, la guérison semble prochaine. — Même traitement.

Cependant le lendemain une inflammation circonscrite s'était développée à la partie inférieure du disque; c'était une angioleucite accompagnée d'élancements, de cuisson et de douleur dans les ganglions axillaires. Cet accident local se dissipa au bout de huit jours sous l'influence seule d'applications émollientes. La malade cessa de venir au dispensaire, mais j'ai appris depuis que l'eczéma avait reparu environ trois semaines après.

L'angioleucite qui s'est manifestée chez cette malade était bien évidemment le résultat de l'application du topique. La teinture d'aloès était employée à une dose trop forte, dans la proportion d'un quart. Ce qui doit le faire présumer, c'est que dans les observations que j'ai recueillies les deux accidents qui semblent traduire une action trop énergique du topique se sont manifestés chez des femmes. Mais si la complication que je viens de signaler prouve une fois de plus l'importance des indications qui doivent régler la dose du glycérolé d'aloès, elle n'infirme en rien les résultats locaux obtenus dans l'observation à laquelle elle se rapporte. En effet, dès la quatrième application du topique l'eczéma du sein était presque complétement modifié, et il restait à peine un peu de rougeur.

Enfin, des considérations déduites de la propriété tonique et stomachique de l'aloès m'ont conduit à étendre son emploi au traitement de certaines affections de la peau traduisant une lésion de sécrétion des glandes sébacées, je veux parler des affections comprises dans le type acné. Les résultats satisfaisants que j'ai pu en obtenir m'autorisent à signaler ici cette nouvelle indication, rationnelle à mon avis, des préparations aloétiques, mais sans insister plus longuement sur ce point d'observation pratique, parce que les malades qui font le sujet de cette étude sont encore en traitement.

En résumé, le glycérolé d'aloès, appliqué au traitement topique du *lichen agrius*, a pour effet constant d'amener très-promptement la cicatrisation des gerçures qui caractérisent cette affection et qui sont souvent si pénibles; de modifier par l'effet de cette cicatrisation la marche de la maladie, au point de la faire disparaître quelquefois complétement.

Cet effet est surtout manifeste dans la forme du *lichen agrius ;* il est encore appréciable, mais à un degré évidemment moindre, dans la forme non agrius.

Le glycérolé d'aloès peut être appliqué avec des résultats avantageux au traitement des excoriations de l'eczéma et surtout de l'eczéma chronique, limité aussi à certains siéges.

Il faut dans tous les cas tenir compte des conditions de siége, de tempérament, de tissu, pour déterminer la dose à laquelle doit être employée la teinture d'aloès.

L'action du glycérolé d'aloès diffère essentiellement de celle des topiques employés à titre d'astringents ou de caustiques légers; tels que les préparations de plomb, de sulfate de zinc, de tannin, de nitrate d'argent, etc. Elle est tonique, et sous ce rapport elle offre pour la pratique un avantage incontestable. Elle est prompte, ce qui constitue encore une circonstance heureuse. Il suffit, en effet, de quelques jours, de cinq ou six applications au plus, pour obtenir la cicatrisation de crevasses souvent anciennes, très-opiniâtres, et qui non-seulement constituent un symptôme douloureux et pénible, mais deviennent une cause d'extension nouvelle pour la maladie.

Les effets locaux et immédiats de l'application du glycérolé d'aloès se réduisent à une sensation de cuisson, qui n'est pas constante d'ailleurs, et qui se dissipe généralement au bout de quelques minutes.

La glycérine n'a aucune part dans les heureux résultats que l'on obtient à l'aide de ce topique. Plusieurs des observations consignées dans cette note attestent son inefficacité, au moins dans le traitement des états pathologiques que nous avons cherché à définir et à spécifier. D'ailleurs des expériences comparatives continuées chaque jour confirment à nos yeux cette opinion.

Enfin l'expérience m'a permis de constater un phénomène tout local aussi, qui se manifeste après l'emploi de ce topique et qui n'est pas un des résultats les moins curieux de cette application. J'ai remarqué que sous l'influence de la modification produite par le glycérolé d'aloès, les tissus tendent immédiatement à revenir à leur état normal. La tension et la rénitence s'effacent avec promptitude; l'épaississement de la peau disparaît; celle-ci devient souple et, chose remarquable, je l'ai vu, chez un cordonnier entre autres, affecté d'un lichen agrius des mains, acquérir une malléabilité qu'elle n'avait jamais eue auparavant, même à l'état normal.

Cette circonstance a une grande importance en ce qu'elle peut servir à démontrer que l'action du glycérolé d'aloès est aussi complète que possible, et à expliquer comment les modifications obtenues ont pu se maintenir de manière à me donner le droit de croire à des guérisons complètes.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que les résultats consignés dans cette note n'ont pas la prétention de constituer un système nouveau et encore moins absolu. J'ai voulu seulement exposer quelques faits à l'appui de l'utilité que présente l'emploi rationnel d'un topique cicatrisant dans quelques formes de maladies de la peau, livrant d'ailleurs ces faits à la sanction de la pratique.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 mai 1857. — Présidence de M. MICHEL LÉVY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport du médecin des épidémies de l'arrondissement de Boulogne-sur-Mer, sur une épidémie d'*angine* couenneuse qui a sévi dans cette ville en 1855, 1856 et 1857 ;

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de l'Aude, de Loir-et-Cher et du Gers pendant l'année 1856 ;

3° Un rapport de M. le docteur Fabas, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1855 ;

4° Un rapport de M. Lafont, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Bayonne, sur une épidémie de variole qui a régné au mois de février dans la commune de Andaye (Basses-Pyrénées). [Commission de vaccine.]

— M. MICHEL LÉVY. J'ai l'honneur de présenter à l'Académie l'ensemble des programmes détaillés qui règlent les cours et les conférences de l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires. Ces documents, sortis de l'imprimerie impériale, ont été publiés par ordre de S. Exc. M. le maréchal ministre de la guerre, à l'instar des programmes des autres écoles militaires. On remarquera, en les examinant, que chaque enseignement est contenu dans des limites fixes, soumis à une marche régulière, et que toutes les branches de l'enseignement du Val-de-Grâce sont coordonnées en vue du but qu'il doit atteindre et qui se résume ainsi : 1° donner aux jeunes docteurs sortis des Facultés l'habileté d'exploration et la sûreté d'action qui sont indispensables au médecin militaire, presque toujours abandonné à lui-même et maître absolu d'une clientèle qui n'a pas le libre choix de son médecin; 2° leur inculquer les connaissances spéciales et les règles administratives sans lesquelles ils se trouveraient fourvoyés dans nos casernes, dans nos hôpitaux, dans nos ambulances.

La spécialité de la médecine militaire ressort clairement de l'ensemble de ces programmes. L'Académie ne verra pas sans intérêt que le Val-de-Grâce est aujourd'hui la seule école médicale qui soit soumise à une forte discipline d'études, la seule où les travaux pratiques dominent et aient pour objet de familiariser au même degré le jeune docteur avec les allures de la clinique médicale, les procédés opératoires, les applications d'appareils avec les expertises de chimie applicable à l'hygiène publique et à la médecine légale.

J'ai pensé que ces détails, et surtout ces programmes, méritaient de fixer un moment votre attention.

RAPPORTS.

Génération. — M. BOUSQUET lit un rapport sur un travail de M. le docteur Bouffier, médecin de la marine, ayant pour titre : *Quelques considérations sur un point obscur de la génération.*

Il y a tant de points obscurs dans la fonction de la génération, qu'on se demande d'abord quel est celui que M. Bouffier s'est proposé d'éclaircir; il a choisi, entre tant d'autres, l'alternance des sexes : il veut savoir par quels moyens la nature amène alternativement un garçon et une fille, un mâle et une femelle.

M. Bouffier s'est inspiré aux mêmes sources qu'Harvey dans sa grande découverte. La contemplation de l'univers lui a appris que jusque dans ses plus grandes merveilles la nature n'emploie que les moyens les plus simples. Conduit par cette pensée, il a essayé de rivaliser avec elle de simplicité; il a donc imaginé un moyen avec lequel il arriverait facilement à ses fins, et ce moyen il le donne comme celui de la nature elle-même.

Or il lui paraît que, pour créer tantôt un mâle et tantôt une femelle, il suffirait d'alterner le sexe des œufs, et, sans plus de raisons ni de façons, il suppose que chaque menstruation apporte tour à tour un germe mâle et un germe femelle; mais cette supposition en renferme une autre : c'est que chaque mois un germe se détache de l'ovaire et coule dans la matrice, ce qui n'est ni prouvé ni probable.

Est-ce bien là une explication? En fait, filles et garçons naissent à peu près en égal nombre, il le faut, j'en ai dit la raison; je veux savoir l'explication du fait, on me répond par le fait lui-même; car dire qu'à chaque menstruation le germe change, n'est-ce pas la même chose que de dire qu'il vient alternativement un garçon et une fille? Ce n'est même pas reculer la difficulté, c'est changer simplement les termes du problème !

Quoi qu'il en soit, avec l'alternance des germes, M. Bouffier ne voit plus de difficultés; il explique aussi facilement la juste proportion des sexes que le retour opiniâtre du même sexe dans certaines familles.

Il oublie qu'il y a des grossesses doubles, et quoique, en général, les jumeaux soient du même sexe, ils ne le sont pas toujours.

Cependant M. Bouffier a d'autant plus de confiance dans sa théorie qu'elle lui sert à lire le sexe de l'enfant dans le sein maternel, excepté pour la première conception; mais celle-là connue, il connaît toutes les autres : rien de plus facile. Le sexe changeant, dans l'hypothèse, à chaque menstruation, le mois lunaire de la première conception lui donne le genre de toutes les autres, il suffit de compter. Me sera-t-il permis de faire une remarque? c'est que dans toutes les prophéties de ce genre, comme à pair et impair, où les chances sont égales, on est toujours exposé à prendre les jeux du sort pour les enseignements de la science. Deux astrologues sont consultés sur le sexe d'un enfant à naître : l'un annonce un garçon, l'autre prédit une fille. Il est certain qu'il y en a un qui rencontrera juste; mais qu'on continue, et la suite aura bientôt prouvé la vanité de sa science.

Il est superflu d'entrer dans les secrets de la création pour voir que la Providence ne s'est pas contentée d'établir l'ordre sur la terre, elle a pris les moyens les plus sûrs pour le perpétuer : de la nécessité de la mort se déduit la nécessité de la reproduction; du concours de deux sexes différents à la reproduction résulte la nécessité de l'équilibre entre ces sexes.

Il y a plus de deux mille ans qu'Aristote a fait sur la succession et la proportion des sexes des observations que M. Flourens s'est plu à répéter. Aristote observa les amours du pigeon, et s'assura qu'il produit d'une même couvée deux œufs, l'un mâle et l'autre femelle, et le mâle vient presque toujours le premier.

Depuis cette époque reculée, le pigeon n'a pas changé de mœurs. M. Flourens raconte que onze couvées successives d'un même couple lui ont donné dix fois de suite deux petits, l'un mâle et l'autre femelle, et toujours le mâle est sorti du premier œuf pondu. A la onzième ponte, il vint trois œufs; le premier contenait une femelle, le second un mâle; la troisième ne produisit rien.

Ainsi, mâles et femelles naissent dans la même proportion, à peu de chose près. Ce fait est une loi. Pour l'espèce humaine, Buffon a compté qu'il naît 16 garçons contre 15 filles; et si on juge par les articles du Bureau des longitudes, rien n'est changé à cette proportion.

Dans les espèces mixtes, la différence est bien plus grande; ce n'est pas d'un seizième, c'est d'un sixième que les mâles excèdent les femelles.

Au contraire, parmi les enfants naturels, il y a, dit-on, plus de filles que de garçons.

Nous donnons ces chiffres et ces rapports sur la foi des statistiques, et nous avouons humblement que nous sommes incapables d'en donner les raisons...

Mais quelque étonnants, quelque obscurs que soient ces problèmes, tout est accessoire auprès de la reproduction d'un nouvel être. Pour se déguiser à lui-même son impuissance, Leibnitz imagina la *préexistence* des germes. Dans ce système, le nouvel être ne se forme pas, il est tout formé dans le sein de la mère, et le mâle ne fait en quelque sorte que le réveiller de son engourdissement et lui donner l'impulsion qu'il attend. Pas plus que la conception de M. Bouffier, la conception de Leibnitz n'explique rien, ce n'est qu'une manière commode d'éluder la difficulté en mettant les mots à la place des choses.

Il est évident que Leibnitz limite trop la part du mâle; il oublie que l'enfant prend aussi souvent la ressemblance du père que celle de la mère, ce qui implique une influence à peu près égale. Elle est frappante dans le mélange du sang blanc avec le sang noir; on la voit clairement dans le croisement des races; elle ressort encore mieux, s'il est possible, de ces rapprochements où l'on accouple par voie d'expérience des espèces différentes.

Ainsi, les métis unis à l'une des tiges primitives reviennent promptement à cette tige, à peu près comme ces arbres que le goût ou le caprice façonne à son gré, et qui reprennent leur forme naturelle aussitôt qu'on cesse de les tailler.

Il n'y a que les métis qui ne se reproduisent pas entre eux, ou du moins la fécondation s'arrête bientôt : ce sont des monstres dans la création, condamnés à mourir sans postérité.

J'ai dit avec la réserve qui me convient ce que je pense des nouvelles vues de M. Bouffier sur l'alternance des sexes; mais je n'ai pas dit ce qu'il a mis d'art et de talent à les exposer et à les défendre. Quand il n'y aurait pas d'autre mérite dans son mémoire, il aurait droit aux remerciments que je propose de lui adresser.

Ces conclusions sont adoptées.

De l'éthérisation envisagée sous le rapport de la responsabilité médicale. — M. DEVERGIE lit sous ce titre un travail sur l'éthérisation au point de vue de la responsabilité médicale, et sur l'application aux médecins de l'art. 319 du Code pénal, qui a trait à l'homicide par imprudence.

L'objet de ce travail est d'examiner les conséquences possibles de la pratique actuelle en face de l'éthérisation, et surtout en présence de deux assertions émises il y a huit jours : l'une par M. Gibert, qui considère les chirurgiens et les médecins entre les mains desquels des malades ont succombé pendant l'éthérisation comme ayant été tout à fait étrangers à la mort; l'autre par M. Velpeau, qui regarde comme à

peu près inutiles les appareils qui ont été inventés pour faire respirer les éthers.

Je ne puis, dit M. Devergie, me ranger entièrement à l'opinion de M. Gibert, qui a donné aux médecins une immunité complète et qui a exclusivement rattaché à certaines conditions toutes spéciales aux malades les fâcheux résultats de l'éthérisation.

Si, en effet, ajoute-t-il, je recherche sous l'influence de quelle cause la mort par l'éther, le chloroforme ou l'amylène peut survenir, je crois que cette cause n'est pas toujours la même. L'action des éthers sur l'homme et sur les animaux est encore imparfaitement connue.

Quand on met en regard les cas de décès chez l'homme et ceux survenus dans les expériences sur diverses classes d'animaux, on est tout d'abord frappé d'une grande différence dans le mode de cessation de la vie. Il semble résulter des faits publiés à l'égard de l'homme que le plus souvent la mort a eu lieu dans les premiers moments de l'inspiration des éthers; de sorte que l'on serait conduit ou à admettre, ce qui n'est pas, une action toxique, stupéfiante, presque foudroyante de l'éther, ou bien une sorte d'idiosyncrasie en vertu de laquelle certaines personnes seraient impressionnées d'une manière mortelle par cet agent, tandis que d'autres le supporteraient presque impunément.

Dans d'autres cas, au contraire, la mort n'a eu lieu chez l'homme qu'après des inspirations prolongées, et surtout chez les individus où l'anesthésie était difficilement obtenue.

Lorsqu'au contraire on jette un coup d'œil sur les expériences qui ont été faites sur les animaux, c'est toujours le même genre de mort, toujours les mêmes phénomènes allant en progressant jusqu'à l'extinction de la vie, et toujours l'intensité de ces phénomènes est en raison de la quantité d'éther qui a été administrée.

Ainsi l'homme seul ferait exception : de là des explications plus ou moins fondées de la mort; ici la syncope, là une influence morale qui éteint soudainement la vie; ailleurs une influence sur le cerveau et sur tout le système nerveux, une action spéciale sur le cœur, etc. Quoi qu'il en puisse être, une explication satisfaisante n'est pas encore donnée sur ce genre de mort.

En présence des faits, on ne peut nier que le genre de mort n'est pas toujours le même, et il me paraît impossible de ne pas admettre qu'il est des cas où la mort *puisse intervenir par asphyxie*.

J'irai même plus loin, et je dirai qu'il y a deux modes d'asphyxie dans l'éthérisation :

1° Celui qui provient de la paralysie des muscles respiratoires.

2° Celui qui a lieu par défaut d'air. La première asphyxie se produirait à la suite d'une éthérisation prolongée, la seconde expliquerait les décès qui peuvent survenir, par l'imprudence de l'opérateur qui a apporté un obstacle trop complet à l'entrée de l'air dans les poumons. Dans certains cas même, la mort est probablement due à l'influence directe du chloroforme et à l'asphyxie à la fois.

A l'appui de ce genre de mort possible par asphyxie, M. Devergie invoque plusieurs ordres de faits :

Appelé à faire deux ouvertures de corps en justice pour des cas de ce genre, il a rencontré les caractères de la mort par asphyxie si bien décrits par Bichat.

A ces deux autopsies il ajoute la description de l'état des organes de la respiration et de la circulation chez les animaux qui succombent à l'éthérisation, faite par une commission de la Société médicale d'émulation, et de laquelle il résulte un ensemble d'état des organes respiratoires et circulatoires, qui se rattache évidemment à l'asphyxie.

Il invoque également comme un nouveau fait en faveur de l'asphyxie le cas de mort par l'amylène survenu entre les mains de M. Snow. Enfin, à l'appui du genre de mort possible par asphyxie durant l'éthérisation en général, M. Devergie rappelle les circonstances qui résultent des expériences sur les animaux, savoir : que les dangers de l'éthérisation sont chez eux en raison inverse de la quantité d'éther que l'on fait respirer; qu'il faut pour des chiens de même âge et de même volume une même quantité d'éther pour amener la mort; que les animaux à sang chaud sont ceux qui sont le plus impressionnables au chloroforme et à l'éther; que les animaux à sang froid offrent une résistance beaucoup plus grande.

Or, si les personnes soumises à l'éthérisation peuvent périr asphyxiées, le médecin ne devient-il pas responsable aux yeux de la loi, s'il n'a pas employé, pour opérer l'éthérisation, des procédés à l'aide desquels il puisse fournir la preuve matérielle de l'impossibilité de la mort par asphyxie dépendante de ses actes.

Ces procédés ont pour instruments les appareils à inhalation; mais nous repoussons tout appareil dans lequel l'entrée de l'air est facultative, et nous ne tenons pour efficaces, au point de vue auquel nous nous plaçons, que ceux dont l'ouverture de l'air ne peut être augmentée ni diminuée à la volonté du chirurgien. C'est là, suivant nous, le seul moyen propre à prévenir toute poursuite judiciaire; et il faut bien le reconnaître, c'est la meilleure garantie à offrir au malade contre toute chance d'accident.

Je me résume et je dis :

La mort dans l'opération de l'éthérisation peut avoir lieu par asphyxie.

Cette asphyxie peut être le résultat de la quantité trop faible d'air qu'on laisse arriver dans les poumons.

Lorsque l'air n'arrive pas en suffisante quantité dans les poumons, c'est la faute de l'opérateur.

Placer l'opérateur dans des conditions telles qu'il ne puisse jamais commettre cette faute, c'est garantir le malade d'un danger, c'est garantir le médecin des conséquences qu'il peut subir au point de vue de la responsabilité médicale.

Il y aurait donc lieu de préconiser dans les éthérisations l'emploi d'appareils à ouvertures fixes et invariables pour l'entrée de l'air, plutôt que d'en repousser l'usage.

DISCUSSION.

M. VELPEAU. J'aurai à présenter quelques remarques sur trois points du travail de M. Devergie. Je dois d'abord me défendre d'une opinion qui m'est attribuée par M. Devergie, savoir que je n'admets pas la mort par l'éthérisation. Je suis parfaitement convaincu, au contraire, que l'éthérisation par le chloroforme peut occasionner la mort. J'ai dit qu'en prenant les précautions convenables, il y avait peu de danger, et j'en ai donné pour preuves les milliers d'opérations dans lesquelles j'ai eu recours au chloroforme; mais je n'ai jamais mis en doute que l'éthérisation trop prolongée, avec des vapeurs trop intenses, sans une proportion suffisante d'air, ne puisse donner la mort.

M. Devergie semble disposé à admettre que la mort par le chloroforme peut avoir lieu par asphyxie. Cette opinion a eu cours à un certain moment; on est allé jusqu'à dire que l'anesthésie n'était qu'un degré de l'asphyxie, si bien qu'on a proposé de substituer à l'éther et au chloroforme de l'acide carbonique et des gaz asphyxiants. Mais les morts survenues dans l'emploi du chloroforme et dont on a parlé ne sont pas dues à l'asphyxie. Ce point est important à établir; car le travail de M. Devergie a des conclusions qui pourraient faire courir au médecin des risques réels dans un cas donné, si le médecin ne pouvait prouver au magistrat que l'air n'a pas cessé de pénétrer dans l'appareil respiratoire. La proposition de M. Devergie ne me paraît pas fondée. Il y a des malades qui s'asphyxient tout seuls, en dépit de tous les appareils; c'est même là une des grandes difficultés de l'opération. L'odeur des substances inhalées est péniblement supportée par les malades et ils ne veulent pas respirer; j'en ai vu quelques-uns qu'il fallait laisser tranquilles, ils se fussent asphyxiés en quelques instants, sans qu'il fût entré dans leurs poumons de vapeurs de chloroforme.

Enfin, M. Devergie veut des appareils, et des appareils perfectionnés, dans des conditions qu'il a indiquées, avec des ouvertures pour l'entrée de l'air, telles que le chirurgien ne puisse ni en diminuer ni en augmenter la proportion. Il est persuadé que cela vaut mieux : je ne le crois pas. Un appareil quel qu'il soit sera toujours un appareil, à l'emploi duquel le malade devra se prêter, et il y en a qui ne s'y prêtent pas, et alors les difficultés sont augmentées.

Je ne veux pas dire que l'appareil de M. Devergie soit plus mauvais que les autres; je ne connais pas d'appareil qui puisse mettre à l'abri du danger. J'ai dit que je croyais les appareils inutiles, je me suis mal expliqué. Moi aussi je me sers d'un appareil, mais c'est une éponge, un tampon de charpie au fond d'une compresse roulée en cône, un mouchoir. Il n'est pas difficile à un aide de maintenir devant les narines un appareil de ce genre, sans empêcher l'accès de l'air. Il y a mieux, si quelque chose peut mettre à l'abri du danger, c'est à coup sûr l'éponge ou le tampon de charpie. La mort par asphyxie me paraît possible dans quelques cas; mais l'appareil que propose M. Devergie ne l'empêcherait pas plus qu'un autre.

M. CAZEAUX craint que M. Devergie, en cherchant à démontrer l'utilité des appareils, n'ait rendu plus difficile la position du praticien. Peu de personnes se servent aujourd'hui d'appareils, et, en admettant la proposition de M. Devergie, la responsabilité médicale serait singulièrement aggravée. Avant d'admettre cette proposition, il faudrait avoir démontré que dans les cas malheureux la mort a lieu par asphyxie, et que les appareils mettent à l'abri du danger. Je suis peu disposé à croire, dit l'orateur, que l'asphyxie soit la cause de la mort. Dans l'immense majorité des cas, la mort est survenue en très-peu de temps, en quelques secondes, et je ne pense pas qu'une mort aussi rapide puisse s'expliquer par l'asphyxie. D'ailleurs, quand on emploie un mouchoir ou une éponge imbibée de chloroforme, l'air circule très-librement autour. Il n'est pas du tout nécessaire, pour produire l'anesthésie, d'empêcher l'air d'arriver, et je ne comprends pas la mort par asphyxie dans ces conditions. Les meilleurs appareils sont à mes yeux les plus mauvais.

En résumé, la proposition de M. Devergie donnerait aux magistrats une arme dangereuse; je ne prétends pas dire qu'ils en abuseraient; mais si un malheur arrivait, cette proposition aurait pour résultat d'aggraver la responsabilité médicale.

M. GIBERT. Je conserve mon opinion, que je ne discuterai pas pour ménager les moments de l'Académie. La position spéciale de M. Devergie donne une gravité extrême à sa proposition. Je ne comprends pas qu'un homme habitué aux sciences précises vienne émettre une proposition aussi incroyable, et cela sans qu'elle repose sur une seule expérience. M. Devergie a pris pour base de son travail un fait qui remonte à quelques années, et à propos duquel un jeune médecin avait été condamné en première instance. Mais les souvenirs de M. Devergie doivent être plus exacts que les miens, et, si je ne me trompe, la condamnation qui a frappé ce médecin a été due surtout à ce qu'après l'accident il s'était enfui, laissant le malade sans secours. A mon avis, le magistrat n'est pas apte à juger ces sortes de questions; la mort par le chloroforme à plusieurs modes, et il peut être bien difficile d'établir de quelle façon elle est survenue. Un garçon marchand de vins s'amusait à se chloroformer en versant du chloroforme dans son tablier et en s'enveloppant la tête avec; un certain jour, il ne se réveilla plus. Dans ces cas, le chloroforme agit comme l'ivresse des alcooliques; il détermine un véritable empoisonnement.

M. DEVERGIE. Je suis fâché que les personnes qui ont pris part à cette discussion ne se soient pas placées au même point de vue que celui où je m'étais placé moi-même. Je n'ai pas admis un seul genre de mort, mais plusieurs, et j'ai dit que l'asphyxie y occupait une certaine part. Tout ce que j'ai voulu établir, c'est que dans l'éthérisation il y avait une mort par asphyxie possible. Qu'ai-je fait? J'ai supposé le cas où une action serait intentée en responsabilité, et je me suis demandé quels reproches on pouvait faire au médecin. Y a-t-il eu imprudence, négligence ou omission d'un acte formel qu'on devait accomplir? Si on a éthérisé sans précaution suffisante, le magistrat peut supposer que le tampon de charpie a été trop rapproché des narines, que l'éponge a été trop pressée, la compresse ou le mouchoir trop abaissé, et il demandera au médecin la preuve que toutes les précautions ont été observées. Cela est si vrai que, dans le procès auquel il a été fait allusion, la question a été posée. Je déclare que si le malade a pu respirer une certaine quantité d'air, le magistrat n'a rien à voir après.

Puisqu'on a été au delà des questions que j'avais soulevées, je dirai que je crois que les chirurgiens et les médecins n'ont pas fait pour l'homme ce qui a été fait pour les animaux : ils n'ont pas cherché à doser dans leurs opérations ou leurs expériences la vapeur d'éther ou de chloroforme. L'appareil de M. Duroy permet de faire ce dosage mieux que tout autre.

Ce que j'ai dit à l'Académie ne s'applique pas aux chirurgiens de nos grands hôpitaux; mais supposez un praticien de province, il a plus de chances d'éviter tout accident en se servant d'un appareil. Toutes les fois qu'on aura employé un appareil qui permette l'introduction de l'air, il y aura là une garantie pour le malade et pour le chirurgien.

M. ROBERT. La question soulevée par M. Devergie est excessivement grave. A l'occasion du procès déjà cité, j'ai publié un travail dans lequel j'ai examiné les quelques faits malheureux qu'on connaissait alors. J'avais trouvé que chez les animaux la mort arrive si l'éthérisation est trop prolongée ou si on ne prend pas la précaution de faire arriver une suffisante quantité d'air; mais dans les observations publiées, observations qui sont loin de présenter d'ailleurs toutes les garanties suffisantes, la mort ne paraît pas avoir été le résultat de la quantité d'anesthésique employée. Il n'en est pas chez l'homme comme chez les animaux; il y a des phénomènes nerveux, serrement des mâchoires, constriction énergique du pharynx; il est évident que si on ne faisait pas attention à ces accidents, la mort pourrait s'ensuivre. En dehors de ces phénomènes, la mort arrive par le fait de la suspension des mouvements du cœur. J'ai vu depuis la publication de mon mémoire deux cas au moins dans lesquels la mort aurait eu lieu sans les moyens auxquels j'ai eu immédiatement recours. J'ai vu le pouls devenir presque insensible, le malade pâlir, et cependant il n'y avait eu qu'une quantité insignifiante de chloroforme inhalée. Je suis de ceux cependant qui emploient toujours un appareil; je pense qu'il est bon de doser le chloroforme employé.

Quant à l'éponge ou au cône fait avec une compresse et contenant un tampon de charpie, je crois cet appareil dangereux — pas entre les mains de M. Velpeau; — mais il est si facile de s'éloigner des précautions indispensables; le malade se débat, on le contient, et naturellement on applique trop exactement la compresse. Lorsqu'on vient de verser l'éther ou le chloroforme sur l'éponge, il y a un moment où l'air qui la traverse est sursaturé de vapeurs anesthésiques. Avec tout autre appareil, celui de Charrière, par exemple, offrant une embouchure hucco-nasale, le chirurgien peut toujours doser le chloroforme qu'il emploie; il en est de même de celui de M. Snow, qui n'est pas connu en France. Et c'est parce que M. Devergie n'a pas suffisamment compris le jeu de cet appareil, qu'il a supposé que la mort survenue par l'amylène entre les mains de M. Snow avait pu être le résultat d'une asphyxie. M. Devergie a commis une erreur dans l'appréciation de ce fait, en se fondant aussi sur les lésions cadavériques qui ont été observées. Lorsqu'on a tué des animaux par le chloroforme, on trouve les cavités droites du cœur énormément distendues par du sang, le foie gorgé de sang, etc. Ces lésions sont bien celles de l'asphyxie, et dans ce cas, sans l'odeur du chloroforme, on pourrait croire à une mort par l'asphyxie. Mais il ne faut pas assimiler ces deux genres de mort. Avec le chloroforme, la mort survient par la cessation des mouvements du cœur, et non pas par le défaut d'air respirable.

La question soulevée par M. Devergie est très-grave; elle peut se présenter de nouveau devant les tribunaux. Déjà, une première fois, les juges d'appel ont considéré qu'il n'y avait pas de règles certaines pour administrer le chloroforme, et que la mort pouvait arriver par le fait de certaines idiosyncrasies. Je crois utile de porter de nouveau ce débat devant l'Académie, où cette question n'a pas été discutée depuis longtemps, et seulement à l'époque où nous ne pouvions raisonner que sur un petit nombre de faits connus. Je demande que la question soulevée par le travail de M. Devergie soit mise à l'ordre du jour.

M. HUGUIER. M. Devergie fait une condition nécessaire d'un appareil pour la chloroformisation, ce qui exposerait les chirurgiens soit à être traduits à l'occasion devant les tribunaux, soit à se servir d'appareils moins bons que ce qui est usité ordinairement. Très-peu de chirurgiens se servent aujourd'hui d'un appareil. M. Robert est peut-être le seul à Paris. Les magistrats ne voudront pas considérer comme un appareil un tampon de charpie ou une éponge, et des condamnations pourront intervenir. J'ai cependant appliqué plus de deux mille fois le chloroforme; jamais je n'ai eu d'accidents, et jamais je n'ai employé d'autre appareil que le cornet ou l'éponge.

J'ai vu, pas plus tard qu'avant-hier, après une opération de tumeur au sein, au moment du pansement, une malade sortie du sommeil anesthésique, qui nous parlait, perdre tout d'un coup connaissance, et le pouls tomber complétement. Je suis convaincu que la mort aurait pu avoir lieu; et pourtant il n'y avait eu qu'une perte de sang insignifiante, et le chloroforme n'avait pas été appliqué de nouveau.

M. DEVERGIE. Veuillez donc remarquer le point de départ de mon travail. Les détails donnés par M. Robert viennent le confirmer. Qu'avait dit M. Velpeau : Je regarde les appareils comme à peu près inutiles; la parole de M. Velpeau a une portée considérable, et c'était une raison pour la plupart des chirurgiens de renoncer aux appareils. Je me suis dit : N'est-ce pas un moyen de couvrir la responsabilité médicale que de prescrire plutôt que de repousser l'usage des appareils? Ce matin encore, M. Velpeau a opéré un de mes clients; j'avais apporté un appareil pour l'éthérisation; mon appareil a été repoussé et l'éponge a été préférée. J'ai tenu l'éponge auprès des narines du malade; M. Velpeau de temps à autre me pressait un peu la main, mais je résistais et je laissais entrer de l'air. Mais prenez un médecin de province, qui devra se servir souvent d'un individu étranger à la médecine, et la mort pourra survenir, parce qu'on n'aura pas laissé assez d'air au malade.

MM. Jules Guérin et Larrey sont inscrits pour prendre la parole; M. le président propose de renvoyer la discussion à la prochaine séance.

— M. Baillarger présente un sujet atteint d'arrêt de développement. Nous reviendrons sur cette communication.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours qui s'est ouvert le 6 avril dernier pour deux places de médecin au Bureau central des hôpitaux, vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Hervieux et Goupil.

— Un de nos honorables confrères qui habite la rue Taitbout vient encore d'être victime de l'habileté du voleur que nous avons déjà signalé au corps médical de Paris. Il paraît que son assurance et son air honnête ont, cette fois encore, trompé la surveillance des domestiques de notre confrère, qui étaient cependant bien prévenus.

La Scrib.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui inslitue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Pleurésie traumatique suppurée. — Symptômes d'hydro-pneumothorax. — Thoracentèse. — Guérison.

Deux malades actuellement couchés dans la salle Saint-Agnès de l'Hôtel-Dieu, dans le service clinique de M. le professeur Trousseau, tous deux atteints d'hydro-pneumothorax, ont subi, l'un hier, l'autre il y a cinq ou six jours seulement, l'opération de la thoracentèse. C'est la troisième opération de ce genre que M. Trousseau pratique dans les mêmes circonstances depuis le commencement de cette année scolaire. Il y aurait peu d'intérêt à faire connaître le résultat immédiat des deux opérations pratiquées ces jours derniers; mais nos lecteurs nous sauront d'autant plus gré de revenir à cette occasion sur la première opération et de leur en faire connaître l'issue définitive, que l'observation en elle-même renferme plusieurs particularités dignes d'intérêt.

Voici le fait :

Le nommé P..., d'une constitution robuste, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Agnès, n° 1, le 12 novembre dernier. Six semaines auparavant, pendant qu'il conduisait une voiture, il fut pris entre deux charrettes, et eut la poitrine fortement contusionnée. On lui fit chez lui une application de sangsues et une saignée générale; mais les douleurs vives qu'il éprouvait dans le côté droit résistèrent à ces émissions sanguines. Quinze jours après l'accident, le côté droit étant toujours douloureux, on appliqua des vésicatoires. Enfin, le 12 novembre, P... vint réclamer les soins de l'hôpital.

Le thorax était déformé, le côté droit présentait une voussure assez considérable, une matité que l'on constatait en arrière jusqu'au niveau de la crête de l'omoplate. En avant, la fosse sous-claviculaire résonnait d'une manière exagérée; absence de murmure respiratoire à la base; souffle, égophonie dans la fosse sous-épineuse; tintement métallique. La succussion hippocratique donnait aussi un gargouillement métallique que l'on pouvait entendre à une petite distance. Les organes de l'abdomen étaient refoulés en bas, le foie dépassait de beaucoup le bord des fausses côtes. La toux était fréquente, suivie de crachats sanglants, rouillés, mêlés à d'autres simplement aérés et spumeux; la respiration était fréquente et pénible; le pouls, petit, battait environ 120 fois par minute. La face était rouge; les forces n'étaient pas encore trop épuisées.

M. Trousseau, ayant diagnostiqué une pleurésie traumatique suppurée avec hydro pneumothorax, pratiqua une ponction entre le septième et le huitième espace intercostal. Il s'écoula par la canule cinq litres et demi d'un pus séreux et sans odeur. Puis, à l'aide de la seringue de M. Mathieu, il vida complétement la poitrine, et injecta dans la plèvre 250 grammes de solution iodée. Celle-ci fut retirée par le même procédé au bout de quelques minutes, et la plaie fut fermée avec un morceau de taffetas gommé.

Un soulagement très-notable suivit immédiatement l'opération. P... déclara avoir dès ce moment la respiration libre; il put se coucher sur le côté malade et dormir pendant quelques heures. Des sueurs abondantes survinrent pendant la nuit.

Le lendemain, le malade éprouvait un peu moins de bien-être. Cependant le pouls continuait à être moins fréquent depuis la ponction. Pour ne point le fatiguer, on ajourna l'examen de la poitrine au jour suivant.

Le 15, la peau était chaude et moite; le pouls battait 90 pulsations. L'examen de la poitrine fit reconnaître : une résonnance exagérée en haut et en avant, et une matité absolue dans toute la moitié inférieure du thorax; point de souffle, pas d'égophonie, point de murmure respiratoire. On entendait profondément le bruit de la respiration du côté opposé. La succussion comme la percussion donnaient un tintement métallique très-manifeste, mais la voix ne présentait point ce caractère. La respiration assez libre devenait anxieuse lorsque le malade se couchait du côté gauche.

Le 18, l'état de la poitrine était le même; la peau était bonne, le pouls battait régulièrement, 80 pulsations; retour de l'appétit.

Le 20, la matité avait augmenté, elle s'élevait jusqu'au niveau de la troisième côte; il y avait là, jusqu'au-dessous de la clavicule, une sonorité exagérée, un tintement métallique très-intense pendant la succussion. On remarquait enfin un peu d'œdème au niveau de la piqûre du trocart; la peau, en cet endroit, était rouge, douloureuse, et faisait une légère saillie. La petite plaie s'ouvrit dans la journée, et il s'écoula par la fistule trois quarts de litre à peu près d'un pus très-fétide.

Le lendemain, le niveau de la matité était abaissé; la sonorité exagérée du thorax avait en même temps augmenté au-dessous de la clavicule. La peau était chaude, la fièvre avait un peu reparu. Les crachats jaunâtres, fétides, étaient légèrement rouillés; la toux était fréquente et douloureuse.

L'état du malade était à peu près le même le 22. Le 23, l'écoulement cessa. On commença à entendre la respiration en arrière et en bas. Le tintement métallique était toujours le même, la sonorité toujours exagérée en haut et en avant; persistance d'une expectoration muqueuse abondante, avec quelques crachats rouillés; mais plus de fièvre ni de dyspnée.

Le 25, on retrouva la fistule ouverte depuis la veille dans la journée; il s'en était écoulé beaucoup de pus fétide; pendant les efforts de toux il en sortait encore des jets assez abondants. La poitrine présentait à l'auscultation les mêmes phénomènes que les jours précédents; cependant on commençait à entendre la respiration dans les deux tiers supérieurs du poumon; elle était mêlée de gros râles. Au niveau de la colonne vertébrale et en haut du thorax, l'oreille percevait un son amphorique comme s'il s'y était fait une cavité. La succussion hippocratique ne donnait plus de gargouillement.

Malgré cette suppuration incessante, dont une partie seulement se faisait jour au dehors, l'état général était satisfaisant; il n'y avait point de diarrhée, le malade mangeait peu, mais avec appétit.

Du 25 au 30 novembre l'écoulement fut plus ou moins abondant et avec lui varia la hauteur de l'épanchement, et l'on put retrouver par la succussion le gargouillement hippocratique, mais la fièvre ne reparut plus; le malade mangeait deux portions.

Le 30, la poitrine était sonore jusqu'au niveau de la cinquième côte, on y entendait le murmure respiratoire mêlé de râles. Au-dessous la matité était encore assez grande. La fistule laissait toujours échapper un pus séreux, mais en moins grande abondance; ses forces étaient en partie revenues; le malade a pu se lever pendant la journée.

Du 1er au 5 décembre l'état général du malade va toujours s'améliorant, mais l'amélioration de l'état local, quoique progressive, ne paraît marcher qu'avec beaucoup de lenteur.

Le 25 décembre, il existait encore de la matité dans une assez grande étendue; la fistule n'était pas encore oblitérée, et il se faisait un léger écoulement de sérosité purulente par les lèvres de la plaie.

Le 10 janvier, on constate un notable rétrécissement du côté de la poitrine; tout écoulement a cessé; le murmure respiratoire est rétabli partout, mais faible encore et mêlé de râles muqueux dans quelques points, en arrière; en avant, elle est très-pure et s'entend très bien, même au niveau du point où la ponction a été faite.

Le 23, le malade sort, ne conservant comme un reliquat de la maladie qu'une expectoration encore légèrement fétide. Cette expectoration cesse elle-même au bout de quelque temps, et P... se présente à la consultation le 23 février en parfait état de santé.

Traitement de l'occlusion intestinale par l'emploi de la glace.

Dans le compte rendu d'une des leçons de M. Trousseau sur les occlusions intestinales, nous n'avons fait qu'indiquer seulement, en passant en revue les divers moyens de traitement proposés contre ce grave accident, le traitement par la glace; ajoutant que ce moyen avait été suivi de succès entre les mains de M. le professeur Grisolle. Bien que le traitement de l'occlusion intestinale par la glace ne soit pas nouveau, et que les annales de la science renferment plusieurs exemples dans lesquels cette méthode paraît avoir été employée avec succès, nous n'en considérons pas moins comme très-intéressants les nouveaux succès obtenus par M. Grisolle. Nous en empruntons la relation à la très-bonne thèse d'un de ses anciens internes les plus distingués, M. Oscar Masson. Mais avant de la rapporter, nous croyons devoir entrer dans quelques détails

---

BIBLIOGRAPHIE.

De la prostitution dans la ville de Paris, considérée sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration, par PARENT-DUCHATELET; 3e édition, complétée par des notes et des documents nouveaux, par MM. *Trébuchet* et *Poirat-Duval*, suivie d'un précis administratif, hygiénique et statistique sur la prostitution dans les principales villes de l'Europe (1).

Lorsqu'il y a vingt et un ans, fut imprimé pour la première fois le livre de Parent-Duchâtelet, sur la *Prostitution dans la ville de Paris*, on put prévoir, dès les premières semaines qui suivirent son apparition, l'immense succès auquel il était appelé. Ce fut d'abord et presque seulement, il faut bien le dire, un vif sentiment de curiosité. Aucun ouvrage complet n'avait encore été publié sur ce sujet, et bien des lecteurs purent espérer, d'après le titre, y trouver des anecdotes, des détails scandaleux, cet appât toujours nouveau de la malignité humaine. Mais bientôt on dut revenir sur cette opinion préconçue, et les hommes d'études, les médecins, les magistrats, les administrateurs reconnurent avec bonheur que rien n'était moins *amusant* que ce livre, mais aussi que rien n'était digne d'un plus haut intérêt.

Sérieux dans le fond, sérieux dans la forme, irréprochable au point de vue des intentions qui l'avaient fait entreprendre, le travail de Parent était une œuvre à la fois de haute philosophie, de morale et d'humanité. Ne pouvant espérer guérir cette lèpre honteuse, fléau des sociétés modernes comme elle l'a été des temps antiques, hors d'état de détruire la prostitution, l'auteur avait compris qu'il fallait la réglementer, la rendre moins dangereuse, la moraliser enfin, s'il est permis de se servir de cette expression.

En examinant avec attention ces deux volumes, produit d'un labeur obstinément poursuivi pendant huit années, on resta frappé d'étonnement et d'admiration à la vue des innombrables recherches auxquelles avait dû se livrer l'auteur, des milliers de documents qu'il avait dû feuilleter et résumer, des lieux abjects où il avait dû pénétrer pour compléter ses observations, lui homme si pur, si probe et de mœurs si sévères.

Ce n'était pas du reste sans avoir fait bien des efforts sur lui-même que Parent avait terminé son travail : « J'ai trouvé, dit-il dans son introduction, j'ai trouvé dans la plupart des esprits une défaveur particulière attachée aux fonctions de tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, s'occupent des prostituées; plusieurs personnes, même des plus éclairées, ne m'ont pas épargné sur cela les observations et les avis; mais en y réfléchissant, je n'ai pu comprendre cet excès de délicatesse.

» Si j'ai pu, sans scandaliser personne, pénétrer dans les cloaques, toucher des matières putrides, passer une partie de mon temps dans les voiries, et vivre en quelque sorte au milieu de tout ce que les réunions d'hommes ont de plus dégoûtant et de plus abject, pourquoi rougirais-je d'aborder un cloaque d'une autre espèce, cloaque plus immonde, je l'avoue, que tous les autres, mais dont l'étude m'offre l'espoir d'opérer quelque bien ? En me livrant à des recherches sur les prostituées, serais-je donc le seul que le contact de ces malheureuses dût inévitablement ternir? Et si de vénérables dames qui, par leur naissance et leur position sociale, appartenant à tout ce que nous avons de plus élevé, ne croient pas déroger en venant de temps en temps au milieu des prostituées pour les instruire et les éclairer, dans les prisons et dans les infirmeries, que dois-je craindre, moi, simple particulier, en imitant leur conduite et en tâchant d'arriver au même but, bien que je suive une route qui n'est pas tout à fait la même ? »

Parent avait raison ; après comme avant la publication de la *Prostitution dans la ville de Paris*, son nom est resté entouré de la considération générale, nous dirons plus, du respect universel. Malheureusement, atteint d'une affection terrible, objet d'un de ses premiers travaux, et à laquelle il succomba, il ne put jouir de l'éclatant succès qui devait accompagner l'apparition de son livre. Ce succès fut tel, qu'en moins d'une année une seconde édition en devint nécessaire, et que depuis plus de dix ans il était presque impossible, à quelque prix que ce fût, d'en trouver un exemplaire dans le commerce de la librairie.

Tel est le motif pour lequel MM. Baillière ont cru devoir en faire une édition nouvelle, celle que nous avons sous les yeux. Si l'œuvre primitive est assez connue et appréciée pour que les quelques lignes par lesquelles nous avons commencé cet article suffisent à la rappeler, nous devons nous étendre plus longuement sur la publication actuelle, dont le zèle et l'intelligence des éditeurs a su faire un livre complétement nouveau, tout à fait original.

Depuis vingt ans, la section des services publics qui comprend la surveillance des prostituées a éprouvé, tant au point de vue hygiénique qu'au point de vue administratif, de nombreux changements et de notables améliorations suscitées, pour la plus grande partie, par les recherches et les observations de Parent-Duchâtelet. Ces réformes, qui n'existaient qu'à l'état de projet ou sous forme de conseils dans les

(1) 2 vol. in-8°. Prix : 18 fr. Chez J. B. Baillière et fils.

sur le mode d'emploi de cette méthode. Voici, d'après la thèse de M. Masson, les règles formulées à cet égard par son maître.

Ce traitement consiste à faire des applications de glace sur le ventre, donner des lavements d'eau glacée, engager le malade à laisser fondre de petits morceaux de glace dans la bouche, pour apaiser sa soif, et à prendre en petite quantité des boissons glacées.

Les applications de glace sur l'abdomen se font de la manière suivante : on place dans le lit un cerceau au-dessus du ventre du malade ; à ce cerceau on suspend une large vessie en caoutchouc, dans laquelle sont enfermés les morceaux de glace, que l'on remplace par d'autres dès qu'ils sont fondus. L'application de la glace doit être largement faite, la presque totalité de l'abdomen doit en être recouverte. M. Grisolle préfère pour cet usage les vessies en caoutchouc, qui ne laissent pas transsuder l'eau, et qui n'ont pas comme les vessies ordinaires l'inconvénient de donner lieu après quelques heures d'application à une odeur insupportable ; elles ont encore cet avantage qu'on peut les choisir aussi grandes qu'on le veut. Donner trois fois par jour un lavement, chaque lavement se composant de deux fortes seringuées d'eau glacée.

La durée de ce traitement ne peut-être précisée ; elle est subordonnée aux effets obtenus et à l'état général.

Dans l'une des observations rapportées dans la thèse, l'évacuation a commencé trente-six heures après l'emploi régulier de la glace ; dans une seconde, seulement quatre jours après.

Voici en quels termes M. Masson apprécie l'action et les effets de ce mode de traitement :

« Dans le traitement de l'occlusion par la glace, tout est mis en œuvre pour empêcher que les phénomènes morbides vitaux ne viennent joindre leurs effets (gonflement des parties) à la cause première qui a déterminé l'obstacle aux matières, pour réduire, en un mot, autant que possible, l'occlusion aux phénomènes mécaniques primitifs.

» La glace, maintenue sur toute la surface de l'abdomen, ne peut manquer d'étendre bientôt son action aux parties sous-jacentes ; l'eau glacée, injectée dans le rectum plusieurs fois par jour, en grande quantité chaque fois, est mise ainsi en contact plus direct avec la masse intestinale. Elle peut refroidir cette masse de toutes parts, puisque le gros intestin se trouve distendu et qu'il entoure circulairement tout le paquet intestinal. Enfin, l'eau glacée qui arrive par la bouche concourt encore à refroidir les parties supérieures du tube digestif. En un mot, le froid arrive de toutes parts, et il est impossible que la partie de l'intestin qui est le siége de l'occlusion échappe à son action. »

La glace exerce, en outre, dans ce cas, son action sédative ordinaire contre la douleur et cet élément nerveux, spasmodique, dont on ne peut méconnaître l'existence dans toute occlusion intestinale, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause matérielle immédiate. Elle a enfin l'avantage de diminuer le météorisme du ventre en condensant les gaz, et d'en faire par conséquent disparaître les nombreux et graves inconvénients. Le froid peut d'ailleurs agir efficacement dans ce cas, par une sorte de surprise, en déterminant une vive secousse, comme dans quelques cas connus de hernies étranglées immédiatement réduites sous son influence.

Enfin M. Masson fait ressortir les avantages qui pourront résulter de l'administration des lavements glacés, non moins utiles, soit qu'il s'agisse d'une occlusion par amas de matières stercorales durcies ; en ramollissant ces matières et en sollicitant en même temps la contraction de l'intestin, soit qu'on ait affaire à une occlusion par invagination du bout supérieur dans le bout inférieur (ce qui est de beaucoup le cas le plus commun) produite aux dépens du gros intestin.

Mais les faits eux-mêmes seront plus probants que toutes ces considérations.

Les cas d'occlusion traités par M. Grisolle à l'aide de cette méthode sont au nombre de trois, dont deux suivis de guérison. Voici la relation sommaire de ces derniers :

Le premier malade était un homme âgé de trente-deux ans, d'une forte constitution et jouissant habituellement d'une bonne santé, pris tout à coup, sans aucun antécédent morbide, de coliques peu douloureuses d'abord, mais qui ont été en augmentant d'intensité. (C'était le 8 juillet.)

Le lendemain 9, les coliques sont plus violentes ; pas de selles ; suppression complète d'excrétion gazeuse par l'intestin ; ventre tendu, assez fortement ballonné, douloureux à la pression ; nausées ; respiration anxieuse, accéléréc ; pouls petit et fréquent (100) ; physionomie exprimant la douleur ; yeux excavés ; insomnie complète. On prescrit trois gouttes d'huile de croton tiglium en trois pilules ; deux lavements des peintres. Les vomissements stercoraux continuent.

Le mardi matin, 11 juillet, on prescrit : application sur le ventre d'une vessie remplie de glace ; six lavements d'eau glacée par jour ; petits morceaux de glace pour se désaltérer.

Le lendemain 12, les vomissements stercoraux ont cessé.

Le vendredi 14, facies meilleur ; langue humide ; retour de l'appétit ; diminution de la tension du ventre, plus de sensibilité à la pression ; respiration un peu moins anxieuse ; le pouls s'est relevé ; toutefois le ballonnement et la constipation persistent. Le même traitement est continué.

Le samedi 15, garde-robes liquides très-abondantes, suivies d'un grand soulagement. A dater de ce moment, l'état du malade va toujours en s'améliorant. Le 21, il est guéri.

Le deuxième malade, âgé de vingt-huit ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 24 mai, avec les symptômes d'une rétention des matières fécales et des gaz, vomissements durant depuis huit à dix jours. Après avoir employé sans succès les purgatifs pendant les trois premiers jours, M. Grisolle prescrit, le 27 : glace sur le ventre ; lavements glacés ; deux fortes seringues d'eau glacée coup sur coup ; trois fois dans la journée ; boissons glacées.

Le 28, le malade a rendu les deux premiers lavements glacés mais sans matières fécales. Le ventre est toujours ballonné et d'une très-vive sensibilité ; les anses intestinales sont dessinées ; vomissements aqueux répétés. — Large application de vessies contenant de la glace sur tout le ventre ; lavements glacés et boissons glacées ; un grand bain.

A la suite de cette médication, le ventre est un peu moins tendu et moins douloureux ; le malade a rendu quelques gaz ; l'eau des lavements a été rendue jaunie. Quelques heures de sommeil pendant la nuit ; cessation des vomissements. — Un lavement salé *illico* ; huile de croton tiglium, 3 gouttes dans 100 grammes de sirop, en trois fois, à trois heures de distance, sous condition et dans le cas où le lavement salé n'aurait pas d'effet.

Quelques instants après l'administration du lavement, a lieu une débâcle accompagnée d'une bruyante expulsion de gaz. De nouvelles évacuations ont lieu dans le courant de la journée. Le ventre est tout à fait assoupli, indolent.

Après la débâcle, la glace est supprimée. L'huile de croton prescrite sous condition n'a point été administrée.

Le 1er juin, les évacuations ont continué ; l'exploration de cette région, devenue plus facile par la disparition du météorisme et la diminution de la douleur, permet de reconnaître un empâtement manifeste, avec persistance d'un peu de sensibilité à la pression, dans la fosse iliaque droite ; ce qui porte M. Grisolle à penser que l'occlusion intestinale avait été produite par un phlegmon iliaque sus-aponévrotique, développé du côté de l'intestin.

Quoi qu'il en soit de ce diagnostic, à l'égard duquel il n'a pas été possible d'acquérir une certitude complète, mais qui comptait en sa faveur de grandes présomptions, la glace a eu, dans ce cas-ci comme dans le précédent, le plus heureux résultat. Quant à l'empâtement douloureux de la fosse iliaque, il a disparu graduellement sous l'influence d'un vésicatoire, de demi-lavements émollients répétés et d'un régime convenable.

Le 10 juin, c'est-à-dire dix-sept jours après le début des accidents, le malade était complétement rétabli.

Exemple remarquable d'arrêt de développement physique et intellectuel. — Crétinisme sporadique.

Rien n'est plus tristement curieux et plus digne d'intérêt au point de vue de l'anthropologie que la vue de ces êtres disgraciés, qu'un arrêt de développement et d'évolution organique condamne à une perpétuelle enfance, moins tous les attraits et tous les charmes de cet âge. Tel est l'état de la jeune fille que M. Baillarger a présentée mardi dernier à l'Académie de médecine, et qui semble tenir le milieu, sous le double rapport de son organisation physique et intellectuelle, entre les crétins proprement dits et les Aztèques microcéphales dont on a vu récemment plusieurs spécimens. Voici quel est l'état de ce sujet :

C'est une fille de vingt-sept ans, née à Melun, de parents sains, et qui a l'intelligence et les goûts d'un enfant de quatre à cinq ans ; elle n'a jamais pu apprendre à lire, et sait à peine compter jusqu'à vingt ; elle n'a jamais manifesté aucun sentiment de pudeur. Sa prononciation est nette. La taille est d'environ trois pieds ; la tête est allongée et un peu aplatie latéralement ; ses traits rappellent en tous points ceux qu'on assigne au crétinisme ; le nez est écrasé, la bouche grande, les lèvres un peu grosses. Le corps est chargé d'embonpoint ; les membres, gros et courts, sont assez réguliers. La seconde dentition n'a commmencé qu'à dix-huit ans, et est loin d'être achevée. Le pubis est complétement glabre, et il n'y a jamais eu de menstruation.

L'absence complète des fonctions génésiques semble ici, ainsi que l'a fait remarquer M. Baillarger, amener un état général observé chez les individus soumis de bonne heure à la castration. Voici en effet, pour justifier ce rapprochement, le tableau que Virey a tracé des eunuques. D'après cet auteur, ceux-ci se font remarquer « par la mollesse, la pâleur, la flaccidité des chairs, — le relâchement du tissu cellulaire, — un grand développement du » système glandulaire et lymphatique, — l'absence de poils, — » leur ventre est mou et relâché, leurs cuisses grosses, leurs jam- » bes gonflées, etc. Ils paraissent vieux de bonne heure, sont ridés » et décrépits ; ils ont peu de chaleur à la peau ; de là l'épithète de » *frigidi*, par laquelle on les a désignés. »

Cette description s'applique exactement à beaucoup d'individus qui, comme la jeune fille dont il s'agit, sont arrêtés dans leur développement et n'offrent aucun signe de puberté. D'après le témoignage de M. Morel et celui de M. Michel Lévy, qui ont en l'occasion de voir des eunuques, le premier à Rome, le second en Orient, ils auraient effectivement, sous le rapport physique au moins, un aspect assez semblable à celui de cette fille.

SUR LA VALEUR DU SIROP DE LACTUCARIUM.

Le *Bulletin de thérapeutique* a publié récemment des observations cliniques sur les effets du lactucarium dans un certain nombre d'affections. Ces observations avaient été accompagnées de réflexions sur la forme la plus convenable pour l'administration de ce médicament, qui ont fourni à M. Aubergier, auquel tout le monde sait que nous devons le lactucarium, l'occasion d'exprimer à son tour ses idées sur ce sujet. Les considérations présentées par le savant doyen de la Faculté des sciences de Clermont nous paraissent de nature à intéresser nos lecteurs, et nous croyons qu'ils nous sauront gré de les reproduire. Les voici :

« Lorsque je me suis occupé d'obtenir en grand le lactucarium, je me proposais de remplacer l'extrait de laitue, employé sous le nom de thridace et reconnu tout à fait inerte, par le suc laiteux obtenu par

---

deux premières éditions, devaient être longuement indiquées dans la nouvelle, pour rendre complet le cadre des mesures dont dispose l'autorité dans le but de prévenir ou de réprimer les abus inévitables inhérents à la honteuse industrie dont il est ici question. On ne pouvait confier à tout le monde indistinctement des additions aussi importantes, qui exigent des connaissances spéciales, et la communication de documents qui ne sont pas accessibles à tous. Deux hommes aussi distingués par leur mérite personnel que parfaitement en mesure par leur position de satisfaire à toutes les exigences de cette tâche, MM. Trébuchet, chef du bureau sanitaire, et M. Poirat-Duval, chef du bureau des mœurs à la Préfecture, ont consenti à se charger de la mission délicate de terminer et de corriger les parties de l'ouvrage de Parent-Duchâtelet devenues surannées ou incomplètes. C'est dans ce même bureau où Parent était venu tant de fois compulser les registres et les dossiers pour se procurer des renseignements exacts ; c'est avec les mêmes éléments que, tout en laissant au premier auteur l'entière responsabilité de ses opinions, ses deux collaborateurs ont soumis les faits à un nouveau contrôle, et puisé les documents et règlements administratifs nouveaux qu'ils ont joints à cette publication.

C'est à la plume de M. Battel, chef de division à l'assistance publique, que l'on est redevable d'un remarquable appendice où sont étudiés dans leurs plus minutieux détails les établissements hospitaliers spéciaux et les maisons pénitentiaires du Midi, de Lourcine, de Saint-Lazare, établissements dont le premier *seul* est à peine, et dans quelques-unes de ses parties *seulement*, connu des médecins et des élèves.

Il semblait que dussent s'arrêter ici les études nouvelles dont MM. Baillière voulaient enrichir cette troisième édition ; ils ont été plus ambitieux encore. Dans un certain nombre de grandes villes de France, on a souvent tenté de suivre, au point de vue hygiénique et administratif, autant que pouvaient le permettre les mœurs et les habitudes locales, les principes dont Parent-Duchâtelet s'était fait l'intelligent interprète. Dans chacun de ces grands centres de population, un homme spécial a été choisi, qui a bien voulu se charger de faire, sur une moins grande échelle, il est vrai, mais dans le même esprit, et avec la même rigoureuse exactitude que Parent-Duchâtelet, un travail semblable à celui qui constitue l'œuvre originale du maître. C'est ainsi que M. Vénot a fait l'histoire de la prostitution à Bordeaux ; M. Potton, celle de Lyon ; M. Baré, celle de Nantes ; M. Strohl, celle de Strasbourg ; M. A. Bertherand, celle de l'Algérie. Nous avons été heureux de retrouver parmi ces noms celui d'un de nos vieux amis, M. Melchior Robert, ancien collaborateur de la *Gazette des Hôpitaux*, aujourd'hui chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Marseille, et l'un de nos plus habiles syphiliographes du Midi, qui a tracé en quelques pages l'histoire de la prostitution dans la vieille cité phocéenne.

Ce n'était pas assez ; dans la plupart des pays étrangers, l'histoire de la prostitution offre des particularités plus ou moins curieuses ; ainsi en Angleterre, où la prostitution n'est régie par aucun règlement, ne reconnaît aucune surveillance, et s'exerce à la face du soleil de la façon la plus évidente et la plus éhontée. L'un des hommes les plus versés dans la littérature anglaise, M. Richelot, a tracé, d'après des documents inédits du plus haut intérêt, une histoire aussi complète que possible de cette honteuse industrie à Londres, et ce chapitre, d'une vérité saisissante, est certes un des plus importants parmi les additions nouvelles.

M. Marinus, membre de l'Académie de Belgique, a fait l'histoire de Bruxelles ; M. Boeck, l'un des auteurs de la magnifique monographie de la Spédalsked, celle de Christiania ; M. Baestrup, directeur de la police de Copenhague, celle de la ville qu'il habite.

A M. Lippert, nous devons Hambourg ; à M. Sperino, Turin ; à M. Félix Jacquot, Rome ; *j'en passe et des meilleurs*, comme a dit le poëte.

Parmi ces curieuses annotations, nous signalerons encore, et c'est certainement une des plus remarquables comme étude de mœurs locales, l'étude sur la ville de Berne, où la prostitution, soumise au contrôle des autorités, s'exerce principalement dans les bains publics. C'est, croyons-nous, la seule ville où se rencontre cette particularité, qui donne à la profession des filles un cachet tout particulier.

Inutile de dire que partout les documents les plus authentiques, les tableaux officiels les plus détaillés, sont annexés comme pièces justificatives, et prêtent aux assertions des auteurs l'appui de leur autorité.

Ce qu'il a fallu de démarches pressantes, de sollicitations, de peines matérielles, de dépenses à MM. Baillière pour arriver au but qu'ils s'étaient proposé, on s'en ferait difficilement une idée, sans avoir parcouru la volumineuse correspondance qu'ils ont dû entretenir depuis des années avec toutes les contrées dont nous venons à peine de citer quelques-unes. Aussi n'est-ce plus le titre de la *Prostitution dans la ville de Paris*, mais bien celui de la *Prostitution en Europe*, qu'ils auraient dû imposer au magnifique ouvrage dont nous venons de donner une esquisse malheureusement si incomplète. Dr A. FOUCART.

De l'Epilepsie. Leçons cliniques de M. le professeur Trousseau, recueillies, rédigées et publiées par le docteur LEGRAND DU SAULLE. — Broch. in-8° de 24 pages ; 2e édition. — Chez J. Viat, libraire, cour du Commerce, 12.

incision : ce suc avait été expérimenté sous le nom de lactucarium par de nombreux observateurs, qui tous avaient signalé ses propriétés calmantes avec une sorte d'enthousiasme. Il m'avait semblé que, même en faisant la part de l'exagération, assez ordinaire chez les auteurs d'une découverte, un produit auquel on avait attribué de telles propriétés ne devait pas être complétement sans utilité, et qu'il pouvait y avoir intérêt à le mettre à la disposition des praticiens. Telles sont les considérations qui m'ont amené à chercher la solution de ce problème. Les premières expériences qui ont été faites à ma demande sur le produit que j'ai obtenu ont confirmé mes espérances. Mais je dois dire que, de toutes les observations qui m'ont été communiquées, il n'en est pas qui soient plus favorables au lactucarium que celles que vous avez publiées, qui prouvent mieux que ce médicament doit prendre une place utile dans la matière médicale.

» Pour qu'il en soit ainsi, il ne me semble pas nécessaire que le lactucarium soit doué de propriétés aussi énergiques que l'opium, car alors il aurait comme lui les inconvénients de sa puissance; si je ne me trompe, il suffit que l'action de ce nouvel agent soit manifeste, incontestable, quelque faible qu'elle puisse être; cette faiblesse relative est même à mes yeux un avantage réel, parce qu'elle permet de graduer l'emploi des narcotiques, en commençant par recourir au médicament le plus faible, le lactucarium, en s'y arrêtant, s'il suffit, pour passer ensuite à l'opium, si l'emploi d'un agent plus actif est reconnu nécessaire. Rien ne prouve mieux que les faits recueillis à l'hôpital Sainte-Marguerite, et publiés par vous, que le lactucarium satisfait à toutes ces conditions.

» En effet, sur les seize observations que vous avez rapportées, il en est deux seulement dans lesquelles le lactucarium s'est montré absolument sans action; dans les quatorze autres, son action a été plus ou moins marquée, mais toujours sensible. Ce qui m'a surtout frappé, dans ces observations, c'est qu'elles établissent, comme l'avaient annoncé, bien avant que je m'occupasse de ce produit, Coxe, Scudamore, Anderson, Duncan, en Amérique et en Angleterre, Bidault de Villiers et François, en France, que le lactucarium agit même sur des malades accoutumés à l'usage de l'opium; qu'ainsi il a déterminé le sommeil d'une manière durable chez une femme atteinte d'un cancer, et qui avait pris précédemment des pilules d'extrait thébaïque (obs. XV); que lorsque le lactucarium, après avoir longtemps produit un effet utile, est devenu impuissant, le malade étant sur le point de succomber, l'opium ne réussit pas mieux (obs. XIV); que des malades, qui avaient éprouvé un soulagement marqué sous l'influence du lactucarium, n'en avaient éprouvé aucun sous l'influence de l'opium, à tel point que le lactucarium était redemandé avec instance (obs. XII); que dans les convalescences de fièvre typhoïde rendues plus pénibles par la privation du sommeil, le sommeil est si bien revenu sous l'influence du lactucarium, qu'une des malades auxquelles il a été administré a dit avoir mieux dormi dès le premier jour qu'elle n'avait fait depuis deux mois, et qu'au bout de très-peu de temps le lactucarium a pu être remplacé par des pilules de mie de pain, sans que l'insomnie ait reparu (obs. VII et XI); qu'enfin ce médicament agit (il n'est pas une de vos observations qui ne le constate) sans nausées, sans céphalalgie, sans rêves, sans la moindre pesanteur de tête; qu'il laisse, en un mot, après lui si peu de traces de son action que vos malades vous disent, je cite textuellement, non-seulement qu'ils ont bien dormi, mais encore qu'ils ne sont pas aussi engourdis le matin que lorsqu'ils ont pris des pilules d'opium (obs. XIV).

» Je reconnais avec vous que si l'on veut administrer le lactucarium à haute dose, le sirop n'est point la forme à laquelle il faut recourir. Mais je suis loin d'admettre qu'il faille employer ce sirop à aussi haute dose que vous le dites, pour produire un effet utile. D'ailleurs, on n'administre pas toujours le lactucarium dans le seul but de ramener le sommeil. On met souvent à profit ses propriétés pour calmer la toux ou certains états nerveux, sans avoir besoin pour cela de l'administrer à dose somnifère.

» M. Bertrand, directeur de l'Ecole de médecine de Clermont, inspecteur des eaux du mont Dore, a si bien caractérisé l'action du lactucarium, dans la note où il a résumé ses observations; il a précisé avec tant de justesse les limites dans lesquelles elle s'exerce, que tout ce qu'il a dit à ce sujet a été confirmé par tous les faits recueillis depuis, par ceux observés dans les services de MM. Serres et Magendie, comme par ceux que vous venez de publier. Eh bien, c'est une observation faite par M. Bertrand qui a servi de règle pour la proportion à adopter dans la formule du sirop. Cet éminent observateur rapporte que le lactucarium, administré à la dose de 30 centigrammes par jour, en 3 fois, le matin, à midi et le soir, dans un cas bien déterminé de phthisie pulmonaire, *avait calmé d'une manière complète et durable une toux fréquente, profonde, convulsive, empêchant tout sommeil, et usant ainsi avec une double rapidité les forces du malade*. La formule du sirop a été calculée précisément de manière qu'une cuillerée contienne tous les principes solubles de la dose de lactucarium qui a produit l'effet indiqué par M. Bertrand. Vous reconnaissez qu'il y eût eu inconvénient à dépasser cette dose; vous reconnaîtrez aussi, je l'espère, toute la valeur de la considération qui me l'a fait adopter.

Il ne faut pas perdre de vue, d'ailleurs, que le principe actif du lactucarium étant très-peu soluble, et ne pouvant être enlevé à la matière résineuse qui l'accompagne que par l'action de l'eau bouillante plusieurs fois répétée, il y a chance pour que l'extrait qui se trouve en dissolution dans le sirop agisse d'une manière plus prompte et plus efficace que lorsqu'on l'administre sous forme pilulaire. Une moindre dose sous forme de sirop doit produire plus d'effet qu'une plus forte en pilules, lorsqu'on ne laisse qu'aux sucs de l'appareil digestif le soin de remplacer l'action de l'eau bouillante pour la dissoudre.

» Il faut bien aussi tenir compte de la différence que présente l'impressionnabilité des malades qu'on traite dans les hôpitaux et de ceux de la pratique civile, de la difficulté que beaucoup de personnes, et surtout les enfants, éprouvent à avaler des pilules. De là des motifs de préférence pour une forme plutôt que pour une autre. Malgré ces observations, je suis tout disposé à reconnaître que c'est par des expériences cliniques comparatives qu'il convient de juger la valeur relative des diverses préparations du lactucarium. Il serait aussi à désirer que le sirop du lactucarium fût comparé, dans ces expériences, au sirop de thridace, qu'il est surtout destiné à remplacer. Si l'intérêt de ces recherches pouvait tenter un de vos collaborateurs, je m'empresserais de mettre à sa disposition telle quantité de lactucarium qui pourrait lui être nécessaire. Je me permettrai seulement d'insister pour que le sirop soit préparé en suivant exactement la formule que j'ai proposée, et qui a été adoptée par l'Académie de médecine à la presque unanimité. Les modifications qui ont été indiquées ne m'ont pas paru heureuses, et j'aurais tout lieu de craindre que le sirop préparé, en en tenant compte, ne justifiât par trop la critique que vous avez faite de cette préparation. Ce ne serait pas la première fois, du reste, qu'une mauvaise manière d'opérer aurait compromis sa réputation.

» H. AUBERGIER. »

CAS DE CROUP CHEZ UN ADULTE.

Par M. le Dr AUBÉ.

Le nommé Hautot, âgé de vingt-trois ans, était depuis la fin d'août 1855, dans une salle de chirurgie à l'Hôtel-Dieu, pour une fracture comminutive de la jambe gauche. Après de nombreux accidents survenus dans cette fracture (érysipèle, abcès, détachement d'esquilles), accidents qui avaient plusieurs fois mis ses jours en danger, le malade était entré en convalescence depuis trois semaines; la consolidation s'avançait, les quatre portions lui suffisaient à peine, quand le lundi, 2 décembre 1855, il fut pris de malaise, de toux, de dyspnée avec aphonie complète. Malgré un vomitif administré le 3, il succomba le 4, à six heures du matin, avec tous les symptômes de l'asphyxie, sans suffocation, sans toux croupale, et sans la moindre trace de fausses membranes dans l'arrière-gorge examinée avec la plus grande attention.

Autopsie. — Une grande lanière pseudo-membraneuse, commençant à la base de l'épiglotte, tapissait les cordes vocales, les ventricules du larynx, et se prolongeait, sous la forme d'un tuyau complet, dans la bronche droite et ses ramifications; elle s'arrêtait à l'entrée de la bronche gauche. La dissection de quelques ramifications bronchiques de ce côté n'a point révélé de fausses membranes.

Il est évident que dans cette circonstance la trachéotomie eût été inutile, et le chirurgien a eu raison de s'abstenir.

Aucune des causes signalées ordinairement dans l'étiologie du croup ne se rencontre dans l'espèce, et c'est un de ces cas de croup chez l'adulte, excessivement rares dans la pratique, il est vrai, mais ayant eu jusqu'à présent le triste privilége de choisir ses victimes parmi les médecins, si exposés à la contagion par la nature spéciale des soins que nécessite le traitement de cette terrible affection. (*Bull. de la Soc. de méd. de Rouen*, 1857.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 mai 1857. — Présidence de M. CHASSAIGNAC.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. MOREL-LAVALLÉE, à l'occasion de la luxation du poignet présentée par M. Chassaignac dans la dernière séance, rappelle que, contrairement à l'opinion de M. Chassaignac, il a soutenu qu'il y avait déformation des surfaces articulaires sans luxation du carpe sur le radius.

M. CHASSAIGNAC, dans l'opération qu'il a pratiquée à son jeune malade, a pu vérifier l'exactitude du diagnostic de M. Morel. En effet, après qu'il eut divisé les tendons fléchisseurs par la méthode sous-cutanée, toute résistance ayant cessé, il a pu redresser la main et a constaté la réduction du carpe sur le cubitus, qui n'a pu revenir à sa place. Le radius, au contraire, a repris sa place avec la plus grande facilité; seulement la réduction n'a pu être complète, le cubitus restant toujours en arrière du radius. L'impossibilité de ramener la main à sa direction naturelle conduira peut-être à faire la résection du cubitus.

Suite de la discussion du rapport de M. Bouvier.

M. CHASSAIGNAC donne des explications sur ce qu'il a dit des dangers du redressement des articulations malades, qui peut conduire à l'amputation, et cite des cas de tumeurs blanches où cette opération a eu de fâcheux résultats.

M. LARREY, qui occupe le fauteuil du président, fait observer que l'on a beaucoup étendu la discussion, et qu'elle porte sur beaucoup de points étrangers au rapport de M. Bouvier.

M. VERNEUIL annonce, à l'occasion du procès-verbal, qu'il communiquera à la Société l'observation complète de la malade dont il a rapporté l'opération; mais il peut déjà dire qu'il n'est survenu aucun accident, et qu'il a noté dans les symptômes une diminution qu'on n'aurait certainement pas obtenue sans le redressement. Depuis cette opération, il a encore rendu M. Bouvier témoin de deux tentatives semblables couronnées de succès.

M. RICHARD fait observer, comme M. Larrey, que dans le rapport de M. Bouvier il n'est question que du redressement des articulations dans les cas d'arthrites, et non dans les tumeurs blanches et les fausses ankyloses. La question est donc seulement de savoir si cette méthode est favorable dans les inflammations articulaires.

M. CHASSAIGNAC soutient que, dans le travail de M. Crocq, il est aussi question des tumeurs blanches sans exception. Il prie M. Bouvier de vouloir bien replacer la question.

M. BOUVIER répond que M. Crocq propose le redressement pour tous les cas de tumeurs blanches, et que dans son rapport il a repoussé cette doctrine présentée d'une manière aussi générale.

M. CHASSAIGNAC a dit que l'usage des gouttières peut dans certains cas remplacer le redressement brusque; il l'a constaté, entre autres, dans deux cas. Dans certaines tumeurs blanches, le redressement du membre ne peut être obtenu instantanément; mais on l'obtient en quelques jours en plaçant le membre dans une gouttière. A l'appui de son opinion, M. Chassaignac communique la note suivante :

J'ai en ce moment dans mon service, à l'hôpital Lariboisière, 18 malades entrés à l'hôpital pour des tumeurs blanches.

Il y a 18 malades, mais il y a 19 tumeurs, parce que l'un des sujets a deux tumeurs blanches à la fois, les deux genoux étant malades chez lui.

Sur ces 18 malades, 5 ont subi l'amputation, soit une amputation de cuisse et quatre amputations de jambe.

Sur ces 18 malades, nous trouvons 10 tumeurs blanches du genou, 4 tumeurs blanches du pied, 1 tumeur blanche de l'épaule, 1 du poignet et 1 de l'articulation coxo-fémorale.

Des 10 tumeurs blanches du genou, 1 seule a nécessité l'amputation.

Des 9 autres, 4 sont guéries ou à peu près guéries, 2 sont en traitement par le drainage, les 3 dernières sont traitées par l'immobilité dans une gouttière et divers autres moyens qui ont été indiqués dans un travail publié en avril 1854 dans le journal de M. Malgaigne.

Dans aucun des cas, à l'exception d'un seul, on n'a eu recours au redressement subit, jamais au redressement brusque.

Chez tous les malades sans exception, l'emploi de la gouttière a toujours été suivi d'amélioration.

Quand au début de l'emploi de la gouttière il y a difficulté pour l'extension, on matelasse suffisamment le creux du jarret, ou on emploie pendant quelques jours la gouttière coudée; il n'est pas un seul des 10 malades chez lequel, spontanément et en peu de temps, il n'y ait eu redressement et possibilité d'appliquer la gouttière rectiligne.

M. BOUVIER montre, par la lecture d'un passage de son rapport, qu'il est d'accord avec M. Chassaignac. Il n'a pas voulu proscrire les extensions brusques, mais il demande si on ne réussirait pas aussi bien par des extensions graduelles.

M. RICHET a pris la parole dans la dernière séance pour montrer l'innocuité des extensions brusques, qu'il avait déjà soutenues dans son mémoire couronné par l'Académie. Il distingue trois cas dans lesquels on peut proposer l'extension :

1° Les arthrites aiguës, il n'en a pas soumis à l'extension;

2° Les ostéo-synovites, mêmes suppurées; c'est de ces cas seulement qu'il s'occupe;

3° Des tumeurs blanches avec affection organique des os, il ne s'en occupe pas.

Si M. Bonnet a posé le principe du redressement en méthode générale, M. Richet trouve que ce précepte n'est pas prudent. Mais pour les tumeurs blanches suppurées, il y a longtemps que M. Velpeau les traitait par ce moyen. Lorsqu'un malade arrive avec une tumeur blanche ancienne et même suppurée, causant des douleurs violentes qu'on ne peut calmer par les moyens ordinaires, M. Richet pense qu'on est en droit de redresser ou de fléchir brusquement le membre, suivant le cas, parce qu'il l'a fait et n'a pas eu d'accident. On ne doit pas le faire, au contraire, en l'absence des douleurs, dans le seul but d'obtenir une meilleure position du membre, parce que dans ces cas il y a souvent des accidents. On peut alors recourir à l'extension lente, pourvu qu'elle ne cause pas de douleurs.

M. FORGET ne croit pas que M. Bonnet ait conseillé de redresser toutes les articulations malades; il n'en parle pas ainsi dans ses mémoires publiés en 1840 et 1844; il dit, au contraire, qu'il conseille ce moyen, surtout pour les arthrites aiguës. M. Forget n'a pas trouvé d'observations de redressement de tumeurs blanches anciennes datant de quinze ou dix-huit mois et plus. Dans un cas de tumeur blanche récente, il a obtenu le redressement en trois jours.

M. Forget rappelle que M. Bonnet a cherché à préciser les conditions anatomiques qui produisent des douleurs dans certaines attitudes et qu'il a signalé le tiraillement de certaines parties, et le pincement par les surfaces osseuses des parties boursouflées par l'inflammation.

Quant au fait rapporté par M. Chassaignac, M. Forget fait remarquer que les tumeurs blanches suppurées sont souvent dues à des tubercules des os.

M. ROBERT réclame contre l'extension donnée aux idées de M. Bonnet. Suivant lui, la période d'arthrite aiguë est indéterminée; entre elle et la tumeur blanche confirmée, il y a une période intermédiaire; c'est dans cette période qu'il a redressé les membres, parce qu'alors il regarde la douleur vive, qui ne peut plus être due à l'inflammation, comme un signe d'attitude vicieuse. Dans les trois cas où il a employé ce moyen, il a réussi. Ainsi c'est dans cette période que le redressement est favorable, et non dans les ostéo-synovites ni dans les tumeurs blanches confirmées, dont il a vu le redressement, pratiqué par des rebouteurs, causer des accidents graves.

M. BOUVIER, pour répondre à ce que MM. Forget et Robert ont dit de M. Bonnet, montre l'exactitude de ces citations en lisant quelques passages de son rapport.

M. VERNEUIL regarde comme évident qu'il y a au redressement des articulations malades des indications et des contre-indications; MM. Crocq et Bonnet, ce dernier surtout, en admettent, mais ils ne sont pas assez explicites à ce sujet.

M. Verneuil a fait avec M. Bouvier, en vue de cette question, la revue d'un certain nombre de scrofuleux. Ils ont trouvé sept tumeurs blanches avec flexion du genou; dans ce nombre, cinq se refusaient à toute tentative à cause de l'altération des surfaces osseuses; un se prêtait au redressement qui a été fait, un dernier était douteux. Quant à l'extension graduée qui a été proposée, lorsque l'extension brusque n'est pas applicable, M. Verneuil ne la croit pas possible, parce que les articulations ne céderaient pas.

M. RICHET repousse le redressement lorsqu'il n'y a pas de douleurs. A cela M. Verneuil répond par l'exemple suivant :

Dans un cas de synovite avec fongosités, datant de deux ou trois mois, accompagnée de flexion du genou sans douleurs, si on abandonne la maladie à elle-même, le membre s'ankylosera à angle droit. Peut-on, bien qu'il n'y ait pas de douleurs vives, exécuter le redressement du membre pour lui donner une meilleure attitude? M. Verneuil n'hésite pas à répondre par l'affirmative. Il adopte la pratique de M. Bonnet, et pense qu'on doit redresser les membres non-seulement dans les cas de douleurs vives, mais lorsque l'attitude est assez vicieuse pour faire regretter de n'y avoir pas remédié.

M. HUGUIER, à l'occasion des fongosités articulaires dont M. Verneuil vient de parler, lui demande s'il croit que les tumeurs blanches avec fongosités puissent guérir; pour lui, il ne l'a jamais vu.

M. LARREY, en demandant si personne ne réclame plus la parole dans cette discussion, croit devoir faire observer qu'elle s'est parfois

écartée de son point de départ, et qu'elle se réduit à une question de thérapeutique usuelle pour la plupart des chirurgiens.

Presque tous, en effet, ont pour principe et pour habitude de placer dans les positions les plus convenables, sinon par un redressement brusque, du moins par un redressement graduel, les membres affectés d'arthrite et d'arthropathie aiguës ou chroniques.

On doit sans doute accorder à M. Bonnet le mérite d'avoir établi certaines règles précises à l'égard surtout du redressement brusque, et d'en avoir formé une méthode dans un ouvrage dogmatique, on doit de même savoir gré à M. Crocq d'avoir cherché à généraliser ces préceptes en Belgique; mais il faut reconnaître ici, comme dans beaucoup de questions d'art et de science, que la pratique générale du redressement des articulations malades avait depuis longtemps devancé la théorie spéciale fondée d'ailleurs sur sa part d'expérience.

La discussion est close.

Sur les conclusions de M. le rapporteur, la Société adresse des remercîments à M. Crocq.

Le vote sur la nomination de M. Crocq est renvoyé à une prochaine séance.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit les ouvrages suivants :

Szumowski. *De ligatura œsophagi.* — M. Follin est chargé de rendre compte de ce travail.
Bouvier. *De la méthode opératoire sous-cutanée.*
Legendre. *De la valeur comparée des différentes méthodes de traitement des fractures.*
Blot. *De l'anesthésie appliquée à l'art des accouchements.*
Bauchet. *De la thyroïdite (goître aigu) et du goître enflammé (goître chronique enflammé).*
Bauchet. *Des tubercules au point de vue chirurgical.*
Ollier. *Des plaies des veines.*
Béraud. *Maladies de la prostate.*
Larrey. *Rapport sur une observation d'amputation scapulo-humérale faite par le docteur Michalski.*
Bouisson. *Considérations sur quelques tumeurs pulsatiles des os improprement appelées anévrysmes, au point de vue du diagnostic et du traitement.* (Thèse inaugurale envoyée pour le prix Duval.)

Des remercîments sont adressés aux auteurs de ces envois.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur pédiculée de la grande lèvre. — M. HUGUIER présente une tumeur de la grosseur d'une orange qu'il a enlevée sur la grande lèvre droite d'une blanchisseuse. Cette tumeur était pédiculée, et présentait à sa surface une légère ulcération; sa coupe offre un aspect blanchâtre, le derme est très-épaissi et paraît infiltré; en un mot, cette tumeur paraît de nature éléphantiasique.

M. Huguier rappelle qu'il y a quelques mois il a présenté une semblable tumeur, également de la grosseur d'une orange, et qui était de même pédiculée, offrait la même structure, et venait de même de la grande lèvre droite d'une blanchisseuse.

M. LARREY, d'après les recherches nombreuses qu'il a faites sur l'éléphantiasis des parties génitales, serait disposé à considérer la pièce anatomique présentée par M. Huguier comme une tumeur hypertrophique pédiculée, plutôt que comme un cas d'éléphantiasis proprement dit, en raison même de son minime développement.

M. CHASSAIGNAC trouve ce fait très-curieux; pour lui, c'est une tumeur éléphantiasique, et il n'a jamais trouvé le caractère de ce tissu aussi prononcé dans des tumeurs pédiculées.

M. FORGET a enlevé sur la grande lèvre d'une jeune femme une tumeur de même nature, mais moins grosse.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société, DÉSORMEAUX.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 mars 1857. — Présidence de M. Bossu, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— La correspondance comprend :

1° Le n° 4 (3e série) du *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux.* (M. Terrier.)

2° Un travail sur le traitement du choléra par le chloroforme, par le docteur Vincent, d'Ay (Marne); le docteur Vincent demande le titre de membre correspondant. (M. Dupertuis.)

Imperforation de l'anus; absence du bout inférieur du rectum; opération. — M. FOUCART. J'ai eu l'honneur de communiquer à la Société dans sa dernière séance, le fait très-curieux d'un enfant né avec une imperforation de l'anus, et chez lequel ce ne fut qu'à une profondeur de 4 centimètres que l'on put atteindre l'extrémité inférieure du rectum. J'ai promis de donner des nouvelles de l'enfant.

Dès le lendemain de l'opération, l'enfant prit le sein avec avidité; au bout de trois jours, les selles avaient la couleur jaune et la consistance habituelles; il dormait bien, et paraissait jouir d'une aussi bonne santé que les enfants de cet âge nés dans les conditions normales.

Du 4 février, jour de l'opération, au 20 du même mois, je ne fis aucun pansement, me contentant de recommander à la mère la plus grande propreté, et comptant un peu sur le passage des matières pour empêcher l'ouverture artificielle de se fermer.

Mais, vers le 15 ou le 16, les selles commencèrent à diminuer de quantité sans que l'enfant parût le moins du monde souffrir.

Le 19 et le 20, il ne rendit aucune matière. Il était évident que l'orifice se fermait.

Le 21, j'introduisis dans l'ouverture, excessivement rétrécie, une sonde cannelée, sur laquelle je fis glisser la lame d'un bistouri; je pratiquai une ouverture de 2 centimètres environ d'étendue; aussitôt un flot de matières jaunâtres de bonne nature s'échappa. L'instrument n'avait manifestement divisé que la peau, et au-dessus de la couche tégumentaire le canal, creusé dans l'épaisseur du tissu cellulaire dans l'espace de 4 centimètres jusqu'au rectum, était resté aussi large que le premier jour. Le doigt y pénétrait facilement.

Depuis lors, j'ai tous les jours introduit dans l'anus une forte mèche de charpie, et, comme cette mèche ne reste jamais plus de quatre à cinq heures en place, expulsée qu'elle est lorsque l'enfant rend ses matières fécales, j'ai appris à la mère à introduire dans l'anus, à trois reprises dans les vingt-quatre heures, un bout de grosse sonde en gomme, qu'elle laisse séjourner chaque fois pendant cinq minutes.

Voilà un mois aujourd'hui que l'opération est faite; l'enfant grossit, et tout porte à croire qu'il vivra.

— Lorsque j'ai communiqué le fait à la Société, le mois dernier, nous étions au lendemain de l'opération; rien n'était moins sûr que la guérison; aussi n'ai-je pu faire à cette occasion de bien longues réflexions, auxquelles l'événement du lendemain pouvait venir donner un cruel démenti. J'ai seulement insisté sur les considérations de l'ordre moral qui nous avaient déterminés M. Maisonneuve et moi à tenter l'opération par cette région plutôt que d'aller chercher l'intestin dans le flanc droit, comme l'a proposé Callisen, et comme plus tard l'a pratiqué Amussat dans plusieurs circonstances.

J'ai dit à cette occasion, parlant en mon nom seul, qu'autant l'opération par le côlon transverse me paraissait indiquée chez l'adulte atteint de rétrécissement organique du rectum et menacé de mort (et à ce point de vue notre regrettable et vénéré maître Amussat nous semble avoir rendu un immense service à l'humanité en la faisant revivre et en la rendant praticable), autant, à mon avis, elle était contre-indiquée chez un enfant, que l'on vouait à une existence des plus misérables s'il vivait.

Aujourd'hui je ne veux insister que sur un point, c'est sur l'erreur qu'a commise une des plus grandes autorités de la chirurgie moderne, Boyer, en condamnant et proscrivant toujours l'opération qui a pour but d'aller chercher le rectum dans la profondeur des tissus par la région où devrait exister l'anus.

Que dit en effet Boyer ?

Les auteurs, dit-il, citent un grand nombre d'exemples de sujets chez lesquels le rectum se terminait en cul-de-sac vers la base du sacrum, ou même manquait totalement. A quoi servirait une opération dans de pareilles circonstances? qu'à hâter la mort de l'enfant. Supposons qu'on parvînt jusqu'au rectum, comment le méconium et les matières fécales pourraient-ils sortir librement à travers une si grande épaisseur de parties, que leur gonflement rapprocherait les unes des autres? L'infiltration de ces matières dans le tissu cellulaire du bassin, aurait lieu infailliblement et aggraverait l'état de l'enfant... »

Ici Boyer rappelle les insuccès de J. L. Petit, et il termine ainsi :

« Il résulte de ces considérations que l'imperforation de l'anus, sans aucune trace de cette ouverture, ne peut jamais être guérie par une incision pratiquée à l'endroit où l'intestin-rectum doit aboutir, et qu'ainsi, dans le cas où l'on aurait quelque raison d'entreprendre cette opération, on doit y renoncer lorsque après avoir incisé à une certaine profondeur, on ne voit pas sortir le méconium. Il ne reste alors d'autre ressource, pour sauver la vie de l'enfant, que d'établir un anus contre nature... »

Si Boyer, J. L. Petit et autres, ont vu succomber un grand nombre d'enfants après des opérations de ce genre, et cela trois ou quatre jours après l'opération, s'ensuit-il que la mort en soit le résultat forcé et inévitable, et faut-il proscrire complétement la recherche du bout inférieur du rectum?

Le fait actuel, celui qu'a publié Amussat en 1843, et qui fut suivi de succès, deux succès pareils obtenus par M. Maisonneuve, semblent prouver que, si les accidents les plus graves sont à redouter, ils peuvent aussi manquer quelquefois, et que les craintes d'infiltration des matières fécales et d'infection consécutives sont peut-être plus théoriques que réelles.

M. MAGNE demande à M. Foucart si, lors de sa dernière opération, il a pu constater par le toucher la présence d'un sphincter.

M. FOUCART répond négativement.

Influence des causes morales sur les suites de couches. — M. MATTEI lit l'observation suivante : (Voyez la *Gazette des Hôpitaux* du 26 mai.)

M. TERRIER. La communication intéressante de M. Mattei me paraît dépasser les limites d'une sage interprétation. Après avoir rapporté qu'un foyer péri-utérin, suite de couches, ouvert une première fois dans le vagin, s'est reproduit de nouveau, il explique le ballonnement du ventre avec douleurs et fièvre qui suivit, par un épanchement de pus dans le péritoine. Evidemment si l'épanchement du pus d'un abcès ayant communiqué avec l'extérieur, avait eu lieu dans le péritoine, on aurait vu apparaître une série de phénomènes formidables qui ne se seraient pas apaisés d'une manière aussi simple, ni aussi rapidement que le rapporte M. Mattei. Ces symptômes font suite à l'ouverture de l'abcès dans le vagin et n'ont pas besoin d'une interprétation nouvelle.

M. DUPERTUIS partage l'opinion de M. Terrier, et pense que M. Mattei attache trop d'importance aux accidents névralgiques.

M. MATTEI insiste sur ce point que la tumeur avait disparu alors que les douleurs névralgiques étaient le plus fortes; le sulfate de quinine les a supprimées et a fait disparaître les tranchées après l'accouchement.

M. DUPERTUIS. S'il en est ainsi, nous devrions supposer qu'en pareil cas, le sulfate de quinine jouirait de la propriété de calmer les contractions utérines.

Tumeur du sac lacrymal. — M. MAGNE. A l'époque où j'ai eu l'honneur de faire à la Société mes premières communications sur la cure radicale de la tumeur du sac lacrymal, *l'oblitération du sac à l'aide de la cautérisation* était universellement blâmée; de nombreuses observations de guérison publiées par moi ont démontré victorieusement la valeur de ce procédé, et aujourd'hui je m'applaudis d'avoir érigé l'oblitération du sac en méthode générale, puisque mes opinions ont été adoptées par la presse médicale et par les chirurgiens français et étrangers. *La cautérisation du sac* a actuellement droit de domicile dans la science; aussi n'est-ce pas de ses succès que je viens vous entretenir, mais bien des cas exceptionnels. Je vous en ai déjà cité deux. Je viens aujourd'hui vous donner connaissance d'un troisième fait qui, tout d'abord, paraîtrait lutter contre la méthode que j'ai généralisée.

Il y a près d'un mois, assisté de nos honorables confrères MM. Jozias et Mouzard, j'ai opéré, selon mon procédé, un jeune enfant de douze ans, scrofuleux, et portant au cou de nombreuses cicatrices adhérentes. Notre collègue M. Jozias m'avait présenté cet enfant il y a trois mois environ, et nous avions arrêté le traitement suivant :

Sirop d'iodure de fer à l'intérieur; viandes noires grillées; vin coupé avec l'eau de houblon; fumigations iodées dans la narine; injections par les points lacrymaux.

Cette dernière prescription ne fut pas exécutée, le jeune malade, qui est éminemment nerveux, s'y étant opposé.

Il y a trois semaines, le jour de l'opération, la tumeur était devenue une fistule, et présentait les caractères insolites que voici :

L'orifice fistuleux, au lieu d'occuper les environs du tendon de l'orbiculaire, était situé au milieu de la paupière inférieure; le sac, outre ses dimensions normales, avait donc créé un trajet inflammatoire occupant la moitié de la paupière; il avait en réalité triplé son volume. En outre, la paupière était d'un rouge violacé et comme indurée.

Je fis part immédiatement à mes confrères de mes inquiétudes; je redoutais une carie, ou tout au moins une périostite. Néanmoins, nous résolûmes d'agir suivant mon procédé ordinaire, dont je dus modifier l'incision, sous peine d'obtenir une cicatrice vicieuse. J'ouvris largement le sac palpébral par une incision horizontale, et je fendis verticalement le sac lacrymal; un flot de pus de bonne nature et de mucus sortit du sac lacrymal; mais à l'endroit où il s'étendait dans l'épaisseur de la paupière, nous ne trouvâmes qu'une matière demi solide, ressemblant à des tubercules ramollis. Je cautérisai vigoureusement avec le beurre d'antimoine — le jeune malade avait été chloroformisé —, et nous appliquâmes sur la plaie un plumasseau de charpie enduit de cérat.

J'ai revu notre opéré hier, vingt et unième jour de l'opération. La cicatrisation est achevée, sauf un fin trajet fistuleux qui laisse échapper du mucus par la pression. Je commence à être rassuré sur la question de la carie, mais je crains que la cautérisation ne soit pas complète; car, ainsi que vous le savez, lorsqu'elle est suffisante, la cicatrisation a lieu le douzième jour, et voilà trois semaines d'écoulées.

M. TERRIER. Il me semble que ce serait le cas d'essayer des injections iodées.

M. MAGNE répond que c'est son intention, et que dans la consultation qui a eu lieu hier avec M. Jozias, les injections de teinture d'iode pure ont été décidées. M. Magne tiendra la Société au courant de cette observation.

Le secrétaire annuel : Al. MAGNE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 14 mai, M. Lecœur, professeur adjoint de clinique externe à l'Ecole préparatoire de Caen, est nommé professeur titulaire de thérapeutique et de matière médicale, en remplacement de M. Leclerc, dont la démission est acceptée.

M. Roulland, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur adjoint de clinique externe.

M. Denis, professeur suppléant, est nommé professeur adjoint d'anatomie et de physiologie.

M. Bourienne est nommé professeur suppléant en remplacement de M. Denis, appelé à d'autres fonctions.

— Par arrêté du 25 mai, M. Bleynie, professeur adjoint de l'École préparatoire de Limoges, est nommé professeur titulaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, en remplacement de M. Thibaud, décédé.

— M. le docteur Ludovic Hirschfeld vient d'être nommé chef de clinique de M. le professeur Rostan, à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Labric fils, dont les fonctions étaient devenues incompatibles avec celles de médecin au Bureau central.

— A la suite des concours ouverts dans les ports, ont été promus ou nommés dans le corps des officiers de santé de la marine :

Au grade de chirurgien de 1re classe : MM. Louvel, Julien, Dépérier, Lauvergne et Guillasse.

Au grade de chirurgien de 2e classe : MM. Gailhard, Chaleix, Vinson, Ducret, Pelon, Gros, Roubeau, Brassac, Combe, Aubin, Vidal, Riché, Mahé, Godefroy, Cochois, Mesnard, Fabre et Porlié.

Au grade de chirurgien de 3e classe : MM. Crouzet, Nogués, Gandaubert, Besnier, Dupont, Aurillac, Delamare, Pavot, Vaillant, O'Neill, Pougny, Tourbiez, Foiret, Piesvaux, Cornibert, Cézilly, Gérieu, Jouven, D'Auriol, Mège et Souliers.

Au grade de pharmacien professeur : M. Delavaud.

Au grade de pharmacien de 1re classe : MM. Duvod et Peyremol.

Au grade de pharmacien de 2e classe : MM. Bourayne et Barion.

Au grade de pharmacien de 3e classe : MM. Gautier, Oui, Marion et Aubert.

— M. le docteur Gluge, professeur de physiologie et d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles, vient de fonder une *Société anatomo-pathologique*. Tous les élèves de la Faculté de médecine font partie de cette association. Les séances sont tenues toutes les semaines dans le local même de la Faculté. Chaque membre de la Société doit produire une pièce d'anatomie pathologique qu'il a préparée et dont il a rédigé une description exacte.

Nous faisons des vœux bien sincères pour le succès de cette Société, et nous avons l'intime conviction qu'elle produira les résultats les plus favorables. Les élèves y trouveront un complément à leurs études, ils y puiseront le goût de la science, et il se produira parmi eux une noble et utile émulation qui tournera au profit de tous. (*Presse méd. belge.*)

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Kobelt, professeur d'anatomie à Fribourg, et auteur d'une brochure sur le *sens génital*, qui fit certaine sensation lorsqu'elle parut, en 1845.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 64. — MARDI 2 JUIN 1857. (30e ANNÉE.) N° 64. — MARDI 2 JUIN 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 1er JUIN 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

S'il nous était permis ici de franchir les limites de notre programme habituel, nous trouverions à signaler dans cette séance, en dehors de la médecine proprement dite ou des applications directes qu'elle reçoit des autres sciences, des communications très-importantes et d'un intérêt scientifique général, telles que les nouvelles recherches de M. Boussingault sur la quantité d'ammoniaque contenue dans la rosée artificielle ; un grand rapport de M. de Quatrefages sur la maladie des feuilles de mûriers, l'étisie, suivi d'un programme de questions soumis aux cultivateurs par la commission des vers à soie ; une communication de M. Dumas sur le même sujet, etc. Mais ce sont là des sujets que nous devons laisser à l'appréciation de notre collaborateur du feuilleton scientifique.

Notre rôle dès lors se réduit pour aujourd'hui à une sèche énumération de titres de mémoires destinés à concourir pour les prix ; on les trouvera dans le compte rendu de la séance, les règlements de l'Académie interdisant l'analyse des travaux qui ont cette destination.

L'Académie a procédé dans cette séance à la nomination d'un académicien libre en remplacement de M. de Bonnard.

Au premier tour de scrutin :

M. Passy a obtenu.	21 suffrages.
M. Bégin.	18 »
M. Walferdin.	13 »
M. Baudens.	5 »
M. Damour.	3 »
M. Mary.	2 »

Après un second scrutin sans résultat, l'Académie a procédé à un scrutin de ballottage entre MM. Passy et Bégin.

M. Passy a obtenu.	36 suffrages.
M. Bégin.	26 »

En conséquence, M. Passy a été élu.

Un deuxième scrutin pour le titre de correspondant dans la section d'économie rurale a donné la majorité à M. Reiset.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Loupes du cuir chevelu. Leur traitement.

M. Jobert dans plusieurs leçons cliniques a appelé l'attention de son auditoire sur les loupes du cuir chevelu, sur leur siége, le mécanisme de leur formation, leur traitement et leur mode de terminaison. En parlant de leur mode d'apparition, le professeur a comparé ces tumeurs à celles de l'ovaire et celles qui paraissent dans quelques autres régions du corps. Pour lui, l'athérôme, le stéatôme et le méliceris ne sont que des *follicules accrus*, comme l'avait dit M. Cooper, qui, sur ce sujet, a fait des recherches curieuses et intéressantes.

Il attribue l'origine de ces tumeurs, tantôt à la modification éprouvée par le liquide sécrété par le follicule, tantôt à l'oblitération du goulot de celui-ci ou au rétrécissement de son orifice. Il appuie son opinion sur les travaux écrits et sur son observation journalière.

A propos de l'anatomie pathologique, il a exposé les changements que le liquide contenu peut éprouver et ceux qui se montrent dans la poche elle-même. Il a insisté sur l'inflammation du sac, sur son ulcération qui se fait de l'intérieur vers l'extérieur ou vers la peau, et montre que dans ce cas le liquide qui s'échappe par l'ouverture accidentelle répand une odeur infecte. C'est là ce qui a lieu assez souvent. Mais il a cité ensuite un fait unique, sans analogue dans les annales de la science. Il s'agit d'une femme qui eut une hémorrhagie grave par suite d'une ulcération artérielle du cuir chevelu. Il a ajouté que le travail d'ulcération et d'inflammation peut s'étendre vers les os et produire l'inflammation du périoste et leur altération. Toutefois, il n'a pu rapporter aucun fait de ce genre qui lui soit propre, et il s'est borné à citer ce que Tésion a mentionné à ce sujet.

La thérapeutique des loupes du cuir chevelu a été assez variée pour que, pendant le semestre qui s'est écoulé, M. Jobert (de Lamballe) ait pu émettre des opinions un peu différentes de celles qu'il avait émises jusqu'à présent. C'est ainsi qu'en comparant les opérations faites avec l'instrument tranchant, et celles qui ont été pratiquées avec les caustiques, il ne balance pas à donner la préférence à ces derniers lorsqu'il règne des épidémies d'érysipèles. L'incision lui paraît disposer à cette fièvre éruptive plus que la cautérisation, et il est disposé à admettre que l'érysipèle peut se transmettre sous cette forme plus facilement que sous une autre. Il pense que l'incision doit être réservée pour les occasions où il n'existe aucune trace d'épidémie.

M. Jobert a terminé enfin en exposant avec détail les divers procédés d'extirpation, d'ablation des athérômes, des méliceris, etc., et en passant en revue les divers modes d'application des caustiques aux kystes du cuir chevelu.

Les observations qui suivent donneront une idée des cautérisations faites à l'intérieur et à l'extérieur de la poche.

OBS. I. — *Loupes crâniennes (stéatômes, athérômes.) — Opération par embrochement. — Erysipèle. — Guérison.*

La nommée Adèle Bévu, domestique, âgée de quarante-cinq ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 2 mars 1857.

Cette femme appartient à une famille dans laquelle il n'a jamais existé d'affection semblable. A l'âge de quinze ans, malgré sa forte complexion, elle n'est pas encore réglée. A cette époque, elle est tout à coup en proie à des congestions et à des douleurs crâniennes. On combat cet état, qui se prolonge pendant trois semaines, par des saignées du bras, du pied, et l'application de sangsues. Ce traitement diminue un peu les lourdeurs de tête et les éblouissements ; mais les douleurs de l'occiput persistent.

Trois semaines après, les douleurs de tête sont accompagnées de l'hystérie non convulsive.

Ses règles parurent à dix-neuf ans et furent accompagnées de vives douleurs, et à vingt-deux ans cette femme est atteinte d'une fièvre typhoïde à forme ataxique. Ses cheveux sont tombés, et des tumeurs ont paru au cuir chevelu. Elles se sont pendant une période de dix ans inégalement développées.

A son entrée à l'hôpital, la malade présente six loupes, que M. Jobert opère, le 17 mars 1857, au moyen du procédé par embrochement. Elles sont situées, trois sur une ligne antéro-postérieure, s'étendant de l'extrémité supérieure du frontal à la partie moyenne et supérieure du pariétal gauche, et les trois autres sur un espace triangulaire occupant le côté droit de la tête.

Toutes sont mobiles sur le crâne et adhèrent aux téguments, qui se déplacent avec elles. Elles sont fluctuantes pour la plupart, et contiennent un liquide athéromateux, stéomateux ou mélicérique, comme l'opération l'a démontré. Il en est qui sont dures et ne contiennent qu'une matière presque solide. L'un de ces kystes a fourni au moment de l'opération un liquide excessivement fétide.

Le 20 mars, tous les symptômes d'une fièvre éruptive se sont déclarés, et le 22 un érysipèle a paru sur la face et le cuir chevelu. L'ipécacuanha et l'huile de ricin ont été administrés successivement. Le vomitif et le purgatif n'ont pas arrêté la marche de l'érysipèle, et comme il montrait une intensité peu commune, une onction fut faite sur toute l'étendue de l'éruption avec la pommade au nitrate d'argent. L'érysipèle n'a cédé qu'au bout d'une quinzaine de jours, et les téguments sont demeurés rouges, tuméfiés et en état de desquammation pendant plus de temps que cela n'a lieu d'habitude. Quelques loupes ont suppuré, et il en est une qui n'a pas cessé de fournir du pus jusqu'au 25 avril, époque à laquelle la malade sort de l'Hôtel-Dieu.

OBS. II. — *Loupes du cuir chevelu. — Cautérisation des tumeurs. — Traitement comparé de la cautérisation avec la pâte de Vienne et l'acide azotique. — Guérison.*

La nommée Mme N..., giletière, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 10 mars 1857. Aucune personne de sa famille n'a eu de maladie semblable à la sienne. Elle porte trois loupes sur la tête : l'une à deux pouces au-dessus de l'oreille droite ; l'autre au même niveau du côté opposé, seulement un peu plus antérieure ; la troisième à la partie postérieure, à peu près sur la ligne médiane. Le volume des deux loupes pariétales est à peu près égal, leur forme semblable ; toutes deux sont hémisphériques, et ont environ deux centimètres de diamètre et un centimètre de hauteur. La loupe postérieure a un diamètre de trois centimètres et demi et une hauteur d'un centimètre et demi. La coloration des trois loupes est la même que celle du cuir chevelu des parties avoisinantes ; elles sont surmontées de cheveux aussi abondamment que la peau voisine. Ces petites tumeurs sont mobiles, indolentes à la pression ; quelquefois, mais rarement, elles sont spontanément douloureuses : la douleur se présente sous forme d'élancements. La peau qui recouvre ces tumeurs est plus dense, plus épaisse sur le pourtour

---

DES IMPRESSIONS MORALES (1).

Mens agitat molem.

Les impressions morales sont à la fois *des causes déterminantes morbifiques spéciales* et des *causes prédisposantes générales* de maladie. Leur nature et l'idiosyncrasie des individus déterminent la variété de leurs effets, car tantôt leur action est immédiatement suivie de la réaction morbide, et tantôt, au contraire, cette réaction est éloignée, variable et incertaine. D'autre part cette réaction, en rapport avec une même impression morale, n'a rien de constant, puisqu'on voit se produire sous l'influence d'impressions du même genre, ici, des accidents morbides du système nerveux tels que des névroses, et ailleurs des accidents de nature différente, dans le système circulatoire, la fièvre par exemple.

Sous le rapport de leur nature, les impressions morales peuvent être divisées en deux classes, qui correspondent assez bien à une double action différente et opposée sur l'organisme. Ce sont les impressions morales agréables ou excitatrices, et les impressions morales tristes ou dépressives, qui représentent bien l'effet des passions dépressives et expansives, dont elles sont la conséquence ordinaire. Celles-ci sont, beaucoup plus souvent que les autres, le point de départ des maladies, mais les unes et les autres produisent des *accidents primitifs* et des *accidents secondaires*. Ils ont pour cause la perturbation nerveuse, et pour siége tous les appareils organiques indistinctement, mais plus particulièrement le cerveau, le cœur, les poumons, les viscères de la digestion et les différents organes sécréteurs.

Partout, et on ne saurait comprendre qu'il en soit autrement, la modification nerveuse est primitive, mais instantanément, dans un espace de temps inappréciable, ou plus tardivement arrivent les lésions organiques qui en sont la conséquence. De l'impression résulte donc, par une sorte de transformation spéciale, une maladie immédiate ou secondaire ; c'est une impression morale produisant une impression organique ultérieurement transformée.

Dans certains cas, il n'y a point de temps intermédiaire entre la cause et l'effet, et le résultat suit de si près l'influence de l'impression morale, qu'il n'y a pas de doute sur l'origine des accidents morbides. Le système nerveux réagit sur l'impression qu'il a reçue, et on voit son ébranlement localisé dans un des organes dont il coordonne les fonctions, se traduire ici sur le cœur, par une syncope, ailleurs, par une paralysie générale ou des secousses convulsives, par des sueurs froides, par la suspension du flux salivaire, etc., etc. Ces faits sont acceptés de tout le monde. Il n'en est pas tout à fait de même de ceux dans lesquels l'impression morale, longtemps prolongée, modifie lentement les fonctions, et fait éclater dans un appareil quelconque une lésion organique plus ou moins grave. Comme alors le rapport de causalité est difficile à saisir, que l'observation grossière ne le montre pas d'une manière évidente, que des causes occasionnelles intercurrentes peuvent également être invoquées dans la production du mal, et qu'il faut avoir recours à la raison pour suivre les traces de l'impression morbifique, quelques médecins nient ces faits et les relèguent dans la catégorie des faits imaginaires, dont il ne faut pas s'occuper. C'est une grande erreur qu'il importe de détruire et qui a tous les jours les plus fâcheuses conséquences en médecine.

Les impressions morales, subites et violentes exercent une influence immédiate perturbatrice très-marquée sur les fonctions nerveuses, dont elles interrompent totalement ou modifient l'exercice. On succombe réellement de frayeur ou de joie, par la suspension absolue de l'action nerveuse, et cela est souvent arrivé à des sujets très-robustes, sans que la nécropsie ait permis de constater la présence d'aucune lésion organique. C'est de joie que durent succomber Diagoras et Sophocle : le premier, en apprenant que ses trois fils avaient été vainqueurs aux jeux Olympiques, et l'autre en y recevant la couronne à laquelle son âge avancé ne devait plus lui laisser l'espérance de prétendre. — Toutes les névroses, et principalement l'hystérie, la catalepsie, l'éclampsie, l'épilepsie et l'hydrophobie, se développent par la même influence.

Les auteurs sont remplis de faits de ce genre, et quand même on en voudrait récuser un certain nombre, il en restera toujours assez pour entraîner la conviction. La frayeur rend épileptique ; J. Franck, Esqui-

(1) La librairie J. B. Baillière et fils va faire paraître dans quelques jours un livre qu'on dit fort remarquable, intitulé *Eléments de Pathologie générale*, par notre honorable confrère M. le docteur Bouchut. Nous sommes heureux de mettre sous les yeux de nos lecteurs un chapitre qu'il veut bien nous communiquer.

de la base que sur le sommet. A la palpation, le doigt éprouve une sensation très-prononcée de mollesse et d'élasticité.

Le 14 mars, M. Jobert se propose d'opérer les deux tumeurs pariétales et de traiter l'une (la gauche) par la pâte de Vienne, l'autre (la droite) par l'acide nitrique. La pâte, appliquée en mince traînée, reste en place pendant cinq minutes.

Pour la loupe droite, M. Jobert trempe dans l'acide une petite tige de bois cylindrique d'un millimètre et demi à deux millimètres de diamètre et légèrement pointue. Cette tige, placée par son extrémité sur le point culminant de la tumeur, pénètre bientôt dans son intérieur par un mouvement combiné de rotation et de douce pression; arrivée dans l'intérieur de la tumeur, elle peut y rouler facilement, de façon à toucher presque tout le pourtour du kyste. Cette petite opération, qui dure deux minutes, n'est nullement douloureuse.

Quelques instants après l'opération, la tumeur présente à son sommet une petite tache arrondie, jaunâtre. La tumeur gauche présente une tache d'un blanc grisâtre, correspondant à la traînée de potasse.

Le 17, le volume de la tumeur droite n'a pas sensiblement changé. Au sommet, tache légèrement brunâtre, correspondant au point d'application de la tige employée pour la cautérisation; autour de cette tache existe une petite zone rougeâtre, assez régulière, de deux millimètres d'étendue. La tumeur paraît plus dense, mais mobile.

Pour la tumeur gauche, la partie correspondant à l'application du caustique est convertie en une eschare noirâtre, sèche, donnant un son sec à la percussion exercée avec l'ongle. Les bords de l'eschare sont très-irrégulièrement découpés; le reste de la tumeur présente une coloration rosée peu intense. La tumeur paraît comme crispée; elle est aussi moins mobile, plus dense.

Le 24, pour la loupe gauche, l'eschare persiste; la hauteur de la tumeur est diminuée de moitié; toute coloration rosée a disparu; la couleur noire de l'eschare tranche sur la couleur blanche des parties voisines.

La loupe droite est plus dure qu'à notre dernier examen. Elle est rouge sur toute sa surface et légèrement douloureuse à la pression.

Le 25, la loupe postérieure est opérée avec l'acide nitrique. Même procédé, même phénomène. Opération nullement douloureuse.

Le 28, coloration rougeâtre au sommet de la tumeur, douleur insignifiante à la pression.

Le 20 avril, M. Charpentier a la complaisance de se rendre chez la malade et nous rapporte la note suivante :

La première loupe, opérée par le caustique de Vienne, présente aujourd'hui une saillie d'un demi-centimètre à peu près, d'une coloration brune, qui semble un peu rétrécie à sa base, entourée à droite et à gauche d'un bourrelet un peu saillant formé par la peau qui a conservé sa coloration normale. Il n'y a pas eu de suppuration. La saillie s'affaisse de jour en jour, et la malade n'y a jamais éprouvé de douleurs.

La seconde loupe, qui était du même volume que la précédente, a diminué beaucoup plus rapidement. Elle présente à son centre une eschare sous forme d'un cercle dur et brun, mais moins foncée que l'eschare produite par le caustique de Vienne. L'eschare est entourée d'un cercle un peu rougeâtre. Vers le 10 ou le 13 de ce mois, la malade a exercé une forte pression sur sa loupe, et il est sorti par l'ouverture environ la moitié d'un dé à coudre d'une matière grenue, mêlée à des grumeaux jaunâtres et à une sérosité roussâtre. Après cela, la tumeur s'est affaissée brusquement et la malade n'en a plus rien vu sortir, quoique depuis elle l'ait pressée à plusieurs reprises. Elle n'a éprouvé aucune douleur.

La troisième loupe, la plus volumineuse, opérée par l'acide nitrique, est moins avancée. Elle a été douloureuse pendant huit jours après l'opération. Depuis cette époque, l'eschare est tombée, et par l'orifice il sort encore aujourd'hui du pus mélangé à des grumeaux jaunâtres, et chaque soir, lorsque la malade presse sur la tumeur, il en sort un liquide purulent, d'un jaune verdâtre. Elle n'est plus douloureuse à la pression, qui laisse constater une sorte de fluctuation obscure. La peau qui la recouvre est saine, complétement semblable à celle des parties environnantes, et la tumeur a déjà diminué de moitié moins de volume.

Sur aucune de ces loupes, les cheveux n'ont repoussé depuis qu'ils ont été rasés.

L'état général est parfait.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. L. Orfila, professeur-agrégé.

Altérations de tissus produites par le poison. — Diagnostic, pronostic de l'empoisonnement (1).

Altération de tissus. — Lorsque la mort a été causée par l'action d'un poison, l'autopsie fait découvrir quelques-unes des altérations suivantes : le tube digestif est le siége d'une inflammation plus ou moins vive; la coloration de la membrane muqueuse, des ecchymoses, des escharres, des ulcérations, des perforations témoignent de l'intensité de cette inflammation. Ces lésions sont du reste très-variables. Quelquefois la membrane muqueuse est à peine injectée; dans d'autres cas, elle est d'un rouge vif ou bien noire; tantôt ces colorations sont uniformément répandues dans toute l'étendue du tube digestif; tantôt elles sont disséminées inégalement, une bonne partie de l'intestin conservant d'ailleurs un aspect normal. On observe aussi une teinte blanchâtre, grisâtre, et le plus souvent jaunâtre. Les ecchymoses, les ulcérations et les perforations peuvent varier beaucoup aussi par le nombre, l'étendue et le siége. Les bords des perforations sont jaunes, verts ou rouges. Il n'est pas rare de trouver le canal digestif épaissi, ramolli ou rétréci : quelquefois les tissus sont comme réduits en bouillie, la membrane muqueuse se détachant facilement de la tunique musculaire.

Sans contredit, c'est le tube digestif qui après les empoisonnements est le plus souvent le siége d'altérations de tissu. Mais d'autres organes sont souvent intéressés. Les poumons offrent une couleur violette ou d'un rouge foncé; leur tissu est serré, dense, gorgé de sang et moins crépitant.

Les diverses cavités du cœur sont distendues par du sang rouge ou noir, fluide ou coagulé. Mais avant d'attribuer ces altérations à l'action du poison, il faut examiner si elles ne peuvent pas dépendre d'autres circonstances, de l'époque, par exemple, à laquelle est faite l'ouverture du corps. La membrane qui revêt la face interne des cavités du cœur, est quelquefois le siége de lésions importantes : inflammation, ecchymoses, ulcération.

La membrane muqueuse de la vessie présente aussi, dans certains cas, des traces manifestes d'inflammation.

Dans quelques circonstances les vaisseaux veineux, qui rampent à la surface du cerveau et des méninges, sont gorgés de sang noir. Le cerveau, le foie, les muscles peuvent offrir une teinte verdâtre. Enfin il est des cas où la peau se recouvre de taches noires comme gangréneuses.

Voilà une récapitulation des lésions qui peuvent être produites par les poisons; mais jamais elles n'existent toutes sur le même individu à la suite d'un empoisonnement; d'ailleurs la même substance toxique produit des désordres très-variables suivant l'état dans lequel elle a été ingérée, suivant le temps qu'elle est restée en contact avec les tissus, suivant enfin mille circonstances que nous ne pouvons apprécier. Il peut même arriver qu'une substance qui ordinairement produit des lésions importantes, ne laisse aucune trace dans certains cas.

Enfin, avant de quitter ce sujet, je tiens à vous prémunir contre une erreur trop répandue. Tout le monde croit que les lésions de l'estomac et du tube intestinal doivent être exclusivement rapportées à l'action exercée par le contact de la substance qui a traversé les voies digestives. S'il en était ainsi, ces lésions n'existeraient pas lorsque le poison a été appliqué sur une plaie. Eh bien, voici l'estomac d'un chien empoisonné par l'acide arsénieux, vous y voyez de belles ecchymoses; le poison n'a cependant pas été porté directement dans l'estomac, il avait été placé dans une incision pratiquée à la face interne de la cuisse, et toutes les précautions ont été prises pour que l'animal ne pût pas lécher la plaie et avaler de l'arsenic. Des faits analogues ont été observés souvent; ils renferment un enseignement que je ne voulais pas vous laisser ignorer, à savoir que les lésions du tube digestif ne sont pas exclusivement produites par le contact du poison ingéré.

Diagnostic. — Réservant pour plus tard les applications médico-légales, nous devons ici nous occuper seulement, au point de vue de la thérapeutique, de reconnaître l'empoisonnement du vivant de l'individu malade. La chose n'est pas bien difficile lorsqu'on sait qu'il y a eu ingestion ou application d'un poison sur une partie du corps, en un mot, lorsqu'on sait que l'individu a été soumis à l'action d'une substance toxique. Des renseignements fournis par le malade ou par son entourage, une fiole contenant le reste du poison, etc., mille circonstances peuvent mettre le médecin au courant. Le diagnostic est facile lorsque, dans les matières des vomissements ou dans les excrétions (l'urine, par exemple), on constate l'existence d'un principe vénéneux. Il peut se faire aussi que l'odeur de l'haleine du malade (vin, camphre, acide prussique, etc.), ou des traces particulières (taches jaunes pour l'acide azotique, liséré noir sur les dents pour les préparations saturnines, etc.), mettent sur la voie. Dans ces circonstances, alors même qu'une maladie existe en même temps, il est rarement difficile de reconnaître l'empoisonnement, et, en tout cas, dans le doute, il faut toujours agir comme s'il existait; il y aura toujours avantage à ne pas abandonner le malade à l'action du poison.

Le problème se complique singulièrement lorsque les éléments précédents font défaut, lorsque le médecin ne peut établir le diagnostic que d'après les symptômes. Dans ce cas, l'empoisonnement lent ne peut guère être reconnu; mais un traitement dirigé exclusivement contre les symptômes peut être très-utile. C'est donc seulement de l'empoisonnement prompt que je vous entretiendrai. Vous n'avez pas oublié, je suppose, le sens que nous attachons à ces dénominations. C'est à diagnostiquer l'empoisonnement prompt d'après ces symptômes seulement et sans le secours d'aucune autre notion que nous allons nous appliquer.

Les troubles fonctionnels produits par les poisons présentent, vous le savez, une variété très-grande, et ne portent pas avec eux un cachet spécial suffisant pour les distinguer des maladies spontanées. (Nous nommerons ainsi, pour éviter une périphrase, les maladies qui ne sont pas la conséquence de l'action des poisons.) Cependant il y a dans l'invasion et la marche de l'empoisonnement des traits particuliers qui peuvent autoriser des présomptions sérieuses. Examinons ces caractères.

A. *Invasion brusque.* — Il est bien rare que les maladies spontanées débutent brusquement sans aucun phénomène précurseur; au contraire, les désordres les plus graves des empoisonnements surviennent tout à coup sans que rien puisse les faire pressentir. Il n'est pas contestable que dans certains cas quelques maladies, le choléra, par exemple, ne soient annoncées par quelque trouble préalable, et que, d'un autre côté, quelques empoisonnements ne débutent par des phénomènes morbides de peu d'importance; mais ce sont là des exceptions tellement rares que la règle générale n'en est pas atteinte.

En présence de symptômes graves survenus brusquement au milieu de la santé la plus parfaite, ou même au milieu d'une maladie, si les symptômes ne se rattachent pas naturellement à la maladie, le médecin doit songer à un empoisonnement. Pour avoir méconnu ce principe, des praticiens éminents ont commis des erreurs graves qui auraient compromis des réputations moins solides. Ne l'oubliez donc pas; vous pourrez sauver ainsi bien des malades, et rendre de grands services à la société. Que d'empoisonnements auraient été découverts si tous les médecins étaient pénétrés de ces idées! Que de malheurs auraient été évités, si l'espoir trop fondé de l'impunité n'avait encouragé bien des criminels!

B. *Les symptômes apparaissent peu de temps après un repas ou après l'ingestion d'une boisson, d'un remède*, etc. — Quoique moins importante que la précédente, cette circonstance mérite encore une grande considération. Dans un procès célèbre, elle a été, bien à tort, négligée par les experts : Lacoste, peu de temps après avoir bu un verre de vin, est pris de douleurs atroces dans

(1) Suite. — Voir les nos des 23 décembre 1856; 8, 29 janvier; 3, 12, 31 mars; 7 mai 1857 et 23 mai.

---

rol, Georget, Bouchet et Cazauvielh, Beau, etc., ont apporté des faits à l'appui de cette assertion établie sur une statistique récente du dernier de ces médecins, dans laquelle on voit l'impression de la peur constatée 191 fois sur 381 cas d'épilepsie.

Une hydrophobie mortelle est souvent la suite d'une impression morale, ou de l'impression de frayeur causée par la morsure d'un chien en bonne santé. On a cité partout le fait d'un homme mordu par un chien qu'il ne savait pas être enragé, et qui, sans préoccupation de cet accident, partit pour l'Amérique, où il resta vingt ans. A son retour, il apprit que le chien qui l'avait mordu était devenu enragé. Frappé de cette idée, que le virus pouvait n'avoir pas perdu son action, il tomba malade et mourut bientôt avec tous les symptômes de la rage. A moins d'admettre que, dans ce cas, la maladie a eu une incubation de vingt années, ce qui est impossible, il faut croire qu'elle a été le résultat d'une simple perturbation nerveuse, ce qui n'est pas moins extraordinaire. On rapporte également le fait curieux d'un domestique anglais qui, pour avoir lu dans un journal le récit d'une mort horrible causée par la morsure d'un chien enragé, se trouva immédiatement atteint lui-même d'hydrophobie, et ne fut sauvé que par les soins les plus attentifs (1).

Certaines paralysies des membres, la suspension des mouvements de la langue se montrent subitement sous l'influence de la peur, qui anéantit toute action nerveuse. Chacun sait que la terreur paralyse, que les membres refusent le service à qui veut fuir, et que les cris d'alarme sont en quelque sorte impossibles. Cette paralysie est momentanée ou durable. J'ai vu en 1849, le 8 mai, à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Rostan, dont j'étais le chef de clinique, une petite fille de onze ans, nommée Louise Praquin, qu'une frayeur excessive, causée par une tentative de viol, avait rendue muette et paralytique des quatre membres. Cette enfant venait de la province. Pendant deux mois, tout avait été mis en œuvre par les médecins de la localité et des environs pour guérir cette maladie, mais tout était resté infructueux. Désespéré, le père voulut amener son enfant à Paris. Celle-ci, à l'idée de la grande ville, de ses médecins célèbres et de l'Hôtel-Dieu, dont elle n'entendait parler que dans les termes les plus pompeux, rendus plus saisissants pour elle en raison de son âge, arriva pleine de foi à l'Hôtel-Dieu pour y chercher sa guérison. Le soir, je la vis muette et paralytique, et elle était encore telle le lendemain matin à la visite de M. Rostan. Dans la journée, elle commença à parler. Le jour d'après elle commençait à remuer les jambes, et au troisième jour elle marchait dans les salles, complétement guérie. Sa foi l'avait sauvée. Une impression morale vive de nature différente lui avait, à quelques mois de distance, enlevé et rendu l'usage des membres et de la langue.

A cette histoire, je veux en joindre une autre non moins curieuse, et dans laquelle un simple effort d'imagination, l'espérance de guérir, a fait le miracle de la disparition subite d'une paralysie de la langue. Je l'emprunte au charmant petit livre du baron Feuchtersleben (1) :

« Un médecin anglais donnait ses soins à un homme depuis longtemps atteint d'une paralysie de la langue et que nul traitement n'avait pu guérir. Il voulut essayer sur ce malade un instrument de son invention, dont il se promettait un excellent résultat. Avant de procéder à l'opération, il introduisit dans la bouche un thermomètre de poche. Le malade s'imagine que c'est là l'instrument sauveur; au bout de quelques minutes il s'écrie, plein de joie, qu'il peut remuer librement la langue. »

Les paralysies du sentiment, l'analgésie, en particulier, sont le résultat de l'exaltation des idées, du fanatisme religieux ou politique, et des fortes préoccupations de l'esprit. On sait qu'Archimède reçut le coup mortel sans se plaindre, préoccupé qu'il était par la solution d'un important problème de mathématiques.

Au reste, si les paralysies peuvent être la conséquence d'impressions morales subites et violentes, la cause qui les engendre leur sert quelquefois de remède. On cite des faits de paralytiques abandonnés chez eux au moment d'un incendie, et qui, dans leur terreur, ont trouvé tout à coup assez de force pour se lever, courir, et guérir pour échapper au danger qui les menaçait.

Cette année, dans le tremblement de terre de Lyon, au moment de la secousse, une femme paralysée de la langue eut si peur qu'elle appela son mari pour le faire venir à son secours. Pareille influence a été constatée par Pinel sur la marche d'une foule de maladies chroniques qui se sont trouvées guéries par l'impression des événements politiques de la première révolution française. Bien des gens occupés à se

(1) *Hygiène morale*, Feuchtersleben, p. 30.

(1) *Hygiène de l'âme.* Paris, 1854, page 33.

l'estomac ; il lui semblait, disait-il, qu'il était brûlé par un fer rouge ; et lorsque de l'arsenic a été trouvé dans les organes, on ne tient pas compte de pareilles indications !

Inutile de vous dire que le caractère dont nous vous entretenons n'est pas absolu : d'abord parce que les poisons peuvent pénétrer par d'autres voies que l'estomac, puis parce qu'une maladie spontanée peut débuter aussi bien après un repas qu'à un autre moment.

Si plusieurs personnes ayant mangé les mêmes mets ou bu les mêmes boissons étaient atteintes d'accidents semblables, l'empoisonnement serait bien probable.

C. *Progrès rapides.* — En général, dans les empoisonnements, les symptômes s'aggravent avec une grande rapidité, et très-souvent la mort survient peu de temps après l'ingestion du poison. Cependant les choses ne se passent pas toujours ainsi ; les désordres causés par les poisons peuvent se prolonger pendant des semaines, des mois même ; ils peuvent offrir des rémissions et même des intermittences très-nettes.

Quoiqu'il soit à peu près impossible de diagnostiquer avec certitude d'après les symptômes seuls un empoisonnement au lit du malade, je vais vous montrer qu'un médecin attentif et pénétré des considérations qui précèdent, peut, dans un grand nombre de cas, instituer le traitement convenable. En effet, lorsque après un examen attentif, et en tenant compte des signes particuliers de l'empoisonnement, il y aura lieu de douter, le médecin doit se comporter comme s'il avait affaire à un empoisonnement. Il doit déterminer des évacuations de l'estomac et de l'intestin, s'il est appelé à un moment opportun, exciter après la sécrétion urinaire, ou combattre les symptômes. En somme, vous le voyez, il n'y a pas d'autre modification à apporter au traitement de la maladie que l'administration d'un vomitif, d'un purgatif, et d'une quantité abondante de boissons. Si quelqu'une des maladies spontanées plus ou moins analogues à l'empoisonnement, peut être aggravée par une semblable médication conduite *avec prudence*, c'est dans des cas bien rares. En agissant comme je viens de vous le recommander, on ne peut donc que gagner.

Faut-il maintenant passer en revue les différentes maladies dont les manifestations symptomatiques se rapprochent le plus de celles de l'empoisonnement, et établir le diagnostic différentiel ? En voici la nomenclature : *Indigestion, gastrite, gastro-entérite aiguë, perforations spontanées des voies digestives, péritonite, iléus, hématémèse, méningite, méningo-encéphalite, apoplexie, syncope, tétanos, choléra, fièvres intermittentes pernicieuses.*

Ce seraient toujours les signes mentionnés plus haut, l'invasion brusque, l'apparition des symptômes après l'ingestion d'une substance quelconque, les progrès rapides que nous invoquerions comme caractères distinctifs. Vous avez assez étudié la pathologie pour savoir que dans la plupart des maladies, les symptômes graves que je viens de nommer ne surviennent pas brusquement ; ils sont précédés de troubles légers qui manquent dans les empoisonnements. Ce n'est donc que dans des cas exceptionnels que vous seriez embarrassés, et maintenant je vous ai dit comment vous devriez agir. Vous pouvez vous conformer à ces préceptes sans crainte de faire du mal, et avec de grandes chances de faire du bien.

Ce n'est pas tout que de reconnaître avec plus ou moins de probabilité qu'il y a empoisonnement : il n'est pas inutile de savoir quel est le poison dont on veut combattre l'action. Pour être complet, le diagnostic doit établir :

1° S'il y a empoisonnement ;

2° Quel est le poison.

La difficulté de résoudre le premier problème vous fait croire peut-être que la solution du second est tout à fait impossible. Déterminer exactement quelle est la substance toxique d'après les symptômes, est sans contredit au-dessus de nos forces ; mais en vous rappelant les traits principaux de l'action des poisons que je vous ai indiqués à propos de la classification, vous verrez qu'il est quelquefois facile de soupçonner auquel des quatre groupes appartient cette substance, ou même quelle est la substance, lorsque les effets sont bien tranchés. Vous serez à même, après ce diagnostic, d'appliquer un traitement plus spécial, mais pour les premiers moments, dans le plus grand nombre des cas, cette donnée n'est pas bien utile, car les premières indications thérapeutiques sont toujours les mêmes pour tous les poisons : toujours il faut en débarrasser l'organisme.

Voilà tout ce que je crois pouvoir vous dire d'utile pour la pratique à propos du diagnostic de l'empoisonnement, je vous demande la permission de résumer ce qui précède en quelques mots.

Le médecin appelé près d'un malade peut savoir que ce malade a été exposé à l'action d'un poison : le diagnostic alors est bien facile.

L'existence d'un principe toxique dans les matières des vomissements, dans les excrétions, entraîne avec elle le diagnostic ; des traces particulières (taches diverses, odeur spéciale) peuvent mettre sur sa voie.

C'est seulement avec ces données que l'empoisonnement lent peut être reconnu ; lorsqu'elles manquent, rarement cette forme d'empoisonnement peut même être soupçonnée ; mais l'empoisonnement prompt présente des signes assez constants pour qu'il soit permis presque toujours d'appliquer un traitement convenable.

L'invasion brusque d'accidents graves, l'apparition des phénomènes morbides après l'ingestion d'une substance, surtout lorsque plusieurs personnes sont atteintes, la marche rapide de la maladie, sans constituer des caractères absolus, sont des signes importants de l'empoisonnement, et doivent en suggérer la pensée.

Lorsque après un examen attentif, le médecin peut croire que probablement les accidents qu'il observe sont causés par un poison, il doit provoquer des évacuations ; en procédant avec la prudence nécessaire, il n'aggravera pas l'état de son malade ; tandis qu'il pourrait souvent compromettre un succès presque certain, s'il ne remplissait pas de suite les premières indications thérapeutiques propres à combattre l'action des substances toxiques.

Pronostic. — On conçoit combien le pronostic de l'empoisonnement est difficile, quand on songe qu'il doit varier selon les nombreuses circonstances qui modifient l'action du poison : nature, quantité, état, solubilité du poison, porte d'entrée (estomac, voies respiratoires, etc.), constitution, état de santé ou de maladie de l'individu empoisonné, etc., enfin suivant l'époque plus ou moins avancée de la maladie et les résultats qu'à ce moment on peut attendre du traitement le mieux entendu. La gravité des symptômes et leur marche doivent être prises en grande considération, et fournissent un élément très-important pour le pronostic.

A l'histoire particulière de chaque poison vous verrez quelle est son activité ; je vous ai déjà entretenus de l'influence que peuvent exercer les circonstances précédentes sur l'action des substances toxiques : je n'ai donc pas autre chose à vous dire ici sur le pronostic en général, si ce n'est que ce pronostic est toujours très-grave, et que même alors que les désordres ne paraissent pas très-profonds, il faut toujours redouter une issue funeste. Permettez-moi aussi de vous rappeler que les phénomènes aigus sont souvent suivis d'accidents chroniques capables quelquefois de compromettre à leur tour la vie des malades. Soyez donc toujours réservés, si vous voulez être à l'abri d'une erreur.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. DURAND-FARDEL.

COURS SUR LES EAUX MINÉRALES.

Leçons sur le traitement des scrofules (1).

§ III. *Traitement.* — Les scrofules paraissent avoir été traitées avec quelque efficacité auprès d'un grand nombre de sources thermales, très-différentes sous le rapport de leur température, du degré ou de la nature de leur minéralisation, de leurs conditions topographiques, etc.

On comprend aisément que, à part toute intervention médicamenteuse spéciale, l'action excitante commune à la plupart des eaux minérales, l'introduction dans l'économie de principes modificateurs quelconques, l'animation des fonctions cutanées par les procédés balnéatoires, les circonstances hygiéniques inhérentes à la médication thermale, on comprend que cette réunion de conditions exerce sur un organisme en proie au lymphatisme ou à la scrofule une intervention favorable.

(1) Suite. — Voir le numéro du 16 ami.

Il semble que le type de cette action, banale en quelque sorte, de la médication thermale, soit exactement représenté par les eaux de Forges (Seine-et-Oise), où l'administration de l'assistance publique envoie depuis quelques années des enfants scrofuleux. Ces eaux sont froides. Elles ne présentent à l'analyse aucun principe qui les différencie très-notablement de la plupart des eaux douces ; et, sans vouloir préjuger absolument de ce qu'elles peuvent renfermer d'inconnu encore, il est difficile de ne pas assigner, à l'usage qu'on en fait et aux conditions nouvelles où se trouvent les enfants réunis à Forges, un caractère simplement hygiénique. Or nous savons, par le témoignage formel de l'estimable et savant médecin qui se trouve le mieux placé pour apprécier les résultats de ce traitement, M. le docteur Gillette, que les enfants scrofuleux en ressentent la plus heureuse influence et en rapportent le plus souvent les signes les plus prononcés d'une véritable reconstitution de l'organisme, en même temps que les manifestations diathésiques se sont résolues ou enrayées.

Sans doute ce sont des enfants de l'assistance publique, c'est-à-dire qui échangent en général les pires conditions hygiéniques pour un milieu tout nouveau, et auquel le fait seul du contraste imprime une efficacité particulière. D'un autre côté, on ne peut se dissimuler que, chez un bon nombre de ces enfants, le retour parmi des conditions nuisibles ne vienne atténuer singulièrement ou détruire entièrement ce qu'ils avaient acquis pendant leur séjour à Forges. Cependant les résultats que nous avons signalés n'en ont pas moins une signification propre à nous rendre compte de bien d'autres observations et à nous éclairer sur la réelle valeur de ces dernières.

Mais s'il est vrai que beaucoup de scrofuleux sont remarquablement sensibles à l'influence bienfaisante de conditions assez superficielles et à proprement parler hygiéniques, on ne peut néanmoins disconvenir que les scrofules n'indiquent l'usage d'un traitement surtout médicamenteux. En présence de cette altération radicale et universelle de l'organisme, du mode vicieux qui préside à toutes les sécrétions, de la perversion de l'assimilation, des lésions multiples et profondes par lesquelles la diathèse se manifeste habituellement, il est évident qu'il convient de recourir à des modifications aussi énergiques que possible. En effet, de tous les groupes pathologiques auxquels peuvent s'adresser les eaux minérales, les scrofules sont certainement celui auquel répond la médication la plus formelle et la plus considérable.

Cette médication est surtout représentée par les eaux chlorurées sodiques et les eaux mères des salines.

Les eaux chlorurées sodiques, telle est la médication spéciale des scrofules.

Les eaux sulfurées se présentent en seconde ligne, et comme s'adressant plutôt à une série importante de manifestations scrofuleuses qu'à la diathèse elle-même.

Nous rencontrerons ensuite quelques autres eaux minérales appartenant à des classes différentes, mais paraissant la plupart devoir à leur qualité d'eaux *iodurées* une application spéciale au traitement des scrofules.

Nous passerons successivement en revue ces trois groupes d'eaux minérales, considérées soit comme classes, soit dans leurs stations les mieux caractérisées.

Nous rapprocherons ensuite leurs applications des formes différentes et de chacune des manifestations de la scrofule : ces deux séries d'études répondant, la première aux indications générales, la seconde aux indications particulières du traitement qui nous occupe.

A. *Eaux chlorurées sodiques.* — Les eaux chlorurées sodiques se divisent en deux groupes très-caractérisés, et entre lesquels nous ne rencontrons que peu d'eaux minérales d'une attribution difficile : ce sont les eaux chlorurées *fortes* et les eaux chlorurées *faibles*.

---

soigner pour des affections chroniques qu'ils croyaient bien dangereuses, incurables peut-être, n'ont eu que la peine d'oublier leur mal en songeant à sauver leur tête.

La colère, l'effroi, le saisissement, la joie immodérée, les violents chagrins troublent non-seulement les fonctions nerveuses, mais encore produisent dans l'organe encéphalique des désordres appréciables pour le scalpel. Elles déterminent immédiatement les congestions cérébrales, les hémorrhagies du cerveau, la manie aiguë, la monomanie et la démence. J'ai connu en 1848 une jeune femme, fiancée à un représentant du peuple, qui devint folle, et mourut en dix jours de manie aiguë à la nouvelle de son mariage rompu et de l'alliance contractée par son futur avec une autre personne. On n'a qu'à voir l'état d'exaltation nocturne des jeunes enfants à qui l'on a montré dans le jour un grand spectacle nouveau pour eux, et l'on aura l'idée des désordres qui peuvent résulter de la perturbation des impressions morales subites et un peu vives.

C'est probablement par l'intermédiaire du système nerveux et par un mécanisme certainement inconnu que le sang s'altère à la suite des impressions morales vives ou lentes et continues. Sa température augmente dans un accès de calme, comme dans un accès de fièvre, et d'après Borelli, qui a fait cette découverte, on a raison de dire que cette passion *échauffe le sang*. Une grande frayeur, une peine subite produisent quelquefois instantanément l'hydrémie et l'aglobulie, c'est-à-dire la chlorose, et à de plus longues distances le scorbut, le typhus, etc. « Que la colère vienne enflammer souvent des tempéraments bilieux et ardents, les voilà disposés, dit Galien (1), à des fièvres aiguës, comme à la synoque putride. » Tout le monde connaît l'influence de la nostalgie et du chagrin sur la production de la fièvre typhoïde, et souvent à Paris même on a l'occasion de voir des faits de ce genre. C'est là avec l'encombrement une des causes les plus fréquentes de cette maladie.

Les impressions morales vives, quelle que soit leur nature, agissent immédiatement sur le cœur et sur les vaisseaux, par l'intermédiaire du système nerveux, en produisant la coloration rouge de la peau du visage, de violentes palpitations douloureuses, la syncope, la formation de caillots dans le cœur, la rupture du cœur ou de l'aorte et la mort, mais cela est infiniment rare. Elles occasionnent aussi la rupture des vaisseaux artériels du cerveau, du poumon, de l'utérus, de la vessie, de la prostate (2), et forment des hémorrhagies cérébrales, pulmonaires, utérines, vésicales et prostatiques. Quant aux effets, éloignés par l'hypertrophie et les lésions valvulaires du cœur, j'en parlerai plus loin à propos des accidents secondaires des impressions morales. Ici, qu'il me suffise de rapporter le fait suivant (3) :

Un homme souffrait beaucoup du caractère tyrannique et acariâtre de sa femme, et quand il était en sa présence, il souffrait d'une dyspnée semi-asphyxique ; le pouls était petit, les battements du cœur faibles, incomplets ; cet organe, à demi-paralysé, ne pouvait lutter contre la résistance de la colonne sanguine qui presse contre les valvules. L'arrivée d'un tiers dans ce tête-à-tête, en distrayant l'attention du mari, le soulageait, et peu à peu l'énergie du cœur reprenait le dessus. Au bout de quinze jours de cet état nerveux, qui apportait un si grand trouble à la circulation, cet homme mourut d'apoplexie pulmonaire.

(Nous donnerons la suite de cet extrait dans un prochain numéro.)

(1) *De Sanitate tuenda,* cap. VI.
(2) Cabanis, p. 582.
(3) Larivière, thèse, 1855.

Les premières appartiennent spécialement au traitement des scrofules.

Elles nous représentent les plus minéralisées de toutes les eaux minérales. Le chlorure de sodium est leur caractéristique formelle. Froides ou thermales, la plupart plutôt calcaires que sodiques en dehors du chlorure de sodium ; elles renferment tantôt des sulfates, et peuvent devoir à leur décomposition un caractère sulfureux (Uriage, Aix-la-Chapelle) ; tantôt des carbonates, et peuvent être notablement gazeuses (Bourbon-l'Archambault, Nauheim, Kissingen) ; mais surtout elles renferment du brôme, quelquefois de l'iode, et montrent ces principes, le premier du moins, concentrés à un haut degré dans les eaux mères.

Tel est le médicament qui, pris sur les lieux d'origine et suivant les modes appropriés, possède à un haut degré la propriété de modifier dans un sens favorable les constitutions lymphatiques et scrofuleuses, et de résoudre les manifestations diathésiques les plus profondes et les plus considérables.

Aux eaux chlorurées sodiques s'ajoutent, près de certains établissements thermaux, les eaux mères des salines.

Ces eaux mères (*mutter-lauge*) sont le résidu de l'évaporation des salines où l'on exploite le chlorure de sodium. Les chlorures dominent encore dans ces eaux mères, moins le chlorure sodique (si ce n'est dans celles de Salins) ; des sulfates s'y montrent en proportion notable ; les carbonates en ont disparu ; enfin, les bromures s'y rencontrent à doses relativement considérables. Telle est la constitution générale de ces eaux mères.

Celles-ci se recueillent auprès de toutes les exploitations salines, que celles-ci proviennent des bains de sel de gemme de nos départements de l'Est, ou des bancs houillers du Taunus (Nassau), ou des bords de la mer, marais salants.

On ne les a guère employées jusqu'ici qu'en Allemagne, près des salines elles-mêmes : ainsi à Nauheim, à Kreuznach, à Kissingen, ou transportées auprès d'autres stations thermales, chlorurées sodiques, comme Hombourg, où l'on emploie les eaux mères de Nauheim, ou sulfatées, comme Lavey, où l'on emploie les eaux mères de Bex.

En France, il existe à peine quelques vestiges de cette médication, que MM. Trousseau et Lasègue ont fait connaître il y a quelques années, et sur laquelle nous avons essayé nous-même plus récemment d'appeler l'attention des praticiens.

Les eaux mères n'ont encore été employées thérapeutiquement en France qu'à Salins (Jura), établissement thermal tout récemment constitué, et connu seulement dans un rayon très-circonscrit. On en fait encore quelque usage à Salies (en Béarn), mais sans qu'il existe là d'établissement thermal proprement dit. On aurait également, si nous sommes bien informé, commencé à utiliser les eaux mères des marais salants au Croisic (Loire-Inférieure). Mais encore une fois, la médication par les eaux mères peut être regardée comme à peu près nulle en France.

Les eaux mères, on n'en saurait douter par leur composition, ne s'emploient que sous forme de bains. Médicament très-énergique, il faut en graduer soigneusement l'administration, et de très-sérieux inconvénients peuvent résulter de son usage en excès.

On commence, en général, le traitement par les bains d'eau minérale simple, bains faciles eux-mêmes à graduer près des salines où l'exploitation s'opère peu à peu dans des bâtiments dits de *graduation* ; puis on y ajoute l'eau mère, dont on élève successivement la dose de 10 à 20 ou 30 litres, suivant les localités.

Les bains additionnés d'eaux mères constituent une médication très-énergique.

Des compresses imbibées d'eaux mères (pures), et appliquées sur la peau, provoquent au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures une éruption ressemblant beaucoup à celle que détermine la pommade d'Autenrieth. Il faut surveiller attentivement le mode d'administration, la dose, la durée des bains. M. Rotureau a observé que ces bains rendaient plus marquée la sensation de froid que l'on éprouve d'abord en se plongeant dans l'eau salée de Nauheim. Un sentiment de chaleur ne tarde pas à y succéder, mais si le bain est trop fort en eau mère, la peau se revêt bientôt d'une rougeur intense, des démangeaisons intolérables se développent, et il apparaît souvent des palpitations, de la dyspnée, des bourdonnements d'oreilles, des éblouissements qui pourraient annoncer des accidents plus graves. M. Rotureau signale encore la nécessité de grandes précautions, lorsqu'on fait usage des eaux mères dans les cas de plaies ou d'ulcères, des érysipèles pouvant résulter de leur emploi inopportun ou trop actif.

M. Trousseau insiste avec raison sur ce que ces bains additionnés d'eaux mères n'agissent pas seulement sur les points avec lesquels ils sont mis en contact. Ils agissent manifestement sur l'état diathésique. C'est ainsi que les ophthalmies et les scrofules ulcérées s'en trouvent très-notablement modifiées, même sans contact direct. Mais ces exemples n'étaient pas nécessaires pour prouver la portée curative d'une telle médication.

En même temps que les bains, les eaux salées sont prises à l'intérieur.

Les eaux chlorurées sodiques, prises à doses peu considérables et rapprochées purgent en général. Mais un pareil effet doit être ordinairement évité dans le traitement des scrofules. On les emploie plutôt à titre d'altérant que de purgatif. Leur mode d'administration, accommodé surtout aux susceptibilités individuelles, permet de diriger leur action dans le sens que l'on veut. Lorsqu'elles ne provoquent pas de supersécrétions intestinales, elles agissent quelquefois comme diurétiques. Mais leur effet le plus ordinaire est de développer de l'appétit et d'entraîner un sentiment de bien-être et de force, pourvu toutefois qu'on n'en fasse pas un usage exagéré. En résumé, il semble que le mieux est qu'elles déterminent des phénomènes physiologiques aussi peu tranchés que possible.

Telle est la pratique, assez simple comme on le voit, qui préside au traitement des scrofules près des eaux chlorurées sodiques.

Mais nous l'avons déjà dit, ce traitement appartient spécialement aux stations thermales de l'Allemagne, que nous avons déjà mentionnées.

Pourquoi n'en est-il pas de même en France ? Chez nous, la médication thermale des scrofules appartient à peu près exclusivement aux bains de mer et aux eaux sulfureuses. Nous verrons plus loin ce que les uns et les autres offrent d'incomplet.

MM. Figuier et Mialhe ont déjà fait ressortir l'analogie parfaite qui existe entre ces eaux minérales et les eaux d'outre-Rhin les plus célèbres par leur spécialité, et ont indiqué les moyens de rendre cette analogie plus complète au moyen de certaines additions qui permettraient de faire des eaux de *Bourbonne*, par exemple, quelque chose d'à peu près identique avec celles de *Hombourg* ou de *Soden*. La combinaison des eaux mères nous paraît un moyen plus pratique, plus efficace et moins artificiel d'élever ces médications à la hauteur les unes des autres, car c'est surtout le traitement externe qu'il nous paraît essentiel de développer et de fortifier.

Les auteurs qui ont écrit sur les eaux chlorurées sodiques en France, ont bien mentionné les scrofules parmi les cas qui rentraient dans leur cercle d'application, mais avec très-peu d'insistance. C'est ainsi que notre excellent et savant ami, M. Regnault, médecin inspecteur des eaux de *Bourbon-l'Archambault*, subordonne tout à fait cette importante pratique à celle si ingrate et si imparfaite des paralysies.

Les auteurs qui ont écrit le plus récemment sur Bourbonne, une des stations thermales les plus riches en principes minéralisateurs actifs, semblent s'être donné le mot pour parler de tout, excepté des applications thérapeutiques de ces eaux, et indiquent à peine la scrofule. Il est vrai qu'en revanche elles ont été conseillées par Chevallier dans l'hystérie, par Therrin dans les congélations, par M. Raige-Delorme dans les maladies de la peau. Il n'a jamais été question du traitement des scrofuleux à Balaruc. M. Kuhn ne distingue pas les applications des eaux de Niederbronn aux prédominances lymphatiques et scrofuleuses, de toutes sortes d'autres applications certainement moins spéciales. Nous devons cependant faire une exception au sujet des eaux d'Uriage, dont M. Gerdy a très-bien développé l'action spéciale contre les scrofules, et de celles de Salins, où M. Germain a traité un grand nombre d'affections scrofuleuses.

Pourquoi les eaux chlorurées sodiques en France se sont-elles laissé dominer par les eaux sulfureuses dans le traitement spécial de la scrofule, et en quoi cèdent-elles aux eaux minérales de l'Allemagne ?

Il est vrai que Kreuznach, Nauheim, Hombourg, Soden, dépassent en minéralisation les eaux de Bourbonne, de Balaruc, d'Uriage. Mais une fois une certaine proportion de minéralisation atteinte, il ne faut pas toujours juger du degré d'efficacité des eaux minérales par le chiffre de leur analyse.

Ce n'est pas à leur acide carbonique que Nauheim et Hombourg devraient leur spécialité, car Kreuznach en renferme à peine, beaucoup moins que Bourbon-l'Archambault, et peut-être que Bourbonne.

Ces eaux de l'Allemagne sont froides ou à peu près ; les nôtres, au contraire, sont presque toutes thermales et à un haut degré. Il est difficile d'admettre qu'une telle circonstance soit précisément défavorable. Celles-ci sont notablement bromurées, même un peu iodurées, notamment Bourbonne, Bourbon et Balaruc.

Reste l'usage des *eaux mères*. Est-ce à celles-ci qu'il faut attribuer uniquement cette suprématie, apparente ou réelle ?

Mais sous ce rapport encore, nous ne voyons pas pourquoi nous resterions tributaires de l'Allemagne. Salins nous offre dès aujourd'hui les mêmes ressources. Le voisinage des marais salants semble désigner Balaruc pour devenir une station spéciale aux scrofuleux. L'air marin qu'on y respire, le climat méridional viennent ajouter à cela des circonstances éminemment favorables. Il semble qu'une des conditions les plus essentielles du traitement des scrofuleux devrait être le changement, aussi radical que possible, de milieu et de climat. Remarquez que les stations thermales le plus spécialement dévolues aujourd'hui au traitement des scrofules se trouvent précisément situées dans des contrées où les scrofules abondent. N'est-il pas vraisemblable que si des conditions thérapeutiques identiques se rencontraient dans une région peu favorable elle-même au développement des scrofules, comme le Midi, leur valeur curative en serait considérablement accrue ? C'est à cela sans doute que les eaux sulfureuses doivent une grande partie de leur appropriation au traitement des scrofules.

Après les détails dans lesquels nous venons d'entrer, il ne nous reste guère qu'une simple mention à faire des principales stations thermales qui se trouvent indiquées par les scrofules.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 mai 1857. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Solubilité du phosphate de chaux dans les liquides organiques alcalins. — M. Mandl communique une note sur la solubilité du phosphate de chaux dans certains liquides organiques doués de la réaction alcaline. Dans la pensée qu'il serait utile pour la médecine, qui emploie depuis quelques années le phosphate de chaux dans le traitement de diverses maladies, de posséder une préparation neutre ou alcaline qui se dissoudrait facilement dans les sucs gastriques, M. Mandl a fait à ce sujet quelques expériences dans le laboratoire de M. Regnault, à l'hôpital des Cliniques. Les résultats de ces expériences étant encore incomplets, M. Mandl annonce qu'il les continuera et qu'il en exposera les résultats définitifs à l'Académie.

— M. Billard adresse un mémoire sur la théorie du croup et des affections diphthéritiques. (Commission des prix de médecine.)

— M. Morel adresse un mémoire sur la dégénérescence physique, intellectuelle et morale dans l'espèce humaine. (Même commission.)

— M. Martin-Duclaux, médecin des épidémies de l'arrondissement de Villefranche (Rhône), adresse une histoire de la constitution médicale de cet arrondissement pendant l'année 1856. (Même commission.)

— M. Hogg communique un mémoire sur la fabrication de l'huile de foie de morue destinée aux usages de la médecine. (Commissaires, MM. Rayer, Valenciennes, Bussy.)

— M. Gérard Arinck, de Rochester (Etats-Unis) envoie un mémoire sur le choléra asiatique, ses causes et son traitement. (Commission du legs Bréant.)

— M. Rongeat communique un travail de physiologie intitulé *Système sur la reproduction des êtres vivants*.

— M. Massard adresse une note sur l'application du galvanisme au traitement de diverses difformités. (Commissaires, M. J. Cloquet.)

— M. Agnès adresse une note sur les relations des êtres vivants avec le milieu dans lequel ils se développent.

— M. Willemin, médecin inspecteur des eaux de Vichy, fait hommage à l'Académie d'un exemplaire d'un travail imprimé qu'il vient de publier sur l'emploi des eaux de Vichy dans les affections chroniques de l'utérus.

COSMÉTIQUE DE LA PEAU

contre les rougeurs, les gerçures de la face, les éphélides, les taches de rousseur.

Par le Dr Cramoisy, pharmacien de 1re classe.

Sublimé corrosif.	4,50 centigr.
Alcool à 36° à l'aréom. Beaumé. . .	30 gram.
Alun.	8 —
Acétate de plomb cristallisé.	16 —
Eau de laurier-cerise.	1 kilogr.
Blancs d'œufs.	N° 2.
Teinture de benjoin.	15 gram.

On fait dissoudre le sublimé dans l'alcool ; l'alun, l'acétate de plomb dans 500 grammes d'eau de laurier-cerise ; on agite les deux blancs d'œufs dans les 500 grammes d'eau de laurier-cerise restant ; on réunit les trois liqueurs ; on y ajoute les 15 grammes de teinture de benjoin ; on laisse digérer au soleil pendant quinze à vingt jours ; on filtre et l'on conserve la liqueur pour l'usage externe.

Cette préparation peut être étendue d'eau selon la volonté du médecin ou de la personne qui s'en sert.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours pour la place de prosecteur d'anatomie s'ouvrira à la Faculté de médecine de Montpellier le 15 août 1857. Les candidats doivent s'inscrire au secrétariat de cette Faculté, au plus tard le 10 du même mois.

— La séance générale annuelle de l'Association de prévoyance des médecins du Rhône a eu lieu, le 28 mai dernier, au milieu du concours de la très-grande majorité de ses membres, venus soit de la ville, soit des divers points du département. L'Association a procédé, suivant la forme voulue, à la nomination de la commission des poursuites et à la signature de la pétition à l'Empereur, deux mesures pour lesquelles la répression de l'exercice illégal de la médecine va être tentée. La commission, composée de cinq membres, est prête dès ce moment à se mettre à l'œuvre sur le premier appel fait au parquet par le président de l'Association. Quant à la pétition, revêtue en un instant de la signature des membres présents, elle sera sous peu de temps adressée au chef de l'Etat. Une circulaire annoncera en même temps cet envoi à toutes les Associations médicales de la France, en les invitant à imiter l'exemple de l'Association du Rhône.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

— L'*Union médicale de la Gironde* apprécie en ces termes l'utilité des études littéraires pour les médecins :

« Jamais je n'ai été plus convaincu qu'aujourd'hui de la nécessité des études latines pour le médecin. S'il n'est pas convenablement versé dans les langues mortes, l'ancienne médecine, jusqu'à la fin du dix-septième siècle, lui est interdite ; il est obligé de se figurer que l'art de guérir est tombé du ciel tout fait, il y a cent cinquante ans, et de l'accepter comme tel ; et si en dépit de son ignorance il s'obstine à fouiller dans le passé et à enrichir ses travaux de citations, il s'expose à commettre ces âneries, bévues et contre-sens qui s'impriment, se réimpriment et iraient à la postérité, si le docteur Verneuil ne s'amusait malicieusement à leur barrer le passage. »

La *Presse médicale belge* ajoute à ce jugement :

« Nous partageons entièrement cette manière de voir, elle est tellement éclatante de vérité, qu'on peut la considérer comme une question de bon sens ; aussi n'est-ce pas sans un vif étonnement que nous avons vu la Faculté de médecine de Strasbourg, se séparant des Facultés de Paris et de Montpellier, exprimer l'opinion qu'il n'y avait pas lieu de revenir à l'exigeance du baccalauréat ès lettres pour les élèves en médecine. »

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 3 JUIN 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

A défaut de contradicteurs dans le sein de l'Académie, la communication de M. Bérard, sur l'origine du sucre de l'économie, en a trouvé au dehors. Dans une longue lettre, dont nous publions un extrait dans le compte rendu, M. Chauveau, dont on connaît les importants travaux en physiologie, donne des faits exposés par MM. Bérard et Colin une interprétation toute différente de celle qu'ils en ont donnée eux-mêmes, et il fait rentrer ainsi une apparente contradiction dans la théorie si vivement contestée de M. Cl. Bernard.

S'il faut en croire les promesses de M. Viau (d'Harfleur), confirmées par le savant et consciencieux rapporteur M. Chevallier, les populations laborieuses auraient à leur disposition un aliment de plus, dont le bon marché leur serait garanti par sa très-grande abondance à tous les affluents des rivières. Ses propriétés nutritives paraissent avoir été éprouvées ; reste à savoir s'il sera du goût de tout le monde. La question est assez sérieuse pour que la commission, dont l'Académie a approuvé les propositions, ait cru devoir appeler sur cet objet toute l'attention de l'administration.

Après le rapport de M. Chevallier, l'Académie a entendu un très-intéressant rapport de M. Bouvier, sur une communication de M. Duchenne (de Boulogne), relative à l'orthopédie physiologique de la main. L'extrait que nous publions de ce rapport et les quelques réflexions dont M. J. Guérin l'a fait suivre, feront suffisamment connaître tout ce qu'il y a d'intérêt dans les faits soumis par M. Duchenne à l'examen de l'Académie, et dans les questions physiologiques qu'ils soulèvent.

L'Académie a engagé ensuite la discussion sur la lecture de M. Devergie, relative à l'anesthésie. M. Guérin a pris la parole, mais le temps ne lui a pas permis d'achever son argumentation. Plusieurs membres sont inscrits. C'est une discussion qui promet. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Ramollissement de la partie antérieure de l'hémisphère gauche du cerveau. — Perte de la faculté d'exprimer les mots et les phrases. — Conservation de l'intelligence. — Mort. — Autopsie.

Un homme âgé de trente-deux ans, d'une constitution robuste, exerçant la profession de commis-marchand, est entré il y a trois mois dans la salle Saint-Charles (service de la clinique).

Les premières réponses qu'il fit aux questions qui lui furent adressées, annoncèrent tout d'abord un trouble très-marqué, et une perte à peu près complète dans la faculté d'exprimer ses pensées par des mots. L'intelligence était loin de faire défaut, car ce malade comprenait très-bien ce que voulaient lui dire le professeur et les élèves du service, mais il éprouvait une telle difficulté à rendre ses idées par la parole, qu'il en manifestait de l'impatience, et qu'il essayait de répondre par des gestes. On le pria d'exécuter des mouvements et de porter la main sur différents points du corps ; il s'en acquitta très-bien.

Du reste, il lui était encore possible de prononcer un ou deux mots très-courts, mais il échouait à associer les termes, à coordonner ses expressions, et à former une phrase entière. Voici, par exemple, le commencement de l'interrogatoire clinique qu'il eut à subir :

— D. Où avez-vous mal ?
— R. Huit heures.
— D. Depuis quand êtes-vous malade ?
— R. Com — mis mar — chand.
— D. Quelle est votre profession ?
— R. Hôpi — tal.

Ces quelques mots étaient prononcés avec une grande hésitation et après un effort très pénible.

Le manque de toute espèce de renseignements sur le compte de cet individu, laissa le chef du service dans l'ignorance la plus absolue de tout ce qui s'était passé antérieurement. L'examen minutieux des organes thoraciques et abdominaux ne permit pas d'y rencontrer de lésions anatomiques appréciables.

Les membres supérieur et inférieur du côté droit étaient le siége d'une exagération très-marquée de la sensibilité.

Le diagnostic porté le 5 février, à la visite, fut celui-ci :

1° Lésion cérébrale dans l'hémisphère gauche ;

2° Elle doit occuper, d'après les troubles survenus dans la faculté de former et d'assembler les mots, les irradiations antérieures des corps striés ;

3° D'après la non-paralysie des extrémités et la manière dont les symptômes sont circonscrits, tout porte à croire que le mal est très-limité à l'espace indiqué, et qu'il n'a pas plus d'étendue que le volume d'une noix ;

4° Le défaut de paralysie porte aussi à croire qu'il s'agit plutôt d'un ramollissement ou d'une malaxie que d'une hémorrhagie encéphalique ou céphalorrhémie ;

5° L'acuité des accidents laisse à penser que le mal est aigu ou phlegmasique ;

6° Peut-être une production anormale : tubercule, cancer, hydatides, constitue-t-elle la lésion qui occasionne les symptômes observés.

Le 10 février, le malade mourut.

Le 12, la nécropsie fut faite ; l'encéphale fut apporté à l'amphithéâtre et examiné avec soin devant les élèves.

La seule partie altérée de cet organe était la région antérieure de l'hémisphère gauche. La limite postérieure de la lésion correspondait à 2 centimètres en arrière de la scissure de Sylvius, et le mal s'étendait en avant dans la partie antérieure et gauche de l'hémisphère gauche, de sorte que le volume total de la masse affectée était d'à peu près 3 centimètres dans tous ses diamètres. L'aspect de la partie malade était d'un gris rougeâtre et d'une consistance de bouillie ; elle ne présentait aucune trace de fibres ni de l'organisation primitive du cerveau. Elle était si molle, qu'un courant d'eau l'enlevait et laissait à nu une surface inégale, déchiquetée, plus blanche, et qui, parfaitement séparée des points ramollis, n'était autre que la substance cérébrale intacte limitant les points malaxiés.

On eut le tort de ne pas examiner les artères et les veines qui entretenaient la circulation dans la partie malade.

Ce fait n'est pas extrêmement rare, et M. Piorry a plusieurs fois observé des cas dans lesquels il a rencontré une relation analogue entre l'existence d'une lésion des irradiations antérieures de l'un des hémisphères cérébraux et celle de troubles remarquables survenus dans la mémoire et la faculté de former les mots. Il a vu des kystes ayant succédé à des hémorrhagies, occupant la partie antérieure de l'un des corps striés, avoir coïncidé avec l'impossibilité d'articuler ou de se rappeler les mots. Des hyperémies récentes siégeant aux mêmes points ont été également accompagnées de la perte de la parole.

On sait que la relation entre le siége de ces lésions et l'aptitude à former des mots, admise par M. Bouillaud, a été niée, ou au moins révoquée en doute ; les faits qui précèdent portent grandement à l'admettre comme réelle. C'est en l'adoptant que M. Piorry a en quelque sorte deviné quel était le point malade. Le genre d'altération et l'étendue du canal ont été dévoilés par la marche de la maladie et l'ensemble des symptômes.

En anatomie pathologique appliquée à la physiologie morbide, il ne faut pas se hâter de nier un fait positif à l'occasion d'un fait négatif. C'est surtout relativement aux symptômes des souffrances du névro-système qu'il convient de s'abstenir de révoquer trop tôt en doute des faits probants ; car les lésions du système nerveux sont parfois si légères, et peuvent cependant anéantir d'une façon si prononcée l'action d'un organe, qu'en vérité on est exposé à méconnaître telle ou telle altération de texture qui aurait pu exister et déterminer les troubles fonctionnels observés.

HOPITAL DE L'ANTIQUAILLE DE LYON.

M. J. ROLLET.

Restauration de la sous-cloison et de la moitié inférieure du nez avec la portion moyenne de la lèvre inférieure.

Le malade est un homme de cinquante ans, jouissant d'une bonne santé. Il n'a jamais eu de maladies antérieures, si ce n'est la gale. Il n'y a pas chez lui d'influence héréditaire. Ses parents sont tous morts dans une vieillesse avancée.

Il y a dix-huit mois que, sans causes connues, le mal débuta par un petit bouton rouge sur la face dorsale du nez. Le bouton était accompagné de démangeaisons assez vives, qui firent que le malade l'excoria, en le grattant. A ce bouton succéda une ulcération à fond grisâtre, se recouvrant de croûte et s'étendant progressivement par destruction lente des tissus sous-jacents. Alors le malade s'inquiéta et se mit entre les mains d'un médecin qui lui fit subir un traitement paraissant avoir

SUR LA MÉDECINE ET L'AGRICULTURE.

> Je n'aime à voir le sang qu'en la couleur des roses,
> Et le chant d'un vieux coq, à la pointe du jour,
> Me plaît mille fois mieux que le bruit du tambour.
> (Maître ADAM, de Nevers.)

Mon bon ami,

Qu'ai-je voulu vous dire par ces mots : *le sol n'est pas fait ;* je n'ai pas compris qu'il fallût pour arriver à la perfection agricole refaire la couche arable, mais seulement mettre les terres dans les meilleures conditions d'hygiène et de culture, *selon leur valeur intrinsèque, le climat et le marché.*

Vous faites cela chaque jour en médecine, lorsque sans changer foncièrement l'organisation d'un individu (ce qui vous serait impossible), vous le placez dans les conditions les plus favorables pour tirer de lui santé et longueur d'existence.

Arrivons au plus creux : ici, c'est encore comme en médecine, il n'y a pas de moyens, il n'y a que la manière de les employer ; il ne faut pas verser du sac, mais semer de la main, rien n'est plus nuisible à l'agriculture que les gens qui s'y livrent pleins d'ignorance et de bon temps ; ils font valoir leurs biens, comme on dit, pour leur plaisir ; mais outre l'argent qu'ils y perdent et la ruine certaine qui les attend, leurs fautes entraînent pour les autres des effets désastreux ; ils mettent le doute dans l'esprit du laboureur pur sang, et l'éloignent des méthodes utiles et des bonnes pratiques, par la raison qu'elles sont nouvelles.

Le cultivateur doit être un homme savant, sérieux et complet comme le médecin ; son mérite doit être réel, incontestable ; il entre du matin au soir en lutte avec la routine ; il faut qu'il ait toujours l'avantage sur elle. Ici les discours sont inutiles, il faut des faits ; la gravité, la robe et la fortune de celui qui agit, ne lui donnent aucun crédit, s'il est vain et inepte :

> Rarus enim ferme sensus communis
> In illa fortuna.
> (JUVÉNAL, sat. VIII, v. 73.)

Ce sont choses de grand poids que la médecine et l'agriculture pour étaler et distribuer leur matière ; pour l'employer et s'en aider, il faut une vigueur et une intelligence peu communes ; cela convient aux fortes natures, et elles sont bien rares.

Mégabysus, étant allé voir Apelles dans son ouvroir, fut longtemps sans mot dire, et quand il eut commencé à discourir des ouvrages, il reçut cette réprimande : « Tant que tu as gardé le silence, ton opulence et ta pompe ont pu m'en imposer ; actuellement il n'est jusqu'aux garçons de ma boutique qui te méprisent. » Je ne suis pas Apelles, et cependant combien ai-je déjà vu de Mégabysus dans mes ateliers !

Il faut en agriculture, comme en médecine, comprendre la science et l'art, les causes et leurs effets ; ce sont affaires de pure intelligence. Les gens dont la mémoire fait tout le mérite n'ont rien à y chercher, et, si je l'ose dire, je hais un peu plus que la bêtise cette suffisance basée sur le seul souvenir.

Je m'explique.

Supposez un anatomiste très-fort, mais ne sachant que l'anatomie ; un chirurgien très-habile pour pratiquer les opérations et n'ayant nulle autre aptitude ; les académies auraient des fauteuils à leur offrir et les tiendraient en grande vénération ; cependant, soyons vrai, la science du premier différerait-elle beaucoup du savoir vulgaire de ce cocher de fiacre de Paris ou de Londres qui possède parfaitement la topographie de ces villes ? L'un trouverait sans hésiter les plus petits organes du corps, l'autre les impasses les plus ignorées.

Quelle différence y aurait-il entre le chirurgien et un danseur ? Le premier aurait son talent dans les mains, l'autre dans les jambes ; voilà tout.

Le manœuvre en agriculture, celui qui se traîne dans le sentier de l'expérience vulgaire, est semblable aux exemples que je viens de vous citer.

Mais l'*homme* proprement dit doit posséder *toutes* les connaissances humaines, *plus le bon sens ;* il lui faut avoir des cieux le bénévole aspect (Rabelais), l'influence secrète (Boileau).

Ainsi donc, ici comme en médecine, pas de gens de loisir, pas de demi-savants ; pas même d'ignorants, ni de praticiens trop purs... *des hommes.*

eu pour base la cautérisation. Ce traitement ne fut pas sans succès; car le mal s'arrêta et la cicatrisation complète fut même obtenue. Mais peu de temps après l'ulcération reparut; elle s'agrandit et le malade entra à l'Antiquaille.

A son entrée, l'ulcération était étendue à toute la face dorsale du nez jusqu'à deux millimètres environ des os propres. Elle avait détruit de chaque côté les ailes du nez dont il ne restait que le tiers externe et presque toute la sous-cloison. Les fosses nasales se trouvaient largement ouvertes. Le malade offrait un aspect repoussant. Les tissus autour de la perte de substance ont une apparence normale. Les bords de la plaie sont irrégulièrement découpés et durs. On diagnostique un cancroïde du nez.

Après quelques jours de traitement par la tisane de salsepareille et l'huile de foie de morue, la maladie restant stationnaire, on fait sur l'ulcère une première application de pâte de Canquoin, qu'on laisse agir six ou sept heures. L'eschare reste longtemps à se détacher. Toutefois la suppuration s'établit, les parties cautérisées bourgeonnent; mais quinze ou vingt jours après, la plaie redevient jaunâtre, de mauvaise nature. On fait une seconde application de pâte de Canquoin, qu'on laisse agir dix heures. A la chute de l'eschare, on trouve une plaie de bonne nature, dont la cicatrisation marche régulièrement et indique que les limites du mal ont été dépassées. Après une quinzaine de jours d'expectation, pendant lesquels la cicatrice ne paraît avoir aucune tendance à s'ulcérer de nouveau, on procède à la rhinoplastie. A ce moment, la perte de substance, mesurée en hauteur, c'est-à-dire depuis le point le plus élevé jusqu'à la base du nez, a de 37 à 38 millimètres; en largeur, c'est-à-dire dans l'intervalle transversal des deux points opposés de la base, elle a 8 à 10 millimètres.

On place le malade dans le décubitus dorsal et le dos fortement relevé par des coussins. Il est soumis aux inhalations d'éther jusqu'à complète anesthésie. Le chirurgien, placé à la droite du malade, trace à la plume le lambeau qu'il veut tailler dans la lèvre inférieure; celle-ci est large et épaisse. Il avive ensuite avec le bistouri le pourtour de la perte de substance; puis il circonscrit par deux incisions, traversant la lèvre de part en part, le lambeau médian, qui doit servir à la combler. Ce lambeau, un peu moins large en haut qu'en bas, a une étendue transversale de 15 millimètres. On avive son bord inférieur. Une incision portant sur le frein de la lèvre et sur tout le repli muqueux le dégage de ses adhérences et lui donne un peu plus d'étendue en hauteur. On le relève simplement en haut sans tordre le pédicule, de telle sorte que la muqueuse devient externe et répond au dos du nez, tandis que la peau devient interne et répond aux fosses nasales.

La solution de continuité de la lèvre est réunie avec des épingles, comme dans l'opération du bec-de-lièvre. On réunit aussi le lambeau avec les bords avivés de la perte de substance au moyen de quatre épingles et par la suture entortillée. Après un pansement simple, le malade est ramené à son lit.

Le 14 décembre, deux jours après l'opération, on enlève les épingles; les parties sont légèrement enflammées et paraissent réunies dans une grande étendue. La réunion de la lèvre est complète. Pas de fièvre.

Le 15, la réunion est opérée sur les parties latérales à gauche. A droite, elle est moins complète. Elle manque surtout en haut, où le lambeau est complètement décollé.

Le 16, la muqueuse qui forme la face externe du lambeau se sphacèle dans toute son étendue. On lave la plaie avec le vin aromatique. Pansement avec l'onguent digestif.

Les 17, 18, 19 et 20, la muqueuse est éliminée. L'état général est bon.

Le 21, la plaie se déterge et bourgeonne.

Les jours suivants, la suppuration diminue, et une cicatrice régulière remplace peu à peu la muqueuse.

Après que la plaie est partout cicatrisée, il reste en haut, dans le point où la réunion n'a pas été immédiate, une perte de substance d'environ 2 millimètres. Pour la combler, on a recours à l'opération suivante:

Le malade est placé comme la première fois; mais on n'a pas recours à l'éthérisation.

Le bord supérieur du lambeau est avivé. Une incision est pratiquée sur la peau de la racine du nez, parallèlement à ce bord du lambeau. On dissèque ensuite, de manière à former un petit lambeau supérieur qui est facilement amené à la rencontre de l'autre; on les réunit avec une épingle et deux bandelettes de diachylon.

Deux jours après l'opération la réunion existait au milieu; mais de chaque côté elle manquait. Il en est résulté deux orifices, à peu près circulaires, qui se sont rétrécis peu à peu.

Lorsque le malade a quitté l'hôpital ces pertuis étaient presque imperceptibles. La sous-cloison était formée par le pédicule du lambeau, qui, avec le reste des ailes du nez, circonscrivait de chaque côté et laissait libres les deux narines. La large ouverture, qui laissait à découvert toute l'étendue des fosses nasales, était partout close. Le nez était un peu aplati; mais il avait conservé une forme régulière. La restauration était donc complète.

Il n'entre pas dans ma pensée de présenter ce procédé d'autoplastie comme pouvant remédier à toutes les mutilations du nez, quels que soient leur siége ou leur étendue.

Lorsque c'est la partie supérieure de la pyramide nasale qui manque, ou bien lorsque ce sont les parties latérales qu'il faut combler, il est bien plus naturel d'emprunter au front le lambeau réparateur, ou bien à la joue, ou sur les côtés du nez, près de la perte de substance.

Mais quand celle-ci porte sur la sous-cloison et sur la partie inférieure du nez, même assez haut (puisque chez mon malade la base du nez manquait jusqu'aux os propres), le lambeau emprunté à la lèvre me paraît offrir des garanties de consistance et de vitalité qu'aucun autre ne saurait présenter au même degré.

Ce n'est pas seulement la peau, mais le tissu cellulaire sous-cutané, la couche musculeuse, la membrane muqueuse, en un mot, la lèvre tout entière qui le constitue. Le pédicule ne subit aucune torsion; et, quoique les lèvres reçoivent surtout leurs vaisseaux de dehors en dedans, il en arrive assez à la base épaisse et charnue du lambeau pour y maintenir la circulation nécessaire à l'entretien de la vie.

Il est vrai que chez mon opéré la muqueuse s'est exfoliée; mais l'élimination a été si rapide, le bourgeonnement de la plaie s'est fait sur toute la surface avec tant d'activité, que cette mortification superficielle d'une membrane mince, incisée sur tous les points de sa continuité, ne conservant des rapports qu'avec les parties sous-jacentes, doit être attribuée à une autre cause que le peu de vitalité du lambeau. Il est probable que, dans la restauration d'une perte de substance moins étendue, si on n'était pas obligé d'inciser la muqueuse, en haut, et de disséquer le pédicule du lambeau, on n'aurait pas à craindre cette complication.

D'un autre côté, après l'opération que je propose, il ne reste à la place où l'emprunt autoplastique a été fait aucune difformité apparente. Personne, en effet, n'ignore combien l'on peut entailler largement la lèvre supérieure sans que la réunion, faite comme dans le bec-de-lièvre, amène autre chose qu'un peu de rétrécissement de la bouche. Bien plus, on enlèverait, si besoin était, la lèvre presque tout entière qu'avec le procédé de chéiloplastie imaginé par M. Desgranges, il serait encore possible de laisser à la bouche des dimensions suffisantes.

Un mode de restauration qui se présente si naturellement à l'esprit ne devait pas être resté jusqu'à ce jour inappliqué. Cependant je ne crois pas qu'aucun chirurgien ait fait l'opération dans les mêmes conditions que moi.

Dupuytren et Dieffenbach, pour refaire les ailes du nez et la sous-cloison, ont emprunté le lambeau à lèvre inférieure; mais c'est un lambeau de peau dont ils tordaient le pédicule, comme pour ceux du front ou des joues.

Blandin seul a eu l'idée d'entailler la lèvre dans toute son épaisseur, et de la renverser purement et simplement; mais il ne l'a fait que pour restaurer la sous-cloison. Il n'a pas jugé qu'il fût possible d'aller plus loin.

En appliquant le même moyen aux pertes de substance, non-seulement de la sous-cloison, mais du lobule et même de la pyramide du nez jusqu'aux os propres, je crois donc avoir fait autrement et plus que mes prédécesseurs.

La nécessité où j'ai été, après la première opération, de faire descendre un petit lambeau emprunté à la racine du nez, pour combler le vide qui restait en haut, par défaut de réunion, montre que je suis allé jusqu'aux dernières limites que l'on puisse atteindre dans cette direction, et qu'il est impossible de songer à faire par ce procédé la restauration de la totalité du nez. Mais je me demande si, dans ce cas, en taillant deux lambeaux, l'un en haut, que l'on emprunterait, comme d'habitude, au front, et l'autre en bas, pris dans la lèvre, on n'obtiendrait pas un meilleur résultat que par le procédé habituel.

Une autre idée qui m'est venue, mais que je ne donne ici que pour ce qu'elle vaut, serait de dédoubler le lambeau labial, de refendre pour ainsi dire la lèvre, en disséquant les deux feuillets cutanés et muqueux, en laissant la couche musculeuse adhérente à ce dernier. Avec un pareil lambeau on pourrait atteindre à une très-grande hauteur et recouvrir une surface aussi large qu'on la puisse supposer. Mais quel serait le résultat définitif? Je l'ignore. Quoi qu'il en soit, la destruction de la base du nez étant la plus commune de toutes, le lambeau labial, taillé comme chez mon malade, me paraît appelé à rendre de nombreux services et à donner d'excellents résultats. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

DES INDICATIONS DES DIVERS PROCÉDÉS OPÉRATOIRES concernant l'ablation partielle du globe de l'œil.

Par M. le Dr Guépin (de Nantes).

Dans notre numéro du 7 avril dernier, M. le docteur Guépin, dont nos lecteurs connaissent les remarquables travaux en oculistique, a préconisé l'ablation partielle du globe de l'œil dans un certain nombre d'affections incurables de cet organe. Il complète aujourd'hui sa communication en posant les indications de cette méthode, en traçant les modifications que les diverses lésions de l'appareil de la vision doivent imprimer au procédé opératoire, et en signalant quelques-uns des accidents que déterminent les yeux artificiels.

Les indications générales qui résultent pour nous des opérations que nous avons pratiquées sont les suivantes:

Il ne faut pas trop attendre pour opérer; sans cela, surtout lorsque l'œil malade est très-variqueux, lorsque les membranes sont amincies, lorsqu'il y a hydrophthalmie, l'ablation, même partielle, se transforme en une sorte d'ablation totale pendant le travail de la cicatrisation, et l'œil d'émail destiné à dissimuler la difformité est immobile ou très-peu mobile, faute d'un moignon convenable pour le supporter.

Mlle Hervez du Lorain m'amena, il y a douze ans, l'une de ses nièces, dont un œil présentait un staphylome général de la cornée, un état variqueux de la choroïde avec des staphylomes partiels de la sclérotique. Le volume de l'œil malade était considérablement augmenté, et l'iris était mélanosé. Aidé du docteur Kostrewski et du docteur Walczinski, alors interne à l'Hôtel-Dieu de Nantes, je procédai à l'opération. L'un de ces messieurs serrait entre les genoux la tête de l'enfant pendant que l'autre me servait d'aide. Les faits consécutifs à l'opération furent exactement, mais avec plus de gravité encore, ceux que nous avons signalés chez M. Richard; et comme j'avais dû enlever une grande partie de la sclérotique, il n'y a pas, à proprement parler, de moignon, ce qui fait que l'œil d'émail appliqué depuis a peu de mouvement.

Le même résultat a eu lieu dernièrement chez une revendeuse assez jeune que j'ai opérée dans des circonstances identiques. Ce même résultat se produit encore quand une dégénérescence squirrheuse ou peu appréciée dans sa nature, force d'enlever les deux tiers antérieurs du globe de l'œil.

Ces dégénérescences sont plus communes qu'on ne le penserait, et je vais les expliquer par des faits: voici un laboureur du Puy-de-Dôme que m'a adressé son médecin, le docteur Magne. Un morceau de verre lui a déchiré la cornée il y a trois semaines. On ne voit plus de cornée, on ne voit plus d'iris, mais une surface muco-purulente à travers laquelle percent des bourgeons charnus. Si j'obtiens une bonne cicatrice de ce moignon, qui a le volume d'un œil normal, l'on verra reparaître un cercle cornéen aujourd'hui couvert par des vaisseaux de formation pathologique. La partie détruite de la cornée sera remplacée par une membrane douce, polie, serrée, transparente, superposée à un tissu grisâtre; et sur cette membrane nouvelle, un jour le microscope montrera un épithélium. Mais si les vaisseaux pathologiques conservent le volume actuel, si les bourgeons charnus donnent naissance soit à un tissu fongueux parsemé de noyaux indurés, soit à un tissu induré et végétant, dont l'induration s'étende de proche en proche, il y aura lieu de procéder à l'ablation partielle du globe de l'œil et à une ablation qui ne pourra pas fournir un moignon convenable. Cette opération devra cependant être préférée à l'ablation totale.

Ce que produisent des accidents, des états constitutionnels peuvent aussi le produire. Voici une marchande de Nort chez laquelle le moignon est insuffisant parce qu'il existait lors de l'opération une dégénérescence que j'ai considérée comme scrofuleuse. Voici une marchande d'oranges de la place Viarme, à Nantes, une très-jeune fille, chez laquelle un vice de même nature avec complication variqueuse a nécessité une ablation partielle. La maladie était trop avancée lorsque j'ai pratiqué l'opération, pour que je pusse conserver les éléments d'un moignon oculaire tout à fait convenable. Elle est venue me montrer son état il y a trois jours. Un œil d'émail lui va, mais il y a peu de mouvement.

Voici maintenant un ancien soldat qui est dans le même cas. Le malheureux avait perdu l'œil gauche à la Rochelle, par suite d'une ophthalmie purulente. J'aurais voulu lui faire un moignon convenable, mais c'eût été imprudent. Je l'ai opéré au commencement

---

Je ne dis pas qu'il soit donné à tous de pouvoir embrasser en même temps l'étendue de la science et de l'art; une fois ses lois connues, on peut faire une spécialité quelconque, ce qui ne peut être en médecine sans de graves inconvénients!

Nous voyons chaque jour nos confrères s'adonner à l'une des branches agricoles, souvent avec succès, toujours avec bonheur.

Le professeur Marjolin, de si aimable mémoire, cultivait les dahlias; notre excellent camarade le docteur Tonnelier (de Montereau) consacre tous ses moments de loisir à des treilles conduites à la Thomery avec le plus grand succès; le professeur Trousseau, mon maître, est heureux de se délasser de ses trop nombreuses occupations médicales en s'occupant d'agriculture.

Nous avons dans la Charente un médecin qui se livre aux irrigations avec distinction; dans la Marne, le docteur Guillot voue une grande partie de son intelligence à la culture de la vigne et à la fabrication des vins de Champagne, etc.

Quant à la satisfaction personnelle, l'agriculture présente plus d'avantages que l'exercice de la médecine, on y est pour l'ordinaire à peu près récompensé selon ses œuvres; il n'y a réellement pas ici ces mille dégoûts qui accompagnent l'art de guérir: la nature est si bienveillante envers l'homme, et il s'opère spontanément tant de oures merveilleuses, que souvent c'est aux plus malhabiles de regarder les autres par-dessus l'épaule.

Je ne puis m'empêcher d'admirer la nature; chaque jour je l'aime davantage, et je voudrais vous faire partager mes convictions et mon amour.

Quoi de plus admirable que les fleurs, de plus suave que nos fruits. Est-il une friandise, un bonbon qui ne soit produit par l'agriculture; toutes les délices de nos tables, la somptuosité de nos habits, le comfort de nos appartements et les autres utilités et commodités de l'existence, d'où nous viennent-ils?

Tenez, l'art qui donne le bon pain, ce merveilleux gâteau dont on ne se lasse jamais, et le vin, que je crois être un peu supérieur au nectar des dieux de la fable,

Est un art utile et beau.

Nourriture passe nature, disent les éleveurs; c'est donc une vérité proverbiale que les races sont améliorées par une bonne alimentation; vous les affinerez au fur et à mesure que leur nourriture sera plus recherchée; les formes deviendront plus nobles, le caractère et les mœurs s'adouciront; produisez donc beaucoup, bon et pas cher, alors vous aurez répondu à tous les désirs de l'hygiène la plus exigeante, vous aurez satisfait à tous les besoins légitimes; vous aviez déjà mission de conserver la santé des hommes par la médecine, vous leur fournirez le bien-être par l'agriculture, et ce nouveau titre, joint au premier, fera de vous le véritable appui et le bienfaiteur de l'humanité.

Dr Amédée Joux.

de 1856; la guérison a été rapide; mais le résultat eût été bien différent si le malade avait été opéré un an plus tôt.

« En somme, quand un œil est complètement perdu, quand il » est évident qu'il faudra un œil d'émail pour guérir la difformité, » il est sage de ne jamais attendre, et de pratiquer au plus vite une » ablation partielle. »

Je n'ai pas toujours opéré comme je le fais depuis longtemps, je puis dire depuis 1840. Il est plus facile, à mon sens, de faire, ainsi que je l'ai essayé d'abord, un lambeau inférieur avec le histouri et d'achever l'opération à la partie supérieure de l'œil avec des ciseaux, ce qui est précisément l'inverse de ce que je fais depuis longtemps; mais cette méthode donne de mauvaises cicatrices, et force de recourir à des yeux artificiels dont la partie inférieure est beaucoup trop courte. J'ai été obligé, par suite, de placer à droite des yeux artificiels gauches, et *vice versâ*, chez des individus à qui leur fortune ne permettait pas de faire le voyage de Paris pour recourir à l'habileté d'un oculariste qui pût leur fabriquer un œil tout exprès.

L'emploi d'yeux d'émail dépolis ou mal faits peut entraîner des inconvénients. Il se produit alors des callosités, des végétations, des granulations, qui souvent causent de vives inquiétudes au chirurgien. Mais ces inquiétudes sont très-faciles à dissiper. La suppression de l'œil d'émail pendant un certain temps, et plus tard son remplacement par un œil poli et mieux fait, par un œil tout neuf, voilà le remède qui est d'habitude le seul nécessaire. Au besoin l'on a les ciseaux, les pommades modificatrices des tissus et l'acétate neutre de plomb, caustique spécial et admirable dans beaucoup de maladies des muqueuses, et surtout dans les granulations.

J'ai vu deux fois de petits polypes muqueux se produire à la paupière supérieure, sous l'influence de l'irritation causée par des yeux d'émail. Il a suffi de les exciser et de cautériser leur pédicule. Chacun d'eux était un véritable petit sac dont l'intérieur ne contenait rien du tout.

Il est de bonne règle, quand on porte un œil d'émail, de le retirer et de le déposer dans un verre d'eau le soir en se couchant. Les domestiques, les ouvriers, les paysans ne prennent pas ce soin, et ils ont à s'en repentir. C'est chez eux surtout que ces yeux produisent des polypes, des granulations, des callosités.

Quelques opérateurs ne placent que fort tard les yeux artificiels. Nous estimons que c'est une faute, surtout en hiver et dans les pays où les fluxions catarrhales sont fréquentes.

Il y a trois mois au plus nous avons enlevé partiellement l'œil droit à un pauvre domestique qui avait reçu un coup de pied de cheval sur le gauche. Tous les deux étaient atteints d'une abondante sécrétion catarrhale. Celle de l'œil droit s'est tarie de suite sous l'influence d'un œil d'émail qui préservait le moignon du contact de l'air, et cette amélioration a paru réagir sur le gauche que je suis parvenu à sauver, malgré le grave accident qui avait failli rendre aveugle mon pauvre borgne.

Trois objections très-sérieuses en apparence, peuvent nous être faites, auxquelles nous devons répondre en terminant.

L'on peut nous dire :

1° Nous préférons la simple ponction ;

2° Nous préférons une simple incision transversale ;

3° Nous aimons mieux traverser l'œil avec un stylet qui fasse couler les humeurs, et, quand une partie des humeurs s'est écoulée, faire une ablation partielle avec de forts ciseaux, mais d'un seul coup, au-dessous du stylet qui sert de guide.

Nous répondons :

La simple ponction n'enlève aucune des parties malades; souvent elle excite le développement de l'hydrophthalmie au lieu d'y remédier, et le dixième de nos opérés avait été ponctionné avant de nous venir.

L'incision transversale est pour la douleur et pour la durée la moitié de notre opération. Elle fend en deux l'iris, la capsule antérieure et la cornée, ou au moins l'iris et la cornée, ce qui est un fait très-fâcheux quand ces organes sont malades, surtout si leur affection est consécutive à une affection syphilitique. Cette incision alors présente à peu près autant d'inconvénients que l'ablation partielle, sans offrir les mêmes avantages, puisqu'elle laisse dans l'œil les causes du mal.

Quant à l'ablation partielle au moyen de la transpersion de l'œil, nous devons dire que cette opération n'est commode et facile que dans le cas d'hydrophthalmie et lorsque les humeurs de l'œil sont tout à fait liquides, et que même alors il est plus sage de ne pas agir mécaniquement, mais de ménager les parties saines de la coque oculaire, tout en enlevant toutes celles qui demandent à être enlevées.

Un jour je fus appelé pour la belle-mère d'un employé des douanes, nommé Lemassut, dont l'iris était altéré très-profondément. Le médecin habituel voulut une simple ponction. Il y avait hydrophthalmie. Cette ponction, à laquelle je n'assistai point, parut réussir. Un an plus tard, je fus rappelé; la choroïde tout entière était altérée comme l'iris par une mélanose qui avait l'iris pour point de départ. L'ablation totale fut nécessaire; mais, cette ablation faite, nous crûmes reconnaître que la maladie ne serait pas guérie, et en effet cette femme a succombé cinq ou six mois plus tard.

Si au lieu d'une ponction, l'on avait pratiqué une incision transversale, le résultat eût été évidemment le même.

J'avais à soigner pour l'œil gauche, aux mois de novembre et de décembre 1856, un laboureur des environs de Poitiers, qui était atteint d'une cataracte toute spéciale, et que j'ai guéri en lui pratiquant une pupille artificielle. Cet homme était atteint à l'œil droit de staphylomes et d'hydrophthalmie; mais il n'y avait rien qui pût contre-indiquer une ponction. Comme il ne voulait point se soumettre à une ablation partielle, je l'ai ponctionné; mais il y a eu deux récidives, et par suite j'ai fait trois opérations sans avoir garanti le malade contre une quatrième.

Supposons maintenant un cas insidieux, comme celui de Viaud, simulant l'hydrophthalmie : à quoi bon une ponction? à quoi bon l'incision transversale de l'œil? Ici l'usage de notre méthode est indispensable.

LUXATION TRAUMATIQUE

des deux articulations coxo-fémorales. — Réduction.

Par M. Bourrienne fils, de Caen (Calvados).

Le 9 décembre 1856, le sieur Pierre Donemel, âgé de trente-cinq ans, ouvrier terrassier, employé aux travaux du chemin de fer, quittait son travail lorsqu'une masse de terre partant d'une hauteur de 5 mètres l'atteint par derrière et l'ensevelit jusqu'à la ceinture; on le trouve accroupi, la face contre terre, et après l'avoir dégagé, on le transporte chez lui, à Démonville, près de Caen.

A ma visite, le lendemain, je trouve le malade à demi assis dans son lit, incliné sur le côté gauche, et se soutenant péniblement dans cette position au moyen d'une corde fixée au plafond; il porte des traces nombreuses de contusions à la face, il respire bien, le pouls est à peu près normal, il a uriné facilement depuis l'accident; mais il se plaint à la fesse droite d'une douleur tellement vive, qu'elle l'a privé de repos et lui arrache des cris au moindre contact.

La forme de la fesse est profondément modifiée; elle offre celle d'un cône dont le sommet, tourné en bas et en arrière, correspond à la région de l'échancrure ischiatique : le toucher fait reconnaître en ce point l'existence d'une tumeur dure, arrondie, très-douloureuse à la pression, immobile. Le grand trochanter, un peu moins saillant que dans l'état normal, est à sa place habituelle; la fosse iliaque externe est complétement dégagée, et l'on suit nettement le contour de la crête iliaque.

Le membre droit est fléchi, et dans la rotation forcée en dedans; le pli de l'aine est profond et présente des sillons nombreux.

Malgré les contractions violentes que déterminent les mouvements imprimés au membre, on peut encore constater que l'extension et la flexion de la cuisse sur le bassin sont possibles; mais on ne peut arriver à produire ni l'abduction ni la rotation en dehors.

Convaincu que j'ai affaire à une luxation en arrière (variété sacro-ischiatique), laquelle est regardée généralement par les auteurs comme difficile à réduire, je préviens le malade que l'os de la cuisse est déplacé, qu'une manœuvre chirurgicale est nécessaire pour rendre au membre ses fonctions, et après avoir indiqué aux parents les préparatifs à faire pour cette manœuvre, le nombre des aides qui doit être de dix au moins, je fixe au lendemain matin l'heure du rendez-vous.

Je retourne le lendemain à Démonville, accompagné de mon père, qui veut bien m'aider des conseils de sa longue expérience, et de mon frère, chargé d'administrer le chloroforme. Le nouvel examen que nous faisons ensemble ayant confirmé l'exactitude du diagnostic que j'avais posé la veille, nous procédons immédiatement à la réduction.

Le malade est étendu horizontalement, le côté droit rapproché du bord du lit; le pli de l'aine du côté gauche, garni de ouate, reçoit le plein d'un drap plié en cravate, dont les extrémités sont confiées à quatre aides chargés de la contre-extension; pour l'extension, deux lacs sont fixés autour du genou et deux autour du cou-de-pied par des tours de bandes, et remis aux mains de quatre aides; le bassin est maintenu immobile par mon père, placé du côté sain, au moyen d'une serviette pliée en cravate et passée autour de la partie supérieure du bassin; je place derrière la partie supérieure de la cuisse droite le plein d'une serviette également pliée en cravate, dont les extrémités sont nouées ensemble, et destinée à remplir le but du lacs coaptateur d'A. Cooper, c'est-à-dire à dégager la tête du fémur de la position qu'elle occupe, ou à l'empêcher d'y retourner après le dégagement.

Pendant que mon frère, placé à droite du malade avec moi, donne le chloroforme, je marque au crayon sur la peau le point occupé par la tête fémorale; puis je passe mon bras droit autour du membre blessé; alors, le malade étant tombé dans la résolution complète, mon frère monte sur le lit, s'accroupit et passe autour de son cou le lacs coaptateur. Je commande les tractions d'abord suivant une ligne qui croise obliquement le membre gauche, puis suivant l'axe normal; à partir de ce moment, je pousse en avant avec la paume de ma main gauche la tête du fémur, pendant que de la droite je cherche à produire la rotation en dehors, et que mon frère redresse vigoureusement la tête pour tendre le lacs dont il est porteur : des craquements sourds se font entendre; je sens fuir la tête fémorale sous sa main, et un bruit de choc au moment de la suspension des tractions indique que la réduction est opérée.

Après avoir enlevé les lacs, nous nous assurons de la régularité des fonctions du membre; mais en le comparant à son congénère sous le rapport de la longueur, nous nous apercevons qu'il le dépasse en bas de 6 centimètres au moins.

Où est la cause de cette différence de longueur? Elle n'est pas à droite, nous venons de le constater. Il y a donc aussi une lésion à gauche; mais quelle est cette lésion?

Telle est la question à la solution de laquelle nous nous livrons immédiatement.

Or, du côté gauche, le membre est légèrement fléchi, le genou et la pointe du pied regardent en dedans; les plis de l'aine sont nombreux, on aperçoit au milieu de ces plis une ecchymose étroite et allongée; la fesse est arrondie, les contours du grand trochanter sont saillants; la fosse iliaque externe est empâtée, et l'on ne sent pas nettement le rebord de la crête iliaque; l'échancrure ischiatique ne présente pas de saillie anormale; une ecchymose très-étendue occupe la face postérieure du sacrum, les épines iliaques postérieures gauches, et la partie voisine de la crête et de la fosse iliaques. On peut produire la flexion et l'extension de la cuisse sur le bassin, mais l'abduction et la rotation en dehors sont impossibles.

Le fond de la lésion est ici le même que dans le premier cas. Nous n'hésitons pas à reconnaître l'existence d'une luxation en arrière; mais les différences tranchées qui distinguent les deux cas, et surtout l'absence de cette tumeur dure, arrondie, si douloureuse dans l'échancrure sciatique, la flexion moins prononcée de la cuisse, l'empâtement de la fosse iliaque externe, nous font admettre ici l'existence de la variété iliaque.

Nous préparons nos moyens de réduction comme pour le premier cas. Le malade n'a pas repris complétement l'usage de ses sens; mais il s'est développé une contraction musculaire que le chloroforme ne peut vaincre, et les tractions sont commencées. Trois tentatives sont faites sans que la tête fémorale se déplace. Trois fois elle se déplace avec un bruit de craquement sourd; mais au moment où elle va sauter par-dessus le rebord de sa cavité, on la sent remonter à sa place. Enfin les tractions sont reprises avec vigueur, et un bruit subit de choc indique la rentrée dans la cavité.

Les lacs retirés, nous voyons que l'articulation jouit de mouvements faciles, et que les deux membres inférieurs sont parfaitement conformes l'un à l'autre; puis nous fixons ces membres dans la demi-flexion, après avoir placé un coussin sous les jarrets et un autre entre les genoux.

Le malade a repris connaissance, puis il est tombé dans un sommeil profond qui a duré vingt-quatre heures presque sans interruption.

Le lendemain de l'opération, le pouls était fébrile, la peau des fesses et des cuisses chaude et un peu œdématiée; mais l'état local s'est rapidement amélioré, et au bout de quelques jours, le malade ne se plaignait plus que de douleurs dans les mollets et la plante des pieds.

Tout indiquait donc que la convalescence ne serait pas très-longue. Pourtant le sommeil disparaît, les douleurs des mollets et des pieds persistent, la voix s'affaiblit; le pouls est petit et fréquent, la chaleur générale diminuée, la maigreur croissante; et trois mois durant a persisté cet ensemble de symptômes dont je n'ai jamais pu trouver l'explication dans une altération organique, malgré de fréquentes recherches à ce sujet, et qui me paraît avoir été la conséquence de la commotion qu'a dû éprouver le système nerveux central du malade.

Aujourd'hui l'embonpoint est revenu, la démarche est aisée, mais il y a encore un peu de faiblesse des membres inférieurs.

ANESTHÉSIE PAR L'AMYLÈNE.

Lorsque le résultat des expérimentations sur l'amylène m'eut paru suffisamment concluant et eut fait constater ses avantages sur le chloroforme et l'éther, nous écrit M. le docteur O. Fournier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Soissons, j'ai voulu sans retard en tirer profit pour les malades de l'hôpital civil et militaire de Soissons, dont le service chirurgical m'est confié.

J'aurais attendu des faits plus nombreux pour les rapprocher de ceux qui ont été observés antérieurement. Mais, après avoir pris connaissance du cas de mort signalé dans le numéro du 25 avril dernier, j'ai pensé qu'il était de mon devoir de ne pas conserver en secret des faits isolés qui peuvent servir à la réhabilitation de ce nouvel agent anesthésique. Je l'ai employé :

1° et 2° Dans deux cas de cautérisation par le cautère actuel;

3° Amputation d'un doigt;

4° Opération du phimosis.

J'ai eu les résultats suivants : sommeil obtenu sans provoquer la toux après trois ou quatre minutes d'inhalation et emploi de 8 à 12 grammes d'amylène; insensibilité complète, coma moins profond qu'avec le chloroforme; réveil prompt et facile; innocuité parfaite.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 juin 1857. — Présidence de M. Michel Lévy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. Lafont, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Bayonne, sur une épidémie de fièvre scarlatine qui a régné dans la commune de Sare;

2° Un rapport du médecin des épidémies de l'arrondissement de Forcalquier, sur une épidémie de cholérine qui s'est récemment déclarée dans les communes de Banon, Montfallier et Redortier;

3° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1856 dans les départements de l'Aisne, du Jura et de la Nièvre (commission des épidémies);

4° Un mémoire de M. Sergent, de Neauphle-le-Château, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1856 dans quelques communes du département de Seine-et-Oise (commission des épidémies);

5° Une demande d'analyse d'une nouvelle source découverte à proximité de celle des Célestins, à Vichy (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Husson, pharmacien, adresse un mémoire ayant pour titre : *Toul et Florac comparés au point de vue de l'hygiène, et considérations sur la meilleure marche à suivre pour la confection des statistiques d'hygiène.* (M. Guérard, rapporteur.)

M. Masse, médecin-major du 82e de ligne, adresse un mémoire intitulé *De la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde.* (M. Michel Lévy, rapporteur.)

— M. le docteur Dufay adresse à l'Académie quelques réflexions à propos de la communication faite à l'Académie par M. Devergie.

— M. Nadault de Buffon envoie, à l'appui d'un mémoire antérieur, des échantillons comparatifs d'eaux filtrées à l'aide de ses appareils tubulaires. (M. Poggiale, rapporteur.)

Origine du sucre des vaisseaux lymphatiques et chylifères. — M. A. Chauveau, chef des travaux anatomiques à l'École vétérinaire de Lyon, adresse sur ce sujet une lettre dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture. L'auteur réclame contre la manière équivoque dont M. Bérard a cité ses expériences sur la glycogénie.

Dans le mémoire lu à la séance du 19 mai, j'ai, en effet, dit-il, confirmé par mes recherches un fait avancé par M. Colin ; et aujourd'hui encore je témoignerai de nouveau sur ce point en sa faveur, et je proclamerai hautement qu'il y a du sucre dans la lymphe et dans le chyle chez les animaux exclusivement nourris à la viande. Mais, loin de me borner, comme semble l'insinuer M. Bérard, à émettre sur la source de cette glycose une opinion autre que celle de M. Colin, j'ai annoncé une série de faits nouveaux, des expériences précises démontrant que l'interprétation adoptée à ce sujet par M. Colin était dénuée de tout fondement. C'est sur ces faits et ces expériences, que M. Bérard a passés sous silence, que M. Chauveau appelle l'attention de l'Académie.

Suivant M. Chauveau, avant d'affirmer que le sucre trouvé dans la lymphe s'était formé au sein de la trame des tissus, il fallait se demander si cette matière ne venait pas du sang. En effet, ajoute M. Chauveau, tous les principes contenus dans le plasma du sang se retrouvent dans le fluide lymphatique ; de plus, il n'est pas une seule substance diffusible, organique ou minérale, introduite expérimentalement dans le système sanguin, qui ne passe avec la plus grande rapidité dans les vaisseaux blancs. Si donc on veut démontrer qu'un principe trouvé dans la lymphe a pris naissance au sein des tissus, et a été directement introduit dans les vaisseaux blancs, il faut faire voir, au préalable, que le principe n'existe pas dans le fluide sanguin. Or, j'ai prouvé qu'il y a du sucre dans le sang de la circulation générale, non-seulement chez les animaux en digestion, mais encore chez ceux qui sont privés de nourriture depuis plusieurs semaines.

M. Chauveau ne s'en est pas tenu là. Pensant que si la glycose lymphatique est réellement puisée dans le système capillaire sanguin, tout le sucre du sang artériel ne doit point passer dans le sang veineux, il s'est livré à une série d'analyses minutieuses qui lui ont démontré en effet que la matière glycosique est moins abondante dans le sang des veines que dans celui des artères. Ces analyses lui ont appris, de plus, que le sucre lymphatique ne représente qu'une portion minime de la glycose dont le sang se dépouille pendant son passage à travers le système capillaire.

D'où M. Chauveau conclut que le sucre lymphatique vient du sang, et non pas de la trame des tissus.

Mais la digestion en introduit-elle ? Pour le prouver, M. Bérard argumente de la composition du chyle, lequel se compose :

1° De l'humeur qui est versée dans les radicules des chylifères comme dans les radicules de tous les autres vaisseaux lymphatiques ;

2° De l'humeur que les chylifères puisent dans la cavité des intestins.

Si l'absorption intestinale, suivant M. Bérard, n'introduit pas de glycose dans les chylifères, on ne devrait pas découvrir de sucre dans le chyle, car la première humeur, celle qui, d'après l'opinion combattue par M. Bérard, devrait seule contenir du sucre, est au plus à la seconde comme 1 est à 100. Or MM. Colin et Bérard ont trouvé beaucoup de glycose dans le chyle de leur taureau, chyle puisé dans le gros conduit qui accompagne les vaisseaux mésentériques.

A cette difficulté opposée par M. Bérard, et qui serait grave si le rapport signalé était exact, M. Chauveau objecte l'inexactitude de ce chiffre, ce qui ressort des recherches même que M. Colin a consignées dans son livre de physiologie.

Donc, ajoute M. Chauveau, s'il y a du sucre dans la lymphe intestinale d'un animal à jeun, on doit le découvrir, en proportion à peu près égale, dans cette même lymphe après sa transformation en chyle. Mais MM. Bérard et Colin l'ont trouvé sur leur taureau en quantité supérieure, et l'excédant, selon eux, a dû être fourni par la digestion. M. Chauveau répond qu'au moment de la digestion il y a généralement, dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques, plus de sucre que pendant l'abstinence ; rien de plus naturel dès lors que de trouver la glycose de la lymphe intestinale pure, moins abondante que celle de la lymphe intestinale devenue chyle.

RAPPORTS.

Usage alimentaire de la salicorne herbacée. — M. Chevallier, en son nom et au nom de M. Mélier, lit un rapport officiel sur un mémoire de M. Viau (d'Harfleur), relatif à l'usage alimentaire de la salicorne herbacée (*Salicorna herbacea*). Dans une note soumise par le ministre du commerce et de l'agriculture à l'examen de l'Académie, M. Viau fait connaître :

1° Qu'aux affluents d'eau douce, dans les baies maritimes, les terrains d'alluvion produisent une prodigieuse abondance d'une plante de salicorne herbacée qui peut être employée dans l'alimentation publique ;

2° Que cette plante, cultivée autrefois dans le midi de la France pour la fabrication de la soude, peut à l'époque actuelle augmenter nos ressources alimentaires, puisqu'on peut employer ce végétal en l'amenant à l'état de conserves, conserves qui seront d'un prix peu élevé, puisque la salicorne peut être récoltée en d'immenses quantités, sans qu'on ait eu à s'occuper de sa culture, puisque cette plante peut se reproduire sur tout le littoral et qu'elle se trouve sous la main des classes peu fortunées : marins, pêcheurs, cultivateurs, etc.

Le mode que suit M. Viau pour préparer ses conserves de salicorne, consiste à prendre la plante avant qu'elle soit ligneuse, de la casser par bouts plus ou moins longs, de lui faire subir un bouillon, de l'assaisonner et de la conserver ensuite par le procédé d'Appert.

Après avoir vu des produits préparés par M. Viau, et constaté qu'ils étaient dans un bon état de conservation, que préparés depuis longtemps ils pourraient être servis sur les tables et remplacer les légumes secs dans la saison d'hiver, les commissaires ont fait des recherches dans le but de reconnaître :

1° Si la salicorne était commune en France ; 2° si elle pourrait se transporter des lieux où elle croît dans l'intérieur des terres ; 3° si elle serait appréciée du plus grand nombre de ceux qui en feraient usage ; 4° pendant combien de temps de l'année on pourrait s'en procurer. Il est résulté de ces recherches qu'on trouve dans la Manche, le Calvados, la Seine-Inférieure, la Somme, des quantités immenses de salicorne ; qu'on en trouve aussi, en plus ou moins grandes quantités, partout où un cours d'eau douce vient se jeter dans la mer.

Les commissaires ont fait préparer de la salicorne qu'ils ont fait venir de la Seine-Inférieure, et l'ont fait assaisonner comme on le fait pour les haricots verts ; toutes les personnes qui ont mangé de cette plante l'ont mangée avec plaisir, et ont émis l'opinion qu'on pourrait tirer un très-bon parti d'un produit qui ne demande pas de frais de culture. Une seule personne éprouvait de la répugnance, qu'elle attribuait à l'usage d'un mets qui lui était inconnu.

En résumé, des recherches que les commissaires ont faites, il résulte :

1° Que la salicorne herbacée est un végétal qui mérite de fixer l'attention de l'administration, surtout dans un moment où les produits alimentaires sont à un prix élevé.

2° Que cette plante, récoltée à l'époque de sa végétation, pourrait être utilisée, qu'elle pourrait être employée comme alimentaire, en concurrence avec les légumes que l'on sert sur nos tables ;

3° Que l'administration pourrait, sur le littoral maritime, faire connaître l'utilité de ce végétal en signalant le parti qu'on peut en tirer dans l'alimentation ;

4° Que M. le ministre de la marine pourrait donner des instructions aux chefs des vaisseaux de l'Etat, dans le but de rechercher la salicorne sur les divers points des côtes où les eaux douces se jettent dans la mer.

La commission propose de répondre à M. le ministre que la communication qui lui a été faite par M. Viau mérite non-seulement des remercîments, mais encore qu'elle doit fixer son attention, et qu'il y aurait un grand intérêt à ce que le parti que l'on peut tirer de la salicorne herbacée reçût une très-grande publicité.

Après quelques observations de MM. J. Cloquet, Chatin et Trousseau, qui ne tendent point à modifier les conclusions du rapport, ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Orthopédie physiologique de la main. — M. Bouvier lit, au nom de M. Bérard et au sien, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Duchenne (de Boulogne) intitulé : *Mémoire sur l'orthopédie physiologique de la main.*

On sait, dit M. le rapporteur, que les muscles moteurs de la main peuvent être atteints de paralysies partielles, traumatiques, saturnines, rhumatismales, atrophiques, laissant à peu près intacte l'action des muscles antagonistes de ceux qui sont paralysés. Les mouvements de la main, abolis dans un ou plusieurs sens, perdent alors beaucoup de leur utilité. On a imaginé de suppléer, dans ce cas, les muscles impuissants par des corps élastiques disposés de manière à faire exécuter aux doigts le mouvement dont ils sont privés, tout en cédant aux muscles sains quand le sujet vient à faire agir ces derniers. M. le rapporteur rappelle ici les appareils imaginés autrefois par Delacroix, plus récemment par M. Millet, par M. Rigal (de Gaillac) ; puis il ajoute :

Cependant il restait un dernier point, le plus simple en apparence, le plus difficile peut-être : savoir quelle disposition il fallait donner dans chaque cas particulier aux muscles factices dont se composaient ces appareils, et dont l'action devait remplacer les muscles paralysés. On ne pouvait résoudre ce problème que par un diagnostic précis du siége de l'affection musculaire, diagnostic basé lui-même sur la nature des mouvements abolis, et partant sur la connaissance exacte des effets résultant de la contraction de chaque muscle. M. Duchenne (de Boulogne) a appliqué à la solution de ce problème les données recueillies par ses explorations électro-physiologiques sur les phénomènes de l'action musculaire.

Afin de rendre plus sensible à la vue l'action des muscles de la main, ainsi que les suites de leurs différentes sortes de paralysie, M. Duchenne a adapté au squelette de l'avant-bras tout un appareil musculaire artificiel, à l'aide duquel il démontre le mécanisme des mouvements physiologiques et fait toucher du doigt la cause immédiate de chaque espèce d'impotence musculaire. En relâchant tour à tour les opposants du pouce, les longs extenseurs des doigts, les interosseux, les longs fléchisseurs, tandis que les autres muscles restent tendus, on voit se produire les formes de paralysie correspondantes.

A l'aide de cette analyse physiologique des paralysies de la main, on peut étendre à toutes leurs variétés l'emploi du moyen orthopédique, qui n'avait encore été appliqué que dans la paralysie des extenseurs.

M. le rapporteur décrit ici d'après M. Duchenne les diverses parties dont se composent ses appareils :

1° Le gantelet des extenseurs des doigts ;
2° Le gantelet des extenseurs du poignet ;
3° Le gantelet des interosseux ;
4° Le gantelet des muscles de l'éminence thénar ;
5° Le gantelet des fléchisseurs.

Comment dans toutes ces circonstances, ajoute M. le rapporteur, une force élastique morte, invariable, peut-elle créer un antagonisme semblable, en apparence, à celui qui résultait de l'action vitale du muscle qu'elle remplace ? Il serait difficile de répondre à cette question d'une manière satisfaisante si l'on admettait avec Galien et avec beaucoup de physiologistes modernes que, lorsqu'un mouvement se produit, les muscles qui ne font qu'obéir à ce mouvement, parce que leur action s'exerce dans un sens opposé, sont dans une inaction complète. En effet, si cela était, il arriverait, suivant la juste remarque de M. Duchenne, que, chaque fois que les parties cesseraient de se mouvoir dans le sens des muscles sains, elles seraient entraînées brusquement en sens contraire par les ressorts antagonistes, et qu'au lieu de la précision, de la netteté des mouvements qu'ils procurent, on ne verrait qu'une suite de secousses, de saccades irrégulières qui jetteraient le trouble dans les actes de la volonté. Mais il n'en est point ainsi, parce que la doctrine de Galien est heureusement inexacte.

Mais si l'on en croit quelques auteurs, le principe contraire à celui de Galien, le principe de l'action des antagonistes dans la production des mouvements, est bien autrement général ; il s'étend à la presque universalité des mouvements volontaires.

M. Bouvier cite ici les théories de Winslow, de J. Hunter, de M. Foulhioux (de Lyon), etc. Puis il ajoute :

On se rend aisément compte, dans cette théorie, de l'effet des muscles artificiels. Les muscles naturels, leurs antagonistes, agissent, comme à l'ordinaire, en modérateurs du mouvement, et le règlent lorsqu'il a lieu dans le sens de la force élastique. Telle est aussi l'explication donnée par M. le docteur Duchenne, qui voit, dans les faits qu'il a communiqués à l'Académie, la démonstration de la double action nerveuse qui préside à l'exécution des mouvements volontaires, en provoquant, d'une part, la contraction de certains muscles, et, de l'autre, la contraction simultanée de leurs antagonistes, immédiatement suivie d'un relâchement de ces derniers proportionnel et parallèle à l'action des principaux moteurs, les antagonistes agissant toujours de manière à modérer le mouvement, et à le rendre ainsi plus sûr.

Cette théorie de notre ingénieux confrère, ajoute M. le rapporteur, est plus complète que celle des auteurs précités ; elle est, en outre, appuyée de preuves expérimentales qui manquaient à la théorie de Winslow, et qui nous semblent de nature à effacer enfin l'erreur de Galien de nos traités classiques de physiologie.

En résumé, dit en terminant M. le rapporteur, le travail présenté à l'Académie par M. Duchenne est un pas de plus dans la voie ouverte par les praticiens qui l'ont précédé ; c'est une application importante de ses découvertes électro-physiologiques au soulagement d'une classe d'infirmes trop négligés de la plupart des médecins.

M. le rapporteur propose, en conséquence :

1° D'adresser des remercîments à l'auteur ;

2° De déposer honorablement son mémoire aux archives.

M. J. GUÉRIN. Dans le rapport que l'Académie vient d'entendre, M. Bouvier a soulevé une question de physiologie d'une grande importance, qui peut être examinée indépendamment des applications pratiques dont elle a été le point de départ. Je veux parler de l'action multiple des muscles dans les mouvements des parties. Après avoir rappelé l'opinion des auteurs sur la participation des différents muscles d'un même appareil à l'accomplissement d'un mouvement déterminé, M. Bouvier loue M. Duchenne d'avoir réduit cette action à un simple antagonisme, considérant cette manière de voir comme une simplification et une détermination plus précise et plus rigoureuse de l'action musculaire, désignée par plusieurs auteurs sous le nom d'action synergique. Je regrette de ne pas pouvoir partager l'opinion de M. Duchenne et de M. Bouvier : je regarde, au contraire, cette opinion comme substituant, aux vues de Winslow, de Haller, de Barthez et autres, une détermination arbitraire, systématique et incomplète, à une détermination tenant compte de tous les éléments de ce problème. Contrairement au dichotomisme de MM. Duchenne et Bouvier, ces auteurs ont cru que tous les muscles d'un appareil prennent une part d'association et d'ensemble à la production d'un mouvement, d'une attitude.

Ayant eu occasion d'examiner de plus près cette question physiologique, je suis parvenu à une conclusion très-différente de celle de MM. Bouvier et Duchenne, mais qui me paraît préciser, en la développant, la doctrine de Winslow et Haller.

Pour moi, il y a deux ordres de mouvements distincts par leur nature et leur but : des mouvements *volontaires* ou d'*impulsion* et de *direction* ou *subordonnants*, et des mouvements *involontaires*, *subordonnés* ou d'*accommodation*.

On a un exemple remarquable de ces deux ordres de mouvements lorsque l'œil, porté par la volonté vers l'objet qu'il regarde, s'accommode à l'insu du sujet à la distance de cet objet. Ces deux mouvements, distincts au point de départ, servis par des agents d'un ordre différent, se confondent et se résolvent dans une sorte d'équilibre auquel participent tous les muscles de l'appareil. J'ai pu, dans mes opérations de strabisme et de myopie, analyser et disséquer en quelque sorte cette action complexe. Il n'y a donc point là antagonisme, mais concours synergique et harmonique de tous les muscles, dont la résultante est une forme spéciale fixe de l'organe adaptée à un but déterminé. Ce double fait et ce double mécanisme se répètent dans tous les mouvements du corps.

Indépendamment du mouvement subordonnant ou impulsif, toutes les attitudes, la marche, le saut, la danse, ne s'exécutent qu'à la condition du même concours instinctif et synergique de tous les muscles. Ce n'est donc qu'en amoindrissant et dénaturant les faits qu'on peut réduire les muscles à une pure action d'antagonisme sous prétexte d'en simplifier et perfectionner la théorie.

M. BOUVIER est d'accord avec M. Guérin sur un point et en désaccord sur un autre point. Il est d'accord avec lui sur le fait d'association, de synergie de plusieurs muscles pour la production d'un mouvement déterminé ; mais il cesse de l'être en ce qui concerne l'antagonisme. Il y a ici antagonisme entre certains muscles, comme il y en a eu et il y en aura toujours en tant d'autres choses. (Sourires.)

— L'ordre du jour appelle la discussion sur les anesthésiques.

M. Devergie demande à dire un mot avant que la discussion s'engage.

M. DEVERGIE. On m'a fait dire dans le procès-verbal de l'Académie, comme on l'a fait déjà dans la discussion de mardi dernier, comme on l'a fait aussi depuis dans la presse, que j'attribuais les accidents mortels de l'anesthésie à l'asphyxie. Je tiens à rectifier ce qu'il y a d'inexact dans cette opinion qu'on me prête et qui n'est pas celle que j'ai émise devant l'Académie. Ici M. Devergie cite un passage textuel de son travail, duquel il résulte qu'il a dit que la mort par le chloroforme peut avoir lieu de plusieurs manières, qu'elle peut avoir lieu par asphyxie, etc. ; et que c'est en vue de prémunir les praticiens contre les chances de ce dernier genre de mort, qu'il a recommandé l'usage des appareils.

Après ces explications, la parole est donnée à M. J. Guérin, le premier inscrit.

M. J. GUÉRIN commence une argumentation que l'heure avancée ne lui permet pas de terminer. Nous reproduirons l'argumentation de M. Guérin dans son ensemble, après qu'elle aura été terminée.

La séance est levée à cinq heures.

Le banquet annuel des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris aura lieu le 29 juin. Le prix de la cotisation est fixé à 17 fr. On s'inscrit jusqu'au 25 juin chez l'un des commissaires dont les noms suivent : MM. Warmont et Sirdey, à l'Hôtel-Dieu ; Binet et Labbé, à la Charité ; Gombault et Brongniart, à la Pitié ; Londe et Paris, à Saint-Louis ; Rocques, à Lariboisière ; Sénac, à la Salpêtrière ; Kœchlin, à Sainte-Eugénie, et Genouville à Saint-Antoine. On se réunira au grand hôtel du Louvre, rue de Rivoli, à sept heures.

Le Secré.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du degré de confiance qu'il convient d'attribuer à la réaction du liquide de Barreswil et de la potasse sur les urines sucrées.

On sait quelle ardeur la génération médicale actuelle apporte à l'étude et au perfectionnement de tous les moyens d'exploration capables d'imprimer au diagnostic des affections humorales la précision et l'exactitude qu'offre depuis longtemps le diagnostic de la plupart des affections organiques locales. L'importance clinique qu'a acquise depuis un certain nombre d'années le fait physiologico-pathologique de la glycosurie, donne un intérêt pratique tout particulier à l'étude des procédés propres à en déceler l'existence. C'est sur un point important de cette étude que nous allons appeler un instant l'attention de nos lecteurs.

M. le docteur Béhier, dans une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux, a soumis à ses collègues les résultats d'expériences multipliées qu'il a faites sur ce sujet dans son service de l'hôpital Beaujon, expériences dont le but a été de chercher à déterminer le degré de confiance qu'il convient d'attribuer à la réaction du liquide de Barreswil et de la potasse sur les urines sucrées.

« Plusieurs faits, dit M. Béhier, m'avaient déjà conduit à penser que si on cherchait la présence du sucre dans les urines, non pas seulement chez les malades offrant d'autres signes de diabète, mais plus universellement, et, comme on l'a fait pour l'albumine, abstraction faite des autres symptômes, on trouverait souvent les signes de la présence de ce produit dans la sécrétion urinaire. » Contrôlant les faits énoncés par M. Blot sur la présence du sucre dans l'urine des femmes en couches, et trouvant, soit par la potasse, soit par le liquide de Barreswil, les colorations caractéristiques chez toutes les nouvelles accouchées de son service, M. Béhier résolut de faire la contre-épreuve. Il a examiné à ce point de vue l'urine de 40 malades entrés dans les autres salles pour les maladies les plus diverses.

Voici les résultats de cet examen :

Sur ces 40 malades, l'urine, traitée par la potasse caustique et par l'ébullition, a donné 18 fois une coloration rouge-brun. Cette coloration a été, chez ces 18 malades, analogue de tous points à celle que l'on obtient quand on traite par le même réactif de l'eau dans laquelle on a étendu du pain à chanter préalablement humecté de salive pour y produire une certaine quantité de glycose. Huit autres malades ont offert la coloration jaune-foncé ; 11 la coloration jaune, 3 la coloration jaune-clair.

La coloration jaune-foncé, par une ébullition prolongée, passe au brun rouge ; la coloration jaune au jaune-foncé, et la coloration jaune-clair au jaune.

Par la liqueur de Barreswil récemment préparée et n'offrant préalablement aucun précipité :

Sur 39 malades, 19 ont présenté la coloration rouge-brun que donne le pain à chanter humecté de salive et traité de la même manière ; 3 une coloration rouge-jaunâtre ; 4 une coloration jaune-vert foncé ; 11 une coloration jaune-verdâtre ; 1 une coloration grisâtre : 1 une coloration vert-clair.

Toutes ces colorations reviennent, par une ébullition prolongée, au rouge brun, d'une nuance plus ou moins foncée.

Des expériences semblables, répétées sur l'urine d'un homme bien portant, ont aussi donné des colorations très-marquées par la potasse et par la liqueur de Barreswil.

Ces faits ont conduit naturellement M. Béhier à se poser les questions suivantes :

Ou la potasse et le liquide de Barreswil sont des réactifs infidèles, ou la sécrétion du sucre par les urines est plus fréquente qu'on ne l'a prétendu ; il faudrait dès lors d'autres signes que la coloration de l'urine à l'aide des réactifs en question pour admettre l'existence du diabète véritable.

D'après M. Gubler, qui a eu l'occasion de constater les incertitudes signalées par M. Béhier, il ne faudrait cependant pas en conclure que ces réactifs soient infidèles et sans valeur. Seulement pour leur restituer leur valeur réelle, il importe de connaître les causes de ces incertitudes et les diverses particularités qui peuvent faire illusion et entraîner l'erreur. L'une des principales causes d'erreur est la présence de l'albumine, qui devient quelquefois un obstacle à la réaction de la liqueur cupro-potassique, et masque en partie le sucre.

D'un autre côté la présence de certaines autres matières organiques peut donner lieu à des réactions qui en imposeraient à des yeux peu exercés pour la réaction ordinaire du sucre. De là l'utilité de détruire préalablement, par les moyens chimiques connus, les matières organiques dont on peut soupçonner l'existence, et surtout de prolonger l'ébullition au delà du degré où l'on a l'habitude de la porter. M. Gubler pense qu'à l'aide de ces précautions la solution alcaline du tartrate de bi-oxyde de cuivre peut déceler facilement dans les urines les moindres traces de glycose, mais à la condition qu'on ne s'en tiendra pas uniquement à un changement de coloration quelconque, et qu'on exigera la présence d'un précipité jaune plus ou moins vif, quelle que soit d'ailleurs la nuance de la liqueur, pour reconnaître la présence du sucre. Enfin, M. Gubler insiste surtout sur cette condition essentielle, c'est que lorsqu'on se sert du réactif de Barreswil, ce liquide soit récemment préparé.

Ces moyens et quelques autres du même ordre indiqués par d'autres membres de la Société, supposent malheureusement chez les praticiens une habitude de manipulation chimique qu'ils sont loin de posséder tous. A cause de ce défaut d'habitude, autant que des difficultés réelles de ces explorations, ne serait-il pas préférable de recourir au procédé de la fermentation, plus facile et plus fidèle, sinon plus commode?

D'un autre côté, il reste encore à décider cette question, qui pour quelques médecins, pour M. Béhier notamment, ne semble pas douteuse, savoir si l'urine normale ne renferme pas toujours une certaine quantité de glycose ! Dans ce cas, ce ne serait plus sur la présence absolue de ce principe, mais sur les proportions que reposerait toute la valeur de cette exploration.

Quoi qu'il en soit, les faits exposés devant la Société médicale des hôpitaux par M. Béhier et ceux que plusieurs de ses collègues ont rappelés à cette occasion, tendraient à montrer que le diagnostic de la glycosurie présente des difficultés plus grandes peut-être qu'on ne pense généralement, et contre lesquelles on n'est pas assez en garde.

Cette petite discussion, n'eût-elle que ce résultat de faire sentir la nécessité de nouvelles recherches sur ce sujet, il nous a paru assez important pour le porter à la connaissance de nos lecteurs.

De l'entérite syphilitique secondaire ou exanthème syphilitique de l'intestin.

Dans un mémoire publié en 1854, M. Cullerier a établi l'existence d'une entérite syphilitique qui serait due, d'après ce savant syphiliographe, au développement de gommes sous-muqueuses dans les parois de l'intestin. C'est surtout chez les enfants que paraît avoir été plus particulièrement observée cette forme d'exanthème syphilitique interne, ou plutôt d'énanthème, pour parler plus exactement. L'entérite, suivant M. Cullerier, est tellement fréquente chez les enfants syphilitiques, qu'il n'hésite pas à dire que le plus grand nombre de ces petits êtres, qui n'ont pas été traités, sont enlevés par cette affection. D'après ces premières indications et à l'instigation de cet habile observateur, M. le docteur Pillon a dirigé son attention sur ce point de pathologie syphilitique. Voici les résultats de ses recherches cliniques sur ce sujet, qu'il a consignés dans une très-bonne thèse sur les exanthèmes syphilitiques, thèse à laquelle nous aurons à faire plusieurs emprunts. Bornons-nous pour le moment à ce point très-digne à lui seul d'attention.

Disons tout d'abord, pour mettre les faits que nous allons rapporter à l'abri de toute suspicion d'erreur ou de fausse interprétation, que M. Pillon a eu le soin de bien distinguer l'entérite syphilitique d'avec l'entérite mercurielle, et de n'admettre comme exemples d'entérite syphilitique que des cas dans lesquels les symptômes de la maladie intestinale se sont développés à une époque où aucun traitement mercuriel n'avait encore été entrepris.

Voici, du reste, une observation qui est, comme on en pourra juger, à l'abri de toute méprise de ce genre.

DES IMPRESSIONS MORALES (1).

Mens agitat molem.

Les effets immédiats des impressions morales vives sur l'appareil digestif sont très-nombreux. La digestion s'interrompt quelquefois, et cela est en rapport avec la sécheresse de la muqueuse stomacale et la cessation de la sécrétion du suc gastrique, comme on peut s'en assurer dans les cas de fistule stomacale sur l'homme et sur le chien, lorsqu'on les fait souffrir d'une manière quelconque. L'estomac se contracte et il rejette les matières qu'il renferme dans son intérieur. Il y a indigestion. L'intestin se contracte également et les follicules y jettent des mucosités en telle abondance qu'il en résulte de la diarrhée. L'influence de la peur à cet égard est une chose proverbiale et vraie. C'est à ce point que, dans les épidémies cholériques que nous avons traversées ces dernières années, quantité de personnes ont été sérieusement malades de la peur que leur donnaient quelques-uns des symptômes du choléra, ce que l'on pourrait appeler *cholérophobie*.

. . . .

Dans les glandes, les impressions morales vives produisent des effets immédiats non moins évidents et non moins constants.

Les urines se sécrètent en très-grande quantité et sollicitent par d'impérieux besoins la nécessité de fréquents épanchements.

La bile, devenue tout à coup plus abondante, ne peut couler assez vite dans l'intestin par un conduit toujours excessivement étroit, et, refoulée ou maintenue dans le foie, elle passe dans le sang et forme ces jaunisses ou ces ictères dont le développement rapide étonne toujours le médecin le plus expérimenté.

Les glandes de la sueur inondent la peau d'un liquide froid et visqueux.

Les glandes salivaires cessent quelquefois leur action au moment de la frayeur, et il en résulte une grande sécheresse de la bouche et un embarras prononcé de la parole; au contraire, elles sécrètent une abondante quantité de salive dans la colère ; on dit écumer de rage, et ce dicton est à demi confirmé par l'expérience, qui semble accorder à la salive d'un homme irrité des propriétés virulentes analogues à celles de la bave des animaux enragés. Le Cat dit avoir vu des accidents d'empoisonnement, suivis de mort, se développer chez un individu à la suite de la morsure d'un homme en fureur. On sait que la mère de Malpighi devint hydrophobe pour avoir été mordue par sa fille. Pouteau a rapporté une observation semblable ; mais tous ces faits demandent confirmation.

Les glandes spermatiques sécrètent en abondance chez ceux qu'entraîne violemment l'amour ou qui se livrent à la licence et à la débauche.

Les glandes mammaires sécrètent activement chez les femmes qu'inspire l'amour des enfants, et la sécrétion se tarit ou s'altère au point d'acquérir des qualités nuisibles à l'enfant, chez les femmes en proie à une agitation morale violente. J'ai cité ailleurs (1) l'observation d'une femme qui vit mourir son enfant, bien portant jusque-là, pour lui avoir donné à teter peu après avoir été émue du danger de son mari qu'un soldat avait menacé de son sabre.

La sécrétion du pus et du mucus, leur bonne composition se modifient profondément. Souvent on a vérifié cette assertion de Brambilla (1) que les émotions de la terreur aggravent le mauvais état des plaies et les dispose au sphacèle, tandis que l'espérance facilite leur cicatrisation. Cela dépend de l'altération du sang, qui amoindrit la force réparatrice des tissus, qui arrête le travail de cicatrisation des parties molles et de la consolidation des os. Les plaies dont on pouvait le mieux espérer la réunion par première intention pâlissent, leurs bords se décollent et les suppurations s'éternisent. Quelques chirurgiens disent même que les impressions morales sont de nature à produire l'infection purulente.

La sécrétion de la matière pigmentaire des poils et de la peau peut être arrêtée par les violents chagrins et les grandes frayeurs. Que d'exemples, peut-être exagérés, de personnes dont les cheveux ont blanchi en quelques nuits! Un des plus curieux et des plus dramatiques est celui du chasseur de M. Descuret, que je vais reproduire (2).

En 1839, trois frères, qui vivaient de la chasse des nids d'aigles en Sardaigne, ayant aperçu dans les environs de San Jiovanni et de Domus-Novas un vaste nid d'aigle au fond d'un précipice, résolurent de s'en emparer et tirèrent au sort à qui irait le chercher. Le danger n'était pas seulement dans la possibilité d'une chute de plus de cent pieds, mais encore dans l'agression des oiseaux de proie que pouvait renfermer cet abîme.

Celui des trois frères que le sort avait désigné pour une si périlleuse entreprise était un beau jeune homme d'environ vingt-deux ans, d'une force athlétique et ne reculant jamais devant les difficultés. Ayant donc hardiment mesuré des yeux la profondeur qu'il doit parcourir, il se

(1) Fin. — Voir le numéro du 2 juin.

(1) *Traité pratique des maladies des nouveau-nés*, page 78.

(1) *OEuvres*, Ulcères, t. II, ch. III.
(2) *Médecine des passions*, 1 vol. in-8°.

Un enfant de trois mois est admis avec sa mère à l'hôpital de Lourcine le 15 mai. Cet enfant, faible et chétif, porte sur le ventre et les cuisses de nombreuses taches roséoliques; sur les pieds et les mains des bulles desséchées pemphigoïdes, qui n'avaient cessé de se renouveler depuis la naissance; plusieurs plaques ulcérées sur le scrotum, de nombreuses pustules d'impétigo sur le front et autour du nez, etc. Il est, en outre, depuis vingt-sept jours en proie à une diarrhée abondante, les matières qu'il rend sont liquides, grumeleuses, souvent verdâtres, quelquefois porracées. Son ventre est tendu; la pression y est douloureuse et le sollicite à crier. Il maigrit de jour en jour.

M. Cullerier, d'après les exemples de ce genre qu'il avait déjà eus sous les yeux, présuma qu'il avait affaire ici à une de ces entérites sans ulcération liées à l'existence de la syphilis constitutionnelle, et non point, comme on aurait pu être porté à le croire, à une entérite cachectique, due à une alimentation vicieuse ou insuffisante. Il prescrivit, en conséquence, le traitement ordinaire de la syphilis des nouveau-nés : frictions mercurielles sur le thorax, bains de sublimé tous les trois jours, auquel il fit joindre seulement de petits lavements amidonnés deux fois par jour et des cataplasmes sur le ventre.

Ce traitement fut commencé le 16 mai. Le 22, il n'y avait pas encore grand changement; pourtant l'enfant paraissait déjà un peu moins souffrant et tetait mieux. A partir de ce jour, le flux intestinal diminua graduellement, l'enfant reprenait un peu, son appétit se maintenait. Des cautérisations sur les tubercules ulcérés et l'usage continué des bains, modifièrent aussi les manifestations cutanées.

Le 30 mai, quatorzième jour du traitement, les selles avaient repris de la consistance et leur couleur normale.

Le 13 juin, toute manifestation avait disparu. On continua néanmoins le traitement; l'enfant reprenait des forces de jour en jour, il tetait et buvait parfaitement.

La mère l'emmena le 19, s'engageant à lui continuer des soins au dehors.

Plus rare chez l'adulte, l'entérite syphilitique n'y est cependant pas sans exemple; mais on comprend que par l'obscurité de ses signes et l'incertitude de sa liaison bien établie avec la diathèse syphilitique, elle ait dû passer souvent inaperçue. En voici un exemple recueilli par M. Pillon, qui ne nous paraît pas récusable.

Une jeune femme de vingt ans entre à l'hôpital de Lourcine, atteinte d'une affection syphilitique dont le début remonte à deux mois et demi environ. On constate chez elle une vaginite intense, des plaques muqueuses vulvaires, des ganglions inguinaux développés, une roséole générale sur laquelle tranche une syphilide papuleuse commençante. La gorge est le siége d'une rougeur uniforme, avec sécheresse douloureuse et difficulté de déglutition, sans élevures ni ulcérations; pas de ganglions appréciables de la région cervicale postérieure. Cette femme, très-souffrante d'ailleurs, raconte que depuis huit jours environ, elle a perdu l'appétit, et qu'elle n'a pas cessé d'être tourmentée d'un dévoiement qui l'affaiblit beaucoup. Elle n'a suivi aucun traitement. — Son ventre est uniformément tendu, douloureux presque en tous ses points; elle a dans les vingt-quatre heures de 10 à 12 selles aqueuses, souvent incolores, avec un léger degré de ténesme. La diète, l'eau de riz avec le sirop de coings, les lavements amidonnés et laudanisés modifient peu cet état.

Le septième jour de son entrée à l'hôpital, la malade a encore de six à neuf selles par jour, et son ventre est encore douloureux. Le traitement spécifique, retardé jusqu'alors dans la crainte de la complication d'un état aigu, est institué malgré la diarrhée.

Les 14 et 15 juillet, le dévoiement n'a pas augmenté, malgré les pilules hydrargyriques. Le 20, il est notablement diminué. Le 24, il est complétement tari et le ventre cesse d'être douloureux. On commence à alimenter la malade, dont l'état, à dater de ce moment, s'améliore de plus en plus.

En présence de cet ensemble de symptômes syphilitiques secondaires si bien caractérisés, de cette généralisation de la forme exanthématique qui s'est manifestée sous des formes multipliées; en présence surtout de l'inefficacité des moyens opposés d'abord à l'affection intestinale et des bons effets de la médication mercurielle, il ne paraît pas possible de méconnaître la nature syphilitique de l'entérite, et son assimilation avec les exanthèmes cutanés et pharyngiens. C'est là certainement un des exemples les mieux caractérisés et les plus manifestes de ce que l'on peut appeler, avec M. Pillon, l'entérite spécifique, secondaire, par opposition à l'entérite tertiaire de M. Cullerier.

Il importe que les faits de ce genre soient connus et qu'on sache qu'une entérite survenant pendant le cours de la période secondaire de la syphilis et liée aux évolutions naturelles de cette affection, loin d'exclure la médication spécifique, ne cède au contraire qu'à l'influence de cette médication. Mais on comprendra, toutefois, combien à défaut de signes directs, précis, indiquant la nature scientifique de cette entérite, il faut apporter de prudence dans l'administration du traitement qui est, dans ce cas, le seul moyen de vérification, la pierre de touche du diagnostic.

De l'huile de chènevis comme moyen de supprimer la sécrétion lactée.

Il y a quelque temps, on a beaucoup vanté en Belgique l'huile de chènevis en applications sur les seins des nouvelles accouchées, comme moyen de suspendre rapidement et efficacement la sécrétion lactée. Tel était, disait-on, l'effet de cette substance qu'elle pouvait déterminer l'affaissement des seins dans l'espace de quelques heures. Aussi recommandait-on la prudence dans son emploi de crainte d'une suppression lactée trop rapide.

Ayant dans ses attributions à l'Hôtel-Dieu un service de femmes en couches composé de 34 lits, M. le docteur Legroux a voulu s'assurer si l'huile indiquée possédait bien les propriétés merveilleuses qui lui étaient attribuées par nos voisins.

Il a demandé à la pharmacie centrale des hôpitaux de l'huile de chènevis préparée à froid. Il s'en est d'ailleurs procuré d'autre à la pharmacie de M. Dorvault. Ces huiles étaient un peu verdâtres et avaient bien l'odeur spécifique de la plante qui les fournit. On ne pouvait douter qu'elles n'eussent été préparées avec le plus grand soin.

Ayant à sa disposition le médicament, voici comment M. Legroux a expérimenté :

Sur quelques femmes, qui n'allaitaient pas ou qui sevraient leurs enfants après six à huit jours d'allaitement, il a fait enduire toutes les deux heures les seins plus ou moins tuméfiés avec cette huile tiédie. Après l'onction, on les recouvrait de cardes de ouate. Sur d'autres malades, il faisait la même opération avec de l'huile d'amandes douces. Des deux côtés, le dégorgement des seins s'opéra avec une lenteur égale.

M. Legroux fit ensuite une seconde série d'expériences. Employant sur la même femme l'huile de chènevis sur un sein, celle d'amandes douces sur l'autre, le dégorgement de ces organes mit encore le même temps à se faire, quel que fût le topique employé.

Il était évident, d'après cela, que l'huile de chènevis n'avait pas d'autres propriétés que les autres huiles; seulement elle était fort désagréable par son odeur.

M. Legroux a enfin substitué à l'huile de chènevis un liniment composé d'huile d'amandes douces tenant en solution un huitième d'extrait de chanvre indien; il n'a pas obtenu plus de résultats.

L'huile d'amandes douces camphrée, dont il fait habituellement usage, lui paraît encore le meilleur topique comme corps gras doué de propriétés légèrement résolutives.

TUMEUR FONGUEUSE DE LA DURE-MÈRE AYANT PERFORÉ LE CRANE et couvrant toute la fosse temporale. Ablation incomplète (1).

Par M. Parise, professeur à l'École secondaire de Lille.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans, bien portant d'ailleurs, sur lequel une tumeur de la dure-mère a perforé les os du crâne, et que M. Parise a enlevée incomplétement. La tumeur est de mauvaise nature; elle conduira certainement le malade à une fin prochaine; mais la gravité de l'opération, qui seule pourrait amener une cure radicale, est telle qu'il est à craindre qu'au lieu de sauver le malade, elle n'abrége encore ses jours.

Cette tumeur, dont l'apparition remonte à quatre mois, offre ceci de remarquable, que l'examen le plus attentif n'a pu faire reconnaître de cause appréciable. Elle se serait montrée subitement dans une nuit, sans même avoir été précédée de céphalalgie, d'étourdissements, d'insomnies ou de douleurs névralgiques; aucun trouble du côté de la vue, de l'ouïe ou du goût ne s'est manifesté, pas plus que dans la sensibilité et la motilité de la face ou des membres. Dans les quinze derniers jours seulement, des douleurs lancinantes très-vives auraient commencé à se faire sentir le jour et la nuit, et un amaigrissement général se serait manifesté.

Lorsque, le 2 mai, Charles L. B..., qui était adressé à M. Parise par le docteur Henry, entra à l'hôpital, notre collègue observa ce qui suit :

Une tumeur du volume du poing occupe la fosse temporale gauche, qu'elle tend à dépasser en arrière et en bas, vers le conduit auditif. Le cuir chevelu qui la couvre est tendu, aminci mais sain; il en est de même du tissu cellulo-graisseux sous-jacent. La surface est assez régulière; elle est rénitente et donne la sensation d'une fluctuation obscure, telle qu'on l'observe dans certains kystes très-tendus. Il n'y a aucune apparence d'expansion, de soulèvement ou de battements, sauf les battements de l'artère temporale, dont les deux branches rampent à la surface de la tumeur. Comprimée en totalité avec la paume de la main, fortement et pendant un temps assez long, elle ne s'affaisse pas; aucune douleur, aucun accident du côté du cerveau n'en résultent. Elle est dépressible lorsque la compression n'est exercée que dans un point limité, ce qui lui donne une certaine apparence de mobilité. Bien qu'elle soit intimement fixée dans la loge du muscle temporal, les mouvements de la mâchoire inférieure ne sont pas gênés. Deux ponctions exploratrices furent faites à un mois de distance; la première fois, le trocart pénétra au milieu de la tumeur dans un tissu mou, et ne donna issue qu'à du sang rouge; la seconde fois, l'instrument, plongé plus en arrière, entra dans une cavité à compartiments multiples : il en sortit un liquide rouge clair moins foncé que du sang.

La tumeur diminua de volume, mais le lendemain le kyste s'était de nouveau rempli. Il n'y avait pas de ganglions engorgés dans les régions voisines.

M. Parise pensa qu'il avait affaire à une tumeur probablement cancéreuse, ou tout au moins fibro-plastique ou myélo-kystique (H. Gray), ayant débuté par le périoste ou le diploé, mais ne pénétrant pas dans la cavité du crâne, et en conséquence il se décida à pratiquer une opération dont le but était d'enlever la tumeur et les portions d'os malades, en respectant la dure-mère. L'opération fut pratiquée le 4 mai 1857, et ce fut alors qu'il acquit la conviction que la tumeur ne provenait pas des os, mais bien de la dure-mère, et qu'elle n'avait fait saillie au dehors qu'après avoir perforé le crâne. Notre collègue termina cette opération, qui avait été longue et délicate, par une cautérisation avec le fer rouge sur toute la surface d'implantation, non pour détruire ce qui restait de la tumeur, mais pour arrêter l'écoulement de sang.

Je passe sous silence le journal de la maladie depuis l'opération pour arriver à quelques points indispensables à connaître pour répondre aux questions de notre collègue. L'ouverture du crâne qui a livré passage à la tumeur est ovalaire, offrant de 60 à 65 millimètres de diamètre, les bords irréguliers sont amincis au niveau de la table interne et semblent nécrosés. Le stylet pénètre de 12 à 20 millimètres entre les os et la dure-mère. Les limites de la dénudation du périoste n'ont pas moins de 8 à 10 centimètres.

Comme il importe de préciser les limites inférieures de la perforation, j'ajouterai que son axe vertical prolongé tomberait sur la racine

(1) Observation lue à la Société de chirurgie.

---

ceint d'une corde à gros nœuds que ses frères se chargent d'abaisser ou de bisser à volonté; puis, muni d'un sabre bien affilé, il descend dans le précipice, et arrive heureusement jusqu'à l'interstice qui recèle le nid, objet de tant de vœux. Ce nid contient quatre aiglons à plumage isabelle-clair : c'est un trésor pour le jeune montagnard, et son cœur palpite de joie à la vue d'un si riche butin; mais le plus difficile n'est pas accompli, il faut remonter avec cette proie, et c'est là surtout que se trouve le péril. Déjà la voix du chasseur a retenti joyeusement dans les cavités sonores du précipice, déjà la corde se meut dans un mouvement ascensionnel, lorsque tout à coup il se voit assailli par deux aigles énormes qu'il reconnaît, à leur fureur, à leurs cris, pour le père et la mère des petits dont il s'est emparé. Alors s'engage une lutte épouvantable : le sabre dont il se sert avec une grande dextérité suffit à peine pour le garantir de leurs coups; pour comble de maux, la corde qui le soutient au-dessus des profondeurs de l'abîme est soudain ébranlée par un choc violent : le malheureux lève les yeux, et s'aperçoit que dans ses évolutions multipliées le tranchant de son sabre a coupé une partie de cette corde; comprenant alors l'immensité de son danger, il demeure un instant immobile de frayeur; un frisson glacial parcourt tout son corps, et l'on conçoit à peine comment, en proie à une telle émotion, il eut la force de continuer à se défendre. Cependant la corde monte toujours, et des voix amies l'encouragent; mais il est hors d'état de leur répondre, et, quand il atteint le bord du précipice avec le nid d'aigle qu'il n'a pas abandonné, ses cheveux, auparavant d'un beau noir, sont devenus si blancs qu'il en est méconnaissable.

Il y a des faits encore plus extraordinaires.

J'ai vu à la Société de biologie, en 1854, la photographie d'un nègre blanchi par la peur. Cet homme, âgé de seize ans, fut si effrayé par un chien qui sauta sur lui par derrière pour le mordre que ses cheveux blanchirent en quelques jours, puis successivement la peau du corps, de manière à ne laisser que de petites taches noires sur le visage au bout de deux ans.

Dans le cours des maladies, les impressions morales dépressives ou excitatives sont souvent fâcheuses. Elles ont pour résultat immédiat des phénomènes convulsifs ou des indigestions, le redoublement de la fièvre et l'apparition des phénomènes ataxiques, qui entraînent la mort, ou, si le malade est en convalescence, des rechutes qui prolongent et aggravent singulièrement son mal.

Dans l'état puerpéral, à l'époque de la menstruation, au moment du travail de la puberté chez les jeunes filles, à l'âge de la ménopause, les impressions morales ont une plus grande influence qu'aux autres époques de la vie des femmes, car elles troublent souvent le travail régulier de la nature, suppriment ou augmentent les sécrétions, altèrent les humeurs, frappent d'atonie les tissus, les organes, et favorisent la production d'un très-grand nombre de maladies. Elles sont souvent la cause des hémorrhagies utérines, de l'invasion des fièvres puerpérales, de la phlébite, de la manie puerpérale, de la chlorose et des accidents qui en résultent, etc., etc.

L'influence éloignée des impressions morales sur l'organisme est plus difficile à déterminer, car d'autres causes viennent souvent compliquer ce problème étiologique, et on ne peut toujours discerner ce qui est la conséquence du trouble moral de ce qui résulte des influences physiques. Néanmoins, sans procéder légèrement, sans faire d'hypothèses, en se laissant guider par les faits autant que par la raison, on arrive à des conclusions nettes et incontestables en faveur de l'influence morbifique éloignée des impressions morales.

Ici, ce sont les impressions morales dépressives qui sont surtout en cause, et le chagrin, la tristesse, la crainte, quelle qu'en soit l'origine; les impressions qui résultent de la jalousie, de la haine, de l'envie, de l'ambition déçue, etc., modifient trop profondément aux yeux des plus ignorants, le caractère, les habitudes, les tempéraments, les fonctions, pour n'avoir pas d'action sur le développement des maladies. Par l'intermédiaire du système nerveux central ou du système nerveux des organes, elles modifient la digestion, la nutrition et secondairement les fonctions du cerveau, des poumons, du cœur et de tous les principaux organes, comme je vais essayer de l'établir à l'aide de quelques exemples.

Que d'individus livrés à la débauche, redoutant les suites de leurs excès, et qui se gravent dans l'esprit l'image des maux dont ils se croient menacés, à ce point que leurs craintes finissent par les rendre malades! Leur nombre est considérable, et chaque jour, parmi ces hommes usés avant l'âge, on en voit qui viennent fatiguer le médecin de leurs doléances sur la consomption dorsale, sur des palpitations ou sur d'autres maux imaginaires. C'est chez eux qu'on observe l'état caractérisé par Weikard par le nom de *phthisie imaginaire*, triste mélange de terreurs morales et de maux physiques nés de ces terreurs mêmes (1).

Chacun sait aussi que des étudiants en médecine, au début de leur carrière, en proie à la crainte des maladies du cœur, se sont donné des palpitations très-violentes, avec dilatation des ventricules, et ont offert à Corvisart quelques-uns de ces exemples d'anévrismes actifs engendrés par des impressions morales. Produits de l'imagination égarée par la lecture des traités de médecine et par les leçons de la clinique, ces anévrismes disparaissent par le repos moral, les toniques et une connaissance plus grande des éléments de la science.

(1) *Hygiène morale*, Feuchtersleben, *loc. cit.*, p. 31.

transversale de l'apophyse zygomatique. Son bord inférieur est voisin du bord supérieur de l'arcade zygomatique, dont il ne dépasse le niveau que de 4 à 5 millimètres. Il n'y a presque pas de dénudation dans ce point.

La base de la tumeur adhérente à la dure-mère présente les mouvements d'expansion et de retrait du cerveau isochrones aux pulsations artérielles. On remarque dans cet endroit quelques portions de kystes dont la plus grande partie a été enlevée, sur le bord antérieur de l'ouverture s'élève une petite tumeur dont l'accroissement est rapide.

La tumeur enlevée a promptement changé de forme et de volume, étant composée de kystes cloisonnés, dont quelques-uns communiquent ensemble. Quelques-uns sont assez volumineux pour loger une noix. Leurs parois sont lisses, assez épaisses, elles contiennent un liquide sanguinolent, plus une partie solide formant des noyaux mous, vasculaires, ayant l'aspect de certaines variétés d'encéphaloïdes. Le microscope a fait voir des globules analogues à ceux que l'on trouve dans le tissu fibro-plastique, et des grandes cellules renfermant plusieurs globules, ressemblant à ce qui a été dessiné par M. H. Gray. M. Broca ayant du reste reçu la pièce pathologique, pourrait donner sur ce sujet quelques renseignements.

Notre collègue, en présence d'une affection aussi grave, qui ne peut manquer d'amener promptement la mort, se demande s'il faut agir ou s'il faut renoncer à toute tentative opératoire. Dans le cas où l'on se prononcerait pour une opération, M. Parise ne se dissimule pas les difficultés et les conséquences graves.

Ainsi, pour ce qui est de l'opération en elle-même, si on considère que la perforation du crâne touche presque à la racine de l'apophyse zygomatique et qu'elle n'est pas entièrement dénudée, il sera possible une fois, la perforation agrandie dans les autres sens, par le trépan d'enlever toute la portion osseuse malade avec les pinces ostéotomes. Si cette ablation n'était pas suffisante, il y aurait lieu d'enlever l'apophyse zygomatique avec sa racine transverse et la cavité glénoïde. De la sorte on pourrait conserver une sorte d'articulation pour le condyle, en le laissant couvert de son ménisque.

Ce qui semble le plus grave à M. Parise, c'est l'ouverture de la cavité arachnoïdienne dans une large étendue; n'est-il pas à craindre que l'air et le pus ne s'insinuent peu à peu jusqu'à la base du cerveau, entraînés par le mouvement alternatif de soulèvement et de retrait de la masse encéphalique, et qu'il n'en résulte une inflammation générale.

C'est pour prévenir ce danger que notre collègue s'est demandé si on ne pourrait pas mettre l'opéré dans des chances beaucoup plus favorables en cherchant à produire préalablement des adhérences. Il ne se dissimule pas qu'il y a peut-être plus de difficultés à obtenir des adhérences préalables dans l'arachnoïde que dans les autres séreuses. Quelques faits qu'il a observés lui ont semblé prouver que la formation plastique se limite souvent à la surface de la dure-mère, s'y accole et laisse libre la cavité de l'arachnoïde; mais ces faits ne peuvent être considérés comme l'expression d'une loi générale, puisque d'autres observations montrent des adhérences réelles entre les deux surfaces. Maintenant, si on objecte que l'inflammation provoquée pourra se généraliser, et que dans le cas même où elle resterait partielle, elle ne serait pas exempte de dangers, on peut répondre que l'inflammation partielle est inévitable dans le procédé ancien, et que la généralisation est presque forcée.

Voici le procédé que M. Parise propose, et sur lequel il demande l'avis de la Société :

1° Enever tout autour de la perforation une zone osseuse de 1 à 2 centimètres, afin d'avoir à découvert une zone correspondante de la dure-mère saine;

2° Appliquer sur la dure-mère, autour de la base de la tumeur, une pâte caustique coagulante (la pâte de chlorure de zinc) et l'y laisser assez de temps pour que la membrane fibreuse soit en partie seulement attaquée, revenir à une nouvelle application du caustique les jours suivants, si la première application n'a pas été suffisante;

3° Lorsque l'on supposera que les adhérences sont établies, détacher la tumeur avec précaution.

ANOMALIE DES SITUATIONS DU REIN GAUCHE.

Par M. le docteur AUBÉ.

De toutes les glandes de l'économie, les reins sont celles qui présentent le plus fréquemment des anomalies de nombre ou de position. Certains déplacements peuvent être l'effet de maladies des organes voisins ou de maladies des reins eux-mêmes, soit qu'ils présentent une dégénérescence, soit qu'ils contiennent, par exemple, un assez grand nombre de pierres pour porter leur poids à une livre et plus; mais d'autres sont congénitaux, et semblent affecter de préférence le rein gauche.

Une jeune fille de douze ans ayant succombé à une méningite tuberculeuse dans le service de M. Leudet fils à l'Hôtel-Dieu de Rouen, nous trouvâmes le rein droit sain à sa place, ainsi que la capsule surrénale gauche; mais le rein gauche était couché sur la colonne vertébrale immédiatement au-dessus de l'angle sacro-vertébral, et comme encadré entre les deux divisions de l'aorte abdominale; le bord concave regardait directement en bas.

Un peu aplati d'avant en arrière, il avait sa face antérieure divisée en trois parties par deux dépressions servant à loger le trajet de deux artères venant l'une de l'iliaque primitive, l'autre de l'hypogastrique.

Une troisième artère venait de l'aorte, un peu au-dessus de la bifurcation, et se rendait comme les autres dans le rein, d'où émergeaient l'uretère et une seule veine.

Les *Mémoires de la Société de médecine* (tome X, page 66) contiennent un fait analogue. L'organe déplacé siégeait dans l'intervalle de la bifurcation de l'aorte, et appartenait au cadavre d'un homme de cinquante ans. Dans un autre exemple cité par Pacoud, le rein gauche était placé dans l'excavation du petit bassin, derrière la vessie, à côté de l'intestin rectum qui s'était porté un peu à droite, et devant la partie antérieure du sacrum; il était comme triangulaire, donnait naissance à une seule veine, et recevait également trois artères. (*Bulletins de la Soc. de méd. de Rouen.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 mai 1857. — Présidence de M. CHASSAIGNAC.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Anévrysme artérioso-veineux de la cuisse. — M. LARREY présente un malade auquel il a fait allusion dans une précédente séance, comme atteint d'un anévrysme considérable de l'artère fémorale, et il en relate l'observation, avec les détails nécessaires, d'après les renseignements que lui a adressés d'abord M. le docteur Picard (de Joigny), et d'après les notes recueillies ensuite par M. Lhonneur, aide de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce.

N...., âgé de vingt-trois ans, maréchal des logis au 12e régiment de chasseurs à cheval, en garnison à Joigny, est blessé à la cuisse droite, le 29 juin 1856, dans un duel au sabre. Le coup, porté de bas en haut, fait pénétrer la lame un peu au-dessus du tiers moyen de la cuisse, de dehors en dedans, à une assez grande profondeur, mais sans traverser le membre de part en part. Le blessé tombe, et découvrant sa cuisse, il voit sortir par la plaie un jet de sang non saccadé, mais continu, en arcade, qu'il compare, avec intelligence, au jet de sang d'une forte saignée. Cette hémorrhagie s'arrête facilement par une simple compression à l'aide d'un mouchoir, et lorsque, dix minutes après, le médecin du régiment visite la blessure, le sang ne reparaît pas. Des compresses mouillées dans l'eau blanche, et maintenues par une bande roulée, forment le seul pansement immédiat.

Mais le jour même ce simple bandage doit être enlevé, à cause d'un gonflement survenu très-vite dans l'étendue de la cuisse, avec engourdissement douloureux du membre, et autant d'impossibilité à le remuer que si le fémur avait été fracturé.

Placé à l'infirmerie, le blessé reste au lit quinze jours, pendant lesquels des pansements simples, une position convenable et le repos absolu favorisent à la fois la cicatrisation de la plaie et la disparition presque complète du gonflement. Il ne reste, au dire de N...., qu'une petite grosseur du volume d'un œuf sur la partie interne du tiers supérieur de la cuisse. La pression exercée sur cette tumeur n'y fait constater d'abord aucun phénomène spécial. Sa consistance est plutôt un peu dure que molle; elle n'est ni dépressible ni pulsatile, et ne détermine aucune douleur au toucher, aucune gêne dans les mouvements, à tel point qu'elle permet la marche, même assez prolongée, sans amener de fatigue, mais en provoquant toutefois un peu d'engourdissement dans le membre. La nature de la tumeur reste ainsi méconnue jusqu'à la fin de juillet.

Le 4 août néanmoins, le docteur Roustans, aide-major du régiment, reconnaît, par une nouvelle exploration, les signes d'un anévrysme et fait entrer le malade à l'hôpital de Joigny, dont le service médical est dirigé par M. Picard, l'un des praticiens les plus distingués de la province. Notre honorable confrère, en examinant la tumeur, y constate à peu près tous les caractères qu'elle présente encore aujourd'hui; siégeant au tiers supérieur de la cuisse, qu'elle circonscrit assez nettement en dehors, en avant et en dedans, cette tumeur semble bilobée ou divisée en deux parties par un sillon vertical. Elle révèle au toucher des battements artériels imperceptibles à la vue, et à l'auscultation un bruit de souffle très-intense, ainsi qu'un susurrus très-prononcé à deux pouces et demi environ au-dessous du ligament de Fallope. Nul doute, par conséquent, sur la nature anévrysmatique de la tumeur.

Mais avant de prendre un parti décisif ou de tenter une opération chirurgicale, notre confrère se contente d'abord de moyens simples, tels que l'application de compresses imbibées d'une solution de perchlorure de fer. Ce topique est continué pendant vingt-huit jours sans succès.

M. Picard, ayant été interne de notre excellent et regrettable maître M. Roux, lui avait entendu préconiser si souvent la méthode de Hunter ou plutôt d'Anel, que, malgré la position élevée de la blessure de l'artère, il se décide pour cette méthode, avec d'autant plus de préférence à une autre, que, sentant un caillot assez volumineux et dur dans la partie antérieure de la tumeur, il espère que ce caillot pourra servir de noyau à la coagulation du sang dans le reste de l'anévrysme.

L'opération pratiquée le 2 septembre n'offre point, selon notre confrère, de particularité notable. L'artère fémorale, mise à découvert à un pouce et demi au-dessous du ligament de Fallope, présente cependant ceci de singulier, c'est que son calibre n'est pas sensiblement plus fort que celui de l'artère brachiale. La ligature est faite avec un fil ciré en quatre. Un pansement simple et les soins secondaires usités en pareil cas sont appliqués avec soin. Mais dans l'après-midi une légère hémorrhagie nécessite la levée de l'appareil; le sang semble sortir d'une artériole qui ne peut être saisie. Un faible tamponnement avec des bourdonnets de charpie suffit toutefois pour arrêter cette hémorrhagie.

Le soir, peu ou point de douleur; le membre conserve sa chaleur. Prescription d'une potion avec le sirop de digitale. Un peu d'oppression survient.

Le lendemain de l'opération, point d'hémorrhagie, point de douleur; 100 pulsations; on entend le bruit de souffle dans les deux lobes de la tumeur presque aussi fortement qu'avant la ligature; mais on ne sent plus le pouls de la pédieuse, lequel pourtant était très-distinct avant la ligature.

Le surlendemain, M. Picard cherche en vain le bruit de piaulement qui était très-perceptible avant l'opération; le pouls est à 76; le membre reste chaud; mais il y a un peu de douleur dans la jambe; les battements artériels ont augmenté de force au-dessus de la ligature.

Le 6, bon aspect de la plaie; affaissement de la partie interne de la tumeur; bruit de souffle à peine sensible.

Du 7 au 15, rien de notable; état satisfaisant de la plaie; battements au-dessus, mais non au-dessous de la ligature; la circonférence de la cuisse au niveau de la tumeur, mesurant 55 centimètres avant l'opération, n'a diminué que de 1 centimètre.

Du 16 au 28, application de la glace presque en permanence à l'aide de sachets en caoutchouc; saignée du bras le 18; chute de la ligature le 22, avec élimination d'un détritus des tuniques artérielles, prouvant que la constriction a été suffisante.

Au commencement d'octobre, la cicatrice est parfaite. La compression est alors essayée, sur la tumeur d'abord, au moyen de cônes d'agaric et de tours de bande, puis au-dessus à l'aide du tourniquet appliqué sur l'artère dans le pli de l'aine. Le malade supporte difficilement cette compression, qui suffit toutefois déjà pour diminuer de 4 centimètres la circonférence de la cuisse au niveau de la tumeur; mais le bruit de souffle persiste encore en novembre, et ne cesse plus.

M. Picard se propose de faire une nouvelle opération en décembre; mais le malade, inquiet et indocile, s'y refuse, et est évacué de l'hôpital de Joigny sur le Val-de-Grâce, où il entre le 24 janvier 1857.

Les impressions morales dépressives longtemps prolongées exercent leur action sur tous les appareils organiques et portent le trouble dans toutes leurs fonctions.

La respiration est moins complète, l'hématose moins active et modifiée dans sa nature. D'après Proust, l'exhalation carbonique par les voies respiratoires augmente sous l'influence des impressions joyeuses et diminue par la tristesse, l'inquiétude et toutes les impressions des passions dépressives. C'est ainsi que le chagrin, l'envie, l'ambition déçue, etc., produisent la pâleur, l'amaigrissement, l'anémie et tout ce qui résulte de l'altération du sang et des humeurs émanées du sang.

La transpiration cutanée augmente chez les individus longtemps soumis aux impressions morales excitatrices; elle diminue chez tous ceux que dominent les impressions morales dépressives. Les hypochondriaques et beaucoup d'aliénés ont la peau sèche et transpirent difficilement.

Les fonctions de l'estomac se dérangent, les fluides sécrétés par les follicules et par le foie perdent leurs qualités, n'aidant plus à la digestion comme il convient de le faire, et au bout de quelques jours, la nutrition s'altère, le mouvement de récorporation est moins rapide, le sang s'appauvrit et il en résulte un état de faiblesse et de langueur très-marqué, au milieu d'accidents nerveux les plus bizarres. La dyspepsie est le premier phénomène auquel succèdent la cacochymie et l'état chloro-anémique, avec les troubles de la circulation, les névralgies, les névroses, l'hypochondrie, la monomanie du suicide et la démence.

La sécrétion du foie, altérée dans sa composition, augmentée ou retenue dans ses réservoirs, modifie la nutrition de cet organe, favorise les obstructions des canaux biliaires, la formation des calculs, la colique hépatique, l'hypertrophie, l'induration et les dégénérescences des granulations hépatiques.

A des degrés divers, et sous des formes variables, les impressions tristes ou dépressives longtemps continuées produisent ces mêmes résultats. Leur empreinte reste sur le visage, principalement chez l'homme, et on la reconnaît à une certaine coloration jaunâtre de la face, à l'expression des yeux, au sillon qui les entoure, aux plis nasal et labial, qui allongent les traits et pincent les commissures des lèvres. Que d'individus, d'artistes, de confrères même n'ai-je pas vu dépérir et dessécher d'envie, de jalousie, de haine, devant les succès et la vogue du talent d'autrui! Que ne puis-je dévoiler leurs noms comme un juste châtiment de tant de perversité! Chez tous ces individus, la faiblesse musculaire devient extrême, l'hématose est modifiée, la nutrition est imparfaite, la constipation permanente, la fièvre quotidienne, et, constamment placés sur les limites de la santé, ils souffrent sans pouvoir localiser leur mal. Ils sont sous l'imminence d'affections générales graves, qu'une cause occasionnelle peut facilement faire éclater; c'est alors aussi que les vertiges, la folie, le cancer et les tubercules se développent avec une extrême facilité.

Lorsque des passions dépressives ont, avec le temps, déterminé l'atonie des organes, avec ou sans faiblesse de la nutrition et altération du sang, les tissus sont merveilleusement disposés au développement des productions tuberculeuses et cancéreuses; c'est ainsi qu'il faut expliquer l'apparition de la phthisie pulmonaire ou du cancer de l'estomac, du foie, de l'utérus et des autres organes chez les personnes qui se sont trouvées dans ces circonstances. Ce n'est pas le chagrin, comme le disent les esprits à courte portée, qui a développé le cancer; mais il a produit une atonie organique, telle que, la dyspepsie et l'hydrémie venant à se produire, elles engendrent la disposition générale au cancérisme, au scrofulisme, nécessaires au développement des productions morbides correspondantes.

Les troubles du système nerveux réagissent sur l'appareil circulatoire et digestif, dérangent la nutrition, l'hématose, la calorification et l'ensemble des fonctions vitales : c'est une porte ouverte à tous les maux, et, avec cette prédisposition générale, la moindre cause occasionnelle, les idiosyncrasies acquises ou héréditaires, certaines prédominances organiques viennent les fixer dans un organe ou dans un tissu déterminé de préférence à un autre.

En résumé, les impressions morales jouent un grand rôle dans la production immédiate ou éloignée des maladies, *mens agitat molem*. Leur influence sur l'innervation, la circulation, l'hématose, les différentes sécrétions dans l'état normal, montre jusqu'où peut s'étendre leur puissance morbifique.

Les impressions morales ont une double influence sur l'économie, comme les passions dépressives et expansives, dont elles relèvent directement.

Toutes agissent par l'intermédiaire du système nerveux et par action réflexe sur le sang, les humeurs, les tissus et les différents appareils dont les fonctions sont plus ou moins profondément troublées.

Aux impressions morales dépressives correspondent l'indigestion, la dyspepsie, la chloro-anémie, l'hypochondrie, la démence, les maladies du foie, le typhisme, le scrofulisme, le cancérisme, les maladies du cœur, etc; aux impressions morales expansives, les apoplexies, la syncope et la mort.

Aux impressions morales vives, quelle que soit leur nature, les paralysies, les convulsions, l'épilepsie, l'hydrophobie, la chlérophobie, les altérations du sang, l'hydrémie, la cholémie, l'aglobulie, etc., etc.

Nous constatons, à son arrivée, tous les signes déjà exposés d'un anévrysme de la cuisse, tels qu'ils peuvent être reconnus encore aujourd'hui.

La tuméfaction du membre à son tiers supérieur est considérable; sa circonférence, à 7 ou 8 centimètres au-dessous du ligament de Fallope, est de 53 centimètres, tandis qu'elle n'en mesure que 44 sur le membre sain. La tumeur, occupant les régions antérieure et interne de la cuisse, se trouve plus limitée en avant qu'en dedans. La peau qui la recouvre est saine, mais elle présente une grande dilatation des veines superficielles. La palpation fait reconnaître à la partie antérieure une induration très-prononcée, probablement due à un caillot sanguin concrété, sorte de cloison divisant la tumeur en deux portions : l'une externe, plus volumineuse que le poing, assez saillante et bien fluctuante; l'autre interne, profonde, mal circonscrite ou presque diffuse. Les deux portions de la tumeur communiquent entre elles, et semblent constituées par un sac unique rétréci dans son milieu par des caillots concrets.

Cette tumeur est le siége de battements artériels isochrones au pouls, et de mouvements d'expansion très-appréciables à la vue et au toucher. La main perçoit vers le côté interne un frémissement cataire très-manifeste, devenant plus fort après la marche. L'oreille constate un bruit de souffle très-intense et continu, avec redoublements isochrones aux pulsations artérielles. Ces phénomènes disparaissent par la compression de l'iliaque externe, en même temps que la tumeur subit un affaissement notable. Le souffle perçu à quelque distance au-dessus et au-dessous de la tumeur s'affaiblit ensuite plus loin et finit par disparaître. Le pouls de la pédieuse est nul de ce côté, mais très-fort du côté gauche. Le membre n'est d'ailleurs point engorgé; il conserve sa forme et presque sa force, avec l'agilité de ses mouvements; mais la marche prolongée fatigue le malade, qui, sans éprouver de douleur, ni pesanteur, ni sensation de froid, ressent néanmoins de l'engourdissement dans le membre.

En définitive, le volume de la tumeur, loin de diminuer, depuis l'opération s'est accru assez sensiblement; ses symptômes sont manifestement ceux d'un anévrysme artérioso-veineux, et déjà les vaisseaux du bassin, tels que l'artère ischiatique, paraissent avoir acquis un développement prononcé.

M. Picard s'est demandé quelle pouvait être la cause de l'insuccès de la ligature. Il croit à une anomalie assez fréquente de l'artère, et pense que la ligature a été portée au-dessous de l'origine de la fémorale profonde. C'est, selon lui, cette branche plus volumineuse que de coutume qui s'est ouverte et a donné naissance à l'anévrysme faux consécutif. Il se proposait de recourir à la méthode ancienne par l'ouverture du sac, lorsqu'il a fait évacuer le malade sur le Val-de-Grâce.

En présence d'un cas aussi compliqué, ajoute M. Larrey, et eu égard aux incertitudes ainsi qu'aux dangers d'une autre opération, je crois devoir essayer, avant tout, des méthodes plus simples de traitement. L'application de la glace sur la tumeur est d'abord faite pendant quelque temps avec assez de suite, et elle semble manifestement augmenter le volume et la densité du caillot, ainsi que diminuer la saillie de la tumeur; mais le malade, impatient d'obtenir un résultat plus prompt, nous prie avec instance de renoncer à la glace.

La compression immédiatement au-dessus de la tumeur est alors appliquée à l'aide du compresseur modifié par M. Broca et approprié à l'état du membre. Mais cet appareil, mal supporté d'abord, n'exerçant qu'une compression intermittente ou interrompue, ne produit aucun avantage marqué. Il en est de même de la compression combinée, ou alternée avec les applications de glace; et d'ailleurs, tout le bénéfice que l'on pouvait en attendre est sans cesse compromis, annihilé par l'indocilité du malade, qui enlève l'appareil, fait des mouvements et ne peut même pas garder le lit. Il éprouve de plus, par ses imprudences, une augmentation dans le poids du membre et un engourdissement plus prononcé. Sa santé générale cependant s'améliore; il prend un peu d'embonpoint et plus de forces qu'il n'en avait.

Notons, en passant, un certain degré de claudication indépendante de la maladie essentielle, et résultant d'une arthrite ancienne du genou droit. N... n'avait alors que douze ans, et le membre subit par cette cause un arrêt de développement qui l'a maintenu plus court que l'autre de 2 centimètres à peu près.

Reste à savoir ce qu'il convient de faire, dit M. Larrey en terminant, et après avoir fait retirer le malade.

Il se trouve dans de si bonnes conditions de santé et d'agilité, l'opération déjà faite a été tellement insuffisante, celle que l'on pourrait tenter encore serait si incertaine par la méthode d'Anel, si difficile ou si dangereuse par la méthode ancienne, si illusoire par la méthode de Brasdor; l'acupuncture et les injections de perchlorure de fer offriraient si peu de chances de succès, que l'expectation prolongée semblerait préférable, si on n'avait à craindre l'augmentation progressive de la tumeur et toutes les conséquences d'un cas aussi grave.

C'est pourquoi je viens réclamer les conseils de mes honorables collègues de la Société de chirurgie, en disant par avance quel serait mon avis. Je voudrais essayer la compression uniforme et inamovible de tout le membre, et surtout de la tumeur entière, avant d'en venir soit à la ligature de la fémorale au-dessus du point déjà lié, ou à la ligature de l'iliaque externe, soit à la ligature des deux bouts de l'artère blessée, avec ou sans ouverture du sac anévrysmal.

M. MOREL-LAVALLÉE serait d'avis de commencer par appliquer la compression, et si ce moyen était inefficace, il ne conseillerait pas la la ligature de l'artère au-dessus de l'anévrysme, dont il connaît quelques succès au membre supérieur, mais aucun au membre inférieur. Il ne resterait, suivant lui, que deux moyens à employer: l'injection de perchlorure de fer, dans laquelle il aurait peu de confiance; et ensuite la ligature, par la méthode ancienne, qui serait très-difficile dans ce cas, mais qui seule donnerait des chances de succès désirables.

M. HUGUIER a cru remarquer, à la partie postérieure de la cuisse, que l'artère ischiatique était dilatée; il est probable, d'après cela, que, depuis la ligature, le sang revient par les anastomoses, et qu'en opérant par la méthode ancienne on serait exposé à des hémorrhagies venant de diverses sources, et qui rendraient l'opération extrêmement laborieuse.

M. ROBERT regarde ce cas comme très-grave, il pense que la veine a été ouverte; il insiste sur ce que la poche anévrysmale n'offre pas de battements, bien que ses parois offrent peu de densité.

Il fait observer que la ligature a échoué, et devait échouer ici, comme cela arrive toujours dans les anévrysmes artérioso-veineux. Il ne voit que la méthode ancienne qui offre des chances de succès, si la maladie fait des progrès; en attendant, il conseillerait la compression et les applications de glace sur la tumeur.

M. A. RICHARD. M. Nélaton a employé avec succès la compression générale sur tout le membre dans deux cas d'anévrysmes artérioso-veineux du pli du coude.

M. CHASSAIGNAC, malgré le peu de succès de la méthode d'Anel, croit qu'on ne devrait y renoncer qu'après avoir acquis la certitude que l'artère crurale a été liée avant sa bifurcation, car on peut attribuer l'insuccès à ce que la fémorale antérieure aurait seule été liée. L'erreur est en effet facile, l'origine de la fémorale profonde étant très-variable; sur un même sujet, M. Chassaignac l'a vue naître d'un côté à deux pouces, et de l'autre à dix lignes du ligament de Fallope. Si l'artère fémorale profonde reste perméable, l'opération doit évidemment être inutile; il propose donc de faire la ligature de la crurale immédiatement au-dessous de l'arcade crurale, avant sa bifurcation.

M. MOREL-LAVALLÉE, considérant les insuccès presque constants de la méthode d'Anel, par suite des anastomoses de la fémorale profonde qui entretiennent les battements, insiste pour l'application de la méthode ancienne.

M. ADOLPHE RICHARD a interrogé le malade sur les suites sensibles de l'opération, et il ne lui semble pas qu'il en soit résulté de grands changements dans la tumeur. Cependant M. Roux a employé longtemps la méthode d'Anel contre les anévrysmes variqueux, et a obtenu quelques succès; M. Richard a vu guérir un malade opéré par cette méthode; il pense que dans le cas actuel, l'artère qui entretient les battements n'a pas été liée.

M. GIRALDÈS rappelle les différences qui existent entre les résultats de la méthode d'Anel, appliquée aux anévrysmes artérioso-veineux du membre supérieur et du membre inférieur. Au membre supérieur, cette méthode a procuré de rares succès; au membre inférieur, elle n'a donné que des revers. Lorsqu'on l'y a appliquée, il en est résulté des hémorrhagies au moment de la section de l'artère par la ligature et des gangrènes du membre. En règle générale, l'anévrysme variqueux repousse l'emploi de la méthode d'Anel.

M. FOLLIN, dans un relevé qu'il a fait de toutes les opérations pratiquées pour l'anévrysme artérioso-veineux, n'a pas trouvé un seul succès par la méthode d'Anel, mais en a trouvé plusieurs par la méthode ancienne.

M. Follin cite un cas de succès, tiré de la clinique de M. Velpeau.

M. ADOLPHE RICHARD croit se rappeler que dans ce cas, pour les assistants comme pour M. Velpeau, il est resté du doute sur ce qui avait été fait, et qu'on ne savait pas si les bouts supérieur et inférieur de l'artère avaient été liés.

M. FOLLIN répond que le sac fut ouvert, et les deux bouts de l'artère isolés et liés.

M. GIRALDÈS indique à M. Larrey, dans le cas où il voudrait tenter la compression, l'appareil de Carte, qui s'applique très-bien à la partie supérieure de l'artère, avantage que l'on n'a pas avec les autres compresseurs.

M. FOLLIN se demande ce qu'on pourra espérer de la compression indirecte. On obtiendra sans doute la formation de caillots, mais de ceux que M. Broca nomme caillots passifs; quant aux caillots actifs, les seuls qui produisent la guérison, ils ne se formeront pas, puisqu'il n'y aura plus de circulation dans la poche. M. Broca a démontré qu'en pareil cas la compression indirecte est inutile.

M. ADOLPHE RICHARD propose l'emploi de la galvano-puncture et du perchlorure de fer, quoique leur succès soit douteux. Mais la méthode ancienne est si terrible, qu'il redouterait de l'employer. Il cite encore, comme pouvant ouvrir une voie nouvelle, une observation de M. Bonnet (de Lyon), dans laquelle un anévrysme énorme fut attaqué par des applications successives de pâte de Canquoin; la poche fut ouverte et se réduisit à une simple plaie suppurante qui guérit en quelques semaines.

M. ROBERT, qui est comme M. Morel d'avis d'employer la méthode ancienne, d'après les échecs qu'il a vu éprouver en semblable cas par la méthode d'Anel, signale ici une circonstance favorable. C'est que l'artère passe sur la face superficielle de la poche anévrysmale, où il a constaté ses battements, de sorte qu'on pourrait, sans ouvrir le sac, la découvrir et la lier au-dessus et au-dessous, en faisant comprimer la tumeur par un aide.

M. HUGUIER fait observer que si l'anévrysme a son siége sur la crurale profonde, la ligature de la fémorale n'aura aucun résultat.

M. DEGUISE croit avoir reconnu la cicatrice à la face antérieure de la cuisse.

M. LARREY répond que la cicatrice antérieure résulte de la ligature qui a été pratiquée.

Il rendra compte à la Société du résultat ultérieur de cette observation.

Exostose du maxillaire supérieur droit. — M. CHASSAIGNAC présente une femme affectée d'une exostose du maxillaire supérieur du côté droit. La tumeur forme une pointe saillante sous les téguments de la joue, et s'étend à la tubérosité malaire; du côté de la voûte du palais, elle déborde la ligne médiane, et commence à envahir l'autre côté; mais le bord dentaire et la tubérosité maxillaire sont libres, et le plancher de l'orbite paraît sain. Cette exostose est parfaitement limitée, et fait des progrès lents. M. Chassaignac consulte la Société pour savoir : 1° s'il faut opérer; 2° l'opération décidée, comment il vaut mieux la pratiquer; l'extirpation totale du maxillaire malade et de la portion affectée du côté opposé, serait le parti le plus facile; d'un autre côté, la tumeur paraît pouvoir être enlevée en conservant la portion saine de l'os, mais alors l'opération serait très-laborieuse. Quel parti doit-on prendre?

M. HUGUIER fait remarquer l'intérêt qu'il y aurait à connaître le point de départ de cette tumeur. Si elle est développée dans la paroi antéro-externe du sinus, il se rangerait à l'avis de M. Chassaignac, et conseillerait de conserver l'arcade dentaire, qu'il faudrait sacrifier si la paroi inférieure du sinus était malade. Il pense que l'exostose ne gagne pas le maxillaire gauche, qu'elle aurait seulement refoulé. Il est d'avis de réparer la portion inférieure de l'os au moyen d'un trait de scie horizontal, puis, si l'exostose l'a respectée, de la renverser en dedans et d'enlever le reste du maxillaire. La portion orbitaire du maxillaire paraît saine, de sorte qu'on pourrait conserver le plancher de l'orbite. En tout cas, si on trouvait la voûte palatine malade, il serait possible de l'enlever en conservant la muqueuse, pour combler la perte de substance.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal, M. HUGUIER demande de nouveau si quelqu'un des membres de la Société a vu guérir des tumeurs blanches avec fongosités intra-articulaires.

M. GUERSANT répond qu'il a vu, chez les enfants, guérir des tumeurs blanches, du pied surtout, avec fongosités; il ne peut affirmer que ces fongosités fussent intra-articulaires, mais il fait observer que d'ordinaire elles se trouvent sur les deux faces de la synoviale. Cette guérison demande beaucoup de temps, et n'arrive le plus souvent qu'après plusieurs années.

CORRESPONDANCE.

M. MARJOLIN donne lecture de l'analyse d'une observation très-détaillée adressée par M. Parise, chirurgien de l'hôpital de Lille, membre correspondant de la Société, dans le but d'avoir un avis sur la marche à suivre. (Voir plus haut.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Lipome. — M. HUGUIER présente une tumeur lipomatique qu'il a extirpée il y a quelques jours, et fait remarquer que de semblables tumeurs ont déjà souvent été présentées à la Société, et qu'en les réunissant on aurait les matériaux d'un travail assez complet sur les lipomes. La tumeur que M. Huguier met sous les yeux de la Société est de la grosseur d'une tête d'adulte, et pendait de la région sacro-lombaire sur un vieillard de 73 ans. Il y a trente-cinq ans qu'elle a été reconnue pour la première fois; elle avait alors le volume d'une noisette. Au sommet de cette tumeur, on voit une ulcération superficielle de la largeur d'une pièce de deux francs; la peau qui la recouvrait était sillonnée de veines dilatées, et l'on sentait dans son intérieur des noyaux résistants, qui pouvaient être ou des tumeurs kystiques ou un commencement de dégénérescence. Ces différentes circonstances inspiraient quelque inquiétude par le doute où l'on était sur leur nature.

L'ablation de ce lipome fut assez facile; M. Huguier, craignant une hémorrhagie par suite de la dilatation des vaisseaux, avait eu l'idée d'employer l'écrasement linéaire; mais la chaîne de l'écraseur étant trop courte, il lui fallut recourir au bistouri. Il tailla un premier lambeau triangulaire, et voyant que le sang ne coulait pas abondamment, il en tailla deux autres, également triangulaires et arrondis à leur sommet, afin de laisser une ouverture en se rapprochant. Les lambeaux taillés, la dissection de la tumeur se fit rapidement.

La dissection de cette tumeur fit voir, au sein du tissu graisseux qui la composait des noyaux de tissus fibreux, dont la nature fut démontrée par le scalpel et par le microscope. Vers le centre, on trouvait une portion dure, d'aspect encéphaloïde, formée de petits kystes de tissu adipeux altéré.

M. HOUEL présente quelques observations sur la présence des veines dilatées à la surface des tumeurs, qu'on considère comme un signe de cancer. Il a vu que dans toute tumeur, quelle que soit sa nature, lorsqu'elle acquiert un certain volume les veines superficielles se dilatent. Mais on ne trouve pas de vaisseaux considérables à l'intérieur de la masse morbide, et, lorsque ces veines sont divisées, elles ne donnent que peu de sang. Elles pourraient plutôt faire craindre l'introduction de l'air dans les veines.

M. Houel pense que le lipome enlevé par M. Huguier se serait transformé en abcès; il trouve dans les altérations qui occupent son centre les caractères de l'inflammation des lipomes, dans lesquels, en effet, l'inflammation commence toujours au centre.

M. LARREY se rappelle que l'inflammation des lipomes a été l'objet d'une thèse (1) soutenue, il y a quelques années, à la Faculté de Paris, offrant même pour principale observation un fait communiqué par M. Michon à la Société de chirurgie. Il s'agissait d'un phlegmon de la cuisse, dont le diagnostic avait été difficile à cause d'une inflammation développée au centre de la tumeur.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, DESORMEAUX.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Demetropoulos, né à Constantinople (Turquie); *Quelques réflexions sur le traitement des fistules vésico-vaginales, vésico-utérines et vésico-utéro-vaginales.*

Berneaudeaux, né à Nantes (Loire-Inférieure); *Des corps fibreux de l'utérus, anatomie pathologique, symptômes et traitement.*

Morbieu, né à Saint-Etienne-de-Baïg (Basses-Pyrénées); *Quelques considérations sur la nécrose.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez AUG. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Des chemins de fer, et de leur influence sur la santé des mécaniciens et des chauffeurs; par le docteur E. A. DUCHESNE, membre du Conseil d'hygiène publique et de salubrité. Un vol. in-12. Prix, 3 fr. 50 c. — A Paris, chez Mallet-Bachelier, libraire, quai des Augustins, 55.

Manuel d'anatomie pathologique générale et appliquée, contenant la *description* et le *catalogue du musée Dupuytren*; par CH. HOUEL, docteur en médecine de la Faculté de Paris, conservateur du musée Dupuytren, etc. 1 vol. gr. in-18 de 856 pages, 7 fr.

(1) Plébert. *De l'inflammation du lipome*, 1849.

LE SOCIÉTÉ.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 67. — MARDI 9 JUIN 1857. (30e ANNÉE.) N° 67. — MARDI 9 JUIN 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 8 JUIN 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

Poursuivant la série de leurs études sur les points qui peuvent être élucidés par le concours simultané de la zoologie et de la chimie, MM. Valenciennes et Frémy ont entrepris un travail d'ensemble sur les cristallins. Comme les recherches des anatomistes ne laissaient plus grand' chose à désirer au point de vue des formes et de la texture anatomique du cristallin, c'est sur d'autres points beaucoup moins connus qu'ont porté les études des deux savants académiciens. On sait que les anatomistes distinguent trois substances dans le cristallin : les fibres, les couches corticales et le noyau. Les couches corticales et le noyau diffèrent par leur densité et leur dureté. Cette circonstance a conduit MM. Valenciennes et Frémy à rechercher par une étude comparative de ces deux parties du cristallin si elles ne différaient pas encore par d'autres propriétés physiques ou chimiques. Ils sont arrivés ainsi à démontrer que la composition chimique des couches corticales d'un cristallin n'est pas la même que celle du noyau, et qu'en considérant les cristallins dans la série des animaux, il existe toujours des différences considérables entre la constitution chimique des cristallins des poissons ou des mollusques et celles des cristallins appartenant aux animaux qui vivent dans l'air. Ces études leur ont permis, en outre, de déterminer les altérations qu'éprouvent les cristallins lorsque, à la suite d'une maladie, comme la cataracte, ils perdent leur transparence. On trouvera dans le compte rendu de la séance les principaux résultats de ces recherches qui intéressent, comme on le voit, à la fois la physiologie et la pathologie.

L'insuffisance si notoirement démontrée de la thérapeutique dans le choléra, comme dans la plupart des maladies épidémiques, a dû naturellement diriger les esprits vers l'étude des moyens prophylactiques et des indications déduites des signes de l'imminence de la maladie. Cette étude a déjà conduit à des résultats importants, que les dernières épidémies surtout ont fait ressortir.

Il est à peu près incontestablement établi aujourd'hui qu'en opposant des soins hygiéniques et thérapeutiques appropriés aux phénomènes prodromiques du choléra, on a quelques chances d'en prévenir le développement, et que l'adoption générale de ces mesures prophylactiques dans quelques-unes des localités qui ont été envahies par la dernière épidémie, a très-probablement contribué à y diminuer la mortalité. Mais, s'il faut en croire M. Poznanski, ce ne serait pas assez que de diriger son attention exclusivement vers l'examen des organes de la digestion; il y aurait, avant même que les fonctions digestives fussent atteintes, des signes d'imminence qui permettraient de reculer encore l'action prophylactique. Ce signe éloigné, que l'auteur considère comme le signe pathognomonique de l'imminence du choléra, résiderait dans la lenteur du pouls. Les cas de choléra ne se produiraient, suivant lui, que chez des individus atteints préalablement d'un ralentissement du pouls, qui n'est d'ailleurs accompagné la plupart du temps d'aucun autre symptôme morbide. En excitant l'activité de la circulation chez les sujets ainsi prédisposés, on les préserverait de l'invasion de la maladie.

Il n'est pas dit, malheureusement, dans la note insérée au *Compte rendu*, où, quand et comment l'auteur a fait ces observations; ce qui en diminue beaucoup la valeur à nos yeux. Nous croyons utile néanmoins de les signaler; c'est une indication qu'il pourrait être utile de vérifier à l'occasion.

Nous avons loué sans réserve, comme il méritait de l'être, l'acte par lequel M. Civiale a assuré la perpétuité du service des calculeux dans les hôpitaux de Paris. Les termes dans lesquels cet acte a été annoncé à l'Académie ont servi de texte à une réclamation dont on appréciera les motifs.

M. Heurteloup, et nous ne l'en blâmons pas, n'est pas homme à laisser oublier les services qu'il a rendus à la lithotritie, et les droits que ces services lui donnent à une large et honorable part dans l'histoire de cette découverte; aussi a-t-il voulu, en joignant ses éloges à ceux des corps savants et de la presse médicale tout entière, pour l'acte louable que vient d'accomplir M. Civiale, lui exprimer en même temps sa reconnaissance personnelle pour avoir contribué par là à perpétuer l'usage de ses instruments et de ses procédés.

On lira dans le compte rendu de la séance les quelques explications qui ont été données à cette occasion par MM. Velpeau et Flourens, à l'appui des réclamations de M. Heurteloup; le tout soit dit sans prétendre atténuer en rien le mérite de l'acte de M. Civiale, à l'égard duquel nous maintenons tout ce que nous en avons dit dans un précédent numéro. — Dr Brochin.

TABLE GÉNÉRALE ANALYTIQUE ET RAISONNÉE DE LA GAZETTE DES HOPITAUX.

Nous avons appelé il y a quelques mois l'attention de nos lecteurs sur le projet que nous avons de faire exécuter pour les trente premières années de la *Gazette* une Table analytique et raisonnée.

Ce projet a été accueilli avec une faveur marquée par nos confrères, et plus de 2,300, dont un certain nombre ne font pas partie des abonnés de la *Gazette*, ont répondu à notre appel. — Comment expliquer, à côté de l'empressement de nos confrères de la province et de l'étranger, que sur les 1300 abonnés que nous comptons à Paris, une cinquantaine seulement y ait répondu? — Mais quelque flatteuses que soient les adhésions que nous avons reçues à ce sujet, la prudence nous oblige à ne nous livrer à cet immense travail que lorsque nous serons certains que les frais en seront à peu près couverts.

Or cette Table qui formerait un très-fort volume in-4° à trois colonnes, exigera une dépense qui ne s'élèvera pas à moins de 40,000 fr. Nous ne pouvons raisonnablement nous engager à la faire qu'autant que nous aurons réuni 4,500 promesses de souscription. Que ceux de nos confrères qui croient à son utilité, veuillent donc bien nous envoyer promptement un simple engagement ainsi conçu :

Je souscris à la Table générale analytique et raisonnée de la GAZETTE DES HOPITAUX, *et j'en payerai le prix* (HUIT FRANCS) *dès que j'aurai été prévenu de sa mise en vente.*

En voici un spécimen, fait sur quelques mots pris au hasard dans les volumes des années 1845, 46, 47 et 48.

ANUS *artificiel* dans la région coccygienne pour une imperforation de l'anus; absence de deux centimètres du bout inférieur du rectum; dilatation longtemps prolongée de l'ouverture; guérison complète; examen cinq ans après l'opération (Baraduc), **45** (*), 279. — dans la région coccygienne pour une imperforation congéniale, le rectum s'ouvrant par un pertuis filiforme à la partie inférieure de la vulve; succès (Faure), **48**, 19. — *contre nature* dans la région du côlon lombaire gauche (procédé de Callisen modifié), chez un enfant imperforé; résultats de l'opération au bout de trois ans (Amussat), **45**, 492. — suite de hernie inguinale gangrenée; rétrécissement de l'ouverture; débridement; cessation des accidents (Velpeau), **46**, 85. — suite de hernie inguinale gauche étranglée; tentatives d'opérations; insuccès; deux ans après, autoplastie, renouvelée deux fois à six mois de distance; guérison (Jobert), **45**, 398. — Doutes sur la validité des doctrines de Scarpa sur le rôle de l'entonnoir membraneux dans leur guérison (Malgaigne), **45**, 419.

ANUS *fissures à l'—*; importance du spasme quant au diagnostic; comparaison des méthodes de traitement; incision sous-cutanée (Blandin), **45**, 273. — Leur traitement par la cautérisation avec le nitrate d'argent, lorsque la section du sphincter présente des dangers (Fl. Léger), **46**, 116; discussion, **46**, 171; — par la cautérisation avec le fer rouge (Auvity), **47**, 139; — par la dilatation forcée et le massage en cadence, procédé Récamier (Maisonneuve); objections de Deguise, Gosselin et Robert, **47**, 493; employée par Gosselin avec succès, **48**, 93; — par l'ébarbement remplaçant l'incision qui peut affaiblir le sphincter (Jobert); Pinel-Grandchamp ne partage pas ces craintes, et a fait une incision double pour une double fissure, **46**, 110; — par l'incision sous-cutanée du sphincter, procédé Blandin (thèse de Aucler), **46**, 333; — par la ratanhia, extrait et teinture (Trousseau), **46**, 158; (Guersant fils), **48**, 332.

ANUS *fistules à l'—*; communes chez les phthisiques, exercent une influence heureuse sur la maladie; on ne doit pas chercher à les guérir (Grosbaus, de Rotterdam), **47**, 389. — Vidal (de Cassis) a opéré plusieurs fois et a vu la phthisie s'amender, **48**, 567. — Leur traitement par l'excision (Roux); cicatrisation longue, difficile, difforme; conséquences souvent fâcheuses, **47**, 175.

ANUS *fragments rendus par l'—*, d'un petit couteau avalé par un enfant dix-huit mois auparavant (Brierre de Boismont), **46**, 160.

ANUS *imperforation de l'—*; le sphincter existe-t-il, et faut-il opérer dans la région coccygienne? (Chassaignac, Lenoir, Robert, Huguier, Colson) **48**, 271.

ANUS *oblitération* du rectum à deux centimètres au-dessus de l'— (Trèves et Labarraque), **46**, 24. — Opération, dilatation trop

(*) Les chiffres gras indiquent l'année (45 pour 1845); les chiffres ordinaires indiquent la page.

FEUILLETON.

L'anesthésie et les insectes destructeurs des céréales. — L'azote et la production de la matière végétale. — L'Apostolat scientifique.

La question des agents anesthésiques est toujours à l'ordre du jour. Nos lecteurs ont encore présent à l'esprit le rapport si remarquable de M. Robert sur le nouvel arrivé d'outre-mer. L'air est rempli d'amylène, de chloroforme et de sulfure de carbone; encore quelques instants, et l'Académie elle-même va les soumettre à l'épreuve de la discussion. En attendant ces luttes et les grandes leçons qui doivent en découler, reportons-nous vers l'application si ingénieuse qu'un savant chimiste, M. L. Doyère, vient de faire de l'anesthésie.

Il y a quelques mois, nous vous entretenions des mœurs assez singulières d'un insecte qui dévore nos récoltes; la nature avait heureusement placé le remède à côté du mal, et mis des entraves à la propagation du destructeur. Et cependant quelles voies pénibles nos grains devront traverser avant de quitter le champ qui les a vu naître et les greniers qui leur serviront d'abri! Pleines de séve et de vie, l'insecte dévore nos céréales; mûres et propres à nos besoins, l'insecte nous les dispute encore. Il fallait donc à tout prix les détruire.

Depuis longtemps déjà on connaissait l'effet que produisent sur les insectes la fumée de tabac et l'essence de térébenthine; mais sans plus approfondir ces phénomènes, on croyait devoir les attribuer à l'influence des odeurs fortes en général. Plus tard, la question de l'anesthésie, mieux étudiée, désigna un certain nombre de vapeurs comme possédant les mêmes propriétés. Puisque l'éther, non-seulement plongeait l'animal dans un profond sommeil, mais encore à une dose élevée pouvait le faire passer de vie à trépas, on avait entre les mains un excellent moyen de se défaire d'une foule d'insectes malfaisants. M. Milne Edwards pensa le premier à faire servir la benzine à la conservation des céréales. Une fois émise, l'idée ne devait pas rester sans application. Déjà les collections d'histoire naturelle empruntaient à ce gaz une sorte d'inviolabilité vis-à-vis des insectes destructeurs. M. L. Doyère se saisit alors de la question, et, après de sérieuses études, il crut devoir mettre au premier rang des agents insecticides le chloroforme et le sulfure de carbone.

Une commission nommée par M. le ministre de la guerre choisit Alger pour siége d'une expérimentation en grand des résultats que M. L. Doyère annonçait avoir obtenus. On put alors constater que deux grammes de chloroforme ou de sulfure de carbone par quintal métrique de blé suffisent pour faire périr tous les insectes, en quatre ou cinq jours, dans l'intérieur de silos hermétiques. Avec 5 grammes de sulfure de carbone par quintal métrique, répartis convenablement dans l'intérieur du silo, la destruction est complète en vingt-quatre heures. L'action du chloroforme est plus lente, à cause de la densité de la vapeur, qui la fait descendre et stagner dans les parties les plus basses. Pour 11,600 hectolitres d'orge, M. Doyère avait employé 50 kilos 500 grammes de sulfure de carbone : vingt minutes avaient suffi pour l'introduction de l'agent anesthésique dans cette énorme quantité de grains.

Les silos hermétiques, tout en représentant les meilleurs récipients pour cette opération, ne sont pas essentiellement nécessaires, car on peut obtenir les mêmes résultats par le procédé suivant. On étend sur les tas de grains une grande toile imperméable, de manière qu'elle les déborde tout autour, et on a soin alors de boucher les fuites avec de l'argile. Placées dans ces conditions, les larves ne tardent pas à périr dans l'intérieur des grains, les germes sont tués dans les œufs, et la semence soumise à l'anesthésie n'offre plus aucun animal vivant.

Ici s'élevaient quelques objections d'un ordre très-sérieux. Cette anesthésie des céréales portait peut-être atteinte à la puissance germinative de la semence : l'odeur si désagréable du sulfure de carbone ne persisterait-elle pas dans la farine et le pain, et les animaux eux-mêmes ne seraient-ils ni dégoûtés ni incommodés par une alimentation composée de ces grains.

On le voit, ces questions étaient de nature à compromettre l'avenir des travaux de M. Doyère, si cet éminent chimiste n'avait su d'abord établir que toutes ces objections étaient heureusement mal fondées. L'anesthésie ne détruit aucune des qualités du grain qui a été soumis à son action; employé comme semence il germe parfaitement bien; l'odeur si incriminée du sulfure de carbone disparaît après trois jours d'exposi-

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Nélaton.

Fracture des deux jambes. — Emphysème traumatique considérable. — Luxation du sternum.

(Leçon recueillie par M. Chairou, interne du service.)

Un tonnelier étant en état d'ivresse veut sortir par la fenêtre et tombe d'un deuxième étage sur les pieds. Les os des deux jambes furent brisés. On appliqua un pansement provisoire, et comme l'état du blessé fut jugé très-grave, on le transporta à l'hôpital, où il est mort trois jours après l'accident.

Au moment où il entra dans les salles, on le trouva dans l'état suivant :

A la jambe gauche, il y avait à la partie externe et supérieure de la malléole externe deux plaies très-rapprochées et se confondant en partie ensemble. Les bords en sont déchiquetés. Dans l'épaisseur des deux plaies, les fibres musculaires déchirées et détruites. Le doigt introduit dans la plaie, on sent les fragments osseux.

Autour de la plaie, les tissus sont tuméfiés. La peau garde l'empreinte du doigt. En outre, lorsque l'on touche le membre légèrement, on perçoit une sensation de crépitation, surtout le long de la face interne du tibia. Cette sensation disparaît au niveau du genou; mais on la retrouve au-dessus de l'articulation, à la partie inférieure de la cuisse, sur le trajet des vaisseaux fémoraux.

Sur la jambe droite, on constate de nombreuses phlyctènes contenant une sérosité rougeâtre. Après avoir détaché l'épiderme, on trouve les téguments ecchymosés d'un rouge violacé. Cette coloration violette disparaît sous la pression du doigt.

A la partie inférieure du membre, il y a déformation, et tous les signes de la fracture de la jambe. En outre, tuméfaction et induration notable des parties molles. On retrouve le long de la face interne du tibia du côté droit, mais sur une moindre étendue, des signes d'emphysème. Cet emphysème nous a paru être une contre-indication formelle à l'opération.

C'est là, en effet, un des symptômes les plus graves qui puissent se présenter. Et M. Velpeau, qui en 1829 l'avait signalé à l'attention des chirurgiens, en avait mentionné l'extrême gravité. Toutes les fois que nous avons constaté l'emphysème primitif, nous avons vu la mort survenir très-rapidement.

Il y a une grande différence entre cet emphysème primitif, survenant deux, trois ou quatre heures après un accident, et l'emphysème qui se développe dans certaines gangrènes, et qu'on peut appeler emphysème consécutif.

Comment dans le premier cas se fait cette accumulation de gaz? quelles sont les conditions de son développement?

M. Velpeau s'en rend compte de la façon suivante : Il faut qu'il y ait *plaie* et *fracture*.

Sous l'influence de mouvements imprimés au membre, soit par le malade lui-même, soit par des personnes étrangères, il y a infiltration d'air dans les parties molles; infiltration croissante si ces mouvements sont renouvelés; les gaz peuvent alors se propager fort loin. Il y aurait là un mécanisme analogue au jeu du soufflet, dont le résultat serait de chasser l'air dans les parties profondes.

Contrairement à l'opinion de M. Velpeau, opinion que nous avons longtemps partagée, nous croyons que les choses ne se passent pas toujours ainsi.

Nous avons vu l'emphysème primitif dans des membres qui ne présentaient pas trace de plaie.

Un cas bien remarquable s'est présenté à nous dans notre service de l'hôpital Saint-Louis.

Un jeune homme avait été renversé par une voiture; une roue lui passa sur la jambe; fracture. L'examen le plus attentif ne montra aucune plaie. Et cependant chez ce malade, il y avait un emphysème primitif tel, que le membre était sonore à la percussion.

Depuis lors, nous avons eu occasion de voir un certain nombre de cas semblables. Et l'examen de la jambe droite de notre malade est une nouvelle preuve à l'appui de notre opinion.

Nous ne nous rendons pas compte du mode de formation de ces gaz : leur nature est inconnue, mais l'analyse chimique pourrait peut-être élucider cette question. C'est toujours à la suite d'attritions très-fortes qu'ils se développent. L'emphysème primitif n'a jamais été constaté à la suite de vastes blessures par instruments tranchants, tandis qu'on l'observe quelquefois à la suite de plaies par armes à feu.

Le fait important, au point de vue clinique, est l'extrême gravité de l'emphysème primitif.

L'on pourrait croire que l'amputation est une ressource ultime et présente plus de chances de salut; mais il n'en est rien, et l'expérience a démontré que la mort survient toujours, et même quelquefois plus rapidement dans ce cas.

En examinant la partie antérieure de la poitrine, où le malade accusait une vive douleur, nous avons trouvé une luxation au sternum.

C'est là une lésion très-rare; et en additionnant les cas de ce genre qui sont dans la science, on ne trouve guère que dix observations. Elles sont dues à MM. Duverney, Auran, Malgaigne, Chevane et Maisonneuve.

On entend par luxation du sternum le déplacement de la première pièce de cet os sur la seconde; la pièce supérieure passe en arrière de la deuxième, et, dans certains cas, éprouve même un léger mouvement de chevauchement.

M. Maisonneuve, dans son mémoire, se fondant sur une observation de Sabatier, décrit une luxation en avant; mais en lisant attentivement l'observation dont il s'agit, on peut voir qu'il y a là une fracture du sternum.

Chez notre malade, on constate aisément le déplacement en arrière; en promenant le doigt de haut en bas, on vient heurter contre un bord saillant. On constate de plus que la luxation est incomplète.

Quelles sont les causes les plus ordinaires de la luxation du sternum? On a signalé d'abord un choc direct, quelquefois une chute sur la tête. Voici, d'après MM. Maunoury et Thore, par quel mécanisme la lésion se produirait dans ce cas : comme pour les fractures par contre-coup de la colonne vertébrale, il y aurait exagération de courbure et torsion exagérée de la colonne vertébrale antérieure.

Mais si cette hypothèse est très-satisfaisante pour la colonne dorsale, qui se trouve directement en rapport avec la tête, elle l'est beaucoup moins s'il s'agit du sternum.

M. Diday a proposé une autre explication qui nous paraît plus satisfaisante. Il suppose qu'il y a flexion exagérée de la tête; le menton vient s'appuyer sur la première pièce du sternum, et si la pression continue, il y a luxation par choc direct. Toutes les conditions sont bien remplies.

Mais dans l'une ou l'autre de ces hypothèses, comment expliquer la luxation du sternum dans la chute sur les pieds? Alors la tête est fortement fléchie par le fait du contre-coup, et vient heurter violemment contre la première pièce du sternum.

Voici l'observation de M. Chevane :

Un homme fait une chute sur les pieds, puis s'affaisse sur lui-même. Plusieurs témoins de l'accident ne laissent aucun doute sur la succession des faits. Les pieds et les ischions furent les seuls points du corps sur lesquels porta le choc. Et, dans ce cas, on constata la luxation du sternum, produite très-certainement par le mécanisme que nous venons de signaler.

C'est la seule hypothèse satisfaisante qui puisse expliquer cette lésion chez notre malade.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. L. Orfila, professeur-agrégé.

Traitement de l'empoisonnement (1).

Jusqu'à présent, nous avons réuni des éléments dont je vous ai montré de temps en temps les applications, afin de ne pas vous fatiguer par de trop longues abstractions. J'aime à croire que, par amour de la science, vous m'avez écouté avec intérêt; mais aujourd'hui vous commencerez à sentir l'importance des notions que nous avons acquises en voyant le parti que nous en tirerons pour la pratique.

Le traitement découle naturellement des données que nous possédons sur le mécanisme de l'action des poisons. Vous n'avez pas oublié que les effets produits par les poisons peuvent et doivent être rapportés à une action locale déterminée par le contact de la substance toxique et à une action à distance qui se propage après absorption; vous vous rappelez aussi qu'une fois absorbés les poisons s'échappent de l'organisme avec différents produits de sécrétion; mais, même après que l'élimination est terminée, l'influence du premier ébranlement peut persister, et se traduit par des phénomènes morbides.

Il résulte de cela que le traitement de l'empoisonnement comporte les indications suivantes :

1° Soustraire le patient à l'action du poison;

2° Combattre l'action locale;

3° Empêcher l'absorption;

4° Favoriser l'élimination;

5° Opposer à la maladie un traitement approprié.

Les moyens pratiques de réaliser les deux dernières indications sont toujours les mêmes, quel que soit le point du corps avec lequel le poison a été en rapport, quelle que soit la voie par laquelle il aura pénétré. Les diurétiques, les sudorifiques, les vomitifs, les purgatifs, constituent les meilleurs agents pour accélérer l'élimination; vous l'auriez prévu de vous-mêmes, puisque vous savez que c'est principalement avec les sécrétions urinaire, cutanée et intestinale que les substances toxiques sortent de l'organisme.

Quant au traitement de la maladie déterminée par le poison, il varie avec cette maladie, et vous n'ignorez pas combien de circonstances modifient les effets produits par les poisons. Il faut donc avoir recours aux moyens rationnels ou spécifiques qui mériteront le plus de confiance : c'est au praticien de choisir suivant les cas. Il est impossible de rien dire de général.

Les trois premières indications ne peuvent pas toujours être réalisées; c'est ce qui arrive lorsque, par exemple, le poison s'est

(1) Suite. — Voir les nos des 23 décembre 1856; 8, 29 janvier, 3, 12, 31 mars; 7 mai 1857, 23 mai et 2 juin.

tion à l'air et quelques pelletages; les produits de la mouture et de la panification ne l'accusent en aucune manière, et les animaux mangent sans le moindre inconvénient l'orge qui vient de sortir du silo, et par conséquent encore toute infecte. De ses expériences, M. Doyère a cru pouvoir conclure que le sulfure de carbone est un anesthésique énergique, mais sans aucun effet toxique consécutif.

Mentionnons encore un fait très-remarquable qui s'est produit pendant les expériences de M. Doyère. Les blés traités par le sulfure de carbone et par le chloroforme ayant été réunis en couches, n'ont plus montré de tendance à s'échauffer, tandis que — et c'est un fait connu — dans le même grain non traité, la température s'était élevée jusqu'à + 40°, malgré les pelletages répétés deux fois par jour. Comment expliquer cette absence de fermentation? Doit-on l'attribuer à l'action des anesthésiques? C'est un problème à l'étude et digne des recherches des hommes spéciaux.

— M. Doyère vient de nous proposer un moyen de sauver nos récoltes des attaques des insectes destructeurs : nous sommes heureux d'enregistrer à côté de ces beaux travaux les expériences fort intéressantes de M. Boussingault sur l'influence que l'azote assimilable des engrais exerce sur la production de la matière végétale. Ce savant a choisi pour sujet de ses nouvelles recherches une plante qui exige dans le sol la présence d'azote et de sels, l'*helianthus agrophilus*.

Le 5 juillet dernier, il prit trois pots de grès, les remplit de sable et de brique pilée soumis à la calcination; puis il y sema deux graines d'*helianthus*, dont il avait déterminé à l'avance le poids, ainsi que la proportion d'azote et de carbone. Le premier pot A ne contenait que ce sol improvisé; au second pot B, M. Boussingault ajouta une petite quantité parfaitement pesée de phosphate de chaux et de nitrate de potasse. Le troisième pot C avait reçu la même quantité de phosphate, mais au nitrate on substitua son équivalent de carbonate de potasse. Ces précautions prises, les graines furent abandonnées à leur développement naturel, et le 30 septembre, alors que la végétation ne faisait plus aucun progrès, on put constater les faits suivants :

Le pot A contenait un *helianthus* de 7 centimètres de hauteur; le poids de la plante sèche était à peine trois fois le poids de la semence; l'azote de la récolte surpassait au plus de 2 milligrammes celui du grain; la plante n'avait emprunté à l'atmosphère qu'une quantité tout à fait insensible de carbone, et la fleur, presque microscopique, était restée à cet état que M. Boussingault désigne sous le nom de *plante limite*, c'est-à-dire de plante qui parcourt à peine toutes les phases de la végétation.

L'*helianthus* du pot B, qui contenait phosphate de chaux et nitrate de potasse, atteignait 70 centimètres de hauteur; sa tige offrait 1 centimètre de diamètre; sa corolle, tout à fait semblable à celle des soleils venus en pleine terre, mesurait 7 centimètres. Ici le poids de la récolte représentait 218 fois celui de la semence; son azote surpassait de 3 centigrammes l'azote de la semence; la quantité de carbone empruntée à l'atmosphère et assimilée, était très-considérable et équivalente à celle que renferment 180 centimètres cubes d'acide carbonique.

La différence était bien sensible entre ces deux premiers pots. Si nous passons au pot C, nous voyons les résultats se rapprocher de ceux du premier A. En effet, la hauteur n'est plus que de 9 centimètres; le poids de la récolte est un très-petit multiple du poids de la semence; la quantité de carbone empruntée à l'air est presque insignifiante. La production végétale organique a donc été très-faible sous l'influence du phosphate de chaux et l'absence de nitrate de potasse. Dans ce cas la plante n'a pu absorber que fort peu de carbone de l'air et ne lui a emprunté *aucune proportion d'azote*, ce que M. Boussingault voulait démontrer.

On voit clairement par ces expériences le rôle important que joue l'azote dans la composition du terrain de culture. D'un côté, une plante atrophiée; de l'autre, une plante normale; ici, une quantité considérable d'azote dans le végétal, tandis qu'on n'en trouve que des traces dans le second cas. L'azote est donc non-seulement — comme on le savait déjà — un élément nécessaire à la production végétale; mais de plus, c'est la terre seule, et non l'atmosphère, qui le dispense à la plante.

M. Boussingault, sans s'arrêter à ces premières expériences, en a institué une seconde série qui ne nous paraît pas satisfaire aussi complétement aux données du problème.

En effet, il remplit quatre pots de sable calciné, et à ce sol stérile il ajoute la même quantité de phosphate de chaux. Le sol du pot A n'a rien reçu en outre de ce sel, tandis qu'on a ajouté dans le pot B 1 gr. 39; dans le pot C, 2 gr. 72; et dans le sol du pot D, 4 gr. 1 de

trouvé en rapport avec des parties inaccessibles à l'action directe du médecin, telles que les voies respiratoires. Mais, à part ces cas, elles méritent une grande attention ; car elles ont pour but, tout en remédiant aux premières atteintes, de prévenir les effets si graves, souvent irréparables, de l'action des poisons. Comme elles exigent des moyens d'exécution différents, suivant que la substance toxique a été appliquée sur des parties externes du corps ou portée dans l'estomac, nous examinerons successivement ces deux cas. Ce sera un moyen de rendre l'exposition plus claire et l'application plus facile.

A. Lorsque le poison a été placé sur la peau ou dans des ouvertures, soit accidentelles (plaies), soit naturelles (bouche, narines, anus, vulve, etc.), il faut toujours chercher à éloigner le poison, à combattre l'action locale, à empêcher ou retarder l'absorption. Ce sont surtout les virus et les venins qui pénètrent par ces portes d'entrée dans l'organisme ; d'autres poisons peuvent cependant se trouver dans ces conditions. Les moyens dont nous disposons pour obtenir les résultats désirés sont nombreux. Les voici :

Les *lavages* à l'eau pure, en étendant et entraînant le poison, peuvent rendre de grands services. Quand faire se peut, il est préférable d'employer pour les lavages de l'eau chargée de substances capables de détruire ou d'atténuer les propriétés délétères du poison ou des liquides doués de cette faculté.

Les *émollients*, les *calmants*, sont très-utiles contre l'inflammation et la douleur dont le point d'application est le siége.

Le *cautère actuel* ou *les caustiques*, en dénaturant le poison, en modifiant la lésion locale produite, et en altérant la surface d'application, concourent avec les moyens précédents à remplir les trois indications qui nous occupent.

Terminons par les moyens spéciaux d'empêcher ou de retarder l'absorption.

La *succion*, connue et pratiquée dès les temps les plus reculés, pour les morsures des animaux venimeux, peut être d'une grande utilité. Les anciens n'ignoraient pas que les virus et les venins n'agissent pas par la membrane muqueuse de la bouche lorsqu'elle n'est pas ulcérée. Cependant, comme dans un grand nombre de cas, surtout si on appliquait ce moyen à des poisons autres que les virus et les venins, l'opérateur ne serait pas à l'abri de tout danger, on a imaginé de remplacer ce moyen barbare par une succion artificielle d'ailleurs plus efficace, au moyen de la ventouse.

Je vous ai déjà parlé de la *ventouse* proposée par Barry. Les expériences de cet auteur, répétées du reste devant une commission de l'Académie de médecine, ne permettent pas de douter de l'utilité d'un pareil moyen ; mais il serait important de rechercher jusqu'à quel moment on peut compter sur son efficacité. Car il n'est pas impossible que la ventouse ne soit capable de pomper une partie du poison qui a déjà pénétré dans l'intérieur des vaisseaux.

La *ligature*, en interceptant le cours du sang, et empêchant ainsi le transport du poison dans les différentes parties du corps, peut être rangée parmi les moyens d'empêcher l'absorption ; elle présente le grand inconvénient de déterminer des accidents lorsqu'elle est laissée longtemps, sinon dans tous, au moins dans la majorité des cas.

L'*amputation*, lorsque le poison a été appliqué à l'extrémité d'un membre, a été conseillée et pratiquée. Un danger imminent peut seul autoriser et excuser un moyen si violent.

Les *scarifications* autour du point d'application permettent la sortie facile du sang, et constituent ainsi un puissant adjuvant de la ventouse et de la ligature. Voilà quels sont les moyens les plus utiles de réaliser les trois premières indications thérapeutiques, lorsque le poison a été appliqué sur une partie du corps accessible à notre intervention. Tous ne peuvent être mis en pratique dans tous les cas, et l'emploi de l'un d'eux n'est pas incompatible avec l'emploi d'un ou plusieurs autres. Il ne m'appartient pas de vous exposer les circonstances qui peuvent empêcher l'application de ces moyens, ni celles qui comportent l'emploi simultané de plusieurs, je dois vous supposer capables de décider vous-mêmes ; les notions d'anatomie et de pathologie que vous possédez suffiront pour vous guider.

B. J'ai réservé pour la fin le cas le plus important, celui qui s'offrira le plus souvent à votre observation ; c'est quand le poison a été porté dans l'estomac. Comment soustraire le patient à l'action du poison, combattre l'action locale et empêcher l'absorption? C'est tout simple : par des vomitifs ou tout autre moyen capable d'amener au dehors le poison qui est dans l'estomac, par des adoucissants, et enfin par les contre-poisons.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler quels émétiques vous fournit la matière médicale ; mais je veux vous recommander de préférer à l'émétique, à l'ipécacuanha, etc., l'eau tiède pure, ou mieux chargée d'albumine. L'action de ces substances est beaucoup plus douce, et il importe de ménager l'estomac, de ne pas ajouter à l'irritation dont il est le siége. Outre la faculté de déterminer des vomissements, l'eau tiède pure ou albumineuse présente l'avantage d'affaiblir l'action délétère d'un grand nombre de poisons et d'en neutraliser quelques-uns. Nous reviendrons, du reste, tout à l'heure sur ce point, au sujet de l'eau albumineuse.

Lorsque les vomitifs ne produisent pas leur effet ou lorsque le malade ne peut pas avaler, on a recours à la titillation de la luette, à l'appareil proposé par Renault et Dupuytren ; on peut réduire cet appareil, espèce de pompe gastrique, tout simplement à une sonde œsophagienne en caoutchouc, à laquelle on adapte une seringue de grande capacité. La sonde étant introduite jusque dans l'estomac, on injecte avec la seringue une grande quantité d'eau tiède, et puis on aspire cette eau ; avec elle sort une certaine proportion du poison. Le mélange ainsi ramené dans la seringue est rejeté et remplacé par une nouvelle quantité d'eau tiède. En renouvelant plusieurs fois cette manœuvre avec promptitude, on peut débarrasser complétement l'estomac. Cet appareil, qui a été employé plusieurs fois avec succès, peut être remplacé par un simple tube de caoutchouc souple, pouvant fonctionner à la manière d'un syphon, chaque fois que le bout externe est abaissé au niveau de l'ombilic.

L'eau tiède chargée ou non d'albumine, le lait, l'eau gommée, sont de très-bons adoucissants. En étendant ou en enveloppant le poison, ils atténuent ses effets sur la muqueuse gastrique.

NOTE SUR L'EMPLOI DE L'IODURE DE POTASSIUM

à doses inférieures et fractionnées contre la syphilis et les scrofules.

Par M. le docteur PANIEN.

Le traitement des affections constitutionnelles syphilitiques et scrofuleuses par les iodiques est tellement familier aujourd'hui à tous les praticiens, qu'on pourrait croire que le dernier mot ait été dit sur cette question. Cependant il est un point sur lequel nous voulons appeler l'attention.

A quelle dose est-il préférable de donner l'iodure de potassium? Primitivement on l'administra à petite dose ; plus tard, Lisfranc et Wallace donnèrent jusqu'à 2 et 4 grammes de ce sel chaque jour ; et dernièrement M. Ricord, renchérissant encore sur cette médication, a porté la dose jusqu'à 8 ou 9 grammes dans une tisane sudorifique contre les accidents tertiaires de la syphilis. Il y a loin de là à la réserve de Coindet (de Genève), qui, trop prudent, selon le professeur Trousseau, ne prescrivait l'iodure de potassium qu'à la dose d'un centigramme. Pour nous, sans donner dans les minuscules homœopathiques, nous nous rapprochons de la manière de Coindet, en restant fidèle à ce précepte de thérapeutique : *Mieux vaut débuter par de petites doses, et les répéter.* La raison qui nous fait en agir ainsi est la trop grande facilité avec laquelle l'iodure est éliminé par les voies urinaires, quand il est administré en excès.

Une autre circonstance sur laquelle nous insistons également, c'est le mode d'administration du médicament. On sait combien est difficile pour les enfants, et souvent pénible pour certains adultes, l'ingestion de l'iodure de potassium sous forme liquide, en raison de son amertume et de son âcreté. La déliquescence du sel iodique empêche de le réduire en pilules, celles-ci se ramollissant en quelques heures et se prenant en masse, même lorsqu'on les conserve dans les flacons les mieux bouchés. Nous préférons la forme de pastilles, sous laquelle il est facile de déguiser la désagréable saveur de l'iodure.

Voici quelques observations qui prouvent qu'on peut obtenir des guérisons par l'iodure de potassium à petite dose.

I. *Ulcérations syphilitiques du pharynx. — Condylomes à l'anus. — Guérison par l'iodure de potassium en pastilles.*

M..., employé, âgé de quarante-deux ans, d'un tempérament lymphatique, jouissant habituellement d'une bonne santé, eut, il y a vingt ans, une blennorrhagie qui guérit au moyen du copahu et du cubèbe. En avril 1856, il fut pris d'embarras gastrique, et il lui survint des pustules ecthymateuses au cou, au front, et surtout dans le cuir chevelu ; les cheveux tombaient en quantité tous les jours. (Raser les cheveux ; éméto-cathartique ; tisane de salsepareille ; pommade au calomel.) Guérison rapide des accidents.

Mais vers la fin du mois suivant, le malade se plaignit d'engorgement sous-maxillaire et de douleur au fond de la bouche, dont l'examen décela l'existence d'ulcérations vénériennes s'étendant sur les régions tonsillaires et latérales du pharynx ; les amygdales étaient aussi très-engorgées. (Continuer la tisane de salsepareille ; rob Laffecteur ; gargarismes adoucissants d'abord, puis avec la liqueur de Van Swieten.)

Le 15 juin, sous l'influence de ce traitement l'engorgement sous-maxillaire a diminué, mais les ulcérations résistent. Alors nous nous décidons à administrer l'iodure de potassium à la dose de 5 à 20 centigrammes graduellement, sous forme de pastilles contenant chacune 5 centigrammes de ce sel. Le malade prenait une pastille matin et soir, et six jours après, deux soir et matin, en laissant une heure d'intervalle entre deux pastilles.

Après quinze jours de ce traitement, la gorge était parfaitement nette ; les ulcérations avaient disparu ; l'iodure de potassium n'avait pas été porté au delà de 20 centigrammes par jour. Néanmoins, nous crûmes devoir faire continuer l'usage des pastilles d'iodure et de la tisane sudorifique.

Vers la fin de juillet, sous l'influence de la marche et des grandes chaleurs, le malade se plaignit d'une vive irritation de l'anus, qui était le siége d'un érythème vif occupant tout le pourtour de l'anneau et s'étendant sur la partie interne des fesses. (Lotions émollientes et narcotiques d'abord, puis saturées et sublimées ; bains généraux.)

Le 10 août, l'érythème a disparu ; mais la douleur persiste, plus vive au moment de la défécation ; le toucher anal constate une constriction très-douloureuse du sphincter et une dureté linéaire avec fissure sur le côté droit de l'anneau. (Pommade à la belladone, puis au sesquichlorure de fer.) Pas d'amélioration sensible.

Le 25 août, des condylomes s'étaient développés au pourtour de l'anus, dont l'un, très-gros, sur le bord antérieur de la fissure. (Ablation avec les ciseaux ; cautérisation de la fissure et de la plaie avec le nitrate d'argent ; repos, régime doux ; continuer les pastilles iodurées.)

Le 10 septembre, le malade souffrant toujours quoique non constipé, on essaye de la dilatation graduée avec des mèches, mais il faut bientôt renoncer à ce moyen trop douloureux. Huit jours après je pratiquai l'incision du sphincter. Le malade sortit guéri au bout de quinze jours. Cependant les petits condylomes n'avaient pas été opérés ; sous l'influence de l'iodure de potassium, ils disparurent complétement. L'iodure de potassium, à la dose de 5 à 20 centigrammes graduellement a donc suffi pour compléter ce traitement dépuratif, qui a duré cinq mois sauf quelques interruptions (une semaine chaque mois environ), et pendant lesquelles le malade prenait un ou deux purgatifs.

II. *Scrofules. — Bronchite chronique. — Aménorrhée. — Emploi de l'iodure de potassium. — Guérison.*

Mlle A. M..., âgée de quinze ans, habite une ville des Vosges ; son tempérament est lymphatique, elle a eu des ganglions engorgés au cou, et présente une légère déviation de l'axe vertébral. Il y a trois ans, les règles ont voulu paraître, et ne durèrent que quelques mois.

Dans le courant de l'été de 1855, nous vîmes la malade affectée d'une bronchite datant de six mois. — Antimoniaux, béchiques, pastilles d'iodure de potassium ; armoise.

Le 15 août, les règles n'ont pas reparu encore, la toux est moins forte. On fait cesser les antimoniaux et les béchiques ; s'en tenir à l'iodure de potassium, 4 à 6 pastilles de 5 centigrammes chaque jour. Régime substantiel. Ce traitement fut suivi avec persévérance pendant

---

nitrite de soude. Deux graines d'*hélianthus* ont été aussi semées dans ces sols artificiels, et l'expérience a été arrêtée quand la végétation a paru tout à fait stationnaire.

Les diverses hauteurs de la plante étaient de 9, 11, 12 et 16 centimètres ; après avoir séché, pesé et analysé les diverses semences, on a trouvé pour résultat :

1° Que les rapports des poids de la semence étaient à celui de la plante, comme 1 : 4,6 ; 1 : 8 ; 1 : 11 ; 1 : 31 ;

2° Que les quantités d'azote assimilé étaient 2, 6, 10, 25 milligr.

3° Que les quantités de carbone empruntées à l'air étaient représentées en centimètres cubes d'acide carbonique par les nombres 5, 11, 17, 41.

On voit par ces chiffres qu'il est impossible de mieux démontrer l'influence des azotes assimilables. Mais nous ne pensons pas que cette végétation tout anormale puisse suffire à démontrer la non-intervention de l'azote de l'atmosphère.

— De la science elle-même, de ses découvertes journalières et de ses magnifiques conquêtes à l'histoire de ses tendances, de son avenir et des bienfaits que nous pouvons en attendre, il n'y a qu'un pas. Nous ne sortirons donc point de la ligne que nous nous sommes tracée en appelant votre attention sur l'œuvre remarquable d'un des plus ardents pionniers de la science.

« Autrefois, dit-il, vulgariser la science, c'était exposer en langue commune ce qui pouvait être mis à la portée de tous. Aujourd'hui, c'est quelque chose de plus que cela.

» Vulgariser la science, c'est raconter dans la langue de tout le monde les efforts de la science pour arriver à la constitution d'un ordre social nouveau, c'est-à-dire d'un nouvel organisme matériel et d'une doctrine nouvelle. »

Cette simple citation, extraite du premier volume des *Essais scientifiques* (1) de M. V. Meunier, est comme la formule qui résume la vie et les efforts d'un homme entièrement consacré à la science ; qui, après lui avoir voué le culte le plus intime, a voulu répandre dans les masses tout ce qu'elle peut nous accorder de bien-être, de facilité pour aller vers le bien, et pour accomplir les œuvres les plus grandioses et les plus gigantesques. Rude aux premières approches, la science s'est bientôt adoucie ; plus on se donne à elle, et plus elle rend grande notre somme de bonheur. Suivons-la siècle par siècle ; voyons-là creuser petit à petit le lit où couleront un jour à pleins flots ses sages enseignements. Persécutée et forcée de courber le front, elle s'incline comme le roseau sous le vent pour se relever après, pleine de force et de vie. Véritable apôtre de la science, écoutez M. V. Meunier vous dire l'avenir réservé à celle qui possède toutes ses affections. Ce n'est plus le calme froid du raisonnement, non ; le poëte s'éveille sous la robe du docteur, et célèbre ce siècle heureux où les progrès de la science nous conduiront enfin à ce nouvel âge d'or que l'on pourra justement appeler l'abondance universelle.

(1) *Essais scientifiques*, par M. Victor Meunier, rédacteur en chef de l'*Ami des sciences*, 1er vol. Paris, 1857.

Jetons seulement un regard sur ces dernières années : quels changements dans le bien-être des hommes! Voyez-vous ces voies ferrées, cette télégraphie électrique! quoi de plus étonnant, de plus miraculeux! La parole traverse l'espace avec la rapidité de la foudre, elle marche à travers les flots, comme à travers les airs : rien ne l'arrête! La vapeur nous entraîne et fait disparaître les distances : je n'ose interroger tout ce qu'il y a de puissance et de génie dans ces machines qui fonctionnent chaque jour sans relâche. Aujourd'hui il n'est plus possible de ne pas se laisser enthousiasmer par ces magnificences de la science : elle règne par sa puissance, elle règne par ses bienfaits.

Mais il ne nous appartient plus maintenant de célébrer la science ; dans son *Apostolat scientifique*, M. Meunier chante, grandit, s'élève, et finit par planer si haut, que ce qui n'est pas *science* ne semble plus que choses petites et infimes. Nous voudrions, à la suite de cette plume ardente et inspirée, vous conduire sur la haute montagne, et vous montrer les champs immenses qui se déploient sous nos yeux et qui doivent être à nous.

Aimons donc la science, car elle « n'est pas seulement l'inspiration des arts, elle est aussi pour les modernes ce que la religion fut aux époques de foi, ce que la sainte philosophie fut dans l'antiquité pour ceux qui surent vivre et mourir : un refuge, une consolation, un flambeau! »

L'*Apostolat scientifique* ouvre dignement les essais de M. V. Meunier : et nous serions heureux de voir nos lecteurs lire et relire ces pages si pleines de conviction, écrites par un homme qui a su par son travail et son talent acquérir une des plus belles places dans la littérature scientifique.

Dr E. RENAUD.

plusieurs mois ; l'appétit augmenta, la toux finit par céder complétement, les règles reparurent, les forces et l'embonpoint suivirent.

Consulté de nouveau en janvier 1856 au sujet de la constitution de la malade, nous fîmes reprendre et continuer l'iodure de potassium qu'on avait abandonné, à tort suivant nous, et nous conseillâmes à la mère d'attendre encore quelque temps avant de soumettre sa fille à un traitement orthopédique, comme elle en avait l'intention. L'été et l'automne furent consacrés à ces soins, l'iodure a été continué avec persévérance pendant le traitement orthopédique, dans la proportion de vingt jours chaque mois, 4 à 6 pastilles de 5 centigrammes par jour.

Aujourd'hui la jeune fille est bien rétablie; elle ne tousse nullement, elle est parfaitement réglée, ses forces sont doublées, et la déviation de sa taille est à peine visible.

III. *Conjonctivite scrofuleuse avec kératite.* — *Guérison.*

Deux enfants des environs de Versailles, frère et sœur, âgés de sept à dix ans, d'une constitution manifestement scrofuleuse, nous furent présentés l'été dernier, affectés d'une conjonctivite avec photophobie intense et suffusion de la cornée. On avait employé sans succès divers collyres astringents et narcotiques, plus un vésicatoire au bras gauche.

J'ordonnai à chacun 5 centigrammes de tartre stibié et 5 décigrammes de scammonée le lendemain; pédiluves salés, lotions de sureau et de pavots, deux pastilles d'iodure de potassium, une le matin, une le soir; augmenter d'une pastille tous les quinze jours; supprimer le vésicatoire. Après deux mois de cette médication régulièrement suivie, les deux enfants me furent ramenés guéris; le petit garçon seul avait conservé sur la cornée droite une taie qui a beaucoup diminué depuis.

TRAITEMENT DE L'ANÉMIE ET DE LA CHLOROSE
par une nouvelle préparation ferrugineuse.

Par M. le docteur J. Bodin.

Les nombreux travaux entrepris depuis une vingtaine d'années par les praticiens les plus distingués de la France comme de l'étranger ont prouvé jusqu'à la dernière évidence les heureux résultats des préparations ferrugineuses dans l'anémie, la chlorose, les cachexies, en un mot dans toutes les affections qui sont liées, comme cause ou comme effet, à un appauvrissement, à une *déglobulisation* du sang. Les recherches des plus habiles chimistes ont eu pour conséquences la découverte et la formation de nouveaux produits réunissant dans un composé binaire, ou plus complexe encore, les éléments les plus propres à corriger cette altération du *fluide vital*, ou tout au moins l'application à la thérapeutique et la vulgarisation de sels jusqu'alors inusités en médecine et relégués comme réactifs seulement ou comme curiosité sur les tablettes des laboratoires.

Certes, de ces produits il en est un grand nombre qui jouissent d'une réputation méritée. Cependant il en est quelques-uns, nous pourrions dire le plus grand nombre qui, en raison des idiosyncrasies, des susceptibilités particulières des malades, ne peuvent être indistinctement supportés par toutes les organisations. Chez les unes ce sera l'acide, chez les autres le métalloïde qui accompagne le fer, qui ne pourra être supporté par l'appareil digestif, qui sera repoussé par les organes d'assimilation, et la chose est facile à comprendre. Le ventricule n'est pas une cornue, un alambic, un vase inerte dans lequel s'opèrent les transformations des corps inorganiques comme sur la table ou sur le fourneau du chimiste. Les produits artificiels du génie humain n'égaleront jamais ceux qui sortent du merveilleux laboratoire de la nature.

Aussi peut-on hardiment affirmer que, toutes les fois que se trouveront comparativement employés un médicament formé de toutes pièces par l'industrie de l'homme et un autre dans la composition duquel entreront les mêmes éléments, mais qui aura été simplement recueilli ou à la surface ou dans les profondeurs de la terre, la supériorité de ce dernier se manifestera de la façon la plus évidente.

Ces réflexions nous sont venues à l'esprit à l'occasion d'un nouveau produit à base ferrugineuse, qui a été présenté récemment à l'Académie de médecine, laquelle, sur le rapport de son savant chef des travaux chimiques, M. O. Henry, lui a accordé son éclatante approbation.

Nous voulons parler des eaux ferro-magnésiennes crénatées de Vittel (Vosges), dont les sources offrent à quelques mètres de distance la réunion de trois propriétés différentes qui viennent en aide les unes aux autres. Diurétiques, purgatives et ferrugineuses, ces trois sources donnent le moyen de pourvoir presque simultanément à la plupart des indications.

Pour ne parler ici que des produits ferrugineux de Vittel, nous ferons observer que dans le dépôt que forment en immense quantité ces eaux au fond et sur les bords des bassins où elles coulent, l'analyse chimique a constaté 55 p. 0/0 de fer, et 14 de manganèse, ce métal dont des travaux récents ont constaté les heureux effets dans une foule de cas où les ferrugineux seuls étaient infidèles. Les sels magnésiens et calcaires y corrigent les effets trop astringents reprochés avec raison aux préparations ferrugineuses pharmaceutiques, et agissent de la manière la plus salutaire dans les affections gastro-intestinales, qui sont si souvent le prélude ou la conséquence de la chlorose ou de l'anémie.

Ce dépôt, simplement recueilli sans altération aucune, recouvert d'une légère couche de sucre, et composant un bonbon des plus agréables, ce qui ne nuit jamais lorsqu'il s'agit d'administrer un médicament à des enfants ou à des femmes délicates, constitue les *dragées ferro-magnésiennes crénatées* de Vittel, dont l'usage tout récent tend à prendre une extension de plus en plus grande.

Nous nous bornerons aujourd'hui, comme exemple de leur efficacité, à citer les trois observations suivantes, que nous devons à l'obligeance d'un des praticiens les plus recommandables et les plus expérimentés d'une de nos grandes villes du Midi :

M. Pierre B..., âgé de douze ans, tempérament lymphatique, était atteint depuis un mois d'une névralgie occipitale, qui prit après deux ou trois jours le caractère intermittent, et fut vite jugée par les antipériodiques. Mais elle reparut au bout de huit jours sans aucun caractère d'intermittence ou de rémittence. L'état du pouls, la langueur des yeux dénotaient chez cet enfant une grande atonie. Avant d'avoir recours aux anti-spasmodiques, on eut recours aux ferrugineux, et l'on prescrivit de préférence les dragées de Vittel, qui furent prises à la dose de 14 par jour.

Dès le quatrième jour, les maux de tête avaient cessé; le pouls ne tarda pas à se relever; le regard reprit de la vie, et cet enfant, qui a continué à prendre pendant deux mois 8 dragées de Vittel par jour, jouit aujourd'hui d'une santé parfaite.

— Mlle Blanche de L..., âgée de quatorze ans, était depuis deux mois dans cet état de pâleur et de faiblesse qui précède souvent chez les jeunes filles la première apparition des règles. Son appétit avait complétement disparu. Les dragées de Vittel lui furent prescrites à la dose de 8 par jour; son appétit ne tarda pas à se réveiller, et au bout de quinze jours les règles parurent avec abondance. Les dragées furent alors suspendues, l'état de Mlle de L... ne laissant rien à désirer. Elle prit encore une boîte de dragées pendant les jours qui précédèrent la seconde apparition des règles, qui vinrent très-naturellement; depuis lors sa santé est excellente.

— Mlle Louise de D..., âgée de dix-sept ans, était, à la suite d'une longue fièvre muqueuse, dans un état d'atonie tel qu'elle se trouvait mal si on la levait pour la mettre sur un fauteuil; sa pâleur était excessive. Plusieurs ferrugineux furent prescrits, mais elle ne put en tolérer aucun. On prescrivit alors les dragées de Vittel, qu'elle prit avec plaisir et qu'elle digéra bien; la dose, qui était dans le principe de 8 par jour, fut graduellement élevée jusqu'à 20. Peu à peu les forces se rétablirent, l'appétit revint avec vivacité, et les règles, qui avaient disparu, reparurent au bout de vingt-cinq jours. Sa santé est parfaite aujourd'hui.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er juin 1857. — Présidence de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Composition et nature du cristallin dans la série animale. — MM. A. VALENCIENNES et FRÉMY communiquent à l'Académie les résultats de leurs recherches communes sur le cristallin des animaux. Ces résultats sont résumés ainsi dans les conclusions du mémoire de MM. Valenciennes et Frémy :

1° Le cristallin d'un mammifère est formé de fibres insolubles dans l'eau, et réunies au centre par une substance albumineuse, coagulant vers 65 degrés, mais devenant transparente et ambrée par l'action prolongée de l'alcool, et réunies à l'extérieur par une matière albuminoïde non coagulable par l'ébullition dans les conditions indiquées, ne bleuissant pas sous l'action de l'acide chlorhydrique, et que nous appelons *métalbumine*.

2° Ces deux substances distinctes anatomiquement, et constituant deux parties différentes du cristallin d'un mammifère, doivent être distinguées par un nom spécial : nous proposons pour la portion centrale le nom d'ENDOPHACINE, et pour les couches externes celui d'EXOPHACINE.

3° Les cristallins des oiseaux, des reptiles et des batraciens diffèrent peu de celui des mammifères.

4° Le cristallin des poissons est formé également de deux parties distinctes; l'une corticale, où l'exophacine est composée de métalbumine, et l'autre où le noyau est formé par une substance albuminoïde solide et insoluble dans l'eau, et que nous nommons PHACONINE.

5° Les fibres des cristallins des mammifères réunies par l'albumine ou par la métalbumine, pour former l'endophacine ou l'exophacine du cristallin, ont beaucoup d'analogie avec la phaconine des poissons.

Altération morbide des cristallins. — Le cristallin atteint de cataracte a éprouvé une modification qui rappelle jusqu'à un certain point celle que l'on constate dans un cristallin exposé à l'action de l'alcool ou à celle de l'eau bouillante.

L'albumine et la métalbumine, qui constituent le cristallin sain d'un cheval, sont devenues, par l'effet de la maladie, insolubles dans l'eau, et ont formé des membranes légèrement opaques que l'on peut séparer facilement les unes des autres.

Cette modification n'est pas due, comme on l'a dit, à du phosphate de chaux, qui aurait modifié les propriétés de l'albumine; mais en soumettant ces membranes à l'analyse, nous avons reconnu qu'elles ne laissent pas plus de cendres que l'albumine ordinaire.

Effets des vicissitudes de la pression atmosphérique. — M. POZNANSKI adresse un travail intitulé *Note sur quelques effets et vicissitudes de la pression atmosphérique*, qu'il résume en ces termes :

1° Pendant les épidémies cholériques, plusieurs individus, tout en jouissant d'une bonne santé, sont atteints d'un ralentissement de pouls très-notable, comme quarante-cinq et même quarante-deux pulsations par minute.

2° Ce ralentissement n'est accompagné pour la plupart du temps d'aucun symptôme ou indice morbide.

3° A mesure du ralentissement de la circulation, le sang devient noir et visqueux, et au contraire il reste normal pendant l'épidémie chez les individus qui ne sont pas atteints du ralentissement en question.

4° Les cas du choléra ne se produisent que parmi les individus atteints préalablement du ralentissement de la circulation.

5° Le ralentissement du pouls, qui devance souvent de plusieurs semaines les symptômes cholériques, peut être considéré comme signe pathognomonique de l'imminence du choléra.

6° Les individus chez qui se manifestait le signe de l'imminence ont toujours évité l'accès du choléra s'ils ont accéléré la circulation du sang par un régime de traitement convenable.

7° Le ralentissement du pouls, comme aussi la prédisposition et les accès cholériques, ont en général été proportionnés au défaut d'énergie de la circulation et à l'excès de pression atmosphérique.

8° Ce ralentissement ne se produit plus chez les bien portants quand l'épidémie a définitivement cessé.

En Angleterre, on a déjà fait des tentatives pour déterminer les individus qui sont sous l'imminence du choléra et modérer ainsi les ravages épidémiques; mais on s'est borné jusqu'ici à l'examen exclusif des organes de la digestion, qui dans la période de l'imminence n'offrent que des signes très-équivoques.

Or le signe pathognomonique de l'imminence du choléra est dans la lenteur du pouls, et l'hygiène publique, en déterminant pendant l'épidémie les individus prédisposés et en accélérant la circulation chez eux, pourrait préserver des populations entières du ravage épidémique. (Commissaires : MM. Serres, Babinet, Andral.)

Formation physiologique du sucre dans l'économie animale. — M. SANSON adresse sur ce sujet un mémoire dans lequel il se propose d'établir qu'il a découvert l'existence de la matière glycogène dans les tissus de la rate, du poumon et des reins chez une vache; il l'a rencontrée également dans le sang veineux, dans le sang artériel et dans le sang de la veine-porte recueilli après ligature préalable du tronc de ce vaisseau à son entrée dans le foie. (Commissaires, MM. Pelouze, Rayer, Cl. Bernard.)

— M. BUSSAGET adresse un mémoire sur diverses questions de physiologie. M. Milne-Edwards est chargé d'en prendre connaissance.

— M. BOUTIGNY écrit à l'Académie pour revendiquer la découverte de l'iodure de chlorure mercureux, qu'il a faite en 1837 ou 1838.

M. Boutigny revendique aussi la priorité de l'emploi de ce sel contre les affections de la peau, et ce n'est qu'après en avoir constaté lui-même les bons effets qu'il aurait engagé M. Rochard à employer ce sel contre les mêmes affections. (Renvoyé à la commission nommée pour l'examen des notes de MM. Sellier et Rochard.)

Lithotritie. — M. HEURTELOUP, à l'occasion de la communication récente faite par M. Civiale relativement au don qu'il vient d'offrir aux hôpitaux, réclame la priorité pour l'invention des appareils actuellement adoptés par les lithotriteurs et par M. Civiale lui-même. M. Heurteloup termine sa lettre en ces termes :

« En faisant ce don, M. Civiale a sans doute fait un acte louable, duquel je lui suis personnellement reconnaissant, puisque ce don montre l'estime que M. Civiale fait de mes instruments, desquels il tend à perpétuer l'usage; mais cet acte ne saurait, avec raison, servir de prétexte à M. Civiale pour tenter de rallier à lui, sous forme de bienfaisance, dans l'opinion publique, les travaux entrepris pour soulager les calculeux par la *méthode* de broyer la pierre; méthode qui, d'après les preuves imprimées et le jugement de l'Académie des sciences elle-même, porté en 1828, appartient à Gruithuisen. »

Après la lecture de cette lettre, M. ÉLIE DE BEAUMONT a fait l'observation qu'il ne trouvait pas tout à fait fondée la réclamation de M. Heurteloup.

M. VELPEAU s'est exprimé en ces termes :

« Le fait dont il s'agit est bien simple, et je ne vois pas que son énonciation doive provoquer ni éloges ni blâme.

» La lithotritie a été l'objet de récompenses variées de la part de l'Académie : Gruithuisen pour en avoir donné la première idée scientifique; M. Civiale pour l'avoir pratiquée le premier avec succès; M. Le Roy d'Etiolles pour l'invention des instruments qui ont permis de l'appliquer à l'homme vivant; Jacobson pour un instrument d'un ordre nouveau; enfin, M. Heurteloup pour l'invention d'une pince particulière; de même que M. Guillon pour une modification d'instruments déjà connus, ont tous obtenus, à ce titre, des prix, des récompenses ou des encouragements.

» Les instruments, d'abord fort imparfaits, ont dû être incessamment perfectionnés, et ceux d'aujourd'hui sont infiniment meilleurs que ceux des premiers temps de l'opération.

» Mais il est juste d'avouer que le système plus ou moins modifié de M. Heurteloup est à peu près le seul qui soit employé actuellement. C'est lui qui a le plus concouru à populariser le broyement de la pierre, qui a mis cette opération à la portée de tous les chirurgiens, qui en a fait une opération usuelle, une opération qui s'effectue dans les divers hôpitaux, à l'instar des autres opérations de la chirurgie, sans qu'il soit besoin pour cela de salles, de lits ou de praticiens spéciaux.

» On conçoit dès lors que M. Civiale ait profité comme les autres de semblables perfectionnements, et qu'il se serve aujourd'hui sans scrupule des instruments de son confrère, puisqu'ils sont depuis longtemps tombés dans le domaine public. »

M. FLOURENS a répondu qu'effectivement l'instrument de M. Heurteloup avait été récompensé par un prix, et il avait été mis dans le domaine public puisque son auteur l'avait publié; il a ajouté que M. Heurteloup ne contestait à personne le droit de se servir de son instrument, mais qu'il était juste de reporter sur cet auteur le mérite de son invention.

M. CIVIALE a pris ensuite la parole en ces termes :

« Je n'emploie dans mes opérations ni les instruments, ni les procédés proposés par M. Heurteloup; il n'y avait donc pas lieu de les mentionner dans la communication que j'ai faite à l'Académie. Quant à mes premiers instruments, je n'y ai pas renoncé; je les applique aux cas dans lesquels ils sont indiqués. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 27 mai, M. le docteur Perron, ancien directeur de l'École de médecine du Caire, actuellement médecin sanitaire à Alexandrie (Égypte), a été nommé aux fonctions de directeur du collége impérial arabe à Alger.

— La prochaine séance de la Société médicale du Panthéon aura lieu demain mercredi, à huit heures très-précises du soir, à la mairie du douzième arrondissement, place du Panthéon.

L'ordre du jour se compose de : 1° Discussion sur l'organisation de l'enseignement médical dans les hôpitaux (communications de MM. Delasiauve et de Piétra-Santa); 2° Des abcès dans l'iris, par M. Courssérant; 3° Du cathétérisme dans les cas d'engorgement de la prostate, par M. Caudmont; 4° Nouveau procédé opératoire pour le bec-de-lièvre, par M. A. Sanson; 5° Communications diverses.

Le Secrét.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 68. — JEUDI 11 JUIN 1857. (30e ANNÉE.) N° 68. — JEUDI 11 JUIN 1857

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 10 JUIN 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

Une source épuisée, une source nouvelle jaillit à côté : — ainsi va le monde. L'alarme avait été jetée dans le monde des buveurs, lorsqu'on apprit que la source des Célestins menaçait de tarir. Mais l'administration veillait à leurs intérêts, et la sonde des ingénieurs, à la manière de la baguette de Moïse, a bientôt fait jaillir une nouvelle source, qui, au dire de la commission des eaux minérales, ne laissera rien à regretter de l'ancienne.

Après cette bonne nouvelle annoncée à l'Académie par M. O. Henry, M. Bérard est monté à la tribune pour lire une note additionnelle à sa précédente communication, relative à l'origine du sucre de la lymphe et du chyle. Cette note, à vrai dire, n'ajoute rien aux faits exposés dans la communication en question; mais elle complète la pensée du savant et disert professeur sur le fond de la question, et marque la limite précise de l'opposition qu'il a entendu faire à la doctrine de M. Bernard, opposition beaucoup plus bénigne que nous ne nous l'étions figuré dans le principe, et avec laquelle les accommodements nous semblent maintenant assez faciles.

Une grave question a été portée devant l'Académie par M. Beau, question qui eût été grosse d'orages il y a une quinzaine d'années, et qui a à peine ému l'assemblée hier. Chargé au nom d'une commission d'un rapport officiel sur quelques faits de transmission contestée de la fièvre jaune dans le port de Brest, M. Beau a très-savamment, très-logiquement et très-courageusement conclu d'un examen sérieux et approfondi des documents confiés à l'Académie, que les sujets morts à Brest, après avoir communiqué avec un équipage contaminé par la fièvre jaune, étaient morts réellement de la fièvre jaune. Ajoutons que M. Beau n'a nullement reculé devant les conclusions naturelles de ce fait. De quelles marques d'incrédulité, de quelles protestations l'opinion de M. Beau n'eût-elle pas été accueillie naguère ! L'Académie tout entière se fût élevée à la voix de Chervin pour étouffer une pareille opinion.

A peine quelques voix se sont-elles timidement fait entendre, moins pour exprimer une manière de voir contraire que pour faire des réserves, et s'assurer que l'opinion du rapporteur n'engageait point celle de l'Académie. Cette assurance acquise, toutes les consciences ont paru rassérénées, et les quelques velléités de discussion qui s'étaient un moment manifestées ont été aussitôt réprimées. Il y a là un fait considérable et qui témoigne d'une modification notable dans les esprits à l'égard des questions de contagion et de mesures sanitaires. La contagion, mot dont on s'effraye tant et qu'il faut bien employer cependant pour exprimer le fait en question, n'a pas dans l'espèce toute la gravité et toutes les conséquences qu'on est généralement disposé à lui attribuer. Elément essentiel de toute épidémie, elle ne les constitue point à elle seule, et si les faits qui font l'objet du rapport de M. Beau prouvent que des sujets affectés de fièvre jaune transportés hors du foyer épidémique peuvent transmettre la maladie dont ils sont atteints, ils prouvent aussi en même temps que cette contagion s'arrête après cette première transmission, et qu'elle ne saurait faire naître une épidémie là où manquent les conditions climatériques et topographiques propres à son développement. C'est ce qu'il eût été intéressant d'entendre discuter....

Mais l'Académie n'était point disposée hier à entendre les développements de ce point important de doctrine épidémiologique ; et l'opinion du savant rapporteur est tombée comme un germe infécond sur la stérile indifférence de ses collègues, ou comme le *contagium* américain devant le tempérament réfractaire des habitants de Brest.

Quant à nous, nous ne voulons pas laisser échapper cette occasion de féliciter M. Beau, pour le zèle et le talent qu'il a apportés à l'examen de cette importante question, qu'une heureuse chance lui a donnée à traiter pour son début académique.

La séance a été close par une présentation de l'honorable M. Serre, d'Alais, correspondant de l'Académie. Le savant auteur des ingénieuses recherches sur les phosphènes a mis sous les yeux de l'Académie une lunette panoptique, qui, soit comme moyen d'exploration, soit comme instrument hygiénique, nous paraît destinée à rendre d'utiles services. On trouvera dans le compte rendu une description détaillée de cet instrument, ainsi qu'un énoncé des divers usages auxquels il est propre. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Des femmes en couches.

Les conditions au milieu desquelles se trouvent les femmes en couches sont tellement variées et soumises à des influences si nombreuses et à la fois si terribles, qu'on ne saurait trop insister sur les soins que réclame cet état. Il serait trop long, sans doute, de vouloir envisager d'un seul coup tout ce qui se rapporte à cette thérapeutique ; aussi ne parlerons-nous aujourd'hui que de quelques-uns de ces accidents.

Il arrive parfois que les femmes récemment accouchées se plaignent de douleurs excessives étendues à tout l'abdomen, et l'on n'hésite pas à les attribuer à une métro-péritonite. Cependant le frisson initial, ce symptôme solennel de la péritonite, fait défaut, les traits ne sont pas altérés. Si l'on s'en rapporte exclusivement à la douleur, on voit que les parois abdominales sont très-souvent le siége de souffrances déterminées par l'expulsion du fœtus, l'utérus aussi supporte difficilement le poids de l'intestin. Il devient donc nécessaire de se livrer à un examen plus minutieux ; car l'accumulation des matières fécales est de la plus haute gravité, et le plessimétrisme démontre alors que les douleurs n'existent que sur le trajet de l'intestin distendu par les fèces. Aussi l'on verra souvent, à la suite d'un lavement laxatif, des douleurs intolérables disparaître d'une manière très-rapide.

Mais il n'en est pas toujours ainsi ; quelquefois la douleur n'est pas généralisée à tout l'abdomen, elle réclame d'autres moyens, comme nous allons le voir dans l'exemple suivant : Une femme de vingt-huit ans, primipare, accouche dans le service ; le travail s'opère naturellement, l'écoulement des lochies est assez abondant. Deux jours après l'accouchement, avant que la fièvre de lait se soit établie, elle accuse une violente douleur dans le bas-ventre, douleur augmentant par la pression, et la main appliquée sur l'abdomen perçoit manifestement des contractions utérines qui exaspèrent les souffrances de cette femme. Le faciès était d'ailleurs bon, le pouls large. On limita l'utérus par le plessimétrisme, et il devint facile de reconnaître que la douleur ne se manifestait pas dans la partie supérieure de la matrice, mais dans la partie inférieure de cet organe. Les intestins étaient uniformément sonores, sans être néanmoins trop distendus par du gaz ; en même temps le toucher vaginal ne trouvait aucune tumeur stercorale. Les accidents n'étaient donc pas dus à une accumulation de fèces ; il fallait en rechercher la cause ailleurs. On ne pouvait cependant y reconnaître une inflammation du péritoine, en raison du siége de la douleur (partie inférieure de l'utérus), et la malade n'avait ressent aucun frisson, aucune fièvre. Or, dans le col de l'utérus, on sentait un corps mou qui oblitérait complétement l'ouverture de cette cavité. Une première tentative pour pénétrer dans la matrice avait été infructueuse ; mais les contractions utérines s'étant reproduites avec plus de violence à la suite de cette manœuvre, on retira du col un caillot assez volumineux, et plusieurs autres caillots furent ainsi amenés au dehors. Quelques heures après, toute douleur avait disparu.

Il semblerait superflu d'insister sur cette circonstance, l'accouchement étant constamment suivi de l'expulsion de caillots ; mais, en rapprochant ce fait de ce qui survient dans le carcinôme de l'es-

LETTRE SUR CONTREXEVILLE.

Cher confrère et ami,

Fidèle à ma promesse, je viens vous entretenir un instant de mon excursion dans les Vosges, et vous raconter tout ce que j'ai déjà vu depuis mon séjour à l'établissement des eaux minérales de Contrexeville. Pour ne point abuser des précieux moments de nos lecteurs, je serai aussi bref que possible, tout en m'efforçant cependant de ne rien omettre d'instructif et d'intéressant.

Contrexeville, cette chétive commune de l'arrondissement de Mirecourt, n'eût jamais songé à sortir d'un profond oubli, si le 10 janvier 1760, le docteur Bagard, premier médecin du roi, président et doyen du collége de médecine de Nancy, n'était venu lire à la Société royale des sciences et des arts de cette ville, un mémoire dans lequel il rendit compte de la composition chimique d'une source minérale récemment découverte au milieu même du village.

Des guérisons généralement regardées comme désespérées fixèrent bientôt d'une manière toute spéciale l'attention publique sur l'application des eaux de Contrexeville au traitement de quelques maladies ; mais ce ne fut qu'en 1774 que le docteur Thouvenel posa la première pierre de l'établissement si remarquable qui existe aujourd'hui, et qui se trouve dans une presqu'île formée par le Vair et par un ruisseau qui vient de Surianville. Il renferme trois sources : l'une dite du *Pavillon* (celle dont on boit), qui fournit environ 52,000 litres d'eau en vingt-quatre heures, et celles des *Bains* et du *Quai*, uniquement destinées à l'usage externe.

Essentiellement alcaline et un peu ferrugineuse, l'eau de Contrexeville est à la température de 12 degrés centigrades ; sa saveur est fraîche et acidule. M. O. Henry, cet habile chef des travaux chimiques de l'Académie de médecine, l'a analysée sur les lieux, et vous savez quelle proportion notable de bi-carbonate de chaux, de magnésie, de sulfate anhydre de chaux et de chlorure alcalin il a trouvée, sans préjudice des sels ferriques et de l'acide carbonique libre. En présence d'une aussi riche répartition de principes fixes et minéralisateurs, il est facile de prévoir combien les eaux de Contrexeville sont susceptibles d'agir comme agent modificateur et d'exercer une action puissante sur des organes malades : c'est bien, en effet, ce qui a lieu.

L'exercice de la médecine est ici fort peu varié : la grande majorité des buveurs est affectée de la gravelle. Je fais en ce moment une collection anatomo pathologique de concrétions urinaires, et je classe dans des casiers différents les graviers d'acide urique, de phosphate ammoniaco-magnésien, de phosphate de chaux et d'oxalate de chaux qui me sont présentés, et il m'est permis de vérifier l'exactitude de cette assertion que j'avais déjà lue dans les ouvrages spéciaux, à savoir : que les eaux de Contrexeville conviennent pour toute espèce de gravelle *indistinctement*. Du reste, je vais laisser à M. C. James le soin de vous décrire leur mode d'action :

« On peut se représenter l'eau de Contrexeville comme formant de véritables courants à travers la substance du rein, les bassinets et les canaux urinaires ; ces courants, entraînant avec eux les mucosités et les concrétions, leur font franchir les uretères, et facilitent par suite leur chute dans la vessie. L'urine, ou plutôt l'eau minérale, parvenue dans ce réservoir, y séjourne assez pour agir sur ses parois. Celles-ci, vivement stimulées, se contractent avec plus d'énergie, et expulsent en même temps que les urines les graviers ou même les calculs dont le volume est en proportion avec l'ampleur de l'urètre.

» Indépendamment de ces phénomènes d'élimination, les eaux de Contrexeville semblent exercer une action directe sur la matière lithique elle-même. Plongez un de ces calculs dans le bassin de la fontaine où l'eau se renouvelle continuellement, et au bout d'un certain temps il vous offrira des traces de dissolution (1). »

Le catarrhe de la vessie, qui reconnaît si souvent pour cause l'influence du froid et de l'humidité et qui s'observe si fréquemment chez les vieillards, est très-heureusement modifié par une saison à Contrexeville. M. Mamelet, qui a exercé la médecine ici pendant plus de quarante ans, a consigné des observations très-concluantes de guérison auxquelles je pourrai peut-être joindre plus tard un petit contingent.

J'hésite vraiment à vous parler de la goutte, car il y a si longtemps que cette redoutable diathèse fait le désespoir de la science, que je serais bien mal avisé de vous entretenir des *cures* obtenues à Contrexeville ; je ne l'essayerai même pas. Seulement, dans la goutte atonique et dans la goutte compliquée de gravelle, M. Mamelet, dont je vous ai déjà cité le nom, a obtenu de très-beaux succès, et cela se comprend très-bien, puisque M. le docteur C. James a péremptoirement établi dans son ouvrage que les eaux de Contrexeville, administrées pour combattre l'affection goutteuse, *redonnent de la souplesse aux muscles et aux ligaments, et qu'elles préviennent ensuite les incrustations tophacées qui amènent si souvent l'ankylose.*

Les autres malades qui sont ici sont atteints d'engorgement du foie, de calculs biliaires, de colique néphrétique et d'hématurie ; quelques dames y sont également venues pour des accidents chlorotiques et dysménorrhéiques.

A cinq heures du matin, tout le monde est réuni à la fontaine du

(1) *Guide pratique aux eaux minérales*, p. 205 et 206.

tomac, ne voit-on pas la reproduction du même phénomène? Ici un caillot volumineux oblitérait le col de l'utérus, provoquait des contractions utérines assez violentes, qui épuisaient la malade; dans le cancer du pylore, l'estomac se contracte énergiquement pour expulser le peu d'aliments qu'il renferme, et dans l'un comme dans l'autre cas, ces phénomènes donnent naissance à des douleurs. Mais, indépendamment de cette circonstance, si l'on se rappelle que le col de l'utérus est déchiré par le fœtus au moment où il traverse ce canal, on comprendra qu'il était urgent d'extraire ce caillot; en effet, placé au milieu des conditions qui favorisent la putréfaction, température élevée, humidité, air atmosphérique, il serait devenu infailliblement la cause d'une résorption putride, comme nous allons le démontrer.

Dans ce qui précède on n'a vu que des circonstances locales affectant seulement un organe et laissant l'organisme en quelque sorte étranger à ce travail morbide. A côté de ces faits, il convient de placer ceux où l'économie entière est violemment ébranlée; la malade est alors enlevée avant qu'il ait été permis de chercher à la soustraire à la cause pathogénésique. La fièvre puerpérale, expression vague à l'aide de laquelle on a défini la plupart de ces accidents, ne nous semble pas donner une explication judicieuse de ce qu'on observe alors; aussi allons-nous entrer dans quelques détails. Une femme entra dans le service avec tous les symptômes d'une septicémie (altération du sang par des matières septiques); elle était enceinte de quatre mois. La maladie poursuivant sa marche, on vit se développer successivement tous les phénomènes de fièvres graves. Cette femme avorta; les injections à grande eau dans l'utérus ne furent pas pratiquées comme on les avait prescrites, etc. La mort survint trente-six heures après l'accouchement, au milieu de frissons violents, sueurs profuses et visqueuses, accidents cérébraux. L'autopsie montra les plaques de Peyer en voie de cicatrisation, mais à l'entour des trompes il existait des fausses membranes, lesquelles étaient *infiltrées de pus;* l'utérus renfermait une boue sanieuse, noirâtre, les veines utérines peu développées présentaient à leur surface interne un pointillé très-rouge, mais elles ne renfermaient pas de pus. En même temps il y avait dans la substance du foie des abcès multiples. Dans cette observation il serait peu rationnel d'admettre que le pus ait été résorbé en nature dans l'utérus par les ouvertures béantes des veines, puisqu'on ne rencontra pas de pus dans ces vaisseaux. Mais la péritonite qui existait à l'entour des trompes, le pus qui s'y était formé, suffisent amplement pour nous expliquer la pyémie et la rapidité de la mort.

C'est ici qu'il importe d'insister sur l'influence désastreuse des liquides septiques, dont la présence dans l'utérus est accusée par l'odeur qui se répand sous les couvertures.

L'utérus, après avoir expulsé un poids énorme, le fœtus et ses annexes, reste encore largement ouvert, même après sa rétraction; le col et le vagin ne sont guère moins dilatés, et les muscles abdominaux ont été trop distendus par la gestation pour pouvoir comprimer la matrice. Or le sang qui se trouve dans cet organe se putréfie en *moins de trois heures;* il s'opère alors une résorption de liquides putrides au milieu desquels il devient impossible de retrouver les globules du sang, car la putréfaction les a détruits. C'est à ce moment qu'on voit les malades mourir d'une manière très-rapide au milieu des phénomènes septicémiques dont elles portent en elles la cause permanente et incessante.

C'est dans le but de prévenir ces accidents formidables que nous insistons depuis longtemps sur les injections utérines. Comment faut-il pratiquer ces injections? On les poussera d'abord lentement, afin de ne pas lancer de putrilage dans les vaisseaux. Dès que l'on n'a plus à craindre cet accident, on pratique les injections avec plus de force et sans appréhension, et l'eau pure peut pénétrer dans les veines sans amener aucun phénomène fâcheux; ainsi, lorsqu'un homme expire par défaut de sang, on entretient la vie en injectant dans les veines de l'eau à 38° jusqu'à ce que l'on ait du sang pour pratiquer la transfusion.

A quelle époque est-il urgent de faire ces injections? C'est au moment même où la parturition vient d'avoir lieu, avant comme pendant la fièvre de lait, et l'on ne cessera cette pratique qu'à l'instant où la femme ne répandra plus d'odeur, et quand l'eau injectée sortira de l'utérus aussi inodore qu'elle y avait été introduite.

Les phénomènes que nous venons d'analyser ne sont pas les seuls que présentent les femmes en couches; il en est encore d'autres sur lesquels prochainement nous attirerons l'attention. Nous n'avons voulu parler aujourd'hui que des faits les plus fréquents de la pratique obstétricale. J. D.

HOSPICE GÉNÉRAL DE ROUEN. — M. DUCLOS.

Observation de hernie inguinale droite entéro-épiploïque, irréductible, mortelle, à la suite de l'inflammation du sac, étendue au reste du péritoine.

Un vieillard âgé de soixante-dix ans, résidant à l'Hospice-Général, portait deux hernies inguinales, l'une à droite, l'autre à gauche. Ces deux hernies étaient irréductibles; toutefois, la hernie du côté droit admettant une réduction partielle, il portait un bandage de ce côté.

Quelques jours avant le 8 mai, ce malade ressentit une douleur vive dans la hernie du côté droit. Sous quelle influence avait eu lieu cette souffrance? était-ce l'effet d'un étranglement de l'intestin, ou d'un froissement produit par le bandage, ou bien enfin du refroidissement qui peut, la prédisposition générale aidant, amener l'inflammation d'un sac herniaire et de l'intestin qu'il renferme, comme il produit la pleurésie, l'angine, etc.? La cause est restée obscure au premier abord. Ce qui s'est passé dans les jours suivants a montré que l'on avait affaire, non pas à un étranglement de l'intestin, mais à une inflammation de la hernie qui s'est généralisée.

Le 8 mai, le vieillard fut couché à la salle Saint-Martin, et le traitement qu'on lui fit fut celui qui s'applique à l'engouement d'une hernie irréductible. Cataplasmes sur la tumeur; lavements purgatifs; bains chauds; bouillon de veau. On chercha à réduire la hernie. Sous l'influence de ces moyens, la tumeur diminua en partie, tout en restant douloureuse. Il n'y avait pas de vomissements, la constipation seule existait; les lavements purgatifs évacuèrent l'intestin.

Le 9 mai, la hernie était réduite en partie, le cours des matières avait lieu, les vomissements n'étaient pas survenus; les symptômes généraux n'indiquaient pas chez le malade un état local grave. On se borna à maintenir des cataplasmes sur la tumeur, et on prescrivit le bouillon de veau.

Le 10, encouragé par l'absence de réaction et par l'apparente prostration du vieillard, on lui accorde un potage; après l'ingestion de cet aliment, il s'endort; mais à son réveil un effort de toux fait sortir la hernie; des vomissements surviennent, le potage est rejeté, puis des matières muqueuses sont vomies. Jamais les vomissements n'allèrent jusqu'à rejeter des matières bilieuses ou stercorales.

A cette époque, la hernie constituait une tumeur douloureuse, plus volumineuse, irréductible. — Bain; une bouteille d'eau de Sedlitz, qui ne produit d'évacuation que grâce à l'action d'un lavement purgatif; il en résulte six selles liquides peu abondantes.

Le lendemain 11, la hernie était moins volumineuse, mais toujours douloureuse; l'affaissement du malade avait augmenté, le pouls avait 75 pulsations par minute; mais ce chiffre normal dans l'état de santé était très-peu élevé, eu égard aux désordres que l'autopsie a révélés. Le malade mourut trois heures après la visite du matin, après plusieurs vomissements de matières muqueuses.

Autopsie. — Le 13 mai, l'ouverture de l'abdomen nous a montré que la hernie irréductible du côté gauche était composée tout entière d'une masse épiploïque dépendant du grand épiploon, et adhérente au sac et au collet du sac de manière à oblitérer l'orifice abdominal du canal inguinal.

Des adhérences partielles de l'épiploon au feuillet pariétal du péritoine, nous ont révélé l'existence d'inflammations antérieures qui ne s'étaient pas généralisées.

Du côté droit, la hernie était composée d'une portion d'épiploon irréductible adhérente au sac, qui lui-même adhérait au tissu cellulaire sous-cutané, et d'une anse d'intestin grêle longue de 15 centimètres environ. Cette anse intestinale, entourée de sérosité, était d'un rouge brun noirâtre; mais cette couleur, cet état de l'intestin ne se bornaient pas au collet du sac, l'intestin offrait le même état anatomico-pathologique dans l'étendue de 5 centimètres au-dessus du collet du sac, dans la cavité abdominale et sur le bout supérieur.

Tout le reste de l'intestin était couvert d'arborisations vasculaires caractérisant l'inflammation du péritoine; de la sérosité existait en notable quantité dans la cavité du petit bassin; on n'observait pas d'autre produit de l'inflammation, fausse membrane, etc.

Deux anses d'intestins offraient une teinte gris-âtre ardoisée qui paraissait être l'effet de l'inflammation plus vive en ce point. On n'a pas pu attribuer cette particularité à un effet cadavérique, à cause de la position non déclive de l'une des deux anses observées. On avait supposé un instant que ces portions avaient pu être comprimées dans la hernie; mais, l'intestin incisé, on n'a pas trouvé d'altération du tissu musculaire et muqueux de l'intestin qui pût justifier cette pensée.

Ce fait est pour moi un exemple d'inflammation du sac herniaire et des parties herniées qu'il contenait, qui s'est propagée à tout le péritoine intra abdominal. Je crois qu'il est impossible de supposer un étranglement comme cause de cette inflammation: les vomissements qui sont survenus étaient l'effet, non de l'étranglement plus grand, mais de la généralisation de l'inflammation. L'opération de la hernie étranglée n'eût pas pu guérir ce malade. Les arguments que je résume pour soutenir cette opinion, sont l'absence d'étranglement au collet du sac, la non dilatation du bout supérieur de l'intestin, l'identité du liquide contenu dans l'intestin avant et après la hernie. (*Bull. de la Soc. méd. de Rouen*, 1857.)

TUMEUR SANGUINE DU SINUS MAXILLAIRE,

Par le docteur FINES, de Perpignan (Pyrénées-Orientales).

Paul R..., menuisier, âgé de vingt-six ans, se brûla le palais en mangeant dans le courant de janvier 1855, et il éprouva peu de temps après quelques douleurs du côté de la joue gauche, qui s'enfla. Attribuant cette douleur et ce gonflement à une simple odontalgie, il n'y fit guère attention. La douleur dura peu de temps, mais le gonflement augmenta progressivement, occasionna d'abord un peu de gêne et plus tard (sept mois après le début de la maladie) beaucoup d'inquiétude au malade, qui en parla à l'officier de santé de la localité qu'il habitait. Celui-ci lui conseilla de se faire opérer.

Ce malade vint me consulter le 3 août 1855. Sa tumeur présentait alors les caractères suivants, selon qu'on l'examinait sur la joue ou dans la bouche, où elle faisait également saillie. — Sur la joue gauche on voyait à la partie correspondante à la face antérieure du maxillaire supérieur une tumeur assez régulière, dure, immobile, indolente, sans coloration à la peau, ni fluctuation en aucun point, proéminente de deux centimètres environ. Elle avait refoulé en haut la paroi supérieure du sinus maxillaire et produit un commencement d'exophthalmie; l'apophyse montante du maxillaire supérieur faisait aussi sensiblement saillie; mais la partie la plus proéminente était sans contredit la fosse canine. — Dans la bouche, cette tumeur occupait la moitié antérieure gauche de la voûte palatine; elle était de la grosseur et de la forme d'une demi-noix, plus molle à son sommet, où la fluctuation était plus facile à percevoir si on percutait le point directement opposé. La fluctuation était possible en ce point, car l'os était détruit dans une étendue de 12 millimètres de diamètre environ; il existait là une ouverture accidentelle facile à déterminer à travers la muqueuse. Quand après une forte inspiration il arrivait au malade de cracher un peu de sang, il y avait un peu de dégorgement; la tumeur diminuait de volume et causait moins de gêne.

Il n'y avait eu antérieurement ni coup, ni blessure de vaisseau, ni carie dentaire, ni extension d'une inflammation voisine, c'est donc la brûlure qu'il faut invoquer comme cause probable de cette affection.

De quelle nature était cette tumeur?

L'absence de douleur et la lenteur avec laquelle elle s'était développée m'empêchèrent de supposer une collection de pus.

Pavillon. Là les buveurs débutent par trois ou quatre verres, à un quart d'heure ou vingt minutes d'intervalle; ils en élèvent successivement le nombre jusqu'à dix, douze et quinze verres, et le réduisent dans les derniers jours, de manière à terminer leur saison comme ils l'ont commencée, par trois ou quatre verres. Les bains et les douches sont administrés dans le courant de la journée; mais ce ne sont ici que des moyens purement accessoires.

L'établissement des eaux minérales a une belle apparence, et voici quelles en sont les principales dispositions: De chaque côté d'un jardin gracieusement dessiné, planté de beaux arbres et très-coquettement entretenu, existent plusieurs corps de logis contenant, à droite, les salons de réunion, et à gauche les appartements occupés par les malades; de ces bâtiments partent des galeries circulaires qui aboutissent à un pavillon octogone, clos de vitrages, où est aménagée la source qui sert à la boisson. Tout a été parfaitement disposé près de cette fontaine pour que les buveurs puissent se livrer à la promenade sans être exposés aux intempéries ou aux injures de l'atmosphère. Quant à l'organisation des bains, elle est extrêmement convenable, et rappelle en tous points celle de nos plus confortables maisons parisiennes.

Aux portes même de l'établissement, les buveurs de Contrexeville trouvent de jolies promenades. Le propriétaire actuel s'est rendu acquéreur des coteaux de Bellevue et de la Glacière; l'un d'eux, anciennement planté, conduit par des rampes douces et bien ombragées à une avenue, ainsi qu'aux bois de la commune, à travers lesquels on a percé une fort belle chaussée. Les coteaux offrent sur la vallée les vues les plus gracieuses.

Dans l'intervalle du déjeuner au dîner les malades se rendent souvent à la délicieuse vallée de Chevreroche, véritable oasis au milieu des terrains calcaires, ou bien ils dirigent leurs pas vers un vieux et très-remarquable chêne, le *chêne des Partisans*, comme on l'appelait sous Louis XV.

Lorsque nous conseillons quelques jours de repos absolu dans la prise des eaux, les excursions à Épinal (où le parc presque royal de son vieux château attire tous les ans plus de mille étrangers), Plombières, Gérardmer, Bruyères et Remiremont offrent aux voyageurs les plus jolis sites des Vosges, et il faut à peine quatre ou cinq jours, — temps précisément indiqué dans le cas où on interrompt l'usage des eaux, entre deux saisons, par exemple, — pour visiter ces pittoresques vallées.

Domremy n'est situé qu'à deux lieues au delà de Neufchâteau. Très-souvent, à leur départ de Contrexeville, les buveurs se rendent dans ce lieu si intéressant par le souvenir de Jeanne d'Arc, qui y est vivant encore. L'État et le département entretiennent et restaurent avec le plus grand soin l'antique et modeste demeure de la grande héroïne du quinzième siècle.

Malgré toutes les distractions multipliées que l'administration fait naître ici sous les pas du malade, je ne vous cacherai point que l'on s'y amuse moins qu'à Vichy, et la raison en est bien simple: on ne vient à Contrexeville que pour y combattre des affections morbides, hélas! trop réelles, tandis que plus de la moitié du contingent annuel de Vichy se porte à merveille et n'est attiré que par l'attrait des plaisirs. Du reste, vous le savez aussi bien que moi, médecins, malades et oisifs, commencent à revenir de cet engouement irréfléchi qui leur faisait autrefois considérer l'eau de Vichy comme une souveraine panacée contre les plus dissemblables affections du cadre nosologique et surtout contre l'ennui sans pareil d'habiter Paris au cœur de l'été; le temps et l'expérience ont chaque jour apporté de nouveaux mécomptes thérapeutiques et... pécuniaires!

La lumière tend à se faire de plus en plus. Aujourd'hui les esprits sérieux choisissent avec soin les eaux minérales qui conviennent et s'appliquent directement à la maladie, et font peu de cas des caprices de la mode. C'est un heureux résultat que celui-là, et qui départira désormais les malades près des plus bienfaisantes sources de la France d'une manière beaucoup moins inégale. Le progrès que je vous signale s'accomplit chaque jour, et la preuve, c'est que je suis en ce moment ravi à l'existence parisienne, dans le but de parer aux exigences d'un service médical devenu insuffisant, et que ma lettre, cher confrère et ami, ne vous transmettra mes plus affectueux sentiments que revêtue de l'estampille postale de Contrexeville. Dr LEGRAND DU SAULLE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine, et des causes qui produisent ses variétés maladives; par le docteur B. A. MOREL, médecin en chef de l'Asile des aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure), ancien médecin de l'Asile de Maréville, lauréat de l'Institut, etc. 1 vol. in-8° de 700 pag., avec un atlas in-4° de 12 pl. Prix, 12 fr. A Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille.

Soultzbad, le bain de Soultz (Bas-Rhin), source minérale chloro-iodo-bromurée, monographie par le docteur E. EISSEN, rédacteur en chef de la *Gazette de Strasbourg*, etc., etc., avec 4 pl. lithographiées, 92 pages. Paris, 1857, chez V. Masson, place de l'École-de-Médecine, 17.

Il n'y avait jamais eu ni épistaxis ni écoulement d'une sanie fétide par le nez; le malade n'avait jamais ressenti des douleurs lancinantes; les parties molles extérieures au sinus étaient restées saines : ce ne pouvait donc pas être un polype ou un cancer.

La perforation de la voûte palatine, le développement anormal du maxillaire supérieur pouvaient être la conséquence d'une affection syphilitique; mais ce jeune homme, marié depuis six ans, n'avait eu aucune maladie vénérienne; ses parents, très-bien portants, n'avaient jamais eu aucune affection semblable.

Ce ne pouvait donc être qu'une hydropisie du sinus maxillaire. Dans cette hypothèse, la muqueuse, sous l'influence d'une irritation simple, aurait produit une supersécrétion de mucus, qui, retenu dans le sinus par le rétrécissement ou l'oblitération de son orifice, aurait amené cette tumeur. Mais alors comment expliquer ces crachements de sang accidentels, arrivant subitement et disparaissant de même, crachements de sang peu abondants, il est vrai, mais à la suite desquels le malade éprouvait toujours du soulagement? La tumeur se dégorgeait, et je me sentais soulagé pendant quelques jours, nous a-t-il dit.

Je crus avoir affaire, dans cette circonstance, à une de ces tumeurs sanguines que les auteurs du *Compendium* disent très-contestables. Sous l'influence de la brûlure ou de toute autre cause restée inconnue, il s'est développé une inflammation du sinus maxillaire, qui, au lieu de se terminer par une exhalation muqueuse ou purulente, comme il arrive le plus souvent, s'est terminée par une exhalation sanguine. Le produit de cette exhalation a rempli la cavité du maxillaire d'abord; il l'a dilatée plus tard, au point de déterminer la tuméfaction et la gêne dont nous avons parlé. Quant au crachement de sang, je le supposais produit par une forte inspiration qui agissait dans cette circonstance absolument comme l'aurait fait une pompe aspirante.

Ce fait m'ayant paru fort intéressant parce que ces sortes de tumeurs sont peu ou pas observées, je ne voulus pratiquer l'ouverture de la tumeur que devant un de mes confrères.

Devant le docteur Bonafos, médecin en chef de l'hôpital de Perpignan, je fis, le 4 août 1855, avec un bistouri droit, une incision, longue d'un centimètre, sur la partie la plus déclive de la tumeur. Il sortit aussitôt 80 à 100 grammes d'un sang riche, semi-liquide, dont il était impossible de contester la pureté. Il n'y avait ni pus ni mucosités; du sang pur était seul contenu dans la tumeur, et ce sang ne provenait pas de la lésion d'un vaisseau coupé en pratiquant l'incision, car l'écoulement de sang a duré au plus deux minutes, et la tumeur saillante dans la bouche avait disparu après la ponction. Introduisant alors un stylet mousse par l'ouverture, et le dirigeant dans tous les sens dans la cavité du sinus, je n'ai pas rencontré autre chose que les surfaces osseuses tapissées par le prolongement de la pituitaire. Pour guérir le malade, il fallait donc arrêter l'exhalation sanguine, et, dans le cas où celle-ci continuerait à se faire, laisser une issue au liquide, de manière que la tumeur ne pût pas se reproduire.

Ne jugeant pas que l'air extérieur, qui au reste n'aurait pu pénétrer qu'imparfaitement dans la plaie, fût suffisant pour déterminer la cicatrisation; n'étant pas certain que l'action d'un liquide hémostatique arrêtât l'exhalation sanguine; craignant que la tumeur se reproduisît, je fis avec deux ciseaux droits une incision en V comprenant avec la première incision un espace triangulaire dans lequel j'introduisis un crayon de nitrate d'argent pour empêcher la réunion des bords; j'essayai de produire une fistule artificielle. Le lendemain, j'injectai dans le sinus un peu de perchlorure de fer, et le malade me quitta pour retourner dans son village.

Depuis lors j'ai revu plusieurs fois ce jeune homme, et il y a peu de jours encore. L'œil a repris sa place dans l'orbite; la joue gauche a un peu diminué de volume, mais est restée sensiblement plus développée que la droite. Par l'ouverture qui persiste, il s'écoule quelquefois, quand le malade fait des mouvements de succion, un peu de liquide, ce qui prouve que l'exhalation a encore lieu; mais la tumeur ne s'est pas reproduite, grâce à la fistule artificielle que nous avons faite.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 juin 1857. — Présidence de M. MICHEL LÉVY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet un mémoire sur la fièvre jaune, qui lui a été adressé par M. le docteur Henry Hardy, de la Nouvelle-Orléans. (Commissaires, MM. Louis, Trousseau et Beau.)

— M. le ministre du commerce adresse :

1° Un compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département des Hautes-Pyrénées pendant l'année 1856;

2° Le compte rendu négatif des épidémies du Cantal pour la même année. (Commission des épidémies.)

— Le même ministre transmet les rapports suivants sur les eaux minérales : de MM. les docteurs Peironnel, pour les eaux de Bourboule; Lafon, pour les eaux de Trébas; Buissard et Niepce, pour les eaux de La Motte et d'Allevard; de Puisaye, pour Enghien; Chevalier, pour Chaudesaigues; du même, pour Provins; de Finaz, pour les eaux de Charbonnières; Bardou, pour les bains de mer de Boulogne; Lapeyre, pour les eaux d'Avène, de Crozant, pour les eaux de Pougues; et Cisseville, pour les eaux de Forges. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Ancelet (de Wailly-sur-Aisne), adresse une observation relative à un cas de luxation ancienne du tibia en avant, consécutive à une luxation latérale externe. (M. Malgaigne, rapporteur.)

Action de l'oxyde de carbone sur l'économie. — M. Langlois, pharmacien en chef de l'hôtel des Invalides, adresse un mémoire intitulé *Nouvel examen du gaz provenant de la décomposition de l'eau par le carbone incandescent; action de ce gaz sur les animaux.*

Voici les conclusions de ce travail :

Les expériences faites par M. Langlois lui ont fait constater une fois de plus l'action énergique de l'oxyde de carbone sur l'économie; elles permettent aussi de prévoir les dangers qu'on aurait à redouter, si, comme la pensée en a été émise dernièrement, on voulait un jour s'en servir comme agent anesthésique dans les opérations chirurgicales.

Anesthésiques. Accidents produits par le chloroforme. — M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture de la lettre suivante adressée à l'Académie par M. le docteur Ludger-Lallemand, professeur agrégé au Val-de-Grâce :

« Dans sa lecture sur les anesthésiques envisagés au point de vue médico-légal, M. Devergie a cru pouvoir s'appuyer, pour établir son opinion, sur les expériences d'une commission de la Société médicale d'émulation.

» Rapporteur de cette commission, et ayant dirigé ces expériences qui ont duré une année et qui ont été multipliées plus de 150 fois, je demande la permission d'en préciser la signification devant l'Académie.

» Voici les résultats de nos expériences pratiquées sur des animaux appartenant à diverses classes de vertébrés, résultats dont quelques-uns s'éloignent des faits constatés par d'autres expérimentateurs :

» L'action du chloroforme est en raison directe de l'activité de la respiration et de la circulation. La rapidité et l'intensité des phénomènes anesthésiques sont aussi en raison directe de la quantité de chloroforme administrée dans le même temps, c'est-à-dire du degré de concentration des vapeurs inhalées; mais ils sont identiques quant à leur nature et à leur ordre d'évolution.

» Le chloroforme, par une affinité d'élection, s'accumule dans les centres nerveux, dont il suspend les propriétés excito-motrices, ainsi que la sensibilité et la motricité des nerfs cérébro-rachidiens; l'analyse chimique constate que le cerveau et la moelle contiennent une proportion de chloroforme environ dix fois plus élevée que le sang, et les organes très-vasculaires, tels que le foie.

» Nous avons toujours vu sous l'action du chloroforme la respiration s'arrêter avant la circulation; les battements du cœur et les pulsations artérielles ont continué pendant une durée qui a varié d'une à six minutes après la disparition de tous les mouvements de la respiration.

» Nous avons vu mourir tous les animaux que nous avons abandonnés à eux-mêmes après l'arrêt des mouvements respiratoires, la circulation étant encore en activité.

» Nous avons rappelé à la vie dix fois sur douze les chiens et les lapins chez lesquels nous avons employé l'insufflation pulmonaire pratiquée au moyen d'un soufflet et d'une sonde introduite dans la trachée; l'insufflation n'a été appliquée qu'après la cessation des contractions du cœur, et elle a été continuée jusqu'au réveil des mouvements respiratoires.

» L'insufflation agit en éliminant artificiellement le chloroforme et en stimulant l'excitabilité du système nerveux. Le chloroforme est éliminé très-rapidement de l'organisme; la surface pulmonaire est la voie normale de cette élimination, à laquelle la surface cutanée ne prend qu'une part très-restreinte. La mort ne peut être expliquée par la paralysie du cœur, ni par l'asphyxie due à l'insuffisance d'air pénétrant dans la poitrine pendant l'éthérisation, car nous avons amené la mort, avec la succession des phénomènes indiqués plus haut, en injectant du chloroforme en vapeurs dans la veine jugulaire; de plus, nous avons rappelé à la vie, au moyen de l'insufflation de gaz azoté, des chiens dont le cœur avait cessé de battre.

» Il est vrai que les nécropsies nous ont montré un état de plénitude du système vasculaire à sang noir analogue à celui qu'on observe dans l'asphyxie; mais ce fait tient à la persistance de l'action du cœur et à la diminution de la perméabilité des poumons par suite de l'arrêt de la respiration, double phénomène qui produit l'accumulation du sang dans les cavités droites du cœur.

» La mort nous paraît avoir sa cause première dans l'abolition des fonctions des centres nerveux, perdant successivement leurs propriétés vitales sous l'action stupéfiante du chloroforme qui vient s'accumuler dans la masse cérébro-rachidienne.

» Comme l'intensité et la rapidité de l'action toxique sont proportionnées à la concentration des vapeurs chloroformiques, il nous a paru indispensable, pour la sécurité de l'anesthésie chirurgicale, de les diluer dans une large proportion d'air atmosphérique aussi constante que possible.

» Telles sont les conclusions déduites de nos expériences, et sur lesquelles je désirais appeler l'attention de l'Académie. Je demanderai la permission d'ajouter que j'ai entrepris, de concert avec deux des membres de la précédente commission, MM. Perrin et Duroy, des expériences nouvelles dans le but d'étudier, au point de vue de la physiologie et de l'anatomie pathologiques, l'action sur l'organisme d'autres agents anesthésiques, ainsi que de diverses substances volatiles, médicamenteuses et toxiques. J'en soumettrai le résultat au jugement de l'Académie. »

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Serre (d'Alais) est présent à la séance.

LECTURE.

Glycogénie. — M. BÉRARD lit une note additionnelle au mémoire qu'il a lu dans la séance du 19 mai 1857.

Après avoir démontré, dit M. Bérard, la fréquence du sucre dans le liquide du canal thoracique, je me suis demandé d'où venait ce principe immédiat.

Était-il versé dans le canal thoracique par les lymphatiques du foie, qui auraient puisé dans cet organe un liquide sucré? Cette théorie ne pouvait être acceptée comme explication générale, puisqu'on trouve aussi du sucre dans les vaisseaux afférents au canal thoracique.

Mais on pouvait admettre, peut-être, que le sucre sécrété dans le foie et incessamment emporté par le courant sanguin, dans lequel il n'était pas complétement détruit, transsudait des extrémités des artères dans les radicules lymphatiques et revenait au cœur par le canal thoracique. On a vu dans mon mémoire sur quels motifs je me suis fondé pour rejeter cette seconde explication. J'y vais ajouter une considération décisive.

De quoi s'agit-il? De rechercher si le sucre du chyle, si le sucre de la lymphe, si le sucre du liquide mixte du canal thoracique vient ou non du foie. Il ne pourrait venir du foie que par la circulation sanguine, c'est-à-dire qu'il sortirait du foie avec le sang des veines sus-hépatiques, arriverait au cœur, franchirait l'oreillette et le ventricule droits, parcourrait les artères pulmonaires, les capillaires du poumon, les veines pulmonaires, les cavités gauches du cœur, qui l'enverrait, par l'aorte, à toutes les parties du corps. C'est là qu'un travail endosmotique en introduirait une portion dans les radicules des vaisseaux lymphatiques; le reste reviendrait au cœur par les veines.

Si l'explication est fondée, on doit trouver du sucre dans le sang de la circulation générale, en quelque point du corps que ce sang soit recueilli. Voyons donc ce qu'apprennent à ce sujet les travaux des hommes les plus compétents.

(Ici M. Bérard rappelle les expériences de MM. Bernard, Figuier, Dumas, Geloux, Leconte, Lebman, etc.)

S'il est vrai, ajoute M. Bérard, que, hors l'état passager que M. Bernard nomme débordement sucré, le sang de la circulation générale ne renferme pas de sucre, ce ne peut être le sang qui apporte le sucre qu'on rencontre dans le chyle.

Mais comment concilier ces faits avec ce qu'on professait naguère à cette tribune? Ne vous disait-on pas que toute la masse du sang contient du sucre, non à des périodes éventuelles, mais constamment et lors même qu'on fait jeûner les animaux? Cela tient à ce qu'on a employé le procédé insuffisant de la réduction au lieu de la fermentation. Les faits que je viens d'exposer me suggèrent une remarque.

Toutes les fois qu'on peut à l'aide de la levûre de bière susciter la fermentation dans le sang dûment préparé, on obtient aussi avec ce sang des réductions, des décolorations dans la liqueur cupro-potassique; mais il n'y a pas réciprocité, et il arrive souvent que tel échantillon de sang qui bien manifestement produit des réductions se montre impuissant à exciter la fermentation.

Quelle est donc cette substance qui dans le sang jouit de la propriété de réduire le sel cupro-potassique et ne peut cependant être mise en fermentation? La regardera-t-on comme un sucre en voie de formation, un sucre non fermentescible? Je n'y fais aucune objection. Il me suffit que l'on reconnaisse que cette matière ne peut être la même que celle qui fermente si franchement dans le chyle.

En résumé, chez un animal mis au régime exclusif de la viande, le chyle contient un sucre fermentescible. Ce sucre ne vient pas du foie, puisque les vaisseaux de la circulation générale, seuls agents possibles de transport du foie au système lymphatique, ne charrient pas dans l'état ordinaire de sucre fermentescible.

On ne pourrait attaquer cette conclusion qu'à la condition de démontrer au préalable que la fermentation peut être excitée à volonté et à toute heure dans le sang de la circulation générale. Cette démonstration, je défie qu'on la donne!

Que si, par impossible, on venait à découvrir dans ce liquide un sucre fermentescible, qui jusqu'alors y serait demeuré latent, on n'aurait pas encore prouvé le moins du monde que le sucre du chyle vient du foie.

RAPPORTS.

Nouvelle source des Célestins à Vichy. — M. O. HENRY lit un rapport officiel sur la nouvelle source des Célestins à Vichy, en réponse à une lettre ministérielle du 28 avril dernier.

Il y a environ deux ans, l'eau de la source des Célestins, qui avait suffi jusqu'alors aux exigences du service, parut diminuer notablement de volume. Des travaux multipliés entrepris pour parer au mal, ont été suivis de la découverte d'une nouvelle source voisine de l'ancienne, et qui peut-être même n'est qu'une émanation de la source mère. Quelques essais préliminaires d'analyse ont fait reconnaître son identité de nature avec l'eau des autres sources de Vichy. C'est ce que la commission des eaux minérales a vérifié par une analyse définitive, dont ce rapport donne les résultats détaillés.

La commission propose de répondre à M. le ministre : que l'eau de la nouvelle source des Célestins peut être considérée comme identique à celle de l'ancienne source, et qu'en raison de leur voisinage, on doit croire qu'elles émergent de la même nappe originelle; que tout milite en conséquence pour que l'exploitation de la nouvelle source des Célestins, au point de vue médical, soit accordée aux concessionnaires fermiers, et qu'il faut se féliciter de la découverte de cette source, puisqu'elle assure le service complet de notre premier établissement thermal. (Adopté.)

Importation de la fièvre jaune au port de Brest. — M. BEAU, au nom d'une commission composée de MM. Louis, Gérardin et Beau, rapporteur, lit un rapport officiel en réponse à une lettre ministérielle sur des cas de fièvre jaune importés à Brest en septembre 1856, par la corvette de charge *la Fortune*, venant des Antilles.

Voici en quelques mots le sommaire des faits sur lesquels le ministre consulte l'Académie :

La corvette de charge *la Fortune* est arrivée à Brest le 4 septembre 1856, venant des Antilles. Pendant la traversée, il s'était déclaré à bord une épidémie meurtrière de fièvre jaune, qui durait encore quand la corvette a mouillé dans les eaux de Brest. Ce bâtiment a reçu plusieurs employés du port et du lazaret, tels que pilote, magasinier, garde sanitaire, qui avaient différentes fonctions à y remplir, et qui y sont restés embarqués tout le temps de la quarantaine. Le lendemain de l'admission à libre pratique, deux de ces employés rentrés dans leur famille, ont présenté des symptômes plus ou moins semblables à ceux de la fièvre jaune, et ont succombé d'une manière rapide à Brest. Il y a eu divergence d'opinions sur la nature de la maladie qui avait emporté ces deux hommes. Le comité consultatif d'hygiène consulté à ce sujet, tout en reconnaissant que les symptômes observés dans ces deux cas présentaient beaucoup d'analogie avec ceux de la fièvre jaune, a émis l'avis que les faits fussent soumis aux lumières de l'Académie de médecine.

M. le ministre du commerce et de l'agriculture, prenant en considération cet avis du comité d'hygiène, a obtenu par son collègue de la marine toutes les pièces, tous les documents relatifs à cette affaire, et

il les soumet à l'examen de l'Académie, en demandant son appréciation sur la nature des accidents qui ont eu lieu à Brest.

M. le rapporteur après avoir rappelé tous les détails et toutes les circonstances du voyage de la *Fortune*, expose en ces termes les faits principaux :

Le 8 mai 1856, *la Fortune* quitte Brest avec 213 passagers militaires ou fonctionnaires pour le Sénégal, la Guyane, la Martinique et la Guadeloupe. La première partie du voyage, c'est-à-dire de Brest au Sénégal, s'accomplit dans des conditions excellentes de salubrité générale. Après vingt et un jours de séjour au port de Gorée, on en repart le 16 juin. La traversée est des plus heureuses, et l'on arrive le 7 juillet aux îles du Salut, dans les eaux de Cayenne. Ici l'état sanitaire va changer.

Dans ce mouillage, qui dura huit jours, on reçut soixante-trois passagers. Parmi eux se trouvait un matelot nommé Alain, venant de Cayenne, où la fièvre jaune régnait. Il arrive le 10 bien portant, et tombe malade le 13. Le 14, on observe chez lui tous les symptômes de la fièvre jaune, et on le fait recevoir à l'hôpital. Le lendemain, 15 juillet, on appareille pour le fort de France (Martinique).

Dans cette traversée, on observe un second cas de fièvre jaune sur la personne de M. Sando-Charayen, médecin d'un navire de commerce.

Sa santé, qui était excellente à son arrivée à bord le 14, se maintint dans ce bon état jusqu'au 22, époque où ce passager offrit tous les symptômes récemment observés sur le matelot Alain. Le 16 juillet, il fut débarqué à Fort de France. Le même jour, le 26, on reçut six passagers de Fort de France. Le bâtiment continua sa marche vers la Guadeloupe; on y fut le 29, et l'on y reçut treize autres passagers de la Basse-Terre, où régnait alors la fièvre jaune. Néanmoins tous ces passagers pris à la Basse-Terre jouissaient d'une bonne santé.

Comme on le voit, il y avait eu jusque-là deux malades affectés de fièvre jaune sur *la Fortune*, le matelot Alain et le docteur Sando Charayen, tous les deux venant de Cayenne; mais on s'était empressé de les débarquer le plus tôt possible; de sorte que, quand le navire fit voile pour Brest, de la Guadeloupe, le 30 juillet, l'état général de santé paraissait excellent.

Ce calme ne devait pas durer longtemps. Le surlendemain du départ, c'est-à-dire le 1er août, la fièvre jaune éclata pour ne s'arrêter que le 7 septembre, trois jours après l'arrivée en rade de Brest.

Pendant ce laps de temps, qui comprend par conséquent trente-huit jours, il y eut sur un effectif de 212 hommes, 118 personnes atteintes, parmi lesquelles on compte 56 morts. D'après les rapports de MM. Dupuy et Serpins, chirurgiens du navire, il n'y avait aucun doute possible sur la nature de la fièvre jaune.

Mais voici le point vraiment important de cette relation :

Le nombre des employés du port de Brest embarqués sur la *Fortune* aussitôt après son arrivée est de 14. Deux seulement y ont contracté une maladie mortelle ; ce sont le magasinier Fricaud et le garde sanitaire Romain. Voici leur histoire :

Premier fait. — Le sieur Fricaud, magasinier, âgé de vingt-deux ans, n'ayant jamais été malade, a été embarqué sur la *Fortune* le 6 septembre. Pendant la quarantaine, il a séjourné presque constamment dans le magasin général, où son prédécesseur était mort de la fièvre jaune. Il éprouva à plusieurs reprises un malaise général, de la céphalalgie, mais sans se plaindre au chirurgien.

Le 21 septembre, à la levée de la quarantaine, il sortit de la *Fortune* et se rendit directement chez ses parents. Quelques heures plus tard, il s'alitait.

Le 22, la fièvre étant devenue forte, il eut recours à M. Delâtre, médecin à Brest, qui a certifié depuis que Fricaud était mort soixante heures après, ayant présenté les symptômes suivants :

Visage plombé, sub-ictérique ; bouche fuligineuse; état fébrile; délire ; petites pétéchies, encore rosées le premier jour.

Le lendemain, l'ataxie est survenue; les pétéchies ont cru en nombre, en largeur, et se sont violacées.

Le troisième jour, il y a eu de la prostration, des défaillances ; le fuligo, l'ataxie ont augmenté; les pétéchies ont formé des plaques, ont noirci.

Au matin du quatrième jour, la mort a eu lieu. L'ictère, qui s'était prononcé depuis vingt-quatre heures, a pris de l'intensité.

D'après M. Delâtre, la maladie qui a enlevé Fricaud n'était point la fièvre jaune, mais un typhus grave.

Deuxième fait. — Romain, âgé de cinquante-huit ans, d'une forte stature et d'une excellente santé habituelle. Embarqué le 4 septembre sur la *Fortune* pour surveiller la quarantaine de ce navire, il ne s'est nullement plaint pendant la séquestration. Lors des fréquentes reconnaissances faites à la *Fortune*, il était toujours content. Le jour qui précéda la fin de la quarantaine, il ressentit un fort accès de fièvre avec frisson, sueurs, mais il ne s'en plaignit pas, étant le lendemain en très-bonne santé.

Il continua son service jusqu'au 22. Vers le milieu du jour, il rentra chez lui avec de la lassitude générale, du malaise, une légère céphalalgie.

Le lendemain 23, Romain ne présentait aucun symptôme sérieux. Seulement il avait la figure fatiguée; quelques pétéchies existaient sur le corps. La céphalalgie avait cédé. La langue était blanche, chargée d'un enduit saburral. Un émétique en lavage fit disparaître tous ces symptômes. Il voulait reprendre son service le lendemain, mais M. Miriel, médecin de l'intendance sanitaire de Brest, s'y opposa.

La journée du 24 fut bonne.

Le 25, vers onze heures, on apprit que la nuit avait été très-mauvaise. Immédiatement M. Miriel alla voir Romain, qui lui raconta qu'à l'entrée de la nuit du 24 au 25 la céphalalgie avait recommencé; la langue, qui était humide dans la journée, était devenue sèche, la soif vive; il avait éprouvé un malaise général qu'il ne pouvait définir.

Voici les symptômes reconnus en ce moment par M. Miriel :

Visage altéré, stupeur bien marquée, œil terne; peau sèche, brûlante; pouls petit, se déprimant facilement; fièvre; langue chargée d'un enduit blanchâtre, épais, tendant à sécher; pas de fuliginosités; teinte citrine légère des sclérotiques. Suppression des urines depuis le matin. Du sang pur avait été rendu par les selles à la fin de la nuit.

Vers neuf heures du soir la prostration, la stupeur sont très-marquées. Un vomissement bilieux, mêlé de stries de sang, a lieu sans efforts. A onze heures le délire se manifeste de nouveau, la respiration devient difficile, l'agitation continue, l'anxiété augmente. A six heures du matin Romain perd tout sentiment. La respiration est stertoreuse; les traits se décomposent; la déglutition devient impossible. La face est rouge-foncé; elle semble indiquer un état congestionnel vers la tête une sueur visqueuse, froide, inonde le visage; l'agonie se prolonge jusqu'à sept heures du soir, 26 septembre.

Après la mort, le 27 septembre, on remarque que les pétéchies, qui avaient cessé d'être apparentes dans le dernier moment de la maladie, sont redevenues très-apparentes. Elles sont de différentes dimensions, d'une teinte rougeâtre.

La peau, qui n'avait aucune teinte ictérique pendant la vie, est après la mort d'une couleur jaune-foncé, surtout à la partie supérieure de la poitrine.

D'après MM. les docteurs Delâtre et Testard, qui ont donné leurs soins à Romain, cet homme aurait succombé à un typhus grave comme le magasinier Fricaud, et ils auraient l'un et l'autre contracté en même temps cette maladie mortelle dans un foyer de fièvre jaune, à bord de *la Fortune*.

Avant les deux cas qui viennent d'être relatés, un autre fait incontesté de transmission de fièvre jaune, non suivi de mort, avait eu lieu; il avait été observé sur le pilote Pitou, embarqué pour piloter *la Fortune* dans la rade de Brest; M. le docteur Lallour, médecin à Brest, n'a pas hésité à rapporter à cette maladie les symptômes présentés par Pitou.

Quand aux deux observations de Fricaud et Romain, M. le rapporteur déclare qu'il ne peut accepter les conclusions des médecins de Brest qui leur ont donné des soins, bien qu'ils aient pour eux l'autorité que leur donne l'observation de la fièvre jaune dans les Antilles. Cette opinion, d'ailleurs, a trouvé des contradicteurs même à Brest, chez des hommes éminents du corps des officiers de santé de la marine, MM. Quoy, correspondant de l'Académie, et Amédée Lefèvre, qui ont fait l'un et l'autre un rapport, dans lequel ils concluent que la maladie qui a emporté ces deux hommes est non le typhus, mais bien la fièvre jaune.

M. le rapporteur se livre ici, sur les faits que nous venons d'exposer et sur les documents mis à sa disposition par le ministre, à une longue et savante discussion, de laquelle il résulte, pour lui, qu'on n'est pas plus fondé à admettre ici des typhus graves sortis d'un foyer de fièvre jaune, qu'on n'eût été fondé à reconnaître des cas de fièvre jaune sortis d'un foyer de typhus, lorsque la corvette *la Fortune* était infectée de cette maladie en 1855. Mais, ajoute M. le rapporteur, si les considérations étiologiques conduisent ici tout naturellement au diagnostic, on y trouverait peut-être une contradiction dans certains antagonismes bien connus. Ainsi, on sait que la fièvre jaune est une maladie maritime propre à certaines latitudes, et qu'il y a des points où elle n'a jamais été observée. C'est là, sans doute, la véritable influence qui a empêché d'admettre la fièvre jaune sur les sujets en question.

Dans le but d'abréger ce rapport, je me dispense d'émettre toutes les réflexions que fait naître la conclusion produite. Je me bornerai seulement à fixer un point d'observation, c'est que l'immunité de certaines localités n'a pas empêché quelquefois les habitants de ces localités d'aller contracter la fièvre jaune à bord de navires arrivés depuis peu avec des malades; mais elle a empêché ces habitants affectés de transmettre à leur tour la maladie à d'autres personnes, de telle sorte que la propagation du mal s'est brusquement arrêtée. Voilà précisément ce qui est arrivé à Brest.

Nous dirons donc, en changeant les conclusions de M. Miriel: que « sous l'influence d'une température plus élevée, par une latitude plus basse, dans des circonstances atmosphériques autres que celles qui existaient du 21 au 26 novembre à Brest, ces deux cas mortels de fièvre jaune contractés à bord de *la Fortune*, au lieu de se borner aux sieurs Fricaud et Romain, auraient pu propager la maladie dans la population de Brest, à l'aide de transmissions successives. »

Des faits semblables se trouvent dans l'histoire des pérégrinations de la fièvre jaune. M. le rapporteur cite ici notamment les faits rapportés par Deveze en 1803 et par M. Kéraudren en 1802. (Ce dernier, qui s'est passé à Brest, est tout à fait identique au fait qui est l'objet de ce rapport.)

Voilà donc, dit en terminant M. le rapporteur, trois habitants de Brest qui vont se mettre en rapport avec la flotte et l'armée navale infectées de la fièvre jaune, et qui contractent la maladie. Sur les trois un seul échappe à la mort, et leur maladie ne se transmet pas à d'autres personnes. On voit par là que les choses se sont passées à Brest en 1802 comme en 1856, pour le mode d'importation de la fièvre jaune dans cette localité, pour le nombre des personnes affectées qui est de trois, et pour celui des morts qui est de deux.

Cette similitude de faits qui ont eu lieu à Brest séparés par un intervalle de cinquante-quatre ans, doit nous confirmer encore dans l'opinion que nous avons exprimée avec MM. Quoy et Am. Lefèvre, sur la nature de la maladie contractée à bord de la *Fortune*, par le pilote Pitou, le magasinier Fricaud et le garde sanitaire Romain. Je formule cette opinion pour vous proposer de répondre à M. le ministre que la maladie qui a atteint ces trois employés du port de Brest est assurément la fièvre jaune.

MM. Desportes, Bouillaud, Gibert et J. Guérin présentent quelques observations au sujet des faits et des points de doctrine énoncés dans le rapport.

M. DESPORTES déclare ne pas partager l'avis du rapporteur sur la nature des cas qu'il considère comme appartenant à la fièvre jaune.

M. BOUILLAUD, sans avoir d'opinion sur les faits eux-mêmes, ni sur la contagion de la fièvre jaune, pense qu'il y a dans le contenu du rapport des doctrines personnelles au rapporteur, et dont l'Académie ne peut accepter la responsabilité.

M. J. GUÉRIN demande l'impression du rapport et la discussion après que les membres auront pu en prendre connaissance.

M. LE PRÉSIDENT fait remarquer que les doctrines émises dans le rapport sont l'expression de l'opinion seule du rapporteur, et qu'elles n'engagent nullement l'Académie. L'Académie ne répond que des conclusions seulement.

L'Académie, consultée s'il y a lieu à voter immédiatement sur les conclusions, se prononce pour l'affirmative. Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Lunette panoptique. — M. SERRE (d'Alais) présente sous ce nom un appareil hygiénique de la vue, dont voici la description :

C'est une lunette établie sur une monture-conserve ordinaire. Au lieu de verres, il y a deux plaques ou disques en cuivre noirci, portant une fente horizontale recouverte par une plaque mobile, maintenue elle-même par des coulisses. Au centre est un trou de la dimension de l'extrémité de la tige d'une épingle. C'est par cette petite ouverture que la lumière doit passer pour impressionner la rétine.

La distance qui sépare les deux trous peut varier de 8 à 10 millimètres, afin de pouvoir les mettre en rapport avec l'axe optique des deux yeux simultanément soumis à l'expérimentation, et dont la distance moyenne est d'environ 65 millimètres. Pour obtenir cette distance, à l'aide d'un petit bouton on rapproche ou l'on éloigne les plaques jusqu'à ce que les deux yeux puissent voir le même objet dans le même regard.

L'influence de cette simple lunette, sans verre, sur toutes les vues, est des plus remarquables.

Les vues normales elles-mêmes ne sont plus limitées pour les petites distances ; elles peuvent lire, à la distance du nez, les caractères les plus menus, qui apparaissent ainsi extrêmement grossis.

Les presbytes jouissent dès lors du même privilége, et distinguent les objets les plus rapprochés et les plus petits.

Conséquemment les myopes ont aussi l'avantage de distinguer nettement à distance, et même de fort loin, si le trou est suffisamment réduit.

Quant aux myo-presbytes, armés de ce petit instrument d'optique, il leur est impossible de trouver une différence notable entre la portée d'un œil et la portée de l'autre; ils voient également bien des deux côtés, et ne savent plus en quelque sorte quel est l'œil presbyte et quel est l'œil myope.

Enfin des yeux qui jamais n'avaient pu distinguer aucun caractère, tant la faculté d'accommodation avait été profondément atteinte d'une manière congéniale, ont pu lire pour la première fois et nettement des caractères très-petits à des distances très-variées.

La réduction du champ de la vision à un simple petit trou, qui pourrait suivre les mouvements de l'œil comme une pupille vivante, serait une véritable fortune pour les yeux dépourvus de la faculté d'accommodation; mais la place déterminée et arrêtée que cette ouverture tient dans la lunette immobile réduit naturellement son usage à certaines nécessités accidentelles.

Si l'on est momentanément privé des lunettes qui servent à lire ou à distinguer les objets lointains, cet appareil les remplace utilement; mais, comme on ne l'a pas ainsi constitué toujours à sa disposition, l'on peut facilement en avoir l'élément essentiel dans un petit fragment de papier, une carte de visite, à l'un des coins de laquelle on pratique avec une épingle une très-petite ouverture.

Au besoin on a là une très-bonne loupe, qui permet de voir nettement des détails échappant aux vues les plus subtiles.

Entre les mains des médecins, la lunette panoptique est l'instrument par excellence pour classer certaines altérations de la vue prises pour des amblyopies ou des cataractes commençantes.

1° Si la vue n'est pas éclaircie par la lunette et que les phosphènes se montrent aux quatre points cardinaux, l'on peut induire sûrement l'existence de l'opacité des milieux diaphanes, confirmée par l'examen objectif de ces milieux soit avec l'ophthalmoscope, soit avec la projection oblique du foyer d'une lentille biconvexe.

2° Si les milieux sont transparents et que la vue ne soit pas améliorée par l'usage de l'instrument, l'on constate l'absence partielle ou totale des phosphènes; on contrôle ensuite par l'exploration objective les données subjectives des anneaux rétiniens.

3° Lorsque la vue est immédiatement rendue distincte, l'on a affaire à une perte de la faculté d'accommodation, et l'on élimine alors tout soupçon de cataracte ou de goutte sereine.

La construction de la lunette panoptique repose sur un fait connu des physiciens et qui leur sert à démontrer l'utilité du jeu pupillaire dans l'acte de la vision, la vue à travers le trou d'une carte.

La netteté de la fonction visuelle, à l'aide de la lunette panoptique, provient de l'élimination des rayons divergents arrêtés par le disque opaque, et de la conservation du faisceau central réduit en quelque sorte à ce rayon unique qui passe par le trou de l'instrument, et produisant partout où il est surpris par la rétine dans sa marche, n'importe le lieu, une image nette de l'objet dont il est la fidèle représentation, avec une diminution notable, dans l'éclairement bien entendu. Voilà pourquoi il est nécessaire que l'expérience se fasse sur des points suffisamment pourvus de lumière.

Nous offrons aux médecins la lunette panoptique comme l'instrument le plus sûr et le plus simple d'apprécier les défaillances à tous les degrés de la faculté d'accommodation.

Elle peut remplacer dans certaines limites ces collections de cristaux taillés dont le prix n'est pas à la portée de toutes les fortunes médicales, et révéler immédiatement la cause de troubles dans la fonction visuelle, souvent confondus avec d'autres bien autrement graves, cataractes ou amauroses, qu'on est heureux d'éliminer pour avoir affaire seulement à une simple lésion de la faculté d'accommodation, à laquelle il est d'ailleurs si facile de remédier à l'aide de verres appropriés.

On nous assure qu'il a été récemment question d'une réforme radicale dans l'institution de l'Académie de médecine. Il ne s'agissait de rien moins que d'une réduction du nombre de ses membres à 40 au lieu de 100; et pour la compléter, on devait solliciter l'entrée de ces 40 membres à l'Institut comme classe nouvelle. Qu'aurait-on fait des 60 académiciens restants qui n'auraient pas été compris dans les *quarante*? Là était la difficulté; et l'on croit que cette difficulté a été la pierre d'achoppement. D'où venait ce projet de réforme? Certaines personnes disent qu'il émane de quelques habits déjà bien brodés que les palmes vertes empêchent de dormir. Quant à nous, nous l'ignorons complétement.

La Sœur.

Paris, — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 69. — SAMEDI 13 JUIN 1857. (30e ANNÉE.) N° 69. — SAMEDI 13 JUIN 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'angine maligne gangréneuse.

La forme gangréneuse de l'angine n'est-elle qu'un accident, qu'une complication de l'angine diphthéritique, ou bien, au contraire, existe-t-il une angine gangréneuse primitive, essentielle, et qui mérite à ce titre une place comme variété distincte et une désignation à part dans l'histoire des angines graves ? C'est là un des points les plus controversables et les plus controversés de l'histoire des angines, depuis que l'épidémie de 1855 a particulièrement rappelé l'attention des observateurs sur ce genre d'affection. On sait en effet que, d'après M. Bretonneau et toute son école, les angines gangréneuses admises par les anciens sont rejetées comme espèce distincte et considérées comme un simple accident, une complication tout au plus de l'angine diphthéritique ; tandis que plusieurs pathologistes d'une égale autorité se sont efforcés de maintenir l'existence propre de l'angine gangréneuse. M. Gubler, dont tous les médecins reconnaissent et apprécient la sagacité clinique et l'excellent esprit d'observation, ayant eu l'occasion d'observer pendant et depuis cette épidémie deux cas d'angine qui ont offert les caractères de l'espèce dont il s'agit, en a fait récemment l'objet d'une communication à la Société médicale des hôpitaux. C'est à cette communication que nous allons emprunter la relation succincte de ces deux faits qui nous paraissent destinés à lever les doutes qui pouvaient subsister encore à cet égard, en même temps qu'ils soulèvent d'importantes questions de pathologie que nous nous bornerons à énoncer.

Une jeune femme, domestique, entre le 22 avril à l'hôpital Beaujon, atteinte depuis sept à huit jours d'un mal de gorge violent, avec douleur très-vive pendant la déglutition. Cette femme, très-bien portante jusque-là, n'avait eu aucun rapport avec des personnes atteintes d'affections diphthériques ; elle n'avait aucune trace de maladie éruptive.

L'examen des parties malades fit reconnaître sur la face antérieure du voile du palais une vaste plaque d'un gris noirâtre, évidemment gangréneuse. L'eschare occupe une grande étendue de la moitié gauche du voile ; elle a envahi la luette et se prolonge à gauche sur les piliers et l'amygdale elle-même du même côté. A partir de la moitié postérieure de la voûte palatine, la muqueuse est d'une teinte rouge-foncé, violacée, parsemée aux environs de l'eschare de petites productions d'un blanc grisâtre, de la largeur d'une très-petite lentille, ayant toute l'apparence de grains de muguet. L'haleine est fétide, et les ganglions sous-maxillaires sont légèrement engorgés ; la voix est nasonnée, presque éteinte. Il n'existe ni oppression ni dypsnée ; l'air pénètre librement dans les poumons. Rien de notable dans les autres appareils ; pas de nausées, pas de vomissements ni de diarrhée. La température de la peau est à peu près normale ; le pouls petit, sans être accéléré ; expression d'abattement et de souffrance. Malgré cette intégrité des principales fonctions, il est aisé de voir que les forces vitales sont profondément atteintes ; la faiblesse et la prostration sont considérables.

La partie sphacélée est touchée avec de l'acide hydrochlorique fumant.

Le 23 au soir, même état. Nouvelle cautérisation.

Aucune amélioration ne se manifeste les cinq ou six jours suivants ; la lésion envahit progressivement toute la moitié gauche du voile du palais, en conservant son aspect gangréneux.

Un jour on s'aperçoit que la luette a disparu presque en entier ; la voix devient plus éteinte et nasonnée ; mais ces phénomènes locaux restent limités au pharynx et à l'isthme du gosier. L'air continue à circuler librement dans les voies respiratoires. Cependant l'état général devient tous les jours plus alarmant ; les yeux s'excavent et s'injectent. A droite, le globe oculaire se couvre d'une large ecchymose ; la figure prend une expression d'anxiété et d'abattement ; la prostration est extrême ; la peau est au-dessous de la température normale ; le pouls peu fréquent, petit, presque insensible. — Médication tonique et stimulante.

Cet état général s'aggravant pendant que l'état local reste le même, la malade succombe le 30, huit jours après son entrée.

A l'autopsie, on trouve une vaste ulcération gangreneuse sur toute la moitié gauche du voile du palais, se prolongeant sur les piliers et l'amygdale du même côté, et sur la paroi du pharynx. La luette, presque entièrement détruite, n'est plus représentée que par un tubercule à peine saillant sur le milieu du bord libre du voile du palais, la muqueuse qui recouvre l'amygdale droite est convertie en une eschare noirâtre ; les piliers du même côté sont respectés. Quant à l'amygdale gauche, elle est complétement sphacélée et n'existe que sous forme d'une eschare en partie détachée et flottante dans une vaste excavation gangréneuse. Les replis arythéno-épiglottiques, légèrement gonflés et d'un rouge violacé, sont le siége de deux ou trois ulcérations gangréneuses circulaires peu étendues. Cette coloration violacée existe dans toute l'étendue des parois du pharynx, sur les piliers du voile du palais et sur la moitié postérieure de la voûte palatine.

Sur la paroi antérieure du voile du palais, au pourtour de l'ulcération, existent quelques petites plaques d'un blanc grisâtre, de la grosseur d'une petite lentille, signalées au début de l'observation, et ressemblant plus à du muguet qu'à des plaques diphthéritiques ; ces productions, examinées au microscope par M. Gubler, ont présenté en effet tous les caractères du muguet.

Dans le second fait observé par M. Gubler, et qu'il serait beaucoup trop long de reproduire ici dans tous ses détails, il s'agit d'une femme affaiblie par un accouchement récent, par un allaitement de quatre mois coïncidant avec une nouvelle grossesse, et probablement aussi par des privations, qui se présentait avec tous les signes locaux d'une angine diphthéritique des plus intenses, sans réaction générale, sans aucun retentissement sur le reste de l'économie. Cette angine n'était pas franchement pseudo-membraneuse ; il y avait un mélange de gangrène et de diphthérite. La gangrène indiquait ici un fond de malignité qui rendait le pronostic extrêmement grave ; de plus, la réaction était à peu près insignifiante, et ce désaccord entre l'intensité des phénomènes locaux, d'une part, et, d'un autre côté, la placidité apparente de l'état général, ajoutaient encore aux craintes du médecin. Cependant, après quelques jours, on obtint une rémission des plus prononcées ; sous l'influence du traitement topique combiné avec le chlorate de potasse et les corroborants, les accidents les plus inquiétants avaient disparu, et on croyait toucher à la guérison. Mais alors se caractérisèrent les phénomènes généraux d'empoisonnement ; les forces se déprimèrent, la vie sembla s'éteindre insensiblement, le pouls descendit jusqu'à 22 pulsations ; enfin il survint de la diarrhée, et la malade succomba dans une véritable et profonde adynamie.

Nous devons ajouter que dès la première exploration à laquelle cette femme fut soumise à son entrée à l'hôpital, il fut possible de détacher quelques petites portions des deux produits morbides très-distincts par leur aspect extérieur, développés les uns sur l'amygdale et sur le côté droit de l'isthme du gosier, les autres dans les fosses nasales. M. Gubler a soumis ces deux produits à un examen comparatif, à l'œil nu d'abord, puis au microscope. Voici quel en a été le résultat :

La plaque amygdalienne était grisâtre, assez épaisse, ayant l'aspect d'un tissu en voie de ramollissement et de décomposition. Du côté de la face adhérente, il y avait des inégalités, des tractus, comme ceux d'une eschare qui se sépare des surfaces sous-jacentes. Le microscope a fait voir dans cette plaque des réseaux fibro-celluleux avec des lacunes remplies de granulations ou de globules graisseux, absolument analogues aux aréoles profondes du derme cutané ; quelques-unes de ces lacunes pouvaient appartenir à des glandes muqueuses. Il n'y avait que des éléments isolés d'épithélium. Enfin au tissu de la muqueuse étaient mêlés des filaments fibrineux parallèles et des globules pyoïdes, principalement rassemblés à la surface libre de la membrane muqueuse.

A tous ces caractères, on reconnaissait évidemment une eschare de la muqueuse infiltrée par les produits de l'exsudation plastique.

Les productions morbides retirées des fosses nasales, et qui avaient toutes les apparences physiques des fausses membranes, étaient bien différentes ; elles étaient d'un jaune opaque, molles, un peu élastiques, granuleuses du côté de leur face adhérente, et semblaient être moulées sur les papilles de la muqueuse gonflée par l'inflammation. Au microscope, on reconnaissait qu'elles étaient consti-

---

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Essai sur la topographie médicale du canton d'Aï (Marne) ; par M. le docteur J. L. PLONQUET, médecin adjoint de l'hospice d'Aï.

Depuis une quinzaine d'années surtout, une tendance générale se manifeste aux études topographiques, géographiques et météorologiques envisagées dans leurs rapports avec les connaissances médicales. Si ces études n'ont pas encore produit d'une manière bien manifeste les heureux résultats qu'il est permis d'en attendre, c'est peut-être que cette nouvelle science vient à peine de naître, que les matériaux rassemblés par les auteurs qui s'y sont livrés ne sont pas assez nombreux, qu'une expérience trop courte n'a pas encore indiqué les moyens d'arriver à des déductions pratiques suffisamment certaines.

Mais l'impulsion est donnée ; de tous côtés les documents s'entassent, et si, comme tout porte à l'espérer, un certain nombre de bons esprits s'attachent à les recueillir et à les publier, nul doute qu'on ne parvienne d'ici à quelques années à en tirer bien des indications précieuses au point de vue de l'hygiène et de la pathogénie.

Le petit livre que nous avons sous les yeux est l'ouvrage d'un de ces patients et courageux travailleurs qui, mus par les sentiments les plus honorables et les plus désintéressés, consacrent leurs loisirs à l'étude de la nature dans la sphère malheureusement trop resserrée où les forcent à vivre les nécessités sociales. Le docteur Plonquet, d'Aï, a cherché à tracer d'une manière aussi succincte, et cependant aussi complète que possible, la topographie médicale du canton qu'il habite. Un ouvrage de ce genre échappe nécessairement à l'analyse ; contentons-nous de dire qu'il renferme, outre un exposé des influences qui réagissent sur la santé des habitants de la contrée, un abrégé de l'histoire naturelle avec des notions sur les plantes alimentaires médicinales et vénéneuses les plus remarquables qui croissent aux environs d'Aï, la description des lieux, des données statistiques sur les maladies épidémiques ou contagieuses, des observations et propositions d'hygiène applicables à diverses communes du canton, avec le classement par familles naturelles des animaux et des plantes des environs d'Aï. Que des recherches pareilles soient entreprises par un ou deux médecins seulement de chaque département, et exécutées avec autant de soin et d'intelligence que celles de M. Plonquet, et la France sera bientôt en possession du plus curieux, du plus intéressant et du plus utile monument de topographie médicale qui ait jamais existé.

Traité de l'angine glanduleuse, et observations sur l'emploi des Eaux-Bonnes dans cette affection, par le Dr NOEL GUÉNEAU DE MUSSY (1).

L'angine granuleuse ou glanduleuse, pharyngite granuleuse, angine papillaire, est une affection caractérisée par une altération de la voix continue ou intermittente, par un besoin fréquent de faire une expiration brusque et bruyante pour débarrasser le larynx d'un obstacle qui s'oppose au libre exercice de ses fonctions, et enfin par le développement morbide des glandules du pharynx, du larynx et du voile du palais, faisant saillie à la surface de la muqueuse, et formant des granulations de forme et de grosseur diverses.

Quoique bien commune, cette maladie était encore à peine connue il n'y a pas plus d'une quinzaine d'années, et on est surpris du petit nombre d'indications, et fort peu précises, que l'on rencontre à ce sujet dans la science avant cette époque. C'est le professeur Chomel qui, vers 1841 ou 1842, la distingua le premier des autres variétés d'angine et de laryngite, en détermina les symptômes et les lésions, en reconnut les conditions pathogéniques et en constitua une espèce nosologique à part. C'est en 1846 seulement que furent publiées les leçons du médecin de l'Hôtel-Dieu, relatives à cette angine ; six mois après, le docteur Horace Green fit paraître à New-York une remarquable monographie dans laquelle il en traça un tableau très-exact et très-complet, n'oubliant de signaler, suivant M. Guéneau de Mussy, que la relation pathogénique que celui-ci croit certainement exister entre cette angine et la diathèse herpétique.

Le livre que nous donne aujourd'hui l'habile médecin de la Pitié, basé sur des observations recueillies par l'auteur lui-même, et à une époque où il ne connaissait pas les travaux de M. Green, renferme une histoire originale de l'angine granuleuse, édifiée à l'aide de ces matériaux qui lui sont propres ; à ces documents, l'auteur a depuis, afin d'être aussi complet que possible, fait de nombreuses additions pour lesquelles il a mis à contribution, il le dit lui-même, et les notes de M. Chomel et les résultats de l'auteur américain.

Dans cette monographie, M. Guéneau a suivi la marche classique adoptée généralement, et a successivement étudié les causes, les symptômes, le pronostic, l'anatomie pathologique, la pathogénie et le traitement.

Dans l'impossibilité où nous serions de suivre pas à pas l'auteur dans tous les détails de cette longue histoire, nous nous arrêterons plus spécialement sur quelques points de l'étiologie, qui nous ont paru offrir un certain intérêt.

L'influence des sexes sur la production de la maladie est très-marquée, et la maladie est énormément plus fréquente chez les hommes

(1) Un vol. in-8°. Victor Masson.

tuées par des filaments parallèles, fibrineux, et par des globules pyoïdes ou des corpuscules d'exsudation.

Dans le premier cas on voit un exemple des mieux caractérisés et des plus nets de gangrène et rien que de gangrène de l'isthme du gosier. N'y eût-il que ce seul fait dans la science, il suffirait pour faire admettre l'existence de l'angine gangréneuse à titre d'espèce morbide spéciale. Dans le second cas, au contraire, l'élément couenneux domine, à tel point qu'on aurait pu méconnaître l'existence d'un sphacèle circonscrit de la membrane muqueuse, si l'attention n'eût été éveillée sur la possibilité de ce second élément. Mais l'examen attentif auquel M. Gubler s'est livré sur les deux productions morbides distinctes qui se trouvaient réunies dans ce cas, ne saurait laisser de doute ici sur une complication des deux lésions, celle qui constitue l'angine couenneuse et celle qui caractérise l'espèce gangréneuse. De sorte qu'on peut considérer ce cas comme formant la transition entre ces deux espèces. Ces deux cas se distinguent encore par d'autres caractères anatomo-pathologiques. Ici les ganglions sous-maxillaires étaient considérablement tuméfiés et douloureux, se comportant en cela à la manière des angines couenneuses communes; là, au contraire, dans l'angine gangréneuse pure, ils étaient à peine engorgés et sensibles.

Mais si, au point de vue de la lésion purement locale, ces deux faits peuvent être séparés, l'un appartenant à la gangrène pure, l'autre formant une sorte de transition entre l'angine gangréneuse et l'angine simplement pelliculaire ou couenneuse, ils se rapprochent complétement par les symptômes généraux.

En effet, chez tous deux on note, non pas seulement l'absence de réaction fébrile, mais la dépression de toutes les fonctions organiques; la digestion et la nutrition languissent, l'hématose diminue et la température s'abaisse; les mouvements du cœur perdent de leur intensité et de leur fréquence; les forces décroissent rapidement, et la vie s'éteint au milieu d'une adynamie profonde et progressive, sans que les stimulants et les toniques les plus énergiques suffisent pour prévenir cette issue fatale.

Ce n'est pas seulement entre ces deux faits que la considération des phénomènes généraux établit un rapprochement que la considération de l'état local seul eût pu faire méconnaître. En reconnaissant que les angines diffèrent au point de vue local, et qu'elles méritent d'être distinguées les unes des autres par les caractères anatomo-pathologiques de la lésion qui les constitue, il ne faut pas perdre de vue les symptômes généraux qui les rapprochent et les confondent toutes dans un groupe commun.

C'est ainsi que la considération de l'état général rapproche non-seulement les deux variétés dont nous venons de produire un spécimen, mais qu'elle établit leur identité de nature, au fond, avec toutes les variétés d'angines développées sous une influence épidémique commune, comme l'a si bien démontré d'ailleurs l'épidémie de 1855 dont M. Isambert vient tout récemment de publier une fidèle relation.

Nous ne suivrons pas ici M. Gubler dans le développement des considérations pleines d'intérêt où il s'est engagé pour montrer la nécessité d'une dénomination univoque, fondée sur un caractère fondamental tiré de l'essence même du mal, sans acception des formes et des altérations anatomiques contingentes, qui ne peuvent servir qu'à établir des variétés dans l'espèce.

Il nous suffira pour notre but d'avoir saisi cette occasion de faire ressortir l'importance qu'il y a à considérer dans les maladies qui se manifestent ordinairement d'une manière épidémique, le fond et la forme : le fond, qui les rattache toutes à une influence pathogénique commune, et qui fournit au praticien les indications thérapeutiques principales; la forme, qui apprend à reconnaître des variétés distinctes qu'il peut être utile de ne point confondre entre elles, quand elles se montrent à l'état sporadique, et qui dans tous les cas peuvent fournir des indications secondaires non moins utiles pour la pratique.

De la valeur de l'aphonie au point de vue du diagnostic dans la phthisie pulmonaire.

Quelle est la valeur de l'aphonie comme signe diagnostique de la phthisie pulmonaire ? M. le docteur Cade, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon, a été conduit à examiner cette question par l'observation de plusieurs faits intéressants sous ce point de vue qui se sont présentés dans son service. Voici la relation de ces faits et les réflexions qu'ils ont suscités à notre confrère :

Pendant mon service du quatrimestre de mai en août 1856, j'eus dans mes salles pendant quelques jours un Italien qui était parvenu à la dernière période de la phthisie pulmonaire, et qui avait une extinction de voix ressemblant à celle des cholériques. Cet homme succomba; voici ce que l'on constata à l'autopsie :

L'épiglotte offrait dans son épaisseur, vers la partie postérieure, un petit abcès s'ouvrant à la face inférieure, et qui paraissait avoir succédé à la fonte purulente d'un tubercule. La muqueuse qui tapisse les cartilages arythénoïdes était grisâtre et d'un ramollissement putrilagineux. Le cartilage thyroïde était ossifié, et offrait des rugosités pareilles à celles d'un os carié. On rencontrait plusieurs tubercules à l'état de crudité dans le larynx.

La plèvre était adhérente à droite; le parenchyme du poumon droit se déchirait facilement dans la partie qui correspond à ces adhérences, et donnait issue à du pus rougeâtre; on voyait quelques tubercules crus disséminés dans la partie supérieure du lobe supérieur de ce poumon. Les rameaux bronchiques étaient semi-ossifiés. Poumon gauche à l'état normal.

La dégradation du larynx, l'abcès de l'épiglotte, le ramollissement putrilagineux de la muqueuse, la présence de tubercules, tout cela rend parfaitement raison de l'aphonie excessive de ce malade. Mais l'aphonie dénote-t-elle toujours une lésion organique du larynx ? L'observation qui suit répondra à cette question.

Au 1er février de cette année entre à l'Hôtel-Dieu un phthisique arrivé à la dernière période de la maladie. Cet homme a une extinction de voix et une vive douleur à la région laryngée; il est d'une maigreur excessive et tousse peu. L'expectoration n'offre rien de remarquable; peau sèche, pouls petit et peu fréquent. Le côté gauche percuté résonne plus que dans l'état normal; le côté droit offre moins de sonorité.

Par l'auscultation, on perçoit un râle muqueux, surtout au côté gauche du thorax.

M. Cade porte ce diagnostic : Cavernes au poumon gauche; tubercules crus au poumon droit; altération de la muqueuse laryngée.

Le malade meurt le 5 février.

On commença l'autopsie par le larynx, qui semblait devoir offrir de nombreuses altérations. La muqueuse du larynx fut trouvée saine, et seulement tapissée d'un mucus jaunâtre.

En enlevant le sternum, le poumon gauche se déchira à la partie supérieure et mit à nu de nombreuses cavernes contenant du pus. La partie inférieure de ce poumon était injectée, rougeâtre, et offrait des tubercules pisiformes à l'état cru. Le poumon droit offrit seulement quelques tubercules disséminés à l'état de crudité.

Cet homme était atteint d'une aphonie et d'une douleur à la région du larynx qui, conjointement avec les signes de tuberculisation des poumons, avaient fait diagnostiquer une lésion organique grave du larynx. On ne fut pas peu surpris de trouver à l'autopsie la muqueuse de cet organe saine.

Dans l'observation précédente, l'aphonie était plus prononcée et sans douleur. Mais aussi, fait remarquer M. Cade, quelle dégradation du larynx ! abcès à l'épiglotte, ramollissement de la muqueuse laryngée, ossification du cartilage thyroïde.

Si l'aphonie s'accompagne souvent de lésions organiques graves du larynx, il faut reconnaître que cela n'arrive pas toujours. La douleur au larynx qui accompagnait l'aphonie de la deuxième observation et qui manquait dans la première observation suffirait-elle pour faire distinguer les cas où l'aphonie est due à une simple irritation de ceux où elle tient à une lésion organique?... Il faudrait de plus nombreuses observations pour résoudre ce point.

Quoi qu'il en soit (et c'est là la conclusion de notre confrère, à laquelle nous souscrivons), en reconnaissant que l'aphonie ne dépend pas toujours d'une lésion organique du larynx, on sera moins porté à recourir aux exutoires dérivatifs qui occasionnent beaucoup de souffrances inutiles et débilitent plus ou moins par la suppuration, et on insistera davantage sur une médication sédative qui n'aura jamais les inconvénients des exutoires.

— Voici un troisième fait qui présente un exemple de modification remarquable de la voix, bien que le larynx n'ait été le siége que d'une altération très-légère :

Au n° 25 de la salle des civils est entré, au mois d'avril de cette année, un phthisique qui avait pris pendant longtemps de l'huile de foie de morue, et qui, se trouvant mieux, était sorti de l'hôpital quelques jours auparavant. Chez cet homme, le facies était livide, la respiration gênée, et la voix avait un timbre de basse-taille. Le râle concourait avec les autres symptômes à traduire une phthisie caverneuse. Il a été atteint peu de jours après son entrée d'une diarrhée excessive, à laquelle il a succombé.

A l'autopsie, le poumon droit offrait au sommet des tubercules suppurés; au-dessous, on en voyait de ramollis, et enfin d'autres à l'état de crudité. Le parenchyme pulmonaire se laissait déchirer par de légères tractions. Au côté gauche, le péricarde était plein de sérosité. Le cœur ne présentait rien à noter. Le poumon gauche était sain, mais il avait dû être gêné dans ses fonctions par l'augmentation de volume du péricarde.

Le larynx offrait seulement une légère injection rougeâtre de la muqueuse avec épaississement des cordes vocales.

Cette modification notable dans le timbre de la voix, sous l'influence d'une légère injection de la muqueuse du larynx avec épaississement, sans tubercules ni ulcérations, rappelle ce fait que Laënnec rapportait dans ses leçons, d'un chantre de paroisse qui cherchait à s'enrhumer peu avant la fête patronale pour avoir au lutrin, le jour de la fête, une voix de basse-taille parfaite.

Tænia solium combattu avec succès par l'extrait éthéré de fougère mâle, après l'usage infructueux de plusieurs autres vermifuges.

Un jeune soldat récemment libéré du service, après un long séjour en Afrique, où il a eu longtemps la fièvre intermittente, et qui a été réformé à cause du triste état de sa santé, est entré le 30 avril dernier à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Trousseau, pour s'y faire traiter du tænia. Il apportait un spécimen de son tænia conservé dans l'alcool. C'était un tænia solium. Il avait fait différents traitements, qui étaient tous restés infructueux; il avait pris entre autres vermifuges du kousso et de la racine de grenadier sauvage; il avait même à la suite de ce dernier remède rendu quelques fragments de tænia. M. Trousseau résolut d'attaquer cette affection par la médication qui lui paraît la plus puissante, par l'extrait éthéré de racine de fougère mâle. Bien que cette médication soit connue de la plupart de nos lecteurs, on ne sera pas fâché de savoir de quelle manière M. Trousseau l'administre. Voici comment il y procède :

La veille, le malade est mis à une demi-diète; le matin du jour où l'on commence le traitement, on lui fait prendre de demi-heure en demi-heure 20 grains ou 1 gramme d'extrait éthéré de racine de fougère mâle. Cet extrait est administré en bols, ou bien il est donné délayé dans un peu d'eau ou de confitures. Le malade en prend de demi-heure en demi-heure jusqu'à concurrence de 4; il a donc pris 4 grammes. Une demi-heure après qu'il a pris le dernier gramme, on lui donne du sirop d'éther à très-haute dose, 80 grammes d'un coup. — Bien que cette dose soit très-considé-

---

que chez les femmes; c'est de vingt-cinq à trente-cinq ans qu'elle paraît se développer de préférence; cependant l'auteur en a depuis quelques années observé plusieurs cas entre dix et quinze ans; l'hérédité, cette grande condition qui domine l'étiologie des maladies chroniques, doit être rangée parmi les causes prédisposantes.

M. Green dit avoir remarqué que plus on se rapproche des climats septentrionaux, plus en général l'angine glanduleuse est fréquente; ce rapport de cause à effet ne paraît pas parfaitement certain à M. Guéneau de Mussy, qui se borne à constater que la maladie dont il est ici question semble exister plus fréquemment, il est vrai, dans certaines régions où les climats sont inconstants et les variations de température fort brusques, mais sans que cette influence soit plus marquée sur la production de l'angine glanduleuse que sur celle des autres affections respiratoires. Toutes les maladies qui intéressent la membrane muqueuse pharyngo-laryngienne, comme les fièvres éruptives, peuvent être le point de départ de cette angine; toutes les affections catarrhales, celles surtout qui siégent dans la partie inférieure du tube aérien, la grippe en particulier, peuvent intervenir à titre de causes déterminantes dans son développement. Mentionnons enfin l'usage du tabac, soit à priser, soit à fumer, dont l'action est telle qu'il est impossible de songer à guérir un malade qui a l'une de ces deux habitudes, à moins qu'il n'y renonce complétement et absolument.

Les deux points sur lesquels nous devons plus spécialement attirer l'attention de nos lecteurs, sont l'influence de certaines professions, et celle de certaines conditions diathésiques.

Quant aux professions, M. Chomel avait remarqué que les avocats, les instituteurs, les chanteurs, en étaient spécialement atteints; si, en dehors de ces états, où l'exercice de la voix est souvent porté à l'excès, on n'est pas à l'abri de cette affection, il reste du moins prouvé que chez ces sujets l'affection est en général plus grave, et la raison en est facile à comprendre. Mais M. Green a fait une autre remarque qui, si elle est exacte, est bien plus singulière. Il a observé, et plusieurs autres avec lui, qu'en Amérique et en Angleterre ce sont surtout les ministres protestants qui sont frappés, à tel point que dans ces contrées, on désignait l'angine glanduleuse sous le nom de *Clergymen's sore throat*, laryngite des ecclésiastiques. Ceux-ci seraient plus fréquemment atteints que les avocats, ou que ceux des autres professions qui font un usage continu, fréquent et prolongé de la parole. La raison de cette différence, suivant M. Green, serait que les ministres du culte se reposent et parlent peu pendant six jours de la semaine, tandis que le dimanche, ils sont obligés de prêcher et de lire à haute voix pendant un temps dont la durée est fixe. Les autres, au contraire, ne subissent pas ces alternatives d'un repos excessif et d'un exercice immodéré, et sont plus maîtres de régler suivant leurs forces le temps qu'ils y consacrent.

Peut-être nous permettrions-nous de trouver cette explication quelque peu bizarre, si M. Green n'ajoutait pas une autre raison qui nous paraît plus rationnelle, c'est-à-dire la situation morale et quelquefois matérielle fâcheuse dans laquelle se trouvent beaucoup de ministres, trouvant à peine dans leur mince salaire de quoi subvenir aux besoins de leur famille, inquiets sur leur avenir, et parfois hors d'état de soigner leur maladie au début.

L'influence des conditions diathésiques, signalée par MM. Chomel et Guéneau de Mussy, paraît beaucoup plus logique et beaucoup mieux démontrée que l'assertion de M. Green. Ils ont noté une relation bien évidente entre cette angine et les affections herpétiques. Sur quarante-cinq malades chez lesquels M. Guéneau a cherché à vérifier ce rapport pathogénique, il n'en a trouvé que quatre qui n'offrissent pas des manifestations dartreuses très-prononcées. L'acné est une des affections cutanées qui coïncident le plus souvent avec l'angine glanduleuse; sur les quarante-cinq cas indiqués, vingt et une fois l'acné existait à un degré plus ou moins intense; après l'acné, se rangent par ordre de fréquence : l'eczéma, le psoriasis, l'ecthyma, l'herpès, comme manifestations de la diathèse herpétique. M. Guéneau signale également comme cause prédisposante, la blépharite chronique, qui lui paraît dépendre du même principe.

Cette manière d'envisager la question étiologique rend parfaitement compte du motif qui a déterminé l'auteur de la monographie que nous examinons, à faire précéder son livre de considérations pratiques sur les *diathèses*, sujet qui n'est, que trop rarement, trop rarement peut-être, traité par les auteurs de l'École de Paris. Voyons dans cette introduction les premiers germes d'un accord futur, que nous appelons de tous nos vœux, entre les deux écoles rivales du Nord et du Midi, et qui ne peut manquer de se réaliser lorsque chacune, comprenant mieux ses intérêts et ceux de la science et de l'humanité, consentira à sacrifier ce qu'elle professe de trop absolu au point du vue doctrinal.

De cette manière d'envisager la pathogénie de l'angine glanduleuse découle nécessairement le traitement, qui, d'après M. Guéneau de Mussy, devra satisfaire à deux indications, attaquer la lésion locale et chercher à modifier la condition générale de l'organisme, qui produit et maintient la lésion. Peut-être, à notre avis, l'auteur a-t-il dans cette seconde partie fait une part un peu large à l'action des eaux minérales et des Eaux-Bonnes en particulier. Mais on aurait mauvaise grâce à lui en faire un reproche; là encore il nous donne le résultat de son expérience, et que peut-on demander à un médecin consciencieux, comme nous connaissons M. Guéneau, que l'expression de ses convictions basée sur l'observation de faits nombreux et soigneusement recueillis et analysés?

Dr A. Foucart.

rable, eu égard à celles que l'on emploie ordinairement, elle est, d'après M. Trousseau, parfaitement inoffensive. Ce fait même, du reste, le prouve. — Une heure après que le malade a pris son sirop d'éther, on lui donne deux ou trois pastilles de calomel, et en même temps 2 ou 3 grammes de jalap en poudre, et 15 à 20 grammes d'huile de ricin; ou enfin 2 ou 3 gouttes d'huile de croton tiglium, comme le prescrivent de préférence quelques médecins.

Cette médication est généralement d'une grande efficacité. M. Trousseau, après de nombreux essais comparatifs du kousso, du grenadier sauvage, de la poudre d'étain et de divers autres médicaments qui ont été également préconisés, déclare que dans son opinion aucun de ces médicaments ne vaut l'extrait éthéré de racine de fougère mâle bien préparé. Du reste, le résultat obtenu chez ce malade tend à justifier cette préférence. En effet, sous l'influence de cette médication à laquelle il était soumis pour la première fois, une énorme quantité de tænia a été expulsée.

Toutefois, comme le tænia a été brisé et qu'il n'a pas été rendu tout entier, il y aura lieu, après quelques jours de repos, à revenir à la médication tænifuge; mais au lieu de reprendre l'extrait de fougère mâle, M. Trousseau se propose de saisir cette occasion pour essayer une nouvelle médication récemment proposée par le professeur Graves (de Dublin).

Un mot sur cette médication :

Traitement du tænia par l'huile essentielle de térébenthine.

Le professeur Graves, dans un article très-curieux du second volume de ses *Leçons cliniques*, intitulé *De la toux*, parle d'une toux quinteuse, opiniâtre, qui survient quelquefois chez les individus atteints de tænia. Il raconte que, s'étant trouvé en consultation avec un de ses confrères de Dublin pour une jeune fille en proie à des accès de toux d'une telle violence qu'ils avaient fini par causer les accidents les plus graves et amener de la fièvre, de l'émaciation, il fut très-surpris, à quelque temps de là, d'apprendre que cette jeune fille était complétement guérie, qu'elle avait repris son embonpoint et sa fraîcheur primitive. Le confrère qui avait appelé M. Graves en consultation lui raconta alors que cette jeune fille avait été guérie par une vieille garde-malade qui s'était avisée de lui donner deux gros d'huile essentielle de térébenthine; elle avait rendu, après l'administration de ce remède, un ver solitaire énorme, et à dater de ce moment sa toux avait complétement cessé, et sa santé s'était rapidement rétablie.

M. Graves rappelle à cette occasion qu'il a déjà établi dans un article consacré à l'étude du tænia que les hautes doses de térébenthine guérissent quelquefois cette affection. Cependant, ajoute-t-il, les doses d'huile essentielle de térébenthine faibles et administrées chaque jour pendant quatre, cinq, six semaines, guérissent encore bien plus sûrement le tænia que les hautes doses. M. Graves est dans l'habitude d'administrer trois fois par jour 10 gouttes d'huile essentielle de térébenthine, et il assure avoir vu en général le tænia être rendu par les selles après un temps variable, de dix à quinze jours, un mois ou même six semaines.

Comme, dit M. Trousseau, après avoir rappelé ces faits, cette manière d'administrer l'huile essentielle de térébenthine n'est en aucune façon fatigante; comme sa dose, qui n'est que de 1 gramme (car, l'huile essentielle de térébenthine étant extrêmement légère, 10 gouttes trois fois par jour sont à peu près l'équivalent de 1 gramme), ne trouble en aucune façon la santé, c'est une médication que l'on peut toujours essayer.

C'est ce que M. Trousseau se propose de faire chez ce malade. Si, après avoir donné pendant six semaines l'huile essentielle de térébenthine à cette dose, on n'obtient pas l'expulsion des fragments de tænia qui sont restés dans l'intestin et la guérison complète du malade, il reviendra à l'extrait éthéré de fougère mâle, ou bien il attaquera de nouveau le tænia par le kousso, puis par l'écorce de racine de grenadier, épuisant ainsi l'un après l'autre tous les tænifuges les mieux éprouvés. Cette conduite est dictée par l'enseignement de l'expérience, qui a démontré qu'en pareil cas un remède qui a réussi, mais incomplétement seulement, une première fois, ne réussit plus quelquefois une seconde; tandis qu'un autre remède, qui avait complétement échoué d'abord, réussit quelquefois à une seconde administration.

Nous tiendrons les lecteurs au courant du résultat de cette nouvelle épreuve.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. L. Orfila, professeur-agrégé.

Traitement de l'empoisonnement (1).

Contre-poisons. — On désigne sous ce nom les substances réalisant les conditions suivantes :

1° Elle doit pouvoir être prise à haute dose sans aucun danger;

2° Elle doit agir sur le poison, soit liquide, soit solide, à une température égale ou inférieure à celle de l'homme et au milieu des sucs gastriques, bilieux et autres que l'estomac peut contenir;

3° Son action doit être prompte;

4° Elle doit dépouiller le poison de ses propriétés délétères.

Le contre-poison agit sur le poison lui-même, et il ne faut pas appeler de ce nom les substances employées contre la maladie. Le café n'est pas plus le contre-poison de l'opium, parce qu'il dissipe le narcotisme, que la saignée, les sangsues, ne sont les contre-poisons des irritants, parce qu'ils calment l'inflammation.

Les médicaments employés contre la maladie ont reçu le nom d'*antidotes;* mais quelques auteurs ayant confondu les antidotes avec les contre-poisons, je crois qu'il faut, pour éviter toute erreur, renoncer à cette dénomination.

L'importance des conditions exigées du contre-poison saute aux yeux. Concevez-vous que le foie de soufre, un corps aussi toxique, ait été préconisé comme contre-poison? Il est évident que le contre-poison doit être parfaitement inerte, afin qu'il soit permis d'en administrer un excès. La seconde et la troisième condition se comprennent facilement, je ne ferai qu'appeler un moment votre attention sur la quatrième. Ne croyez pas que les contre-poisons dépouillent les poisons des propriétés délétères en formant toujours des composés insolubles, et partant incapables d'être absorbés. Il en est souvent ainsi, c'est vrai; mais la magnésie, qui est un excellent contre-poison de l'acide sulfurique en se combinant avec lui, donne naissance à du sulfate de magnésie, qui est parfaitement soluble. Vous savez que le sulfate de magnésie est simplement un purgatif. Encore un mot sur cette dernière condition. Il est incontestable que, pour être parfait, un contre-poison doit dépouiller complétement le poison de toutes ses propriétés délétères; mais, à défaut de cette perfection, une substance capable de diminuer sensiblement ces propriétés constitue un contre-poison utile, et il ne faudrait pas la dédaigner.

Comment établir si une substance est le contre-poison d'un corps toxique? La chose n'est pas aussi simple qu'elle peut le paraître au premier abord. Souvent on se contente de rechercher si les réactions chimiques fournissent des produits inertes, ou bien, pour prévenir toute objection, on administre à des animaux empoisonnés la substance en question, et s'ils survivent, on tient pour démontré que la substance essayée constitue un excellent contre-poison. La première de ces preuves ne satisfera aucun esprit rigoureux; la seconde, plus spécieuse, n'est pas toujours très-convaincante. En effet, quand les animaux vomissent, l'expérience perd toute signification.

Or, comme les chiens (et ce sont les animaux qui servent en général pour ces expériences) vomissent très-facilement, il faut pratiquer la ligature de l'œsophage. Ainsi faite, l'expérience se termine toujours par la mort des animaux. Or, la durée de la résistance que les animaux opposent à un poison étant très-variable, une conclusion rigoureuse n'est possible que dans un petit nombre de circonstances, lorsque, par exemple, le poison étant toujours très-actif, la mort est retardée considérablement; ou bien lorsque le poison n'aura pas produit les lésions qui sont le résultat constant ou à peu près constant de son action.

Il va sans dire, du reste, que les essais doivent être répétés un grand nombre de fois. Moyennant cette précaution, la comparaison des résultats fournira toujours sinon une solution absolue, au moins des éléments importants. Vous n'avez pas oublié, j'espère, que la ligature de l'œsophage, faite avec soin, n'entraîne jamais la mort des chiens avant le troisième jour, et que le plus souvent les animaux ainsi opérés survivent quatre ou cinq jours; on ne peut donc pas attribuer à cette opération la mort des animaux, lorsqu'elle survient dans les vingt-quatre ou quarante-huit premières heures.

En opérant ainsi, vous pourrez sans peine vous convaincre que parmi les nombreuses substances vantées comme contre-poisons de tel ou tel poison, quelques-unes n'ont aucune efficacité, et le charbon, par exemple, et la plupart n'ont réussi qu'en favorisant le vomissement ou en atténuant l'action locale et retardant un peu l'absorption. Dans ces conditions, les vomissements spontanés entraînent encore à temps les éléments toxiques; on reconnaît cette action à ce que les animaux qui ne peuvent pas vomir, meurent tout aussi vite, que le prétendu contre-poison soit ou ne soit pas employé. L'eau tiède, l'eau gommée ou sucrée, le lait, le bouillon, les corps gras, sont ajoutés à tort à la liste des contre-poisons qui doivent être employés dans une foule d'empoisonnements. L'eau albumineuse, qui neutralise un certain nombre de poisons, agit bien souvent seulement comme vomitif et comme adoucissant. Des succès incontestables démontrent qu'elle est bien utile dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux; elle ne dépouille cependant pas le moins du monde ce corps de ses propriétés délétères.

Quoique je me sois appliqué, dans l'exposition précédente des ressources que nous possédons pour combattre l'empoisonnement, à vous faire pressentir quelle conduite vous deviez tenir, si vous étiez appelés à conjurer les suites funestes de l'action d'un poison, je crains de ne vous en avoir pas donné une idée bien nette; je vais donc, en me plaçant à ce point de vue, terminer par quelques mots qui puissent fixer vos esprits.

Si l'absorption est terminée, ou si vous ne pouvez agir directement sur le point du corps avec lequel le poison a été en contact, vous traitez la maladie et vous administrez quelques boissons diurétiques ou sudorifiques : vous emploierez même, s'il n'y a pas inconvénient, les purgatifs.

Si l'absorption n'est pas terminée, si vous pouvez agir directement sur le poison, *il importe surtout de ne pas perdre un moment* pour expulser le poison et en empêcher l'absorption. C'est donc, en attendant mieux, aux moyens qui seront le plus à votre portée que vous aurez recours, alors même que leur efficacité ne serait pas la plus grande. Les lavages à l'eau simple, la cautérisation au fer rouge, lorsque le poison est à l'extérieur; l'ingestion d'eau tiède, de lait, etc., lorsque le poison est dans l'estomac, présentent sur les autres moyens l'avantage de pouvoir être facilement mis en usage et de n'être presque jamais nuisibles.

Avant tout, il faut gagner du temps. Aussi les contre-poisons, même les plus parfaits, sont-ils souvent peu utiles, parce qu'ils ne peuvent être employés à temps. Avant que le médecin arrive près du malade, que le poison soit reconnu (et souvent il est impossible de le reconnaître), que le contre-poison soit préparé et administré, la substance toxique peut produire des désordres irréparables. Voilà pourquoi l'eau albumineuse tiède est la ressource la plus précieuse que nous possédions; partout il y a des œufs, et il suffit de battre cinq ou six blancs d'œufs dans un demi-litre d'eau pour les premiers moments. Elle est donc toujours sous la main. Dans certains cas, elle constitue un excellent contre-poison; toujours elle est un vomitif parfait, un adoucissant, et même un diurétique, à cause de la grande quantité d'eau ingérée. Que d'avantages réunis! Ne l'oubliez donc pas; au moins au début ayez-y recours.

Je ne peux résister au désir de vous raconter un fait qui peut graver dans vos esprits l'utilité de l'eau albumineuse. Vous avez entendu parler de l'horrible empoisonnement commis le 31 décembre 1849. A l'occasion du jour de l'an, la fille Emma Vher, qui demeurait rue de la Victoire, reçut quelques gâteaux d'un nommé Aymé. Elle s'empressa de partager le présent avec la famille de son portier. Mais bientôt tous ceux qui avaient mangé ces gâteaux furent en proie aux symptômes d'un empoisonnement violent. Il y avait de bonnes raisons pour cela; ces gâteaux avaient été saupoudrés avec de l'arsenic. Par hasard le praticien appelé pour donner des soins à ces malheureux avait assisté à la leçon de chimie faite le jour même à l'Ecole de médecine : là il avait entendu recommander l'usage de l'eau albumineuse. Il se hâta donc d'appliquer ce qu'il venait d'apprendre.

Tous les malades furent soumis à l'eau albumineuse; ils vomirent abondamment, et bientôt ils se trouvèrent soulagés. Il me semble encore les entendre dire que quand ils avalaient l'eau albumineuse, ils éprouvaient la même sensation que si du velours passait dans leur estomac. Encore une fois donc, employez l'eau albumineuse; vous pourrez toujours administrer ensuite les contre-poisons.

Si par des circonstances heureuses, vous pouviez vous procurer de suite un fort contre-poison, faites-en usage; mais ne manquez pas pour cela de provoquer des vomissements : car souvent les composés résultant de la réaction du contre-poison sur le poison, agissent à la longue; de sorte qu'il est bon d'en débarrasser l'estomac.

Enfin, si malgré tous les efforts que vous ferez pour chasser et neutraliser la substance toxique, les phénomènes morbides persistaient ou s'aggravaient, il faudrait, par des moyens appropriés, *tâcher* de les calmer : *c'est une maladie à traiter*, abstraction faite du poison; mais, en outre, il faut favoriser l'élimination, il faut chasser de l'organisme l'ennemi redoutable, dont la présence est toujours un danger.

(1) Suite. — Voir les nos des 23 décembre 1856; 8, 29 janvier, 3, 12, 31 mars; 7, 23 mai; 2 et 9 juin 1857.

SUR UN POINT PEU REMARQUÉ de l'étiologie des tumeurs et fistules lacrymales, et sur le mode de traitement qui en découle,

Par le docteur E. Ancelet.

Parmi les conditions du développement de la tumeur, et partant de la fistule lacrymale, celle que l'on invoque comme la plus fréquente, c'est sans contredit l'oblitération du canal nasal par une cause inflammatoire mécanique ou organique.

L'existence de ces deux dernières est relativement assez rare. Quant à la première, nous croyons qu'il est nécessaire d'établir une distinction.

Nul doute que l'inflammation chronique et l'obstruction plus ou moins complète du canal nasal ne soient souvent produites par l'inflammation de la membrane de Schneider, et que cette obstruction ne soit la cause primitive de la formation de la tumeur lacrymale.

Mais dans bon nombre de faits dont je ne veux pas chercher à apprécier la fréquence relative, l'obstruction n'est-elle pas consécutive seulement au développement de la tumeur, et ne doit-on pas chercher ailleurs la cause de ce développement?

Ces réflexions m'ont été suggérées par l'observation de deux faits que je donnerai plus tard avec détails, et dans lesquels, je puis le dire dès à présent, l'existence d'une blépharite, et par suite l'oblitération des points et conduits lacrymaux avait très-évidemment précédé la tumeur et l'obstruction du canal nasal.

Ne sait-on pas d'ailleurs que Janin et Scarpa insistaient spécialement sur ce point? Pour eux, les produits sécrétés et altérés passaient par les points lacrymaux dans le conduit lacrymo-nasal et finissaient par l'obstruer. Explication inadmissible, sans doute; mais indépendamment de la théorie il reste ce fait général, constaté par ces grands observateurs, à savoir : l'existence d'une blépharite précédant le développement de la tumeur lacrymale.

Et d'ailleurs, avec ces données, tout s'explique aisément. Pour s'écouler librement, normalement, le mucus du conduit lacrymo-nasal doit avoir une certaine fluidité. Vienne l'oblitération des conduits lacrymaux : les larmes ne concourant plus à la fluidification, les mucosités altérées s'accumulent et finissent par obstruer le canal. Et qu'on y prenne garde; ce mode de production n'est pas une simple vue de l'esprit, une théorie de cabinet, mais bien une induction légitime basée sur la marche des faits.

Ceci étant admis, quatre indications se présentent pour le traitement :

1° Traiter la cause, la blépharite, si elle existe encore ;

2° Refluidifier les mucosités et désobstruer ainsi le canal ;

3° Agir contre la dilatation du sac, qui pourrait servir de réceptacle à de nouvelles mucosités ;

4° Oblitérer la fistule.

Je n'insisterai pas sur le premier chef, n'ayant rien à dire de particulier. En ce qui touche le second, je rejette les injections avec la seringue d'Anel, dont l'introduction ne peut qu'agrandir le trajet fistuleux et détruire le travail de cicatrisation. Je préfère de simples compresses mouillées, qui, sans présenter les inconvénients sus-énoncés, se rapprochent davantage des conditions pathologiques par leur action continue, et agissent en même temps comme topique.

On facilitera la désobstruction par des fumigations nasales.

Pour le troisième point, la compression est indiquée. Ce mode de traitement, préconisé jadis, paraît maintenant complétement abandonné : moins sans doute par suite de son inefficacité qu'à cause des difficultés de son emploi.

En effet, les bandages imaginés dans ce but par Fabrice de Hilden, Platner, J. L. Petit, présentent une tendance au déplacement et déterminent une gêne telle, que leur emploi n'en peut être continué jusqu'à guérison. D'ailleurs, la compression qu'ils déterminent est trop considérable, et peut amener une violente inflammation.

J'ai donc pensé que sans présenter aucun de ces inconvénients, le collodion, par ses propriétés rétractiles, pourrait être utile dans ce cas, en même temps que ses propriétés agglutinatives rempliraient la quatrième indication.

J'ai, je le répète, employé ce mode de traitement dans deux cas que je publierai sous peu. Dans l'un, j'ai obtenu en dix jours un succès complet en faisant appliquer chaque jour une nouvelle couche de collodion. Dans l'autre, une dacriocystite avait amené l'ouverture spontanée du sac. Après quatre jours, il y avait une amélioration très-marquée. La malade continuait de se livrer à des travaux assidus de bureau. Survint une nouvelle inflammation qu'elle attribua au traitement, et je fus obligé de le suspendre, au moins en ce qui touchait les applications du collodion.

Ce n'est donc point, loin de là, une méthode jugée ; je la signale pourtant, parce qu'elle est facile, parce qu'elle est sans danger; parce que, judicieusement appliquée, elle peut être efficace, et qu'elle permet au médecin de ne pas rester spectateur inactif quand, ce qui est fréquent, les malades refusent de se soumettre à un traitement chirurgical. Ce dernier d'ailleurs est loin d'être toujours efficace ; Wenzel, Demours, Lisfranc, M. Ch. Deval, ont assez insisté sur ce point.

IMPERFORATION DU PHARYNX.

On possède un grand nombre d'observations d'imperforation de l'anus et du vagin. Les annales de la science renferment des cas assez fréquents d'imperforations du prépuce, de l'urètre, des paupières, de l'iris, des lèvres, du conduit auditif, des fosses nasales, des grandes lèvres ; mais a-t-on signalé des observations d'imperforation du pharynx ? Nous n'en connaissons pas personnellement, et la rareté de ce vice de conformation nous a engagé à publier une communication de M. Ward à la Société médicale de Londres, tout en regrettant la brièveté de cette observation que nous donnons sous toute réserve.

Il s'agit d'un enfant venu au monde dans un accouchement peu laborieux. Au moment de sa première inspiration, il semble gêné comme par la présence de mucosités dans les voies aériennes. M. Ward parvient à établir la respiration, et cependant, peu de temps après, des symptômes d'asphyxie se déclarent de nouveau.

Le lendemain, l'enfant avait pris de la nourriture, et quand le médecin vint le voir, il fut frappé de sa teinte bleuâtre et crut avoir affaire à une cyanose. Pendant une semaine, tous les aliments donnés à l'enfant sont immédiatement rejetés. Ce fut alors que M. Ward ayant voulu faire passer une sonde derrière le pharynx, trouva un obstacle.

On procéda à l'autopsie, et on trouva que le pharynx formait un cul-de-sac derrière lequel on trouvait l'œsophage qui s'ouvrait dans la trachée, immédiatement au-dessous de la bifurcation. On constata en outre la persistance du trou de Botal et du conduit artériel.

M. le docteur Ward pense que la circulation pulmonaire avait été entretenue par la circulation fœtale non interrompue et par un courant rétrograde à travers le trou de Botal, qui peut porter le sang artériel dans les membres inférieurs, moins froids et moins cyanosés que les supérieurs.

Voici les seuls détails que nous communique le compte rendu de la Société. Nos lecteurs partageront certainement nos regrets devant l'insuffisance de cette note, qui ne dit pas combien l'enfant vécut, s'il mourut d'asphyxie et quels furent les symptômes observés, et qui n'expose pas d'une manière assez explicite les caractères anatomiques de ce vice de conformation. Nous sommes forcé de nous borner à enregistrer un fait curieux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 juin 1857. — Présidence de M. CHASSAIGNAC.

Pseudarthrose des deux os de l'avant-bras. — M. RICHET met sous les yeux de la Société un homme qui a eu, il y a deux ans, une fracture de l'avant-bras. Il entra dans le service de M. Boyer à l'Hôtel-Dieu ; ce chirurgien était alors en congé, et celui qui le remplaçait appliqua sur le membre fracturé un appareil dextriné ; ce traitement fut continué pendant près d'un an. Au bout de ce temps, M. Verneuil, chargé du service, y trouva ce malade avec une fausse articulation des deux os. Il fit la résection des extrémités des deux os, et obtint la consolidation. Le malade sortit de l'hôpital se servant de son bras ; mais il y a un mois environ, l'avant-bras subit une torsion, d'où résulta la déformation du membre ; puis quelque temps après, le malade ayant fait un violent effort, la mobilité des fragments se reproduisit, ainsi que leur chevauchement.

M. VERNEUIL rappelle à la Société qu'il y a deux mois environ, il lui a déjà soumis ce malade comme entièrement guéri. Ce cas présentait cela de particulier que les deux fragments inférieurs rapprochés étaient logés dans l'intervalle des fragments supérieurs, auxquels ils étaient unis par du tissu fibreux. M. Verneuil dut retrancher près de 2 centimètres de chaque fragment, de sorte que le raccourcissement était de 3 centimètres environ. Après l'opération, le membre fut maintenu dans l'immobilité. Lorsque ce malade fut présenté à la Société, la réunion était solide, les mouvements complétement libres; il restait seulement un petit pertuis fistuleux, mais le stylet ne pouvait arriver jusqu'à l'os; aussi M. Verneuil pensa-t-il qu'il pouvait y avoir un séquestre trop petit pour être senti. Le malade ne fut présenté que deux mois après la guérison, qui par conséquent dut passer et fut en effet regardée comme solide. Il est probable que le cal s'est ramolli par suite des violences auxquelles le membre fut soumis.

M. RICHET, considérant que la consolidation a certainement été obtenue et que plus tard le cal s'est détruit, ce qu'on voit bien rarement, en conclut qu'il existe dans la constitution du malade quelque cause qui d'abord avait empêché la formation du cal, et plus tard a amené sa dissolution.

M. VERNEUIL ne croit pas qu'il existe chez cet homme une cause générale qui s'oppose à la consolidation, parce que, en même temps qu'il s'était fracturé l'avant-bras, il s'était fait aussi une fracture de cuisse qui s'est parfaitement consolidée ; il voit dans ce fait un exemple de non-consolidation par suite du défaut de rapports convenables entre les fragments.

M. GUERSANT demande si le malade, avant son accident, avait eu la syphilis.

M. VERNEUIL répond qu'il avait eu plusieurs fois des accidents vénériens.

M. GUERSANT rapporte ensuite le fait d'un enfant qu'il a eu à traiter d'une fracture de jambe non consolidée depuis 18 mois. M. Thierry l'avait déjà soigné, et avait employé, entre autres moyens, le séton. M. Guersant a percé le cal avec le trocart de M. Brainard, puis avec des aiguilles rougies, sans rien obtenir ; il n'eut pas plus de résultat en ruginant les bouts des fragments; enfin, il fallut se contenter de faire porter à ce malade un appareil qui lui permettait de marcher.

M. LARREY demande si à l'origine les appareils ont été bien appliqués.

M. VERNEUIL répond qu'on appliqua, le lendemain de l'entrée du malade, un appareil inamovible, qui ne fut pas surveillé et resta trop longtemps en place.

M. LARREY, considérant l'insuffisance de la résection déjà faite et la persistance de la mobilité des fragments, pense que le moyen le plus probable d'en obtenir la consolidation serait la méthode de M. le professeur Brainard (de l'Illinois) (1), à savoir : la perforation sous-cutanée des os pour en déterminer l'inflammation adhésive.

M. RICHET avait l'intention de passer un séton à travers les fausses articulations ou de les traverser avec le séton de M. Brainard.

Amputation de jambe à la partie inférieure au moyen des caustiques. — M. CHASSAIGNAC présente la malade qui fait le sujet de l'observation suivante :

Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne. — Opération par les caustiques ; guérison. — Chéot (Angélique), âgée de vingt-cinq ans, couturière, née et demeurant à Bion, près Mortagne (Manche), entre à l'hôpital Lariboisière (salle Sainte-Marthe, n° 9) le 20 décembre 1855.

Après trois mois de tentatives infructueuses faites pour arriver à la guérison de la tumeur blanche dont elle était atteinte à l'articulation tibio-tarsienne, la malade fut opérée le 29 mars 1856 par des applications successives d'une pâte faite avec l'acide sulfurique et la poudre de garance. Ces applications, faites au nombre de quatre dans le tiers inférieur de la jambe, n'opérèrent la séparation du membre malade qu'au bout de 48 heures. Les os, mis à nu par le caustique, furent divisés avec la scie à chaîne. Le moignon, d'abord conique, se régularisa lentement, surtout après la chute des nécroses des extrémités tibiale et péronière.

Vers la fin d'août 1856, la cicatrisation était achevée; mais la minceur des téguments cicatriciels était si grande, que la malade ayant été dans le courant de septembre suivant prise d'accidents adynamiques, la plaie nouvellement fermée se rouvrit dans une certaine étendue. Ce ne fut donc qu'à l'entrée de l'hiver de 1857 que la guérison fut définitivement obtenue.

La malade fut montrée le 3 juin 1857 à la Société de chirurgie, et le lendemain elle quitta l'hôpital. A son départ, on remarquait une cicatrice solide, sous laquelle on sentait, mais recouverts d'une suffisante quantité de parties molles, les extrémités tibiale et péronière. Immédiatement au-dessus de ces extrémités, les muscles, par une courbure assez brusque et très-régulière, constituaient un moignon solide et peu conique.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

— La Société procède au scrutin sur la candidature de M. CROC.

M. Croc ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

RAPPORT.

M. LARREY lit un rapport sur un ouvrage de M. Costantini, professeur de clinique chirurgicale à l'université de Rome, doyen des chirurgiens de l'hôpital du Saint-Esprit, etc., sollicitant le titre de membre correspondant de la Société de chirurgie

Cet ouvrage est intitulé (1) *Essai sur les résultats obtenus à la clinique chirurgicale de l'Université romaine pendant les années* 1851, 52, 53, 54 et 55.

Le vote sur les conclusions de M. le rapporteur est renvoyé à une prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Luxation consécutive du tibia en dehors. — M. HUGUIER présente une luxation du tibia en dehors avec ankylose survenue à la suite d'une tumeur blanche du genou. Le tibia se dirige en dedans, formant avec le fémur un angle presque droit ; le rebord de son condyle interne repose dans la gouttière inter-condylienne où il est soudé, sa facette articulaire est dirigée en dehors; la rotule est soudée sur la face externe du condyle interne du tibia.

M. HOUEL ne voit dans ce cas qu'un degré un peu plus marqué de la disposition que l'on trouve dans les tumeurs blanches du genou, terminées par luxations en dehors. Cette lésion a été décrite par M. Malgaigne.

M. CHASSAIGNAC présente une préparation anatomique relative à un cancer du testicule droit, amputé par la méthode de l'écrasement linéaire.

L'application de deux chaînes distinctes a été faite, l'une pour diviser le cordon, ce qui a été fait sans la moindre effusion de sang ; l'autre, pour séparer la tumeur des enveloppes testiculaires.

Le malade, arrivé au dixième jour de l'opération, est parfaitement bien.

La pièce anatomique présente à son centre un noyau blanc semblable à une sorte de mastic blanchâtre, et qualifié par M. Adolphe Richard de dépôt phymatoïde.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Conformément aux dispositions des articles 17 et 23 du décret du 23 mars 1852, portant organisation du corps de santé de l'armée de terre, l'inspection médicale des corps de troupes et des établissements hospitaliers aura lieu, en 1857, dans l'intérieur, en Algérie et en Italie.

Les localités auxquelles elle doit s'étendre sont divisées en sept arrondissements qui seront inspectés par :

M. Bégin, médecin inspecteur, président du conseil de santé des armées. — La place d'Alger et la partie de la division d'Alger à l'est du méridien de ladite place, la division de Constantine ; l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires (1er arrondissement.)

M. Vaillant, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées. — La 1re division militaire moins l'Ecole du Val-de-Grâce ; les 3e, 4e et 5e divisions militaires (2e arrondissement).

M. Baudens, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées. — Les 10e, 19e, 20e et 21e divisions militaires (3e arrondissement).

M. Michel-Lévy, médecin inspecteur, directeur de l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires. — Les 11e, 12e, 13e et 14e divisions militaires; l'Ecole du service de santé militaire instituée près la Faculté de médecine de Strasbourg (4e arrondissement).

M. Guyon, médecin inspecteur. — La partie de la division d'Alger à l'ouest du méridien d'Alger; la division d'Oran; la division d'occupation en Italie (5e arrondissement).

M. Maillot, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées. — Les 2e, 15e, 16e et 18e divisions militaires (6e arrondissement).

M. Scrive, médecin inspecteur. — La 6e division militaire, moins l'Ecole de Strasbourg; les 7e, 8e, 9e et 17e divisions militaires (7e arrondissement).

Les opérations diverses de l'inspection seront faites en conformité des dispositions d'une instruction ministérielle du 22 mai 1857, qui reproduit avec quelques modifications les prescriptions antérieures sur la matière.

— Un concours pour deux places d'aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris s'ouvrira le 22 juin 1857. Tous les élèves en médecine peuvent concourir. Le premier candidat entrera immédiatement en exercice; le deuxième commencera ses fonctions le 1er avril 1858. On s'inscrit tous les jours au secrétariat de dix à deux heures.

— Par arrêté du 8 juin, il est créé dans l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse une chaire spéciale d'hygiène.

— Les médecins du département de la Seine-Inférieure viennent de constituer une association de prévoyance et de secours mutuels. Voici la composition du bureau :

Président : M. le docteur Vingtrinier ; *vice-présidents :* MM. les docteurs Flaubert et Dalmenesche ; *secrétaire général :* M. le docteur Bouteillier fils ; *trésorier :* M. le docteur Melays.

— La Société de médecine de Toulouse rappelle qu'elle a proposé pour sujet du prix à décerner en 1858, la question suivante : « Analyser l'*arnica montana* ; faire connaître les propriétés pharmaceutiques » dont les diverses parties de cette plante sont la base; établir son » action physiologique et ses propriétés thérapeutiques. »

Elle propose, pour sujet du prix à décerner en 1859, la question suivante : « Des paralysies sans lésion organique appréciable. »

Chacun de ces prix est de la valeur de 300 fr.

Les mémoires, revêtus des formes académiques, devront être envoyés (*franco*) au secrétaire général, avant le 1er janvier de l'année fixée pour le concours.

Notice sur les eaux thermales sulfuro-salines de St-Gervais en Savoie, par le Dr J. F. PAYEN. In-8°. — **Carte topographique des environs des bains**, par le même. Une feuille in-f°. Paris, Jannet, rue Richelieu, 15.

(1) *Mémoire sur le traitement des fractures non réunies et des difformités des os.* Paris, 1854.

(1) *Saggio dei reisultamenti averti nella clinica chirurgica della Romana universita.* Roma, 1853-1855.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 70. — MARDI 16 JUIN 1857. (30e ANNÉE.) N° 70. — MARDI 16 JUIN 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 » | POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 15 JUIN 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

La séance a été en grande partie occupée par la lecture de deux rapports sur des objets qui ne touchent qu'en partie seulement aux sujets de notre compétence : l'un est un rapport de M. Duméril sur un mémoire de M. Hollard, relatif à une famille de poissons d'une forme bizarre, connus vulgairement sous le nom de coffres ou coffrets, et scientifiquement sous le nom d'ostracides; — le second de M. Gay a pour objet un mémoire de M. Édouard de Rivero, sur un point intéressant d'ethnologie, sur la nature et l'état de conservation des momies américaines et sur la manière dont elles se trouvent dans les tombeaux.

Parmi les travaux plus directement afférents aux sciences médicales, nous signalerons : un nouveau mémoire de M. Figuier sur la non-formation du sucre dans le foie après la mort; — ce mémoire est un nouvel acte d'opposition à la doctrine de la glycogénie hépatique de M. Cl. Bernard; — une note de M. Blondlot sur la recherche toxicologique de l'arsenic; et une communication de MM. Joly et Lavocat, ayant pour objet de démontrer, à l'aide d'un cas tératologique ou en apparence exceptionnel, le fait général de la coalescence du métacarpien du pouce avec la première phalange de ce doigt, qu'ils ont cherché à établir dans un précédent mémoire.

L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection d'un correspondant dans la section de botanique, en remplacement de M. Duval, décédé. La liste de présentation de la section portait : au premier rang, M. Thuret (de Cherbourg); au deuxième rang, M. Planchon (de Montpellier); au troisième rang, *ex æquo*, MM. Godron, à Nancy, et Lecoq, à Clermont-Ferrand; au quatrième rang, *ex æquo*, MM. Brebisson à Falaise, Clos à Toulouse, Grenier à Besançon, et Seringe à Lyon. Les voix se sont réparties entre MM. Thuret, Lecoq et Planchon. Après un scrutin de ballotage entre MM. Thuret et Lecoq, M. Thuret a réuni la majorité et a été déclaré élu.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la fièvre scarlatine.

La scarlatine est une pyrexie exanthémateuse et contagieuse. Essentiellement différente d'elle même, elle varie dans ses formes, dans ses allures, dans son intensité. La variole est toujours la variole : bénigne, discrète, confluente, on la reconnaît constamment à ses grands caractères. La rougeole garde, à peu de chose près, la même marche; son diagnostic est simple, le plus souvent très-facile, et si des complications surviennent on les a prévues d'avance. Dans la scarlatine, au contraire, rien de fixe, de régulier, et difficulté extrême de pressentir les accidents concomitants ou consécutifs.

La scarlatine est quelquefois d'une telle bénignité qu'en parlant de plusieurs épidémies, Sydenham, cet observateur par excellence, a dit d'elle : *Vix nomen morbi meretur*. De nos jours, des écrivains très-graves en clinique, des auteurs qu'il faut toujours consulter, viennent vous dire que pendant très-longtemps les scarlatines qu'ils ont observées avaient si peu d'intensité qu'elles ne faisaient succomber personne.

Graves rappelle dans ses leçons que, de 1800 à 1804, la scarlatine ravagea l'Irlande et fut très-meurtrière; que, de 1804 à 1831, les médecins n'observèrent pas un seul cas suivi de mort; mais que l'épidémie recommença à devenir terrible à Dublin en 1831, et qu'elle fit plus de deuil dans l'Irlande pendant l'année 1834 que le choléra n'en avait causé deux ans auparavant, que le typhus n'en produisait quelque temps plus tard.

Lorsque je commençais mes études médicales, je me souviens que M. Bretonneau nous disait toujours que la scarlatine, dont il avait entendu parler à ses maîtres comme d'une maladie grave, lui avait toujours paru d'une singulière bénignité, et il ajoutait que, de 1799 à 1822, il n'avait point perdu un seul scarlatineux. Devenu médecin en chef de l'hôpital de Tours, M. Bretonneau eut à lutter en 1824 contre une si redoutable épidémie de scarlatine, et il laissa mourir tant de monde, qu'il rangea bientôt cette fièvre exanthémateuse, quant à sa gravité, sur la même ligne que la peste, le typhus et le choléra.

Les choses ne se passent point de même ni dans la variole ni dans la rougeole. Sans doute, il y a de temps à autre des épidémies plus meurtrières que d'autres; mais on rencontre toujours des cas graves de variole même dans les épidémies les plus simples, et des cas extrêmement légers même dans les épidémies les plus sévères; tandis que la scarlatine se revêt de caractères malins ou bénins, selon son génie épidémique.

Les divisions classiques de toute pyrexie exanthémateuse sont, vous le savez, au nombre de quatre : l'incubation, l'invasion, l'éruption et la desquamation. Comme la desquamation manque quelquefois, je préfère de beaucoup l'expression *période de retour* ou de *déclin*.

Qu'entend-on par *incubation* et quelle est la durée de cette période dans la scarlatine? Dans une maladie, le moment de l'incubation est celui où le germe morbifique est introduit dans l'économie, mais comment le constater? C'est la chose du monde la plus difficile pour toutes les pyrexies exanthémateuses qui ne s'inoculent pas. Quant à la durée de la première période, tantôt on a dit qu'elle était de quatre jours, tantôt de huit, de quinze, de vingt et de trente jours. On s'est refusé à comprendre qu'il n'y avait d'incubation certaine que celle qui pouvait prendre une date; de là toutes ces sottises. Il n'y a qu'une seule pyrexie qui nous donne un temps d'incubation bien tranché : c'est celle que nous inoculons, la variole. Pendant un demi-siècle, on a inoculé la variole dans toute l'Europe; rien de plus simple alors que d'avoir établi d'une manière rigoureuse et absolument péremptoire la durée de son incubation. Sans cela, on ne l'aurait jamais su, et voici pourquoi : qui dit contact ne dit pas incubation, et qui dit contact ne dit pas encore inoculation. Prenons un exemple : de cinq cents moutons réunis dans le même parc ou dans la même bergerie, l'un d'eux prend la clavelée, cette variole de l'espèce ovine, et quinze jours plus tard, huit autres l'ont également contractée; chaque jour de nouveaux animaux tombent malades, et il va falloir au moins quatre mois pour que la dernière tête de bétail soit envahie par l'épizootie. Or, tous ces moutons étaient dans la même bergerie, respirant le même air, — et un air confiné — se salissant et se couvrant de pus. Cela veut il dire que l'incubation a été de huit jours chez les uns et de quatre mois chez les autres? En aucune façon, car si le berger sait son métier, et qu'à la vue de la clavelée dans son troupeau, il se donne la peine, comme je l'ai fait un jour moi-même, d'inoculer tous ses moutons, il leur donnera à tous la maladie le même jour, et cela invariablement. Vous voyez donc que l'on peut être en contact avec un virus sans concevoir ce virus, et que l'inoculation suppose que le virus a été mis en rapport avec l'économie dans des conditions déterminées et non pas adventives; de là une *évolution* toujours la même à très-peu d'heures près.

Tant que l'on ne pourra point inoculer la scarlatine, on ne saura pas combien dure son incubation. Cette pyrexie met quelquefois cinq semaines à attaquer tous les membres d'une famille qui se compose de huit ou dix personnes. Il en est exactement de même pour le virus syphilitique : sur quarante hommes qui se trouvent avoir des relations avec une femme infectée, quelques-uns contractent la vérole immédiatement; d'autres, bien qu'ils aient répété l'acte contagieux dix ou quinze fois, ne sont contaminés qu'un peu plus tard, et un certain nombre jouit d'une immunité complète; cela tient à ce que ces derniers ne se trouvaient pas, au moment du contact, dans des conditions physiologiques ou pathologiques telles que l'inoculation se fît.

Le temps d'incubation est celui qui s'écoule depuis le moment où l'inoculation certaine a lieu jusqu'au jour où la santé s'altère; la période d'invasion commence alors et elle finit à l'éruption. Dans la scarlatine, la période d'invasion est d'une incertitude vraiment étrange. On sait comment les choses se passent dans les varioles régulières, et lorsqu'un individu, après quarante-huit heures de maladie, a des pustules au visage et sur les membres, le diagnostic d'une variole confluente est bientôt formulé, car dans cette variété l'éruption apparaît le troisième jour ou à la fin du second. Si vous ne remarquez de nombreuses pustules au visage et sur les membres qu'au commencement du quatrième jour, vous savez très-bien avoir affaire à une variole discrète, puisque la variole confluente ne retarde presque jamais au quatrième jour et que la variole discrète ne se déclare point par anticipation dès le second. Il y a par conséquent dans les allures de cette fièvre éruptive une sorte de certitude qui permet de reconnaître à l'avance une variole grave d'une variole bénigne.

Pour la scarlatine, il n'en est plus de même. L'éruption apparaît chez certains malades dans les quatre ou cinq premières heures de la fièvre d'invasion, très-rarement au delà du premier jour. Cependant quelques médecins pensent n'avoir observé des éruptions scarlatineuses que le troisième jour; ces faits sont tout à fait exceptionnels, je le répète, et je ne les nie pas d'une manière absolue, bien que je sois tenté de croire à un défaut d'attention de la part du médecin et du malade. C'est au visage qu'en général nous regardons une éruption, car c'est là qu'apparaissent tout d'abord variole et rougeole; mais, dans la scarlatine, il faut plus particulièrement en chercher les traces au tronc, au bas du ventre et vers le pli des cuisses. Un individu peut ainsi avoir une éruption depuis trente-six heures lorsqu'elle va pour la première fois imprimer ses stigmates sur la face et au cou; c'est là une cause d'erreur que je suis bien aise de vous signaler en passant.

La période d'invasion est habituellement caractérisée par une fièvre vive avec ou sans frisson préalable, par des vomissements, de la diarrhée et de la céphalalgie. La fréquence du pouls est ici tellement prononcée qu'on ne la retrouve, dans aucune autre pyrexie exanthémateuse, à ce même degré d'exagération. Dès le début, avant que quelques heures se soient écoulées, le malade se plaint d'une douleur à la gorge; c'est là le phénomène le plus saillant et sur lequel vous devez de suite fixer votre attention. Il est d'autant plus important d'être prémuni, que, dans un grand nombre de cas, ce mal de gorge, qui s'annonce très-vivement et coïncide avec la véhémence des accidents fébriles, peut en imposer pour une angine simple. Or, telle médication qui peut être indiquée dans ce cas devient singulièrement inopportune dans un cas d'angine scarlatineuse maligne. Le premier jour, la langue ne révèle rien d'anormal; mais bientôt elle devient *fébrile*, c'est-à-dire chargée d'un enduit un peu limoneux. Si l'on inspecte la bouche du malade, on découvre presque toujours une rougeur un peu vive sur le voile du palais, et dans quelques circonstances une rougeur pointillée; les amygdales sont, en outre, extrêmement tuméfiées et douloureuses. Tous ces symptômes, en temps ordinaire, doivent singulièrement vous mettre en garde, mais à plus forte raison encore lorsqu'il règne une épidémie de scarlatine.

Quand la scarlatine est maligne, l'invasion prend de suite une tout autre forme. Le pouls, chez un adulte, arrive à 130, 140, 150 et 160 battements artériels dès le premier jour, et avant qu'il se manifeste d'éruption à la peau. En même temps aussi surviennent des phénomènes nerveux, une agitation hors de proportion, une insomnie invincible et du subdelirium. Ce sont là des choses que vous voyez dans bien peu d'affections inflammatoires de la gorge, et que vous observez bien rarement aussi dès le début des autres pyrexies; si bien que dès les premières heures, la scarlatine s'annonce déjà avec toute sa malignité, et la malignité du premier jour peut être telle, que les individus succombent avant que vingt-quatre heures se soient écoulées.

Il y a quelques mois, je fus mandé auprès d'une jeune demoiselle américaine dans un pensionnat de Paris, qui, le matin même, avait été prise de fièvre intense, de délire, de sécheresse à la peau et de vomissements incessants. Les phénomènes nerveux et l'état du pouls (je ne pus pas compter le nombre des battements artériels, tant ils étaient considérables) me firent dire immédiatement au confrère qui m'avait appelé : « C'est une scarlatine. » Rien ne le démontrait d'une façon absolue; mais il y avait à côté une autre jeune fille atteinte de scarlatine, et cette fièvre exanthémateuse régnait épidémiquement dans le pensionnat. La malade mourut dans la nuit.

En 1824, au commencement de cette effroyable épidémie qui régna à Tours, j'ai vu, avec M. Bretonneau, une jeune femme succomber dans l'espace de onze heures. Rien ne nous prouvait que nous eûmes affaire à une scarlatine, sinon l'épidémie elle-même et la mort préalable des parents de cette femme qui avaient été les premières victimes du fléau.

Des faits semblables peuvent donner lieu à des erreurs diagnostiques considérables et exposer les jeunes médecins à des fautes pronostiques bien plus graves encore. Lorsqu'ils soupçonnent la scarlatine, lorsqu'ils assistent à son début, voici le langage qu'ils

tiennent en général aux familles : « L'éruption apparaîtra ce soir, » et la fièvre se modifiera aussitôt. » A peine sont-ils sortis que le malade rend le dernier soupir. Ne portez donc point un pronostic trop favorable; faites de sérieuses réserves, autrement la désillusion suivra vos pas.

L'éruption commence donc quelques heures après le début. Sa durée est très-incertaine, et n'a point d'analogie avec celle — si facile à calculer — de la variole et de la rougeole. Commençant le premier jour de la maladie, elle est encore quelquefois très-vive le douzième ou le quatorzième, bien qu'elle *pâlisse* habituellement vers le huitième ou le neuvième. Dans les cas simples, l'éruption dure de cinq à huit jours.

Quels sont les caractères de cette éruption ? Dans la rougeole, vous le savez, ce sont de petites taches isolées, à forme irrégulière, et laissant entre elles un intervalle blanc. La variole se distingue par des papules accumulées devenant vésiculeuses le second jour, pustuleuses à partir du troisième, puis s'ombiliquant vers le huitième, et s'entourant d'une auréole inflammatoire. Tout cela est simple et bien aligné ; il semble d'après les ouvrages de pathologie qui sont entre vos mains qu'on ne puisse pas s'y tromper. Quant à la scarlatine, les auteurs vous disent que c'est bien plus simple encore, et ils vous dépeignent l'éruption comme étant identique à la coloration de la peau du vendangeur qui vient de fouler son raisin. Cette assertion est fausse, je vous en préviens, et j'aurai l'occasion de vous faire voir dans la rougeole des taches uniformes et sans aucun intervalle. Cela n'est pas la règle, il est vrai, mais je mettrai sous vos yeux des exemples cliniques. Il en est de même pour la scarlatine : quand elle est sévère et confluente, l'éruption ressemble en effet à une teinture universellement appliquée sur la peau, mais dans le cas opposé, et dans celui que vous l'avez vu sur le malade couché au n° 17 de la salle Sainte-Agnès, on aperçoit une multitude de petits points rouges, arrondis, parfaitement séparés les uns des autres, et différant très-certainement des taches de la rougeole.

Cette rougeur particulière dans la scarlatine se complique presque toujours de miliaire. Si vous regardez, par exemple, les parties latérales du cou et de la poitrine, ainsi que le bas-ventre, vous trouverez en passant votre main, — alors même que vos yeux ne vous viendraient pas en aide, — une saillie de la peau ressemblant à de la chair de poule ou à de la peau de chagrin. Il s'agit là de petites vésicules qui, au bout de trente-six ou de quarante-huit heures seront remplies d'un liquide lactescent ; c'est une lésion que j'ai vu manquer très-rarement dans une scarlatine un peu confluente.

Si maintenant vous vous donnez la peine d'examiner une éruption scarlatineuse sur la main d'un malade avec un verre grossissant, vous vous convaincrez aisément qu'elle n'est point d'une couleur uniforme, comme l'est celle de l'érysipèle, mais qu'elle consiste en une sorte d'élevure qui rappelle l'élevure d'un eczéma excessivement serré.

La rougeur existe à son summum sur le cou, le ventre, le plat des cuisses et la face interne des bras. Au visage elle n'a point du tout le même caractère que sur le tronc ; elle est vergetée. On remarque en même temps un gonflement notable du visage, des mains et des pieds.

Un autre phénomène vous frappe encore : c'est la tuméfaction de l'angle des mâchoires. Si vous faites ouvrir la bouche du malade, vous trouvez le voile du palais d'un rouge intense, les amygdales hypertrophiées, et dans le plus grand nombre des cas, vous observez déjà sur ces dernières de petites concrétions blanches, qui préludent à l'invasion de l'angine couenneuse scarlatine, sur laquelle j'aurai à insister ultérieurement d'une manière expresse, et dont je ne parle aujourd'hui que pour mémoire.

Mais la langue a un caractère tellement spécifique qu'à elle seule elle diagnostique la maladie ; elle est aussi spéciale que peut l'être l'éruption de la variole dans la variole. Le premier jour, ainsi que je l'ai déjà dit, la langue n'offre rien de particulier ; le lendemain, si le malade a éprouvé des vomissements, elle est profondément teinte en vert ou en jaune ; mais la pointe et tout le pourtour sont d'un rouge excessivement vif. Dans le cas où il n'y a point eu de vomissements, la langue est d'un blanc de lait dans toute sa partie postérieure. Vers le troisième jour, la rougeur augmente encore, et du quatrième au cinquième on est tout surpris de ne plus retrouver l'enduit dont je viens de parler : la langue, d'un rouge écarlate, est tuméfiée, douloureuse, recouverte de papilles saillantes, et se dépouille par le frottement. Vers le septième ou le huitième jour, elle devient plus lisse, mais conserve encore sa rougeur ; le neuvième jour, l'épithélium se reforme d'une manière très-évidente, et ce n'est guère que le douzième jour qu'elle a repris son aspect à peu près normal.

Ce phénomène est immanquable dans la scarlatine, pourvu qu'il y ait eu éruption et angine ; j'ajoute qu'il ne se retrouve ni dans la rougeole ni dans la variole, et qu'il est tout à fait spécial à la pyrexie exanthémateuse qui vient de nous occuper dans cette conférence, et dont nous continuerons très-prochainement l'histoire.

Dr L. DU S.

CORPS ÉTRANGERS DANS LES INTESTINS,

Par SYDNEY JONES.

Épingle à cheveux. — Une petite fille, âgée de cinq ans, commença à se plaindre, au mois de janvier 1855, d'une vive douleur dans le ventre. Cette douleur augmenta jusqu'au mois d'avril, où l'on put constater une petite tumeur à droite et au-dessous de l'ombilic. Cette tumeur grossit, devint douloureuse, surtout au toucher, et se rompit seize jours après son apparition. Du pus sortit de cette ouverture jusqu'au mois de décembre ; mais à cette époque des matières fécales vinrent se mêler au pus, et en janvier 1856, on vit des pointes d'épingle se faire jour au dehors. On en fit l'extraction le 2 février. Les matières fécales continuèrent à sortir par cette ouverture pendant le premier mois, puis les bords de la plaie se rapprochèrent peu à peu, et au bout d'une semaine ils étaient parfaitement réunis. Une cicatrice indiquait le lieu de l'ouverture. L'enfant, qui ne se souvient pas d'avoir jamais avalé une épingle, se porte parfaitement bien.

Arête de poisson. — Une dame présentant une fistule à l'anus avait avalé, il y a douze mois, une petite arête de poisson. Pendant quelques semaines, elle éprouva de la gêne pour avaler, puis la douleur disparut. Elle ne souffrait plus depuis longtemps, lorsqu'il y a sept ou huit semaines, elle commença à se plaindre d'une gêne au rectum. De la douleur et une sensibilité excessive dans la fosse ischio-rectale, puis les symptômes d'un abcès se déclarèrent bientôt. Celui-ci s'ouvrit, et l'on se prépara le jour même à diviser le trajet fistuleux. Un doigt introduit dans le rectum découvrit l'arête ; elle avait traversé la paroi intestinale ; une portion était encore dans l'intestin, une autre portion était déjà hors de cette cavité. (*The Lancet.*)

TUMEUR HÉMORRHOIDALE INTERNE VOLUMINEUSE

compliquée de chute du rectum dépassant 7 centimètres, et d'hémorrhoïdes externes. — Destruction complète des tumeurs hémorrhoïdales tant internes qu'externes, au moyen de l'écraseur linéaire du docteur Chassaignac. — Guérison.

Par M. le Dr A. DUSSERIS, médecin du bureau de bienfaisance du VIIIe arrondissement.

Depuis quelque temps l'attention des chirurgiens semble se porter sur un moyen nouveau de destruction des tumeurs hémorrhoïdales, préconisé par un chirurgien qui, par de consciencieux travaux, s'est acquis une position méritée dans la science, l'écrasement linéaire.

L'incrédulité de quelques-uns, l'hésitation et l'incertitude du plus grand nombre, font un devoir au chirurgien de publier tous les faits, heureux ou malheureux, qui se sont offerts à son observation pratique.

L'observation de M. V... nous a paru capable d'éclairer la question, si même elle ne la juge sans réplique, au point de vue du procédé opératoire et des suites immédiates de l'opération. Quant aux conséquences éloignées de la suppression des tumeurs hémorrhoïdales par une opération chirurgicale, elles restent les mêmes, quel que soit le procédé employé, et nous semblent bien plus du domaine de la médecine proprement dite que de la chirurgie. Nous n'entendons pas dire pourtant que le chirurgien ne doit pas s'en préoccuper très-sérieusement ; seulement nous croyons que la discussion doit se renfermer ici dans l'examen des diverses méthodes opératoires employées pour la destruction des hémorrhoïdes. En un mot, tous les chirurgiens admettant que certaines tumeurs hémorrhoïdales doivent être opérées, à quel procédé doit-on donner la préférence ?.. Telle est la véritable question.

OBS. — M. V..., âgé de trente-sept ans, d'un tempérament nervoso-lymphatique, impressionnable à l'excès, est en proie depuis longues années à des souffrances atroces occasionnées par des hémorrhoïdes internes et externes compliquées de chute du rectum. Ces souffrances, jointes aux pertes de sang fréquentes qu'il a éprouvées, ont amené un état chloro-anémique très-prononcé.

Son grand-père et son père ont souffert toute leur vie d'hémorrhoïdes compliquées de chute du rectum. Tous les membres de sa famille, à quelques rares exceptions près, présentent l'affection hémorrhoïdale à divers degrés. Ceux qui n'ont point d'hémorrhoïdes ont des affections du cœur. Plusieurs sont atteints de myopie.

Dès l'âge de seize ans, M. V... éprouvait du malaise après les garde-robes, qui s'accompagnaient souvent d'un peu de procidence de la muqueuse rectale.

A vingt ans, première hémorrhagie abondante à la suite d'une garde-robe. Trois mois après l'affection hémorrhoïdale est établie d'une manière sensible ; des douleurs se font sentir dans le rectum et à l'anus ; les selles sont difficiles et s'accompagnent de la sortie d'un bourrelet hémorrhoïdal qui ne rentre qu'avec une grande difficulté.

A partir de cette époque, M. V... n'a jamais cessé de souffrir.

A vingt-deux ans, M. V... entre en qualité de teneur de livres dans une maison de commerce, ce qui l'oblige à rester assis douze à treize heures par jour. Depuis quinze ans il remplit ces fonctions.

A vingt-trois ans, les hémorrhoïdes se compliquent de chute du rectum.

A vingt-sept ans, la tumeur hémorrhoïdale interne égale en grosseur un œuf de poule, et la chute du rectum se produit à chaque garde-robe ; les pertes de sang par l'anus deviennent fréquentes et abondantes, se répétant deux et trois fois par jour, quelquefois pendant dix, quinze et vingt jours. M. V... devient anémique.

Les pertes de sang venant enfin à s'arrêter, les forces reviennent pendant trois et quatre mois, puis les accidents reparaissent avec une nouvelle violence.

La faiblesse est extrême, l'appétit nul, les digestions difficiles ; le rectum tombe dès que le malade essaye de marcher.

Chaque garde-robe, obtenue à grand'peine, est suivie, pendant trois, quatre et quelquefois dix heures, de souffrances atroces à l'anus et dans l'abdomen.

A trente et un ans, les choses en étaient à ce point de gravité extrême, lorsque M. V... s'adressa à M. le professeur Nélaton.

Le 20 juin 1851, M. V... subit, à l'hôpital des cliniques de la Faculté, la destruction de ses tumeurs hémorrhoïdales internes, au moyen du fer rougi à blanc. L'opération dura douze minutes, pendant lesquelles le malade fut maintenu dans un état d'anesthésie complète au moyen du chloroforme.

Les souffrances qui suivirent l'opération furent excessives pendant les quarante-huit premières heures. Le premier jour surtout, la douleur fut telle que le malade désirait la mort.

La constipation qui succéda à l'opération dura dix jours, et finit par céder aux purgatifs.

Pendant deux mois, les garde-robes furent difficiles et douloureuses, puis le malade reprit un peu de santé.

Cet état relativement satisfaisant dura dix-huit mois.

Notons qu'après l'opération pratiquée par M. Nélaton, il était resté surtout après chaque garde-robe, une petite tumeur sensible au toucher, que le malade faisait rentrer en pratiquant une sorte de taxis. Nous ne pouvons dire si cette tumeur était formée par des hémorrhoïdes ou une procidence de la muqueuse rectale ou du rectum lui-même ; quant aux hémorrhoïdes externes, elles avaient été respectées.

En 1853 se manifesta une névrose de l'estomac, puis survint un iritis de l'œil droit, qui amena une faiblesse persistante de la vue de ce côté.

L'iritis fut combattu par de nombreuses purgations ; les pertes de sang reparurent par l'anus, puis la chute de rectum revint.

A la fin de 1854, l'état de M. V... était revenu au même point qu'avant l'opération pratiquée par M. Nélaton. Chaque garde-robe jetait le malade dans un état d'anéantissement extrême. Comprenant que s'il était plus de vingt-quatre heures sans aller à la selle, les souffrances seraient doublées, M. V... se procurait une garde-robe tous les jours au moyen de lavements. Chaque fois le rectum tombait, et cette chute, qui dépassait 7 centimètres, produisait des douleurs atroces. Après chaque garde-robe, le malade avait à pratiquer un véritable taxis pour faire rentrer le rectum. Cette réduction était suivie de nouvelles souffrances, et pour les amoindrir, M. V... était obligé de faire quelques efforts pour faire ressortir une petite portion de la tumeur.

Puis des douleurs d'un autre genre survenaient, et leur durée, qui n'était jamais moindre de trois ou quatre heures, allait quelquefois à huit heures.

« J'étais pendant quatre heures, dit M. V..., dans l'impossibilité de » faire un mouvement, de me coucher sur le dos, de dormir. Je res» tais étendu, le ventre appuyé sur un traversin ou un oreiller. Sorti » de cette position, j'avais encore quatre heures à souffrir, soit que je » voulusse rester debout, soit que j'essayasse de marcher ou de m'as» seoir. En un mot, je n'avais de repos dans aucune position. »

Tel était l'état déplorable où se trouvait M. V... lorsqu'il s'adressa à moi. Il n'y avait pas un instant à perdre. Dans de telles conditions, la vie était impossible. Il fallait opérer, ou se résigner à une bien triste inaction.

La faiblesse était extrême ; l'anémie très-prononcée avec teinte subictérique de la face ; l'appétit presque nul ; la tumeur hémorrhoïdale interne volumineuse, de la grosseur d'un œuf de poule, et comprenant dans une ellipse complète le rectum à l'état de procidence ; la chute du rectum dépassait 7 centimètres, et les hémorrhoïdes externes venaient encore ajouter à cet état déjà si grave.

L'opération décidée, je n'hésitai pas un instant dans le choix du procédé. Je donnai la préférence à la méthode de M. le docteur Chassaignac, dont les effets les plus saillants sont de rendre les pertes de sang insignifiantes et la suppuration nulle.

Devais-je enlever d'un seul coup les tumeurs hémorrhoïdales, tant internes qu'externes ? Devais-je comprendre le rectum dans la section, ou devais-je opérer en deux fois ? J'optai pour cette deuxième alternative.

La première opération ne devait détruire qu'une portion, la moitié environ de la tumeur hémorrhoïdale interne en ménageant le rectum. La deuxième opération devait comprendre tout ce qui resterait de la tumeur hémorrhoïdale interne, les hémorrhoïdes externes et une portion du rectum (2 centimètres environ), si la chute n'était pas sensiblement modifiée par la première opération.

Le procédé, consistant à enlever d'un seul coup tout le bourrelet hémorrhoïdal interne avec une portion du rectum et les hémorrhoïdes externes, était séduisant et expéditif. Mais j'exposais mon malade à une suppuration longue, aux dangers de la phlébite, d'une résorption purulente, à une péritonite enfin, si j'enlevais une grande portion du rectum.

Le 6 janvier 1857, assisté de M. le docteur Frémineau fils et de deux parents du malade, je procédai à la première opération.

M. V... fut soumis à l'influence anesthésique du chloroforme. A cet effet, le malade fut couché horizontalement sur le dos, la tête sur le même plan. Un des aides était chargé de maintenir les membres inférieurs et de s'opposer au moindre déplacement ; un autre maintenait les bras, tandis que je surveillais le pouls et la façon dont la respiration s'accomplissait, tout en m'opposant à ce que le malade soulevât la tête. M. le docteur Frémineau maintenait sous le nez du malade une éponge imbibée de chloroforme et placée au fond d'une compresse qui recouvrait les yeux.

Au bout de quelques instants, l'anesthésie était complète. Le malade fut amené doucement, sans secousse, sur le bord de son lit et couché sur le côté comme pour l'opération de la fistule à l'anus.

Introduisant alors le doigt indicateur gauche dans le rectum, je reconnus le bourrelet hémorrhoïdal, situé à 6 centimètres environ audessus de l'anus. Je conduisis alors l'érigne multiple fermée jusqu'à la hauteur et un peu au-dessus du bourrelet. Cette simple excitation suffit pour faire entr'ouvrir l'anus et livrer passage au bourrelet, suivi de près par le rectum dont la chute menaçait de nous gêner beaucoup. Je me hâtai d'ouvrir l'érigne à 6 branches ; avec une autre pince-érigne je saisis un des côtés de la tumeur, et je passai un fil fort destiné à isoler complètement la portion qui devait être enlevée. Je passai ensuite l'écraseur, et terminai l'opération suivant le procédé indiqué par M. Chassaignac.

La section fut conduite avec lenteur, afin d'éviter toute perte de sang. L'opération dura 15 minutes, et le malade, qui n'avait rien ressenti, fut replacé sur le dos.

La perte de sang fut nulle ; le rectum resta en place.

Les suites de cette opération furent tellement simples, que le malade n'eut conscience de ce qui s'était passé que par le mieux qu'il ressentit en allant à la garde-robe le lendemain, au moyen d'un lavement laxatif (guimauve et miel).

La suppuration fut nulle. La réaction, peu sensible le premier jour, avait disparu le deuxième. L'état moral ne tarda pas à devenir meilleur.

Je fis prendre au malade des bouillons et des potages les premiers jours, avec un peu d'eau rougie; puis, à partir du quatrième jour, une nourriture fortifiante sous un petit volume.

Toutes les vingt-quatre ou quarante-huit heures, je provoquai une garde-robe au moyen du lavement indiqué plus haut.

La chute du rectum avait considérablement diminué et ne se produisait plus que du côté où nous avions laissé intact le bourrelet hémorrhoïdal.

Les garde-robes s'effectuaient avec beaucoup moins de douleur.

Onze jours après cette première opération, le malade, plein de confiance et d'espoir, subissait la deuxième.

Le 17 janvier, assisté des docteurs Frémineau fils et Arnaud (Alphonse) et de deux parents du malade, je procédai à la deuxième opération.

Comme la première fois, le malade fut mis, à l'aide du chloroforme, dans un état d'anesthésie complète, puis amené sur le bord de son lit.

L'érigne multiple fut conduite le long de l'indicateur gauche, préalablement introduit jusqu'au bourrelet hémorrhoïdal. Ouvrant subitement mon érigne, le bourrelet vint faire saillie à l'extérieur sans entraîner le rectum. Avec une pince-érigne je saisis à la fois le bourrelet hémorrhoïdal interne et les hémorrhoïdes externes, puis à l'aide d'une ligature j'isolai tout ce que je voulais enlever.

La chaîne de l'écraseur fut passée autour des tumeurs réunies en un seul bourrelet, et j'en opérai la section comme la première fois.

La perte de sang fut insignifiante comme à la première opération (15 à 20 grammes, provenant du bourrelet comprimé plutôt que de la plaie).

L'opération terminée, il restait une petite plaie linéaire à peine visible. Tout avait été détruit.

Les suites immédiates de l'opération, la réaction et la douleur furent un peu plus sensibles que la première fois, mais sans grande intensité pourtant.

Le jour même de l'opération, le malade prit un peu de bouillon froid et de l'eau rougie. Je recommandai le repos le plus absolu.

Dans la soirée, je trouvai M. V... très-gai et causant librement avec les personnes de sa famille qui l'entouraient. Rien dans son attitude ou dans sa voix ne pouvait faire supposer que quelques heures auparavant ce même malade eût subi une opération grave, on pourrait dire redoutable.

Pendant les trois premiers jours qui suivirent l'opération, il y eut un peu de douleur dans le ventre et une légère accélération du pouls. Pas la moindre trace d'hémorrhagie. La suppuration, si tant est qu'on puisse lui donner ce nom, consista en une sorte de suintement sans importance.

Le quatrième jour, les douleurs de ventre avaient sensiblement diminué, (il ne faut pas oublier que ce malade souffrait depuis plus de quinze ans, non-seulement au voisinage de l'anus, mais dans tout l'abdomen.)

Le doigt indicateur fut introduit dans le rectum sans déterminer de grandes douleurs, et je pus constater une dilatation énorme de la partie inférieure de l'intestin, au-dessus du sphincter.

Prescription du troisième au sixième jour. — Eau gommée et sucrée, un demi-litre par jour, additionnée de bi-carbonate de soude, afin de diminuer la tendance aux congestions, soit directes du côté des vaisseaux hémorrhoïdaux, soit sympathiques du côté du cerveau; lavement avec l'eau de guimauve, additionnée d'huile d'olive ou de miel.

Le septième jour, malgré les lavements, l'intestin ne se débarrassait qu'incomplétement. Je dus prescrire une demi-bouteille de limonade purgative au citrate de magnésie à 32 grammes. Le résultat fut satisfaisant, et, à partir de ce moment, le malade alla tous les jours à la garde-robe après un lavement à l'eau froide pris le soir.

Le dixième jour, je prescrivis le régime suivant:

Repas à heures fixes et invariables, composés surtout de bouillons et potages gras, de viandes rôties et grillées, sans exclusion de légumes frais et de facile digestion, et de poisson.

Tous les jours, deux ou trois heures après le dernier repas, lavement à l'eau froide; un peu d'exercice régulier tous les jours; 2 grammes de bicarbonate de soude dans un demi-litre d'eau de gomme; et de temps en temps, le soir, au moment du coucher, une cuillerée à café de magnésie calcinée, ou une heure après le repas. Trois bains de siége frais par semaine, de vingt minutes.

« De tous mes maux, m'écrivit M. V... le 15 février, il ne me reste » plus qu'une douleur assez faible, et qui tous les jours va en diminuant, » chaque fois que je vais à la selle, et une sorte d'engourdissement » intérieur pendant une heure environ.

» Les forces, que j'avais complétement perdues, reviennent et font » chaque jour de nouveaux progrès. Aucun accident n'a entravé le » succès des opérations, et ce dont j'ai eu le plus à souffrir après la » deuxième a été une constipation de six à sept jours; encore n'était- » elle pas complète.

» Depuis la dernière purgation, je vais à la garde-robe tous les jours. »

Le 1er mars, M. V... a repris son travail de teneur de livres.

La chute du rectum a complétement disparu depuis la deuxième opération.

RÉFLEXIONS. — Cette observation suffirait à elle seule pour établir la supériorité de l'écrasement linéaire sur les autres méthodes employées pour détruire les hémorrhoïdes.

On ne saurait voir dans ce malade une heureuse exception.

Cinq à six années auparavant, M. V... avait subi la destruction de ses hémorrhoïdes au moyen du fer rouge manié par un des hommes dont la chirurgie française s'enorgueillit le plus.

Après l'opération par le feu, M. V..., en proie à d'atroces souffrances, demanda la mort comme un bienfait. Après l'écrasement linéaire, c'est à peine si M. V... ressent quelque douleur; rien, absolument rien, ne dénote l'opération grave qu'il vient de subir. La réaction est presque nulle, les douleurs dans le ventre très-supportables, et un léger suintement remplace la suppuration; plus de chute du rectum.

Amené, par l'exposition simple des faits observés chez M. V..., à comparer les deux méthodes au point de vue de leurs suites immédiates, nous voyons pour le fer rouge: destruction incomplète de la maladie, douleurs atroces qui mettent en danger la vie du malade, constipation opiniâtre, suppuration longue et abondante; pour l'écrasement linéaire, destruction complète de la maladie; l'opération terminée, tout est fini; absence de fièvre de réaction, absence de suppuration; plaie linéaire, point d'hémorrhagie, constipation modérée.

L'application du fer rouge est difficile, incertaine, et amène presque nécessairement un rétrécissement considérable de l'anus.

Le manuel opératoire de l'écrasement linéaire demande, comme toute opération chirurgicale, une certaine habitude, mais il est d'une précision mathématique. On détruit ce que l'on veut bien détruire, rien de plus, rien de moins.

NOTE

POUVANT SERVIR A L'HISTOIRE DE LA SENSIBILITÉ DES TENDONS.

Par M. le docteur LORAIN, médecin aide-major au 9e régiment d'infanterie.

C..., jeune garçon de onze ans, sonneur de cloches, se prend le pied droit dans le jeu d'une bascule; appelé sur-le-champ, je constate une déchirure complète des téguments de la partie postérieure et inférieure de la jambe droite. La plaie, longue de 0,15, forme un croissant dont les extrémités vont se perdre dans le pied au-dessous des malléoles, comprenant dans son milieu le tendon d'Achille, que la rétraction des téguments découvre dans l'étendue de 0,04 à 0,05; je touchai ce tendon, et le pressai à plusieurs reprises entre les doigts sans provoquer la moindre sensation; les lèvres de la plaie furent rapprochées par des bandelettes, le pied maintenu dans l'extension et soumis durant trois jours à une irrigation continue d'eau froide. L'appareil, enlevé au bout de trois jours, me fit voir une plaie moins étendue en largeur, mais laissant encore à découvert le tendon d'Achille dans l'étendue de 0,01 environ. Ce tendon, insensible il y a trois jours, était devenu douloureux au contact; en le piquant avec une épingle, l'enfant jetait des cris; pendant trois jours l'épreuve fut renouvelée, et donna toujours le même résultat.

Ce fait me paraît très-significatif; il prouve une fois de plus que l'état morbide modifie profondément les propriétés physiologiques; il confirme de tous points les expériences de M. Flourens, et concilie les opinions en apparence contradictoires émises jusqu'à ce jour sur cette importante question.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 juin 1857. — Présidence de M. Is. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Sur la formation du sucre après la mort dans le foie des animaux. — M. L. FIGUIER communique un mémoire dont l'objet est de prouver, contrairement à ce qui a été avancé par M. Cl. Bernard, qu'il ne se forme pas de sucre après la mort dans le foie des animaux.

L'expérience sur laquelle M. Cl. Bernard a établi ce fait n'est pas décisive, suivant M. Figuier, en ce qu'un simple lavage par un courant d'eau traversant le foie pendant quarante minutes, est un moyen tout à fait insuffisant de débarrasser le foie de tout le glycose qu'il renferme. Je me suis assuré, dit M. Figuier, par divers essais rapportés dans mon mémoire, qu'il faut des précautions particulières pour enlever par l'action de l'eau tout le sucre emprisonné dans les cellules hépatiques.

Mais si l'on exécute ce lavage d'une manière rigoureuse, on reconnaît que le tissu du foie, quand il a été parfaitement débarrassé de tous ses produits solubles, ne jouit en aucune façon de la propriété de former du sucre après la mort. Voici comment M. Figuier a procédé pour mettre ce fait en évidence.

J'ai pris, dit-il, un foie de mouton peu après la mort de l'animal, et je l'ai haché avec soin. Le tissu ainsi divisé a été passé à travers un tamis de crin serré. Ce qui traversait le tamis constituait une véritable pulpe dans laquelle le tissu hépatique se trouvait réduit à un grand état de division. J'ai lavé cette pulpe dans l'eau froide, par décantation, un grand nombre de fois. Après ce lavage, il reste une masse presque incolore et tout à fait exempte de glycose. On l'a alors abandonnée à elle-même pendant vingt-quatre heures, pour reconnaître s'il s'y formerait du sucre. Or, l'eau dans laquelle on a fait bouillir, au bout de ce temps, toute cette masse fibreuse, ne renfermait pas la plus légère trace de glycose. Ainsi, la substance du foie bien débarrassée du sucre par un lavage rigoureux, ne se recharge pas au bout d'un certain temps d'une nouvelle quantité de sucre.

Mais pour décider positivement si le foie sécrète du sucre après la mort de l'animal, il fallait déterminer par l'analyse chimique la quantité de sucre existant dans un foie lavé, et au bout de vingt-quatre heures, répéter ce dosage, afin de reconnaître si, après cet intervalle, la quantité de sucre avait augmenté. Cette détermination comparative a été faite de la manière suivante:

Un foie de mouton, pris peu de temps après la mort de l'animal, a été soumis pendant une heure et demie à l'action d'un courant d'eau entrant par la veine-porte et sortant par la veine-cave inférieure.

Après ce lavage, le foie, qui pesait 900 grammes, a été partagé en deux parties du même poids, soit 450 grammes chacune.

L'une de ces moitiés a été hachée soigneusement et soumise à une décoction dans l'eau bouillante; le liquide provenant de cette décoction a été légèrement concentré, précipité par le sous-acétate de plomb, et l'excès du sel de plomb enlevé par le carbonate de soude. La liqueur filtrée a été traitée par le réactif cupro-potassique qui, sous l'influence de l'ébullition, a fourni un précipité volumineux jaune-rougeâtre de sous-oxyde de cuivre hydraté.

Ce précipité de sous-oxyde de cuivre étant recueilli sur un filtre, lavé et longtemps calciné dans un creuset de platine au contact de l'air, pour le transformer en bi-oxyde de cuivre, a laissé un résidu de cet oxyde pesant 0 gr. 123.

Au bout de vingt-quatre heures, la seconde moitié de ce foie, qui avait été abandonnée à elle-même, a été soumise aux mêmes opérations que la première. On l'a traitée par l'eau, précipitée par le sous-acétate de plomb, ensuite par le carbonate de soude, et enfin mise en contact à l'ébullition, avec le réactif cupro-potassique. Le précipité jaune-rougeâtre de sous-oxyde de cuivre, recueilli sur un filtre et calciné au contact de l'air pour le transformer en bi-oxyde noir, a laissé un résidu de cet oxyde pesant 0 gr. 102.

Il résulte de cette expérience que, malgré un lavage par un courant d'eau, prolongé une heure et demie, le foie contenait une notable quantité de glycose, et qu'en outre cette quantité n'a pas augmenté dans cet organe abandonné à lui-même pendant vingt-quatre heures.

Je suis arrivé au même résultat dans deux autres expériences dans lesquelles j'ai déterminé le poids des matières solubles existant dans chaque moitié d'un même foie avant et après vingt-quatre heures. Cette quantité, au lieu d'augmenter, a subi une légère diminution.

J'ai avancé plus haut que la cause de l'erreur qui suppose que le sucre se reforme dans le foie après la mort, tient à l'insuffisance du moyen qui a été employé pour opérer le lavage de cet organe. Un courant d'eau entretenu pendant quarante minutes seulement à travers les ramifications de la veine-porte est un moyen insuffisant pour débarrasser le foie de toutes ses matières solubles, surtout quand on opère avec un foie extrêmement chargé de sucre, comme l'est toujours celui d'un carnivore. J'ai pensé qu'en opérant sur un foie moins chargé de sucre, et en prolongeant convenablement le temps du lavage, on pourrait parvenir à le débarrasser complétement de toute matière sucrée, et que l'on pourrait ensuite, sans altérer, sans diviser l'organe, en un mot, sans toucher à son intégrité anatomique, reconnaître s'il se reforme spontanément du sucre dans son tissu bien lavé. Ayant reconnu que le cheval est un des animaux dont le foie est le moins sucré, j'ai profité de cette condition pour faire une dernière expérience qui a confirmé les précédentes.

A l'École vétérinaire d'Alfort, j'ai pris le foie d'un cheval qui venait d'être abattu, et je l'ai soumis pendant deux heures et demie à un fort courant d'eau. Je m'étais assuré, avant cette opération, que le foie expérimenté contenait du sucre. Après ce lavage, le foie s'est trouvé débarrassé de tout son glycose, car un morceau de cet organe du poids de 250 grammes n'en cédait aucune trace à l'eau bouillante.

Ayant été abandonné à lui-même pendant vingt-quatre heures, ce foie n'a laissé apparaître aux réactifs aucune trace de sucre.

L'expérience qui vient d'être décrite a été répétée identiquement sur les foies de deux autres chevaux, et a donné des résultats tout semblables: Existence du sucre dans le foie examiné au moment où l'animal venait d'être abattu; absence de sucre après un lavage de deux heures et demie par un courant d'eau, et absence complète du sucre vingt heures après ce lavage.

Dans un nouveau mémoire sur la glycogénie hépatique, j'aurai l'honneur de communiquer prochainement à l'Académie le résultat de quelques expériences sur la matière glycogène qui existerait dans le foie, d'après M. Cl. Bernard, et qui, selon moi, n'est autre chose que le produit de la décomposition, par la potasse, de l'albuminose, produit organique dont j'ai signalé l'existence dans le foie, et qui se trouve étudié et décrit dans le premier mémoire que j'ai publié sur ce sujet en janvier 1855. Je montrerai que cette matière glycogène se forme avec la plupart des substances albuminoïdes, et qu'on peut l'obtenir en opérant avec l'albumine de l'œuf précipitée par l'alcool, redissoute dans l'eau et traitée par la potasse caustique bouillante. Je m'efforcerai aussi de faire ressortir la différence chimique qui existe entre le sucre contenu dans le foie et celui que l'on trouve dans la veine-porte et dans la circulation générale chez les animaux soumis au régime exclusif de la viande. (Commissaires: MM. Milne Edward, Pelouze et Cl. Bernard.)

Recherche toxicologique de l'arsenic. — M. BLONDLOT (de Nancy) communique le résultat de recherches ayant pour but de démontrer que, dans la destruction des matières organiques, d'après le procédé de MM. Danger et Flandin, indépendamment de la quantité plus ou moins grande de sulfure d'arsenic qui a pu prendre naissance par l'effet de l'acide sulfhydrique engendré dans la putréfaction, la carbonisation par l'acide sulfurique en produit constamment à elle seule des proportions considérables qui échappent à l'analyse. Voici en quels termes M. Blondlot rapporte une des expériences sur lesquelles repose cette assertion:

« Je pris 250 grammes de poumon de bœuf à l'état frais, et, après les avoir grossièrement découpés, j'y ajoutai 100 grammes d'acide sulfurique concentré, puis, quand la matière se fut liquéfiée, j'y versai une solution filtrée de 2 centigrammes d'acide arsénieux. Le reste de l'opération s'étant effectué d'après le procédé connu, j'obtins un charbon sec et friable que j'épuisai avec de l'eau bouillante. Après m'être assuré que les dernières eaux de lavage recueillies séparément ne fournissaient aucune trace d'anneau arsenical dans l'appareil de Marsh, je lavai de nouveau le charbon avec de l'eau ammoniacale; or, cette seconde solution ayant été évaporée à siccité, le résidu fut traité à chaud par l'acide azotique concentré ajouté par petites portions à la fois, puis le résidu desséché, ayant été repris par l'eau bouillante, a été introduit dans un appareil de Marsh, où il n'a pas tardé à produire un anneau épais et étendu.

» Il résulte de ce qui précède qu'il ne suffira plus désormais de traiter, dans les recherches toxicologiques, le charbon sulfurique par l'eau bouillante, mais qu'il faudra ensuite lui enlever, par des lavages à l'ammoniaque, le sulfure d'arsenic qui s'est formé en proportion considérable, convertir ce sulfure en acide arsénique par l'acide azotique comme il a été dit plus haut, de manière à obtenir une seconde solution qui sera ajoutée à la première pour constituer la liqueur suspecte destinée à être introduite dans l'appareil de Marsh. »

Coalescence du métacarpien ou métatarsien du pouce avec la pre-

mière phalange de ce doigt. — MM. JOLY et LAVOCAT adressent un travail dont l'objet est de démontrer cette proposition formulée dans leur précédent travail d'anatomie philosophique sur les extrémités des mammifères, savoir : que, pour les phalanges de chaque doigt, le nombre trois est le type général; et que l'exception présentée par le pouce n'est qu'apparente.

A l'appui de cette opinion, ils avaient déjà fait remarquer que la pièce dite métacarpien ou métatarsien du pouce se développe par deux points d'ossification, l'un pour le corps et l'autre pour l'extrémité supérieure : disposition, comme l'a dit M. Cruveilhier, qui est opposée à celle qui s'observe dans les autres métacarpiens ou métatarsiens, et analogue à celle qui s'observe dans les phalanges.

Pour MM. Joly et Lavocat, le point d'ossification principal constitue la première phalange, et le noyau supérieur est l'équivalent du véritable métacarpien ou métatarsien du pouce.

Le fait qu'ils transmettent aujourd'hui à l'Académie est décisif à cet égard.

Il s'agit d'un chien adulte ayant le pouce complétement développé. Aux deux pieds de cet animal, entre les deux pièces tarsiennes, propres au pouce, et les deux dernières phalanges de ce même doigt, on voit deux pièces distinctes, conoïdes, contiguës par leur sommet, et longues chacune d'environ 2 centimètres; la base élargie de l'os supérieur s'articule, comme d'ordinaire, avec le pemptotarse ou troisième cunéiforme, et celle de l'os inférieur avec la deuxième phalange.

En conséquence, et d'après le principe des connexions, ces deux éléments du pouce représentent bien le métatarsien et la première phalange, ordinairement soudés en une seule pièce, ici développés séparément.

Ce fait démontre donc d'une manière incontestable que la pièce osseuse, généralement appelée métacarpien ou métatarsien du pouce chez l'homme et les autres mammifères, est réellement constituée par le métacarpien ou métatarsien, et aussi par la première phalange.

Stricturotomie. — M. GUILLON adresse une note dans laquelle il revendique les procédés de *stricturotomie* employés par MM. Civiale et Maisonneuve, procédés qu'il a introduits dans la pratique chirurgicale il y a trente ans, et au moyen desquels on guérit complétement et radicalement aujourd'hui les rétrécissements de l'urètre durs et anciens, qui avant lui étaient incurables.

La réclamation de M. Guillon a été provoquée par la note de M. Civiale sur *l'organisation du service des calculeux dans les hôpitaux de Paris*, insérée dans le *Compte rendu de l'Académie des sciences* du 18 mai dernier, et surtout par ce passage où il est dit, page 1012 : « Que les indigents atteints de la pierre *ou de toute autre maladie affectant les organes génito-urinaires*, CONTINUERONT D'ÊTRE TRAITÉS D'APRÈS LES PROCÉDÉS QUE M. CIVIALE A FAIT CONNAITRE. »

M. Guillon déclare que la stricturotomie ne présente aucun danger, parce qu'il l'a pratiquée à des centaines de malades, sans avoir à déplorer la perte d'un seul des suites de ce mode de traitement.

Pour la lithotritie, ajoute M. Guillon, on est obligé de reconnaître, si M. Civiale adoptait mon brise-pierre à levier et à évacuation comme il a adopté ma stricturotomie, M. Heurteloup, dans la brochure qu'il a publiée dernièrement, n'aurait pas eu à reprocher à cet habile opérateur la multiplicité de ses séances de broiement; et comme moi, il obtiendrait, en une seule séance de cinq minutes, des résultats qui nécessitent huit ou dix séances d'égale durée avec des instruments droits qu'il emploie encore.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 avril 1857. — Présidence de M. RAMON, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— La correspondance comprend :

1° Le *Compte rendu des travaux de la Société médicale du 1er arrondissement de Paris*, par M. Mouzard. (M. Caron);

2° *L'Écho médical*, 4e numéro, par le docteur Armand;

3° Le numéro de mars du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.

Fistule lacrymale. — M. MAGNE. Je viens, ainsi que j'en ai pris l'engagement, donner à la Société des nouvelles du jeune malade que j'ai opéré par mon procédé, et chez lequel la cicatrisation de la plaie et l'adhérence des parois du sac n'ont pas eu lieu comme on le remarque d'habitude. D'accord avec notre collègue M. Josias, et avec le docteur Mouzard, nous avons injecté par l'orifice fistuleux de la teinture d'iode pure, de manière à remplir le sac. Un morceau de diachylon a été immédiatement appliqué sur la plaie pour empêcher la sortie du liquide injecté. Je tiendrai la Société au courant des résultats de cette nouvelle tentative; mais, je le répète, l'enfant qui fait le sujet de l'observation est d'une constitution éminemment scrofuleuse.

M. COURSSERANT ne considère pas la teinture d'iode comme susceptible de déterminer une inflammation adhésive.

M. GUERSANT. Je tiens à constater des faits qui parlent en faveur de la méthode adoptée et préconisée par M. Magne. Notre collègue a bien voulu opérer sous nos yeux une de nos malades à l'aide de son procédé; cette opération ayant réussi, j'ai pratiqué moi-même deux fois la cautérisation du sac à l'aide du beurre d'antimoine, dont M. Magne conseille l'emploi, et deux fois j'ai obtenu un plein succès. Les faits dont je parle remontent à six mois au moins, et les opérés n'ont pas conservé de larmoiement.

Imperforation de l'anus ; absence du bout inférieur du rectum. Opération. — M. FOUCART donne des nouvelles de l'enfant dont il a déjà, à deux reprises, entretenu la Société. Cet enfant a aujourd'hui deux mois; il est dans un état aussi satisfaisant qu'un enfant de son âge bien conformé. La mère a continué tout le mois dernier et continuera encore pendant plusieurs mois à dilater l'ouverture artificielle de l'anus plusieurs fois par jour avec un petit mandrin en buffle du diamètre d'un porte-nitrate ordinaire que l'on a fait fabriquer exprès.

L'opinion de M. Foucart est que cet enfant vivra; c'est aussi celle de MM. les docteurs Brochin et Picard, auxquels il a été présenté.

(Pour ne plus revenir sur ce fait, nous ajouterons qu'à la séance du mois de mai, M. Foucart donne pour la dernière fois des nouvelles de l'enfant, qui, âgé de trois mois, jouissant d'une santé parfaite, vient d'être emmené par sa mère à Boulogne-sur-Mer, où elle habite.)

M. GUERSANT, à propos du fait observé par M. Foucart, rapporte qu'il a opéré plus de trente fois des imperforations de l'anus, et que presque tous ces cas étaient dissemblables. Notre honorable collègue cite en particulier un fait dans lequel la situation des intestins était tellement anormale, que si l'on eût employé le procédé de Callisen, on serait tombé non sur une anse intestinale, mais sur un appendice représentant un tuyau de plume.

M. FOUCART. Puisqu'il vient d'être question de la méthode de Callisen, je répéterai que, suivant moi, le chirurgien n'a pas le droit d'imposer cette opération chez les enfants, et ne doit la pratiquer que s'il y a du côté des parents exigence formelle.

M. GUERSANT partage l'opinion de M. Foucart, et raconte qu'appelé en consultation avec M. Paul Dubois auprès d'un enfant atteint d'imperforation de l'anus, M. Dubois s'opposa à l'opération par le procédé de Callisen, disant que s'il s'agissait de son propre enfant il ne consentirait pas à ce que l'opération fût pratiquée. Sur l'insistance des parents, on dut céder et chercher le côlon dans la région lombaire, ce qui n'empêcha pas l'enfant de succomber au bout de quelques jours.

M. RAMON est d'avis que l'on aurait pu employer, pour dilater le passage artificiel fait aux matières fécales, des morceaux d'éponge préparée.

M. GUERSANT rejette ce mode de pansement, qui, tout simple et tout innocent qu'il paraît être, peut entraîner des accidents graves. Il rappelle un cas d'opération analogue à celle-ci, et à la suite de laquelle un morceau d'éponge préparée ayant séjourné trop longtemps dans la plaie, a déterminé une péritonite et des accidents mortels.

Chlorate de potasse contre la salivation mercurielle. — M. CHALUT cite deux observations dans lesquelles le chlorate de potasse a combattu avantageusement une salivation mercurielle intense. Dans le premier cas, il s'agissait d'une péritonite contre laquelle notre collègue avait employé le calomel à l'intérieur et les frictions d'onguent napolitain. Dans le second cas, les frictions de la même pommade avaient pour but de combattre un érysipèle qui se renouvelait tous les deux mois.

M. VERGNE a souvent employé l'onguent napolitain, et il ne l'a jamais vu produire la salivation quand il était associé à la belladone.

M. CHALUT a observé que, malgré cette association, le ptyalisme se déclarait.

M. MAGNE. Nous avons de fréquentes occasions d'employer l'onguent napolitain pour combattre certaines ophthalmies, et notamment l'iritis; nous associons toujours à cette pommade un sel d'atropine, et non la belladone, qui a l'inconvénient de se dessécher sur les paupières, de les irriter et d'empêcher l'introduction de l'onguent napolitain, et il nous est arrivé maintes fois néanmoins de voir se produire la salivation mercurielle.

M. DUHAMEL. J'ai employé souvent l'onguent napolitain combiné avec la belladone ou l'opium dans des cas de péritonite, et j'ai souvent obtenu la salivation. Un fait digne de remarque, c'est que l'absence de salivation est un signe de funeste terminaison.

Plusieurs fois j'ai répété cette observation, et notamment je me rappelle une malade à laquelle je donnais des soins avec M. Guersant père; nous employâmes cinq ou six onces d'onguent napolitain en quelques jours; la salivation ne parut pas, et la malade mourut. On doit donc se féliciter d'obtenir le ptyalisme; mais il convient de suspendre l'usage de l'onguent napolitain dès que la salivation s'est manifestée.

M. JOSIAS demande à M. Chalut s'il considère les frictions mercurielles comme supérieures aux autres modes de traitement dans l'érysipèle.

M. CHALUT répond négativement.

Gestations anormales. — M. DUHAMEL. Bien que je possède une longue pratique des accouchements, je viens d'être témoin d'un fait qui me paraît très embarrassant : Une femme se croit grosse de dix à onze mois, elle a fait appeler une sage-femme parce qu'elle ressentait les premières douleurs; consulté moi-même deux fois il y a six semaines, j'ai constaté une grossesse à terme, car j'ai touché un col complétement effacé et obturé. Néanmoins, il y a quinze jours, les choses étaient dans la même position. Il est bien entendu que la malade a souvent senti remuer. Je pense qu'il s'agit d'un enfant mort il y a peut-être deux ou trois mois, et que l'état de l'utérus pourra rester dans le *statu quo* pendant longtemps.

Je possède un fait plus curieux que celui-ci.

J'ai vu et examiné une femme de soixante et quelques années, grosse depuis vingt-cinq ans. En palpant le ventre, je crois bien avoir reconnu toutes les parties de l'enfant, qui est couché en travers et comme momifié.

Je désire que notre collègue M. Mattei veuille bien examiner la malade dont j'ai parlé en premier lieu.

Mélanose de l'œil (récidive). — Extirpation. — M. COURSSERANT fait la double communication suivante :

Le procès-verbal d'une des séances de 1854 mentionne un cas de mélanose développée dans l'œil gauche de Mme X..., et l'extirpation de ce dernier par le procédé d'*énucléation* de M. Bonnet (de Lyon).

Cette dame, qu'il n'avait pas vue depuis plus d'un an, s'était présentée à lui dans le mois de mars dernier, il constata l'existence d'une tumeur mélanique du volume d'une grosse noix, proéminente entre les paupières, à la face interne desquelles elle adhérait du côté du grand angle.

Après s'être montrée au fond de l'orbite sous la forme d'un simple petit point noir, l'affection était arrivée dans son évolution progressive aux dimensions mentionnées ci-dessus; tant qu'elle avait pu porter un œil artificiel, sans douleur trop vive, la malade n'avait pas jugé à propos de réclamer les secours de l'art, dans la crainte d'une seconde opération : cependant il a fallu se soumettre à cette ressource extrême (M. Coursserant fait passer sous les yeux des membres de la Société la pièce pathologique, dans laquelle l'examen microscopique a constaté quelques éléments cancéreux). Cette observation, ajoute-t-il, peut soulever quelques questions assez importantes au double point de vue de la pratique et de la pathogénie.

1° Les éléments cancéreux, signalés dans la pièce pathologique nouvelle, existaient-ils déjà au moment de la première opération, alors que l'affection était encore limitée au globe oculaire seul? L'examen microscopique, n'ayant pas eu lieu pour la première mélanose, la question précédente ne peut être résolue.

2° Si la mélanose oculaire n'est, comme l'affirment quelques auteurs, que l'exagération de la sécrétion pigmentaire, comment se fait-il qu'alors que la choroïde a été entièrement enlevée, qu'un produit semblable à celui de sa sécrétion normale a continué à s'infiltrer au sein des tissus musculaire et cellulo-graisseux, qui tapissent le fond de l'orbite?

3° Par quelle affinité morbide ces tissus sont-ils le centre d'attraction vers lequel gravite la sécrétion morbide?

4° Qu'adviendra-t-il plus tard chez cette malade, dont l'embonpoint et la fraîcheur du teint annoncent l'intégrité parfaite de toutes les fonctions, et dénotent la santé la plus florissante?

DEUXIÈME FAIT. — **Encéphaloïde de la rétine dans l'œil gauche. — Extirpation du globe.** — L'enfant R..., âgée de trois ans, demeurant à la Villette, grande rue de Flandre, 69, présentait depuis sa naissance une tache d'un blanc jaunâtre, située derrière la pupille, et occupant tout le fond de la chambre postérieure. Tant qu'aucun de ces symptômes, qui par leur grossière expression saisit sent la foule, ne s'était montré soit dans l'œil, soit dans ses annexes, les parents avaient considéré l'affection avec quelque indifférence; mais les paupières, la supérieure surtout, étant devenues subitement tendues et volumineuses, l'enfant fut présentée à M. Coursserant, qui quelques jours plus tard pratiqua l'extirpation du globe avec l'aide et le concours bienveillant et éclairé de M. le docteur Lasserre, médecin ordinaire de la famille.

Le procédé opératoire adopté fut celui de M. Bonnet (de Lyon); deux circonstances particulières méritent d'être notées dans l'exécution du manuel opératoire :

1° A peine les muscles droit supérieur et grand oblique eurent-ils été coupés à leur attache scléroticale, qu'on vit sourdre en abondance de la cavité orbitaire, et se répandre en tous sens, une substance grisâtre, granuleuse, ayant la consistance de la bouillie (c'était cette matière qui quelques jours avant, s'étant fait jour à travers la sclérotique corrodée et perforée, s'était infiltrée dans les tissus voisins, et avait occasionné l'œdème des paupières qui avait tant effrayé la famille);

2° Le globe extirpé, il fallut à plusieurs reprises, et à la suite d'explorations longues et minutieuses, enlever une quantité assez considérable de tissu induré, évidemment de nature suspecte, situé entre les muscles et le coussinet cellulo-graisseux que remplit le fond de la cavité orbitaire.

Examen de la pièce pathologique. — Le globe oculaire renferme encore dans sa cavité une proportion notable de cette matière grisâtre mentionnée plus haut, laquelle est constituée par du pus tenant en suspension une quantité considérable de matière granulaire, formée elle-même de phosphate et de carbonate de chaux. La rétine, dégénérée, est refoulée en bas sous la forme d'une masse semblable en tous points à la substance cérébrale, tant par les circonvolutions que par les anfractuosités qu'on remarque à sa surface.

Le secrétaire annuel, AL. MAGNE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le *Moniteur des cours publics* donne la statistique suivante des étudiants en médecine dans les diverses universités allemandes :

	Allemands.	Étrangers.		Allemands.	Étrangers.
Berlin. . .	211	54	Iéna. . . .	38	11
Bonn.. . .	90	6	Kiel. . . .	38	4
Breslau. .	128	14	Kœnigsberg.	81	4
Erlangen.	102	4	Leipzig . .	167	59
Fribourg.	44	4	Marbourg. .	65	8
Giessen. .	121	25	Munich. . .	202	37
Gœttingue.	77	78	Munster. .	»	»
Greifswald.	99	2	Rostock. .	19	»
Halle. . .	47	»	Tubingue. .	100	11
Heidelberg.	60	61	Wurtzbourg.	97	200

Total, 1,786 Allemands et 604 étrangers.

— On lit dans le *Cosmos* :

« On attribue quelquefois la phosphorescence des insectes à la combustion lente du phosphore faisant partie de leur organisme. Un chimiste anglais, M. Thornton Herapath, croit cette opinion erronée, parce que les analyses les plus délicates ne lui ont fait découvrir aucune trace de phosphore dans le corps de ces insectes. Il croit, au contraire, que la lumière qu'ils projettent est due à un composé de carbone et d'hydrogène sécrété par une glande particulière. »

— On lit dans la *Gazette médicale d'Orient*, qui se publie à Constantinople : « Nous aurons souvent l'occasion de parler des empiriques et des charlatans; car il y a peu de pays où ils pullulent autant que dans celui-ci. On vient d'arrêter dans la province de Trébizonde un Arménien qui exerçait illicitement la médecine. Il avait trouvé que le sublimé corrosif était une panacée, et il administrait ce remède énergique à tous ceux qui venaient le consulter. En ce moment, il est en prison pendant que son procès s'instruit. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Notice sur les eaux minérales de Contrexeville (Vosges), par le docteur LEGRAND DU SAULLE. Paris, 1857, brochure in-8°, chez T. Vial, libraire, cour du Commerce, 12, faubourg Saint-Germain.

Clinique hydrothérapique de Bellevue; Recherches et observations sur les maladies chroniques; par le docteur Louis FLEURY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. — Troisième fascicule, traitant de la Médication hydrothérapique, au point de vue de son mode d'action et de sa durée. — In-8°. Prix : 2 fr. 50 c., franc de port.

Le Gérant.

Paris, — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔTEL-DIEU (M. Jobert). Déchirure complète du périnée; déchirure partielle de la cloison recto-vaginale ; opération; suture serpentine ; guérison. — Déchirure du poumon par écrasement; emphysème général; mort. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 16 juin. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Revue bibliographique.

PARIS, LE 17 JUIN 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

Après la lecture d'un rapport de la commission des remèdes secrets qui détruit une illusion généreuse, dont il a été fait quelque bruit dans les journaux politiques, l'Académie a entendu deux lectures intéressantes. La première de ces lectures est de M. le docteur François, médecin adjoint à l'hôpital civil d'Abbeville ; elle a pour objet la relation d'une trachéotomie pratiquée dans des conditions exceptionnelles, et pour un cas peut-être unique dans la science. Il s'agissait d'une asphyxie déterminée par une hypertrophie du corps thyroïde comprimant la trachée. M. François a rencontré de très-grandes difficultés qu'il a heureusement vaincues, et il a pris texte de ce fait pour formuler quelques propositions qui pourront servir à l'avenir de guide utile aux praticiens qui se trouveraient en présence d'un cas semblable. La communication de M. François est de celles qui méritent les honneurs d'un rapport.

La seconde lecture a été faite par M. Mialhe, qui était déjà inscrit pour la séance précédente. M. Mialhe a exposé à l'Académie une découverte importante qu'il vient de faire dans les eaux de Pougues. En se livrant à quelques recherches sur la composition chimique de ces eaux, il y a constaté, parmi les principes minéralisateurs, une quantité assez notable d'iode. La découverte de ce principe dans les eaux de Pougues est d'autant plus digne d'attention qu'elle vient donner une explication naturelle des résultats thérapeutiques que M. de Crozant a obtenus dans le traitement des affections scrofuleuses ou lymphatiques.

L'Académie a pu reprendre après ces deux communications la discussion sur les anesthésiques, interrompue par les exigences officielles. Deux orateurs ont été entendus, M. J. Guérin et M. J. Cloquet. M. J. Guérin qui, dans l'avant-dernière séance, n'avait eu que le temps d'énoncer le but et le caractère de l'opposition qu'il entendait faire aux propositions de M. Devergie, a pu développer aujourd'hui les motifs de cette opposition.

On se rappelle que M. Devergie résumait son travail en ces termes : La mort dans l'opération de l'éthérisation peut avoir lieu par asphyxie. — Cette asphyxie peut être le résultat de la quantité trop faible d'air qu'on laisse arriver dans les poumons. — Lorsque l'air n'arrive pas en suffisante quantité dans les poumons, c'est la faute de l'opérateur. — De là, nécessité pour l'opérateur, afin de garantir le malade d'un danger et de garantir sa responsabilité, de se placer dans des conditions telles qu'il ne puisse jamais commettre cette faute. Le meilleur moyen, aux yeux de M. Devergie, d'assurer cette double garantie au malade et au praticien, consiste à employer des appareils à ouvertures fixes et invariables pour l'entrée de l'air.

Une opposition à peu près unanime a accueilli ces propositions au moment même où M. Devergie venait de les énoncer. Cette opposition, pour être improvisée, n'en a pas été moins vive. On pouvait supposer même que cette vivacité tenait à ce qu'on n'avait peut-être pas parfaitement saisi à une simple lecture le sens réel et la portée que M. Devergie entendait donner à ses conclusions. Ce sens et cette portée ont été nettement rétablis depuis par l'honorable médecin-légiste, et, nous devons le dire, l'opposition qui vient de se manifester après mûre réflexion n'est au fond ni moins vive ni moins profonde qu'au jour de l'improvisation.

M. Guérin, d'accord avec M. Devergie sur l'utilité des appareils, mais seulement en tant que moyen propre à prévenir les chances d'accidents, est en complet désaccord avec lui, et sur la nature même de ces accidents et sur l'opportunité de la prescription ayant pour but de garantir la responsabilité médicale. Les motifs que M. Guérin a fait valoir contre la théorie de l'asphyxie ont été déduits d'expériences nombreuses et variées qui nous paraissent de nature à laisser peu de doutes à cet égard. Mais nous nous abstenons d'apprécier pour le moment, nous racontons seulement.

M. J. Cloquet a été plus explicite encore et plus radical. Pour lui, non-seulement la responsabilité du médecin n'a pas besoin de la garantie des appareils, mais ces appareils iraient directement contre le but que se propose M. Devergie ; et là-dessus il a fait à la tribune le sacrifice public d'un instrument de son invention, qui, pour être, a-t-il dit, meilleur que les autres, est encore très-mauvais.

La question, comme on le voit, se complique, car, après avoir entendu toutes les oppositions suscitées par la doctrine de M. Devergie, il y aura encore à mettre d'accord les opposants entre eux, ce qui sera difficile. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Déchirure complète du périnée. — Déchirure partielle de la cloison recto-vaginale. — Opération. — Suture serpentine. — Guérison.

Nous avons déjà fait connaître à plusieurs reprises le procédé de suture que M. le professeur Jobert (de Lamballe) désigne sous le nom de *suture serpentine* ; c'est à l'aide de ce procédé qu'il a obtenu des résultats extrêmement remarquables dans les cas de déchirures et de délabrements considérables du périnée et de la cloison recto-vaginale.

Nous ne reviendrons pas sur sa description ; il est connu de tous nos lecteurs ; mais nous pensons qu'ils liront avec intérêt l'observation suivante, qui offre un nouvel exemple de l'efficacité de cette suture.

Nous ferons suivre cette relation de celle d'un nouveau cas de fistule vésico-utéro-vaginale guérie par l'application du procédé autoplastique de M. Jobert.

Le 14 avril 1857 est entrée, au n° 25 de la salle Saint-Maurice, la nommée Bénard (Eulalie), âgée de trente-trois ans. C'est une femme brune, nerveuse et très-impressionnable, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une bonne constitution d'ailleurs et habituellement bien portante.

Personne dans sa famille n'a présenté d'affection semblable à la sienne.

Réglée pour la première fois à l'âge de seize ans, sa menstruation a toujours été depuis régulière et sans accidents.

Au commencement de l'année 1848, elle devint enceinte pour la première fois. Sa grossesse suivit une marche régulière et ne présenta aucun accident. L'accouchement eut lieu à terme le 27 novembre 1848, mais il ne put se terminer que par l'application du forceps. Cette fois déjà le périnée fut un peu déchiré ; mais, cette déchirure étant peu étendue, la malade ne suivit aucun traitement. Les suites de couches marchèrent bien, et le rétablissement fut complet. La petite déchirure, qui persistait, ne déterminait d'ailleurs aucune souffrance.

Dans le courant de l'année 1856, seconde grossesse, qui parcourt ses périodes régulièrement et sans accidents ; la malade accouche à terme le 29 janvier 1857 de deux filles jumelles. La naissance de la première ne présenta rien de particulier et se fit naturellement ; mais, la présentation de la seconde n'étant pas normale, on dut pratiquer la version. Celle-ci, à ce que raconte la malade, présenta beaucoup de difficultés ; les manœuvres furent longues et pénibles. C'est pendant ce dernier accouchement que le périnée se déchira de nouveau, mais cette fois la déchirure fut complète.

La malade fut plus longtemps à se rétablir de sa seconde couche que de la première, quoiqu'il n'y ait eu aucun accident à noter. Elle affirme même que depuis cette époque elle est restée sujette à de légers accès de fièvre, qui revenaient surtout vers la fin de l'après-midi.

Depuis cette époque, elle a eu constamment un peu de flueurs blanches ; cependant la déchirure ne déterminait aucune douleur ; ainsi la miction et la défécation s'exécutaient facilement ; la marche n'était pas douloureuse.

Enfin, la malade entre à l'Hôtel-Dieu le 14 avril ne se plaignant que de la gêne et de l'incommodité habituelles à l'infirmité qu'elle présente.

Sauf un peu de faiblesse, l'état général est bon, les digestions se font bien.

Le lendemain, la malade est examinée avec soin, et l'on constate l'état suivant :

Dans le vagin, on trouve une petite quantité de muco-pus ; la paroi vésico-vaginale présente des traces de cicatrices. Sur la lèvre antérieure du col existe une petite ulcération ; on en voit une autre également superficielle et peu étendue à l'orifice du col. Le périnée est complètement détruit : à sa place existent de chaque côté des tubercules et des cavités cicatricielles. Enfin, la cloison recto-vaginale est détruite à son insertion au périnée ; les bords de cette solution de continuité sont cicatrisés isolément. La muqueuse rectale fait un peu hernie par cette échancrure médiane, qui laisse pénétrer les matières fécales de l'anus dans le vagin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Études sur l'électricité appliquée au diagnostic et au traitement des paralysies ; par le docteur R. PHILIPEAUX, lauréat de l'Institut (1).

Comme toutes les méthodes nouvelles de traitement, l'électrothérapie a fait ses premiers pas au milieu des tâtonnements et des incertitudes. Fort heureusement des esprits judicieux, des praticiens prudents, comme MM. Becquerel, Duchenne, Aran, Demarquay, Debout, etc., se tenant également éloignés des enthousiastes dangereux et des détracteurs injustes de cette ressource curative, sont venus asseoir, avec le concours des faits, de l'expérimentation réfléchie et de la physiologie, des principes irréfutables qui constituent de solides colonnes pour l'édification de la réputation de ce merveilleux agent médical. M. le docteur Philipeaux apporte aujourd'hui, sur le même sujet, le contingent d'observations et de réflexions pratiques qu'il a recueillies depuis cinq ans dans les hôpitaux et dans sa clientèle. C'est surtout comme moyen diagnostique de la paralysie musculaire et de l'anesthésie que l'électricité lui a semblé devoir fournir d'utiles indications dans des cas souvent fort obscurs et difficiles. Cet honorable confrère pense, et avec raison, que les nombreux mécomptes et insuccès qui suivent les applications du galvanisme tiennent à ce que l'on ne s'est pas tout d'abord enquis de l'état de la sensibilité et de la contractilité électro-musculaires.

Jugeant le point de vue thérapeutique d'après sa propre expérience et d'après les observations des praticiens compétents cités plus haut, il conclut que l'électricité ne semble avoir aucune action favorable sur les maladies des centres nerveux, car il a au contraire presque toujours vu ces dernières s'aggraver de plus en plus sous cette médication, qui n'est réellement efficace que dans les cas où les muscles et les nerfs ont perdu une partie de leurs propriétés. On trouverait d'ailleurs dans cette appréciation l'explication des succès de la strychnine dans certains états morbides contre lesquels l'électricité a été tout impuissante.

Ces intéressantes *Études* comprennent cinq chapitres : le premier est consacré au diagnostic et au traitement de l'*hémiplégie faciale* rhumatismale par l'électricité localisée. Il est prouvé par des faits cliniques :

1° Que, dans les hémiplégies faciales de cause cérébrale, la contractilité électrique des muscles paralysés est intacte ;

2° Qu'au contraire, dans les paralysies rhumatismales de la septième paire, les muscles paralysés ont perdu plus ou moins leur contractilité électrique normale ;

3° Que, dans les cas où la contractilité électrique des muscles paralysés est faiblement diminuée, l'électrisation localisée procure des guérisons très-rapides ;

4° Qu'au contraire, lorsque cette contractilité est complétement abolie, l'excitation électrique donne des résultats le plus souvent incomplets, même après son emploi longtemps continué.

La déformation de l'épaule consécutive à la *contracture du rhomboïde et de l'angulaire*, tel est le sujet du deuxième chapitre. Grâce à l'électricité localisée qui éclaire le diagnostic, cette difformité ne peut plus, comme il y a peu de temps encore, être confondue avec la paralysie du grand dentelé, ni avec la contracture des muscles trapèze, sous et sus-épineux. Le mécanisme et l'étiologie de cette déformation sont étudiés avec soin, ainsi que la manière de lui appliquer avec succès les excitations galvaniques.

Le troisième chapitre présente une curieuse observation d'*angine nerveuse*, complète, traitée sans succès pendant vingt mois par les médications les plus variées, et guérie instantanément par l'excitation électrique du nerf laryngé inférieur.

Les *paralysies des membres supérieurs* sont examinées dans le quatrième chapitre. Le galvanisme permet ici encore de reconnaître la nature de la maladie, qu'elle dépende soit d'une affection rhumatismale, d'un état hystérique, d'une intoxication saturnine, soit d'une section ou

(1) Un vol. in-8°, 1857. Prix : 2 fr. 50. — Chez J.-B. Baillière et fils, à Paris ; chez M. Savy, à Lyon.

Le 22 avril, M. Jobert procède à l'opération de la manière suivante :

La malade est couchée le siége sur le bord du lit, les jambes pliées et maintenues par des aides. L'avivement est alors pratiqué au moyen du bistouri et des ciseaux dans toute l'étendue des bords cicatrisés isolément.

Aussitôt les surfaces ravivées, M. Jobert les réunit au moyen de la suture serpentine. Trois fils plats de soie cirés maintiennent parfaitement la réunion ; le dernier fil comprend la cloison recto-vaginale divisée. De plus deux incisions semi-lunaires, à concavité interne, pratiquées à un centimètre et demi en dehors et parallèlement à la suture ; empêchent la tension des fils.

Pansement avec de l'amadou et des compresses d'eau froide souvent renouvelées. Les jambes sont maintenues rapprochées l'une de l'autre, et la malade est sondée chaque fois qu'elle éprouve le besoin d'uriner. Il s'est écoulé très-peu de sang pendant l'opération.

Le soir, la malade se trouve assez bien ; il y a seulement un peu de cuisson dans la plaie ; très-peu de fièvre.

Le 23, la nuit a été bonne, bien que la malade ait peu dormi ; point de douleurs ; peu de fièvre ; la peau est un peu chaude. On sonde toujours la malade chaque fois qu'elle a besoin d'uriner.

Le 24, même état ; le pansement est renouvelé chaque jour, et se compose seulement d'un linge cératé et d'un plumasseau de charpie ; point de suppuration ; les jambes sont toujours maintenues rapprochées.

Dans l'après-midi, quelques frissons très-légers, suivis d'un peu de fièvre, auxquels elle est restée sujette depuis sa couche. Comme elle n'a pas encore été à la selle depuis l'opération, on lui donne une cuillerée de magnésie qui produit seulement des gargouillements, mais pas d'évacuations.

Le 25, une seconde cuillerée de magnésie, suivie d'un lavement, provoque une selle sans souffrance ; les matières rendues sont assez claires. — Bouillons et potages.

Le 26, petit mouvement fébrile dans l'après-midi.

Le 27, le fil supérieur est retiré ; la réunion par première intention s'effectue très-régulièrement. La malade se trouve bien et commence à manger un peu.

Le 28, nouvel examen ; on enlève les deux derniers fils, et l'on voit que la réunion est parfaite et s'est effectuée sans encoches et sans suppuration. Les jambes sont toujours maintenues rapprochées, et la malade est sondée chaque fois qu'elle éprouve le besoin d'uriner.

Le 29, la malade va bien ; chaque jour une selle qui ne provoque pas de douleurs.

Le 1er mai, la réunion se maintient parfaitement ; la malade ne souffre pas du tout.

Le 3, il y a eu quelques douleurs hier en allant à la selle ; à l'examen on constate que la réunion est parfaite, qu'il n'y a point d'hiatus ; la cicatrice et l'anus font tout à fait corps avec la cloison.

Le 4, la malade urinant seule, facilement et sans douleurs, on cesse de la sonder.

Le 5, la malade se lève pour la première fois ; le 7, elle commence à marcher sans éprouver de douleurs.

Le 9, elle va tout à fait bien et demande sa sortie. Examinée avant son départ, elle présente l'état suivant :

Sur la ligne médiane se voit une cicatrice rosée, solide et parfaite, sur laquelle se dessinent trois lignes transversales qui ne sont autre chose que la trace des sutures. Le périnée, ainsi rétabli complétement, présente une hauteur de 13 millimètres.

De chaque côté, dans la région ano-périnéale, se voient deux cicatrices en demi-lune, dont la gauche n'est pas encore tout à fait cicatrisée, bien qu'il reste fort peu de chose.

Le doigt introduit dans l'anus ne rencontre aucun cul-de-sac dans la cloison recto-vaginale. En touchant par le vagin, on reconnaît également une continuité parfaite entre la cloison recto-vaginale et le périnée.

La malade, d'ailleurs, marche et peut uriner et aller à la selle sans que cela provoque aucune douleur. — Exeat.

Fistule vésico-utéro-vaginale. — Opération autoplastique. — Guérison.

La nommée Louise Scoquart, âgée de vingt-trois ans, journalière, demeurant à Jouy-le-Châtel (Seine-et-Marne), entre à l'Hôtel-Dieu le 17 décembre 1856.

Cette femme n'a jamais eu de maladie, si ce n'est une affection hystérique dont les attaques se montrèrent pour la première fois à l'âge de treize ans, et diminuèrent à partir de l'âge de vingt ans. Réglée de seize à dix-sept ans, la menstruation, peu abondante, se montra avec irrégularité chaque mois.

Au mois d'août 1853, elle devint enceinte et la grossesse ne présenta rien de particulier. La malade fit une chute violente, et trois ou quatre jours après cet accident, les premières douleurs annoncèrent le commencement du travail ; ce dernier, long et laborieux, ne dura pas moins de neuf jours. La tête de l'enfant demeura longtemps engagée dans le petit bassin. Malgré cela, l'accouchement fut naturel et se termina sans que l'on fût obligé de recourir au forceps. La délivrance ne s'opéra que sept ou huit heures après.

Les suites de couches ne présentèrent rien de particulier. Cependant la malade fut longtemps à se remettre. C'est ainsi qu'elle resta six semaines couchée sans s'apercevoir qu'elle perdait ses urines. Plus tard, l'urine ne put être conservée que pendant la position assise ou couchée. Six mois après ses couches, il survint une perte qui fut arrêtée avec de l'eau froide. Quant à la menstruation, elle ne s'est rétablie que deux mois environ avant son entrée à l'hôpital.

Aucun traitement chirurgical n'a été tenté ; on s'est borné à prescrire des injections vaginales, et à introduire dans le vagin un tampon fait avec du coton, pour empêcher l'écoulement de l'urine.

Au moment de l'entrée de cette malade à l'hôpital, on constate l'état suivant :

Les grandes et les petites lèvres, les parties internes des cuisses sont érythémateuses et le siége de cuissons intolérables.

Par le toucher et par l'examen direct, il est facile de voir qu'il existe sur la paroi antérieure du vagin une solution de continuité antéro-postérieure qui s'étend jusqu'au museau de tanche, dont la lèvre antérieure elle-même est en partie détruite. Cette fistule longitudinale permet l'introduction facile de l'index.

Le 21, l'opération est pratiquée de la manière suivante :

Les lèvres de la perte de substance sont ravivées avec soin et réunies transversalement au moyen de quatre points de suture entrecoupée, de telle sorte que la réunion est longitudinale. A droite et à gauche, de longues et profondes incisions sont faites dans le but de détruire le tiraillement qui pourrait résulter de l'affrontement des parties saignantes.

Le 7 janvier 1857, les règles apparaissent. On enlève les deux points de suture antérieurs.

Le 10, l'examen permet de constater que les parties génitales externes sont sèches, ainsi que l'intérieur du vagin. L'érythème a disparu. La vessie conserve parfaitement l'urine qui s'y accumule. Le dernier fil est retiré. La cicatrice commence à 2 centimètres du méat urinaire ; elle est linéaire, et s'étend en arrière jusqu'aux restes du col utérin. Sa longueur est d'environ 6 centimètres. Elle est encore rosée et coupée, à intervalles à peu près égaux, par quatre sillons transversaux qui sont formés par les cicatrices des quatre points de suture.

Le 25 janvier, toutes ces cicatrices sont solides, ainsi que celles qui résultent des incisions pratiquées sur les côtés de la fistule.

Le cathétérisme donne issue à une très-grande quantité d'urine claire et limpide, retenue dans la vessie depuis trois ou quatre heures au moins. La paroi vésico-vaginale n'a pas perdu de sa longueur, et pas une seule goutte d'urine ne tombe dans le vagin, qui reste parfaitement sec pendant tout le temps de l'examen.

La malade quitte l'hôpital le 25 janvier 1857.

Ce fait est remarquable par le mode de production de la fistule qui reconnaît seulement pour cause la compression longtemps prolongée et exercée par la tête de l'enfant. En effet, aucune manœuvre obstétricale n'a été faite. Cette observation vient encore confirmer et corrobor[illegible] manière de voir de M. Jobert, qui pense que l'excès de volume [illegible] tête de l'enfant et la compression qu'elle exerce sur la vessie, le vagin et le col, sont les causes les plus communes de la gangrène et des fistules urinaires.

Cette observation offre encore un autre intérêt, c'est que la réunion immédiate n'a rien laissé à désirer sous le rapport de la cicatrisation, puisque les lèvres ravivées de la fistule se sont réunies sans laisser aucun suintement d'urine après l'extraction des fils.

DÉCHIRURE DU POUMON PAR ÉCRASEMENT.

Emphysème général. — Mort.

Par M. le Dr DALMENESCHE.

Le 27 février 1854, le nommé Audibert, âgé de vingt-quatre ans, d'une forte constitution, facteur au chemin de fer de Rouen au Havre, fut chargé d'accrocher les wagons de cette station à ceux du train venant de Dieppe à dix heures et demie. Le dernier wagon arrivant était chargé de planches de sapin faisant saillie hors du wagon jusqu'au niveau du tampon. Le wagon partant qui devait être accroché était chargé de quatorze sacs de farine et poussé par deux hommes.

Audibert se plaça entre les deux wagons pour pouvoir les accrocher l'un à l'autre et accélérer le service. Ordinairement il y a là plus que la place d'un homme ; mais dans la circonstance présente, les planches faisant saillie par derrière et le crochet de l'autre wagon agissant de même en avant, cet homme fut pris entre les deux obstacles, dont l'un, outre son poids, était mis en mouvement par la force de deux hommes. Il fut en quelque sorte écrasé par la compression, qui eut lieu au milieu du thorax.

A midi, le docteur Dalmenesche, médecin de la compagnie, fut appelé à donner ses soins au blessé (on avait vainement cherché un médecin dans le pays). A son arrivée, il trouva cet homme pâle, abattu ; les extrémités étaient froides, le nez froid, les yeux déjà vitreux, le pouls presque insensible. Il avait vomi une certaine quantité de sang vermeil ; une mort prochaine fut pronostiquée.

Un examen attentif ne découvrit aucune trace de fracture du sternum, ni des cartilages, ni des côtes en avant, ni de l'omoplate en arrière ; enfin, aucune trace d'ecchymose ni d'épanchement.

En palpant l'hypochondre gauche et toute la partie dorsale, on sentait sous la main une crépitation évidente, ce qui fit diagnostiquer un emphysème général sous-cutané, qui s'étendait petit à petit, et qui en peu de temps arriva à gonfler tout le tronc, le cou déjà emphysémateux, et enfin la face, de manière à mettre toutes ces parties de niveau. Quelques gouttes d'eau froide avalées par le blessé lui causaient des douleurs atroces.

Le médecin ne crut pas utile de saigner le malade, de peur d'une mort immédiate, le pouls étant d'ailleurs à peine sensible. On le fit mettre au train suivant dans un wagon sur un matelas, et apporter en dix minutes à Rouen, et delà à l'Hôtel-Dieu, où il ne tarda pas à succomber.

Le docteur Dalmenesche avait bien pensé qu'il devait y avoir une large déchirure du poumon et d'un point quelconque de la plèvre.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — Le docteur Pillore, qui assistait à cette autopsie, put constater : un emphysème général considérable de tout le tronc, du cou et de toute la face ; — une déchirure dans le lobe moyen du poumon droit d'environ 10 centimètres.

Il n'y avait aucune fracture du sternum, ni des cartilages des côtes, ni des côtes elles-mêmes ; — La plèvre thoracique avait paru tout à fait intacte, malgré les recherches minutieuses que l'on avait faites à ce sujet. Il est cependant à peu près certain qu'une déchirure existait dans un point quelconque, pour expliquer cet emphysème général ; — le cœur et l'estomac étaient sains, ainsi que le reste du corps.

On a donc pensé que cet homme était mort des suites de la déchirure du poumon, causée par la compression dans le moment où il respirait à pleins poumons, et par conséquent au moment où les organes étaient remplis d'air. (*Bull. de la Soc. de méd. de Rouen.*)

— La déchirure du poumon sans lésion des parois thoraciques n'est pas très-commune ; cependant les annales de la science renferment plusieurs faits qui ont été réunis par M. Gosselin. Cette lésion a été parfaitement décrite par ce chirurgien dans un travail très-intéressant inséré dans le tome Ier des *Mémoires de la Société de chirurgie*. Il a montré qu'une semblable lésion s'observe principalement chez les jeunes sujets dont les arcs chondo-costaux présentent une certaine flexibilité ; pour que la déchirure se produise, il faut que le poumon comprimé résiste à la violence extérieure, par conséquent que l'air soit retenu dans les vésicules pulmonaires. On doit donc admettre que la glotte se trouve momentanément fermée comme elle l'est pendant l'effort. A. J.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 juin 1857. — Présidence de M. BUSSY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Gremaud, de Poligny (Jura), sur une épidémie de rougeole qui a régné dernièrement dans la commune de Montraud ;

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de Saône-et-Loire (commission des épidémies) ;

compression de certains filets du plexus brachial, d'une altération de la moelle épinière, d'une cause cérébrale, etc. Dans tous ces cas, en effet, les muscles répondent d'une manière différente à l'excitation électrique.

M. Philipeaux fait connaître dans le cinquième chapitre les procédés d'application de l'électricité au diagnostic et au traitement des *paralysies de la vessie*, telles que anesthésie du réservoir urinaire, paralysie essentielle de la tunique musculaire, paralysie vésicale, coexistant avec engorgement de la prostate, incontinence d'urine chez les enfants, etc.

Cet opuscule, qui, par la multiplicité des faits cliniques, échappe en quelque sorte à l'analyse, démontre donc parfaitement le précieux auxiliaire que l'électricité fournit à la diagnose des paralysies. Il offre aussi, disséminés dans chaque chapitre, d'excellents préceptes sur les meilleurs procédés à suivre pour appliquer cet agent curatif de la manière la plus fructueuse, suivant les cas particuliers. Ces *études* se distinguent non-seulement par une exposition méthodique et claire, mais encore et surtout par une bonne foi qui est le cachet des œuvres destinées à faire progresser les sciences. Quand on en a achevé la lecture vraiment attrayante, on se rappelle avec plaisir que dans l'introduction l'auteur annonce ne publier aujourd'hui « que le commencement de « travaux qu'il se propose de faire connaître ultérieurement. » Dans l'intérêt de l'électrothérapie, de l'humanité et de la science, espérons que M. le docteur Philipeaux ne nous fera pas trop longtemps attendre.

Guide pratique du médecin et du malade aux eaux minérales de France et de l'étranger, par M. le docteur CONSTANTIN JAMES (1).

Un livre, qui en peu d'années arrive à sa quatrième édition, se passerait fort bien d'une analyse bibliographique. Le succès toujours croissant de l'ouvrage est une preuve non-seulement du mérite de l'auteur, mais encore de l'opportunité de son travail. A aucune époque, en effet, les eaux minérales n'ont été aussi consciencieusement explorées qu'aujourd'hui par la chimie, la géologie et l'observation clinique. Nul doute que le *Guide pratique* du docteur James n'ait contribué pour une bonne part à ce précieux contrôle de la science.

Les eaux minérales sont certainement de vrais médicaments, qui, sous bien des rapports, l'emportent largement sur nos préparations officinales, d'une qualité si souvent douteuse, d'une composition si rarement uniforme, d'une conservation si difficile, d'un prix parfois exorbitant, d'une efficacité parfois si hypothétique, d'une adultération si facile. Bien au contraire, les sources qui ramènent à la surface du sol des échantillons parfaitement combinés de la chimie du globe, ne nous offrent-elles pas sous des formes et à des températures variées, des produits d'une composition constante, parce que la cupidité ne les a pu sophistiquer ; — d'un emploi facile et rendu agréable par le concours de beaux sites, de distractions en commun et de relations sociales, — enfin, d'une fidèle activité, qui leur assurent une incontestable supériorité sur bon nombre de nos médications à domicile ? Qu'on ne s'étonne plus dès lors de voir chaque année des légions de souffreteux, de malades, entreprendre avec courage un lointain pèlerinage à tous ces laboratoires naturels, où ils trouvent santé et plaisir.

Malheureusement les sources minérales ne sont pas assez multipliées autour de nos cités pour que l'on puisse les mettre commodément à la disposition des médecins et de leurs clients. Il faut donc se borner, quant à présent, à bien connaître les propriétés, les qualités des eaux les plus importantes, et un Guide devient ici d'autant plus utile, que ces liquides minéralisés ne se trouvent pas à la portée de ceux qui voudraient approfondir l'étude de leurs vertus.

Le docteur James a visité les divers établissements de France, de Belgique, d'Allemagne, de Suisse, de Savoie, d'Italie, etc., notant avec soin ses observations, celles des malades, les renseignements fournis par les médecins et les particularités de l'expérimentation qu'il faisait sur lui-même. On ne pouvait certes se placer dans de meilleures conditions pour apprécier sainement non-seulement l'énergie et la valeur des eaux minérales, mais encore les dires des auteurs et les opinions souvent erronées et contradictoires que l'on retrouve invariablement dans les publications élaborées dans le cabinet, loin du théâtre même des faits.

D'autre part, l'emploi des eaux thermales est une question fort complexe, d'autant plus difficile pour un praticien consciencieux, que les individus, qui viennent et réclament l'application, sont déjà profon-

(1) Un vol. in-8°, 4e édition, 1857, librairie de Victor Masson.

3° Une demande à l'effet d'obtenir l'autorisation d'exploiter une source d'eau minérale récemment découverte à Blotzhem (Haut-Rhin);

4° Deux rapports relatifs au service médical des établissements thermaux dont les noms suivent : Saint-Alban (Loire), par M. le docteur Gay ; Uriage (Isère), par M. le docteur Bernard; Castera Verduzan (Gers); par M. le docteur Mattet; Bains (Vosges), par M. le docteur Bailly ; Moustier (Hautes-Alpes), par M. le docteur Chabraud ; Vals et Neyrac (Ardèche), par MM. les docteurs Ruelle et Tailhaud; Bilazais (Deux-Sèvres), par M. le docteur Foucart; Ecze et Saint-Jean-de-Ceyrargues, par M. le docteur Perrin; Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), par M. le docteur Pellier ; Vic-sur-Cère (Cantal), par M. le docteur Mautreyt (commission des eaux minérales);

5° Le tableau des vaccinations pratiquées dans la commune de Saint-Denis (île de la Réunion), depuis 1825 jusqu'à 1856, par M. Reydellet, chirurgien de 1re classe de la marine (commission de vaccine).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le professeur Heyfelder (d'Erlangen), adresse une lettre accompagnant l'envoi de plusieurs imprimés.

— M. le docteur Beaupoil (d'Ingrandes) adresse un mémoire intitulé *Etudes sur deux lésions chirurgicales du coude peu connues*. (Commissaires, MM. Robert et Malgaigne.)

— M. Beaupoil adresse en même temps une lettre par laquelle il demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de correspondant.

— MM. Preterre et Fowler, dentistes américains à Paris, adressent la description de pièces prothétiques appliquées à des malades ayant subi des opérations sur les maxillaires supérieur et inférieur. (Commissaires : MM. Oudet, Gimelle et Malgaigne.)

— M. Sanson, chef des travaux chimiques à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, adresse un mémoire sur la formation physiologique du sucre dans l'économie animale. (Commissaires: MM. Bouley, Poggiale et Longet.)

Forceps modifié. — M. DEPAUL présente au nom de M. Charrière fils un nouveau modèle de brisure appliqué particulièrement aux forceps et aux céphalotribes.

Cet instrument n'offre aucune saillie, aucun accessoire susceptible de se détériorer avec le temps; on n'éprouve aucune difficulté pour le monter ou le démonter; sa solidité est aussi grande que celle du forceps ordinaire non brisé; enfin son poids et son volume sont en tout semblables à ceux de ce dernier instrument. La disposition qu'a adoptée M. Charrière l'a mis à même de réunir sous un très-petit volume trois ou quatre forceps et même un céphalotribe variés de formes et de grandeurs.

Il est arrivé à ce résultat à l'aide du mécanisme suivant : les brisures sont fixées et montées au moyen du tenon déjà bien connu, qu'il a appliqué pour l'articulation des ciseaux et des pinces; l'entablure est divisée naturellement en deux; et pour assurer la solidité de cette brisure, les deux extrémités, comme on le voit sur la planche ci-contre, sont ajustées à queue d'aronde et en plan oblique, de manière que plus on exerce de pression, plus l'assemblage se consolide; les faces internes sont fendues de bas en haut, au tiers de leur largeur, et les parties les plus étroites sont légèrement amincies, afin de leur donner l'élasticité nécessaire pour passer sur les clous qui s'engagent dans les trous. Ainsi qu'on le voit, les deux parties amincies sont renfermées entre l'entablure, afin de rendre la solidité aussi complète que si les deux parties étaient d'une seule pièce.

Quant au démontage, il suffit de fléchir avec les deux mains chaque branche du dehors au dedans. Le remont s'opère de même que celui des ciseaux et pinces à tenon.

Description des figures. — Les figures 1 et 2 représentent les deux branches du forceps vues à demi-assemblées au moyen de leur tenon.

A A, les deux tenons dans leur mortaise.

B B, les deux parties internes divisées partiellement et légèrement amincies pour leur donner l'élasticité nécessaire pour s'engager avec les clous d'arrêt.

C C, clous fixés à demeure, sur lesquels s'engagent les parties B B. C'est alors que l'instrument est solidement fixé.

Glycogénie. — M. FIGUIER adresse la lettre suivante, dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture :

« On pourrait interpréter d'une manière inexacte divers passages de la lecture qui a été faite par M. Bérard dans la dernière séance de l'Académie. L'honorable M. Bérard n'a pu vouloir déclarer que j'abjurais le fait, si souvent énoncé par moi, de l'existence du sucre dans le sang de la veine-porte chez les animaux carnivores, puisque c'est le contraire qui est dans ma pensée. J'admets que ce sucre n'entre pas directement en fermentation, et il y a déjà longtemps que j'ai fait connaître ce fait. Il me suffira de rappeler ici l'expérience décrite dans mon *Troisième mémoire à propos de la fonction glycogénique du foie*, lu le 27 août 1855 à l'Académie des sciences. Dans cette expérience, je partage en deux moitiés le sang tiré de la veine-porte d'un chien carnivore, et je montre que la première moitié, mise directement en contact avec la levûre de bière, ne donne aucun signe de fermentation, tandis que la seconde moitié, après avoir été tenue pendant quelques minutes en ébullition avec un acide, donne des signes manifestes de fermentation. Je continue d'admettre aujourd'hui, comme en 1855, que le sucre que l'on retire de la veine porte chez les animaux carnivores n'entre pas directement en fermentation, ce qui ne signifie point qu'il y ait absence de sucre dans le cas dont il s'agit. Au reste, je reviendrai prochainement sur ce sujet dans un nouveau mémoire où je montrerai les différences chimiques qui me paraissent exister entre le sucre contenu dans le foie et celui qui circule avec le sang dans les vaisseaux chez les animaux soumis au régime exclusif de la viande.

» On ne peut juger un auteur que sur ce qui émane de lui ; or, d'après ce que je viens de dire, je n'ai pas besoin d'ajouter que je suis entièrement étranger à la communication de l'honorable M. Bérard. »

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce que M. Martius, correspondant de l'Académie à Munich, est présent à la séance.

RAPPORT.

M. ROBINET, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit un rapport officiel sur une méthode de traitement proposée contre l'épilepsie.

M. le rapporteur propose de répondre au ministre qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la demande de l'auteur de cette méthode.

Ces conclusions sont adoptées.

LECTURE.

Trachéotomie dans un cas de compression de la trachée-artère par le corps thyroïde hypertrophié. — M. FRANÇOIS, chirurgien adjoint à l'hôpital d'Abbeville, lit un travail relatif à une opération de trachéotomie faite dans des circonstances tout exceptionnelles. Cette opération a été pratiquée pour combattre une asphyxie déterminée par la compression sur la trachée du corps thyroïde hypertrophié. M. François, après avoir rapporté ce fait, qui peut-être n'a pas de précédent, termine sa communication par les aphorismes suivants, qui en sont en quelque sorte le résumé :

Dans un goître parenchymateux, lorsque la toux est rauque, quoique la parole soit libre, il faut redouter l'asphyxie.

Le son de voix normale avec une respiration sifflante, indique une compression à la partie inférieure de la trachée sans affection du larynx.

Le volume extérieur de la tumeur n'est pas toujours en raison directe des accidents qu'elle peut déterminer, il faut prendre garde de s'en laisser imposer par ce signe, et redou[ter] un développement profond.

Quand le corps thyroïde hypertrophié co[mprime] la trachée-artère et détermine une asphyxie promptement mor[telle], tenter la trachéotomie à travers la tumeur, c'est à peu près tenter l'impossible.

La laryngotomie dans ce cas est une mauvaise opération qui ne doit pas avoir de succès.

Chercher la trachée-artère, en renversant de haut en bas le corps thyroïde, c'est s'exposer à une hémorrhagie foudroyante par la difficulté des ligatures et la dilatation énorme des vaisseaux.

L'opération la plus rationnelle consiste à chercher la trachée derrière le sternum, à en suivre la direction avec le doigt, à isoler les deux lobes, et en admettant que ces deux lobes soient unis par un pont (ce qui n'est pas constant), la division de ce pont sera toujours plus facile et plus sûre que n'importe quelle opération.

La canule ne doit être ni trop longue ni trop courte. Trop courte, elle n'arrive pas jusqu'à l'obstacle ; trop longue, elle comprime la trachée par son extrémité inférieure, cause de la douleur, et rend par un défaut de parallélisme le passage de l'air difficile.

Le collodion est le meilleur moyen pour maintenir la canule en place.

(Le travail de M. François est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Velpeau, Malgaigne et Nélaton.)

Présence de l'iode dans les eaux de Pougues. — M. MIALHE lit sur ce sujet la note suivante :

Je crois devoir porter à la connaissance de l'Académie qu'en faisant quelques recherches sur la composition chimique des eaux de Pougues, je viens de constater parmi les principes minéralisateurs une quantité d'iode suffisante pour expliquer parfaitement les résultats thérapeutiques que M. de Crozant a obtenus à Pougues dans le traitement des affections scrofuleuses et lymphatiques.

La présence de l'iode dans les eaux de Pougues donne donc le plus grand espoir de succès à l'excellente mesure que vient de prendre l'administration supérieure de la ville de Paris, d'envoyer aux sources mêmes un certain nombre d'enfants scrofuleux.

Il avait été observé que, malgré soins et précautions, beaucoup de bouteilles semblaient se décomposer et prendre une odeur particulière que plusieurs personnes avaient même comparée à l'eau de Javel.

J'ai recherché quelles pouvaient être les causes d'une semblable altération.

Ayant évaporé à une douce chaleur 400 grammes d'eau de Pougues, j'ai obtenu un résidu salin qui, traité par l'acide nitrique-nitreux et l'amidon, a donné lieu à une coloration bleue très-manifeste, que j'ai cru devoir rapporter à la présence de l'iode et à son action sur l'amidon.

Pour plus de certitude sur l'existence de l'iode dans les eaux de Pougues, j'ai traité 8 à 900 grammes (la valeur d'une bouteille) par le nitrate acide d'argent. Il s'est formé un précipité blanc de chlorure, iodure et peut-être de bromure d'argent, qui, mélangé après dessiccation avec le cyanure d'argent et soumis à un courant de chlore sec, suivant le procédé de MM. Ossian Henry fils et Humbert, a produit des cristaux très-évidents de cyanure d'iode.

J'ai l'honneur de mettre sous vos yeux les cristaux résultant d'une expérience faite en commun avec M. Ossian Henry fils.

Dès lors, il m'a été possible de comprendre comment les eaux de Pougues pouvaient se décomposer et prendre une odeur particulière : sous l'influence de l'air, l'iodure alcalin se transforme en oxyde basique et en iode; celui-ci reste en dissolution dans le liquide en lui communiquant son odeur et sa saveur caractéristiques.

Par cette décomposition, les eaux de Pougues ne perdent probablement rien de leur vertu chimique, mais elles éprouvent dans leur constitution physique une altération qui rend leur usage moins agréable et moins facile.

Pour éviter ces inconvénients, il suffirait de préserver le liquide autant que possible du contact de l'air au moment de l'embouteillage, et de remplir exactement les bouteilles.

D'après ce fait, les eaux de Pougues doivent occuper une place spéciale dans la classe des eaux bicarbonatées, calcaires, magnésiennes et ferrugineuses ; de plus, elles nécessitent de nouvelles analyses tendant à démontrer quelle part peuvent avoir dans leur composition chimique les principes minéralisateurs iode, brome, arsenic, etc., etc., qui dans ces derniers temps ont été découverts dans un grand nombre d'eaux minérales, travail que je me propose de soumettre prochainement à l'Académie.

DISCUSSION.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les anesthésiques.

La parole est à M. J. Guérin.

Anesthésiques. — M. J. GUÉRIN. L'Académie n'a peut-être pas oublié que, dans la discussion qui s'est élevée, il y a plusieurs années, sur le chloroforme, j'ai cherché à faire prévaloir plusieurs idées qui se trouvaient en opposition avec le rapport de la commission. Depuis cette époque, il s'est produit de nouvelles lumières, des faits nouveaux ont été observés, il ne serait donc pas sans intérêt de savoir ce qui a prévalu, ce qui a dû être modifié ou rejeté des propositions débattues à cette époque. Cependant je n'entrerai pas, pour le moment, dans la généralité des questions que comporte le sujet. Je me bornerai à l'examen de celles qui ont trait directement à la communication de M. Devergie.

M. Devergie, sans rien préjuger des différents genres d'accidents inhérents à l'emploi des anesthésiques, admet en principe qu'il peut y avoir, et qu'il y a eu quelquefois des cas de mort causés par l'as-

---

dément modifiés dans leur organisation par de longues ou de graves maladies antérieures, et que, par conséquent, ils offrent à l'observation médicale un peuple tout nouveau à étudier sous le rapport des mœurs, des habitudes, de la cause morale de ses souffrances, de l'influence plus favorable de tel ou tel site, de telle ou telle localité montagneuse, de telle existence momentanément bruyante ou silencieuse, etc.

En effet, celui qui va demander aux sources minérales soulagement ou guérison y change profondément son genre de vie; il quitte sa famille, ses amis, un ciel auquel il est habitué, pour un pays, des impressions, un traitement, des soins, un milieu qui seront tout nouveaux pour lui. Le choix d'une eau minérale est donc un problème très-épineux, très-délicat à résoudre pour le médecin comme pour le malade, et cette considération fait reconnaître à M. James combien il serait utile d'envoyer tous les ans à nos principaux établissements thermaux un certain nombre d'élèves chargés d'y compléter leur éducation médicale.

Les médecins trouveront dans le *Guide pratique aux eaux minérales* toutes les indications nécessaires pour les familiariser avec les richesses en ce genre de la France et de l'étranger. L'histoire de chaque source est avantageusement précédée de quelques lignes d'itinéraire qui renseigneront les praticiens comme les malades sur les désagréments, les ennuis, les facilités de communication. Une carte des eaux très-soigneusement dressée permet de reconnaître d'un simple coup d'œil la position de chaque source, ses relations avec les villes voisines et ses moyens d'accès.

Le docteur C. James ne s'est pas borné à indiquer les diverses maladies que les eaux sont aptes à guérir ; il a pris grand soin de noter en regard les sources qui, suivant la nature prédominante de l'affection, méritent plus particulièrement la préférence. C'est là surtout l'œuvre capitale qui donne à cette quatrième édition une incontestable importance et en fait un véritable traité clinique d'hydrologie médicale. Considérations sur les principes constituants, la chaleur, l'analyse, la classification et le mode d'action des eaux minérales ; sur le bain, les piscines, la cure d'inhalation, les douches d'acide carbonique ; sur le traitement et les soins qui conviennent pendant et après l'emploi des eaux, telles sont les questions traitées comme préliminaires de l'étude consciencieuse de plus de 170 sources, qui l'auteur a su entremêler de détails très-curieux sur la cure de raisin, de fraises, de petit-lait, de lait de chèvre chloruré, etc. Au nombre des excellents chapitres que renferme encore cet intéressant ouvrage, citons aussi ceux sur les bains de mer, sur l'action physiologique, l'emploi thérapeutique et l'influence hygiénique de l'hydrothérapie, sur l'usage des eaux minérales dans le traitement de la goutte et de la syphilis, etc.

En terminant cet aperçu bien incomplet d'un livre riche de faits et de sagacité pratique, nous avons à exprimer le regret de n'y avoir pas trouvé la moindre indication des eaux minérales de l'Algérie. La facilité et la rapidité des communications de la France avec cette belle colonie, le grand nombre de sources thermales qu'on y a rencontrées et dont quelques-unes ont été analysées et expérimentées avec succès, méritent bien que la réputation des eaux minérales du nord de l'Afrique soit partout connue et popularisée(1). C'est là un beau sujet d'études que nous signalons à notre savant confrère, et nous espérons bien que la cinquième édition, qui ne saurait manquer d'être prochaine, apportera à ses nombreux lecteurs ce complément indispensable d'un ouvrage des plus utiles qui aient paru en ces derniers temps.

Dr E. L. BERTHERAND,
professeur à l'École de médecine de Lille.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq ; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

La diathèse typhoïde du cheval, par A. Sanson, chef de service à l'École impériale vétérinaire de Toulouse. In-8° de 100 pages. **Prix:** 1 fr. 50 c., franc de port.

Excursion en Circassie, par le docteur Jeannel, pharmacien en chef de l'armée d'Orient. 1 vol. in-18 de 86 pages, 1 fr. 25 cent.

Traité des applications de l'électricité à la thérapeutique médicale et chirurgicale; par A. Becquerel, médecin de l'hôpital de la Pitié, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc. 1 vol. in-8° de 384 pages avec 6 fig., 5 fr.

Ces trois ouvrages se trouvent à la *Librairie médicale* de Germer Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

(1) Voyez *Médecine et hygiène des Arabes*, 1855, p. 164. — Chez Germer Baillière.

phyxie, et par l'asphyxie mécanique, c'est-à-dire par absence ou insuffisance d'air respirable. Aux yeux de notre collègue, ce genre d'accidents est le seul qui puisse être prévu et prévenu. Dans ce but, il propose de rendre obligatoire pour tous les médecins des appareils à éthérisation, dans lesquels toutes les précautions seraient prises pour assurer l'absence de l'asphyxie mécanique. A la faveur de cette précaution, il espère mettre la responsabilité médicale à l'abri de toute recherche judiciaire.

Cette thèse, comme on le voit, renferme un principe scientifique et des applications pratiques et juridiques. Le principe, c'est l'existence de l'asphyxie comme cause d'accidents ou de mort dans l'éthérisation, les applications sont l'emploi d'appareils propres à prévenir ce genre d'accidents et à mettre la responsabilité médicale à couvert devant les tribunaux.

En principe, je ne partage pas l'opinion de ceux de mes collègues qui ne veulent à aucun prix du but que M. Devergie s'est proposé. S'il était possible de trouver un moyen certain de mettre la responsabilité médicale à couvert dans le maniement du chloroforme, il faudrait accepter ce moyen et le faire déclarer obligatoire, à la condition qu'il sauvegardât le malade aussi bien que le médecin. Mais je me hâte de le dire avec regret : je ne reconnais pas cet heureux privilége au moyen proposé par M. Devergie : ni le principe dont il part, ni l'application qu'il propose ne sont de nature à répondre à cette attente. Dans cette situation, il faut donc laisser au médecin et à la loi leurs prérogatives et leurs droits; dans la pratique du chloroforme comme dans la pratique générale de la médecine, le médecin ne doit relever que de sa science et de sa conscience, et le magistrat comme la société n'ont à exercer contre lui que le droit commun, c'est-à-dire la recherche des causes d'accidents par imprudence et autres causes étrangères à la science et à l'art. Mais je suis obligé de le reconnaître, la thèse de M. Devergie ne me permet pas même de lui laisser le bénéfice de cette situation. A mes yeux, le principe dont il est parti est une erreur; l'asphyxie est une chimère, et les appareils propres à la prévenir une précaution inutile, une illusion. Je me hâte d'ajouter, pour empêcher toute méprise, que, comme M. Devergie, je suis partisan des appareils, mais dans un but différent du sien, ainsi que je le montrerai plus loin.

J'ai dit que l'asphyxie que M. Devergie regarde comme une des sources d'accidents de l'éthérisation, est une chimère : c'est ce que je crois pouvoir démontrer.

Entendons-nous d'abord sur les termes. L'asphyxie dont veut parler M. Devergie est bien l'asphyxie mécanique par insuffisance ou défaut d'air respirable. Or, sur quoi se fonde-t-il pour soutenir qu'il y a eu des cas de mort déterminés par ce genre d'asphyxie? Il se fonde surtout sur les caractères nécroscopiques, sur les altérations du sang, sur la coloration et l'engorgement des organes; en un mot, sur ce qu'on trouve chez les asphyxiés après la mort. Mais M. Devergie a perdu de vue qu'il y a deux sortes d'asphyxies, l'asphyxie primitive *mécanique*, qui aurait lieu par privation d'air, et indépendamment de l'action du chloroforme, et l'asphyxie consécutive *toxique*, qui est le produit secondaire de l'intoxication chloroformique, c'est-à-dire le résultat de la paralysie par intoxication des agents dynamiques de la respiration. Dans le premier cas, l'hématose est empêchée par défaut d'air; dans le second, elle est empêchée par la paralysie des nerfs qui y président. Or, dans les deux cas, les caractères nécroscopiques sont les mêmes, mais la nature et la cause sont très-différentes. En méconnaissant cette distinction capitale, M. Devergie est tombé dans une grave méprise : il a tenté de faire revivre une erreur que je croyais avoir renversée sans retour lors de la première discussion sur le chloroforme.

En prenant de nouveau la parole aujourd'hui, mon but n'a pas été seulement de protester contre cette tentative, par les motifs que j'ai fait précédemment valoir, mais encore et surtout de communiquer à l'Académie le résultat d'observations et d'expériences nouvelles propres à prouver que l'asphyxie mécanique n'a jamais causé la mort d'aucun malade soumis au chloroforme, et que ce genre de mort est, je ne dirai pas tout à fait impossible, mais excessivement peu probable.

Dans la première discussion, j'ai passé en revue un à un tous les cas de morts attribués à l'asphyxie; je crois avoir démontré, à cette époque, que, dans tous ces cas, le chloroforme avait occasionné la mort par intoxication. J'ai cherché à préciser les conditions dans lesquelles l'intoxication chloroformique tue d'emblée, et celles dans lesquelles la mort n'arrive que lentement; j'ai montré que dans le premier cas il n'y avait aucune apparence ni aucun caractère d'asphyxie; tandis que dans le second on trouve après la mort les caractères de l'asphyxie souvent très-prononcés. J'ai répété depuis ces expériences, et j'en ai fait un grand nombre d'autres dans le but de préciser les différents genres de mort par le chloroforme, et surtout de faire connaître les conditions qui y président. Voici l'énoncé et le résultat de ces expériences :

Pour mettre immédiatement l'asphyxie primitive hors de cause, j'ai expérimenté parallèlement avec le même appareil, muni de chloroforme et sans chloroforme, sur des lapins et des chiens offrant les mêmes conditions d'âge, de force et de santé. L'appareil dont je me suis servi consiste dans un sac en taffetas cerné à son ouverture par un cercle en caoutchouc qui lui permet d'embrasser hermétiquement la tête des animaux; à l'extrémité libre de l'appareil se trouve un double diaphragme sous forme de tabatière renfermant des rondelles d'éponge et de tissu de coton. Ces deux diaphragmes peuvent être plus ou moins écartés l'un de l'autre, comme les deux bouts d'une lorgnette. A l'aide de ces dispositions, le chloroforme versé sur les rondelles d'éponge peut être mêlé à l'air sous forme de vapeurs plus ou moins ténues; il peut être plus ou moins éloigné ou rapproché du nez de l'animal. Ces différents degrés d'écartement m'ont permis de pratiquer ce que j'ai appelé la chloroformisation *directe* ou *indirecte*, *médiate* ou *immédiate*, suivant que le chloroforme était appliqué sur le premier ou le second diaphragme, et suivant que le second diaphragme était mis à distance ou appliqué immédiatement sous le nez de l'animal.

En ce qui concerne l'asphyxie, j'ai tenu pendant des heures entières les animaux coiffés de l'appareil sans chloroforme, les diaphragmes mouillés seulement d'une quantité d'eau équivalente à la quantité de chloroforme imprégnant les rondelles de l'autre appareil. Pendant que, dans les appareils munis de chloroforme, j'observais tous les degrés et toutes les formes de l'empoisonnement, dans les appareils mouillés d'eau seulement, les animaux respiraient librement et ne manifestaient d'autre malaise qu'un peu d'agitation au début, résultant du genre de coiffure auquel ils étaient peu habitués. Les résultats généraux ont été comme il suit :

Dans la chloroformisation directe ou indirecte, médiate ou immédiate, indistinctement, j'ai toujours pu produire la mort chez les lapins avec une dose de 4 à 8 grammes de chloroforme; dans la chloroformisation directe et immédiate, la mort a eu lieu entre deux et six minutes, une fois seulement après neuf minutes : moyenne, cinq minutes. Par la chloroformisation indirecte et médiate, la mort n'est survenue qu'au bout de huit minutes et demie à vingt-trois minutes : moyenne, quinze minutes.

J'ai donc pu, dans ces expériences, renfermer l'action toxique du chloroforme dans des limites très-précises, c'est-à-dire fixer un minimum et un maximum entre lesquels il a toujours produit chez les lapins la mort avec les mêmes doses, et j'ai pu, en variant l'intensité d'action des vapeurs anesthésiques, faire varier le genre de mort tant sous le rapport de la rapidité que de la variabilité des accidents.

Voici ce que j'ai observé à cet égard :

J'ai constaté quatre genres de mort : la première par sidération, la deuxième par syncope, la troisième par asphyxie toxique, et l'intoxication chronique durant cinq, six heures ou davantage et se terminant par l'extinction de la vie.

La sidération a toujours été le résultat de l'injection du chloroforme dans les veines ou de son insertion sous la peau. La mort a lieu dans ce cas en moins de deux minutes; quelquefois elle a été instantanée; elle a lieu par un arrêt brusque de la respiration ou de l'action du cœur. Dans quelques cas, l'animal est frappé tout à coup de paralysie des muscles respiratoires, il est immobile; d'autres fois, ce sont les mouvements du cœur qui s'arrêtent de suite.

Ainsi, on le voit, la mort peut avoir lieu de plusieurs manières. C'est là un fait extrêmement important à connaître et qui doit servir de base à l'application du chloroforme.

Pour moi, il n'y a pas de doute qu'il faut soumettre les malades qu'on veut chloroformiser à l'emploi d'appareils précis, qui permettent de doser rigoureusement la quantité de chloroforme inhalée. Sans cela il n'y a que chances d'accidents. L'opinion contraire ayant été soutenue à cette tribune par des hommes d'une grande autorité, je crois nécessaire d'insister sur ce point. Je suis donc d'accord en ceci avec M. Devergie; mais notre accord cesse en ce qui concerne les applications que notre collègue en a déduites au point de vue judiciaire. Il me paraît vraiment extraordinaire qu'en fait de chloroformisation on se départisse des précautions et des règles rigoureuses qui gouvernent la thérapeutique ordinaire. Administrer le chloroforme sans appareils, c'est, à mes yeux, comme si l'on prescrivait des remèdes actifs sans les doser. Je sais qu'on a invoqué à l'appui de cette manière d'agir la variabilité, l'instabilité des phénomènes anesthésiques. Cette instabilité est réelle, mais elle n'est vraie que parce qu'on ne précise pas le mode d'emploi. J'ai prouvé qu'avec des appareils convenables on pouvait arriver à des résultats invariables. Ainsi cette prétendue variabilité des phénomènes anesthésiques ne saurait servir de base à la conduite du praticien. La condition d'instabilité n'est pas admissible. J'en dirai autant des idiosyncrasies, des dispositions individuelles, que l'on a également invoquées contre l'usage des appareils. Il faut donc s'efforcer de ramener l'administration du chloroforme à des principes fixes.

On a dit : On voit mieux ce que l'on fait avec l'éponge creuse ou la compresse. C'est, suivant moi, une erreur; on ne voit pas mieux ce qui se passe. Je comprends que les chirurgiens les plus familiarisés avec l'administration du chloroforme s'autorisent de leur habitude et de leur expérience; mais il faut prendre garde que ce ne soient là des avantages dont ils abusent; dans tous les cas, cela ne saurait servir de règle. Le vrai progrès, à mes yeux, consiste à ne rien livrer au hasard, aux instincts ou à l'habitude, mais à ramener tout à des règles fixes, et à l'emploi de machines et d'appareils de précision.

Partant de ce principe, j'ai cherché à réduire l'application du chloroforme à un certain nombre de règles.

La première est de se servir d'appareils qui permettent un dosage rigoureux, que j'évalue de 4 à 8 grammes au maximum, en proportionnant ce dosage au calibre de l'appareil.

La deuxième règle est d'administrer le chloroforme très-dilué. L'expérience m'a permis d'apprécier la différence des effets que produit le chloroforme dilué ou non dilué, et elle m'a appris que le chloroforme trop condensé agit avec beaucoup plus de rapidité et tend à produire promptement la paralysie des muscles respirateurs.

La troisième règle est que l'appareil permette de faire arriver dans les bronches une colonne d'air suffisante. A cet effet, j'ai fait donner au tuyau conducteur de mon appareil un calibre égal à celui de la trachée-artère.

Une autre règle enfin, qui répond au grand argument des adversaires des appareils, c'est de pouvoir modifier à volonté l'activité de l'inhalation, rapprocher, éloigner le récipient du chloroforme, ralentir ou activer les intervalles de la respiration, etc. Avec un appareil bien fait, on agit à cet égard avec beaucoup plus de certitude qu'avec une éponge ou une compresse.

M. J. CLOQUET. Le travail de M. Devergie porte principalement sur deux points : doser la quantité de chloroforme, et éviter l'asphyxie. Sur le premier point je ferai remarquer combien est variable à cet égard l'aptitude des individus. Il est aussi difficile d'évaluer d'avance la quantité de chloroforme nécessaire pour produire l'anesthésie, que d'évaluer la quantité d'alcool qui sera nécessaire pour produire l'ivresse. Il est tels sujets qui inhalent une grande quantité de chloroforme sans pouvoir dormir, tandis que tels autres dorment après quelques inspirations.

On a imaginé beaucoup d'appareils. J'en ai fait un moi-même, mais que j'avais imaginé d'abord pour un autre but. C'est un appareil que j'avais destiné aux ouvriers qui travaillent au milieu d'une atmosphère pulvérulente ou méphitique, qu'ils ne pourraient respirer longtemps sans danger pour leur santé. C'est une sorte de masque s'appliquant sur le nez et la bouche, auquel sont adaptés deux tuyaux, l'un pour l'inspiration, et qui devait communiquer avec l'atmosphère extérieure, l'autre pour l'expiration. Avec quelques légères modifications, cet appareil pouvait être très-facilement approprié à l'administration du chloroforme. Je l'ai essayé. Eh bien, je me suis convaincu, c'est qu'il est mauvais, bien qu'il vaille mieux que tous les autres. C'est assez dire que je ne suis pas partisan des appareils. Avec les appareils les malades ont beaucoup plus de chances d'être asphyxiés que sans appareils. Et cela se conçoit. Il faut en effet avoir le soin de laisser pénétrer une grande quantité d'air avec le chloroforme. Avec des éponges creuses, une compresse conique garnie de charpie, on peut graduer la quantité de chloroforme nécessaire presque aussi bien, et assurer son mélange avec l'air bien mieux qu'avec les appareils les mieux confectionnés. Sans doute avec les appareils on sait plus exactement la quantité de chloroforme inhalée; mais comme la quantité nécessaire est très-variable à raison de l'extrême variabilité des effets, il en résulte qu'on n'a aucun avantage réel à doser exactement le chlororme.

Quant à ce qui concerne le point de vue légal, la responsabilité du médecin, je ne puis non plus partager les principes de M. Devergie. Quelque respect que j'aie pour la justice, je ne peux admettre en ceci la compétence des juges; le médecin seul est juge, il ne relève à cet égard que de la conscience. Je m'inscris donc formellement contre la prescription des appareils comme moyen de garantir la responsabilité médicale. Je repousse d'autant plus cette prétendue garantie, qu'avec les appareils on a deux causes d'asphyxie au lieu d'une. Avec l'éponge, au contraire, qui permet l'accès facile d'une large colonne d'air, on a toutes les plus grandes chances possibles d'éviter l'asphyxie.

En résumé, voici mes conclusions :

Renoncer à toute espèce d'appareils qui compromettent la vie des malades au lieu de la garantir, et par conséquent aussi la responsabilité des médecins;

Remercier M. Devergie pour avoir soulevé cette importante question.

— Il est cinq heures, la séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La statue en bronze de Bichat, œuvre dernière de David (d'Angers), est terminée. La commission permanente du congrès médical et la commission spéciale de la statue, ont offert cette statue à la Faculté de médecine de Paris, qui l'a acceptée; elle doit être placée au milieu du portique qui précède le grand amphithéâtre. Son inauguration est fixée au mercredi 8 juillet prochain.

— Nous avons parlé il y a huit jours d'un projet de réforme de l'Académie de médecine, sur lequel l'*Union médicale* donne les renseignements suivants :

« Il ne s'agit pas de la création d'une sixième classe de l'Institut, de la transformation de l'Académie de médecine actuelle en cette sixième classe, de la réduction de ses membres au chiffre de quarante, comme les quarante immortels de l'Académie française, et du congé donné aux soixante autres membres actuels de notre Académie. Ces choses ont été dites, cela est vrai, mais à titre de ballon d'essai, comme pour voir la première impression qu'elles allaient produire.

» Ce projet, dont ne sont saisis ni le ministre compétent, ni aucun pouvoir public, qui en ignorent probablement l'existence, consiste à revenir en partie aux anciens statuts de l'Académie, c'est-à-dire à réduire à soixante le nombre des membres de la compagnie, mais sans les adjoints, qui figuraient autrefois pour le chiffre de quarante. Il va sans dire que personne ne serait mis à la porte, et que cette réduction s'opérerait insensiblement par les extinctions successives. En rendant l'accès de l'Académie plus difficile, en limitant à un chiffre aussi restreint le nombre de ses membres, on espérerait ainsi rehausser le titre d'académicien, lui donner plus d'éclat et de valeur.

» Je ne crois pas que ce projet présente aucune chance sérieuse d'être adopté; aussi je trouve parfaitement inutile de le discuter. Si l'Académie était elle-même fatiguée de son existence et portée vers le suicide, elle n'aurait qu'à pousser à la réalisation de cette idée anti-libérale par excellence, et qui ne peut être considérée que comme une erreur d'esprit. Soixante membres choisis parmi ce que l'on appelle les princes de la science et les célébrités de l'art, ce serait, à de très-rares exceptions près, soixante muets, soixante indifférents, à peu près soixante absents; et les séances de l'Académie, aujourd'hui au moins de temps à autre animées et brillantes, les voilà, par ce fait même, condamnées à... je ne veux pas dire à quoi. »

— M. le docteur J. Garin publie dans la *Gazette médicale de Lyon* un article fort remarquable sur l'opportunité du rétablissement du baccalauréat ès lettres dans le programme des études médicales. Cet article se termine ainsi :

« Espérons que le ministre éclairé, qui a si sagement pressenti l'opinion publique, ne tardera pas à nous donner satisfaction en rendant à la jeune médecine un joug qu'elle sera fière de subir, parce que ce joug doit relever son prestige, bien loin de l'abaisser. »

— Une nombreuse phalange de savants et de naturalistes, venus de Paris et des autres points de la France, explore depuis plusieurs jours les environs de Montpellier. La Société entomologique et la Société de botanique de France, ayant choisi notre ville pour y tenir une session, ont partagé leur temps entre des réunions scientifiques et des courses à la campagne.

Un grand nombre d'élèves de la Faculté de médecine de Paris, ayant à leur tête M. le professeur Chatin, sont arrivés, par le chemin de fer, la boîte de botaniste sur le dos, pour étudier, avec les membres du congrès, la flore de notre pays et quelque peu aussi sa topographie.

Les élèves de la Faculté de Montpellier, au nombre de plus de deux cents, désireux de témoigner leur sympathie à leurs collègues de Paris, leur ont offert une très-belle fête vendredi dernier. Le *lunch* a été servi dans l'orangerie du jardin des Plantes, que l'autorité avait mise à leur disposition. La musique du 2e régiment du génie, gracieusement offerte par M. le général commandant la division, n'a cessé, pendant toute la soirée, de jouer des airs joyeux.

Plusieurs discours ont été prononcés par MM. les professeurs Martins (de Montpellier) et Chatin (de Paris), et par MM. Foville (élève de Paris) et Estor (de Montpellier). La plus franche cordialité et la gaieté la plus expansive n'ont cessé de régner dans cette fête, qui s'est prolongée jusqu'à une heure avancée. (*Rev. thérap. du Midi.*)

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Plaie d'arme à feu de la région frontale. Séjour d'une balle au milieu du front pendant vingt-deux mois. Extraction à l'aide du trépan et du davier.

Les médecins et les élèves en médecine qui suivent la visite de M. le professeur Jobert, à l'Hôtel-Dieu, ont pu voir pendant assez longtemps dans la salle Saint-Côme un jeune militaire récemment libéré du service, qui avait au milieu de la région frontale une plaie résultant d'un coup de feu reçu pendant la campagne de Crimée. L'histoire de cette blessure est intéressante à plusieurs titres. Nous la reproduisons telle qu'elle nous a été communiquée par l'un des élèves du service, qui en a recueilli tous les détails avec soin, et nous la ferons suivre de quelques-unes des considérations cliniques qu'elle a suscitées à M. Jobert.

Le nommé Gustou (Jules), âgé de vingt et un ans, faisait partie d'un poste français devant la tour de Malakoff, lorsqu'il fut frappé, le 8 avril 1855, d'une balle au milieu du front. Avant d'atteindre le front, le projectile avait rencontré la face externe de sa visière, dont il avait contourné le bord antérieur en y laissant une dépression en forme de croissant. Gustou ne fut pas plutôt blessé qu'il tomba à sept pieds de profondeur, du haut du parapet dans la tranchée. On le porta dans une ambulance voisine, où il resta pendant vingt-quatre heures sans connaissance. Huit jours après on le dirigeait sur Constantinople. Il y séjourna dans un hôpital militaire pendant quatre mois; deux mois comme malade et deux mois comme convalescent.

Après ce séjour, il demanda et obtint l'autorisation de repartir pour la Crimée, malgré la persistance de la suppuration. Il se battit à Traktir le 16 août 1855, et repartit pour la France le 11 novembre de la même année.

Arrivé à Paris au mois de décembre, il reste encore six mois sous les drapeaux, mais il y fait un service peu actif, des crises de suppuration l'ayant obligé plusieurs fois à entrer à l'hôpital. Il y a été admis à trois reprises, et y est resté chaque fois en moyenne quarante-cinq jours.

La suppuration n'a jamais cessé, mais elle n'a pas eu toujours la même abondance. Le pus avait une couleur noirâtre et sanguinolente.

Au dire du blessé, il a perdu peu de sang à l'instant de sa blessure.

La douleur a été à peu près la même depuis les premiers moments : elle consiste en une lourdeur de tête habituelle et en quelque chose de vague et d'incertain dans les attitudes ordinaires : lorsqu'il se baisse, il lui semble que le front se détache de la tête ; par moments, il éprouve des douleurs très-vives s'irradiant de la plaie dans tout le crâne, et qui lui font dire qu'on lui arrache la tête.

Quant au traitement, il n'a consisté que dans le régime diététique des blessés pendant les trois premiers jours, et l'application sur la plaie d'une bandelette de diachylon renouvelée chaque jour.

Voici l'état du malade à son entrée à l'Hôtel-Dieu le 19 février 1857.

On voit au milieu du front un trou net et circulaire, ayant des dimensions proportionnelles à celles d'une balle de gros calibre, mais un peu rétrécies. On peut y introduire aisément l'extrémité du doigt indicateur. Une sonde cannelée, introduite dans la plaie, permet de reconnaître qu'il ne s'agit pas d'une simple fistule ordinaire. M. Jobert constate l'existence d'un corps étranger au fond du conduit. Rien d'ailleurs n'indique ni une carie ni une nécrose.

Considérant que la persistance de la suppuration et les accidents éprouvés par le malade dépendent du séjour du projectile au fond de la plaie, M. Jobert propose au jeune blessé d'en faire l'extraction. Celui-ci y souscrit volontiers, et l'opération est pratiquée le 23 février de la manière suivante :

1° Une incision cruciale est faite ; les incisions sont étendues de telle sorte qu'elles dépassent l'ouverture accidentelle dans tous les sens;

2° Les quatre lambeaux qui résultent de cette double incision sont disséqués et renversés en dehors, de manière à mettre toutes les surfaces à nu et à pouvoir terminer l'opération sans rencontrer d'obstacles;

3° L'ouverture est ruginée et les débris osseux sont enlevés avec une espèce de couteau boutonné; mais comme le corps étranger ne pouvait être saisi, la perte de substance n'étant pas assez considérable, M. Jobert applique une couronne de trépan; il se sert à cet effet de la tréphine ;

4° La perte de substance étant dès lors assez considérable, il s'agissait de retirer la balle ; mais ce ne devait pas être le temps le moins délicat de l'opération. Voici comment M. Jobert s'est conduit :

La plus grande difficulté était d'extraire le projectile sans exercer la moindre pression sur le cerveau : il ne fallait donc pas songer à faire usage du levier, qui aurait pu enfoncer la balle dans la masse encéphalique. D'un autre côté, la surface de la balle, lisse dans certains points, ne permettait pas à un davier de prendre une prise suffisante pour que celle-ci pût être saisie convenablement. Aussi après avoir constaté les points qui présentaient des aspérités, M. Jobert a-t-il cherché à en produire sur la face opposée, et bientôt il put saisir le corps étranger avec une sorte de davier, et l'extraire en faisant subir à l'instrument un mouvement de rotation.

Le projectile enlevé, on voyait au fond de la plaie une substance noirâtre qui, à dater de ce moment, commença à s'éliminer chaque jour. C'était évidemment du sang coagulé qui n'avait pas subi le contact de l'air, comme on en a quelquefois rencontré par exemple dans la cavité abdominale longtemps après un accident traumatique.

Le malade fut pansé à plat et reporté dans son lit.

Le projectile examiné avec soin a présenté les particularités suivantes :

La balle est en plomb; elle pèse 25 grammes et a 55 millimètres de circonférence. Sa couleur est noire, excepté sur les points où l'instrument l'a saisie. Là, en effet, elle a une couleur bleuâtre remarquablement brillante.

La surface n'est plus lisse, arrondie et régulièrement sphérique que sur une faible étendue. Elle présente partout ailleurs de nombreuses aspérités ressemblant à des stalactites.

A la surface lisse et régulièrement convexe est opposée une surface écrasée et légèrement concave.

Le jour de l'opération, il n'y a eu ni travail inflammatoire local ni troubles nerveux.

Le lendemain 24 février, pas de fièvre. Etat général bon. — Pansement à plat.

Les choses se passent de la même manière le 25 et le 26.

Le 27, l'opéré accuse un grand mal de tête ; il a de la fièvre. — Sinapismes et diète.

Du 28 au 1er mars, les maux de tête persistent ; on les combat par quelques légers dérivatifs. Quant à l'état local, il est très-satisfaisant jusque-là.

Le 2, les bourgeons charnus commencent à se développer; l'état général est meilleur.

Le mieux va toujours croissant les jours suivants, lorsque le 15 mars il survient un érysipèle, qui commence par la paupière supérieure de l'œil droit, gagne le nez et toute la joue gauche. Pas de prodromes, pas de trouble fonctionnel ni avant ni pendant l'érysipèle. Une seule application de pommade au nitrate d'argent a suffi pour combattre l'inflammation cutanée : deux jours après, il n'y en avait plus trace.

Jusqu'au 30 mars, on n'a qu'à constater une amélioration croissante et une tendance continuelle des lèvres de la plaie à se rapprocher : le trou n'a plus qu'un centimètre et demi de profondeur. On laisse la plaie à découvert.

Nous avons négligé jusqu'ici de noter un phénomène observé depuis le moment où la balle a été extraite jusqu'au 17, 18 avril, époque à laquelle il a disparu à peu près complétement, et que nous avons été appelé à constater plusieurs fois nous-même ; il

FEUILLETON.

Le phosphore amorphe appliqué à la fabrication des allumettes chimiques. — De la glace artificielle. — Nosographie des pigeons.

L'hygiène et la sécurité publiques se sont émues depuis longtemps des accidents causés par le phosphore blanc dont on garnit l'extrémité des allumettes chimiques. En 1834, l'Allemagne annonçait le grand événement industriel de cette fabrication ; deux ans plus tard elle faisait son entrée en France. On sait le succès qu'obtinrent bientôt ces allumettes, qui, au seul frottement, nous livrent la lumière et le feu. Mais on n'avait pas aperçu le pénible cortége qui se glissait sous le premier enthousiasme. Un court espace de temps s'était à peine écoulé, que déjà les hommes d'étude signalaient les dangers et les graves accidents qui se produisaient sous l'influence du phosphore blanc. C'étaient des incendies, des empoisonnements. La pathologie elle-même se voyait forcée d'ouvrir une nouvelle page à la nécrose phosphorée qui frappait si douloureusement les ouvriers employés à cette industrie. Il fallait à tout prix faire disparaître la cause de ces accidents. On se mit à l'œuvre, et l'Allemagne, qui avait apporté le mal, sut nous livrer le remède. Il y a environ sept ans que M. Schratter (de Vienne), découvrit un nouveau corps qui, après avoir reçu le nom d'*oxyde de phosphore*, fut bientôt connu sous le nom de *phosphore rouge*, ou *phosphore amorphe*. Il devait détrôner le phosphore blanc, et faire disparaître les nombreux accidents qui avaient jeté l'alarme dans les esprits. Des hommes qu'il suffit de nommer pour apprécier la valeur de leurs travaux, MM. Bussy, Lassaigne, Cadet-Gassicourt, Orfila, Chevallier et Tardieu, soumirent à une étude des plus sérieuses le nouveau phosphore, et toutes ces recherches aboutirent à la conclusion unanime que le phosphore rouge substitué au phosphore blanc dans la fabrication des allumettes chimiques, détruirait toutes les chances d'empoisonnement.

Quel était donc ce phosphore rouge, et comment l'obtenait-on ?

D'une couleur brune, rouge-foncé; dur comme du cristal, pulvérulent ou en masse, il ne fondait qu'à 280°, et demandait une température de 480° pour s'enflammer ; inodore, non volatile, ce phosphore ne donnait naissance à aucune vapeur blanche lorsqu'il brûlait.

Il y avait donc loin de ce corps au phosphore blanc, qui, transparent, mou comme de la cire, fusible à 40° cent., s'enflammant à la température ordinaire, projetait en brûlant des fumées blanchâtres; et, chose curieuse, un changement si complet de propriétés s'était opéré sous la seule influence de la chaleur. En effet, on l'obtient en exposant le phosphore blanc pendant un temps fort long à une température très-élevée. MM. Coindet, qui ouvrent en France l'ère nouvelle de cette application, le soumettent pendant dix jours à une température de 280°.

On institua un grand nombre d'expériences à l'école d'Alfort ; de fortes doses de phosphore amorphe ne produisirent aucun accident fâcheux chez les animaux qui les avaient absorbées, tandis que le phosphore blanc, en petite quantité, causait la mort. Le premier, insoluble dans les sucs de l'estomac, ne pouvait plus empoisonner, et l'absence de vapeurs faisait espérer la disparition de la nécrose phosphorée. Son application à l'industrie ne pouvait donc entraîner que d'heureux résultats ; c'était un vrai bienfait public.

Cependant une condition fâcheuse d'exploitation ne tarda point à surgir à côté des avantages incontestables du phosphore amorphe. Il ne s'enflammait que très-difficilement, et nécessitait la présence d'un corps oxygéné, le chlorate de potasse. Or, on sait combien ce sel présente de dangers non-seulement dans une fabrique où il est une cause permanente d'explosion et d'incendie, mais encore dans la consommation journalière, où la déflagration à laquelle il donne lieu projette au loin des parcelles enflammées.

L'avenir du phosphore rouge se trouvait donc compromis, et le phosphore blanc allait continuer son règne malheureux, lorsqu'un Suédois, M. Lundstron, eut l'heureuse idée de séparer le phosphore rouge du chlorate de potasse, en les employant cependant tous deux de la manière suivante :

Le gratin de verre pilé sur lequel on frotte ordinairement l'allumette étant recouvert d'une couche de phosphore rouge en poudre, on charge l'extrémité de l'allumette de chlorate de potasse, et une simple friction sur la surface phosphorée donne lieu à une inflammation des plus faciles.

Si nous résumons maintenant tous les avantages que l'on est en droit d'espérer de ce nouveau procédé, nous verrons disparaître une cause puissante d'empoisonnement, d'incendie, puisque séparés ces deux corps, chlorate de potasse et phosphore, ne s'enflamment plus ; peut-être même l'emploi du phosphore amorphe fera-t-il disparaître la nécrose phosphorée, maladie nouvelle, encore peu étudiée en France, et qu'il serait désirable de voir étouffer ainsi au herceau par une application industrielle que l'hygiène appelle de tous ses vœux.

— En attendant que le phosphore blanc soit à jamais exilé de nos maisons, nous allons passer en revue deux moyens fort ingénieux de produire artificiellement la glace. Depuis quelques années on en fait une consommation si considérable, qu'il a fallu songer à trouver un moyen économique de la fabriquer en masse. Les deux procédés que nous allons mettre sous les yeux de nos lecteurs sont nés de la même pensée, faire le vide et vaporiser l'éther ; ils ne diffèrent que par l'application.

En Amérique, sur les rives du Cuyhoga (Etats-Unis), on a creusé de grandes citernes rectangulaires entourées d'une épaisse enveloppe de charbon. Dans cette sorte de chambre est disposé un nombre consi-

s'agit des mouvements de soulèvement et d'affaissement alternatifs des liquides placés au fond de la plaie, mouvements isochrones aux battements du pouls.

Le 16 avril, voici quel est l'état de la plaie :

1° Il existe un suintement purulent.

2° Une sorte d'infundibulum à sommet très-étroit, où l'on observe, quand il existe de l'eau ou du pus, des mouvements alternatifs de soulèvement et d'affaissement.

3° On ne retrouve plus de trace de l'ouverture osseuse qui est comblée en grande partie par les lambeaux des parties molles renversées, et dont les téguments se trouvent adossés.

4° Les surfaces sont encore rosées.

5° Le blessé n'éprouve plus aucune des douleurs et des sensations pénibles dont il se plaignait.

— Deux circonstances sont particulièrement remarquables dans cette observation : la première est la longue durée du séjour du projectile dans la région frontale ; la seconde est le procédé opératoire mis en usage pour extraire la balle, et le mode de guérison qui a suivi cette extraction.

Il est, en effet, digne de remarque qu'une balle ait séjourné pendant vingt-deux mois au fond d'une plaie du crâne, reposant immédiatement sur la dure-mère, sans déterminer d'inflammation ni dans le cerveau, ni dans ses enveloppes ; du moins, s'il a existé un travail inflammatoire de la dure-mère, il a dû certainement être très-circonscrit et très-peu intense, car à aucune époque le blessé n'a présenté les symptômes d'une phlegmasie nettement accusée des méninges. Une autre circonstance, d'ailleurs, tend à démontrer que le corps étranger n'a en réalité déterminé par sa présence aucune inflammation dans la dure-mère; c'est que le sang qui se trouvait répandu à sa surface était noir, comme charbonné, et que les caillots n'offraient aucune trace de ramollissement. — Peut-être doit-on attribuer l'absence de tout accident de ce genre à ce que le pus a pu se frayer une issue facile à l'extérieur par la large ouverture faite au crâne.

Ce n'est pas à dire cependant que la présence du corps étranger ait été tout à fait inoffensive, puisque le malade ressentait habituellement de très-fortes douleurs, qui s'irradiaient dans le crâne, et que par moments il semblait, suivant ses expressions, qu'on lui arrachât la tête.

Le second point intéressant de cette observation, avons-nous dit, est le procédé opératoire employé pour l'extraction de la balle, et la manière dont la guérison s'est effectuée.

Lorsqu'il s'agit d'extraire un projectile des parois du crâne, M. Jobert n'hésite pas à poser en principe qu'il faut toujours agrandir l'ouverture faite au crâne par le projectile, soit à l'aide du trépan [illegible] instrument [illegible] circonstances, afin de pouvoir manœuvrer sans aucune difficulté, et d'éviter d'enfoncer le corps étranger, comme cela a dû certainement arriver par l'emploi du levier que les auteurs proposent d'introduire en pareil cas entre le corps étranger et les os. D'ailleurs, suivant lui, il ne suffit pas d'agrandir l'ouverture ; il faut encore saisir le projectile avec de fortes pinces, comme un davier, par exemple, afin de pouvoir le retirer du premier coup, en le tournant légèrement dans sa cavité et en l'attirant à l'extérieur en même temps.

Quant au mode de pansement, l'expérience qu'a acquise M. Jobert par les nombreuses plaies d'armes à feu qu'il a eu à soigner, lui a démontré que le meilleur pansement consistait à couvrir légèrement la surface de la plaie afin d'éviter toute compression douloureuse, et de manière à laisser une issue facile aux liquides.

Ordinairement, après une suppuration variable en durée, des bourgeons se développent et tendent à fermer l'ouverture accidentelle ; mais alors, il y a exfoliation de l'os, nécrose plus ou moins profonde. C'est ainsi que les choses se passent le plus ordinairement à la suite de l'application du trépan. Mais il en est quelquefois autrement, et c'est ce qu'on a été assez heureux pour observer chez le blessé qui fait l'objet de cette observation. En effet, il n'y a eu ici aucun point de l'os nécrosé, il n'y a point eu d'exfoliation ; une suppuration s'est établie au fond de la plaie et sur la dure-mère qui a légèrement bourgeonné. Mais toute la surface de la large ouverture faite au crâne a été recouverte par les lambeaux, qui sont venus se confondre avec elle, et c'est sans doute à cette circonstance qu'il faut attribuer l'absence de nécrose.

D'une forme particulière de panaris, dite panaris gangréneux.

Un malade, âgé de vingt-cinq à trente ans tout au plus, est entré dans le service de M. Velpeau, à la Charité, pour un panaris d'une forme particulière, assez rare probablement, puisque pendant une assez longue série d'années nous ne nous rappelons pas en avoir rencontré un seul exemple; c'est la forme que M. Velpeau désigne sous le nom de *panaris gangréneux*.

Voici, d'après les quelques cas que M. Velpeau a eu l'occasion d'observer, les principaux caractères, la marche et l'issue ordinaires de cette forme particulière de panaris :

Elle consiste en une gangrène de l'extrémité du doigt avec rougeur et inflammation à la base, sur la limite qui sépare la portion sphacélée de la portion, nous ne dirons pas saine, mais vivante. Il ne s'agit pas ici de la gangrène qui survient quelquefois à la suite d'une inflammation extrêmement vive et d'un étranglement considérable des tissus enflammés, mais bien d'une gangrène primitive, spontanée, comme l'est, par exemple, celle qui est produite par un obstacle à la circulation artérielle, ou par une cause spéciale, comme l'ergot de seigle, etc.

La marche de cette affection est très-rapide ; la mortification du doigt survient en un jour ou deux ; l'élimination se fait au bout de quinze jours ou trois semaines.

Le panaris gangréneux, que l'on pourrait confondre au premier abord avec la gangrène sénile, dont elle se rapproche à quelques égards, s'en distingue par plusieurs circonstances capitales. D'abord il se développe à tout âge. Le malade qui vient de nous en offrir un exemple est âgé de moins de trente ans, et M. Velpeau l'a observé sur des individus plus jeunes encore, même sur des enfants. Or la gangrène sénile, bien qu'il ne faille pas s'en laisser trop imposer par cette dénomination qui manque souvent de justesse et que nous ne prenons nullement ici à la lettre, la gangrène sénile, disons-nous, ne se manifeste, le plus habituellement du moins, qu'à un âge avancé. D'un autre côté, le panaris gangréneux et la gangrène [illegible] point de la même manière, et n'ont ni le même aspect ni la même marche.

La gangrène sénile est toujours précédée durant plusieurs jours de symptômes locaux, d'une sensation de froid et d'engourdissement, avec abaissement de la température des parties frappées, de fourmillements, de douleurs, même quelquefois très-vives, que l'on n'observe point dans le panaris gangréneux. Dans ce dernier cas, la gangrène débute presque d'emblée et simultanément avec l'inflammation de la base, qui, dans la gangrène sénile, ne se développe que consécutivement et comme moyen ou agent naturel d'élimination. Enfin, tandis que dans la gangrène sénile, ou dans les diverses autres espèces de gangrènes spontanées que l'on a attribuées à diverses influences morbides générales ou diathésiques, l'état général de la santé est plus ou moins altéré. Le panaris gangréneux survient, au contraire, le plus souvent chez des sujets jeunes, forts et en parfait état de santé.

M. Velpeau rapproche de cette espèce particulière de panaris une autre variété qui n'est pas décrite non plus dans les auteurs, et qui consiste en un gonflement inflammatoire uniforme de toute l'extrémité du doigt avec de petits foyers de mortification plus ou moins profonds, à la manière du bourbillon des anthrax, disséminés çà et là sur plusieurs points; ce qui justifierait le nom de *panaris anthracoïde* qui lui a été donné.

Voici en deux mots l'histoire du malade qui a fourni le texte de cette petite description, esquissée à grands traits d'après quelques souvenirs. C'est, ainsi que nous l'avons déjà dit, un jeune homme de vingt-cinq à vingt-huit ans environ, fort, bien constitué, et ne paraissant d'ailleurs nullement malade. Quand il est entré à l'hôpital, bien que son panaris ne datât que de quelques jours, la gangrène était déjà complète et avait envahi toute la dernière phalange. En présence de cet état avancé, M. Velpeau s'est demandé s'il ne valait pas mieux laisser les parties mortifiées s'éliminer et se détacher d'elles-mêmes que de porter l'instrument tranchant sur les parties vives, comme on le fait habituellement pour la gangrène sénile.

Instruit par l'expérience des quelques faits semblables qu'il a eu l'occasion d'observer, il s'est abstenu, se bornant seulement à couper quelques liens fibreux et quelques ligaments qui retenaient encore les parties mortifiées, et à détacher les tissus malades sans toucher aux tissus sains.

La plaie s'est détergée peu à peu, et il s'est établi un travail de réparation qui s'est assez rapidement terminé par une cicatrisation solide.

Il n'est pas besoin d'ajouter que le traitement de cette variété de panaris ne saurait être le même que celui des panaris ordinaires franchement inflammatoires. Il n'y a point ici à aller chercher par une incision profonde une collection purulente qui n'existe point. Faciliter l'élimination et la chute des parties mortifiées est la seule pratique utile.

Rapprochant dans notre pensée ce fait de quelques cas de gangrène spontanée qui ne pouvaient être évidemment rapportés ni à l'artérite, ni à une oblitération veineuse, ni à aucune des autres causes connues, et que, d'après les recherches de M. Marchal (de Calvi), dont nous avons fait connaître dans le temps les idées ingénieuses sur ce sujet, on devrait rattacher à l'existence de la glycosurie, nous avons demandé à M. Velpeau si les urines de ce malade avaient été examinées à ce point de vue. Elles ne l'ont point été, pas plus que celles des autres sujets qui ont en des panaris de la même espèce. Nous avouons, après réflexion, ne regretter que médiocrement l'absence de cet examen ; car, quel qu'en eût été le résultat, vu, d'une part, l'état de parfaite santé générale de cet individu, et considérant, d'autre part, l'incertitude de ces moyens d'exploration qui révèlent l'existence de la glycose chez des sujets exempts de toute affection pathologique, il eût été fort difficile d'en tirer une conclusion quelque peu valable.

Dégénérescence cancéreuse de la presque totalité du péritoine, compliquant une grossesse. — Accouchement spontané à cinq mois. — Mort. — Question de l'accouchement artificiel.

Une femme est entrée, il y a une huitaine de jours, à la Clinique dans le service d'accouchement; elle présentait une complication de la grossesse dont il n'existe, croyons-nous, que de très-rares exemples dans la science. Cette femme était grosse de cinq mois. Elle est entrée à l'hôpital dans un état de cachexie très-avancée, indiquant une lésion organique profonde, mais dont le diagnostic était rendu très-difficile par le développement même de l'utérus, qui s'opposait à ce qu'on pût explorer convenablement les organes abdominaux. Cependant on put reconnaître malgré ces difficultés l'existence d'une collection considérable de liquide dans le ventre.

---

dérable de traverses de fer sur lesquelles on a établi des caisses en fonte, légèrement espacées, qui doivent recevoir l'eau destinée à la congélation. Au moyen d'une pompe à air, on fait le vide dans la citerne, et on dirige le long des caisses un courant d'éther. Il est facile de comprendre ce qui va se passer. En moins d'une heure, l'eau est convertie en glace solide, et présente des blocs de 30 livres par boîte. Pendant le passage de l'eau à l'état de glace, le thermomètre placé dans la citerne descend de + 53° Farenheit à — 24°.

Le second procédé, dû à M. Harrisson, de Geelony, repose aussi sur l'évaporation dans le vide, soit de l'éther, soit d'un autre liquide, et demande la construction de deux vases métalliques, offrant quelques particularités.

Dans l'un de ces vases, on introduit une certaine quantité d'éther sulfurique et on fait le vide; immédiatement l'éther se vaporise ; au moyen d'une pompe on refoule ces vapeurs dans le second vase en quantité suffisante pour que la pression fasse revenir cet éther à l'état liquide. Une disposition de l'appareil permet alors le passage de cet éther liquéfié de nouveau dans le premier vase, où l'attend la même série de vide, d'évaporation et de refoulement dans le second vase. De cette façon l'action de l'appareil étant continue, ne donne lieu à presque aucune perte d'éther. Si l'on conçoit maintenant le premier vase placé au milieu d'une certaine quantité d'eau, on verra que le froid intense produit par l'évaporation instantanée de l'éther doit donner naissance à une formation considérable de glace, tandis que l'eau qui entoure le second vase, où la vapeur se condense, doit s'échauffer.

Pour arriver à ce résultat, il n'y a de vraie dépense que dans la force motrice, qui commande le vide et le refoulement; on adapte une petite machine à vapeur à la pompe pneumatique, et suivant l'auteur de ce procédé, une tonne de charbon sagement employée suffirait à la production de quatre tonnes de glace.

— Après les affaires un peu industrielles qui viennent de nous occuper, il est bon de rentrer dans un domaine qui est le nôtre, et de redemander à l'histoire naturelle les faits que nous aimons à étudier. Une petite excursion dans la pathologie des oiseaux va nous permettre de vous faire connaître une observation fort curieuse.

Qu'ils étaient heureux les pigeons! lorsque Buffon retraçait en quelques lignes les diverses affections qui pouvaient les frapper. La mue, la fausse mue, un peu de diarrhée, quelques polypes, l'avalure, la goutte — maladie princière, un des petits bonheurs de la vie — l'apoplexie, le râle, l'indigestion — les gourmands! — l'épilepsie, le chancre, la petite vérole — Jenner n'était point né! — l'asthme et les vers formaient tout le cadre nosologique de ces intéressants volatiles.

Depuis 1852, M. Payerne a observé dix couples de pigeons et leur filiation. Cette étude ne lui a pas permis de partager les opinions du grand naturaliste et d'un ornithologiste bien modeste, M. Bois. Voici le pigeon convaincu de gastrite, d'entérite, d'encéphalite; les affections du poumon, du foie, ne lui sont point étrangères ; l'autopsie est là pour le démontrer. Enfin l'ascite, le rhumatisme, les scrofules, la paralysie et jusqu'à la folie; le pigeon connaît toutes les maladies.

C'est bien pis encore, si l'on s'arrête aux jeunes pigeonneaux. Leurs parents les abandonnent dès la fin du premier septenaire, pour donner des soins à une nouvelle progéniture ; aussi les petits ont froid, ils grelottent, et rhumatismes et bronchites d'accourir avec accompagnement d'hépatite. La paralysie et l'épilepsie succèdent assez souvent à l'encéphalite, causée elle-même par la gastro-entérite.

Mais écoutez M. Payerne vous dire l'histoire d'un pigeon halluciné. Les amateurs ont rarement observé cet état mental chez l'oiseau; le fait est curieux, et en notre qualité d'historien nous le reproduisons, en laissant toutefois la responsabilité de l'interprétation au savant ornithologiste de Cherbourg :

« Il s'agit, dit-il, d'un sujet mâle qui m'avait été donné jeune et bien portant par l'abbé Frigoult, curé de Saint-Clément, à Cherbourg, lequel sujet, dès l'âge de deux mois et demi, commença à subir les atteintes de l'affection mentale dont je vais tracer les symptômes les plus saillants. Ce jeune pigeon s'imaginait, je le suppose, qu'une femelle lui présentait son bec pour le solliciter à d'affectueuses caresses. Ce qui me porte à admettre cette supposition, c'est qu'il paraissait chercher le bec de la compagne supposée qu'il croyait près de lui, et comme il ne saisissait rien de matériel, à chaque tentative il faisait un pas en avant, jusqu'à ce qu'il fût arrivé dans sa marche par quelque obstacle, qui ne mettait pas toujours fin à ses hallucinations. J'espérais que cette singulière maladie céderait à la possession d'une compagne réelle, que les circonstances ne m'ont permis de lui donner que lorsqu'il eut atteint l'âge de cinq mois. Cet espoir ne s'est pas réalisé. Tandis qu'il se trouvait en proie aux effets de son imagination, s'il arrivait que sa compagne effective vînt le solliciter à son tour, il ne l'apercevait même pas, et il passait insensible devant la réalité, pour poursuivre une ombre toujours insaisissable. Enfin, il est mort victime d'une dernière hallucination, durant laquelle il a succombé sous la griffe d'un chat, dont il ne s'était pas méfié. »

Que pensez-vous de cet infortuné volatile ? Et quels profonds mystères cachés peut-être sous ces démonstrations d'un malheureux amour! Pauvre pigeon!

Et dire qu'il y a des gens qui n'admirent point la patience et la sagacité des observateurs!

D[r] E. Renaud.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces libraires aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité élémentaire d'anatomie, avec un atlas de 60 planches contenant 250 figures coloriées et de nombreux tableaux synoptiques; par MM. L. et P. Batissier et E. Salmon. Paris, 1857. Chez J. Viat, libr.-édit, cour du Commerce, 12.

Mais quelle était la cause organique de cette ascite, c'est ce que l'on ne pouvait guère soupçonner. On sentait bien çà et là, par places, à travers le flot de liquide, quelques parties dures, bosselées, mobiles, reprenant leur position primitive aussitôt qu'on cessait de les déplacer; mais il était extrêmement difficile d'en reconnaître la nature et le siége.

Lorsque cette femme s'est présentée dans le service, la première pensée de M. Dubois a été de provoquer l'accouchement. Mais cette détermination a été prévenue par le travail naturel qui s'est établi presque aussitôt. Cette femme est accouchée peu de temps après d'un enfant dont le volume et le développement indiquaient, conformément aux déclarations de la mère, une grossesse de cinq mois. Mais loin que la délivrance ait amené dans l'état de la malade l'amélioration qu'on en espérait, elle n'a été suivie, au contraire, d'aucun soulagement. Le ventre est resté développé; son développement s'est même rapidement accru à dater de ce moment; l'état général a empiré; et cette femme a succombé au bout de peu de jours.

Voici ce qu'a révélé l'autopsie : Trois ou quatre litres d'un liquide séro-sanguinolent ont été recueillis à l'ouverture du ventre. Le péritoine était, dans la presque totalité de son étendue, le siége d'une dégénérescence cancéreuse. L'épiploon était épaissi, et présentait çà et là des tubercules durs, isolés et saillants. C'étaient ces saillies dures et mobiles que l'on avait perçues pendant la vie à travers l'épaisseur des parois abdominales et de la couche de liquide sous-jacente. Le péritoine pariétal était également altéré; il constituait une couche épaisse, dure, lardacée, recouvrant toute la face interne des parois abdominales. La portion du péritoine qui recouvrait l'utérus était à peu près dans le même état, un peu moins épaisse seulement que la partie pariétale, mais beaucoup plus épaisse et plus dure qu'à l'ordinaire. Enfin, le péritoine qui recouvre les intestins, moins uniformément et moins profondément altéré que le péritoine pariétal, présentait par places des plaques évidentes de la même dégénérescence. Il en était de même du feuillet qui tapisse la face inférieure du diaphragme.

Le foie était jaune, gras; il présentait par places des taches rougeâtres et quelques petites cicatrices fibreuses.

La rate contenait deux tumeurs dont la nature n'a pu être immédiatement déterminée.

Le tissu de l'utérus n'offrait aucune altération. Les reins étaient sains, ainsi que les autres viscères abdominaux.

Ce fait, déjà digne de quelque attention comme exemple rare de grossesse compliquée d'une dégénérescence cancéreuse très-étendue et très-avancée du péritoine, genre d'altération peu commun d'ailleurs lui-même, présente en outre un autre genre d'intérêt qui touche plus directement à la pratique.

On a vu que M. Dubois se proposait, s'il n'eût été prévenu par la nature, de pratiquer chez cette femme l'accouchement artificiel. On sait à quelles graves et vives discussions a donné lieu la question de l'accouchement prématuré artificiel et de l'avortement provoqué. Nous ne voulons point les rappeler ici, et encore moins apprécier les motifs allégués de part et d'autre pour ou contre ce point important de pratique obstétricale. Nous voulons seulement rappeler à cette occasion les opinions professées aujourd'hui par la majorité des accoucheurs qui font autorité dans la science et formulées dans les traités classiques qui sont entre les mains de la plupart des médecins, afin de voir jusqu'à quel point ç'eût été ici le cas d'appliquer la pratique qui y est préconisée.

L'accouchement prématuré artificiel, c'est-à-dire l'accouchement provoqué après six mois révolus de grossesse, alors que l'enfant est viable et que l'opération lui laisse de nombreuses chances de vie, est praticable dans les cas graves soit de vice de conformation, soit de maladie, qui, passé ce terme, constituent pour la mère un danger imminent et une chance *probable* de mort. L'accouchement provoqué avant ce terme, c'est-à-dire l'avortement, est admissible uniquement lorsque le danger est *certain*, et l'issue *inévitablement* fatale avant le terme de la viabilité de l'enfant.

Le cas auquel on avait affaire ici rentre, comme on peut le voir, dans la seconde condition, celle de l'avortement, puisque la grossesse n'était encore que de cinq mois. Ici le danger était imminent, il était des plus pressants, et l'issue fatale n'était pas seulement probable, elle était certaine. Sous ce rapport donc, et en se plaçant au point de vue des doctrines professées à la clinique d'accouchement, nul doute que l'indication ne fût formelle. Mais le résultat aurait-il répondu à l'espoir que l'on fondait sur cette pratique? Il est permis d'en douter; on peut même, à en juger par l'événement et par les résultats de l'autopsie, se prononcer formellement dans le sens de la négative. Mais nous devons nous hâter d'ajouter que l'extrême difficulté du diagnostic, accrue encore par la rareté de l'affection à laquelle on avait affaire, était bien de nature à induire en erreur sur les chances de succès de l'opération. Aussi nous garderons-nous de nous autoriser, après coup, de cet événement pour juger la valeur de l'indication formulée dans cette circonstance. Mais nous voulons seulement saisir cette occasion de poser une question qui ne nous paraît pas avoir encore été suffisamment prise en considération, du moins dans les travaux que nous avons sous les yeux.

Dans un cas de maladie mortelle fatalement, par elle-même, comme était celle-ci, et non pas mortelle seulement par la complication de la grossesse, les motifs puisés dans la considération des intérêts de la mère au préjudice de ceux de l'enfant, ne sont nécessairement plus admissibles. Supposant que dans le cas actuel la nature n'eût pas elle-même devancé le terme de la délivrance, et qu'il eût été possible d'établir le diagnostic d'une manière précise, ce n'est plus du salut désormais impossible de la mère qu'il y eût eu à se préoccuper, mais uniquement de celui de l'enfant.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 juin 1857. — Présidence de M. Chassaignac.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. Larrey reproduit les conclusions de son rapport sur les travaux de M. Costantini.

La Société adresse des remerciments à M. Costantini, et décide que son ouvrage sera déposé honorablement aux archives.

M. le rapporteur, après ce vote, exprime le vœu que, conformément aux usages de la Société, M. Costantini veuille bien adresser un travail spécial à l'appui de sa candidature.

CORRESPONDANCE.

Ouvrages offerts à la Société :

E. Foucher. *De l'anus contre nature; thèse pour le concours de l'agrégation* ;

Philipeaux. *Etudes sur l'électricité appliquée au diagnostic et au traitement des paralysies* ;

Bouchacourt. *Du galactocèle et de son traitement par l'incision suivie de la cautérisation.*

Des remerciments sont adressés aux auteurs de ces envois.

— M. le docteur Beaupoil, d'Ingrandes (Indre-et-Loire), adresse, pour être correspondant, plusieurs observations sur divers faits de chirurgie. (Commissaires : MM. Monod, Laborie, Morel-Lavallée.)

— M. Vallet, chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité, et professeur suppléant de l'Ecole de médecine de Lyon, lit un mémoire intitulé : *De la taille hypogastrique pratiquée au moyen de la cautérisation.* (Commissaires : MM. Follin, Deguise, Michon.)

M. Huguier demande à M. Vallet si les calculs qu'il a extraits sur deux enfants étaient volumineux.

M. Vallet présente les calculs, qui sont de grosseur moyenne.

M. Voillemier demande si, après la guérison, les malades urinaient complétement. Dans des cas d'adhérence de la vessie à la paroi antérieure de l'abdomen, il a vu la vessie se vider incomplétement, de sorte qu'il y restait toujours de l'urine.

M. Vallet répond qu'il s'est assuré que la vessie se vidait complétement, en introduisant une sonde au moment où les enfants venaient d'uriner.

RAPPORTS.

M. Verneuil présente le rapport suivant sur les travaux adressés à la Société de chirurgie, par M. le docteur Arlaud, chirurgien en chef de la marine à Rochefort.

Messieurs,

Un chirurgien distingué de province, M. Arlaud, de Rochefort, sollicite depuis longtemps l'honneur de prendre part à nos travaux et de nous être associé; des circonstances fâcheuses auxquelles l'auteur est étranger se sont opposées à ce qu'un rapport ait été fait jusqu'à ce jour. L'honorable candidat ne s'est point découragé, et il nous a tout récemment adressé deux mémoires, dont nous allons examiner la valeur.

Le premier est intitulé : *Examen de quelques particularités anatomiques qui peuvent compliquer l'opération du débridement dans les hernies inguinale et crurale* ; il renferme une observation de *hernie inguinale sus-pubienne*, variété rare, comme chacun le sait; enfin, l'auteur discute un point de pratique assez controversé. Je fais allusion à la *conduite à tenir dans les cas d'épiplocèle irréductible* après la kélotomie.

Ce travail roule sur trois observations de hernie étranglée, dans lesquelles l'opération a été faite avec succès. Chacune d'elles offre des particularités intéressantes, mais il n'y a guère lieu de les rapprocher, si ce n'est que, dans les deux dernières, l'épiploon formant une masse volumineuse et irréductible après l'ouverture du sac, fut abandonné dans la plaie.

Je n'analyserai pas ces trois observations d'une manière complète; mais j'en ferai ressortir les points principaux. Je trouve d'abord un cas rare, c'est-à-dire une hernie inguinale sus-pubienne. Les détails de l'opération paraissent assez concluants. Le trajet de la hernie était oblique de dedans en dehors, d'arrière en avant, l'orifice était situé, je le suppose, au milieu des fibres du pilier interne; le débridement fut pratiqué en dedans. La guérison était complète au bout de vingt jours.

En présence d'un fait aussi rare et aussi intéressant, votre rapporteur ne peut que regretter l'extrême concision de l'auteur et l'absence d'une foule de détails importants. La hernie était elle ancienne ou récente, contenue ou non par un bandage, grosse ou petite? Quelle était sa forme extérieure, ses rapports? Descendait-elle dans le scrotum, avait-elle quelque ressemblance avec d'autres variétés de hernie inguinale, le taxis avait-il été tenté? Voici autant de questions laissées sans réponse. Nous ignorons de même si l'étranglement avait lieu par l'ouverture fibreuse anormale ou par le collet du sac, dans quelle étendue le débridement a été fait. Il paraît que les symptômes de l'étranglement étaient très-violents, quoiqu'ils ne datassent que de deux jours, ce qui ferait croire que la hernie était récente, petite et très-serrée par l'agent constricteur.

Il paraît qu'au bout de six mois « la guérison ne s'était pas démentie; » cela signifie peut-être que la hernie n'a pas reparu; un bandage a-t-il été appliqué après la cicatrisation de la plaie?

Sans admirer outre mesure les observations surchargées de détails, votre rapporteur, messieurs, pense qu'alors qu'il s'agit de variétés pathologiques peu connues, la prolixité n'est pas un mal. Il importe certainement de savoir qu'une hernie sus-pubienne a été opérée avec succès alors que son existence n'avait pas été soupçonnée avant les incisions; mais il serait non moins utile de recueillir assez de documents pour pouvoir arriver à un diagnostic suffisant pour tracer à l'avance la conduite qu'on tiendra. Je ne veux pas prétendre que la chose était facile, puisqu'elle n'a point été faite par notre confrère, je voulais seulement dire d'une manière générale qu'on arriverait plus directement à une bonne description avec dix faits bien complets qu'avec cinquante observations écourtées.

La seconde narration n'est pas exempte non plus d'imperfections. Il est dit en commençant que le sac renfermait deux anses intestinales; un peu plus loin, il n'est plus question que d'une. L'existence de deux anses, assez difficile à constater pendant une opération, est importante à étudier, parce qu'en cas de sphacèle, elle peut donner naissance à cette curieuse variété d'anus contre nature à quatre orifices, sur laquelle notre éminent collègue, M. Sédillot, appelait l'attention dans ces derniers temps. Quoi qu'il en soit, la hernie était congénitale, un testicule volumineux était à nu dans le sac, et de plus celui-ci renfermait une masse épiploïque du volume des deux poings réunis d'un adulte, située au-devant de l'intestin et de la glande séminale. Cet épiploon avait rendu le taxis impuissant et dû rendre également l'opération laborieuse. Quatre incisions furent nécessaires pour la réduction; nous ignorons les points et les tissus sur lesquels elles furent pratiquées.

Mais voici ce que l'opération présenta de particulier. La masse épiploïque était si volumineuse qu'elle avait pour ainsi dire perdu droit de domicile dans le scrotum. Après l'incision de ce dernier, on essaya vainement de réunir les téguments par-dessus l'épiploon; il fallut laisser celui-ci au dehors, après avoir reconstitué par la suture une nouvelle loge au testicule et appliqué deux épingles à l'angle supérieur de la plaie. En effet, l'épiploon étant adhérent et irréductible, il fallait opter entre les partis suivants : détruire les adhérences et réduire; retrancher la masse irréductible et réunir la plaie, ou bien, enfin, abandonner l'épiploon à lui-même, en plaçant quelques points de suture au-dessus et au-dessous pour diminuer un peu l'étendue de la plaie. C'est à cette dernière résolution que M. Arlaud s'arrêta : l'épiploon fut enveloppé dans un linge huilé et relevé sur l'abdomen.

Un abcès se forma à la partie inférieure du scrotum, et fut ouvert le dixième jour et guérit rapidement. Mais au lieu de se mortifier, comme on pouvait s'y attendre, l'épiploon se couvrit, au contraire, de bourgeons charnus, et lorsqu'au quinzième jour les portions réunies de la plaie furent cicatrisées, il figurait une énorme fongosité dont le pédicule était serré par la boutonnière inodulaire et y adhérait intimement. On eut recours alors à l'excision par l'instrument tranchant, pratiquée à 2 centimètres du point adhérent. Trois artères épiploïques volumineuses furent liées : la guérison était complète le vingt-cinquième jour. Le malade a pu prendre un bandage et vaquer à ses occupations.

L'auteur résume ce que cette observation a de remarquable dans les quatre propositions suivantes :

1° Taxis rendu inutile par la masse épiploïque;

2° Difficulté de replacer le testicule dans sa loge;

3° Absence de mortification de l'épiploon;

4° Cure radicale de la hernie par bouchon organique.

Votre rapporteur, ici encore, regrette de n'avoir aucun détail sur la marche et les symptômes de l'étranglement, sur les antécédents du malade, sur l'anatomie pathologique des parties herniées. L'étranglement dans les hernies congénitales présente, comme vous le savez, des particularités intéressantes qu'il eût été bon de mettre en lumière. Le collet du sac en est de coutume l'agent; on le trouve souvent inextensible, rigide parfois dans une grande étendue, et c'est sur lui que les débridements ont dû porter dans un grand nombre de cas. De plus encore, lorsque l'on a affaire à des hernies extrêmement volumineuses et très-anciennes, comme dans le cas actuel, il y a toujours lieu d'établir le diagnostic entre l'étranglement et la péritonite herniaire; l'examen minutieux des symptômes permet d'arriver souvent à un diagnostic très-délicat et très-important en pratique. Nous aurions désiré que notre confrère nous renseignât à cet égard, quand bien même il fût ressorti de cette discussion que la fréquence de la péritonite herniaire a été exagérée.

La concision de l'observation a été motivée sans doute par le désir qu'avait l'auteur d'appeler l'attention sur des points spéciaux. Mais il en est résulté souvent des faits écourtés comme des citations incomplètes ou tronquées. Ils ne représentent pas toute la vérité. Quand les détails surabondent on les élague; quand ils sont insuffisants, on y supplée souvent d'une manière inexacte.

La troisième observation est beaucoup plus complète. La malade, âgée de soixante-dix ans, était fort débile. La hernie était crurale, très-ancienne, et avait, vingt années auparavant, présenté des symptômes d'étranglement que le taxis avait fait disparaître. Cette fois, les accidents étaient très-alarmants, dataient de cinq jours. Les efforts de réduction plusieurs fois renouvelés étaient restés infructueux. L'opération fit constater « *que l'étranglement était produit par le tranchant du ligament de Gimbernat.* » (Assertion bien brève pour démontrer un fait aussi contesté.) Deux incisions « *pratiquées parallèlement au triangle osseux situé en dedans de l'éminence iléo-pectinée*, permettent la réduction. » (Détail opératoire assez confus.)

Mais l'épiploon était irréductible et formait une masse du volume d'une orange; de vieilles adhérences pseudo-membraneuses entouraient son pédicule; l'anse intestinale elle-même était recouverte de lymphe plastique gélatiniforme verdâtre, ce qui indique de l'inflammation des viscères herniés.

La plaie fut partiellement réunie à l'aide de six serres-fines; l'épiploon, comme dans le cas précédent, fut entouré d'un linge huilé, laissé à découvert et relevé sur l'abdomen. La mortification s'y déclara le quatrième jour; du sixième au seizième jour, « le volume du paquet épiploïque avait considérablement diminué, » ce qui indique que la mortification n'avait pas été complète; il fallut en faire l'excision; la cicatrisation était néanmoins complète le vingt-cinquième jour.

Cette observation, dit M. Arlaud, offre de remarquable :

1° L'âge et la constitution débile du sujet;

2° L'absence de fièvre traumatique;

3° L'élimination de la masse épiploïque dans un court espace de temps;

4° La cure radicale.

Votre rapporteur, qui a suivi pendant un an la pratique de M. Manec à la Salpêtrière, a pu s'assurer que la kélotomie crurale chez des femmes très-âgées donne des résultats au moins aussi satisfaisants, sinon plus heureux, que chez l'adulte. Déjà nous avons fait une réserve sur l'élimination spontanée de l'épiploon, qui n'a été que partielle,

Nous voudrions vous présenter maintenant quelques remarques sur la cure radicale de la hernie, qui, suivant M. Arlaud, aurait suivi les deux opérations dont je viens de vous parler. Cure radicale! voici un mot dont on a beaucoup abusé et dont sans doute on abusera bien encore. Les annales de la science sont pleines des cures radicales du varicocèle, des varices, des rétrécissements de l'urètre, des fistules lacrymales, du cancer, etc., etc.; mais que d'illusions masquées sous ce pseudonyme, que de récidives, d'accidents dans l'année qui suit ces succès! Tout cela fait que, lorsque cette expression est prononcée, elle éveille aussitôt le soupçon dans l'esprit des incrédules qui exigent impitoyablement un surcroît de preuves.

Notre collègue a omis la principale, à mon avis, celle qui consiste à revoir les malades longtemps après l'opération. Pour lui, et théoriquement, le moyen le plus sûr d'obtenir ce brillant résultat consiste à laisser dans le collet du sac un bouchon épiploïque qui, grâce à ses adhérences, fermera toute issue ultérieure à la migration de l'intestin. « *La cure radicale de la hernie est assurée*, dit-il, par le tampon naturel et solide que forme le pédicule en s'unissant au pourtour de l'anneau. » Notez-le bien, messieurs, je ne conteste nullement la possibilité du fait, mais je nie formellement que la *cure radicale soit certaine* dans ces conditions. Si je ne craignais de donner à ce rapport trop d'étendue, je trouverais dans les auteurs autant de faits que je voudrais pour contredire l'affirmation de M. Arlaud; je me contenterai de vous décrire sommairement une pièce pathologique que j'ai disséquée le 11 septembre 1856.

Un homme avait subi autrefois la herniotomie; mais le scrotum renfermait encore une masse en partie réductible et qu'à travers la peau on reconnaissait facilement pour l'épiploon. Le sac ouvert par la dissection, je constate que cet épiploon se compose de deux parties continues: l'une inférieure, allongée, aplatie, occupant environ les deux tiers du sac, à la paroi interne duquel elle adhère par des brides plus ou moins longues et que le doigt décbire assez aisément; l'autre supérieure, lisse, renflée de manière à représenter assez exactement le volume et la forme d'un testicule. Cette seconde pelote épiploïque remplit la poche la plus élevée du sac et son collet; *elle est libre de toute adhérence*, de sorte que l'anneau est bouché, mais perméable; je trouvai même au côté externe et antérieur un diverticulum péritonéal, un second sac par conséquent, qui admettait aisément la dernière phalange de l'auriculaire, et qui probablement pendant la vie logeait une petite anse intestinale.

Ainsi, malgré la persistance du séjour de l'épiploon dans le sac, ce dernier n'était effacé que dans son fond et sa partie inférieure; il était tout préparé vers l'anneau à recevoir une nouvelle hernie. Vous voyez par cet exemple, auquel je pourrais en joindre bien d'autres, que le bouchon épiploïque *n'assure* nullement la cure radicale.

Dans la troisième partie de son mémoire, M. Arlaud discute assez longuement la conduite à tenir dans les hernies étranglées entéro-épiploïques, surtout lorsque l'épiploon est anciennement sorti, induré, très-volumineux, irréductible.

Les opinions sont encore très-controversées sur ce point de pratique. Notre confrère fait quelques citations empruntées à Richerand, Sanson, Pelletan, Boyer, Laugier, etc., et met en parallèle les trois partis suivants:

1° Exciser simplement, lier les vaisseaux et réduire;

2° Exciser, lier les vaisseaux, et maintenir le pédicule dans la plaie;

3° Attendre seulement que l'inflammation adhésive ait uni le pédicule épiploïque à l'anneau, et alors exciser les parties exubérantes et lier les vaisseaux.

Il se décide pour la troisième manière de faire, en s'appuyant sur les deux faits qu'il a rapportés dans son travail, c'est-à-dire qu'il adopte l'expectation primitive et l'excision consécutive, si la mortification n'a pas détruit l'épiploon.

Pour appuyer son opinion, il fait aux deux autres pratiques des objections qui ont déjà été proposées bien des fois, objections certainement valables, mais dont aucune n'est restée sans réponse également légitime.

Dans des questions aussi difficiles, discutées depuis si longtemps, la méthode numérique, maniée avec discernement et n'utilisant que des documents explicites, pourrait seule conduire vers une solution suffisamment approximative. Je m'abstiendrai donc avec mon expérience personnelle, d'ailleurs si limitée, d'intervenir. Je dirai cependant que l'excision immédiate de l'épiploon avec conservation du pédicule dans le collet du sac, ne me paraît pas devoir être rejetée quand des adhérences bien évidentes existent entre ce pédicule et ce collet; c'est une pratique aujourd'hui adoptée par un grand nombre de chirurgiens, et qui serait rendue plus sûre, grâce aux moyens dont nous disposons, pour faire des sections sans hémorrhagie (écrasement linéaire ou section mousse).

Je n'ai pas besoin de dire que le conseil donné par M. Arlaud n'est pas nouveau. La seule chose qu'il importe de discuter est la suivante: La destruction de l'épiploon irréductible par divers moyens (section immédiate, ligature, cautérisation) expose-t-elle l'opéré à plus de dangers que le travail inflammatoire ou gangréneux qui s'emparera nécessairement du paquet épiploïque, et auquel il faut ajouter aussi les chances funestes que peut entraîner la section consécutive presque toujours indispensable? Je ne le crois pas; il me semble qu'il n'est pas absolument innocent de laisser à nu une masse vasculaire et graisseuse d'un volume parfois très-notable, et que l'inflammation, la suppuration et la gangrène spontanée d'une tumeur épiploïque de grandes dimensions peut bien par elle-même engendrer des complications funestes: aussi me semble-t-il plus prudent d'aider la nature à détruire cette partie désormais destinée à périr. Je pourrais, d'ailleurs, me retrancher, pour soutenir cette thèse, derrière l'autorité des hommes et des faits. Je trouve dans le *Traité de la cautérisation* de M. Philipeaux, rédigé d'après la pratique savante de notre habile collègue M. Bonnet (de Lyon), une série de cas analogues dans lesquels on a eu recours à la cautérisation potentielle pour mortifier l'épiploon. Cette pratique, qui compte pour elle au moins l'ancienneté, puisqu'elle est conseillée déjà par Celse, a réussi dix fois de suite, et dans des cas très-divers, entre les mains de plusieurs chirurgiens lyonnais. Je crois donc qu'il y a lieu d'en tenir un compte sérieux (1).

(1) *Traité de la cautérisation*, 1856. In-8°, p. 453. Paris, J. Baillière.

Il est une circonstance qui peut-être m'engagerait à imiter la conduite de M. Arlaud; je veux parler de ces cas où l'épiploon est irréductible à cause de sa masse, et n'est point fixé à l'anneau par des adhérences solides. L'excision avec l'instrument tranchant exposerait certainement à la rentrée de l'épiploon sectionné, à des hémorrhagies venant des vaisseaux coupés, etc.; mais même dans cette occurrence, la cautérisation trouverait encore un emploi utile.

D'ailleurs, en terminant, je veux dire que dans des lésions aussi variables que les étranglements herniaires, tout est bon, tout est mauvais, suivant les cas. Telle précaution qu'on aura observée avec soin deviendra précisément la cause de la mort. Telle imprudence pourra sauver le malade. Je ne songe donc nullement à critiquer la conduite de M. Arlaud; mais je ne voudrais pas davantage qu'elle fût érigée en principe absolu, et d'ailleurs, dans les cas difficiles, on fait ce qu'on peut plutôt que ce qu'on veut, et comme de longtemps peut-être je n'aurai pas l'occasion de prendre la plume sur ce sujet, permettez-moi de vous raconter brièvement un fait que j'ai observé, et dans lequel je me suis trouvé face à face avec les difficultés si communes en pareil cas.

J'opérai à l'Hôtel-Dieu, pendant les vacances de 1856, un adulte affecté de hernie étranglée. Une masse épiploïque énorme masquait l'intestin et remplissait les trois quarts du sac, à la paroi interne duquel il adhérait. L'étranglement résidait au collet du sac; il était si profondément placé dans l'abdomen, qu'aucun bistouri herniaire ne fut assez long pour l'atteindre, et qu'il eût fallu faire une véritable éventration pour arriver jusqu'à lui. L'intestin réduit, je songeai à l'épiploon; il était adhérent à l'anneau. J'aurais pu détruire ces adhérences et réduire la masse épiploïque, mais craignant de propager à la grande séreuse l'inflammation dont ce repli était atteint, j'en fis l'incision à 3 centimètres de l'anneau; aucun vaisseau important ne donna, et je crois que l'hémorrhagie interne eût été peu à craindre. Mais cet épiploon figurait dans l'abdomen une corde verticale étendue entre l'anneau en bas, l'estomac et le côlon transverse en haut. Cette bride divisait les circonvolutions intestinales en deux grands groupes, elle empêcha le rétablissement des matières fécales, et le malade mourut parce que je n'avais détruit qu'une des causes à la circulation des matières. Si la bride épiploïque avait été détachée en bas et réduite, la guérison aurait pu s'effectuer, car l'intestin n'était pas profondément altéré, et voici comment le même fait peut servir pour ou contre une doctrine. Permettez-moi de vous signaler dans cette observation une particularité très-curieuse, et qui d'ailleurs n'est pas, je le crois, très-vulgaire. J'ai parlé en commençant du siége très-profond de l'étranglement; l'obstacle n'était en réalité ni à l'anneau externe ni à l'anneau interne, mais bien à une certaine distance de ce dernier dans la cavité abdominale elle-même. A l'autopsie, j'ai cherché à me rendre compte de ce siége insolite, et voici ce que j'ai cru remarquer.

La bride épiploïque verticale dont j'ai parlé adhérait fortement au collet du sac, de plus elle était épaissé, dure, rétractée. Je crois donc qu'elle avait agi lentement sur ce collet, et l'avait tiré peu à peu dans l'intérieur de l'abdomen, à 2 centimètres au moins au-dessus de l'orifice des faces transversales.

Il faudrait d'autre dissection pour établir d'une manière authentique cette influence de la bride épiploïque; peut être en faisant des recherches dans les auteurs, aurais-je trouvé des faits analogues, mais je n'ai pas voulu allonger ce rapport à l'aide de questions incidentes, et je m'arrête ici, tout en constatant que ce premier mémoire de M. Arland présente de l'intérêt au point de vue pratique.

(La seconde partie du rapport sera lue dans une séance suivante.)

M. MOREL-LAVALLÉE demande quelle a été, dans l'observation de M. Verneuil, la durée de l'étranglement avant l'opération, quel traitement a été fait après, et combien de temps le malade a survécu. Il voudrait savoir si le malade a été purgé après l'opération, parce qu'on voit souvent persister des accidents qui tiennent à ce que l'intestin ne reprend pas ses fonctions, et qui céderaient à un purgatif. Il a vu dans le service de Blandin la constipation et les autres accidents de l'étranglement, persister après l'opération, parce qu'on n'avait pas purgé le malade. Louis et Dionis rapportent également des cas où les purgatifs ont fait céder des accidents formidables.

M. VERNEUIL répond que l'étranglement existait depuis quarante-huit heures lorsqu'il a opéré le malade; et que la mort est survenue le lendemain. Après l'opération, il a employé le traitement habituel et a donné un purgatif. S'il n'a pas insisté sur ce point dans son observation, c'est qu'en pareil cas il est dans la pratique générale de purger les malades.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN, lorsqu'il fait l'excision d'une portion d'épiploon en opérant une hernie étranglée, ne s'attache pas à lier toutes les artères; dernièrement encore, dans deux cas d'épiplocèles, dont il retrancha des portions considérables, il lia les plus gros vaisseaux, réduisit, sans lier les autres, et il n'en résulta pas d'hémorrhagies.

M. MOREL-LAVALLÉE a été frappé de ce que, dans beaucoup de cas, on néglige l'emploi des purgatifs après les opérations de hernies étranglées; c'est pour cela qu'il a insisté pour en faire un précepte.

Dans l'observation de M. Verneuil, il ne comprend pas comment la bride formée par l'épiploon a pu empêcher le cours des matières dans l'intestin, qui ne pouvait être très-comprimé dans l'espace assez large qui se trouvait derrière la bride. Il pense que, puisqu'un purgatif ne suffisait pas, on aurait pu réussir en en administrant un second plus énergique.

M. VERNEUIL fait observer que le malade étant mort peu d'heures après l'opération, il n'a pas eu le temps d'administrer un second purgatif. Quant à l'obstacle formé par la bride épiploïque, il a pu en constater parfaitement l'existence dans l'autopsie. Cette bride divisait la masse de l'intestin grêle en deux lobes séparés par une scissure profonde.

M. DEMARQUAY expose la pratique de Blandin dans la herniotomie. Ce chirurgien après l'opération donnait toujours un purgatif salin. Lorsqu'il trouvait l'épiploon sain, il le réduisait; mais M. Demarquay a vu plusieurs fois, dans des autopsies, des abcès qui s'étaient formés dans cet épiploon après sa réduction. Lorsque l'épiploon était malade, Blandin le fixait au dehors et attendait qu'il fût emporté par la suppuration. M. Demarquay préfère, dans tous les cas, exciser l'épiploon hernié, qu'il soit sain ou altéré.

Dernièrement, dans une hernie épiploïque énorme, qui ne contenait pas d'anse intestinale, et pourtant produisait tous les symptômes de l'étranglement, craignant qu'après la réduction il ne se formât des abcès dans la masse épiploïque, à l'intérieur du ventre, M. Demarquay a fait l'excision de toute la portion herniée; le malade est guéri et n'éprouve aucun accident; il peut très-bien se redresser sans éprouver aucun tiraillement. Mais malgré la masse qui se trouvait fixée dans l'anneau, cette ouverture n'a pas été oblitérée, car deux mois après elle a donné passage à une nouvelle hernie.

M. MOREL-LAVALLÉE répond à M. Demarquay qu'il n'a pas parlé de ce que Blandin faisait habituellement, mais de ce qu'il lui a vu faire dans un cas.

M. VOILLEMIER regrette que la discussion s'égare sur plusieurs sujets importants qu'on ne peut, en ce moment, qu'effleurer. Il regarde la conduite à suivre, après l'opération de hernies épiploïques étranglées, comme parfaitement connue. Blandin, dont il a été parlé, faisait comme tout le monde. Il a été son interne et il ne l'a jamais vu suivre une règle invariable et absolue. En effet, quand l'épiploon est souple, facile à déplisser, ne présentant aucun signe d'inflammation violente, on doit le réduire. Si, au contraire, il forme une masse volumineuse, dure, enflammée, il est de règle de ne pas réduire. Bien d'autres circonstances peuvent se présenter, qui font qu'on réduira l'épiploon hernié, ou qu'on le laissera au dehors de l'anneau; ces indications se trouvent partout, et il ne croit pas devoir insister sur ce point.

Il en est de même de la réduction de l'épiploon, après qu'on a jugé à propos d'en retrancher une partie. Notre excellent collègue M. Hervez de Chégoin vous a dit que, chez une malade qu'il avait opérée d'une hernie étranglée, il retrancha une portion de l'épiploon et réduisit le reste sans inconvénient, bien qu'il n'eût pas fait de ligature. Il n'a certainement pas l'intention de présenter cet exemple comme devant toujours être suivi. Sans doute, on peut agir ainsi quand le tissu de l'épiploon induré ne présente aucun vaisseau donnant du sang après sa section; mais encore est-il plus prudent de ne pas le réduire complétement, ou de le placer derrière l'anneau. D'un autre côté, qui n'a pas vu des masses épiploïques tellement vasculaires qu'elles exigeaient, après avoir été coupées, l'emploi de huit ou dix ligatures. Ici encore il n'est pas possible d'établir une règle unique.

M. Voillemier fait aussi observer à M. Morel, qui insiste sur la nécessité des purgatifs, et des purgatifs drastiques, après la réduction d'une hernie intestinale opérée, que l'usage des purgatifs est d'une pratique ancienne et vulgaire; que cette pratique, bonne en soi, ne doit pas être poussée trop loin. Lorsque les anses de l'intestin sont mal disposées pour le cours des matières, et que ses membranes sont amincies dans quelque point par l'étranglement qu'elles ont subi, il pourrait arriver une rupture et un épanchement de matières fécales dans le ventre si, à l'aide d'un purgatif violent, on avait déterminé des contractions trop énergiques de l'intestin.

M. HUGUIER proteste contre ce qu'a dit M. Morel, que l'on néglige l'emploi des purgatifs après l'opération de la hernie étranglée; c'est, au contraire, la pratique générale, et, pour son compte, M. Huguier administre toujours, en pareil cas, un purgatif, à moins qu'il n'ait quelque raison de craindre une rupture que l'effet du purgatif pourrait déterminer.

M. DEMARQUAY n'admet pas l'éclectisme dans le traitement des épiplocèles; il pense, d'après tout ce qu'il a vu, qu'il est toujours préférable d'exciser la portion d'épiploon herniée.

M. VOILLEMIER répond qu'il ne s'agit pas ici d'éclectisme entre diverses méthodes. Mais comme l'a très-bien dit M. Verneuil dans son rapport, chaque malade présente des indications particulières à remplir. M. Voillemier a déjà indiqué sommairement les cas où on devait réduire l'épiploon, et les cas où il fallait ne pas le réduire. Il croit n'avoir fait que reproduire des règles connues et suivies par presque tous les membres de la Société. M. Demarquay veut que dans tous les cas on s'abstienne de réduire l'épiplon. M. Voillemier n'hésite pas à dire qu'il est complétement opposé à cette manière d'agir.

RAPPORT.

M. LABORIE lit un rapport sur le livre de M. Mattei, intitulé: *Essai sur l'accouchement physiologique.* (Nous publierons ce travail dans un prochain numéro.)

M. CAZEAUX approuve le rapport de M. Laborie; mais il trouve que le rapporteur n'a pas assez insisté sur les points parfaitement connus et professés par tout le monde, que M. Mattei donne comme de lui; il signale, en particulier, la pratique des manipulations extérieures pour corriger une présentation vicieuse, que M. Mattei donne comme neuve, bien qu'elle ait été proposée dans un mémoire de Vigan, et que depuis ce temps tous les accoucheurs l'aient adoptée.

M. LABORIE répond que, tout en donnant quelques éloges à l'ouvrage de M. Mattei, il a eu soin de dire qu'il n'y avait rien de nouveau dans le chapitre sur les manipulations extérieures.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur de la région parotidienne. — M. DEMARQUAY présente une tumeur qu'il a enlevée sur un malade qui fait le sujet d'une observation, que nous publierons dans un prochain numéro.

Tumeur parotidienne. — M. BAUCHET présente une tumeur de la région parotidienne qui a été enlevée par M. Velpeau sans section du nerf facial. Cette tumeur, de la grosseur d'une noix, est formée par un noyau fibro-cartilagineux. M. Bauchet, en la disséquant, a trouvé un canalicule salivaire qui s'y rendait; il donne cette tumeur comme un exemple d'hypertrophie de la parotide dans laquelle s'est développé un noyau cartilagineux.

Ostéosarcome du bassin. — M. SISTACH, médecin aide-major au 12e de ligne, présente une pièce d'*ostéosarcome du bassin*, et en communique en même temps l'observation, que nous publierons dans un prochain numéro.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 73. — MARDI 23 JUIN 1857. (30e ANNÉE.) N° 73. — MARDI 23 JUIN 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 22 JUIN 1857.

DE L'EXFOLIATION DE LA MUQUEUSE UTÉRINE.

L'exfoliation de la membrane muqueuse de l'utérus, confondue par les anciens auteurs avec d'autres affections utérines désignées sous le nom de môles, n'a été décrite séparément que dans ces dernières années, grâce à l'intervention du microscope. Il a été permis alors d'établir des différences et des analogies dans ces productions pathologiques si dignes de fixer l'attention du médecin.

La plupart des physiologistes, depuis les travaux remarquables de MM. Wagner, Bischoff, Coste, etc., sur le développement des mammifères, sont d'accord pour admettre que la muqueuse de l'utérus chez la femme est caduque normalement, et qu'au moment où elle se détache, une muqueuse s'est formée partiellement entre elle et les parois de l'utérus.

Cette idée théorique fut d'abord combattue par ceux qui avaient toujours considéré la caduque comme une fausse membrane sans organisation, et par ceux encore qui n'avaient voulu reconnaître dans cette production autre chose qu'une sécrétion organisée de la muqueuse de l'utérus; cependant des faits pathologiques nombreux ne tardèrent pas à jeter une vive lumière sur cette question, et vinrent corroborer la première manière de voir. Pour ma part, j'ai eu occasion de constater un nombre assez considérable de cas d'exfoliation de la muqueuse utérine, hors l'état de gestation, pour trouver dans l'ensemble de ces faits des preuves claires, précises en faveur de l'opinion des embryologistes, qui regardent la muqueuse utérine comme caduque.

Ces productions membraneuses sont expulsées de l'utérus en totalité ou par lambeaux de forme et de dimension variables; l'hémorrhagie dans ces derniers cas est plus abondante, et les douleurs plus vives; la suppuration vient alors en aide aux fragments membraneux trop lents à se détacher, ou qui sont retenus au niveau du col utérin trop peu dilaté.

Le microscope m'a constamment montré ces produits utérins, caractérisés par la présence de glandules en cul-de-sac, fort nombreuses, constituées pour la plupart de tubes recourbés, revêtus à l'intérieur d'un épithélium pavimenteux à noyaux ronds. Lorsque la poche membraneuse est expulsée totalement, sa forme rappelle exactement celle de la cavité utérine; ses parois sont assez variables en épaisseur et présentent toujours une ou deux ouvertures, quelquefois dilacérées sur leurs bords; s'il existe deux ouvertures, la supérieure est plus petite, l'inférieure plus grande. Examiné sous l'eau, le côté externe, celui qui est en rapport avec la face interne de l'utérus, offre une surface recouverte d'un lacis de vaisseaux sanguins et criblée d'orifices visibles en partie à l'œil nu; l'autre côté est ordinairement lisse et blanchâtre.

Dans tous les faits d'exfoliation partielle ou totale, il y a toujours un développement assez considérable de l'organe gestateur et une dilatation du col faciles à apprécier par les moyens ordinaires.

Les causes premières de cette exfoliation nous échappent complétement : serait-ce un œuf arrêté dans son développement ou une maladie de la caduque, ainsi que quelques auteurs l'ont avancé? Mais alors une affection de cette nature devrait-elle se rencontrer chez des femmes qui n'ont pas eu de rapports sexuels; on peut affirmer que non. Serait-ce l'irritation produite dans l'utérus par l'évolution de l'œuf non fécondé, détaché de l'ovaire? Dans cette hypothèse, l'exfoliation serait un fait extrêmement fréquent, ce qui n'est pas.

Une métrite aiguë ou chronique n'occasionnerait-elle pas enfin cette singulière production? Je ne le pense pas; lorsque l'utérus est le siége d'une inflammation, cet organe est loin de présenter un développement aussi considérable; de plus, la sécrétion purulente apparaît promptement, tandis qu'on l'observe ici, dans des cas exceptionnels, à la fin de l'expulsion de la membrane trop longue à s'exfolier.

Les causes secondaires sont plus appréciables; la structure et l'aspect du produit rejeté démontrent suffisamment qu'il y a d'abord rupture des capillaires du réseau sous-muqueux, hémorrhagie consécutive, quelquefois très-abondante, et par cela même épanchement entre l'organe et la portion de muqueuse en voie d'exfoliation.

Cette question a beaucoup exercé la sagacité des anciens auteurs; les uns, avec Morgagni, attribuaient ces productions à l'humeur des flueurs blanches qui avait été retenue dans l'utérus et s'y était coagulée; selon eux, le fait de l'expulsion procédait de la plénitude des vaisseaux qui faisaient effort pour se distendre : de là les douleurs et les contractions de l'utérus tendant à chasser ce corps étranger; d'autres trouvaient l'origine de ces poches membraneuses dans la coagulation du sang épanché et son organisation. Si la membrane paraissait quelquefois d'un blanc jaunâtre, c'était alors un mélange de sang et de bile.

Quelques pathologistes modernes y ont vu une sécrétion de l'utérus, sécrétion vraiment singulière, formée de glandes, de vaisseaux et d'épithélium; cette opinion n'est plus soutenable depuis l'intervention du microscope.

Si le diagnostic de cette affection est souvent difficile, l'expulsion du produit membraneux n'est pas moins difficile à obtenir; c'est qu'en effet on ne peut agir s'il y a lieu de soupçonner une grossesse; or cette certitude ne peut être acquise que tardivement. Le toucher seul donne des indications précises; encore doit-il y avoir dilatation suffisante du col utérin pour permettre au doigt d'arriver au produit. On devra, comme première indication, disposer la matrice à s'ouvrir pour donner passage à la muqueuse exfoliée; les bains et les fumigations rempliront cette indication. Dans des cas d'hémorrhagie inquiétante, je me suis bien trouvé de l'intromission du doigt dans la cavité du col répétée à plusieurs reprises et pendant quelques minutes.

Le seigle ergoté, administré prudemment, est ici d'un grand secours. Cette substance réveille l'action de l'utérus et arrête promptement l'hémorrhagie.

Dans l'exfoliation chronique et par fragments, ces moyens échouent à peu près complétement. La suppuration est inévitable, et la métrite fréquente, surtout si l'on continue les premières tentatives d'extraction. Le repos absolu nous semble plus prudent; l'utérus finit par se débarrasser, avec ses propres ressources, de sa muqueuse, devenue corps étranger.

Il nous reste à examiner, dans un prochain article, si chez d'autres mammifères, la muqueuse de l'utérus ou de ses cornes, est également caduque en totalité ou par fragments.

Dr Eugène GIRAUDET,
professeur suppléant à l'École préparatoire de Tours.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. NONAT.

Hématocèle rétro-utérine. — Incision des parois du foyer sanguin. — Guérison.

(Observation recueillie par M. E. BISSON, élève du service.)

La nommée Boussard, tapissière, âgée de vingt-six ans, d'un tempérament lymphatique et d'une assez bonne constitution, est entrée dans la salle Saint-Joseph, n° 4, dans le service de M. Nonat, à la Charité, le 9 mars 1857.

Cette femme a été réglée à quinze ans sans aucune difficulté, et ses règles ont continué depuis à paraître régulièrement et sans douleur. Elle a eu successivement trois enfants : les couches ont été faciles et sans accidents. Son dernier accouchement a eu lieu au mois d'août 1856. Durant les cinq mois qui ont suivi, elle n'a pas cessé de jouir d'une bonne santé, n'éprouvant qu'à de rares intervalles quelques tiraillements dans les reins, et des douleurs sourdes dans le bas-ventre.

Le 16 janvier 1857, les règles apparurent après deux jours de retard (retard qui s'était produit déjà aux deux époques précédentes); elles coulèrent abondamment pendant huit à dix jours, puis elles diminuèrent sans cesser complétement jusqu'au 16 février. A cette époque les règles vinrent de nouveau avec la plus grande abondance pendant dix à douze jours, et depuis lors, la malade n'a pas cessé de perdre en rouge, tantôt plus, tantôt moins. Elle consulta un médecin, qui lui prescrivit des bains et des injections qui n'amenèrent aucune amélioration.

Le 6 mars, la malade vint à la consultation de M. Nonat. Elle se plaignait de douleurs intenses dans le bas-ventre, plus vives à gauche qu'à droite. Elle éprouvait des tiraillements et de la pesanteur dans les reins, de la lassitude et de la faiblesse dans les jambes. La marche était pénible; la station fatigante, la constipation opiniâtre : du reste, bonnes digestions, jamais de nausées ni de vomissements. La malade, faible et abattue, perdait abondamment en rouge, et il s'échappait de temps en temps par la vulve de gros caillots sanguins. Elle entra dans le service le 9 mars.

Le toucher vaginal est douloureux. Le col de l'utérus augmenté de volume, est incliné à droite et dirigé en arrière; son orifice est plus large et plus dilaté que dans l'état normal. Le corps, augmenté de volume, est incliné à gauche et refoulé derrière le pubis. On sent, à droite, au fond du cul-de-sac vaginal, une tumeur que l'on retrouve à travers les parois de l'abdomen, et qui descend jusque dans l'excavation pelvienne. Elle a le diamètre d'un œuf de poule; son extrémité inférieure descend presque au niveau du museau de tanche, à droite, et son extrémité supérieure dépasse le pubis de quatre travers de doigt. Elle n'a contracté aucune adhérence avec l'utérus; elle est oblongue et mobile. Sa surface est lisse, et ne présente aucune trace de battements artériels.

M. Nonat soupçonne que cette tumeur est constituée par un épanchement sanguin sans pouvoir l'affirmer, car il ne serait pas impossible qu'elle fût due à une grossesse extra-utérine; mais les signes ne sont pas suffisants pour établir le diagnostic différentiel.

Le 10, la perte est moindre que les jours précédents. — Manuluves, cataplasmes, 2 portions.

Rien de particulier jusqu'au 16.

Le 16, jour de l'époque des règles, la perte devient plus abondante, sans qu'il y ait augmentation des douleurs du bas-ventre.

Le 17, saignée de 90 grammes suivie de soulagement et d'une diminution de la perte. La tumeur n'augmentant pas de volume, M. Nonat éloigne l'idée d'une grossesse extra-utérine. L'amélioration se soutient jusqu'au 23.

Le 23, au moment de la visite, la perte avait diminué d'intensité, et la malade était d'ailleurs aussi bien que les jours précédents, lorsque le même jour, dans la soirée, elle fut prise d'une perte très-abondante précédée de douleurs violentes dans le bas-ventre et revenant par crises. Toute la nuit, la malade a éprouvé de nombreuses crises caractérisées par des douleurs expulsives semblables à celles de l'accouchement. Chacune d'elles est suivie de la sortie par la vulve de caillots volumineux, puis succède un moment de calme.

Le 20, depuis six heures du matin jusqu'au moment de la visite, les crises ont été continuelles, et la malade n'a pas eu un instant de repos. Les souffrances sont des plus vives; oppression; vomissements répétés; fièvre intense; pouls petit, fréquent (136); facies décomposé; ventre volumineux, tendu et douloureux. On sent à travers l'abdomen une tumeur qui s'élève de deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Sur les parties latérales droites de cette tumeur, on retrouve la première tumeur ayant la même forme oblongue, le même volume, la même consistance; elle a été entraînée par la seconde au-dessus de l'ombilic.

Le toucher vaginal est très-douloureux. Arrivé à 0,05 de la vulve, M. Nonat trouve une tumeur soulevant la paroi postérieure du vagin et remplissant toute la cavité pelvienne; elle est placée entre l'utérus et le rectum, où elle forme un relief considérable. La paroi recto-vaginale est envahie par la tumeur dans une étendue de 0,02 à 0,03 c. Cette tumeur, douloureuse au toucher, molle, donne une sensation de fluctuation des plus évidentes. Au-devant d'elle, entre ses parois antérieures et le pubis, on arrive sur le museau de tanche, qui s'y trouve comme enclavé. Il est difficile de passer le doigt entre la tumeur et le pubis, et d'atteindre par cette voie le col de l'utérus.

D'après le siége de la tumeur, M. Nonat n'hésite pas à admettre qu'elle est due à un épanchement sanguin dans le tissu cellulaire péri-utérin.

En raison des souffrances si aiguës de la malade et de la gravité des accidents survenus depuis quelques heures, il se décide à inciser immédiatement la tumeur par le vagin; mais auparavant il fait, à l'aide d'un trocart, une ponction exploratrice qui donne issue à quelques cuillerées de sang. Le diagnostic se trouvant ainsi confirmé, M. Nonat procède aussitôt, au moyen d'un spéculum, à l'incision de la paroi postérieure du vagin à 0,02 ou 0,03 c. en arrière du col; puis il agrandit l'ouverture transversalement à gauche et à droite avec un bistouri boutonné. L'opération est suivie de l'écoulement de deux cuillerées de sang liquide. En introduisant le doigt dans le vagin, on distingue de vastes poches remplies de sang coagulé. On aurait pu chercher à extraire une partie de ces caillots sanguins; mais les souffrances de la malade sont si aiguës, qu'on juge plus prudent de s'en abstenir. Cependant l'incision de la tumeur a déjà apporté du soulagement. — Potion calmante; cataplasmes chloroformés.

Le 25, il y a eu un peu de perte de sang; les crises ne sont pas revenues. La malade est très-affaiblie, mais elle souffre peu; sa figure exprime moins d'anxiété; le pouls est à 110; le ventre est moins tendu. Une injection d'eau tiède est faite dans la poche au moyen d'une sonde, en vue d'entraîner une partie du sang; elle ramène des débris de caillots non fétides. L'injection est répétée le soir. — Eau de Seltz; cataplasmes laudanisés; diète.

Le 26, la veille au soir, vers six heures, la malade a été prise de vives souffrances, et le ventre est redevenu gonflé et douloureux. La face aujourd'hui est abattue, les forces déprimées; le pouls est fréquent, 118 pulsations; quelques nausées et quelques vomissements. La tumeur est remontée au-dessus de l'ombilic, et descend à 0,06 de la vulve. On soupçonne que l'ouverture s'est oblitérée en partie, et qu'une nouvelle hémorrhagie a eu lieu dans le foyer principal. M. Nonat constate une matité complète dans tout l'hypogastre. Après avoir essayé en vain de faire pénétrer le doigt dans l'ouverture de la plaie, il

agrandit cette ouverture avec un bistouri boutonné ; de nombreux et épais caillots remplissent le foyer, on est obligé d'en écraser quelques-uns avec le doigt pour en faciliter la sortie. — Injection d'eau tiède qui entraîne une assez grande quantité de sang d'une odeur fétide ; eau vineuse ; glace ; cataplasmes ; sinapismes sur les membres supérieurs ; injections.

Le 27, l'opération a produit du soulagement. Une injection faite dans la soirée a ramené beaucoup de sang. On en fait une nouvelle, qui ramène une grande quantité de sang fétide. La miction est difficile et nécessite l'usage de la sonde. Il s'écoule toujours du sang par la vulve dans la journée. — Même prescription.

Le 29, amélioration sensible; plus de vomissements; les douleurs sont sourdes et ne reviennent aiguës qu'à de longs intervalles. La physionomie est meilleure; le pouls est à 108 pulsations; le ventre est moins tendu. La tumeur est descendue de deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. — Traitement, *ut suprà*, plus onctions sur l'abdomen avec 200 grammes d'onguent mercuriel.

L'amélioration se continue les jours suivants.

Le 31, diarrhée assez intense depuis hier soir : évacuations involontaires liquides et fétides; douleurs plus intenses que les jours précédents. Miction toujours difficile. La malade est anxieuse et agitée. Le toucher vaginal est très-douloureux. L'ouverture, qui admettait trois doigts, n'en admet plus qu'un seul. On fait une injection abondante qui entraîne des détritus très-fétides. Le ventre est toujours tendu et douloureux, mais la tumeur a diminué sensiblement de volume. Comme l'introduction journalière d'une sonde pour faire des injections donne toujours lieu à des douleurs assez vives, on place à demeure une sonde en gomme élastique, qui, en même temps qu'elle facilitera les injections, permettra au sang contenu dans la poche de s'écouler d'une manière continue. — Bouillon, gomme sucrée; potion calmante, glace; onctions mercurielles, sinapismes aux extrémités supérieures; vin de Bordeaux, 100 grammes.

Le 1er avril, la diarrhée a cessé; la miction se fait bien; le ventre est moins tendu; la tumeur a diminué de 0,02 à 0,03 au-dessous de l'ombilic.

Le mieux va se continuant jusqu'au 8.

Le 8 avril, la malade est plus faible et plus abattue que les jours précédents : elle présente tous les symptômes de l'infection putride. Le vagin est très-chaud. La putréfaction s'est emparée du reste des caillots sanguins contenus dans la poche, et le liquide ramené par les injections est d'une odeur très-fétide et mélangé de détritus. — Cataplasmes chlorurés; injections fréquentes; vin de Bordeaux, café, poulet, bain.

A partir du 8 avril, c'est-à-dire de l'expulsion de cette grande quantité de caillots, les matières ramenées par les injections deviennent de moins en moins fétides; la poche diminue rapidement, et le mieux se fait promptement sentir.

Le 16 avril, jour du retour des règles, se passe sans aucun accident et sans recrudescence. Rien de particulier pendant les quatre jours suivants.

Le 20, les injections n'entraînent que de l'eau rousse peu fétide; le liquide qui s'écoule pendant l'intervalle des injections est plus noir que les jours précédents. — Première injection iodée (une partie d'iode pour 8 parties d'eau).

Les jours suivants on pratique deux injections iodées par jour.

Du 22 au 30, le mieux va croissant; la figure est gaie; les couleurs reviennent; le pouls est à 70; retour de l'appétit et des forces. Le liquide qui s'écoule par la sonde est peu abondant et purulent. On ne sent plus la tumeur au-dessus du pubis. L'utérus a repris sa position normale et l'ouverture faite dans le cul-de-sac vaginal est très-rétrécie. L'injection ramène un liquide mêlé de pus, mais coloré, sans fétidité.

Le 30, la malade est très-bien ; il ne sort plus que de la sérosité par la canule. La proportion d'iode des injections est augmentée (3 parties pour 8 d'eau).

Le 5 mai, on ne fait pas d'injection iodée; le liquide qui s'écoule en très-petite quantité par la sonde est albumineux et filant.

Le 7, on fait une dernière injection iodée.

Le 8, on retire la canule à travers laquelle ne s'écoulait plus aucune sérosité. On cesse les injections.

Le 16 se passe sans aucun accident et sans l'apparition des règles.

Le 22, après six jours de retard, les règles viennent avec abondance, sans douleurs, sans réaction fébrile.

Les règles continuent de couler jusqu'au 25, sans que la malade éprouve aucun malaise. Les forces se relèvent peu à peu, et à partir de ce moment, on considère la guérison comme complète.

La malade sort de l'hôpital le 11 juin.

Après avoir rapporté l'observation qui précède, nous allons aborder plusieurs questions qui se présentent naturellement à l'esprit et qui ont une haute importance au point de vue pratique. Occupons-nous, en premier lieu, du diagnostic.

Nous ne dirons rien des signes qui nous ont conduit à admettre l'existence d'une hématocèle rétro-utérine. Ces signes ont été si évidents qu'ils ne pouvaient laisser aucun doute dans notre esprit sur la nature de la maladie. En effet, une tumeur qui, en quelques heures, se développe dans le bas-ventre, remplit toute la cavité pelvienne, remonte dans l'abdomen jusqu'au-dessus de l'ombilic et dont le développement coïncide avec l'époque menstruelle, ne peut être autre chose qu'une tumeur sanguine.

Les épanchements séreux, purulents, ne sont pas aussi rapides dans leur développement. La rétention d'urine peut jusqu'à un certain point simuler une hématocèle, mais son diagnostic différentiel est trop simple pour que nous nous y arrêtions davantage. D'ailleurs le refoulement de l'utérus en avant contre le pubis suffisait pour faire repousser la pensée d'une rétention d'urine, car le refoulement se fût fait en arrière. En pratiquant le cathétérisme, on eût facilement, du reste, éclairci tous les doutes.

Cette première partie du diagnostic est assurément bien importante, et dans beaucoup d'autres cas elle eût pu nous suffire, mais chez cette malade il nous fallait résoudre une autre question, celle de savoir si l'épanchement sanguin avait son siége dans le tissu cellulaire péri-utérin ou dans la cavité du péritoine ; s'il était extra ou intra-péritonéal.

Dans ce but, nous avons dû explorer avec un grand soin la tumeur et fixer d'une manière précise ses rapports avec l'utérus et le rectum, surtout avec la paroi recto-vaginale. Quand nous eûmes constaté par le toucher vaginal que l'extrémité inférieure de la tumeur avait refoulé le cul-de-sac postérieur du vagin et envahi une partie de la paroi recto-vaginale, nous fûmes assuré que nous avions affaire à un épanchement extra-péritonéal, que le foyer sanguin avait son siége dans le tissu cellulaire péri-utérin. Dans deux cas analogues, en effet, nous avons pu déterminer que l'épanchement était extra-péritonéal, et l'incision a eu le même succès que dans l'observation qui précède. Dans un troisième cas, la tumeur remontait aussi très-haut et avait envahi tout l'hypogastre, s'élevait même au-dessus de l'ombilic, mais elle avait à peine refoulé le cul-de-sac postérieur du vagin ; elle n'occupait pas la paroi recto-vaginale et conséquemment descendait beaucoup moins bas : nous en avons conclu que l'épanchement sanguin s'était fait dans la cavité du péritoine. Aussi nous nous sommes abstenu de toute opération; comme nous l'avions prévu, la malade a succombé et l'examen cadavérique est venu confirmer complétement l'exactitude de notre diagnostic.

L'observation qui précède est un exemple très-remarquable de l'affection décrite dans ces derniers temps sous le nom d'hématocèle. La tumeur était ici des plus volumineuses et s'accompagnait d'accidents excessivement graves. Dès le lendemain du jour où la maladie s'est développée, la fièvre, la position de cette femme était telle que, si on l'eût laissée à elle-même, la mort n'eût pas tardé à s'ensuivre. D'ailleurs ses forces étaient trop abattues pour que l'on pût songer à combattre l'état inflammatoire par les émissions sanguines, comme nous l'avions fait dans des cas moins graves. Le parti que nous avons pris était nécessaire : car les onctions mercurielles elles-mêmes sont un remède bien incertain dans de semblables cas.

Nous nous sommes décidé à ouvrir largement la tumeur, afin de livrer passage au sang épanché et de faire cesser la tension, l'espèce d'étranglement qui causaient évidemment les souffrances de la malade. Seulement le soulagement ne survint pas aussi rapidement que dans d'autres cas analogues, parce que le sang contenu dans la poche était très coagulé; il ne s'écoula, en effet, que deux cuillerées de sang liquide au moment de la ponction. La tumeur ne diminua pas immédiatement après l'incision, mais l'étranglement cessa.

L'incision n'était pas sans inconvénients, et nous en connaissions parfaitement les conséquences. Elle fait cesser l'étranglement, il est vrai, mais elle établit une communication entre l'air et le foyer, et provoque ainsi une décomposition putride qui doit verser dans le sang une certaine quantité de matières nuisibles (on se rappelle combien la putréfaction a été rapide). Cet inconvénient ne nous a pas arrêté, et en vue de le diminuer, à l'exemple de Récamier, nous avons fait faire des injections fréquentes d'eau tiède pour entraîner les caillots sanguins à mesure que la putréfaction les liquéfiait, et ces injections ont eu le plus heureux résultat. La poche s'est vidée d'une manière lente et graduelle.

Plus tard, lorsque nous eûmes la certitude que les caillots sanguins avaient été éliminés et que la poche ne faisait plus que sécréter du pus, nous eûmes recours aux injections iodées, qui furent répétées tous les jours.

Grâce à ces moyens, les choses se sont passées de la manière la plus satisfaisante : nous avons eu le bonheur de voir la tumeur disparaître peu à peu; la fièvre, d'abord très-intense, et tous les accidents qui tenaient à l'inflammation du foyer et à l'infection putride, perdre toute leur gravité. Nous avons vu l'état de la malade s'améliorer de jour en jour, et la convalescence s'établir d'une manière franche seize jours après l'opération.

Pour faciliter l'écoulement des matières contenues dans la poche, nous avons eu soin d'introduire dans le foyer une sonde par laquelle le liquide s'écoulait d'une manière constante, ce qui était de la plus haute importance.

A quelle époque convenait-il de retirer la sonde? Nous avons pu la retirer sans accident, et en même temps cesser les injections, lorsque le pus a cessé de couler et s'est transformé en une matière albumineuse organisable.

Ajoutons que dès le principe nous eûmes soin, dans l'intérêt de la malade et des malades voisines, pour atténuer les effets de l'infection putride, d'entretenir autour de son lit des fumigations chlorées. Nous n'avons que plus tard fait mettre des cataplasmes chlorurés sur l'abdomen, quand la rapide putréfaction des caillots restés dans la poche commença à agir d'une manière fâcheuse sur l'état général de cette femme.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. L. ORFILA, professeur agrégé.

Des applications médico-légales (1).

Je me propose de vous faire connaître aujourd'hui les difficultés que présentent les problèmes de médecine légale relatifs à la toxicologie, et je vous montrerai quel parti vous pouvez tirer des notions que je vous ai exposées jusqu'à présent pour la solution de ces problèmes.

Un mot sur la législation avant d'entamer le fond de notre sujet. Mon intention n'est pas d'empiéter sur le terrain de la jurisprudence en quittant celui de la médecine. Je ne me lancerai pas dans des commentaires qui ne sont pas de la compétence du médecin, et qui ne peuvent jamais faciliter la tâche de l'expert; je veux, profitant du texte de la loi, vous montrer quelles substances doivent être considérées comme des poisons ; je veux seulement préciser la définition du poison au point de vue de la loi.

La législation relative à l'empoisonnement est ainsi conçue :

« *Est qualifié empoisonnement tout attentat à la vie d'une personne par l'effet de substances qui peuvent donner la mort plus ou moins promptement, de quelque manière que ces substances aient été employées ou administrées et quelles qu'en aient été les suites.* » (Code pénal, art. 301.)

« *Celui qui aura occasionné à autrui une maladie ou incapacité de travail personnel en lui administrant volontairement, de quelque manière que ce soit, des substances qui*, sans être de nature à donner la mort, *sont nuisibles à la santé, sera puni d'un emprisonnement d'un mois à cinq ans, etc.* » (Code pénal, art. 317.)

De l'ensemble de ces articles il ressort que, pour qu'une substance doive être considérée comme un poison, il faut et il suffit qu'elle *soit de nature* à donner la mort.

Si vous vous reportez à la définition que je vous ai donnée du poison, vous verrez qu'elle est parfaitement d'accord avec la législation. Seulement la loi ne range pas au nombre des poisons les substances qui, sans déterminer la mort, sont nuisibles à la santé, et elle ne s'occupe que des effets produits sur l'homme. Ces distinctions, indispensables dans la pratique pour l'administration de la justice, ne sont pas admissibles au point de vue purement scientifique. Réservez-les cependant : un expert doit ne pas les ignorer.

Les problèmes médico légaux relatifs à l'empoisonnement peuvent tous être ramenés ou se rattachent aux termes généraux suivants : « *déterminer si une présomption d'empoisonnement est fondée : c'est-à-dire si des accidents donnés doivent être attribués à l'action d'un poison.* » Le médecin a le droit de négliger, comme échappant à sa compétence, toute question qui ne se rattache pas à ce problème général. L'intention de l'accusé, par exemple, ne doit pas le préoccuper. C'est d'ailleurs exclusivement aux notions scientifiques empruntées aux différentes branches de la médecine qu'il doit avoir recours pour sortir d'embarras. Lorsqu'il a fourni les éléments que ses études et ses connaissances spéciales lui permettent de découvrir et d'apprécier, il a rempli sa mission. Ce n'est pas à lui qu'il appartient d'établir l'innocence ou la culpabilité de l'accusé. C'est pourquoi je crois inutile d'insister plus longtemps sur l'interprétation de la législation. Abordons de suite notre sujet.

Pour la solution du problème médico-légal de l'empoisonnement, l'expert peut se prévaloir des symptômes, des lésions de tissu, de l'existence du poison dans les organes, des résultats des expériences sur les animaux vivants.

Examinons l'importance de ces données comme preuves de l'empoisonnement.

D'après tout ce que je vous ai dit, soit à propos de la symptomatologie, soit à propos du diagnostic, il est impossible de méconnaître que jamais on ne peut affirmer, d'après la nature et la marche des phénomènes morbides, que ces phénomènes soient produits par un poison. Comment fonder une conviction sur un élément aussi instable? Vous avez déjà vu combien il est difficile de reconnaître s'il y a eu empoisonnement; à plus forte raison est-il difficile de préciser quel est le poison. Lorsque nous nous sommes occupés du diagnostic au point de vue du traitement, je vous ai engagé à agir, toutes les fois que le doute est sérieusement autorisé, comme s'il y avait empoisonnement ; c'est qu'il est important de ne pas perdre en hésitations un temps précieux ; le salut du malade exige impérieusement une intervention prompte et active. Au contraire, devant les tribunaux, la réserve la plus grande est de rigueur. Toutefois vous ne devez pas oublier, quand vous serez consultés comme experts, les signes symptomatiques généraux que je vous ai indiqués précédemment; ils ont toujours une valeur.

Les lésions de tissu ne sont pas non plus assez constantes pour autoriser jamais une affirmation absolue; mais dans quelques cas on peut fonder sur elles une présomption très-grave : il est, par exemple, des lésions tellement profondes du tube digestif qu'elles ne se rencontrent jamais que dans les cas d'empoisonnement. Comme il n'est cependant pas impossible que des observations ultérieures les fassent découvrir après quelques maladies spontanées, on ne doit pas affirmer.

Quoique dans certains cas elle montre avec une probabilité aussi rapprochée que possible de la certitude que les accidents morbides *sont* ou *ne sont pas* le résultat de l'action d'un poison, la réunion des symptômes et des lésions de tissu, alors même qu'il y a concordance parfaite, ne suffit pas non plus pour légitimer une affirmation. Cette manière de voir n'est plus rejetée par aucun auteur; ceux mêmes qui naguère encore en étaient les plus éloignés ont compris que l'expert ne peut se contenter des preuves qui suffisent au pathologiste. Lorsque la vie d'un homme, l'honneur d'une famille, la dignité de notre profession sont en jeu, il faut pour affirmer que le doute soit matériellement impossible.

L'existence d'un poison dans les organes, dans les matières vomies, dans les produits de sécrétion, constatée d'une manière irrécusable, constitue l'élément le plus important pour la solution du problème qui nous occupe : ce n'est cependant pas non plus une

(1) Fin. — Voir les nos des 23 décembre 1856; 8, 29 janvier; 3, 12, 31 mars; 7, 23 mai; 2, 9 et 13 juin 1857.

preuve absolue. De ce que l'existence d'un poison a été constatée ou n'a pas pu être décelée, on ne peut pas conclure que les accidents sont ou ne sont pas le résultat de son action. En effet, la substance toxique peut avoir été expulsée entièrement, ou bien elle a pu échapper aux recherches, soit parce que les recherches n'ont pas été bien faites, soit parce que, dans l'état actuel de la science, les moyens d'investigation sont insuffisants. De sorte que, dans des cas d'empoisonnement, l'existence du poison dans les organes peut fort bien ne pas être constatée. D'ailleurs, d'un autre côté, lorsqu'un poison a été trouvé, il peut provenir des réactifs ou des vases employés pour les opérations, des contre-poisons, du terrain du cimetière dans lequel le cadavre a été inhumé; il peut exister normalement dans les organes, où il peut avoir pénétré dans l'organisme à titre de médicament, avec les aliments, etc.; enfin, il n'est pas impossible qu'il ait été introduit après la mort.

L'essai et la purification des réactifs et des vases, quelquefois des manipulations appropriées, peuvent mettre à l'abri de quelques-unes de ces erreurs. A l'histoire particulière de chaque poison, vous retrouverez les détails que ces questions comportent; mais dès maintenant vous devez savoir que, dans tous ces cas embarrassants, il n'est pas de moyen meilleur pour reconnaître si une maladie ou la mort ont été causées par un poison que de rechercher jusqu'à quel point la nature et la marche des symptômes, ainsi que les lésions de tissu, indiquent l'action de ce poison. Ne doit-on pas rejeter cette action lorsque, l'analyse chimique bien faite n'ayant pas décelé de substance toxique, une lésion bien évidente, un étranglement intestinal, par exemple, ou un épanchement sanguin dans le cerveau, rend naturellement compte des accidents observés? N'est-on pas, au contraire, autorisé à admettre cette action dans des cas analogues au suivant? Supposez qu'un individu soumis depuis longtemps à une médication mercurielle soit tout à coup, immédiatement après l'ingestion d'un aliment ou d'une boisson, pris de tous les accidents que produisent les préparations mercurielles, et qu'il succombe. L'autopsie fait découvrir les lésions de tissu qu'on observe après l'action de fortes doses de préparations mercurielles; on retrouve d'ailleurs du mercure dans les organes. Certainement il est très-probable que la mort a été causée par l'ingestion d'une forte dose d'une préparation mercurielle mélangée avec l'aliment ou la boisson. La pratique a déjà présenté des exemples qui rentrent dans les suppositions que je viens de vous soumettre, et des hommes qui font autorité dans la science ont conclu comme je viens de vous l'indiquer.

En somme, vous le voyez, la symptomatologie, l'anatomie pathologique, les recherches chimiques prises séparément, tout en donnant des renseignements précieux, ne fournissent que des éléments insuffisants pour la solution des problèmes médico-légaux relatifs à l'empoisonnement; mais par la réunion et l'interprétation des données qu'il puise à ces sources, l'expert est presque toujours en mesure de prêter à la justice un concours éclairé.

Si nous voulions nous soumettre aveuglément à l'ordre de notre programme, nous devrions étudier maintenant la marche analytique à suivre pour déceler dans les organes une substance toxique, lorsque aucune indication ne détermine à en rechercher une de préférence. Mais ce serait du temps complétement perdu : vous ne pouvez pas comprendre les innombrables détails que comporte cette analyse avant de savoir comment on procède dans la recherche d'un poison déterminé. Remettons donc à plus tard.

Pour le moment, comme généralité, je me bornerai à vous signaler le fait capital en fait de recherches chimiques, progrès immense dont la toxicologie est redevable à Orfila. Autrefois on se bornait à rechercher le poison dans les selles, dans les matières vomies ou dans celles qui restaient dans le canal digestif après la mort. Ces recherches avaient été infructueuses, l'expert était désarmé. En indiquant des moyens de retrouver le poison dans tous les organes, dans tous les tissus, Orfila a changé la face de la toxicologie; il a même, je ne crains pas de le dire, créé une science nouvelle.

Voyons enfin la valeur des expériences faites sur les animaux vivants.

Anciennement, lorsque les procédés propres à découvrir les poisons dans les organes étaient inconnus ou très-imparfaits, on suppléait aux recherches chimiques par ces expériences. On faisait avaler à des animaux les matières de l'estomac ou des portions d'organes, et suivant que ces animaux présentaient ou ne présentaient pas des signes d'empoisonnement, on concluait que les accidents devaient ou ne devaient pas être attribués à l'action d'un poison.

Des auteurs modernes ont encore approuvé cette manière de faire : cependant elle est d'une évidente imperfection. En effet, les animaux peuvent bien mourir sans qu'il y ait eu empoisonnement; vous savez bien que dans quelques maladies les sécrétions peuvent être altérées au point de devenir toxiques pour certains animaux. D'ailleurs, les matières peuvent avoir été introduites par l'expérimentateur dans les voies respiratoires, et déterminer la suffocation. D'un autre côté, bien des circonstances peuvent faire que les matières administrées aux animaux ne produisent aucun accident alors même qu'il y aurait eu ingestion d'un poison : les vomissements, par exemple, des animaux soumis à l'essai, la destruction du poison par les matières avec lesquelles il s'est trouvé en contact, l'expulsion du poison hors de l'estomac, dont on retire les matières pour l'expérience.

Il n'est donc pas contestable que les expériences sur les animaux vivants ne fournissent pas une preuve solide de l'empoisonnement; mais elles ne doivent pas pour cela être absolument rejetées. Lorsque les recherches chimiques ont été infructueuses, et qu'il reste une portion de matière *sur laquelle l'auteur n'aura pas porté ses recherches*, on pourra introduire dans l'estomac d'un chien cette portion restante et examiner son mode d'action. Pour que l'expérience soit rigoureuse, il faudra opérer comme il suit : On emploiera un chien à jeun; il faudra introduire avec soin la matière par une ouverture faite à l'œsophage, et lier ce conduit. Vous n'avez pas oublié, je suppose, comment il faut interpréter les résultats des expériences lorsque l'œsophage a été lié; je n'y reviendrai pas. En procédant ainsi, vous obtiendrez des indices quelquefois importants; ce sera surtout utile lorsque le poison employé est de ceux que nous ne savons pas encore découvrir par l'analyse. Mais rappelez-vous bien que vous ne devez jamais établir une affirmation d'après les résultats de ces essais.

DE LA QUESTION DE QUANTITÉ.

Les considérations que je vais vous exposer sous ce titre sont importantes et délicates; je vous demande donc toute votre attention. Il faut que vous soyez prémunis contre les erreurs dans lesquelles vous entraîneraient les préceptes de quelques auteurs et l'exemple de beaucoup d'experts.

En lisant les récits des débats relatifs à des affaires d'empoisonnement, vous avez certainement remarqué que les experts sont souvent mis en demeure de déterminer *d'après la quantité de poison retrouvée dans les organes si la dose ingérée est suffisante pour déterminer la mort*. Rien ne semble plus naturel que cette question. C'est une des erreurs que je veux combattre. En effet, le problème est souvent au-dessus des moyens que possède la science, et il est inutile, même dangereux, d'en rechercher la solution quand il s'agit de reconnaître s'il y a eu empoisonnement.

Prouvons d'abord que la solution est souvent impossible. Vous le comprendrez de suite. Comme nous ne connaissons pas la dose de chaque poison suffisante pour déterminer la mort, comme d'ailleurs il y a mille conditions qui modifient l'action des substances toxiques, ce n'est que dans les cas où la quantité retrouvée est bien supérieure à celle qui peut être considérée comme suffisante qu'il est possible de résoudre le problème qui nous occupe. Eh bien, ces cas ne sont pas les plus communs; très souvent, n'ayant pas à sa disposition les matières de l'estomac ou celles qui ont été vomies, emportant avec elles la plus forte proportion du poison, l'expert en est réduit à rechercher le poison absorbé. Or vous n'avez pas oublié qu'en plaçant dans des plaies faites à plusieurs chiens des doses variables d'acide arsénieux, Orfila a observé que les doses absorbées sont toujours les mêmes, ce qui indiquerait que la proportion de poison absorbée est précisément celle qui suffit pour déterminer la mort. Pour résoudre le problème, il faudrait donc doser exactement tout le poison qui se trouve dans le cadavre, il faudrait (puisque les poisons ne se répandent pas uniformément dans les tissus, et par conséquent le calcul, d'après la quantité retrouvée dans une portion, ne conduirait pas à des résultats exacts) opérer sur tout le cadavre : ce n'est pas facile, et ce n'est pas la pratique ordinaire; mais d'ailleurs les pertes seraient énormes dans une manipulation pareille, et en supposant même que l'analyse fût très-exacte, on obtiendrait une quantité qui ne permettrait pas d'affirmer, puisqu'elle ne serait pas bien supérieure à celle qui peut être considérée comme suffisante.

J'arriverai sans peine à vous prouver qu'il est inutile et dangereux de rechercher, d'après la quantité trouvée, si la quantité ingérée est suffisante pour déterminer la mort. Est-ce que vous ne concevez pas que dans certains cas d'empoisonnement il n'est plus possible de découvrir trace du poison, parce que les matières vomies ne sont plus à la disposition des experts, et parce que la mort est survenue lorsque l'élimination était complétement terminée? Certainement le cas peut se présenter. Que signifie donc la quantité trouvée dans les organes, si dans certains cas d'empoisonnement on ne retrouve pas dans les organes la moindre quantité du poison ingéré?

Du reste, il faut en convenir, aujourd'hui les idées que je viens de développer sont généralement acceptées. Mais on se résigne moins facilement à admettre que *la quantité* est un mauvais moyen de distinguer les éléments toxiques qui ont produit la mort, de ceux qui existent à l'état normal ou qui proviendraient d'une médication. Cependant il n'est pas difficile de reconnaître que, sauf dans les cas où la quantité retrouvée est très-considérable, l'élément *quantité* est bien infidèle. En effet, nous ne connaissons guère la quantité des substances toxiques à l'état normal; nous ne savons pas ce qui peut être resté après une médication, et souvent, au moment de la mort, l'élimination peut avoir entraîné au dehors la plus forte proportion du poison. Heureusement nous avons des moyens meilleurs de sortir d'embarras; mais ces moyens varient suivant les cas, et on n'en peut rien dire de général.

DES RAPPORTS.

Vous trouverez dans les auteurs des modèles qui vous donneront une idée de l'esprit dans lequel doit être conçu un rapport. Permettez-moi de vous faire à ce sujet quelques remarques qui vous seront tout aussi utiles, à mon avis, que les modèles. Pénétrez-vous bien de ces indications, et vous serez en mesure de faire très-bien les rapports.

Dans un rapport doivent être consignés tous les faits importants et les conclusions qui en découlent : de sorte que, pour bien faire ce travail, ce qui importe le plus c'est d'être en état de recueillir les faits et d'en connaître la signification. En matière d'empoisonnement, quels sont les faits importants pour le médecin? Tout ce qui se rattache à l'état du cadavre ou du malade, les lésions de tissu, les symptômes et les recherches chimiques. Il s'agit donc de décrire exactement tout ce qui rentre dans ces objets et d'en tirer les conséquences rigoureuses. Ne reculez pas devant les détails : tel fait qui vous paraît insignifiant pourra, par des circonstances imprévues, acquérir une grande valeur. Ne vous contentez pas de donner les résultats des opérations chimiques; décrivez ces opérations.

On distingue dans un rapport trois parties, le *préambule*, la *description* et les *conclusions*. La *description* est de beaucoup la partie la plus importante d'un rapport; je me suis appliqué à vous indiquer comment elle doit être faite. A propos des *conclusions*, je vous ferai seulement remarquer que l'expert n'est nullement tenu de formuler une affirmation ou une négation; souvent on est porté à croire que les auteurs n'ont pas osé adopter une opinion intermédiaire. C'est une grande erreur; elle a jeté une tache sur des rapports qui du reste étaient très-bien faits. Quant au *préambule*, vous en trouverez partout des modèles; si la formule consacrée vous manquait, sachez que le préambule doit contenir l'indication des noms, prénoms, titres, qualités et domiciles des experts; du jour, de l'heure et du lieu de la visite. Il doit faire connaître la qualité du magistrat par qui les experts ont été mandés et de celui qui les accompagne.

Nous en avons fini maintenant avec les généralités. Je crois avoir traité le sujet avec tous les développements nécessaires : je me suis appliqué à les condenser autant que possible et à m'abstenir de tout détail. L'histoire de l'arsenic me fournira plus tard l'occasion de revenir et d'insister sur bon nombre de questions que jusqu'à présent nous n'avons pu qu'effleurer.

NOTE

SUR UN FOETUS OFFRANT DES FRACTURES CONGÉNITALES MULTIPLES.

Par M. le docteur Ludovic HIRSCHFELD, chef de clinique de la Faculté de médecine.

Le fœtus qui fait l'objet de ce travail appartient au sexe masculin; il est né mort à sept mois et offre à peu près le volume d'un enfant de cet âge.

La mère, âgée de trente ans, bien constituée, et d'une bonne santé habituelle, était primipare. Elle a fait une chute, à la suite de laquelle elle a éprouvé des malaises qui ont continué pendant environ deux mois, c'est-à-dire jusqu'au moment de l'accouchement. Ce sont là les seuls renseignements qui m'aient été fournis sur la mère et les circonstances qui ont pu accompagner la gestation.

Ce fœtus présente des lésions multiples que je décrirai d'abord, ainsi qu'elles ont été constatées à l'examen extérieur; je considérerai ensuite tout ce que la dissection aura pu nous apprendre.

CONFORMATION EXTÉRIEURE. — *Tête.* — Le crâne présente un développement plus considérable qu'à l'ordinaire, et porte sur le côté gauche une tumeur molle d'un certain volume. Du reste, dans toute l'étendue du cuir chevelu, on perçoit une sensation de mollesse uniforme, et le palper le plus minutieux ne peut révéler l'existence de la moindre trace de la voûte osseuse crânienne.

Membres. — Les quatre membres offrent un arrêt de développement à leurs segments supérieurs (bras et cuisses); tandis qu'à leurs segments moyens (avant-bras et jambes), ils sont plus développés qu'à l'état normal, et présentent vers leur partie moyenne des saillies anguleuses simulant par la forme et la mobilité des articulations surnuméraires. Mais, en faisant exécuter des mouvements en sens opposés, on perçoit facilement aux bras et aux jambes une crépitation qui dénote des fractures.

La position des membres inférieurs est telle que les cuisses sont dans l'abduction, et les jambes fléchies sur les cuisses et dans l'adduction. La jambe droite est plus longue que la gauche, et en même temps plus verticale.

Les deux clavicules présentent également, à chacune de leurs extrémités, des solutions de continuité, que l'on peut constater à l'aide du palper. On reconnaît aussi facilement en employant les mêmes moyens d'investigation, qu'il existe encore des fractures aux angles de plusieurs côtes.

Il n'y a d'ailleurs pas de pied-bot, pas de solution de continuité dans les parties molles. Les ouvertures naturelles présentent leur conformation normale.

CONFORMATION INTÉRIEURE. — *Tête.* — En incisant le cuir chevelu d'avant en arrière, sur la ligne médiane, et en renversant chaque lambeau latéralement, on trouve les vaisseaux très-développés et gorgés de sang inférieurement; tandis qu'on ne les distingue pas supérieurement; mais on trouve une couche uniforme pénétrée de sang, que le lavage n'enlève pas et qui paraît être le résultat d'un travail inflammatoire. Cette première couche est plus adhérente à la couche subjacente, qui est formée de la fusion du périoste externe avec la dure-mère et le feuillet pariétal de l'arachnoïde. Au milieu de cette couche collective et au niveau des pariétaux, on découvre des plaques osseuses très-minces et membraneuses, contiguës les unes aux autres et produisant, par le mouvement, la sensation de crépitation. L'intérieur de cette membrane ostéo-fibreuse est en rapport avec le cerveau, qui est diffluent, et

en est séparé par les méninges (arachnoïde viscérale et pie-mère), qui sont tellement gorgées de sang qu'elles ne forment qu'une couche uniforme, d'une teinte rouge-foncé qui rappelle celle du sang veineux.

Membres. — En enlevant la peau, on trouve les muscles de la jambe infiltrés de graisse, et après leur ablation, on voit des fractures comminutives hérissées d'esquilles osseuses. Aux péronés, on compte quatre fractures qui divisent chaque os en trois tiers; les fragments sont ici maintenus en contiguïté par le périoste, qui est resté intact. Aux tibias ainsi qu'aux fémurs, on ne trouve à chaque os qu'une fracture partageant la diaphyse en deux parties; mais ici, contrairement à ce que nous avons vu aux péronés, les fractures sont hérissées d'esquilles. On rencontre des solutions de continuité analogues et en nombre égal à l'humérus, au radius et au cubitus. Les os, considérés isolément, ont, du reste, conservé leur direction et leur forme normales.

La dissection du thorax révèle un nombre de fractures de côtes plus considérable que le palper extérieur ne l'avait fait soupçonner. Les clavicules n'offrent que les quatre fractures constatées avant la dissection.

Il n'y a pas de transposition de viscères. On trouve les pédicules engagés en partie dans les anneaux inguinaux.

Une question qui a été souvent agitée et qui n'est pas encore résolue d'une manière définitive, est celle de savoir quelles sont les causes de ces solutions de continuité. D'après les uns — MM. Bouvier, Houel, etc. —, elles sont le résultat d'une altération causée par le rachitisme; d'après les autres — MM. Depaul, Broca, Verneuil —, elles seraient le résultat d'une aberration de l'ossification dépendant d'une maladie osseuse encore inconnue.

Ce fœtus, dont le squelette n'offre aucune des apparences ordinaires du rachitisme, tendrait à soutenir cette dernière opinion. On ne trouve pas, en effet, de chapelet rachitique, pas de boursouflement des épiphyses et des os plats, et par la section longitudinale d'un os long (pratiquée séance tenante par M. Broca à une première présentation de ce fœtus à la Société de biologie), on n'a pu constater aucun des signes caractéristiques du rachitisme, tels que la raréfaction du tissu osseux et l'épanchement sanguinolent dans les interstices osseux, etc. Par la macération, la lame de cartilage qui sépare les épiphyses des apophyses ne perd pas son caractère normal. Le seul changement que l'on observe consiste en une vascularisation assez marquée des os et du périoste.

EMPLOI DE L'HUILE ESSENTIELLE DE VALÉRIANE

dans la fièvre typhoïde,

Par M. Leausure.

M. Leausure présente l'huile essentielle de valériane comme jouissant d'une propriété éminemment régularisatrice.

Suivant lui, elle ranime les forces, elle relève la chaleur animale et l'appétit, elle calme les vomissements et la diarrhée en excitant des sueurs abondantes et d'une odeur désagréable; elle modifie très-sensiblement les symptômes cérébraux; jamais elle ne cause le délire, loin de là; elle a calmé dans un cas celui du *delirium tremens*.

La dose est d'une goutte toutes les heures dans les cas graves, toutes les deux ou trois heures dans ceux qui le sont moins.

(*Annales méd. de la Flandre occid.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 juin 1857. — Présidence de M. Despretz.

Dosage de la morphine dans l'opium. — M. FORDOS communique sur ce sujet une note dans laquelle il expose le procédé de dosage suivant, qui lui paraît plus exact dans ses résultats, et d'une exécution plus facile que les procédés usités jusqu'ici.

On laisse macérer dans 60 grammes d'eau 15 grammes d'opium coupés en tranches minces, et ayant soin d'agiter de temps en temps. Après vingt-quatre heures on verse le produit de la macération dans un mortier pour diviser exactement l'opium à l'aide du pilon. On verse alors le tout sur un petit filtre, et lorsque le liquide est écoulé, on lave le filtre avec 15 grammes d'eau qui ont servi à laver le mortier et le flacon dans lequel s'est faite la macération. On recommence le même lavage une deuxième et une troisième fois avec 10 grammes d'eau chaque. L'opium est alors suffisamment épuisé.

On prend un tiers de la liqueur pour déterminer la quantité d'ammoniaque nécessaire à la précipitation de la morphine. On ajoute l'ammoniaque goutte à goutte à l'aide d'une burette graduée, et l'on s'arrête au moment où la liqueur présente une légère odeur ammoniacale; on note la quantité d'ammoniaque absorbée.

On opère le dosage de la morphine sur les deux autres tiers de la liqueur qui représente 10 grammes d'opium. On ajoute à ces liqueurs leur volume d'alcool à 85° et une quantité d'ammoniaque double de celle exigée dans le premier essai. (Il est nécessaire d'ajouter un léger excès d'ammoniaque pour obtenir la séparation complète de la morphine.) On agite la liqueur et on l'abandonne à elle-même dans un flacon bien bouché. Il se dépose bientôt des cristaux, les uns en aiguilles fines, peu colorés: c'est la narcotine; les autres en prismes, plus volumineux et un peu plus colorés: c'est la morphine. Après deux ou trois jours on agite le flacon et on laisse de nouveau en repos quelques heures, pour donner à la morphine le temps de se précipiter complétement. On recueille alors les cristaux sur un petit filtre et on les lave avec 15 ou 20 centimètres cubes d'alcool très-faible à 40° centigrades. Ce lavage entraîne les eaux mères, et en même temps débarrasse les cristaux de la matière colorante qui les souille. Il reste sur le filtre des cristaux de morphine peu colorés, et des cristaux de narcotine incolores. On laisse sécher le filtre sur l'entonnoir même; on verse alors sur le filtre 10 centimètres cubes d'éther sulfurique pur; et puis, en deux fois, 10 ou 15 centimètres cubes de chloroforme. Les cristaux de narcotine se dissolvent instantanément dans le chloroforme et sont entraînés avec lui. Le chloroforme ne touche pas à la morphine. Enfin, on lave le filtre avec 15 centimètres cubes d'éther pour enlever les dernières traces de chloroforme et de narcotine. On fait sécher le filtre et l'on pèse les cristaux de morphine qui s'en détachent très-facilement.

Dans le procédé que je viens de décrire, en traitant l'opium par de l'eau on dissout très-bien toute la morphine qui s'y trouve à l'état de combinaison saline; on ne dissout que peu de narcotine et peu de matières colorantes et résineuses. Si l'on ajoutait de l'ammoniaque à la dissolution aqueuse, on obtiendrait un précipité sale de morphine, de narcotine et de matières colorantes. L'addition de l'alcool a pour effet de retarder la précipitation des alcaloïdes et de leur donner le temps de prendre la forme cristalline; d'un autre côté, cet alcool retient en dissolution les matières colorantes et résineuses, et l'on obtient des cristaux peu colorés. Le lavage de la morphine avec le chloroforme est une opération très-simple qui sépare complétement toute la narcotine. (Commissaires, MM. Pelouze, Balard.)

Effets toxiques de l'acide carbonique. — M. WANNER soumet à l'Académie les résultats de trois expériences qu'il a faites sur des cochons d'Inde. Voici en quels termes il les rapporte:

« Dans la première expérience, j'ai fait respirer de l'acide carbonique à un de ces petits animaux qui, au bout d'une minute et demie, ne donnait plus signe de vie; pour la seconde, un de ces animaux fut étouffé au moyen d'un masque de caoutchouc qui, enveloppant toute la tête, s'opposait à toute introduction et à toute sortie d'air, par l'occlusion hermétique de la bouche et du nez: l'animal était mort au bout de trois minutes; enfin, pour la troisième expérience, tout le corps de l'animal, la tête et le cou exceptés, fut plongé dans un vase contenant du caoutchouc dissous dans de l'huile, mais ici la mort n'eut lieu que huit heures et quarante-huit minutes après son introduction dans cette solution.

» Aussitôt la mort de ces animaux, une très-petite portion de tissu pulmonaire, de membrane muqueuse et de tissu cellulaire sous-jacent à la peau fut successivement placée sous la lentille d'un microscope; les vaisseaux capillaires de ces différents tissus étaient, dans tout leur trajet, de couleur noire ardoisée et distendus comme s'ils avaient été injectés avec un liquide de cette couleur.

» Du sang de ces animaux asphyxiés ayant été mis également aussitôt leur mort sous la lentille du microscope, les globules, au lieu d'être de couleur rougeâtre, offraient aussi la couleur noire ardoisée des vaisseaux capillaires.

» La mort de ces trois animaux ne serait-elle pas due ici à la même cause, c'est-à-dire à l'action de l'acide carbonique qui, mis en rapport avec le sang, comme l'a fait remarquer M. Lehmann, cristallise l'hématosine? Ainsi, pour la première et la deuxième expérience, que l'acide carbonique soit introduit par inspiration ou bien que celui qui arrive incessamment aux poumons de tous les organes du corps ne puisse être expulsé au dehors, cet acide, étant introduit alors par endosmose, dans les vaisseaux capillaires des cellules pulmonaires, se combine avec l'hématosine du sang contenu dans ces petits vaisseaux, y forme de petits cristaux, et nécessairement alors y enraye aussitôt le mouvement du sang. Le même phénomène chimique a eu lieu également pour le cochon d'Inde objet de la troisième expérience; seulement l'action de l'acide carbonique fut plus lente dans les capillaires du groupe de tout le corps.

» On peut conclure de ces trois expériences: 1° que les battements du cœur cessent aussitôt que le mouvement du sang est arrêté soit dans le groupe des capillaires des poumons, soit dans le groupe des capillaires de tout le corps; 2° que l'action désignée jusqu'à présent sous le nom d'asphyxie ne pourrait bien être que l'enrayement plus ou moins complet de la marche du sang par un agent qui, se combinant avec un des principes constituant ce fluide, le rendrait impropre plus ou moins à subir le mouvement, étant aussi arrêté dans les capillaires, de sorte que dans l'asphyxie soit par submersion, soit par étranglement, etc., etc., ce ne serait pas le manque d'air qui serait la cause de la mort, mais bien la non-expulsion de l'acide carbonique des poumons. »

CORRESPONDANCE.

Monsieur et très-honoré confrère,

Confiant dans votre équité, je vous demande la permission de relever, par l'entremise de votre estimable journal, une irrégularité notable que je viens de remarquer dans l'ouvrage de M. le docteur Alex. Mayer: Des rapports conjugaux *considérés sous le triple point de vue de la population, de la santé et de la morale publique.*

M. Alex. Mayer me fait l'honneur de citer avec estime un livre que j'ai publié à un petit nombre d'exemplaires, il y a bientôt dix ans, sous le titre: Des manifestations de la vie et de l'intelligence a l'aide de l'organisation; et il ajoute que mon travail lui a inspiré le chapitre qu'il consacre à l'étude physiologique et morale de la femme.

Jusqu'à présent j'avais cru que s'*inspirer* d'un écrit, c'était y puiser des idées auxquelles on donnait une forme et des clartés nouvelles; mais j'ai lieu de m'apercevoir que, pour M. Mayer, le mot *inspiration* est synonyme de *transcription*, car le chapitre dont il est ici question, à savoir, le paragraphe 1er de la 2e partie, est en grande partie copié *mot pour mot* dans mon livre. Sur trente-cinq pages dont se compose ce chapitre, il y en a bien trente qui m'appartiennent intégralement sans que rien le témoigne. La seule précaution prise par M. Mayer a été d'intervertir l'ordre des paragraphes: à cela près, rien n'est changé; il n'est pas possible de transcrire avec plus de fidélité; or, quand on transcrit, on doit le dire ou l'indiquer.

Si j'en fais l'objet d'une réclamation, ce n'est pas assurément que je sois fort jaloux de mon livre. Depuis que je l'ai écrit, mes idées se sont profondément modifiées sur les diverses questions que j'y ai traitées; j'y trouve trop de conclusions hasardées et de propositions intempérantes, et si j'en donnais une nouvelle édition, je voudrais que ce fût un ouvrage nouveau: tel qu'il est, j'en dois garder la responsabilité.

Il faut laisser à chacun le fruit de son travail, bon ou mauvais; et les moins riches, sous ce rapport, méritent, ce me semble, d'être plus épargnés. C'est à ce titre, très-honoré confrère, que je vous prie de vouloir bien insérer ma réclamation.

Agréez, etc. Dr Bertrand de Saint-Germain.

Paris, ce 7 juin 1857.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 12 juin 1857, M. Ressayre, docteur en médecine, est nommé professeur titulaire d'hygiène à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse (chaire nouvelle).

— La mort vient d'enlever un des représentants les plus élevés de la science. M. le baron Thénard, ancien pair de France, ancien chancelier de l'Université, membre de l'Institut et grand officier de la Légion d'honneur, a succombé le 21 juin à l'âge de 80 ans. Chacun se rappelle que c'est à cet illustre savant qu'est due la récente fondation de la Société de secours des Amis des sciences.

— Sir Robert Carswell, médecin ordinaire du roi des Belges, chevalier de l'ordre de Léopold et de la Légion d'honneur, vient de mourir à Laeken, près de Bruxelles. Tout le personnel de la maison du roi et du duc de Brabant, des notabilités de la commune de Laeken, des membres du corps médical, etc., assistaient au convoi funèbre.

Au moment de la sépulture dans l'enceinte du cimetière réservée aux défunts appartenant au culte réformé, deux discours en français ont été prononcés: le premier par M. le docteur Rieken, médecin du roi; le second par M. le docteur Koepl, médecin-chirurgien de Sa Majesté, qui ont rappelé par de touchantes paroles la longue et honorable carrière parcourue par sir Robert Carswell.

— L'Association de prévoyance des médecins, pharmaciens et vétérinaires de Seine-et-Oise, qui vient d'entrer dans la seconde année de son existence, présente déjà des éléments de vitalité qui assurent son avenir. C'est ce qui résulte du compte financier présenté par le trésorier de l'Association.

Le bureau, la commission générale et la sous-commission pour l'année 1857-1858 se trouvent constitués comme suit:

Bureau: MM. Bataille, médecin à Versailles, *président*; Bourgeois, médecin à Étampes, *vice-président*; Thibierge, pharmacien à Versailles, *vice-président*; Remilly, médecin à Versailles, *secrétaire général*; Duguet, médecin à Versailles, *secrétaire-adjoint*; Lahhé, pharmacien à Versailles, *trésorier*; Desprez, pharmacien à Versailles, *trésorier-adjoint*.

Commission générale: MM. Prestat, médecin à Pontoise; Duquesne, vétérinaire à Étampes; Sergeant, médecin à Neauphle-le-Château; Tayon, vétérinaire à Verrières; Ancelle, médecin à Trappes.

Sous-commission: MM. Mozer, vétérinaire à Versailles; Boucher, médecin à Versailles; Oudinet, pharmacien à Versailles; Piton, médecin à Marly-le-Roy; Braillard, médecin à Versailles.

— La commission administrative des hospices de Montpellier a donné sa démission. La cause de cette retraite est un conflit survenu entre elle et le conseil municipal.

— Un accident qui aurait pu avoir les effets les plus graves a eu lieu mercredi dernier à l'École de pharmacie de Strasbourg, au cours de chimie de M. Jacquemin.

Il s'agissait de démontrer que le *picrate* ou *carb-azotate* de potasse se décompose avec détonation à une température élevée. Une première expérience n'ayant pas réussi, le préparateur, dans un moment de trouble, versa directement de ce sel avec le flacon sur la lame encore chaude. La flamme se communiqua au contenu du flacon, qui éclata immédiatement avec une détonaton épouvantable.

Les éclats furent projetés de tous côtés avec une force telle que des traces sont restées sur les murailles. Beaucoup de flacons et de vitraux ont été brisés. Quelques élèves ont reçu des blessures peu graves, il est vrai; mais le préparateur a été très-grièvement atteint à la main; il a dû être immédiatement transporté à l'hôpital. M. Jacquemin a été blessé, mais moins grièvement, au front et à la cuisse. Quelque regrettable que soit cet accident, il faut encore s'estimer heureux qu'il n'ait pas fait de plus nombreuses victimes dans l'auditoire.

— On lit dans la *Gazette médicale de Strasbourg*:

« La Société de médecine de Strasbourg et l'Association des médecins du Bas-Rhin se réuniront en séance annuelle le jeudi 2 juillet, à midi précis, au local de la Société de médecine.

» Nous engageons vivement nos confrères des deux départements du Rhin à profiter de cette circonstance pour se revoir. Le banquet qui suivra la séance leur fournira l'occasion de s'entretenir de leurs intérêts communs.

» Nous ajouterons que les médecins des autres départements n'en sont pas exclus, et trouveront un accueil amical. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la médication stupéfiante dans le traitement de la folie; par le docteur Michéa, médecin d'un établissement privé d'aliénés à Picpus. 1 vol. in-8°, 2e édit. Prix: 3 fr. Paris. Chez Labé, place de l'École-de-Médecine, 23.

Réflexions pratiques à propos du traitement abortif de la blennorrhagie, par le docteur J. Venot, chirurgien en chef de l'hospice Saint-Jean, de Bordeaux. Brochure in-8°.

Notice sur les eaux thermales sulfuro-salines de St-Gervais en Savoie, par le Dr J. F. Payen. In-8°. — **Carte topographique des environs des bains**, par le même. Une feuille in-f°. Paris, Jannet, rue Richelieu, 15.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 74. — JEUDI 25 JUIN 1857. (30e ANNÉE.) N° 74. — JEUDI 25 JUIN 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Piorry). Névralgie cubitale dépendant d'une tumeur des vertèbres cervicales reconnue par l'organographisme. — Venise, Menton, Villefranche et les phthisiques. — De l'état puerpéral considéré comme cause d'endocardite. — De l'influence de l'électrisation sur la menstruation. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 23 juin. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 24 JUIN 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

Nos lecteurs se rappellent sans doute que nous leur avons signalé dans le mois d'octobre dernier (voir le numéro du 7 octobre) un nouvel ordre de recherches qui nous a paru, dès la première exposition, avoir une portée pratique d'une certaine importance ; nous voulons parler du nouveau système d'auscultation qu'a fait connaître M. le docteur Collongues, et auquel il a donné le nom de *dynamoscopie*. A en juger par le peu d'écho qu'a eu cette première communication, elle ne paraîtrait avoir produit qu'une assez faible impression; auditeurs et lecteurs semblent l'avoir accueillie avec la même indifférence, sinon avec la même incrédulité. Cependant de quoi s'agit-il? De rien moins que d'un signe pronostique qui aurait à lui seul, s'il est exact, plus de valeur par rapport à l'issue heureuse ou malheureuse d'une affection où la vie est en jeu, que n'en ont la plupart des signes sur lesquels reposent les données actuelles du pronostic. Cela vaut la peine d'être vérifié. Cette vérification, on ne saurait se le dissimuler, exige de très-patientes investigations. Mais ce n'est pas une raison pour s'en abstenir. Nous faisons donc un nouvel appel à ceux de nos confrères qui sont le plus avantageusement placés pour contrôler ce genre de recherches, et particulièrement aux membres de la commission à qui l'Académie a renvoyé l'examen du travail de M. Collongues.

La difficulté des procédés de recherche du sucre dans les fluides de l'économie, ou plutôt l'infidélité des réactifs considérés jusqu'ici comme propres à en révéler l'existence, a déjà donné lieu à bien des méprises ; plus d'un fait introduit dans la science sur la foi de ces réactifs demande aujourd'hui à être revisé. Nous en avons déjà signalé quelques-uns en voie de révision. M. Leconte s'est chargé hier devant l'Académie de contrôler le fait de la présence du sucre dans les urines des femmes en lactation, signalé il y a quelque temps par M. Blot, en faisant connaître les causes d'erreur inévitables qui avaient dû donner le change. On trouvera dans le compte rendu une analyse du travail de M. Leconte, qui attend d'ailleurs un complément.

M. Baillarger est venu ensuite lire à l'Académie un travail dans lequel il s'est proposé d'appeler l'attention sur des faits destinés à combler une des lacunes qui existent dans la pathologie du cerveau.

On sait qu'il existe chez les déments paralytiques des hémiplégies incomplètes qui commencent par être passagères, mais finissent par devenir permanentes. C'est un fait qui n'avait pas échappé à l'observation d'Esquirol et de Georget. M. Baillarger distingue ces paralysies en deux classes : les unes qui s'expliquent après la mort par des lésions ordinaires, hémorrhagies, ramollissement, etc. ; d'autres, et suivant lui ce serait le plus grand nombre, qui ne laissent après elles aucune altération locale à laquelle on puisse les rattacher. C'est de ces dernières seulement qu'il s'occupe dans ce travail. Les recherches de M. Baillarger sur ce point l'ont conduit à constater un fait qui n'avait point été signalé jusqu'ici, c'est que ces hémiplégies sont liées à une atrophie de l'hémisphère du cerveau du côté opposé à la paralysie. Sur huit observations, il a vu constamment cette différence de volume entre les deux hémisphères ; elle a varié entre 20 et 62 grammes.

Ainsi les hémiplégies, qui chez les déments paralytiques ne se trouvent pas expliquées à l'autopsie par une lésion locale, le seraient par l'atrophie de l'hémisphère opposé.

Ce fait lui a paru pouvoir s'expliquer par une circonstance pathologique qui a été signalée dans le temps par MM. Bayle et Calmeil, savoir l'existence chez les sujets atteints de paralysie générale à la seconde période, de congestions fréquemment répétées, prédominantes sur l'un des hémisphères, accompagnées et suivies souvent d'hémiplégies incomplètes. On comprend dès lors, en admettant que ces congestions unilatérales ainsi répétées portent chaque fois sur le même côté du cerveau, ce qui a lieu chez quelques sujets, comment il peut en résulter une atrophie prédominante, qui amène à son tour une hémiplégie persistante. Les hémiplégies des déments paralytiques pourraient donc être rapportées, d'après les recherches de M. Baillarger, à la prédominance d'atrophie de l'un des hémisphères, non pas à cette atrophie en tant que simple diminution de poids, mais à cette atrophie expression d'une lésion générale dont elle est le résultat, et dont il est impossible de la distinguer.

Après ces lectures qui ont occupé la première moitié de la séance, on a repris la discussion sur l'anesthésie. Un seul orateur, M. Larrey, a pu être entendu. Nous regrettons beaucoup de ne pouvoir reproduire son argumentation, qui nous a paru corroborer, par des considérations plausibles, les objections déjà faites aux propositions de M. Devergie et y en ajouter de nouvelles. Mais il n'a pas dépendu de nous de faire autrement. Nous le regrettons d'autant plus, que nous eussions vivement désiré relire dans le manuscrit de M. Larrey les termes dans lesquels il a formulé contre M. Devergie un grief grave. On sait qu'il est d'usage, et c'est un usage dont la presse médicale est redevable à l'initiative de l'honorable secrétaire perpétuel que les membres de l'Académie qui ont fait une lecture laissent leur manuscrit au secrétariat, afin que leurs collègues et les journalistes puissent en prendre connaissance.

Or M. Larrey a reproché à M. Devergie de s'être soustrait à cette prescription, et d'avoir rendu par là toute confrontation impossible entre les opinions énoncées dans son discours écrit et les opinions plus ou moins modifiées qu'il est venu produire depuis de vive voix à la tribune. Le reproche était grave. M. Devergie s'en est défendu énergiquement; nous sommes heureux de pouvoir appuyer de notre témoignage les explications très-exactes qu'il a données à ce sujet. M. Devergie ignorant les usages de l'Académie, dont il ne faisait partie que depuis quelques jours à l'époque de sa lecture, avait en effet emporté son manuscrit. Mais sur la réclamation des journalistes, M. le secrétaire perpétuel a eu la bonté de l'envoyer immédiatement demander à M. Devergie, qui l'a remis aussitôt. Moins d'une heure après, le manuscrit était entre nos mains, et plusieurs d'entre nous ont pu en reproduire textuellement les parties principales.

Nous tenions d'autant plus à justifier M. Devergie de ce reproche immérité, que c'était précisément en vue des intérêts de la publicité qu'il lui était adressé. Nous sommes en effet plus que tout autre intéressé à ce que les membres de l'Académie se conforment à l'usage libéral qu'on lui reprochait d'avoir enfreint. Aussi quelle n'a pas été notre surprise, quand nous nous sommes présentés au secrétariat après la séance, de ne pas trouver dans le dossier le manuscrit de M. Larrey !

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Névralgie cubitale. Diagnostic d'abord incertain. Organographisme faisant reconnaître une augmentation de volume (mégalie) des vertèbres cervicales. — Phosphate de chaux et iodure de potassium. Diminution rapide de la tumeur ; disparition de la névralgie.

Une modiste âgée d'une trentaine d'années, d'une constitution médiocre, est entrée dans le courant de ce mois à l'hôpital de la Charité, dans la salle Sainte-Anne. Elle se plaignait seulement d'éprouver dans la main une douleur assez vive, et qu'elle rapportait surtout à l'espace interosseux situé entre le quatrième et le cinquième os métacarpien.

M. Piorry, cherchant à préciser exactement le siége de cette douleur, que l'on avait pensé être musculaire, et que d'autres médecins auraient appelée rhumatismale, constata, au moyen de la pression et du dessin linéaire, qu'elle occupait :

1° Les deux derniers doigts ;
2° L'espace interosseux correspondant ;
3° Le nerf cubital dans toute son étendue.

Poursuivant plus loin ces recherches, il suit cette douleur jusqu'au plexus brachial, et enfin jusqu'à la colonne cervicale.

Examinant alors cette région, M. Piorry remarque une saillie prononcée des cinquième, sixième et septième apophyses épineuses.

Le plessimétrisme lui permet de reconnaître que dans la hauteur de 4 centimètres, le corps des vertèbres donnait une matité et une résistance de beaucoup plus marquée que cela n'avait lieu au niveau des autres vertèbres cervicales ou dorsales. De plus, la longueur de ces os présentait près de 1 centimètre de plus que celle des vertèbres situées au-dessus et au-dessous.

Interrogeant alors la malade sur la question de savoir si elle ne souffrait pas ailleurs, le professeur apprit que tout le trajet du nerf cubital du côté opposé était également douloureux, mais à un moindre degré que du côté gauche.

Il devint dès lors évident que la douleur des membres était due, soit à une myélopathie cervicale, soit plutôt à la compression que produisait sur les nerfs cervicaux la tuméfaction du corps des vertèbres, qui elles-mêmes n'étaient pas douloureuses.

Ce n'est pas la première fois que M. Piorry a ainsi reconnu des tumeurs du rachis (rachisocélies) par l'étude attentive de névralgies et par le dessin des points douloureux. C'est surtout l'existence de douleurs siégeant soit dans les deux nerfs sciatiques, soit même dans un seul, qui a conduit à reconnaître une tumeur du rachis précédemment méconnue. Le dessus des points où la souffrance existait conduit dans un grand nombre de cas jusqu'à la lésion primitive, qui avait lieu dans la région lombaire, lésion dont le plessimétrisme permettait ensuite de tracer la figure.

Récemment encore, et chez deux malades, des névralgies cubitales ainsi suivies par le dessin conduisaient à reconnaître une phlegmasie ayant son siége dans les nerfs cervicaux, précisément vers les points où ils étaient en rapport avec les trous de conjugaison du côté correspondant.

Quand des deux côtés existe une sciatico-névralgie, presque toujours il s'agit d'une myélopathie lombaire ou plutôt d'une lésion du faisceau nerveux qui la termine.

Dans la plupart des faits dont il vient d'être parlé, sous l'influence du phosphate de chaux et de l'iodure de potassium, il est arrivé qu'en très-peu de temps le volume des vertèbres malades, mesuré par le plessimétrisme, a diminué d'abord, et qu'en moins d'un ou de deux mois, les accidents causés par la rachisocélie se sont dissipés.

Reprenons maintenant l'histoire de notre malade de la salle Sainte-Anne.

Cette femme a été soumise à l'usage de 10 grammes par jour de phosphate de chaux porphyrisé (1) et à celui d'un gramme d'iodure de potassium, donné trois fois par jour dans un demi-verre de dissolution de sirop de fleurs d'oranger. En même temps, on prescrivit à la malade de rester au lit, de se tenir le plus droit possible, et cela à l'effet d'éviter la compression que la flexion des vertèbres tuméfiées pourrait déterminer dans les nerfs du cou lors de leur passage par les trous de conjugaison. Cette attitude vicieuse est souvent même une cause de névralgie et de beaucoup d'accidents dont il ne doit pas être ici question. En dix jours, la partie de la colonne vertébrale qui était tuméfiée reprit, sous le triple rapport de la matité, de la largeur et de la forme, sa disposition normale, et la double névralgie cubitale se dissipa complétement.

Cette observation, qui n'est que la répétition de beaucoup de faits analogues, prouve jusqu'à l'évidence :

1° Que ce n'est pas le rhumatisme, mais bien la cause anatomique des douleurs qu'il s'agit de reconnaître et de traiter;

2° Qu'il ne s'agit pas de combattre la névralgie elle-même, mais bien l'état anatomique qui la cause ;

3° Que le point douloureux d'un nerf est parfois très-éloigné de la lésion qui blesse ce nerf ;

4° Que dans les névralgies des membres il faut souvent s'enquérir de l'état des vertèbres qui correspondent aux nerfs qui en sont le siége;

5° Que le phosphate de chaux, ainsi que l'ont prouvé les travaux antérieurs de M. Piorry, exerce une action puissante, utile et très-prompte sur les vertèbres et les os ramollis et tuméfiés (rachitisme, ou ostéo-malaxie, mal de Pott, ou rachisocélie, etc.) ;

6° Que la pathologie et la curation judicieuse et rationnelle des névralgies rentrant dans les principes généraux de l'organopa-

(1) M. Gobley a préparé avec ce sel des pastilles d'un usage très-commode; le plus souvent c'est dans du riz ou du potage au lait que ce médicament est facilement administré.

thisme, et que, là comme ailleurs, pour être bon médecin, il faut, avant tout, étudier l'état anatomique des parties malades.

VENISE, MENTON, VILLEFRANCHE ET LES PHTHISIQUES.

J'ai eu dernièrement l'occasion de lire un petit livre fort répandu en Angleterre. Dans ce petit livre j'ai trouvé les indications les plus inattendues relativement à la cure de la phthisie par l'influence climatérique. L'auteur, M. Edwin Lee, qui paraît avoir le goût des fantaisies, s'applique à combattre et à ruiner les idées actuellement reçues sur les avantages que les poitrinaires peuvent obtenir de leur séjour dans une atmosphère chaude et tranquille. Du vent et des bourrasques, voilà ce qu'il faut à ces malades, et M. Lee dissimule à peine l'envie qu'il aurait de les envoyer habiter les cimes du Caucase ou de l'Himalaya. Je ne sais trop de quel nom baptiser cette doctrine : je doute quelle trouve beaucoup de partisans parmi nous. Quant à moi qui n'ai pas le loisir de les réfuter, je prends de côté et je continue mon chemin, à la recherche d'un asile qui satisfasse aux conditions exigées pour l'amélioration de la phthisie.

Venise, comme on l'a dit, est une singularité et une merveille. Reine de l'Adriatique, elle trône au-dessus des lagunes ; c'est la ville des fascinations ou des surprises ; son gisement et son climat en font l'une des stations péninsulaires qui peuvent rendre le plus de services aux tuberculeux.

Venise, située au milieu de son vaste bassin, lequel confine aux Alpes Juliennes, se trouve ouverte, dans la direction nord-est, au vent froid, qui lui arrive souvent avec impétuosité. Les influences anémologiques du nord, de l'ouest et du sud-ouest rencontrent un obstacle à leur marche, dans les chaînes des Alpes et de la Lombardie. Les vents de l'est et du sud-est (sirocco) soufflent au contraire librement sur la lagune, à travers les espaces découverts de la mer voisine. Les rafales sont peu communes à Venise; la point de transitions brusques, comme dans les autres régions du littoral de l'Italie. Les oscillations diurnes y sont très-faibles. La température moyenne de l'année est de 13° 26'; il n'y a d'écarts sensibles que de l'automne à l'hiver, où de l'hiver au printemps. Les mouvements thermométriques affectent, dans toutes les saisons, une marche graduelle.

Placée au milieu des eaux et cernée de marécages, Venise est enveloppée d'une atmosphère habituellement humide. Mais comme le vent sec du nord-est pousse les miasmes et les vapeurs hors de la lagune, il entretient la transparence du ciel, et donne à l'air plus de ressort qu'on ne pense, surtout lorsqu'il souffle pendant quelque temps. Le vent septentrional, par sa prépondérance et ses qualités, mitige l'influence torride des vents de mer ; de ce conflit résulte pour la ville une température généralement très-modérée.

Si on en juge par l'odeur spéciale qu'elles fournissent, il semblerait que les eaux de la lagune ont une nature qui leur est propre. M. le docteur Tassinari se croit fondé à attribuer cette odeur à des émanations de brôme et d'iode qui imprègnent l'atmosphère de la côte septentrionale de l'Adriatique. On ne peut guère voir dans ce phénomène qu'un résultat de la décomposition des confervoïdes qui constituent la flore des lagunes. Quoi qu'il en soit, les propriétés résolutives de l'atmosphère vénitienne jouissent d'un certain crédit dans le traitement de la scrofule et du catarrhe pulmonaire.

Abstraction faite de cette influence secondaire, dont il est permis d'ailleurs de contester la réalité, le climat de Venise doit son caractère spécial à deux conditions météorologiques de premier ordre: la douceur et l'égalité de sa température. Là tout concourt en effet à cette espèce de neutralité, la permanence de l'humidité et de la chaleur comme le balancement qui se maintient pendant la plus grande partie de l'année entre les vents de provenances contraires.

Comme à Pise, le silence règne dans Venise : le sol y manque aux chevaux et aux voitures. Sur les canaux qui remplacent les rues, glissent des milliers de gondoles, gracieuses et légères comme les caïks du Bosphore ; de loin et quand on n'aperçoit pas le lit qui les porte, on dirait qu'elles voguent sur des prairies. En général, la sérénité de l'âme est en harmonie avec la sérénité du ciel. Sous le climat vénitien, les journées à teinte funèbre sont rares ; il n'y a ni secousses ni orages pour les sens. La poésie n'a rien dit de trop sur les charmes de cette délicieuse contrée.

La phthisie est compatible avec tous les tempéraments ; mais chez les habitants du nord de l'Europe, elle se double souvent de lymphatisme sous l'influence de l'humidité et de l'état nébuleux de l'atmosphère qui affaiblissent l'activité du système nervoso-sanguin pour laisser prédominer le système blanc. Une fois sorti de la gangue épaisse des brouillards, et dès qu'il se trouve plongé dans l'atmosphère lumineuse de la Vénétie, tout sujet lymphatique change bientôt de nature : à l'inertie succède l'activité, une belle couleur rosée remplace la teinte blafarde des tissus. L'eau de mer en bains et en boisson, les décoctions d'algues, l'eau ferrugineuse de Récoaro viennent en aide à cette transformation de la constitution, et contribuent, dans une certaine mesure, à l'amélioration de la phthisie.

Par la douceur constante et uniforme de sa température, le climat de Venise est une entrave aux progrès de l'évolution tuberculeuse. Le ciel de la lagune éteint promptement les foyers d'irritation qui consument les poitrinaires, ou du moins il en arrête l'extension. Le catarrhe pulmonaire, si opiniâtre sous des latitudes moins favorisées, se résout là en quelques semaines; mais de même que dans tous les pays chauds, il n'y a guère de succès probables que contre la phthisie qui débute.

Les tuberculeux peuvent résider à Venise beaucoup plus longtemps que dans toute autre station de la Péninsule, parce que cette ville n'a point en quelque sorte de température extrême. Pendant l'hiver, le vent d'est élève le thermomètre ; durant l'été, il produit un mouvement contraire en soufflant la fraîcheur. Cette dernière saison offre néanmoins un bon nombre de journées pendant lesquelles domine l'action accablante du sirocco. Toutefois, Venise peut recevoir des phthisiques depuis le mois d'octobre jusqu'au mois de mai, privilége qu'elle doit à son climat exceptionnel.

On rencontre bien rarement une vallée plus belle que celle qui s'étend de Menton jusqu'à Monaco : les nombreuses plantations qui s'y pressent en font un délicieux jardin. Une chaîne de collines et de montagnes qui se doublent sur plusieurs points, fortifie la ville contre le vent de nord-est ; le nord trouve devant lui l'insurmontable rempart que lui opposent les Alpes ; les nombreuses inégalités qui couvrent le sol dans la direction de l'ouest neutralisent en partie l'effet des vents occidentaux. Le bassin de Menton, ouvert au sud, reçoit directement le vent qui souffle de cette partie de l'horizon. Quant à la prépondérance relative des influences anémologiques, on a noté que Menton est plus souvent frappée par les vents d'est et de sud-ouest que par les vents antagonistes. Voilà ce qui explique la mansuétude particulière de son climat : on ne trouve, en effet, dans aucune contrée de l'Europe, des hivers plus doux. Ce qui constitue, à notre point de vue, le mérite principal de cette station, c'est que la chaleur et le froid y sont modérés pendant les saisons qui leur sont propres.

Suivant Fodéré, l'atmosphère de Menton n'est pas exempte d'une certaine humidité ; mais l'hygromètre n'y marque jamais le même degré qu'à Nice, à Hyères ou à Pise. Il résulte de là que les pluies y sont relativement assez rares, et les beaux jours très-nombreux.

L'ensemble de ces conditions météorologiques détermine la prédominance du système lymphatique chez les habitants de la ville et de la campagne. Il faut tenir grand compte de cette qualité du tempérament dans le traitement des maladies aiguës. Les praticiens de cette localité ont l'habitude de s'abstenir des saignées répétées, parce que dans les inflammations de poitrine, par exemple, la méthode antiphlogistique, appliquée avec une certaine vigueur, amène des états morbides chroniques et des épanchements séreux.

Menton est une petite ville de 6,000 âmes, cachée derrière un paravent ; il ne lui manque que la vogue pour en faire un séjour récréatif et salutaire. Il est à regretter que les poitrinaires qui abandonnent le nord de la France pour des contrées plus favorables à leur état, ne prennent pas en plus grand nombre le chemin de Menton ; ils y trouveraient à coup sûr une amélioration notable. Aux charmes du site, se joint l'influence d'un ciel qui est doux sans être trop humide, qui est chaud et qui reste tempéré, et dont les variations thermométriques sont si rares, si faibles, qu'elles n'impriment aucune secousse aux constitutions débiles ou valétudinaires. La modération et l'égalité permanentes de la température, même pendant les saisons transitoires, permettent aux tuberculeux d'habiter Menton pendant toute l'année. Il n'y a pas dans toute l'Italie méridionale une station qui soit plus que celle-là digne de l'attention des médecins et de la confiance des phthisiques.

« Villefranche, dit M. Roubaudi, est renommée surtout pour son climat. Il n'en est pas de plus chaud et de plus sain sur toute la côte de la Provence et de la Ligurie. Aussi son terroir se ressent-il des avantages de la position; les citronniers y sont cultivés en plein champ, et l'on y a des récoltes plus hâtives que dans le bassin de Nice. »

« On peut considérer Villefranche comme la rivale de Menton ; son climat paraît être mieux défendu encore contre les influences réfrigérantes. » (Carrière.)

En effet, cette petite ville bâtie en amphithéâtre, à l'ouest de la rade de ce nom, au milieu des rochers qui hérissent cette côte, est garantie par les monts Alban et Boron contre le mistral et le vent d'ouest. Le nord et le nord-ouest expirent contre les montagnes qui forment le chevet sur lequel la ville semble s'appuyer. La rade seule est ouverte au midi. Le sud-ouest, chargé de bourrasques et d'orages, s'abat sur le grand golfe et épargne les parages de Villefranche. Il suit de là que le bassin de cette ville est respecté par le mistral et le vent d'ouest, assez froid pendant l'hiver. Le sud et le nord-est ont chacun une brèche ouverte ; mais la rencontre ou la succession de ces vents se résout en une influence modératrice.

La culture en plein champ du citronnier qui résiste si peu aux brusques alternatives du chaud et du froid, suffit pour témoigner en faveur de la stabilité de la température à Villefranche. Il y a entre le climat de cette ville et celui de Menton assez d'analogie pour que l'on puisse confondre dans une même donnée les qualités thérapeutiques. Néanmoins, la similitude n'est pas telle, qu'il ne se remarque quelque différence dans les effets. La chaleur un peu sèche de Villefranche convient assez aux poitrinaires scrofuleux, lymphatiques ou débilités. Le climat de Menton l'emporte pour les cas de phthisie dans lesquels il importe d'affaiblir ou d'éteindre les complications inflammatoires. Ces deux stations correspondent donc aux principales nécessités du traitement. Dr CHAMPOUILLON.

DE L'ÉTAT PUERPÉRAL

considéré comme cause d'endocardite,

Par M. le docteur DELOTZ (de Saint-Flour).

(Extrait du rapport lu par M. Bouillaud à l'Académie de médecine.)

Le titre même de ce travail fait ressortir le point de vue spécial sous lequel M. Delotz a étudié l'endocardite, à savoir le rapport étiologique de cette phlegmasie avec l'état puerpéral. Voici l'analyse des observations rapportées à l'appui de cette manière de voir :

OBS. I. — Une jeune femme, à la suite d'un accouchement qui ne s'accomplit qu'après douze heures de travail, éprouve une grave hémorrhagie interne. Le troisième jour après l'accouchement, fièvre avec sueurs abondantes et éruption sur tout le corps de vésicules de sudamina, vésicules suivies d'une prompte desquamation, avec persistance de mouvement fébrile. Rien du côté de l'utérus, du péritoine, du tube digestif, de l'appareil pulmonaire, ne pouvait être considéré comme le point de départ de l'état fébrile.

« Je fus très-étonné, dit M. Delotz, de trouver à l'examen du cœur tous les signes de l'endocardite, c'est-à-dire l'augmentation du volume du cœur; les bruits devenus plus sourds, quoique superficiels, et le premier accompagné d'un bruit de soufflet trop rude pour être rapporté à de l'anémie. »

Deux vésicatoires, appliqués sur la région du cœur, furent suivis d'un complet rétablissement.

Dans ses réflexions sur cette observation, M. Delotz examine si l'on doit assimiler l'endocardite de cette accouchée à cette endocardite pour ainsi dire bâtarde que l'on rencontre chez certains individus atteints de quelqu'une de ces fièvres connues autrefois sous le nom de fièvres primitives, essentielles, ou de ces autres pyrexies qu'on appelle fièvres éruptives. Il conclut par la négative, se fondant sur cet argument : que les phénomènes étaient bien ceux d'une inflammation franche de l'endocarde. M. Bouillaud pense avec lui que s'il a existé incontestablement dans ce cas une endocardite, elle ne doit pas être confondue avec celle dont il vient d'être question, et à laquelle on a déjà donné le nom de typhoïde pour indiquer sa coïncidence avec ces maladies fébriles, qui, abandonnées à leur cours naturel, offrent à une certaine période de leur évolution des phénomènes *typhoïdes* plus ou moins prononcés.

OBS. II. — Une femme primipare, après quinze heures de travail, accouche d'un enfant en position occipito-iliaque gauche, la main droite appliquée sur le côté correspondant de la tête. Le lendemain, elle ressent une violente douleur au-dessous de l'épaule droite, et offre les signes d'une pneumonie au premier degré (saignée de 500 grammes, répétée le soir).

Le lendemain, la pneumonie s'est étendue et passe au deuxième degré (deux nouvelles saignées, l'une, le matin, de 400 grammes; l'autre, le soir, de 300 grammes).

Le troisième jour, la pneumonie n'a point fait de progrès, mais la malade accuse une douleur sourde dans la région du cœur, qui rend un son mat dans une étendue de 68 à 70 millimètres. Battements visibles, forts, étendus ; bruit de soufflet masquant en partie le premier bruit valvulaire et ayant son maximum d'intensité dans le point correspondant à l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Malgré l'application de douze sangsues sur la région du cœur, d'une nouvelle saignée du bras, un large vésicatoire sur le côté droit de la poitrine, un second sur la région du cœur, le tartre stibié à haute dose, commencé le cinquième jour, la malade succombe le septième, à partir de l'invasion de la pneumonie.

L'autopsie cadavérique, pratiquée vingt-cinq heures après la mort, avant aucune décomposition putride, fit constater une pneumonie au deuxième degré, occupant les 4/5es postérieurs et inférieurs du poumon droit (état sain du poumon et de la plèvre gauche); caillots volumineux dans les quatre cavités du cœur, surtout les droites, et s'étendant dans l'aorte ; quelques concrétions fibrineuses adhèrent à l'intérieur des cavités gauches. On remarque quelques concrétions fibrineuses sur le bord libre de la valvule bicuspide, qui paraît plus épaisse qu'à l'état normal. Sa coloration est d'un rouge intense, qui se propage en diminuant d'intensité sur la membrane du ventricule. Cette membrane paraît plus friable, mais sur la valvule seulement, laquelle, dépouillée des concrétions notées plus haut, ferme complétement l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Rien de particulier sur la membrane interne de l'oreillette. Les valvules aortiques offrent une rougeur moins intense que celle de la valvule bicuspide, et ne sont sensiblement ni épaissies ni plus friables qu'à l'état normal. Rien de particulier du côté de l'utérus et de ses annexes.

OBS. III. — Une femme de vingt-trois ans était accouchée pour la seconde fois (le travail avait duré six à sept heures). Tout allait bien, lorsque le quatrième jour elle se leva brusquement pour retirer son premier enfant qui s'était trop approché du feu. Elle se sentit aussitôt mouillée par un flot de sang, se remit au lit, sans que le sang cessât de couler jusqu'au lendemain inclusivement. L'hémorrhagie s'arrêta ensuite pendant cinq jours, puis reparut. Enfin, après une syncope qui dura près d'un quart d'heure, M. Delotz fut appelé. Le pouls était filiforme, à 130, la peau décolorée, etc. Pas de bruit de souffle au cœur, même au premier temps, mais il en existait un bien tranché, continu, parfois musical, dans les carotides.

L'utérus, sensible à la pression, était plus volumineux qu'il ne l'est dix jours après l'accouchement ; le col était béant, et le doigt arrivait, mais avec peine, à un corps étranger fixé sur le côté gauche de l'utérus. C'était une portion de placenta, qui fut extraite, et le sang cessa de couler.

Le lendemain, persistance de la sensibilité de la région hypogastrique, quelques nausées, vomissement bilieux dans la nuit ; pouls petit, serré, à 127, pas de bruit de souffle du cœur, lequel n'avait point augmenté de volume. — 15 centigrammes de calomel de deux heures en deux heures, frictions avec la pommade mercurielle sur le ventre ; eau de Seltz, diète. — Au bout de deux jours, les phénomènes du côté du ventre s'étaient à peu près dissipés, et le pouls était tombé à 90, 95. Deux jours plus tard, dans la nuit, frisson de près d'une demi-heure de durée. Le matin, le pouls était à 120 ; sentiment d'anxiété, gêne de la respiration ; léger bruit de soufflet au premier temps des battements du cœur. Le second jour, ce bruit était devenu dur, et la matité de la région précordiale dépassait de 2 centimètres environ celle notée au premier examen.

Le onzième jour de l'accouchement, deux vésicatoires sur la région du cœur, un régime très-tenu, ramenèrent en douze jours cet organe à

l'état normal. Tout semblait annoncer une convalescence confirmée, lorsque, sans cause connue, un nouveau frisson annonça l'invasion d'une nouvelle phlegmasie. Cette fois la plèvre droite en fut le siége. Malgré l'état de faiblesse, 10 sangsues furent appliquées sur le côté malade, de larges vésicatoires furent ensuite employés, et la jeune femme se rétablit complétement.

Dans cette observation, l'endocardite, caractérisée, selon M. Delotz, par ses signes les plus certains, ne peut, dit-il, être raisonnablement attribuée qu'à l'influence puerpérale.

Obs. IV. — Une fille de vingt-six ans vint accoucher à Saint-Flour. Une déchirure peu étendue du périnée eut lieu. L'accouchée se rétablissait lentement et ressentait de la douleur dans la région sacrée, et au niveau de la symphyse pubienne, lorsque douze jours après l'accouchement M. Delotz constata une rougeur érysipélateuse sur le nez et une partie de la joue gauche. L'état général ne paraissait pas en rapport avec l'état local. Un sentiment de gêne restait dans la région du sternum. Les battements du cœur étaient superficiels, visibles, sensibles à la main et énergiques; matité précordiale de 58 à 60 millimètres de haut en bas, moindre transversalement, premier bruit sourd, voilé, suivi d'un bruit de soufflet sans rudesse, second bruit du cœur à l'état normal, si ce n'est que sa force est augmentée.

Le surlendemain, la rougeur de la face avait disparu, mais l'état fébrile persistait. Le repos, la diète et un purgatif salin triomphèrent au bout de huit jours de tous ces phénomènes. Les bruits du cœur reprirent leur timbre normal, et la matité ne fut plus que de 45 millimètres.

Dans ce cas encore, M. Delotz pense qu'on ne peut méconnaître une inflammation de la membrane interne du cœur, bien que légère évidemment, aussi développée sous l'influence de l'état puerpéral.

Nous n'oserions affirmer, dit M. Bouillaud, que le diagnostic de notre confrère ne trouverait point de contradicteur, même en accordant que M. Delotz eût d'ailleurs bien soin de noter que l'endocardite eût échappé à un examen superficiel; que le mouvement fébrile qui s'y rattachait eût trouvé facilement ailleurs sa raison d'être, et que le diagnostic en a été fait parce qu'on cherchait cette phlegmasie.

Obs. V. — Elle a pour sujet une femme qui accoucha pour la première fois le 3 mars 1852; elle n'a jamais eu de rhumatisme ni de pleuro-pneumonie; les derniers mois de sa grossesse furent très-pénibles, ce qu'il faut surtout attribuer aux fatigues de cette femme. Elle toussait déjà beaucoup sans expectorer, en même temps qu'elle éprouvait des douleurs dans le ventre et au niveau des fausses côtes gauches. Cinq ou six semaines après son accouchement, elle éprouva des palpitations, de la gêne dans la région du cœur, et une difficulté croissante de la respiration.

Lorsqu'elle fut examinée par M. Delotz le 6 septembre 1852, elle présentait les signes d'une tuberculisation pulmonaire, laquelle avait déjà déterminé la production d'une caverne dans la région de la fosse sous-épineuse droite. On observait ce qui suit du côté du cœur : légère voussure de la région précordiale; matité un peu plus étendue que normalement; pointe du cœur battant dans le cinquième espace intercostal, mais en dehors du mamelon; frémissement vibratoire bien manifeste au niveau du quatrième espace intercostal, vers le sternum, où l'on entend un bruit de soufflet double qui masque presque complétement le second bruit du cœur. En s'éloignant du point indiqué, le bruit de soufflet disparaît, et les deux bruits du cœur sont entendus forts, bien frappés, le premier cependant plus éclatant que le second.

M. Delotz, en s'appuyant sur les déclarations de la malade, pose d'abord en fait qu'avant l'accouchement il n'existait aucune affection du cœur. Il considère les palpitations survenues cinq ou six semaines après l'accouchement comme étant l'effet de lésions graves du cœur, dont l'origine remontait à une endocardite très-probablement méconnue, se liant à l'état puerpéral.

M. Delotz ne pense pas qu'on puisse fixer positivement la date de la naissance de cette endocardite. Mais, ajoute-t-il, son invasion a peut-être coïncidé avec la douleur du côté gauche, qui n'occupe pas le lieu habituel de la pleurésie ou de la péricardite.

Cette raison, ajoute M. Bouillaud, serait sans doute très-puissante, si l'endocardite par elle-même, et dégagée de toute complication, donnait lieu à une douleur vive, telle que celle de la pleurésie aiguë siégeant sur la plèvre pariétale. Mais il n'en est point ainsi. L'endocardite pure et simple, même très-intense, figure au contraire au premier rang de celles qu'on peut appeler *indolentes*.

Avant de reconnaître ce nouvel élément étiologique, il faudrait commencer par bien démontrer que chez les accouchées affectées d'endocardite il n'existe pas d'ailleurs quelque autre des éléments étiologiques aujourd'hui bien constatés, à savoir :

1° Un rhumatisme articulaire aigu (arthrite rhumatismale), une phlegmasie de la plèvre ou des poumons, pour l'endocardite franchement et purement inflammatoire;

2° Une de ces fièvres continues *spéciales* ou *spécifiques*, telles que la fièvre typhoïde, la variole, la rougeole, la scarlatine, etc., pour l'endocardite compliquée d'un état typhoïde ou septique, ou de cet état spécifique qui distingue la variole, la scarlatine, la rougeole, etc., de toute autre maladie.

Or tous les observateurs savent combien les femmes nouvellement accouchées sont sujettes à contracter des rhumatismes articulaires, des phlegmasies de la plèvre et des poumons, plus ou moins modifiées par les conditions ordinaires de l'état puerpéral. Tous les observateurs savent également que parmi les affections qui surviennent trop souvent aux nouvelles accouchées, il en est qui sont promptes à revêtir la forme typhoïde ou septique, soit par l'effet de la formation de certaines collections de pus, soit par le développement de foyers gangréneux, soit sous l'influence du milieu plus ou moins septique dans lequel elles respirent, etc. Il suit de là que, l'état puerpéral lui-même mis de côté, les nouvelles accouchées se trouvent exposées aux mêmes causes, aux mêmes affections, sous l'influence desquelles on voit survenir l'endocardite chez les individus ordinaires.

M. Bouillaud n'en conclut pas cependant que, considéré en lui-même, l'état puerpéral ne puisse, comme le pense M. le docteur Delotz, constituer une cause nouvelle d'endocardite. Il dit purement et simplement que cette proposition n'est pas encore suffisamment démontrée.

DE L'INFLUENCE DE L'ÉLECTRISATION SUR LA MENSTRUATION.

Par M. le Dr J. Lecoq, chirurgien de 1re classe de la marine.

Nous trouvons dans les auteurs un assez grand nombre de faits dans lesquels les règles suspendues depuis longtemps ont pu être rappelées par des excitations électriques. Aldini dit avoir traité avec succès l'aménorrhée en dirigeant des courants galvaniques sur l'*utérus* après avoir vidé la vessie; Scarpa ne connaissait pas de meilleurs moyens pour faire revenir les règles; M. Rayer a traité plusieurs femmes par ce même procédé, et, quoique dans quelques cas il ait vu ce moyen échouer, dans plusieurs aussi il a appliqué avec un plein succès les courants galvano-magnétiques *sur la région utérine*; il cite, entre autres cas heureux, celui d'une jeune personne hématémésique qui ne voyait plus ses règles depuis dix-huit mois; M. Trousseau reconnaît que dans certaines aménorrhées l'excitation électrique du col de l'utérus peut être employée très-avantageusement; il agit *par le vagin* au moyen des excitateurs placés de chaque côté du col. Enfin, Valleix, dans son *Guide du médecin-praticien*, après avoir reconnu l'heureuse influence des secousses électriques *dirigées à travers le bassin* dans les cas d'aménorrhée ou de dysménorrhée, ajoute que ce moyen est beaucoup trop négligé aujourd'hui, et qu'il serait à désirer qu'on l'expérimentât de nouveau avec toute la rigueur nécessaire.

C'est en quelque sorte pour répondre à l'appel de cet éminent et regrettable praticien, que je crois utile de faire connaître trois observations intéressantes dans lesquelles la menstruation a été bien évidemment influencée par la faradisation, non plus portée directement sur l'utérus ou le bassin, comme l'ont fait les auteurs cités plus haut, mais sur une partie du corps plus ou moins éloignée de l'organe de la gestation. Deux de ces observations m'ont été communiquées par M. le docteur Fonssagrives, médecin en chef de la marine au port de Cherbourg, et qui a bien voulu m'autoriser à la publier.

Obs. I. — Mlle X..., âgée de vingt-cinq ans, couturière, se couche bien portante et se réveille hémiplégique du côté droit. Depuis *deux ans* les règles sont complétement suspendues, quand M. Fonssagrives est appelé à donner des soins à cette jeune malade. Traitée jusqu'à ce moment sans aucun succès par les moyens ordinaires, elle est soumise à des faradisations répétées, et des courants galvaniques sont dirigés à travers les muscles du côté droit, qui présentaient une atrophie des plus marquées. Dès la *première* séance, les règles reparaissent et la malade ne peut s'empêcher d'attribuer elle-même leur retour à l'excitation électrique éprouvée.

Obs. II. — Peu de temps après, M. Fonssagrives eut occasion de pratiquer la faradisation chez une autre femme atteinte de gastralgie accompagnée de douleurs intolérables. Chez cette malade, les règles étaient habituellement parfaitement régulières, et après l'électrisation deux ou trois fois répétée, elles se trouvent avancées de *dix jours*. La région épigastrique seule avait été soumise à la faradisation.

Obs. III. — Enfin, dernièrement, j'ai eu occasion d'électriser une jeune femme atteinte de névralgie des branches descendantes du plexus cervical. Chez cette malade, les règles revenaient également à époque régulière; mais depuis quelques mois, sous l'influence des douleurs, l'écoulement menstruel était devenu *difficile* et *moins abondant* que dans l'état normal. Dès la première séance, la malade m'annonce, un peu effrayée, que ses règles sont avancées de cinq jours, et que le sang coule avec beaucoup plus d'abondance que les mois précédents. Ici les conducteurs métalliques ont été promenés sur les parties supérieures de la poitrine et autour du sein du côté droit.

Dans ces trois observations, l'électrisation a eu une action bien incontestable sur les règles, et remarquons surtout qu'au lieu de faire passer le courant à travers l'utérus, comme on l'a fait jusqu'ici, la faradisation a été pratiquée sur un point éloigné du bassin. Nous ne devons pas nous dissimuler que le principal obstacle à l'emploi de ce moyen, c'est précisément l'impossibilité dans laquelle se trouve souvent le médecin de diriger les excitations électriques sur l'utérus à travers le vagin ou même à travers le bassin, à cause d'un sentiment de pudeur bien excusable. Les courants électriques portés avec précaution autour du sein ou sur le sein même, offrent surtout d'immenses chances de succès, à cause de la sympathie bien connue qui existe entre la glande mammaire et l'organe de la gestation.

Or, telle femme, telle jeune fille qui ne consentirait jamais à subir l'électrisation de l'utérus à travers le vagin, acceptera très-bien la faradisation de la poitrine. Aussi, je crois que dans bien des cas de dysménorrhée ou d'aménorrhée, qui ne sont pas liés à une affection organique de l'utérus, ou à un état cachectique trop avancé, l'électrisation appliquée d'une manière convenable, même loin de l'utérus, et particulièrement autour du sein, peut rappeler les règles ou rendre leur écoulement plus facile, et je ne puis m'empêcher de dire en terminant avec Valleix qu'il serait à désirer qu'on expérimentât de nouveau ce moyen avec toute la rigueur nécessaire.

OSTÉO-SARCOME DU BASSIN (1).

Par M. le docteur Sistach, médecin aide-major au 12e de ligne

Paubez (Célestin), fusilier au 7e de ligne, âgé de vingt-trois ans, n'ayant jamais été malade, arrive en Crimée en janvier 1855.

Le 7 juin, à l'attaque du mamelon Vert, il reçoit, surtout sur la cuisse gauche, une grande quantité de pierres et de terre projetées par l'explosion d'une bombe. Deux jours après, douleurs très-vives à la racine du membre inférieur gauche, rendant la marche de plus en plus difficile et obligeant bientôt après le malade à fléchir la jambe sur la cuisse. Six mois après, apparaît vers le point douloureux, à la partie interne et supérieure de la cuisse gauche, une tumeur nettement circonscrite, indolore, s'accroissant insensiblement. Dès cette époque, le malade doit renoncer à prendre la position assise.

Le 24 juillet 1856, ce soldat, évacué d'Orient, entre à l'hôpital militaire de Toulon.

La circonférence du membre au niveau de la tumeur est de 0,54 c.

Dans les premiers jours d'octobre, trois ponctions exploratrices sont pratiquées à quelques jours d'intervalle, et donnent issue à du sang liquide, artériel, très-riche en fibrine. Le malade ressentait à cette époque, avant même les ponctions exploratrices, des douleurs lancinantes, continues, qui de jour en jour deviennent plus intenses et déterminaient une insomnie continuelle.

Le 11 octobre, ligature de la fémorale au-dessus de l'origine de la fémorale profonde; après cette opération, les douleurs lancinantes disparaissent; mais la tumeur, qui est devenue plus dure, ne diminue point.

Le 6 décembre, la circonférence du membre et de la tumeur est de 0,66 cent.

Le 22, on constate un accroissement de 0,04 c.; la tumeur, à cette époque, gagne la face postérieure et supérieure de la cuisse; il y a tension extrême de la peau et imminence d'une rupture prochaine, refroidissement du membre, engorgement des ganglions de l'aine, réapparition des douleurs lancinantes, perte d'appétit et de sommeil. A l'auscultation, on constate d'une manière très-passagère, tantôt un bruit de souffle, tantôt un bruit de sifflet, mais à la condition d'appliquer le stéthoscope au niveau du ligament de Fallope.

Le 23, à la suite d'une consultation, ponction évacuatrice de la tumeur à l'aide d'un trocart à hydrocèle; on retire 150 grammes de sang artériel, qui se coagule aussitôt. Les douleurs lancinantes disparaissent de nouveau; mais la diarrhée se montre dès le jour même de l'opération pour ne plus cesser. La tumeur, dont la ponction évacuatrice avait déterminé l'affaissement, n'a plus offert de changement. Le malade s'est de plus en plus affaibli jusqu'à sa mort, qui a eu lieu le 16 février 1857. Quelques jours auparavant, il y avait eu recrudescence de la diarrhée et réapparition de douleurs pongitives, profondes, plutôt que lancinantes.

Autopsie. — Les muscles couturier, droit interne et adducteurs sont indépendants de la tumeur. Celle-ci ressemble à un kyste bilobé supérieurement, de forme ovoïde, à grosse extrémité adhérente à toute la face externe du pubis; en dehors, la tumeur gagne le fémur, auquel elle adhère dans son cinquième supérieur, et qui présente une fracture de la base du col et une fracture du grand trochanter; elle s'avance en arrière de la cavité cotyloïde et vient contracter des adhérences sur la surface osseuse qui est comprise entre la grande échancrure sciatique et le bord postérieur de la cavité articulaire. En dedans, la tumeur se confond avec la branche descendante du pubis, proémine sous la symphyse pubienne et s'avance dans la cavité abdominale, dont elle remplit en partie le petit bassin. La portion extra-abdominale se divisait en deux lobes, l'un interne et l'autre externe, et la portion intra-abdominale présentait deux lobes superposés et adhérents.

Leur structure, en général, se compose d'un tissu cellulo-vasculaire emprisonnant dans ses mailles une matière rougeâtre qui était d'autant plus foncée, plus molle et plus friable qu'on se rapprochait du centre de chaque lobe. Du reste, chaque lobe offrait au centre un foyer sanguin constitué par du sang liquide et des caillots fibrineux. Deux coupes obliques pratiquées sur les deux os iliaques permettent d'extraire la tumeur du bassin. Voici une indication sommaire des lésions trouvées dans tout le système osseux :

Os iliaque gauche. — Le tissu osseux de la branche horizontale du pubis est remplacé par un tissu rougeâtre renfermant au centre un foyer de bouillie épaisse, sanguinolente; le ligament inter-articulaire de la symphyse pubienne est intact; le trou obturateur n'existe plus. L'arrière-fond de la cavité cotyloïde est envahi par la tumeur, tandis que le cartilage articulaire est respecté. La masse de tissu spongieux qui forme le rebord saillant situé en avant de la grande échancrure sciatique et en arrière de la cavité cotyloïde est remplacée par une cavité anfractueuse renfermant une matière d'un jaune pâle, qui ne se délaye pas dans l'eau. Au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure existe un foyer hémorrhagique. Dans toute son étendue, l'os iliaque présente une surface grenue, sanguinolente, et des cloisons fragiles qui circonscrivent de larges aréoles remplies de sang noirâtre.

L'os iliaque droit présente à peu près les mêmes altérations : ainsi absorption du tissu osseux de la branche horizontale du pubis, apparition sur l'arrière-fond de la cavité cotyloïde d'une tumeur qui renfermait de la bouillie sanguinolente, cavité anfractueuse et matière enkystée sur le rebord saillant qui limite en arrière la cavité cotyloïde; enfin, foyer hémorrhagique sur l'épine iliaque postéro-supérieure, et dans toute l'étendue de l'os tissu raréfié, très-mou, infiltré de sang.

Sacrum. — Il est réduit dans ses deux tiers inférieurs à la gouttière médiane, constituée par la lamelle osseuse, qui forme la paroi postérieure du canal sacré. La base du sacrum renferme trois kystes hémorrhagiques, et partout un tissu vasculaire et raréfié. La *cinquième vertèbre lombaire* présente un kyste hémorrhagique dans le corps de la vertèbre et un deuxième kyste dans l'intérieur de la masse apophysaire, qui comprend les apophyses transverse et articulaire supérieure du côté gauche.

La quatrième lombaire offre deux kystes hémorrhagiques dans le corps de la vertèbre.

(1) Cette observation a été communiquée à la Société de chirurgie (séance du 10 juin).

La troisième lombaire renferme un kyste qui occupe toute la hauteur du corps de la vertèbre.

Les deuxième et première vertèbres lombaires et la douzième vertèbre dorsale présentent aussi un kyste hémorrhagique, qui est toujours constitué par une substance pulpeuse d'un blanc plus ou moins rosé, et renfermant au centre des caillots fibrineux et du sang liquide.

Nulle part les cartilages intervertébraux n'ont présenté aucune altération. Les autres vertèbres ne présentaient pas de kyste hémorrhagique; mais leur tissu spongieux était très-vasculaire et plus raréfié qu'à l'ordinaire; du reste, ces lésions diminuaient progressivement à mesure qu'on arrivait à des vertèbres situées plus supérieurement.

Fémur gauche. — La continuité du fémur était interrompue un peu au-dessous du bord inférieur du grand trochanter; celui-ci, détaché du col du fémur, ne lui est adhérent que par son bord postérieur. De l'angle supérieur et antérieur du trochanter part une fracture qui, se dirigeant obliquement en haut et en dedans, vient aboutir au cartilage d'encroûtement dont elle suit tous les contours.

Le canal médullaire, d'un diamètre variable, rempli par une substance molle, lie-de-vin, adhérente et résistant au lavage, présente de distance en distance des excavations qui renferment une matière pulpeuse, lie-de-vin, qui englobe un foyer hémorrhagique. Les vaisseaux du canal médullaire sont plus dilatés et plus nombreux qu'à l'état normal. Enfin, on observait dans le canal médullaire des plaques de matière jaune safranée.

Tous les os des deux membres inférieurs présentaient, à peu de différence près, les mêmes altérations.

Dans les condyles des fémurs et des tibias se remarquaient des colorations sanguines, qui ont disparu par la macération pour faire place aujourd'hui à une exsudation jaune safranée.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 juin 1857. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle ne comprend que des pièces relatives à des remèdes secrets et des tableaux de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. E. Berchon, chirurgien-major du vaisseau l'*Algésiras*, adresse une lettre sur le procédé et l'appareil employés dans la marine pour l'inhalation des vapeurs anesthésiques.

— M. Boinet adresse une lettre sur un cas d'anesthésie suivie d'accidents graves, mais non mortels.

— M. Wanner adresse une note relative à des expériences sur l'asphyxie.

— M. Bourgarel envoie une note sur une pompe à double effet, destinée à vider les abcès et à y injecter des liquides médicamenteux sans pénétration d'air. (M. Poiseuille, rapporteur.)

— M. Chauveau adresse une nouvelle lettre en réponse à la note lue par M. Bérard dans la séance du 19 mai.

— M. Falconi soumet à l'examen de l'Académie une nouvelle lancette à vaccination.

— M. le Président fait part à l'Académie de l'immense perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Thénard, l'un de ses membres associés fondateurs. L'Académie a été représentée par son bureau aux funérailles de l'illustre chimiste.

LECTURE.

Dynamoscopie. — M. le docteur Collongues lit un mémoire sur un nouveau système d'auscultation, nommé dynamoscopie, faisant connaître les altérations apportées par l'état de maladie, au bourdonnement qui se fait entendre à l'oreille lorsqu'on l'oblitère exactement avec le doigt.

Voici en quels termes M. Collongues résume les résultats de la dynamoscopie, dans ses applications aux maladies internes.

Dans les maladies aiguës. — 1° Le bourdonnement est roulant, fort, rapide, continu, égal;

2° Le bourdonnement devient roulant, trépidant ou tremblotant. La trépidation ou le tremblotement peuvent être continus, comme ils peuvent aussi ne paraître que de temps en temps;

3° Le bourdonnement est très-variable, très-inégal; il affecte tantôt une note aiguë, tantôt une note grave; il est à présent très-évident, tout à l'heure très-obscur; tantôt net, tantôt embarrassé;

4° Le bourdonnement est intermittent. Sa suppression peut être brusque, comme aussi elle peut arriver d'une manière lente en passant d'une note plus élevée à une note plus basse;

5° Le bourdonnement montre des caractères tels qu'il rappelle le bourdonnement qui existe au creux épigastrique ou sur la région précordiale après la mort: ce bourdonnement est dit *bourdonnement des mourants*;

6° Enfin le bourdonnement se supprime quelquefois complétement à l'extrémité des doigts quelques heures avant la mort ou au moment même de la mort.

Dans les maladies chroniques. — Toutes les variétés du bourdonnement dans les maladies aiguës se présentent encore dans les maladies chroniques.

Le bourdonnement offre dans celles-ci une faiblesse qui ne se trouve pas dans les maladies aiguës.

Fièvres intermittentes. — Les trois stades de la fièvre ont trois bourdonnements différents.

Dans le premier stade ou stade de froid, le bourdonnement est sourd, lent, profond, roulant, continu, inégal.

Dans le deuxième stade, ou stade de chaud, le bourdonnement est roulant, superficiel, très-fort, très-rapide, continu, quelquefois trépidant ou tremblotant.

Dans le troisième stade, ou stade de sueur, le bourdonnement est roulant, fort, moins rapide, continu, égal, régulier.

Dans le choléra épidémique, le bourdonnement offre dès le début les caractères de celui qui ne se présente ordinairement qu'à la fin des maladies aiguës, c'est-à-dire qu'il est intermittent. Les intermittences du bourdonnement sont plus prolongées que les réapparitions. D'ailleurs, il est très-fort, très-variable, tremblotant; il baisse et disparaît.

Dans les maladies qui se distinguent par la perte subite du sentiment et du mouvement, ordinairement le bourdonnement se supprime d'abord, et sa suppression continue jusqu'aux approches du retour des sens du malade.

Dans les attaques d'hystérie, la suppression du bourdonnement n'est pas la règle.

Dans toutes les maladies nerveuses, le bourdonnement est comme contracté, embarrassé.

Les paralysies complètes sont remarquables par l'absence totale du bourdonnement.

Les paralysies incomplètes ont un bourdonnement plus ou moins faible, suivant le plus ou moins de paralysie.

Le bourdonnement pendant le sommeil des malades conserve les altérations de l'état de veille; il est seulement plus faible, plus profond.

Petillements. — Dans le cours des maladies aiguës, comme des maladies chroniques, les petillements sont extrêmement variables. Ils ne se suppriment qu'à la mort.

Les petillements sont rares pendant le stade de froid des fièvres intermittentes. Ils sont plus fréquents et plus forts dans le stade de chaud.

Pendant la sueur, ils sont éclatants, très-vites, assez fréquents et ordinairement simples.

Dans le choléra épidémique, ils sont remarquables par leur nombre et leur éclat. Ils disparaissent pendant les crampes.

Dans les maladies qui se distinguent par la perte subite du sentiment et du mouvement, les petillements ne se suppriment pas toujours pendant les attaques.

Dans l'hystérie, ils sont très-nombreux. Ils le sont aussi dans les maladies nerveuses qui n'abolissent pas la conscience.

Dans les paralysies complètes, ils sont nuls; dans les paralysies incomplètes, ils sont rares.

Dans le sommeil des malades, ils sont plus petits, plus rares.

Diagnostic. — L'absence du bourdonnement fait distinguer une paralysie complète d'une paralysie incomplète; elle est le signe le plus certain de la paralysie vraie, et la fait distinguer de la paralysie simulée.

Marche, durée, terminaison des maladies. — Les variations du bourdonnement peuvent beaucoup éclairer la marche, la durée, la terminaison des maladies.

Le bourdonnement roulant, fort, rapide, coïncide avec la première période des maladies.

Les bourdonnements tremblotants, intermittents et des mourants, correspondent aux périodes les plus graves.

Pronostic. — Le bourdonnement roulant, fort, rapide, égal, signifie qu'une maladie, pour le moment, est exempte de danger.

Le bourdonnement tremblotant, roulant, rapide, continu, inégal, est l'indice d'un état sérieux.

Le bourdonnement qui est très-variable et très-inégal, surtout s'il se joint au tremblotement, correspond à un état grave.

Le cas sera encore plus grave si le bourdonnement roulant, tremblotant, est intermittent.

Lorsque le bourdonnement passe du roulant, du tremblotant, de l'intermittent au doux, c'est le signe de la rétrogradation de la maladie.

Enfin, le bourdonnement des mourants et l'absence complète et durable du bourdonnement à l'extrémité des doigts, des mains, sont un caractère certain d'une mort prochaine.

Du pronostic dans quelques maladies en particulier. — Dans les maladies qui se manifestent par la perte subite de la connaissance, le bourdonnement qui persiste pendant l'attaque indique que l'attaque n'est pas mortelle.

Le bourdonnement, qui s'est supprimé au début de l'attaque et qui reparaît durant son cours, indique que le malade reprendra ses sens.

La réapparition du bourdonnement sous l'influence de l'électricité dans les organes paralysés, annonce que le malade peut guérir.

Traitement. — La méthode qui fait rétrograder le bourdonnement de la deuxième période à la première, est la plus convenable, et réciproquement la méthode qui fait passer le bourdonnement de la première à la seconde période, est un traitement peu convenable.

Petillements. — Les petillements manquent, ainsi que les bourdonnements, dans les organes complétement paralysés.

Dans les pertes de connaissance, les petillements qui persistent malgré l'absence de bourdonnements doivent faire espérer que le bourdonnement se réveillera et que l'attaque ne sera pas mortelle.

L'électricité qui réveille dans un organe paralysé les petillements sans le bourdonnement doit inspirer la confiance que le bourdonnement ne tardera pas à revenir.

Résultat de la dynamoscopie après la mort. — *Mort générale.* — Immédiatement après la mort, le bourdonnement est absent de l'extrémité des doigts; on le perçoit aux jambes, aux cuisses, aux avant-bras, aux bras, au cou, à la poitrine et quelquefois à l'abdomen: on ne l'entend pas à la face et sur le cuir chevelu.

Il y a un point dans la région précordiale et épigastrique où il est plus distinct que dans toute autre partie. Ce point n'a pas de siége précis.

Le bourdonnement se trouve, après la mort, petit, faible, profond, lent, peu nourri, clair, continu, égal. Il rappelle le bourdonnement des mourants.

Le bourdonnement disparaît d'abord des pieds, des mains, puis des avant-bras, des jambes, des bras, des cuisses, où il est rare qu'on le trouve huit heures après la mort. Il se dissipe ensuite du cou, de la partie supérieure de la poitrine, et il reste encore perceptible, quoique très-affaibli, aux points indiqués des régions précordiale et épigastrique jusqu'à la dixième ou seizième heure après la mort.

Mort locale. — Dans les membres séparés du tronc, le bourdonnement existe partout immédiatement après l'amputation; il disparaît de minute en minute, en allant des deux extrémités vers le centre. Ce n'est que vers la quinzième minute qu'il est complétement éteint.

Petillements. — Les petillements sont nuls dans la mort générale et locale.

L'absence du bourdonnement est le signe le plus certain de la mort réelle; elle fait distinguer la mort réelle de la mort apparente.

— M. Charrière a exécuté, sur les indications de M. le docteur Collongues, un instrument ou dynamoscope, qui est aux altérations du bourdonnement ce que le stéthoscope est aux affections des viscères thoraciques. Nous en donnons la figure et l'explication.

Le dynamoscope est une tige (A) de liége, d'argent ou d'acier, qui présente à une extrémité un renflement (B) creusé en godet, pour recevoir la dernière phalange d'un des doigts de la personne auscultée, et, à l'autre extrémité, un second renflement plein et en forme de cône tronqué, que l'observateur introduit dans son oreille, et qui doit oblitérer exactement le conduit auditif.

Nota. — L'extrémité auriculaire de l'instrument doit varier suivant la conformation du conduit auditif externe de l'expérimentateur.

(Le travail de M. Collongues est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Guérard, Beau et Barth.)

Urine des femmes en lactation. — M. Leconte lit un travail intitulé: *Recherches sur l'urine des femmes en lactation.*

Désirant étudier les proportions du sucre, dont M. Blot venait de signaler la présence dans l'urine des femmes en lactation, M. Leconte a constaté, non sans étonnement, l'absence du sucre dans le liquide dont le plomb avait été séparé par l'hydrogène sulfuré. Après maintes expériences dans le but de s'assurer si la substance réductrice s'était ou altérée, ou volatilisée, il ne lui a plus paru possible d'admettre l'existence du sucre dans l'urine des femmes en lactation que j'avais examinées.

Il restait à déterminer quelle était la substance qui produisait la réduction du cupro-tartrate de potasse.

Les résultats obtenus l'ont conduit à cette conclusion: que c'est l'acide urique qui, dans l'urine des femmes en lactation, produit la réduction du cupro-tartrate de potasse. De là cette conséquence, que toutes les urines qui contiennent cet acide doivent réduire ce réactif avec plus ou moins d'intensité.

L'expérience est venue confirmer cette conclusion. En effet, dit M. Leconte, lorsqu'on ajoute à de l'urine d'hommes, de femmes non en lactation ou ayant passé l'âge critique, de jeunes garçons, de jeunes filles, de chiens, de chiennes jeunes ou âgées, du cupro-tartrate de potasse, on obtient une réduction semblable à celle que fournit l'urine de femme en lactation.

En résumé, dit M. Leconte, il résulte de mes recherches: 1° Qu'il n'existait pas de sucre dans les urines des femmes en lactation que j'ai examinées; les nombreuses analyses immédiates que j'ai faites appuient toutes cette conclusion.

2° Qu'il m'a été impossible d'obtenir une fermentation alcoolique régulière avec les urines que j'ai examinées et de la levûre de bonne qualité.

3° Que toutes les urines peuvent réduire les liquides bleus un peu anciens; les causes de cette réduction peuvent être multiples; l'acide urique m'a paru être la plus énergique, puisque ce corps réduit les liquides bleus récemment préparés.

4° Que les urines de femmes en lactation m'ont présenté moins d'urée et plus d'acide urique que les urines normales, ce qui facilite la réduction du liquide bleu.

5° La quantité d'eau et de matières solides dans les urines de femmes en lactation est à peu près la même que dans l'urine normale. (Commissaires, MM. Depaul, Poggiale et Wurtz.)

Cause anatomique de quelques hémiplégies. — M. Baillarger lit un travail intitulé *De la cause anatomique de quelques hémiplégies incomplètes observées chez les déments paralytiques.*

Les faits exposés dans ce travail, dont on trouvera plus haut une analyse, peuvent se résumer dans les propositions suivantes:

1° Les congestions qui précèdent la paralysie générale ou qui surviennent dans son cours sont souvent accompagnées d'hémiplégies passagères;

2° Ces hémiplégies passagères portent assez souvent toujours sur le même côté;

3° En se répétant, ces congestions, sur un seul hémisphère, finissent par amener des hémiplégies persistantes, le plus souvent incomplètes;

4° Ces hémiplégies, dont beaucoup étaient restées inexpliquées, l'hémisphère opposé n'offrant aucune altération locale, paraissent devoir être rattachées à une prédominance d'atrophie dans l'hémisphère opposé à la paralysie.

Anesthésiques. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les anesthésiques. La parole est à M. Larrey.

M. Larrey donne lecture d'un discours écrit que nous ne pouvons reproduire, le manuscrit n'ayant pas été laissé au secrétariat.

Une courte altercation a lieu entre MM. Devergie et Larrey, au sujet d'un passage de ce discours. (Voir le *Premier-Paris.*)

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 20 juin, M. Salaun, chirurgien auxiliaire de 2e classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur. M. Salaun faisait partie de l'équipage du *Duroc*, et il déploya le plus courageux dévouement lors du naufrage de ce navire.

— Nous avons la douleur d'apprendre qu'un des internes les plus distingués des hôpitaux, M. Saint-Germain, interne à la Pitié, vient de succomber aux suites d'une piqûre anatomique.

— La ville d'Etampes a voté l'érection d'un monument à la mémoire de l'illustre naturaliste qui est né dans ses murs, Etienne Geoffroy Saint-Hilaire. Une commission a été chargée de veiller aux soins de l'érection de ce monument, approuvée par un décret impérial du 14 juillet 1856. Cette commission est composée de MM. le comte de Saint-Marsault, préfet de Seine-et-Oise, Pommeret des Varennes, maire de la ville d'Etampes, Duméril, membre de l'Institut, Jomard et le docteur Alex. Magne. — Les souscriptions sont reçues à Paris, au secrétariat de l'Institut, et chez M. Reynier, au secrétariat de la Faculté des sciences.

Le Gérant.

Paris, — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De quelques moyens de traitement du diabète sucré.

Dans une de ses leçons cliniques de l'année dernière, et à pareille époque à peu près, M. le professeur Trousseau en appelait à notre observation de cette année-ci pour constater les résultats du traitement de plusieurs diabétiques placés dans son service. Nous avons pris date de cet appel, et au jour dit nous nous sommes trouvé là pour assister à cette espèce de reddition des comptes de tout ce qui avait été fait et vu pendant cette longue période. Il nous faut donc remonter à une année pour reconstituer l'histoire sommaire des malades qui ont été le sujet de cette patiente observation.

Trois malades placés dans la même salle et entrés à peu près à la même époque, présentaient à des degrés divers les symptômes de l'affection diabétique. Deux d'entre eux avaient le diabète vrai, la glycosurie ; le troisième était un polyurique. De ces trois malades deux sont encore dans les salles, le polyurique et l'un des glycosuriques. L'autre en est sorti il y a un mois seulement.

Le glycosurique restant, et qui est couché au n° 5 de la salle Sainte-Agnès, est un homme de cinquante-quatre à cinquante-cinq ans, dont la maladie existe depuis cinq ou six ans. Quand il est entré à l'hôpital, il y a quinze mois, on constate dans les urines la présence de la glycose et de l'albumine; les extrémités inférieures étaient infiltrées Il existait donc en même temps un diabète et une maladie de Brigth.

Chez l'autre malade, jeune homme de vingt-sept à vingt huit ans, qui était au n° 17 de la même salle, il existait également de la glycosurie depuis une année, mais on ne trouvait que très-accidentellement et toujours en très-petite quantité, des traces d'albumine dans les urines.

Enfin le troisième malade est un homme qui était couché au n° 11 bis, et qui est resté depuis attaché comme infirmier à la salle Saint-Louis, dans le service de M. Legroux. Cet homme avait seulement de la polyurie, c'est-à-dire un diabète sans sucre.

Lorsqu'on voyait ces trois malades couchés alors dans la même salle, on était de suite frappé d'une chose, c'est que celui qui n'était atteint que de polyurie, c'est-à-dire de diabète non sucré, était très notablement plus malade que les deux autres; et encore aujourd'hui qu'il est en traitement depuis un an et qu'en sa qualité d'infirmier, il a un régime plus substantiel que celui des malades, sa constitution est beaucoup plus profondément altérée que celle du malade du n° 5, et surtout que celle du malade qui était couché au n° 17.

De ce premier aperçu parallélique ressort ce premier point, c'est que la polyurie ou polydipsie, en d'autres termes le diabète non sucré, est quelquefois tout aussi grave que le diabète sucré, qu'il altère la constitution tout aussi profondément dans quelques circonstances, et que l'on a eu grand tort de regarder le diabète non sucré comme une maladie de peu d'importance.

Mais revenons aux deux glycosuriques.

Celui du n° 5 avait contre lui bien des chances. Il était glycosurique, albuminurique et phthisique (il a des tubercules ramollis au sommet du poumon gauche). Malgré ces mauvaises chances, après un séjour de dix-huit mois à l'hôpital, il est dans un état meilleur que quand il y est entré.

Quant à l'autre malade, celui du n° 17, qui avec une glycosurie très prononcée avait encore de l'albuminurie, il est sorti de l'hôpital il y a quelques semaines dans des conditions de santé infiniment meilleures que celles où il se trouvait en y entrant il y a un an.

Il est temps de dire maintenant quel a été le traitement institué chez ces deux malades.

M. Trousseau, trouvant dans la réunion de ces malades une circonstance favorable pour éprouver les divers moyens de traitement les plus vantés contre cette affection, a d'abord essayé le traitement alcalin.

On a donné à ces deux malades le bi-carbonate de soude, en commençant par 5 grammes, puis l'élevant graduellement à 6, 8, 10, 15, 20 grammes par jour, doses considérables, comme on voit. On a obtenu que les urines pesant, chez l'un, 1038, 1039, 1040, 1042 et même 1045, ne pesassent plus que 1037, 1038, 1039 au maximum. On n'a donc obtenu à un si grand prix, avec des doses énormes de bi-carbonate de soude, que 2, 3, 4, 5 degrés de moins à l'aréomètre; rien de plus. Mais, en revanche, on a eu un autre résultat bien plus sensible et plus invariable; c'est qu'après un petit nombre de jours l'appétit se perdait, la diarrhée survenait, le sujet se débilitait profondément ; et, bien qu'il rendît moins de glycose, sa santé s'altérait beaucoup plus sensiblement que lorsqu'il en rendait davantage. Ainsi, par cette médication, on obtenait sans doute moins de glycose, mais il s'en fallait que la réparation des forces eût lieu en proportion. De telle sorte qu'établissant la compensation entre le bénéfice de la médication et ses inconvénients, M. Trousseau s'est vu obligé, après en avoir fait trois ou quatre fois l'essai, d'y renoncer définitivement dans l'intérêt des malades.

Il a voulu essayer alors les eaux minérales naturelles. Il a fait venir à l'Hôtel-Dieu des eaux de Pougues, qui, comme tout le monde le sait, contiennent de la chaux, de la magnésie et du fer. Les malades ont pris jusqu'à cinq bouteilles par jour d'eau de Pougues. Ils ont été pendant les premiers jours réconfortés, et leur dyspepsie a diminué. Vers le dixième ou le quinzième jour, ils ont cessé de s'en bien trouver. En d'autres termes, la glycosurie est restée à très-peu de chose près la même, et l'état général ne s'est pas sensiblement amélioré.

Il a fallu passer à d'autres médications, essayer le régime. On sait en vertu de quel ordre de faits et d'idées on a institué pour les diabétiques un régime exclusivement composé de viande, d'œufs, de végétaux frais, sans fécule et sans sucre, de pain de gluten et de vin pur. Les deux malades de M. Trousseau ont été mis à ce régime; ils y ont été mis pendant trois semaines, un mois, six semaines; et on y est revenu à quatre, cinq ou six reprises différentes dans le cours du traitement, afin d'en bien apprécier les effets. On a constaté effectivement que pendant que les malades étaient à ce régime, la quantité de glycose diminuait; cependant elle n'a jamais diminué d'une manière très-notable : ainsi, chez le malade qui rendait habituellement moins de glycose, on n'a jamais eu moins de 1033, 1032 1/2 à l'aréomètre; chez l'autre, on n'a pas pu arriver au-dessous de 1033, 1034. Mais à peine les malades avaient-ils suivi quelque temps ce régime, que le dégoût s'emparait d'eux; leurs digestions se faisaient moins bien ; leurs forces, au lieu d'augmenter, diminuaient ; leur voix s'affaiblissait ; en un mot, loin qu'il se fît une récorporation en proportion de la diminution de la présence du sucre dans les urines et de la privation des aliments féculents capables d'en accroître la proportion, il semblait, au contraire, que les malades allaient dépérissant sous l'influence de ce régime.

Après avoir constaté plusieurs fois cet effet du régime exclusif, M. Trousseau a essayé de rendre aux malades quelques féculents, du pain ordinaire en moindre quantité toutefois que d'habitude, et il a observé alors qu'ils rendaient sans doute un peu plus de sucre ; mais les aptitudes digestives de l'estomac semblaient se réveiller et les forces générales se relever. On leur a donné en même temps du vin pur; mais ils ont fini par en être dégoûtés, et par aimer mieux du vin coupé avec de l'eau de Seltz ou de l'eau que du vin pur.

En un mot, après huit ou neuf mois d'essais et de tâtonnements, il est devenu évident pour M. Trousseau que le meilleur régime pour les diabétiques est un régime mixte dans lequel les substances animales toutefois tiennent le premier rang, et dans lequel entrent ensuite les végétaux frais en assez grande quantité, et les féculents en proportion moindre. Ce régime, qui n'augmente pas sensiblement la glycosurie et qui maintient la conservation des forces, est aux yeux de M. Trousseau le mieux approprié à l'état des diabétiques. Il est certain que les deux malades qui font le sujet de ces

BIBLIOGRAPHIE.

Éléments de physiologie de l'homme et des principaux vertébrés; par M. le docteur BÉRAUD, revus par M. Ch. ROBIN (1).

Les traités de physiologie ne manquaient pas, et cependant il y avait un éminent service à rendre à la jeunesse : il lui fallait un manuel, un livre d'école, méthodiquement et habilement disposé, qui lui offrît la science telle qu'elle est; un livre qui fût à la fois élémentaire et complet : élémentaire par la forme, complet dans son fond. MM. Béraud et Ch. Robin, nous n'hésitons pas à le dire, ont grandement satisfait aux exigences de ce programme. La rapidité avec laquelle la première édition a été enlevée vaut tout un éloge.

Cette seconde édition est tout simplement un nouveau livre, tant il est transformé, tant il est enrichi, sans parler d'une table alphabétique et analytique très complète facilitant toutes les recherches.

Dans la première édition, M. Béraud part des fonctions pour arriver à la fin du livre aux usages et aux propriétés. Ces trois notions dynamiques correspondent aux trois notions anatomiques d'appareils, d'organes et de tissus. Renversant cet ordre, les auteurs ont passé cette fois du simple au composé.

Mise au courant de toutes les questions nouvelles, cette édition est le livre le plus complet de physiologie qui existe. Nous ne saurions qu'effleurer toutes les nouveautés qui y sont contenues, et assurément la surabondance des matériaux nous obligera à plus d'une omission.

(1) 2 vol.; 2e édit. entièrement refondue. Chez Germer-Baillière.

Depuis que pour la première fois les mots de grande et petite circulation furent introduits dans la science, nulle voix n'a protesté, parce que, ce semble, personne n'avait senti l'inconvénient que pouvaient entraîner ces vicieuses expressions.

M. Hiffelsheim, en 1849, s'éleva contre ces expressions en montrant qu'il n'y avait en réalité que deux segments de cercle. Distinction toute nominale en apparence, des plus sérieuses au fond. En effet, puisque le cercle est unique, toutes les lois du *mouvement continu* d'un liquide dans un cercle clos s'appliquent au cas particulier du *cercle* du sang ; les lois de frottement, de pression, les pressions sur les valvules du cœur de bas en haut et de haut en bas ne peuvent être appliquées qu'au point de vue de l'auteur de ce remarquable travail.

Il montre ailleurs que l'on confond les études sur la durée de la circulation avec celles de la vitesse, que la nature indéterminée du problème doit faire appliquer l'expression de durée à la plupart de ces résultats, attendu que l'on a rarement cherché à établir une relation entre l'espace qui est inconnu et le temps ; que dans les cas où on a établi cette relation, les données et les résultats étaient tellement relatifs, qu'il n'y avait rien à en déduire pour la vitesse du sang dans le cercle entier.

Plus loin nous trouvons les importantes recherches de ce physiologiste sur les mouvements du cœur. Tout le monde à présent, avec MM. Béraud et Ch. Robin, distinguera les mouvements du cœur en *absolus* et *relatifs*, distinction neuve et qui se rattache aux expériences de M. Hiffelsheim, sur la cause des battements du cœur. C'est déjà un service rendu à la science que d'avoir tenté d'introduire l'exactitude physique dans la science physiologique. Nous ne rappellerons pas toute la doctrine formulée dans ces quelques mots : *Le cœur bat parce qu'il recule*. Les colonnes du journal en ont souvent entretenu nos lecteurs.

Cette question est une de celles qui ont le plus préoccupé les médecins depuis qu'elle est entrée dans cette phase nouvelle d'exactitude et de précision. Quantité de travaux furent entrepris à partir de la publication du premier mémoire de M. Hiffelsheim. Et si, au lieu de contester des principes que les hommes les plus compétents en médecine et en mécanique ont par deux fois sanctionné à l'Institut et au dehors, ces physiologistes avaient, à son exemple, pris pour guide les distinctions si nettes qu'il a établies, on serait enfin sorti à tout jamais de ce tissu de contradictions qui forment l'ancienne cardiologie.

Dans cet ouvrage, et pour la première fois dans un traité de physiologie, se trouve développée avec détails la vaste section des fonctions cérébrales, qui de droit appartient au médecin, quelque idée que l'on se fasse de la vie intellectuelle.

Tout est nouveau ici, et il ne faudrait rien moins qu'un exposé de doctrine philosophique pour donner une idée de cette partie du livre, qui, ainsi qu'on le voit, est conçu dans les proportions les plus larges. Le cadre est complet, et le grand mérite des auteurs est d'avoir soulevé et résolu toutes les questions de manière à les graver dans l'esprit de l'élève. Il y a écueil à affirmer, mais l'élève assurément ne saurait se préparer aux études sérieuses, s'il a dans son esprit autant de points d'interrogation, de doutes, d'incertitudes que de faits.

L'enseignement doit procéder toujours *à priori*. De là sa grande responsabilité à l'endroit des faits : affirmer d'abord, prouver ensuite, telle est la mission d'un traité classique.

Quelques mots vont maintenant suffire pour donner une idée nette des divisions de l'ouvrage et du plan adopté dans l'exposé de toutes les questions qu'il embrasse.

Dans l'organisme anatomiquement considéré tout est lié d'une manière intime et solidaire, sans homogénéité ni confusion pourtant ; mais pour le mieux étudier, on le divise en : 1° principes immédiats et éléments anatomiques ; 2° humeurs et tissus ; 3° systèmes ; 4° organes ; 5° appareils ; 6° organisme ou corps ; toutes choses qui doivent être envisagées successivement, si l'on veut bien connaître l'ensemble. D'où la subdivision naturelle et nécessaire tout à la fois de la physiologie en plusieurs sections. La première comprend l'étude des propriétés

quelques considérations cliniques, se sont l'un et l'autre trouvés mieux de ce régime mixte que du régime animal exclusif.

Quant à l'action des divers médicaments qui leur ont été administrés, voici ce qui a été constaté. Les alcalins se sont montrés utiles au début, mais pendant quelque temps seulement. Ce résultat est conforme à ce que M. Trousseau a généralement observé chez les diabétiques qui se trouvent bien de l'usage des alcalins lorsque leur maladie est encore récente, et pourvu qu'ils n'en prolongent pas l'usage trop longtemps. Mais ce qui a paru rendre le plus de services chez ces malades, c'est le vin de quinquina, la teinture de noix vomique donnée pendant un certain temps seulement et supprimée dès que l'estomac en paraissait fatigué; c'est enfin, et par dessus tout, le fer. L'action de ce dernier agent a été tellement évidente qu'à partir du moment où l'un des deux malades (le n° 17) a commencé à en faire usage, les forces se sont rapidement accrues, et la quantité de glycose a été en diminuant, bien que le régime fût à peu de chose près le régime commun.

En résumé, ces deux malades, l'un après un an, l'autre après quinze mois de séjour à l'hôpital, ont vu leur santé s'améliorer d'une façon notable, bien que chez le n° 5, qui est encore dans les salles, il y ait complication d'albuminurie et de phthisie tuberculeuse. Le régime mixte, les préparations ferrugineuses, la noix vomique et le quinquina, et voire même les préparations alcalines, mais pendant un certain temps seulement, tel est l'ensemble des moyens auxquels M. Trousseau croit pouvoir attribuer l'amélioration notable survenue dans l'état de ces deux malades.

Kyste sanguin ovarique uniloculaire. — Ponction. — Complication d'hémorrhagie cérébrale. — Mort.

La discussion récente de l'Académie de médecine sur les kystes de l'ovaire, qui a éclairé un grand nombre de points obscurs de cet ordre d'affections, ajoute un intérêt de plus à tous les faits nouveaux qui s'offrent à notre observation et qui viennent confirmer ou compléter quelques-unes des propositions que cette discussion a permis de formuler. Voici un exemple d'une espèce rare de kyste ovarique, le kyste sanguin uniloculaire, qui vient d'être observé récemment dans le service de M. Rayer à l'hôpital de la Charité. Nous en empruntons la relation au dernier compte rendu de la Société de biologie, d'après la communication qui en a été faite à cette Société par M. Dupuy.

Une femme âgée de soixante ans entre le 21 février dernier dans le service de M. Rayer, salle Sainte Basile. Cette femme, qui n'avait jamais été malade jusque-là, portait une tumeur abdominale dont l'origine paraissait remonter à trois ans. Cette tumeur, en se développant, n'a d'ailleurs produit aucune espèce de troubles fonctionnels, sauf une sensation de gêne et de pesanteur que le temps ne faisait qu'accroître. De l'engourdissement, des fourmillements et un peu de faiblesse survenus dans le membre inférieur droit depuis quelques semaines, tels étaient les seuls troubles qu'ait éprouvés jusque-là sa santé.

Cette tumeur a présenté une notable augmentation de volume dans les huit à dix derniers mois. Très-saillante en avant, la fluctuation, la sensation de choc que produit par la percussion le liquide déplacé, y sont partout aussi facilement appréciables que dans une ascite ordinaire. A la palpation, la tumeur n'offre pas plus de résistance et de dureté dans un point que dans l'autre.

Il s'agissait évidemment d'un kyste de l'ovaire, et l'ensemble des divers signes physiques indiqués devait porter à admettre, ou un kyste uniloculaire simple, ou une cavité principale se prêtant seule aux moyens d'exploration, et par cela même fournissant seule des éléments de diagnostic.

Dans les deux cas, et en tenant compte des conditions de santé générale, si favorables en apparence, offertes par la malade, la ligne de conduite à suivre était toute tracée. La ponction était la seule ressource curative, et, la ponction faite, l'injection de teinture d'iode s'il y avait lieu.

M. Giraldès, chargé de faire la ponction, la pratiqua le 26 février. Elle donna issue à environ 6 litres d'un liquide ayant une teinte brunâtre et contenant du pus, des globules sanguins, des cristaux de cholestérine et beaucoup d'albumine. La nature du liquide parut à M. Giraldès une contre-indication à faire l'injection projetée.

Il ne survint pas, après la ponction, d'amélioration immédiate.

Le 28, des douleurs assez vives se manifestèrent autour du point ponctionné.

Le 1er mars, persistance des douleurs, point de hoquets, point de vomissements; mais il y a des signes de paralysie incomplète du sentiment et du mouvement dans le membre thoracique droit. L'intelligence demeure saine. (Saignée de 200 grammes.)

Le 4 mars, les douleurs abdominales persistant au même degré, application de 10 sangsues autour du point ponctionné.

Le 6, les douleurs ont disparu.

Le 9, les symptômes de paralysie se sont aggravés pour le membre thoracique et sont devenus très-manifestes pour le membre abdominal droit. Il y a depuis quelques jours de l'œdème des extrémités inférieures, mais point d'albumine dans les urines. La collection liquide s'est en grande partie reproduite dans le kyste.

Le 10 mars, en examinant la malade, on trouve à gauche, surajoutée pour ainsi dire à l'ancienne tumeur, une tumeur nouvelle, d'une résistance marquée au toucher, et n'offrant point d'ailleurs de fluctuation appréciable. En percutant à droite, la main placée à gauche, à son niveau, n'éprouve point la sensation du choc d'un liquide déplacé. L'un des médecins qui assistaient à cet examen pensa que le kyste devait être au moins biloculaire, ou qu'il s'agissait d'une tumeur entièrement solide sans doute formée aux dépens de l'ovaire gauche.

A partir de ce moment, la malade s'est progressivement affaiblie. Il est survenu de la constipation, de la rétention d'urine, un mouvement fébrile continu, et que n'a jamais accompagné ou interrompu le moindre frisson.

Le 26 mars, la mort est arrivée après trois jours d'un coma presque complet.

A l'autopsie, on a trouvé un kyste uniloculaire ayant son point de départ dans l'ovaire gauche, renfermant un liquide chocolat, et de plus une masse de caillots fibrineux égalant presque le volume d'une tête d'enfant à terme.

Le liquide contenait encore de l'albumine, des globules sanguins et purulents, mais beaucoup moins de cholestérine.

La paroi du kyste est d'une épaisseur inégale et sillonnée en arrière de quelques veines volumineuses. Formée d'une série de couches, la plus externe, de nature séreuse, a contracté des adhérences avec plusieurs des organes voisins. La plus interne, intimement unie à des caillots de fibrine, paraît faire corps avec eux et être le résultat de leur transformation. La transition d'un état à l'autre est dans certains points nettement appréciable à l'œil nu. Cette membrane interne du kyste n'a l'aspect ni d'une séreuse ni d'une muqueuse.

Entre la membrane interne constituée par les caillots en voie de transformation et la couche externe séreuse, se trouve un tissu blanchâtre, albuginé, facilement décomposable en deux couches; la plus extérieure manifestement fibreuse et très-peu vasculaire; la deuxième, de même nature et d'une densité beaucoup moindre, présente à la coupe de nombreux orifices dus, selon toute apparence, à la section de sinus veineux. Telle est au moins l'opinion émise par M. Giraldès, qui a examiné avec soin la pièce anatomique.

Les caillots volumineux de fibrine coagulée, dont l'autopsie a révélé la présence dans l'intérieur du kyste, formaient selon toute apparence cette tumeur qui avait été constatée du côté gauche pendant la vie.

A l'ouverture du crâne, on a trouvé les artères de la base altérées par des concrétions calcaires.

Dans les corps striés et les couches optiques, il y avait des deux côtés plusieurs petits foyers hémorrhagiques, de date plus ou moins récente. Le plus volumineux, qui a la grosseur d'une petite noisette, siégeait dans le corps strié à droite.

De la syphilide maculeuse du cou, considérée comme l'une des variétés de l'exanthème syphilitique tardif.

Dans une thèse très-bien faite et que nous avons déjà signalée à l'attention de nos lecteurs, thèse sur les *exanthèmes syphilitiques*, M. le docteur Pillon décrit une manifestation syphilitique assez fréquente, à en juger par les observations qu'il a recueillies pendant un laps de temps relativement assez court à l'hôpital de Lourcine, et qui n'est cependant décrite dans aucun des traités le plus récemment publiés sur la matière.

Après que la roséole syphilitique a parcouru ses phases, après qu'elle a pu exister, au cou comme ailleurs, avec les caractères que tout le monde lui connaît; quand elle a disparu de ce point, et qu'elle commence à s'effacer ailleurs sous l'influence du traitement ou par quelque autre cause; alors que les plaques muqueuses vulvaires ou amygdaliennes ont pu cesser d'exister, que les cheveux ne tombent plus, qu'il n'y a plus ni croûtes ni furfures du cuir chevelu, que les syphilides, quelles qu'elles soient, ont pu disparaître, que la peau commence à redevenir nette, il reste sur la peau de la région cervicale quelque chose. C'est ce quelque chose que M. Pillon désigne sous le nom de syphilide maculeuse du cou.

Toujours absente chez les sujets indemnes de syphilis, elle est d'une fréquence extrême au moins chez les femmes qui sont en proie à la diathèse syphilitique; elle est d'une ténacité, d'une persistance tout à fait remarquables : elle est assez visible et assez significative pour permettre au malade de faire le tableau des accidents qu'il a éprouvés.

L'époque de son apparition dans la série syphilitique peut être fixée au déclin de la roséole ou plus tard; l'accident avec lequel elle coïncide souvent est le psoriasis des muqueuses.

Voici, d'après M. Pillon, la description de cet exanthème :

Sur la peau du cou, si blanche, si fine, et exempte de poils chez la femme, la syphilide maculeuse du cou se présente sous forme de marbrures liées les unes aux autres, circonscrivant des espaces sains, dont elles font ressortir la blancheur assez sensiblement pour permettre de croire, au premier abord, que ces espaces blancs sont le siége du mal, et leur donner l'apparence de plaques de vitiligo. Ces marbrures sans saillie, ocrées ou de la couleur du café au lait, ne sont le siége d'aucune chaleur, d'aucun prurit, d'aucune démangeaison; les malades se doutent rarement qu'ils en sont porteurs. Aucune desquamation, aucune efflorescence n'existent à leur surface; leurs bords, inégaux et mal délimités, se fondent graduellement, en perdant leur teinte, avec les espaces intermédiaires sains; se touchant et se confondant par d'autres points de leur contour, elles constituent une sorte de réseau qui emprisonne dans ses mailles les points plus blancs dont il a été parlé; enfin, et presque constamment, elles entourent la totalité du cou pour l'enfermer dans un collier complet.

Cet exanthème se différencie aisément, soit par son siége d'élec-

---

élémentaires ou vitales de la substance organisée. A la notion de *substance organisée* ou *d'éléments anatomiques* correspond la notion de *propriétés vitales* ou *élémentaires*.

Vient en second lieu l'étude des propriétés de tissu. On sait, en effet, qu'aux notions d'*humeur* et de *tissu* se rattache l'étude des *propriétés de tissus* et d'*humeurs*, c'est-à-dire du mode d'activité qui leur est propre. La *nutrition* est une propriété de tous les éléments, et par suite de tous les tissus, sur laquelle reposent toutes les autres propriétés. La *sécrétion* est une propriété de tissu qui appartient à la plupart d'entre eux, et spécialement aux parenchymes.

L'*absorption* n'est également qu'une propriété de tissu qui varie dans chacun d'eux, comme la *sécrétion*, suivant sa texture, etc.

Les deux divisions suivantes de l'ouvrage, la troisième et la quatrième, traitent de parties de la physiologie généralement omises dans les traités spéciaux, ou ne se trouvant que dans les traités d'anatomie, qui naturellement ne les envisagent pas d'une manière suffisamment complète pour que les applications de ces notions à la pathologie deviennent possibles. Ainsi, en *troisième lieu*, nous voyons qu'à la notion anatomique de *système* se rattache en physiologie celle d'*attribut*, chaque système ayant un ou plusieurs attributs.

Nous savons, en *quatrième lieu*, qu'une branche de l'anatomie décrit les *organes*. Or on appelle *usage* chacun des actes propres à chaque organe, exécutés par lui. Cette section leur est exclusivement consacrée.

La *cinquième division* de l'ouvrage est des plus importantes. A la notion d'*appareil* correspond la notion de *fonction* : c'est l'acte spécial et complexe que chaque appareil accomplit.

S'appuyant sur les données de l'anatomie descriptive et générale, sur celles plus modernes de la physiologie expérimentale, les auteurs étudient les fonctions dans l'ordre suivant. En premier lieu, les fonctions *de la vie végétative*; en second lieu, celles de la vie animale.

La première classe embrasse toutes les fonctions qui concourent aux actions moléculaires des éléments anatomiques, à leur composition et décomposition; elle se divise naturellement en deux ordres de fonctions : celles qui ont pour résultat la conservation de l'individu, ou les *fonctions de nutrition*; celles qui ont pour résultat la conservation de l'espèce, ou les *fonctions de reproduction*.

La seconde division des fonctions végétatives comprend celles qui se rattachent particulièrement à la propriété élémentaire ou vitale de naissance ou de reproduction.

Les fonctions exclusivement propres aux animaux, ou fonctions animales, se divisent en *fonctions de la vie de relation* et *fonctions de la vie spéculative*.

Parmi elles, il en est dont l'accomplissement a pour résultat d'établir une relation réciproque entre le milieu ambiant et l'animal.

Les unes établissent cette relation du dehors au dedans; elles reposent toutes essentiellement sur la propriété de sensibilité. Ce sont les fonctions remplies par les organes des sens, ou fonctions de sensation.

Les autres établissent une relation consécutive à l'un des modes de la précédente, du dedans au dehors de l'animal à l'égard des objets qui l'entourent. Ce sont les fonctions de relation par locomotion et expression.

Les autres fonctions de la vie animale sont celles qu'on appelle aussi *fonctions affectives et intellectuelles, de la vie de sentiment et de spéculation*, dont l'accomplissement a pour résultat l'établissement de relations entre les fonctions de la vie végétative et toutes celles de la vie animale.

La *sixième partie* de ce traité embrasse l'étude de questions physiologiques plus générales, mais qui n'en sont pas moins d'une grande importance et qui fournissent tous les jours de nombreuses applications à la pratique médicale.

Telles sont les notions de *vie*, de *vitalité*, et des actes généraux qui la manifestent, et celles de leurs résultats ou des actes dont la notion se rattache à celle d'organisme; telles sont la production de chaleur, l'hérédité, les âges, les lois physiologiques de la propagation, de la mortalité, le sommeil et ses variétés, la physiologie des habitudes et autres questions énumérées ici au hasard, mais qu'on trouvera méthodiquement enchaînées dans l'ouvrage dont je cherche à donner une idée générale.

Les auteurs de cet ouvrage montrent encore comment l'expression de *physiologie générale* désigne cette portion de la physiologie qui a pour sujet ceux des actes qui sont les mêmes au fond pour toutes les parties du corps. Elle correspond en physiologie à la portion de l'anatomie générale.

Notons, en terminant, avec MM. Béraud et Robin, que cette division n'est faite que dans le but de faciliter l'étude; il faut toujours se figurer que les divers actes du domaine de la physiologie dépendent les uns des autres, qu'ils s'accomplissent *simultanément* et non *successivement*. Mais l'impossibilité où l'on est d'envisager tous ces actes à la fois, force de les examiner les uns après les autres : soit en procédant du simple au composé, ce qui est plus naturel; soit en procédant du composé au simple, ce qui est quelquefois plus facile, mais donne moins de précision à l'étude que l'autre méthode. ORDONEZ.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Leçons de physiologie expérimentale appliquée à la médecine, faites au Collége de France par M. Claude Bernard, membre de l'Institut de France. Paris, 1856. Tome IIe. In-8° de 515 pages, avec planches dans le texte. Prix des deux volumes, 14 fr. — A Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Traité des maladies nerveuses et de leur rapport avec l'électricité, par M. J. Bernard. Un vol. in-8°. — Paris, 1857. Chez Jules Viat, libraire-éditeur, cour du Commerce, 12.

tion, soit par ses caractères même, soit par l'époque de son apparition, de la plupart des autres exanthèmes de même nature, tels que la roséole, la syphilide exanthématique consécutive, la syphilide pigmentaire, etc.

Mais ce avec quoi l'exanthème tardif du cou a quelque ressemblance, c'est la tache hépatique, l'éphélide. Voici à quels signes on peut l'en distinguer :

La tache d'éphélide est arrondie ou ovale ; son contour est assez nettement accusé; sa couleur, d'abord grisâtre, puis jaune et souvent safranée, n'est pas celle des marbrures du cou. Le plus souvent isolée, elle se range autour de ses voisines pour former des groupes au milieu desquels deux ou trois taches plus étendues dominent toutes les autres; mais ces taches, discrètes, souvent éparses, toujours bien isolées, ne se confondent ni ne se réunissent par leurs bords, et leurs groupes ne font jamais le tour du cou, comme les marbrures syphilitiques, qui forment constamment un collier complet. L'éphélide peut affecter toutes les régions, tandis que les marbrures exanthématiques ne se rencontrent jamais qu'au cou, et seulement sur les sujets soumis à la diathèse syphilitique.

La syphilide maculeuse du cou n'est qu'un symptôme, mais un symptôme qui aurait, d'après les observations de M. Pillon, d'autant plus d'importance qu'il survit en quelque sorte à tous les autres. On le voit paraître et persister quand tous les autres font défaut. De sorte qu'il aurait, si l'on peut s'exprimer ainsi, une valeur diagnostique rétrospective.

Si ce symptôme ne devait avoir que cette signification, ce serait un signe de peu d'importance ; mais on peut lui trouver une valeur séméiologique pour le présent et même pour l'avenir, de sorte qu'il peut à la fois éclairer le diagnostic dans des cas douteux, et constituer un signe pronostique, qui ne devra point être négligé. Au point de vue présent, la syphilide maculeuse peut donner la certitude que la diathèse syphilitique n'est pas éteinte, et que par conséquent le traitement fait jusqu'alors est insuffisant; au point de vue de l'avenir, il permet de prévoir la possibilité d'un retour plus ou moins prochain de nouveaux accidents consécutifs. M. Pillon assure avoir, dans 4 ou 5 cas, vu se vérifier ce pronostic porté d'après ce seul indice.

Quant au pronostic propre de ce symptôme, M. Pillon le compare sous le rapport de la ténacité, au psoriasis des muqueuses, qui lui est souvent congénère ; mais de même que cette manifestation syphilitique, il n'incommode en aucune façon les sujets qui en sont affectés.

La syphilide maculeuse du cou ne réclame aucun traitement particulier ; elle s'efface à la longue, mais très lentement, sous l'influence du traitement général ; et par la même raison que sa persistance sert à mesurer l'intensité de la diathèse latente, sa disparition indique le moment où le traitement a été suffisant.

HOTEL-DIEU DE ROUEN. — M. Leudet.

Asphyxie par la vapeur de charbon.

Rochez (Olivier), âgé de cinquante et un ans, domestique, entre à l'hôpital le 22 décembre 1856. Habituellement d'une bonne santé, Rochez a abusé de la vie sous toutes ses faces ; aussi a-t-il perdu successivement plusieurs positions qui lui permettaient de vivre dans l'aisance ; bien qu'ayant abusé fréquemment des alcooliques, il assure n'avoir jamais été atteint d'accidents délirants ou de faiblesse des membres inférieurs; il n'est pas sujet aux douleurs rhumatismales et n'a jamais eu de névralgie sciatique.

Le 21 décembre, Rochez fit un excès de boisson, il but une quantité d'eau-de vie qu'il évalue à un demi-litre; puis, le même jour ou le lendemain dans la matinée, il résolut de mettre fin à ses jours. L'état d'ivresse dans lequel il se trouvait ne lui a pas permis de se rappeler d'une manière positive à quel moment il avait mis à exécution ses projets de suicide; pour cela il eut recours à un fourneau rempli de charbon de bois allumé et placé sous une table à une assez grande distance du lit; il se coucha ensuite et tomba bientôt après dans l'engourdissement, sans éprouver aucune sensation douloureuse. L'odeur du charbon, qui traversait les planches mal jointes de la porte, attira l'attention des voisins ; le malade fut apporté dans la soirée à l'Hôtel-Dieu, le 22 décembre, dans un état d'engourdissement et de perte incomplète de connaissance. Il nous apprit qu'il avait recouvré incomplétement sa connaissance dans le trajet de son domicile à l'hôpital; ainsi les lampes à gaz des rues lui paraissaient être l'éclairage de la scène d'un théâtre. On lui administra immédiatement 4 grammes d'acétate d'ammoniaque dans l'eau. Dans la nuit du 22 au 23, plusieurs vomissements, retour graduel de la connaissance.

Le 23 au matin, nous trouvons Rochez dans l'état suivant : Connaissance complète, le malade nous fournit les renseignements insérés ci-dessus sur son suicide; douleur de tête frontale gravative, pas d'étourdissements, pas de troubles des sens; mouvements conservés dans les membres supérieurs et inférieurs; douleur gravative, lancinante par moments, dans la fesse droite, immédiatement au niveau du point d'émergence du nerf sciatique de l'échancrure; dans ce point, sur une étendue grande comme la moitié de la paume de la main, existe une plaque rouge, elliptique, sans traces de soulèvement phlycténoïde, seulement l'épiderme semble un peu ridé; sensation d'élasticité sans fluctuation; douleurs provoquées par la pression. Aucune douleur dans les autres parties de l'os iliaque; pas d'appétit, plusieurs selles diarrhéiques dans la soirée de l'arrivée à l'Hôtel-Dieu. — Limonade sucrée; bouillon, potage.

Du 24 au 31 décembre 1856, l'état du malade demeure à peu près le même. Affaiblissement marqué ; cependant tous les mouvements volontaires sont possibles; langueur intellectuelle. Persistance de la douleur au niveau de l'émergence du nerf sciatique droit; cette douleur, sourde, continue, se propage par moments sous forme d'élancements dirigés de bas en haut sur le trajet du nerf sciatique et de sa branche poplitée externe jusqu'au pied. La rougeur a disparu à la fesse; l'empâtement s'est circonscrit dans des limites plus exactes au point d'émergence du nerf sciatique; aucune douleur à la pression sur l'os ou dans les mouvements imprimés à la cuisse. Peu d'appétit; diarrhée dans les derniers jours; selles toujours volontaires, sans coliques. Le toucher anal ne fait découvrir aucune lésion dans le bassin. Urines rendues spontanément; l'examen de ce liquide, par la chaleur, l'acide nitrique, la potasse et la liqueur de Bareswil, ne fournit aucune trace d'albumine ou de sucre.

Du 1er au 10 janvier 1857, persistance de l'affaiblissement, soif, anorexie, mouvements spontanés difficiles dans les muscles extenseurs de la jambe droite. Les orteils de ce côté ne peuvent être remués; cependant les mouvements demeurent normaux dans la cuisse droite, et le malade peut sortir seul la jambe droite du lit. — Gomme sucrée; frictions sèches sur le membre inférieur droit; 2 bouillons, 2 potages.

Le 11, affaiblissement de plus en plus marqué dans les deux membres inférieurs. Depuis la veille au soir, paralysie complète du mouvement dans la jambe droite, paralysie incomplète du mouvement dans la jambe gauche, fourmillements dans les deux membres inférieurs; pas de soubresauts. — Gomme sucrée; arnica; 1 granule de strychnine de 0,005; bouillon.

Le 12, extension rapide de la paralysie; perte de mouvement absolue aux deux membres inférieurs, incomplète dans les deux bras; le malade ne peut saisir aucun objet de petit volume ou manger seul, ou se placer à son séant; fourmillements incommodes dans les deux jambes, élancements surtout dans le membre inférieur droit, langue bien tirée; articulation des mots facile, absence de délire; intelligence intacte. Absence de douleur sur le trajet du rachis, spontanée ou provoquée par la pression. Anorexie, soif, selles involontaires; aucun trouble dans la miction. Pas de fièvre. — Gomme sucrée; julep avec eau de laurier-cerise, 15 grammes; 2 granules de strychnine de 0 gr. 005 chaque; bouillon.

Le 13, paralysie plus marquée des membres supérieurs, absolue aux inférieurs; abaissement léger de la commissure labiale gauche; occlusion incomplète des paupières de ce côté; le malade arrive encore à porter les mains à sa face, mais en aidant l'une de l'autre et avec beaucoup d'efforts. Un peu d'embarras dans la parole, langue bien tirée; déglutition commençant à devenir difficile et causant des accès de toux; intelligence normale; persistance des fourmillements dans les membres inférieurs. Même état général. — 0 gr. 015 de strychnine.

Le 14, aggravation des accidents; paralysie complète du mouvement dans les membres supérieurs et inférieurs, parole et déglutition plus difficiles; paralysie faciale prononcée à gauche. — Même traitement.

Dans la soirée, un peu de délire; le malade prétend voir des cailloux sur son lit; il n'accuse aucune douleur dans les membres, la cuisse droite ou la tête; aucun trouble des sens.

Le 15, persistance du même état; délire. Mort à huit heures du soir.

Examen du cadavre 36 heures après la mort. — Roideur cadavérique marquée; un peu de teinte verdâtre des téguments de l'abdomen.

Cerveau. — Méninges un peu opalines, soulevées par une quantité un peu exagérée de liquide céphalo-rachidien. Les membranes s'enlèvent sans entraîner aucun fragment de pulpe cérébrale; celle-ci est d'une bonne consistance, sans injection ni ramollissement dans aucune partie des masses cérébrales.

Moelle. — Les méninges rachidiennes ne présentent aucune lésion; pas d'apoplexie ou d'injection. La pulpe de la moelle, examinée avec le plus grand soin dans toute sa longueur, et aussi bien dans la substance blanche que dans la substance grise, ne présente ni injection ni ramollissement. Les nerfs de la queue de cheval sont intacts.

Les branches du plexus sacré sont normales, à l'exception du nerf sciatique droit, qui est d'au moins un tiers plus volumineux que celui du côté opposé; sa gaîne celluleuse et son névrilème sont injectés, et plus épais, plus durs à droite qu'à gauche. A l'examen microscopique, ce tissu morbide, qui entoure et comprime les tubes nerveux, est trouvé composé uniquement de fibres de tissu cellulaire, sans traces d'aucun produit hétérogène. Cette altération ne s'étend que sur une hauteur d'un pouce environ; plus bas, à la cuisse, le nerf sciatique est sain. Les tissus environnants, os, muscles, etc., sont sains; aucune trace d'abcès.

Les poumons étaient engoués à leur base avec un peu d'infiltration sanguine.

Le cœur, volumineux, était sain, et ne présentait qu'une plaque laiteuse sur le péricarde viscéral qui recouvre la face antérieure du ventricule droit.

Pas d'altération du péritoine. Tube digestif sain; un peu de dilatation du bassinet droit.

Les paralysies consécutives à l'asphyxie par le charbon ont fait le sujet d'une excellente thèse de M. Bourdon. Cette observation diffère un peu de celles qui sont citées dans ce travail; elle est remarquable par la marche progressive et lente des accidents de paralysie. La névrite est une maladie rare et peu connue; son origine nous a paru spontanée; il semble que dans ce cas la névrite du nerf sciatique ait exercé une action réflexe de bas en haut sur la moelle, dont la paralysie est attestée par la perte de motilité, qui, débutant dans une jambe, gagne les deux membres inférieurs, les supérieurs, et enfin cause la mort par la suppression des organes qui servent à la respiration. (*Archiv. génér. de méd.*)

NOTE SUR L'EMPLOI DU PHOSPHATE DE CHAUX,

Par M. Saint-Lager (de Lyon).

Depuis quelques années le phosphate de chaux est employé dans le traitement du rachitisme, de l'ostéo-malacie, des fractures osseuses, etc. Ce médicament peut être administré sous trois formes principales :

1° Os calcinés, phosphate de chaux officinal ;

2° Phosphate de chaux précipité;

3° Os pulvérisés sans calcination préalable.

Il importe qu'un remède, destiné à la réparation du système osseux, pénètre facilement dans la circulation générale, et par conséquent soit soluble ou le devienne à la suite de réactions intestinales.

Quelle est celle des trois formes médicamenteuses précitées qui réalise le mieux cette condition? Voici une expérience qui me paraît devoir éclairer la question :

J'ai fait digérer à la température de 36 degrés des quantités égales d'os calcinés, d'os non calcinés et de phosphate de chaux précipité dans des solutions au même titre d'acide citrique tartrique, acétique, lactique.

J'ai observé que l'acide organique ne dissout que la petite quantité de carbonate de chaux qui se trouve contenue dans les os calcinés; quant au phosphate calcaire, il reste indissous; tandis que les os non calcinés, placés dans les mêmes conditions, abandonnent facilement leur phosphate de chaux; ce qu'il est facile de constater en versant dans la solution quelques gouttes d'ammoniaque; on voit alors se former un abondant précipité.

Le phosphate de chaux, obtenu par précipitation, se dissout très-promptement dans les acides, lorsqu'il est récemment préparé. Dans le cas contraire, il ne se dissout guère plus vite que la poudre d'os. Sa préparation est assez longue à cause des lavages qu'elle nécessite.

De ce qui précède, je me crois autorisé à conclure que les os calcinés, employés comme médicament reconstituant, doivent être abandonnés et qu'on doit leur préférer le phosphate de chaux précipité ou mieux encore les os râpés.

Je me hâte d'ajouter qu'il appartient à l'expérience clinique de prononcer en dernier ressort.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 juin 1857. — Présidence de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeurs du cou. — M. Guersant présente deux enfants affectés de tumeurs du cou.

Le premier, âgé de dix-neuf mois, portait, au moment de sa naissance, une tumeur située vers l'angle de la mâchoire du côté gauche. Cette tumeur s'est beaucoup étendue, et occupe maintenant une partie de la région parotidienne et la moitié de la région sus-hyoïdienne. Elle est molle, si ce n'est dans quelques points, où l'on trouve des noyaux durs, fluctuante, dépressible par la pression; elle se gonfle et durcit pendant les cris de l'enfant.

M. Guersant pense qu'il s'agit d'un kyste multiloculaire.

Le deuxième enfant présente deux tumeurs molles, sans fluctuation, dépressibles, situées derrière les clavicules, qu'elles débordent un peu en avant. Ces tumeurs ont paru il y a trois ans, à la suite de la coqueluche. La ponction exploratrice n'a rien donné.

M. Morel-Lavallée regarde les tumeurs du deuxième malade comme des lipomes en grappe, attendu qu'en les pressant il y a senti le léger froissement caractéristique de ce genre de tumeurs. La tumeur congéniale et fluctuante que présente l'autre enfant est un kyste en grappe; elle offre un léger frémissement à la percussion. Le gonflement de cette tumeur pendant les cris lui paraît tenir à la tension des muscles qui la soulève. Il ne pense pas que cette tumeur soit pourvue de vaisseaux, ni qu'elle ait des communications avec les organes intérieurs.

M. Verneuil trouve dans la première tumeur de la mollesse, mais non pas une fluctuation réelle. Il pense que ce pourrait être un kyste multiloculaire peu rempli, à parois de consistance variable, dans lequel le liquide se déplacerait facilement. Il fait observer que le gonflement ne s'accompagne pas seulement de tension, mais que pendant les cris on voit se développer quatre ou cinq lobes qui ne sont pas apparents dans l'état de repos. Cette circonstance s'expliquerait très-bien en admettant que la tumeur communique avec des cavités intérieures.

M. Verneuil se demande si cette tumeur ne renfermerait pas des cavités veineuses considérables. Par son aspect, elle ressemble aux tumeurs qui ont été décrites par Hawkins, Virelay et M. Lorain; seulement ces dernières se gonflaient moins pendant les cris. En définitive, le diagnostic lui paraît fort incertain.

Pour le deuxième malade, M. Verneuil se demande si, malgré l'opinion de M. Morel, ces tumeurs, qui sont survenues à la suite de la coqueluche, ne seraient pas des pneumocèles. En effet, ces tumeurs, lorsqu'on les presse, donnent une sensation de craquements secs; elles se sont développées derrière les clavicules, où l'on peut encore les réduire; enfin, elles sont soulevées dans les efforts de toux.

M. Morel-Lavallée persiste dans son diagnostic.

M. Voillemier pense que les trois tumeurs présentées par M. Guersant sont des tumeurs érectiles veineuses. Pour le premier malade il conseillerait l'emploi d'un appareil compressif et plus tard la cautérisation.

MM. Preterre et Fowler présentent trois appareils prothétiques, dont les deux premiers pour remédier à la difformité résultant d'ablations du maxillaire supérieur, et le troisième pour remplacer une partie du bord alvéolaire du maxillaire inférieur qui a été enlevé.

RENOUVELLEMENT DU BUREAU.

La Société procède au renouvellement de son bureau.

M. Bouvier est nommé *président* à l'unanimité moins une voix.

Vice-président, M. Deguise.

Secrétaire, M. Richard.

Vice secrétaire, M. Broca.

Comité de rédaction : MM. Broca, Morel-Lavallée, Laborie.

A quatre heures et demie la Société se constitue en comité secret.

Le secrétaire de la Société, Desormeaux.

Erratum. — *Des purgatifs après l'opération de la hernie étranglée.* — Dans le compte rendu de la séance du 10 juin (*Gazette des hôpi-*

taux du 20), on a omis par mégarde de reproduire le passage suivant après les observations de M. Huguier :

M. MOREL-LAVALLÉE. Je reconnais, en effet, avec M. Huguier, et je n'ai jamais dit le contraire, que les purgatifs sont généralement prescrits après l'opération de la hernie étranglée; mais il me permettra de lui faire observer : 1° que ce précepte est quelquefois négligé, même par nos maîtres, puisque j'en ai publié un exemple recueilli dans le service de Blandin (1), et où les conséquences de cette omission furent aussi évidentes que funestes; 2° que les chirurgiens qui emploient habituellement ce moyen n'y apportent pas toujours assez d'énergie ou de persévérance. Je connais des cas où, en insistant davantage sur les purgatifs, on aurait pu, suivant moi, épargner au malade une nouvelle opération, quelquefois inutile.

Quant au danger d'amener la rupture d'adhérences salutaires, je ne me dissimule pas qu'il existe jusqu'à un certain point; mais il ne faut pas s'exagérer non plus la crainte de provoquer des contractions excessives dans un intestin frappé d'inertie par un commencement de péritonite ou par un étranglement prolongé; en augmentant progressivement la dose du médicament, on se met autant que possible à l'abri de cet accident. Et d'ailleurs, supposons l'étranglement levé, si après un premier purgatif, la suppression des évacuations continue, n'est-il pas moins dangereux d'en prescrire un plus énergique, que de recourir à une nouvelle opération quelconque?

RAPPORT SUR LE LIVRE DE M. MATTEI,

intitulé Essai sur l'accouchement physiologique (2).

Par M. LABORIE.

M. Mattei, médecin accoucheur de l'hospice civil de Bastia et professeur du cours d'accouchement institué par le département de la Corse dans la même ville, a offert à la Société de chirurgie un exemplaire de son ouvrage intitulé *Essai sur l'accouchement physiologique*. En désignant trois de vos membres pour vous faire un rapport sur ce livre, vous avez voulu sans doute qu'il fût l'objet d'un examen spécial. C'est pour répondre à cette pensée que nous nous sommes efforcés de donner à notre appréciation toute l'étendue compatible avec vos nombreux travaux.

Il eût peut-être été préférable dans l'intérêt de l'auteur, aussi bien que dans l'intérêt de la science, d'abandonner à l'un de mes savants collègues le soin de vous transmettre les impressions de votre commission; mais, puisque nous avons été désigné comme rapporteur, nous avons accepté la tâche pénible qui nous était dévolue.

Nous commencerons par dire quelques mots du titre adopté par M. Mattei; ce titre ne nous paraît pas offrir toute la clarté désirable. L'accouchement est par excellence un acte physiologique, et la nature pour le mener à fin a dû pourvoir à bien des éventualités qui peuvent naître au milieu des phénomènes qui l'accompagnent, et dans cette science de l'obstétrique, encore si délaissée par la plupart des médecins, notre siècle aura l'insigne honneur d'avoir apporté les plus précieux éléments de progrès. Lorsque M. Mattei, dans une classification qui, à nos yeux, est essentiellement rétrograde, veut désigner sous le nom d'accouchement physiologique une seule des formes de l'accouchement naturel, il veut, sans une seule bonne raison, effacer d'un seul coup les conquêtes les plus précieuses de notre art.

« Le travail de l'enfantement, nous dit-il, est quelque chose de pénible non-seulement pour la femme qui accouche, mais encore pour » ceux qui l'assistent; tel est du moins l'effet qu'a produit sur nous le » premier accouchement auquel nous avons assisté à l'hôpital général » de Montpellier, auprès d'une femme qui depuis bien des heures (780) » souffrait au point de faire croire qu'elle allait mourir.

» Le séjour que nous avons fait ensuite dans les hôpitaux et les » femmes en couches que nous avons assistées ont diminué sans doute » notre sensibilité; mais combien fut agréable notre surprise lorsque, » étant allé à Paris pour achever nos études, nous fûmes témoin d'un » accouchement naturel presque sans douleur. Ce contraste nous frappa » tellement, que, devenu praticien, nous avons tâché de rendre le travail de plus en plus facile pour la mère et pour l'enfant. »

C'était là sans doute une belle et bonne pensée, et si notre laborieux confrère a pu nous tracer dans cette nouvelle voie un chemin facile à suivre, il aura droit à toutes nos sympathies.

Examinons donc ce qu'il a imaginé pour ramener tous les accouchements à cette simplicité si désirable.

Dans un préambule que nous ne jugeons pas nécessaire de transcrire, l'auteur indique les résultats déplorables signalés par la statistique tant pour la mère que pour l'enfant. Ainsi les chiffres qu'il donne indiquent une femme morte sur 30 accouchées, et un enfant mort sur 50 dans les présentations du sommet, un sur 15 dans les présentations pelviennes et de la face, et un sur 7 dans les présentations du tronc. Il signale la différence des résultats obtenus chez les peuples peu civilisés, dans nos campagnes, et enfin chez les animaux.

M. Mattei se propose dès lors de tout ramener à cette simplicité primitive; il étudie donc les conditions qu'emploie la nature (*sic*) pour avoir un résultat si heureux, et il recherche les causes pour lesquelles les accoucheurs ne l'atteignaient pas, et c'est cette étude qui a naturellement divisé son travail en accouchement physiologique naturel et artificiel.

Pour suivre sa voie librement, l'auteur se débarrasse d'abord des mots qui lui semblent impropres. Ainsi il repousse le nom d'accouchement spontané ou naturel qui a cours quant à présent en obstétrique. Car, dit-il, *si l'on appelle naturel tout phénomène qui existe dans la nature, il faut admettre comme telles la maladie et même la mort; si on appelle spontané ce qui se fait sans le secours de l'art, il faut admettre aussi comme tels des accouchements qui se font après la mort du fœtus, et même après la mort de la mère.*

C'est à cause de cette confusion, dit l'auteur, que quelques accoucheurs laissent la mère et l'enfant se débattre pendant des journées entières entre les plus fortes douleurs et les efforts les plus violents; c'est à cause de cette confusion, que les accoucheurs ne conseillent d'intervenir avec le forceps que huit heures après que la tête a plongé dans l'excavation. Dans cette confusion on n'a vu que les suites immédiates de l'accouchement, et l'on n'a autorisé l'intervention que dans un danger imminent; tandis que dans ces cas les suites de couches sont ordinairement une maladie, et souvent une cause de mort pour la mère et pour l'enfant.

L'accouchement physiologique, tel que je l'entends, autorise l'intervention dès que la marche de la nature ne conduit pas à effectuer la fonction sans altérer la santé de la mère et de l'enfant; tandis que l'accouchement naturel ou spontané des auteurs n'autorise cette intervention que lorsque la nature a épuisé ses forces ou qu'elle est dans l'impossibilité de l'effectuer elle-même. Le tout est que l'intervention de l'art soit sans inconvénients et d'un résultat à peu près certain.

Vous pouvez juger, Messieurs, la scrupuleuse attention que j'apporte dans l'exposition des prétentions de M. Mattei. Pour ne rien exagérer, je le cite textuellement.

Abordant ensuite les conditions qui lui paraissent nécessaires pour que l'accouchement physiologique proprement dit puisse s'accomplir, il donne le résultat de ses recherches. Ainsi il a trouvé, dit-il, dans les cas heureux qu'il a observés :

1° Qu'il y avait toujours bonne conformation des parties molles, et surtout du bassin;

2° Qu'à la fin de la grossesse le segment inférieur de l'utérus était aminci, et le col presque entièrement dilaté ou dilatable;

3° Qu'il y avait toujours présentation du sommet;

4° Qu'au moment du travail ou pendant qu'il commençait, les positions étaient facilement ramenées à des occipito-antérieures;

5° Que le travail était court et peu pénible;

6° Que l'enfant naissait toujours vivace;

7° Que non-seulement il n'y avait pas de suites de couches graves, mais qu'il y avait du lait en abondance sans la fièvre de ce nom.

Dès lors, il s'est attaché à ramener, autant que faire se pouvait, la fonction dans la voie si favorable à l'accouchement physiologique; et pour obtenir ce résultat, il a, dit-il, été nécessaire de prendre les choses de haut.

Ainsi un chapitre est consacré à l'éducation, au tempérament, à la manière de vivre des femmes. C'est là, dit-il, une partie complétement délaissée dans les traités généraux ou spéciaux d'accouchement. Cette partie constitue la première section du livre.

M. Mattei consacre ensuite un long chapitre à l'étude des circonstances qui, suivant lui, donnent au bassin de la femme les formes qui constituent son aptitude spéciale à l'acte de l'accouchement.

Je dois le dire en toute sincérité, il est impossible de rien lire de moins rationnel que tous les détails qu'il donne sur ce sujet.

Il attribue aux pressions exercées par les viscères abdominaux, par les muscles, par les fémurs, une action directe sur la forme de la cavité pelvienne chez la femme. Et, faut-il le dire, M. Mattei, dans cette improvisation toute d'imagination, oublie le nombre des côtes de la femme (page 61); il lui en accorde une de plus, et il revient à deux fois sur cette disposition.

Deuxième section. — Elle est consacrée au développement de l'utérus, et au rôle que joue le fœtus dans le cours de la grossesse.

Vous me permettrez, messieurs, de ne pas insister sur toutes les théories de l'auteur; et pour quelques aperçus ingénieux, nous voyons affluer les idées les plus étranges...

Troisième section. — Elle est consacrée à l'étude de la présentation du fœtus et à l'appréciation diagnostique rigoureuse de cette présentation; bien plus, même de la position par le palper abdominal. J'ai, dit-il, poussé si loin le palper abdominal, je l'ai soumis à des règles si précises, qu'il est devenu plus facile, plus sûr et plus prompt que le toucher et l'auscultation.

M. Mattei ne rejette cependant pas l'auscultation; et même, dit-il, je l'ai agrandie pour le diagnostic des présentations et des positions. Quant au toucher, il ne le dédaigne pas, et il le pratique avec deux doigts.

J'ai lu avec une scrupuleuse attention le chapitre consacré au palper abdominal, je suis heureux de pouvoir en faire quelque éloge. Ce n'est pas qu'il ne s'y rencontre encore des appréciations fausses, des erreurs inconcevables; mais enfin l'auteur indique avec soin la manœuvre à suivre; sans être nouveaux, les préceptes qu'il formule m'ont paru satisfaisants; et comme, sans accorder au palper abdominal une importance aussi grande, nous reconnaissons que dans certaines circonstances il peut être nécessaire, nous recommanderons la lecture de cette section.

Nous arrivons maintenant à la quatrième section, dans laquelle l'auteur expose la pratique qui constitue le point essentiel de son œuvre, à savoir, les modifications imprimées par les manœuvres immédiatement faites à travers la paroi abdominale aux présentations et aux positions du fœtus.

L'auteur émet d'abord quelques idées sur l'époque précise qui, suivant lui, marque le terme de la grossesse; elle correspondrait à la neuvième époque menstruelle depuis la cessation de cette fonction. Rien n'est moins exact suivant nous. Du reste, l'auteur donne à sa théorie une assez grande élasticité, puisqu'il ajoute que si la neuvième époque ne détermine pas l'accouchement, elle le prépare, et il ne dépasse pas la dixième époque.

Permettez encore une citation pour vous exposer comment l'auteur divise les contractions utérines; il admet trois degrés :

1° Elles sont indolores et intermittentes comme celles de tous les muscles. Ce sont les contractions physiologiques par excellence;

2° Elles sont douloureuses, intermittentes et périodiques; elles commencent à être pathologiques;

3° Elles sont permanentes avec des exacerbations, mais toujours plus ou moins douloureuses : elles sont pathologiques.

Pour M. Mattei, le type de la contraction physiologique est donc classé sous le n° 1, et c'est vers cette forme qu'il s'efforce de ramener toutes les contractions. J'ai suivi l'auteur dans les différentes phases de son action pratique, telle du moins qu'il la décrit dans son livre. Je ne puis sur ce point partager toutes les opinions émises par M. Mattei.

Le livre de M. Mattei est terminé par une série d'observations. On y trouve relatés des accouchements simples sans douleur, des accouchements douloureux, mais simples, qui ne présentent rien de particulier; l'auteur indique avec soin les résultats fournis par le palper abdominal pour reconnaître les positions.

Je trouve enfin une observation de versiou; il aurait, en moins de dix secondes, remplacé une présentation du siége par une présentation du sommet. Cette observation, qui est la dernière du livre, ne peut avoir aucune valeur. Il n'est rien dit de l'époque de la grossesse, de l'accouchement, etc., etc.

Me voici, Messieurs, arrivé au terme d'une analyse que j'ai dû abréger autant que possible, en rendant compte du travail de M. Mattei. Je remplis un devoir que j'eus voulu éviter, si j'avais à discuter plus longuement les bases de cette œuvre, il me serait facile de démontrer qu'elles sont fausses, partant d'un point de départ qu'il s'est choisi à son gré, il a pu se croire dans le vrai.

Aussi la statistique de mortalité qu'il adopte, les accouchements si heureux qu'il signale comme normaux dans les campagnes, les règles qu'il prête aux praticiens sur l'époque de l'intervention cbirurgicale en obstétrique, etc., etc., ne sont pas exacts.

Comme nous l'avons dit en commençant, le livre de M. Mattei est rétrograde. Tout ce que nous avons appris en accouchement, tout ce que nos maîtres nous ont enseigné, s'éloigne absolument de la pensée de notre auteur. Lorsque nous envisageons ce que le médecin peut gagner pour la mère et l'enfant par l'expectation sagement entendue, nous en arrivons, à mesure que nous avançons dans la carrière, à reconnaître que l'une des qualités essentielles de l'accoucheur doit être la patience; combien, en effet, d'accouchements heureusement terminés par les seules ressources de la nature, tandis que le médecin sage et prudent hésite à intervenir, lorsqu'il n'y a pas nécessité absolue; combien d'interventions, qui semblaient indiquées cependant, qui n'ont rien produit de bon, et qui, même quelquefois infructueuses, ont simplement retardé la délivrance naturelle qui s'effectuait dès que l'on abandonnait la nature à elle-même.

Il n'est pas dans notre intention, Messieurs, de faire un manifeste contre l'intervention en obstétrique. Autant que personne, et peut-être même parmi les plus hardis, nous avons adopté l'intervention, nous avons été même assez loin pour n'avoir pas mérité l'assentiment de tous les médecins; mais nous réservons notre action pour des cas très-limités.

On doit considérer la terminaison heureuse et spontanée des accouchements comme la règle; et sans tenir compte de leur durée, cette règle comme toujours comporte des exceptions. Mais si les causes des retards apportés à l'expulsion du produit sont nombreuses, il faut ajouter que pour en avoir raison, la nature se suffit presque constamment à elle-même.

Un accouchement rapide et presque sans douleur n'est pas toujours exempt d'inconvénients, et il reste dans les cas exceptionnels, aussi bien à la ville qu'à la campagne. Il faut bien savoir que le travail qui précède l'accouchement peut être long, et néanmoins sans danger; et l'on n'aura pas à tourmenter les patientes lorsque, par un examen attentif et suivi, l'accoucheur aura reconnu qu'il ne survient aucune complication ni pour la mère ni pour l'enfant. Il faut laisser aux gens du monde, qui parlent aux ignorants des choses médicales l'opinion relative à l'accouchement facile et rapide; considéré comme règle. C'est cette opinion que l'avocat consultant au parlement, Barbier, exprimait plaisamment dans son journal, lorsqu'à la suite d'une anecdote assez légère, il raconte le rapide accouchement d'une belle fille de sa connaissance. « Elle n'était sortie, dit-il, que la nuit, et elle était rentrée dans la maison de son père et de sa mère, laquelle savait la » chose à neuf heures du matin; ce qui marque que les femmes ne » font les délicates que quand elles en ont le temps. »

Terminons enfin. M. Mattei est encore jeune; comme travailleur, il a toutes nos sympathies, qu'il nous permette de lui donner un conseil qu'il n'a pas pu trouver par ce temps de bienve llance universelle, qu'il n'ajoute pas entièrement foi aux éloges si facilement prodigués par le journalisme critique. Il y a dans la génération médicale actuelle une tendance trop générale à beaucoup louer. Si c'est là une preuve de grande amélioration dans les relations confraternelles, c'est beau sans doute; mais cette bienveillance trop facilement appliquée peut être nuisible aux intérêts de ceux-là mêmes que l'on veut servir. En jugeant ainsi la critique médicale, je n'ai pas besoin de dire qu'il existe de très-remarquables exceptions, et ce serait impardonnable de l'oublier dans l'enceinte même de cette société. Que M. Mattei continue donc sa vie laborieuse; son livre, tout imparfait, tout imprégné d'erreurs qu'il m'a paru, présente incontestablement des marques qui indiquent une organisation heureuse. Certaines parties sont écrites avec verve, certains aperçus sont ingénieux, et si les aptitudes que je me plais à lui reconnaître sont soigneusement dirigées, il pourra à son heure se faire une honorable place dans le monde des travailleurs. Qu'il nous pardonne la sévérité de notre jugement; nous n'avons eu d'autre vue que son intérêt propre; car, ainsi que le dit l'énergique auteur des tragiques,

« Mieux vaut l'utile vrai que le faux agréable. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Société de chirurgie de Paris tiendra sa séance annuelle mercredi prochain 1er juillet.

— M. Maubec, l'un des praticiens les plus honorables de Paris, est mort il y a deux jours à l'âge de 43 ans, à la suite d'une fièvre typhoïde.

---

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1847, page 82.

(2) Lu à la Société de chirurgie dans la séance du 10 juin. (Commissaires : MM. Danyau, Cazeaux et Laborie, rapporteur.)

Le Gérant

Paris, — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 49, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 29 JUIN 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

THÉNARD ET LA SOCIÉTÉ DE SECOURS DES AMIS DES SCIENCES.

Le 22 juin, M. le président de l'Académie des sciences, après avoir annoncé la mort de M. Thénard, a immédiatement levé la séance. Voici en quels termes s'exprime le *Compte-rendu*:

« A l'ouverture de la séance, M. le président annonce la perte douloureuse que vient de faire l'Académie dans la personne de M. Thénard, et donne lecture de la lettre par laquelle le fils du vénérable académicien lui fait part de ce triste événement. Après cette lecture, M. le président, se rendant l'interprète des sentiments que lui avaient déjà exprimés un grand nombre de ses confrères et qui sont partagés par toute l'Académie, déclare la séance levée. »

Ce laconisme du *Compte-rendu* dit mieux que les plus éloquentes phrases quelle est l'étendue de la perte que viennent de faire l'Académie et le monde savant tout entier. Bien que Thénard n'ait pas appartenu au corps médical, la médecine ne le réclame pas moins comme un des siens, non-seulement parce qu'elle est un des rameaux de cet arbre encyclopédique des sciences, personnifié dans l'Institut dont Thénard était depuis près de cinquante ans l'un des plus illustres membres, mais encore parce qu'il a concouru soit d'une manière directe par ses beaux travaux de chimie organique, soit indirectement par son exemple et ses encouragements auprès des savants de tous les ordres, au progrès et à l'avancement de la médecine. Les sciences, d'ailleurs, ne rentrent-elles pas toutes les unes dans les autres, comme l'a dit Condillac, et à ce titre ne nous appartient-il pas, comme à tous ceux qui cultivent une branche quelconque des connaissances humaines, d'honorer de nos témoignages d'admiration et de reconnaissance l'homme qui a tant fait pour elles ! Et comment pourrions-nous mieux occuper les loisirs que nous laisse cette vacance de l'Académie, si ce n'est en rappelant à nos lecteurs quelques-uns des titres qui recommandent la mémoire de Thénard à la postérité !

Thénard, né en 1777, venait d'entrer dans sa quatre-vingt et unième année. Malgré ce grand âge, qui n'eût espéré à l'aspect de cette belle et robuste organisation de le voir parvenir à un âge encore plus avancé ? Mais si l'on se reporte à ses débuts, et que l'on rapproche les deux termes de cette longue et brillante carrière, dont toutes les années sont marquées par de nouveaux services, on s'incline avec résignation devant les décrets de la Providence et l'on se prend à admirer une si belle existence. A vingt ans, répétiteur à l'École polytechnique ; à vingt-six ans, professeur au collége de France ; à trente-deux ans, membre de l'Académie des sciences où il succédait à Fourcroy. Quel exemple à offrir aux jeunes gens accessibles aux nobles suggestions de l'ambition et de l'amour de la science !

C'est sous les auspices de Vauquelin, son premier maître, et avec le concours de Gay-Lussac, son ami, que Thénard a commencé cette longue série de travaux chimiques qui marque sa place à côté des Lavoisier, des Fourcroy, des Vauquelin, des Berthollet. Ces noms seuls rappellent assez de quel éclat brillait déjà la chimie, à l'époque où Thénard en commençait l'étude. Mais bien qu'on vît déjà graviter autour de ces noms illustres cette brillante pléiade de chimistes qui devaient continuer, en la perfectionnant encore, l'œuvre de leurs maîtres, la connaissance de la chimie n'était encore alors, en quelque sorte, que le privilége d'un petit nombre d'initiés. A Thénard devait revenir l'honneur de la vulgariser, d'en propager le goût dans toutes les classes de la société en montrant ses nombreuses applications aux arts et à l'industrie, et en créant lui-même, par de nouvelles applications, des industries nouvelles qui n'ont pas moins contribué à sa fortune qu'à sa gloire. C'est par son triple enseignement à l'École polytechnique, au collége de France et à la Sorbonne, durant une trentaine d'années, par la publication des six éditions successives de son *Traité élémentaire de chimie*, traduit dans toutes les langues ; c'est par les nombreux élèves de son laboratoire, devenus presque tous aujourd'hui nos maîtres ; c'est, enfin, par l'encouragement incessant qu'il a prodigué aux jeunes savants, et par le concours actif qu'il a prêté au pouvoir, dans ses hautes fonctions universitaires, pour l'établissement et la multiplication des foyers d'instruction, que Thénard a atteint cet heureux résultat.

Nous laisserons à d'autres plus compétents le soin d'apprécier les belles recherches et les nombreuses découvertes dont Thénard a enrichi la chimie ; nous nous bornerons à rappeler ici quelques-uns de ses travaux qui ont plus particulièrement trait aux sciences médicales, et qui ont contribué à leur avancement. Nous signalerons en particulier ses recherches avec Dupuytren sur le diabète, maladie encore peu connue à cette époque, dont ils ont cherché ensemble à déterminer la nature, et contre laquelle ils ont les premiers formulé un moyen de traitement, qui est encore aujourd'hui l'un des plus généralement suivis ; ses recherches, avec la coopération de ce grand chirurgien sur les effets délétères des gaz des fosses d'aisances et sur les moyens de les neutraliser ; ses savantes analyses des calculs biliaires, et les inductions pratiques qu'il en a déduites sur l'utilité des alcalins dans la colique néphrétique ; ses études avec Hallé et Magendie sur les propriétés nutritives des substances qui ne contiennent pas d'azote, etc. Mais ce qu'il faut signaler surtout à cause de l'influence considérable qui en est résultée sur cette partie de la chimie dont la physiologie, la médecine, l'hygiène et la médecine légale invoquent tous les jours le si utile concours, ce sont les grands et beaux travaux d'analyse des corps organiques qu'il a faits avec la collaboration de Gay-Lussac, et qui ont servi depuis d'initiation et de modèle aux nombreux travaux de même genre que nous voyons se produire tous les jours.

Enfin, durant cette longue période de près d'un demi-siècle que Thénard a siégé à l'Académie des sciences avec toute l'autorité de son savoir et de son caractère, il n'est presque pas de question que le savant aréopage ait eu à discuter touchant l'hygiène, la physiologie ou la médecine, à laquelle Thénard n'ait pris part, et presque toujours en y laissant l'empreinte de son sens droit et de sa haute raison.

Il suffira de rappeler, pour ne parler que de ce qui est le plus près de nous, la part qu'il a prise aux discussions sur la propriété nutritive de la gélatine et sur les procédés de recherche de l'arsenic dans les matières animales. Et, comme si l'activité de son esprit et son profond amour pour la science n'avaient dû cesser qu'avec sa vie, ne l'avons-nous pas entendu encore, il y a quelques mois à peine, entretenir l'Académie du résultat de ses recherches analytiques sur les eaux minérales du mont Dore et sur quelques autres eaux arsenicales !

Mais c'est assez parler du savant ; l'homme de bien n'était pas moins recommandable chez Thénard que l'homme de science. L'amour de la science et le désir du bien public, ainsi que l'a si bien dit l'un de ses panégyristes, ont été les deux nobles passions de sa vie. C'est dans ces deux passions qu'il s'inspirait de cet intérêt pour tous les jeunes gens qui se vouent à la culture des sciences et de ces bienveillants encouragements qu'il ne cessait de leur prodiguer. Il savait bien que la gloire et la fortune qu'il avait su trouver dans le travail ne sont pas toujours l'apanage du savant ; et plus d'une fois, péniblement affecté de voir dans quel degré de dénûment et de misère étaient tombés des inventeurs méconnus, de travailleurs trop dévoués ou trop modestes, il a conçu cette noble pensée qu'il a eu le bonheur de réaliser avant de mourir, et qui ne sera pas l'un de ses moindres titres à la reconnaissance publique ; nous voulons parler de la fondation de la *Société de secours des Amis des sciences.*

Nous avons déjà fait connaître les statuts de cette belle fondation ; nous sommes heureux d'apprendre que l'appel fait à un aussi noble sentiment a trouvé partout de l'écho, et que de toutes parts, non-seulement de la part des savants, les plus intéressés au succès de cette entreprise, mais de la part de grands industriels chez qui la reconnaissance envers la science était comme une dette sacrée, de la part de financiers, de hauts administrateurs, les souscriptions répondent à cet appel ; si bien que l'avenir de cette fondation, assuré déjà par la générosité de son fondateur même, grâce à la sympathie générale qui a accueilli cette initiative, donne dès à présent les plus belles espérances.

C'est là le meilleur éloge qu'on puisse faire du cœur de Thénard, et tout ce que le souvenir de ce savant illustre et de cet homme de bien pourrait inspirer, ne saurait mieux être résumé que dans ce peu de mots prononcés sur sa tombe par l'honorable président de l'Académie des sciences, si digne de la représenter dans cette circonstance : « Il laisse des découvertes durables et des bienfaits qui le seront aussi ! » — Dr BROCHIN.

ROME. — LES PHTHISIQUES.

Nous recevons et nous livrons à nos lecteurs quelques observations que M. le docteur Armieux, médecin-major du 25e de ligne, en garnison à Rome, nous adresse relativement à l'influence du séjour de cette ville sur la marche de la phthisie.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE TABAC.

Récemment vous avez ouvert vos colonnes à deux feuilletons (1) portant des appréciations diverses sur les effets du tabac, et particulièrement du tabac à fumer, chez l'homme ; ces appréciations, pour être contradictoires, n'en sont pas moins intéressantes.

La question qu'elles soulèvent, rarement abordée, sans doute à cause du grand nombre de personnes qui y sont intéressées, ne trouvera peut-être pas beaucoup d'écho dans le monde médical au point de vue de son opportunité. Cependant, bien qu'elle paraisse puérile et oiseuse au premier abord, elle n'en a pas moins au fond un intérêt philosophique et médical beaucoup plus grand qu'on ne serait tenté de le croire ; peut-être même relève-t-elle plus encore du bon sens général et des convenances sociales que de la médecine et de la philosophie.

Quoi qu'il en soit, il ne s'agit pas de faire un crime de l'usage du tabac, d'en faire une faute grave (individuellement parlant), ni de pousser l'intolérance jusqu'à le proscrire absolument, mais de savoir s'il est à propos de le restreindre ou de le favoriser, et cela au point de vue surtout des générations qui n'y sont point encore accoutumées.

Il n'est pas de si petite chose en elle-même qui ne puisse tirer de l'importance de son usage fréquemment répété ou très-répandu. Le tabac, et je ne parle guère ici que du tabac à fumer, me paraît être dans cette condition.

Cette substance, tirée d'une classe de médicaments à propriétés actives, ne semble pas malgré cela, lorsqu'elle est prise à petite dose sous forme d'inhalations, avoir d'effet immédiat tant soit peu délétère. Néanmoins il ne répugne pas de soupçonner qu'elle pourrait bien avoir à la longue sur l'économie, sur les fonctions organiques ou intellectuelles, ou même seulement sur le caractère, tel effet spécial qu'il serait peut-être difficile de préciser et surtout de démontrer pour le moment, mais sur lequel il est bon d'attirer l'attention des observateurs. On étudie bien l'action sur l'économie de l'air, des eaux, dont on subit longtemps l'influence sans se douter des effets qu'ils sont capables de produire avec le temps ; pourquoi n'étudierait-on pas de même les effets de la fumée de tabac, cette atmosphère toute particulière que se fabriquent à plaisir et où vivent pendant de longues heures les fumeurs de profession ? Je doute, pour mon compte, que ce soit là un air bien pur, et bien propre à fournir l'oxygène à dose et en proportion convenables pour l'acte si essentiel de la respiration. Quant à la déperdition incessante de la salive, elle ne doit pas être non plus sans influence sur la santé de bien des individus.

C'est là la question purement médicale ; je ne fais que la signaler, faute de pouvoir encore l'éclairer scientifiquement.

Restent la question philosophique et la question de bon sens, plus faciles à résoudre, et qui ne manquent pas non plus d'intérêt.

Et d'abord l'usage du tabac tend à dégénérer en habitude pour chaque individu, et à se généraliser dans la société ; cela n'est point contesté. Doit-on s'alarmer, se réjouir ou rester indifférent devant un te envahissement ?

J'ai ouï dire quelque part que l'homme le plus heureux est celui qui a le moins de besoins. Cette maxime, pour qui a su réfléchir, est loin d'être dénuée de fondement. En tant qu'habitude, et habitude inutile, on pourrait déjà affirmer philosophiquement que l'usage du tabac est un défaut, car toute habitude est un petit esclavage, et bien des fumeurs de bonne foi le reconnaissent en regrettant de s'être soumis à son empire tyrannique. Mais ne soyons pas si sévère, et accordons volontiers à la faiblesse humaine, au désir insatiable de plaisirs nouveaux qui tourmente le commun des mortels, ceux des plaisirs permis qui n'ont pas par eux-mêmes d'inconvénient réel autre que celui de devenir habitude inutile. Ne condamnons pas absolument les habitudes mêmes inutiles, mais seulement les habitudes nuisibles, les mauvaises habitudes, et tâchons d'apprécier sainement la valeur de ce terme, en ne l'appliquant qu'à celles dont les inconvénients par rapport à l'individu ou au cercle qui l'entoure n'ont d'autre compensation qu'un agrément personnel et égoïste dont on ne sentirait pas la privation si l'on ne s'y était point accoutumé.

(1) Numéros des 25 avril et 9 mai 1857.

Rome, dit M. Armieux, est la plus malpropre et la plus humide de toutes les capitales de l'Europe. Il n'y a que Naples et Constantinople qui puissent lui être comparées sous ce double rapport. L'humidité, à Rome, dépend de plusieurs causes; les unes accidentelles, bien que périodiques, et les autres permanentes. Le ciel y contribue pour une moyenne annuelle de cent-quatorze jours pluvieux. Les vents de nord-ouest et de sud-ouest, qui soufflent de la mer, apportent avec eux une masse de vapeurs aqueuses. Le Tibre, soit par ses débordements, qui submergent quelquefois la place de la Minerve, celle du Panthéon et tout le bas quartier de l'ancien Champ-de-Mars, soit par des suffusions souterraines; l'eau des fontaines, des réservoirs, des bassins, si nombreux dans la ville, celle qui est employée à l'arrosage continuel des rues, saturent l'atmosphère romaine d'une humidité également abondante en toute saison.

Bien qu'à Rome la chaleur du jour soit excessive pendant l'été, le froid s'y montre très-vif dès que le soleil se cache. Aussi les indigènes ne quittent-ils jamais leur demeure sans se pourvoir d'un ample manteau, avec lequel ils s'abritent contre les surprises de la température. Les Anglais ont depuis longtemps adopté cette sage coutume; les Français seuls restent vêtus à la légère.

Quant à l'hiver, il est aussi rigoureux, aussi humide, aussi désagréable qu'à Paris : un état contraire y est l'exception.

L'expérience, comme l'induction, démontre que cette instabilité météorologique, que les brusques changements de température qui constituent le trait principal du climat romain, engendrent une grande variété d'affections de poitrine et nuisent notablement à celles qui ont pris naissance ailleurs.

En effet, la bronchite, la pleurésie, la phthisie, etc., sont des maladies communes à Rome; elles y règnent toute l'année, même pendant l'été. Voilà de quoi surprendre les théoriciens, toujours disposés à accorder à une localité un privilége quelconque, par cela seul qu'elle fait partie d'un système de climat. Les relevés statistiques établis sur le mouvement des militaires de la garnison française admis dans les hôpitaux, mettent en relief ce fait inattendu, que la bronchite, la pneumonie, la pleurite et l'hémoptysie sévissent particulièrement pendant les mois les plus chauds de l'année. Cela se comprend quand on assiste aux alternatives de température qui se manifestent à Rome du jour à la nuit.

Relativement à la mortalité fournie par le 25ᵉ de ligne, la phthisie entre pour le cinquième dans la totalité des décès, résultat déjà dénoncé par M. Jacquot, et qui prouve bien que les phthisiques, qui recherchent avec tant d'empressement le séjour de Rome, ne poursuivent qu'une chimère. M. Champouillon est donc parfaitement fondé à leur interdire cette résidence.

Où trouver une station favorable aux poitrinaires, se demande à son tour M. Armieux? Il faut aller plus loin, dit-il, qu'on ne va habituellement.

Le midi de la France vaut mieux que le nord; il y fait moins froid : c'est tout ce qu'on peut en dire.

Il y a en Corse des phthisiques et des rhumatisants. Les vents impétueux du nord-est et du sud-ouest (tramontane et libeccio), qui se partagent l'année et soufflent régulièrement vingt à vingt-cinq jours par mois, le voisinage rapproché de montagnes couvertes de neige, contribuent à y rendre fréquentes et dangereuses les variations de température.

L'Algérie offre plusieurs cantonnements favorables aux poitrines délicates et déjà compromises. Lorsque la topographie médicale de cette immense contrée sera complète, lorsqu'on en connaîtra mieux les charmes et les avantages hygiéniques, il n'est pas douteux qu'elle n'attire à elle un grand nombre de phthisiques qui viendront y passer l'hiver.

Comme on le voit, le témoignage que nous apporte M. Armieux confirme l'opinion que j'exprimais dernièrement sur le degré d'estime qu'il convient d'accorder à la résidence de Rome, si généralement recommandée aux phthisiques à titre de refuge salutaire pour eux. Cette vogue a fait son temps; elle passera comme tant d'autres. Nous vivons à une époque d'audaces; les sciences comme l'industrie subissent de nos jours une révision sévère de leurs procédés traditionnels. Depuis des siècles une aveugle routine confie nos tuberculeux à l'Italie, et cela sans distinction de gîte. D'utiles travaux sur la climatologie, dus en partie aux médecins cosmopolites de l'armée, tendent à substituer désormais la réalité à des illusions qui ne subjuguent plus guère que les esprits qui se contentent d'arguments usés, troués au coude et tout à fait hors de mise.

Le climat de l'Italie possède certainement des qualités précieuses; mais pour en tirer parti au profit de la phthisie, il faut les classer et en systématiser l'emploi. L'impulsion est donnée en ce sens; j'espère qu'elle se continuera avec persévérance; car chez nous, pour l'étude, il n'y a point de morte-saison.

Dʳ CHAMPOUILLON.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. MONOD.

(M. DEMARQUAY, suppléant.)

Observations de tumeurs diverses de la cuisse.

(Recueillies par M. CHARNAL, interne du service.)

La cuisse est fréquemment le siége de tumeurs variables dans leur forme et dans leur nature, et dont le diagnostic présente souvent des difficultés presque insurmontables. Ces tumeurs peuvent occuper soit l'extrémité supérieure (région crurale), soit l'extrémité inférieure (région poplitée), soit enfin la continuité de la cuisse. Lorsqu'elles se développent à l'une ou l'autre des deux extrémités, elles entraînent rapidement par leur présence une gêne notable dans les mouvements du membre, et forcent le malade à avoir recours au chirurgien avant qu'elles aient acquis un volume considérable. Mais il n'en est pas de même lorsqu'elles siégent dans la continuité du membre. Là, en effet, elles ne gênent en rien le jeu des articulations et les mouvements du membre; elles agissent, il est vrai, sur les muscles et leur font subir des modifications nombreuses soit dans leur forme, soit dans leur longueur, soit enfin dans leurs rapports. Mais comme tous ces changements se font en général d'une manière lente et progressive, il en résulte que les muscles conservent encore toutes leurs propriétés, lorsque déjà la tumeur a acquis un développement considérable. Si, ce qui est fréquent, le malade ne souffre pas, il hésite pendant longtemps avant de se faire faire une opération qui pour lui n'a pas de raison d'être, et ce n'est que, gêné par le poids de la tumeur, ou effrayé par son volume toujours croissant, qu'il se décide enfin à un moyen extrême.

Avant de procéder à l'opération, le chirurgien doit établir le diagnostic. Quelle est la nature de la tumeur, quel est son siége? Est-elle adhérente à l'os, ou bien occupe-t elle seulement les parties molles? Quels sont enfin ses rapports avec les muscles, avec les vaisseaux et avec les nerfs? Telles sont les questions qu'il faut résoudre avant d'entreprendre l'opération; car là se trouvent non-seulement les indications et les contre-indications de toute opération, mais encore, dans cette étude de rapports, le chirurgien trouve l'indication du mode opératoire qu'il doit suivre pour remplir ces deux conditions vers lesquelles il doit toujours tendre, à savoir : agir le plus librement possible sur la tumeur sans détruire les parties importantes du membre (muscles, vaisseaux ou nerfs).

Lorsque la tumeur est mobile, qu'elle s'est développée dans le tissu cellulaire; que malgré son volume le membre a conservé l'intégrité de ses mouvements, qu'il n'y a pas de troubles notables dans la circulation soit artérielle, soit veineuse, il semble que les conditions soient propices pour pratiquer l'extirpation. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. L'opération commencée, on rencontre quelquefois des obstacles que rien ne pouvait faire prévoir; des muscles, des vaisseaux compris dans la tumeur et profondément modifiés dans leur structure; des tumeurs de consistance gélatineuse qui s'écrasent sous le doigt, et dont la dissection est par cela même impossible. On est allé trop loin pour pouvoir s'arrêter; il ne reste plus qu'un parti à prendre, l'amputation.

L'observation suivante, recueillie dans le service de M. le docteur Monod, est un exemple de cette fâcheuse situation.

OBS. I. — *Tumeur fibro-plastique de la cuisse. — Récidive. — Tentatives d'ablation. — Amputation immédiate. — Mort.*

Le 27 février 1857, la nommée D..., âgée de quarante-trois ans, entre à la Maison municipale de santé pour se faire enlever une tumeur volumineuse de la cuisse gauche.

Voici ce que nous apprenons sur le développement et la marche de cette tumeur :

Cette femme avait toujours joui d'une santé parfaite, lorsque, il y a cinq ans, à la suite d'un violent effort, elle s'aperçut qu'elle portait à la partie inférieure et interne de la cuisse gauche une tumeur présentant à peu près le volume d'une noix. Trois mois après, cette tumeur avait atteint le volume d'une grosse pomme. Toujours indolente et ne gênant pas les mouvements du membre, elle continua à grossir progressivement. Enfin, il y a six mois, la malade fut forcée de réclamer les soins de la chirurgie.

On fit à la partie inférieure et interne de la cuisse une incision de 15 à 18 centimètres environ, descendant jusqu'au niveau du genou. La tumeur fut enlevée; elle pesait 2,500 grammes. La plaie fut cicatrisée au bout de cinq ou six semaines; mais avant que la cicatrisation fût complète, la malade s'aperçut qu'une nouvelle tumeur se formait à la partie supérieure du creux poplité. Cette seconde tumeur suivit dans son développement une marche très-rapide, et ne tarda pas à envahir toute la place qu'occupait la première.

Effrayée par les progrès du mal, la malade vint à la Maison de santé.

On constate alors à la partie inférieure et interne de la cuisse gauche une tumeur volumineuse qui s'étend depuis le tiers inférieur de la cuisse jusqu'au niveau du condyle interne du tibia. Sa forme est celle d'un ovoïde à grosse extrémité tournée en bas.

A la partie postérieure, la tumeur se prolonge en bas pour envahir tout le creux poplité. Au côté externe du membre, il existe encore un petit prolongement qui vient y former une tumeur arrondie, mais peu saillante.

A la partie interne de la cuisse, dans le point même où la tumeur présente son volume le plus considérable, on remarque la cicatrice de l'incision faite pour enlever la première tumeur.

La peau conserve sa couleur normale; elle n'adhère à la tumeur que dans le voisinage de la cicatrice. Là aussi elle est plus rouge, luisante, et semble prête à s'ulcérer. Les veines sous-cutanées sont très-développées.

Au toucher, la tumeur présente en général une consistance assez grande, sans être cependant complétement dure; mais vers la partie inférieure, et surtout dans le creux poplité, elle perd beaucoup de cette consistance et devient presque fluctuante.

En cherchant à la saisir à pleine main, on sent qu'elle pénètre jusque dans les parties profondes du membre; mais elle ne semble pas adhérer au fémur, car on peut lui imprimer des mouvements de latéralité et des mouvements de haut en bas sans que l'os soit entraîné.

Voici ses rapports avec les muscles :

Le triceps n'est pas altéré, mais il est impossible de rien préciser sur l'état des muscles de la partie postérieure et interne; cependant, comme la malade marche encore facilement, qu'elle peut croiser la cuisse sur l'autre, fléchir la jambe à angle droit sur la cuisse, tout porte à croire qu'ils ne sont pas altérés.

La tumeur n'est le siége d'aucun battement; il n'existe pas non plus de bruit de souffle. Enfin, on perçoit très-bien les battements des artères tibiales antérieure et postérieure.

Depuis trois semaines seulement, la malade ressent quelques fourmillements dans la tumeur; sa jambe est plus faible et un peu engourdie; il existe un peu d'œdème vers les malléoles. Les ganglions de l'aine ne sont pas plus volumineux que ceux du côté opposé.

En raison de l'ensemble de tous ces symptômes, qui ne pouvaient faire pressentir une altération profonde des tissus, et encouragé d'ailleurs par une première opération, M. Demarquay croit pouvoir enlever la tumeur à l'aide d'une dissection dont il ne se dissimule ni la longueur ni les difficultés. Aussi, voulant se prémunir contre des complications inattendues, il fait tout préparer pour l'amputation.

Le 1ᵉʳ mars, la malade est endormie; M. Demarquay fait à la peau une incision elliptique qui embrasse la cicatrice, puis il commence la dissection; mais bientôt on voit s'échapper par l'incision une substance molle, gélatineuse, de couleur rose, qui semble constituer la tumeur. Le peu de résistance de cette substance doit rendre encore la dissection plus difficile, et même impossible. De plus, en explorant avec le doigt, on reconnaît que les muscles sont compris dans la tumeur, qu'ils sont altérés, qu'ils se déchirent facilement et que l'amputation

---

A mon avis, l'usage du tabac à fumer tombe sous le coup de cette condamnation, je veux dire que c'est une mauvaise habitude, et que comme telle on ne doit point la favoriser par un silence trop tolérant.

Il y a quelque temps, M. le docteur Foucart réfutait ici même une opinion analogue soutenue dans un livre récent dont j'avoue n'avoir point pris connaissance; mais si j'en juge par les fragments qu'il citait, je reconnais sans peine que les raisons présentées à l'appui de la thèse en question, et sous une forme trop affirmative, prêtaient fort à la critique; que le portrait du fumeur, par exemple, et les graves maladies attachées à sa personne, sans manquer peut-être d'un certain fond de vérité, étaient évidemment exagérés en beaucoup de points, ou au moins ne pouvant s'appliquer qu'à des exceptions extrêmement rares.

A priori, en dehors de toute préoccupation, de toute observation personnelle, n'est-il pas rationnel de soupçonner qu'une substance narcotique de sa nature, un diminutif de l'opium, puisse agir lentement sur l'intelligence et l'engourdir d'une manière en quelque sorte chronique, bien qu'elle paraisse donner passagèrement, comme l'affirment les fumeurs, un léger surcroît d'activité cérébrale? On en demandera la preuve; certes on pourra d'autant moins la donner que plus d'un fumeur échappe par son intelligence native au reproche qu'on pourrait attribuer au tabac, et qu'il est bien difficile dans un cas donné de faire la part exacte de l'un et de l'autre; c'est une affaire d'appréciation générale, assez délicate il est vrai, mais qui a frappé plus d'un observateur attentif et désintéressé.

Quant à moi, le peu d'expérience que j'ai pu acquérir jusqu'à ce jour ne m'a pas donné une idée bien favorable de l'influence que peut avoir sur le caractère l'habitude de fumer poussée à un certain degré.

J'ai souvent observé un air ennuyé, un air blasé, une tendance habituelle à la *flânerie*, à l'oisiveté, à la mollesse, à l'apathie, et même, trop souvent, à l'égoïsme, au sans-gêne, à la grossièreté. C'est au sein ou au sortir de l'atmosphère nébuleuse des estaminets que l'on peut étudier à son aise le type de cette disposition morale, ou bien encore sur certaines voies publiques, où cette mauvaise habitude sociale généralisée est passée à l'état de mode impérieuse C'est là que l'on peut journellement observer de ces égoïstes inqualifiables qui semblent avoir perdu dans la jouissance de leur idole le plus vulgaire sentiment des convenances, et n'ont pas honte de laisser tomber sur les passants leurs bouffées de tabac, le résidu de leur pipe, leur allumette enflammée, ou le bout encore fumant de leur cigare.

Sans doute il y a de nombreuses et honorables exceptions; Dieu merci! tous les fumeurs ne sont pas de la sorte, car le bon esprit, l'éducation compensent et corrigent jusqu'à un certain point l'influence de l'habitude en question; mais c'est un type qui frappe, et dont il existe bien des degrés! J'admets volontiers que le caractère primitif des individus y est pour beaucoup, peut-être même pour plus que l'habitude du tabac, dans ces airs d'égoïsme, de dédain, de sans-gêne, d'insouciance ou de brutalité; cependant il faut avouer que ces allures, qu'on ne saurait trop qualifier, coïncident bien souvent avec la vie de fumeur, et sans vouloir distinguer absolument la cause de l'effet, on se trouve invinciblement entraîné à admettre entre ces deux termes un rapport intime.

Si le tabac à fumer continue à se vulgariser indéfiniment dans nos sociétés modernes, j'ai peur que, d'autres causes aidant, le caractère français, jadis si courtois, n'ait pas beaucoup à y gagner. Je crains bien, pour dire toute ma pensée, que le tabac ne soit, à l'intensité près, pour les peuples de l'Occident ce qu'est l'opium pour les peuples orientaux, c'est-à-dire un symbole, un symptôme alarmant, sinon une cause efficiente, de décadence et de dégradation morale.

Mais en voilà suffisamment sur ces aperçus généraux, qu'à la rigueur on pourrait contester ou interpréter de diverses manières, suivant les points de vue, car ils ne frappent pas également tous les esprits et ne sont pas susceptibles d'une démonstration rigoureuse.

Passons à des arguments plus sérieux, ou pour mieux dire plus palpables, et sur lesquels se fonde matériellement le blâme général que nous tenons à motiver.

1° L'usage du tabac ne répond à aucun besoin naturel; c'est une habitude, un plaisir tout factice, qui souvent se transforme en une source de gêne et de souffrance s'il vient à se trouver passagèrement ou définitivement interrompu par des raisons de convenances ou des raisons d'argent, à l'abri desquelles presque personne ne peut être sûr de rester;

2° La nécessité de l'expuition continuelle, outre ses effets probables sur la santé, n'est certes pas quelque chose de bien séduisant. Il est peu de personnes, même parmi les fumeurs, qui ne rejettent bien

immédiate est seule possible. Rien de particulier ne se passe pendant cette opération : seulement on trouve à la partie supérieure de la cuisse une vascularisation beaucoup plus grande qu'à l'état ordinaire.

La malade est pansée et remise dans son lit.

Voici maintenant ce que nous trouvons à l'examen de la pièce :

Après avoir prolongé l'incision faite pendant l'opération jusqu'à la partie moyenne de la jambe, et avoir disséqué la peau, qui n'est adhérente à la tumeur et aux muscles que par du tissu cellulaire lâche, après avoir préparé chaque muscle depuis le plan de sa section au niveau de l'amputation jusqu'à ses insertions inférieures ; enfin, après avoir isolé la tumeur, les vaisseaux et les nerfs, on peut se rendre compte de sa forme, de son volume et de ses rapports avec les différentes parties constituantes du membre.

Elle présente une forme quadrilobée, située d'abord dans le creux poplité, où elle forme une saillie considérable, surtout du côté interne ; elle remonte à la partie postérieure et interne de la cuisse jusqu'au niveau de la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen.

Sa longueur est de 0,20 cent. ; sa largeur, de 0,12 cent.

De ces quatre lobes, trois ne sont séparés que par des sillons peu profonds ; ils sont superposés les uns aux autres en se dirigeant un peu obliquement de bas en haut et de dehors en dedans. Par leur réunion, ils forment la partie supérieure de la tumeur, ou, pour mieux préciser, toute la portion fémorale. Chacun de ses trois lobes présente à son tour des séries de saillies et de dépressions analogues aux circonvolutions du cerveau.

Le quatrième lobe est volumineux, arrondi, sans bosselures ; il occupe la région poplitée et répond au condyle interne du fémur et à la tubérosité interne du tibia, dont il est séparé par le jumeau interne, sans présenter d'adhérences à ce muscle.

Un sillon très-profond et obliquement dirigé de dedans en dehors sépare ce lobe des lobes supérieurs. Dans ce sillon, l'on rencontre, en procédant des parties superficielles aux parties profondes d'abord, le nerf sciatique, puis la veine poplitée, puis l'artère, et enfin un pédicule qui réunit le lobe inférieur aux lobes supérieurs. En suivant le nerf sciatique de bas en haut, on voit que ses deux branches de division suivent leur trajet normal, que la bifurcation se fait dans le creux poplité, au niveau même de l'extrémité inférieure du sillon interlobaire ; enfin, que le nerf, après avoir cheminé un instant dans le sillon, en sort pour venir se placer superficiellement entre la tumeur supérieure et la peau, pour de là suivre son trajet normal à la partie supérieure de la cuisse.

A la jambe, les vaisseaux présentent aussi leur disposition ordinaire.

Ils ne présentent, ainsi que le nerf, aucune altération dans leur structure.

Les muscles se présentent dans l'état suivant :

Le biceps est refoulé en dehors par la partie supérieure de la tumeur. La courte portion de ce muscle semble détruite à son origine, et ses fibres ramollies et altérées se confondent avec la tumeur. Les muscles droit interne et demi-tendineux sont simplement refoulés en dedans, et ne présentent pas d'altérations dans leur structure. Il n'en est pas de même du couturier. Les fibres de ce muscle sont écartées et forment deux faisceaux, dont l'un passe en avant et l'autre en arrière de la cicatrice. Dans quelques points les fibres sont friables : elles se déchirent avec la plus grande facilité ; dans d'autres points elles se confondent avec la tumeur.

Les muscles adducteurs n'existent plus, ou du moins ils sont tellement transformés qu'il n'est plus possible de les reconnaître. Les os sont sains et ne présentent aucune connexion avec la tumeur.

La tumeur se compose de deux parties : une enveloppe mince formée par des lamelles superposées et constituées uniquement par du tissu cellulaire et un contenu parfaitement identique dans toutes les parties, d'une couleur rougeâtre, d'une consistance gélatineuse. M. Robin ayant bien voulu examiner cette substance, nous communique sur la structure microscopique la note suivante :

Le tissu rougeâtre, gélatiniforme de la tumeur est composé :

1° D'une matière amorphe, transparente, offrant çà et là des amas peu nombreux de granulations graisseuses ;

2° De capillaires qui rampent dans cette substance amorphe et sont encore remplis de globules sanguins ;

3° De noyaux fibro-plastiques, sans corps fusiformes, épars dans la matière amorphe, et qui constituent la partie principale de la masse morbide.

Cette tumeur est donc une forme des tumeurs fibro-plastiques.

Pendant les deux jours qui suivent l'opération la malade se trouve bien, mais le troisième et le quatrième jour elle commence à ressentir un peu de malaise, de l'inappétence, de la fièvre, et le cinquième jour on constate un gonflement assez considérable du poignet, avec douleur et rougeur de la peau. En même temps la plaie devient blafarde, le pus séreux, les chairs mollasses. Les traits sont tirés, la malade est dans une grande anxiété ; le pouls est petit, fréquent.

Ces phénomènes persistent pendant une huitaine de jours, puis il survient une amélioration ; mais cette amélioration n'est que de courte durée. Au bout de quelques jours la fièvre reparaît avec de l'agitation et du délire ; la malade succombe le 28 mars.

L'autopsie n'a pu être faite.

Cette observation nous semble curieuse à plusieurs points de vue : d'abord à cause du volume énorme de la première tumeur, qui ne pesait pas moins de 2,500 grammes ; puis pour la rapidité avec laquelle elle s'est reproduite sur place, ce qui nous porte à croire que la tumeur n'avait pas été enlevée complétement dans la première opération ; puis la difficulté du diagnostic chirurgical, c'est-à-dire la détermination des rapports de la tumeur avec les parties essentielles de la cuisse ; l'altération des muscles que l'on ne pouvait prévoir en présence de l'intégrité des fonctions du membre ; puis enfin par la position embarrassante du chirurgien, obligé de faire séance tenante une amputation, prévue il est vrai comme possible, puisque tout était prêt pour la faire, mais dont la nécessité était loin de ressortir de l'état apparent des parties.

Quelles que soient les précautions dont s'entoure le chirurgien, quelquefois pendant le cours d'une opération la mieux combinée, il est forcé d'abandonner l'espoir de sauver un membre, et de pratiquer l'amputation. Dans le cas actuel, cette terminaison était prévue, car tout était préparé pour cela, et MM. Demarquay et Monod s'étaient entendus à ce sujet. M. Demarquay à propos de ce fait nous a rappelé un cas où Blaudin voulait enlever une tumeur mobile du membre inférieur formée par un névrome ; cet habile chirurgien dut abandonner son projet, et pratiquer l'amputation de la jambe. M. Robert, remplaçant le professeur Sanson, dut aussi recourir à l'amputation de la cuisse, dans l'impossibilité où il se trouvait de pratiquer l'ablation d'une tumeur qui entourait complétement les nerfs et les gros vaisseaux de la cuisse. Lorsqu'il s'agit de tumeurs volumineuses, le chirurgien doit donc se tenir sur ses gardes, et compter un peu avec l'inconnu.

A ce fait nous croyons devoir joindre deux autres observations de tumeurs de la cuisse prises aussi dans le service de chirurgie de la maison municipale de santé, et qui ne manquent pas d'intérêt, surtout au point de vue de leur nature.

Obs. II. — *Tumeur de la cuisse formée par des hydatides.*

Le nommé G... (Frédéric), âgé de vingt-sept ans, mécanicien, entre à la maison de santé le 16 mars 1857.

Ce malade présente à la partie supérieure et interne de la cuisse droite une tumeur arrondie, du volume d'une grosse orange, mais dont une partie seulement fait saillie à l'extérieur, tandis que le reste de la tumeur se prolonge dans les parties profondes de la cuisse. A l'extérieur, cette tumeur présente une très-grande analogie avec un sein de femme. En effet, non-seulement la tumeur est arrondie, mais encore sur sa partie la plus saillante se trouve une saillie secondaire représentant exactement le mamelon, moins sa coloration. Au toucher la ressemblance est encore très-grande. Ainsi, en saisissant la tumeur entre les doigts et en pressant un peu, on sent que la peau se déprime légèrement, puis on arrive sur une masse plus résistante sans être cependant complétement dure ; la partie qui simule le mamelon se laisse déprimer plus facilement, et semble correspondre à une dépression dans la masse compacte de la tumeur.

Ce malade a déjà été opéré une fois, il y a un an environ, par M. Monod, qui lui fit une ponction avec injection iodée ; il n'y avait donc là qu'un simple kyste à parois assez épaisses. Le petit mamelon n'est autre chose que la cicatrice de la première opération. D'ailleurs, il n'existe pas de douleurs ; les fonctions du membre sont intactes, et le malade ne se fait débarrasser de sa tumeur que dans la crainte de lui voir prendre un volume trop considérable.

Le 20 mars, le malade est soumis aux inhalations d'amylène, mais après vingt-cinq minutes d'attente, le sommeil ne se manifestant pas, on a recours au chloroforme, et trois minutes après le malade dort. M. Demarquay fait sur la tumeur une incision verticale de 8 à 10 centimètres de longueur et pénètre dans le kyste ; il s'écoule un peu de liquide, puis on voit sortir successivement par la plaie 21 hydatides, dont les unes présentent le volume d'une noisette, et les autres celui d'une noix. Une cautérisation avec la teinture d'iode est faite dans la poche du kyste ; le malade est pansé simplement et reporté à son lit.

Les jours suivants, il ne se manifeste rien qui soit digne d'être mentionné. Des cautérisations sont faites de temps en temps avec le nitrate d'argent. La cicatrisation marche rapidement, et le malade sort complétement guéri le 25 avril.

Obs. III. — *Kyste volumineux de la cuisse à paroi fort épaisse.*

François V..., âgé de vingt ans, est entré à la maison de santé le 31 mai 1856, pour une tumeur considérable de la cuisse.

L'origine de cette tumeur remonte à huit ans ; petite à sa naissance, son développement a suivi celui du membre inférieur, conservant toujours une complète indolence, mais causant une gêne assez considérable par son poids et son volume, pour que le malade ait plusieurs fois songé à s'en débarrasser.

La tumeur peut être assez exactement limitée ; son bord inférieur est à 0,08 centimètres au-dessus du bord supérieur de la rotule ; son bord supérieur à 0,14 centimètres au-dessous du ligament de Fallope ; elle embrasse presque toute la circonférence de la cuisse ; elle est assez rapprochée des vaisseaux du creux poplité, sans causer aucun trouble dans la circulation ; enfin elle ne gêne en rien les mouvements, son poids seul rend la marche difficile.

Tout à fait sous-cutanée, la tumeur est située entre l'aponévrose et le tissu cellulaire, elle est assez régulièrement arrondie, la peau qui la recouvre est sillonnée de veines assez fortement dilatées. On n'y perçoit aucune pulsation. Molle dans sa moitié supérieure, elle est dure dans sa moitié inférieure, et est le siége d'une fluctuation manifeste dans cette première partie.

Le diagnostic fut assez facile. En effet, une tumeur aussi ancienne, constamment indolente, mobile et sous-cutanée, n'ayant le siége d'aucune pulsation, mais fluctuante dans une de ses parties, ne pouvait faire penser qu'à une tumeur en partie solide et en partie liquide, ou bien à un kyste à parois très-épaisses. Pour confirmer ce diagnostic, M. Demarquay fit une ponction exploratrice, qui donna lieu à l'écoulement d'un liquide jaune sale.

L'opération fut faite le 4 juin par M. Demarquay. Une incision ovalaire à convexité en dedans et suivant la hauteur, découvrit la tumeur et permit de la séparer par énucléation de l'aponévrose, à laquelle elle adhérait en un point fort limité. La plaie fut réunie par quelques points de suture, aucun accident ne survint les deux premiers jours. Le troisième, le malade fut pris de frisson, et une érysipèle apparut sur les bords de la plaie, on enleva les fils, le milieu de l'incision n'était pas encore cicatrisé. Avec l'érysipèle qui dura huit jours, le malade eut encore, du 12 au 16, une légère cholérine. Ces complications arrêtèrent tout travail réparateur, mais après ce temps d'arrêt de nouveaux bourgeons charnus prirent naissance, et le 28 juin la cicatrice était presque complète.

L'aspect extérieur de la tumeur, examiné après l'ablation, est celui d'une tumeur fibreuse ; elle est partout fluctuante. Incisée suivant son plus grand diamètre, il s'en écoule un liquide filant et gélatineux ; la face interne des parois de ce kyste est réticulée et représente assez bien l'aspect des colonnes charnues du cœur, sa plus grande épaisseur a au moins 0,03 centimètres ; sa structure est entièrement fibreuse.

Le sujet de cette observation, sur lequel M. Demarquay a eu souvent des renseignements, est parfaitement guéri.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. Durand-Fardel.

COURS SUR LES EAUX MINÉRALES.

Leçons sur le traitement des scrofules (1).

Kreuznach et Nauheim se présentent d'abord à nous sur la

(1) Voir les numéros des 16 mai et 2 juin.

loin, comme immonde, l'habitude de chiquer ; eh bien, voyez un peu la contradiction et l'influence de la mode sur les idées ! car je les mettrais au défi d'attribuer à ce triste défaut quelque inconvénient bien manifeste qui ne se retrouvât pas également dans l'objet de leurs délices ;

3° La fumée du tabac compromet gravement la beauté physique, car son usage journalier jaunit les dents, leur donne une teinte enfumée très-disgracieuse (cela est incontestable), et les dispose peut-être à la carie, toutes choses qui méritent sérieusement d'être prises en considération ;

4° Enfin, ce qui doit par-dessus tout indisposer contre l'habitude de fumer, c'est l'odeur que contracte l'haleine, odeur persistante, bien autrement repoussante que celle du tabac lui-même, et qui fait que l'on reconnaît un fumeur dès sa première parole. Personne n'osera nier cet inconvénient capital qu'on cherche en vain à pallier par des pastilles ou des tablettes de toutes sortes, et qui n'est certainement pas fait, on l'avouera, pour ajouter aux charmes de la vie sociale.

Si vous aimez le tabac, usez-en comme on use de l'ail ou d'autres condiments qui empestent l'haleine, c'est-à-dire passagèrement et à la dérobée, mais non d'une manière incessante, car, sous peine d'égoïsme, il vaut mieux vous priver d'une légère satisfaction, que d'en faire supporter le poids à ceux qui vous entourent.

Mais, dit-on, le tabac dissipe l'ennui ; je veux bien le croire, mais le vin, les spiritueux partagent cette prérogative sans même qu'on aille jusqu'à l'ivresse, et que pense-t-on de ceux qui usent d'un pareil stratagème ? D'ailleurs l'ennui n'est-il pas une situation purement exceptionnelle, plutôt qu'un état ordinaire, habituel et généralisé sur toute une population, au point de faire règle en pareille matière ? Cette considération ne saurait donc entrer en ligne de compte. Oserait-on soutenir que l'ouvrier, le commerçant, le savant, l'homme de lettres, au milieu des mille et une occupations qui les appellent ou qu'ils peuvent se forger, n'ont d'autre ressource que le tabac pour échapper à l'ennui ? Mais on dirait à les entendre que l'ennui dévore la société. Qu'on y prenne garde ! si l'usage, aujourd'hui si répandu du tabac, devait avoir sa raison d'être dans l'ennui, et s'il devait être regardé comme la mesure de cet ennui qui plane sur nos concitoyens, alors on pourrait augurer bien mal d'une société qui s'ennuierait depuis les pieds jusqu'à la tête, qui, depuis l'enfance jusqu'aux âges les plus avancés, aurait continuellement besoin d'un pareil préservatif ; d'une société, en un mot, dont les ennuis quotidiens seraient à peu près représentés par la moitié de ses membres multipliés par le nombre d'heures qu'ils fument chaque jour ! ! !

En résumé, ce qui doit faire tendre à restreindre autant que possible l'usage du tabac, loin d'en favoriser l'abus qui s'en fait journellement, c'est que cette habitude entraîne des inconvénients assez sérieux, les uns seulement probables, mais les autres bien positifs, soit pour l'individu, soit pour la société où il est appelé à vivre, et qu'elle ne donne en revanche qu'un plaisir égoïste, ne répondant à aucun besoin naturel, et dont on ne sent nullement la privation lorsqu'on ne s'est pas évertué à s'en rendre volontairement l'esclave. On peut dire de cette habitude qu'on y entre par vanité et qu'on y persiste par sensualité ou par défaut d'énergie. Si l'usage du tabac peut être admis à titre de distraction éventuelle et passagère, il ne saurait l'être, en principe, à titre d'habitude journalière et invétérée, et surtout à titre d'habitude répandue comme un immense filet sur l'échelle sociale presque tout entière. C'est là tout ce que j'aurais désiré faire entendre, et si j'avais un vœu à former, ce ne serait pas que tous les fumeurs renoncent à leur habitude (ce serait demander l'impossible), mais qu'au moins ils ne l'encouragent pas dans les générations à venir, et qu'ils tâchent plutôt de les en préserver.

On l'a déjà dit, et bien souvent : rien de mieux assis que l'impôt sur le tabac. Puisse son produit doubler encore, ajouterai-je, s'il peut arriver ainsi à diminuer le nombre exorbitant de ses contribuables !

Si je me cache ici sous l'abri d'un transparent anonyme, c'est peut-être bien un peu par pusillanimité et pour ne pas encourir de trop près la malédiction de cette formidable majorité dont j'ai pu avoir le malheur, mais non l'intention, de blesser la susceptibilité chatouilleuse ; mais c'est aussi et surtout pour que l'on n'accepte mes raisons que pour ce qu'elles valent en elles-mêmes, et nullement pour le nom qui pourrait se rattacher à elles.

E. N.

Notice sur les eaux thermales sulfuro-salines de St-Gervais en Savoie, par le Dr J. F. Payen. In-8°. — **Carte topographique des environs des bains, par le même.** Une feuille in-f°. Paris, Jannet, rue Richelieu, 15.

même ligne; au moins nous paraît-il difficile d'établir entre ces deux stations thermales quelque différence au point de vue qui nous occupe. Froides ou à peu près l'une et l'autre, fortement minéralisées, toutes deux ferrugineuses et bromurées, offrant également le chlorure de calcium au-dessous du chlorure de sodium très-prédominant, Nauheim seule très-gazeuse, le traitement près de l'une et de l'autre se caractérise surtout par l'usage des *Eaux mères*.

Ces deux stations thermales nous paraissent représenter parfaitement ce que les eaux salines fortes peuvent offrir pour le traitement des scrofules, et l'expérience a suffisamment prononcé sur leur efficacité.

Auprès d'elles cependant, nous pouvons mentionner Hombourg, Soden, Kissingen, Wildegg, etc.

Salins peut seul, en France, être mis en parallèle avec Nauheim et Kreusnach, pour l'usage que l'on y fait des eaux mères. Il y a à Salins une très-belle piscine, chose assez rare dans les établissements de cette classe (eaux chlorurées fortes). Ce mode balnéatoire est excellent pour les scrofuleux. Il n'a que l'inconvénient de ne pas se prêter à l'addition des eaux mères, qu'il est nécessaire de doser pour chaque individu.

Les eaux de Salins sont froides, très-minéralisées et nullement gazeuses. Aussi, ne sont-elles pas toujours facilement tolérées. Il est probable qu'en les chargeant artificiellement d'acide carbonique, on en rendrait l'usage beaucoup plus facile et plus salutaire. Il n'est pas besoin de faire remarquer que cette pratique ne pourrait exercer aucune action altérante sur la constitution d'eaux minérales essentiellement fixes comme celles-ci.

Après Salins, Uriage, Bourbonne et Balaruc nous paraissent les trois stations thermales les mieux appropriées à ce traitement spécial. C'est à Uriage qu'il a reçu le plus de développement. C'est Balaruc qui nous paraît offrir, à ce sujet, le plus de convenances thérapeutiques réunies.

Telles sont les stations thermales chlorurées sodiques auprès desquelles le traitement des scrofules peut s'effectuer d'une manière aussi complète que possible. Il faut cependant faire une réserve à ce sujet. Ce sont là des eaux chlorurées sodiques fortes. Or, dans certaines circonstances, en raison, soit de la constitution nerveuse, excitable du sujet, soit du caractère des manifestations, elles se trouvent certainement trop actives.

On peut alors recourir à des eaux chlorurées sodiques plus faibles. Mais s'il est vrai que les scrofules réclament autant que possible une médication formelle et déterminée, il est probable que les eaux chlorurées sodiques faibles n'exerceront qu'une action assez insuffisante sur la diathèse. Nous le pensons ainsi, et nous croyons qu'alors la spécialité de ces dernières s'efface, et qu'il est une série d'eaux minérales très-peu excitantes, chlorurées sodiques, sulfurées, sulfatées ou bi-carbonatées calcaires, qui se peuvent ranger dans une même catégorie pour leurs applications aux scrofules. Si nous les séparons ici pour suivre un ordre méthodique dans cette étude, il est impossible de ne pas les rapprocher, à propos des indications particulières.

Cependant il est des degrés dans l'application des eaux chlorurées, au point de vue qui nous occupe.

Entre les eaux *fortes* que nous avons mentionnées tout à l'heure et les eaux *faibles* proprement dites, il y a des intermédiaires.

Ainsi, Aix-la-Chapelle, sulfureuse comme Uriage, est plus facile à supporter pour certains malades; Baden-Baden, Niederbronn, Saint-Nectaire et la Bourboule (en Auvergne).

Toutes ces eaux minérales offrent encore un caractère assez déterminé. Si celles de la Bourboule, peu connues encore, jouissent peut-être même d'une activité toute particulière, si leur activité est encore redoutée, il en est d'autres qui ne paraissent devoir exercer sur les scrofuleux qu'une action assez superficielle, mais dont l'emploi ne paraît pas pour cela stérile, et qui peuvent d'ailleurs être employées comme préparation à des eaux plus actives et plus excitantes : ainsi Bourbon-Lancy, quelques sources peu connues dans les Landes, Wildbad, Gastein, etc.

Les *bains de mer* appartiennent à la médication chlorurée sodique. Ils constituent, avec les eaux sulfureuses, la médication scrofuleuse la plus usitée en France, et attirent surtout les constitutions empreintes de lymphatisme.

L'eau de la mer présente une grande analogie de composition avec les eaux chlorurées sodiques très-minéralisées; mais l'analogie entre les traitements que l'on suit auprès de l'une et auprès des autres nous paraît plus apparente que réelle.

On ne nous semble pas s'être bien rendu compte jusqu'ici du véritable caractère de la médication marine.

Ce qu'on fait à la mer, c'est de l'hydrothérapie beaucoup plus qu'une médication minérale. Les bains les plus courts sont les plus efficaces. Ce qu'on recherche donc surtout, presque exclusivement même, c'est la réaction. Cette réaction a pour élément la température froide de l'eau, l'agitation de la mer; si la minéralisation de celle-ci y prend une part très-active, c'est bien plutôt par son action sur la peau que par sa pénétration dans l'organisme, c'est par sa densité plutôt que par sa nature.

C'est pour cela que les bains de mer constituent essentiellement la médication de l'enfance, âge de la réaction, et les enfants lymphatiques ou scrofuleux en tirent effectivement très-bon parti. Mais chez les adultes, et dès la puberté, il y a beaucoup moins à compter sur leurs résultats en pareil cas.

Ce qu'il y a peut-être de plus minéralisateur dans les bains de mer, tels qu'on en fait usage, c'est l'atmosphère, dont l'inhalation continue constitue elle-même un mode de traitement très-actif. On en fait bien aussi quelque usage à l'intérieur (Gaudet, Pouget), mais dans des limites nécessairement assez restreintes.

Cependant il y a d'importantes distinctions à établir. Ce que nous venons de dire s'applique spécialement aux bains de mer des côtes du nord de la France et de l'Europe, ceux qui sont les plus recherchés. Certaines plages, dans la Méditerranée et dans l'Océan, abritées contre les mouvements violents de la mer et échauffées par le soleil, permettent des bains prolongés, où l'on ne recherche plus la réaction, mais bien une action minéralisante. Arcachon présente le type de ces sortes de bains. On retrouve quelque chose de semblable au sud de l'Angleterre.

En résumé, nous ne doutons pas que les bains de mer ne constituent un modificateur excellent à opposer au lymphatisme et aux scrofules. Mais nous croyons qu'ils n'agissent pas en général dans le même sens que les eaux chlorurées sodiques, malgré l'analogie de composition. Et si leur action, surtout hydrothérapique, nous paraît parfaitement appropriée aux constitutions lymphatiques, elle nous paraît assez insuffisante dans les scrofules déterminées. Nous essayerons, du reste, tout à l'heure de faire la part spéciale de leurs applications.

B. *Eaux sulfureuses.* — C'est aux eaux sulfureuses qu'est attribuée en France la spécialisation relative au traitement des scrofules. Les auteurs qui ont écrit sur les eaux minérales de cette classe réclament pour elles toutes les formes de la scrofule, et sont unanimes pour attacher une valeur considérable à cette médication.

Une semblable spécialisation ne nous paraît cependant appartenir aux eaux sulfureuses que d'une manière assez secondaire. Nous allons exposer sous quel point de vue, un peu rectifié, cette importante question de pratique nous paraît devoir être envisagée.

Ce qui a entraîné certainement quelques illusions à ce sujet, c'est que les eaux sulfureuses se trouvent parfaitement appropriées à certaines manifestations très-communes du lymphatisme ou de la scrofule : ainsi les manifestations cutanées et catarrhales. On est d'autant plus dans le vrai en traitant les eaux sulfureuses dans les formes lymphatique et scrofuleuse des dermatoses et des catarrhes laryngés et bronchiques, que ces formes sont précisément celles auxquelles la médication thermale, considérée d'une manière générale, s'approprie le mieux. Aussi les résultats que l'on obtient à leur sujet, de l'usage des eaux sulfureuses, sont-ils habituellement très-satisfaisants.

Mais s'attaquer aux manifestations d'une diathèse ou à la diathèse elle-même, ce n'est pas toujours la même chose. Le traitement radical de la diathèse détermine des résultats plus assurés, mais souvent moins rapides et moins évidents. Le traitement des manifestations produit des effets plus immédiats, plus brillants, mais moins profonds et moins durables.

Ce n'est pas que les eaux sulfureuses, telles qu'on les emploie, soient précisément sans action sur l'état diathésique. Nous n'entendons pas déprécier cette médication, mais la ramener à sa juste valeur.

DU SAIGNEMENT DE L'OREILLE

à la suite de violences sur le menton,

Par M. A. MORVAN.

M. Morvan ayant eu deux fois l'occasion d'observer le saignement de l'oreille à la suite d'une violence sur le menton, a rassemblé les faits analogues existant dans la science, et s'est livré à un certain nombre d'expériences sur les cadavres, d'où il a tiré les conclusions suivantes :

1° Les violences sur le menton peuvent causer un écoulement de sang par l'oreille, avec ou sans déchirure de la membrane du tympan.

2° Il y a alors, suivant le cas, ou simplement fracture de la cavité glénoïde, ou fracture du rocher, ou ces deux espèces de fractures simultanément.

3° Quand le saignement par l'oreille existe sans déchirure de la membrane du tympan, on doit écarter l'idée d'une fracture du rocher; il est présumable qu'on a seulement affaire à une fracture de la cavité glénoïde.

4° Outre le saignement abondant de l'oreille, avec intégrité de la membrane du tympan, la fracture de la cavité glénoïde semble se manifester par une telle sensibilité de l'articulation temporo-maxillaire, que la mastication et la déglutition en deviennent excessivement pénibles, sinon impossibles;

5° Quand il y aura fracture du rocher, on devra constater, avec le saignement de l'oreille, une déchirure de la membrane du tympan;

6° S'il y a tout à la fois fracture de la cavité glénoïde et du rocher, il y aura saignement de l'oreille et déchirure de la membrane du tympan coïncidant avec la difficulté de mâcher et d'avaler.

(*Archiv. génér. de méd.*)

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur,

De nombreux rapports et articles ont été faits sur mon *Essai sur l'accouchement physiologique*, et j'ai accepté sans réponse les éloges comme les objections qu'on a bien voulu me faire. La critique doit faire son cours; mais le rapport de M. Laborie, sous les apparences illusoires d'un zèle charitable, dit des choses devant lesquelles je ne puis pas rester en silence.

Si ce rapport était resté dans le sein de la Société de chirurgie, je me serais contenté de me justifier devant cette Société même; mais comme il a été publié, et qu'il doit concourir à former l'opinion du monde médical sur mon livre, c'est à l'organe de la publication que je m'adresse. Je viens donc demander à votre équité d'insérer la justification ci-jointe dans le prochain numéro de votre journal (1).

Vos lecteurs verront que les faits viennent déposer le contraire de ce que dit le rapport; ils pourront s'assurer, le texte en main, que la commission n'a pas lu mon ouvrage, qu'elle a commis des erreurs et des méprises difficiles à comprendre, ou bien qu'elle manquerait de sincérité.

Une des choses qui démontrent l'esprit qui a dirigé le rapporteur, c'est que, sortant des attributs de la commission, il va jusqu'à accuser la presse de complaisance pour ce qu'elle a pu dire en ma faveur. On verra dans ma justification qu'en dehors des journaux, tant en France qu'à l'étranger, diverses sociétés savantes et des hommes qui font autorité dans la science ont donné de mon livre une appréciation opposée à celle du rapport; mais la plus grande autorité est celle des faits que j'obtiens tous les jours, et auxquels tôt ou tard la commission elle-même sera bien obligée de se rendre.

Dans l'espoir que vous voudrez bien m'accorder cette justice, j'ai l'honneur de me dire votre tout dévoué confrère. MATTEI, D.-M.-P.

Paris, le 28 juin 1857.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial du 23 juin 1857, M. Flourens, professeur au Collége impérial de France et au Muséum d'histoire naturelle, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, a été nommé membre du Conseil impérial de l'instruction publique, en remplacement de M. le baron Thénard, membre de l'Institut, décédé.

—Le *Moniteur* vient de publier le discours prononcé par M. le ministre à l'ouverture de la session du Conseil impérial de l'instruction publique. Cet important document mérite de fixer l'attention de nos lecteurs.

Après un juste hommage rendu à la mémoire de M. Thénard, M. le ministre a abordé directement les questions qui intéressent si vivement l'opinion depuis la réforme des études. Quel est sur ces réformes l'avis des hommes les plus compétents? Quel a été le résultat de ces réformes? Et si ce résultat ne répond point aux espérances qu'on avait pu concevoir et que l'expérience a dissipées, faut-il revenir tout d'un coup à l'ancien état de choses, ou remplacer tout à la fois l'ancien système et le système actuel par un système nouveau?

A ces diverses questions, il a répondu d'une manière propre à encourager les espérances des amis des bonnes études. Il s'est prononcé hautement pour de sages améliorations. Ces améliorations ne porteront point au système actuel une atteinte radicale, mais elles en détruiront les abus. En facilitant l'application du système pour les professeurs et pour les élèves, on diminuera la prédominance des détails confiés à la mémoire pour augmenter l'exercice de l'intelligence. Enfin, on s'occupera de nouveau du baccalauréat, de l'agrégation et des moyens de faciliter le recrutement des professeurs.

Même en se bornant « quant à présent », comme l'a dit M. le ministre de l'instruction publique, à retoucher ces parties du système actuel, il y a beaucoup de bien à faire, et on peut l'attendre avec quelque assurance des efforts réunis du ministre et du conseil.

— On lit dans la *Presse médicale belge* :

« Un charlatan de la pire espèce s'est abattu depuis quelque temps sur Bruxelles pour y exercer son industrie. Cet homme, qui s'appelle B... de B..., se dit doué d'un pouvoir magnétique tellement extraordinaire, tellement puissant, que tous ses prédécesseurs, Drieske de Niper, Drieske de Stryker, etc., ne sont que des pygmées magnétiques vis-à-vis de ce colossal magnétiseur. Que ce Mesmer moderne rende cataleptique quiconque le voudra bien, qu'il fasse des prodiges de jonglerie, cela ne nous regarde aucunement, c'est l'affaire de ceux qui l'honorent de leur confiance et qui veulent bien venir s'extasier devant toutes ces farces phénoménales; mais qu'il vienne audacieusement se poser en guérisseur des *maladies dites incurables*, cela ne devrait pas être permis, et comme tel nous le signalons à la sollicitude de la commission médicale d'une part, à celle de la justice d'autre part, car il exerce illégalement l'art de guérir. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Éléments de physiologie de l'homme et des principaux vertébrés, par M. le docteur BÉRAUD, prosecteur des hôpitaux de Paris; revus par M. Ch. ROBIN. 2e édition. 2 vol. in-12. — Paris, 1857. Chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Mémoire sur un accouchement prématuré artificiel provoqué à l'aide de douches utérines. Observation et réflexions par M. CHANDELUX, chef de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Lyon. Broch. in-8°, 1857.

Du galactocèle et de son traitement par l'incision suivie de la cautérisation, par M. A. BOUCHACOURT, professeur de clinique obstétricale à Lyon. Broch. in-8°, 1857.

Annuaire de littérature médicale étrangère pour 1857; résumé des travaux de médecine pratique les plus remarquables publiés à l'étranger pendant l'année 1856, traduits de l'anglais, de l'allemand, du hollandais, de l'italien et de l'espagnol, par le docteur NOIROT. 1re année, 1 vol. in-18 de 387 pages. Paris, Victor Masson. Prix, 3 fr. 50 c.

(1) Nous avons pensé que la réclamation de M. Mattei devait être adressée à la Société de chirurgie. Notre honorable confrère s'est rendu à notre avis. Nous ferons connaître, s'il y a lieu, le parti qu'aura pris à cet égard la savante compagnie. (*Note de la rédaction.*)

LE SOUR.
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 1er JUILLET 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

Plusieurs lectures ont précédé la reprise de la discussion sur les anesthésiques ; à chacune nous devons une courte mention.

La première en ligne, aussi bien par son sujet que par son ordre d'inscription, est une lecture de M. le docteur Chapelle (d'Angoulême) sur la méthode à suivre dans l'étude de la médecine. Le travail de M. Chapelle est un reflet, ou un écho de la discussion philosophique incidemment soulevée entre les cartésiens et les baconiens de l'Académie lors de la discussion sur les kystes ovariques. Ce court échange de professions de foi a donné lieu depuis à de remarquables dissertations sur ce sujet. M. Chapelle, qui sait allier, à ce qu'il paraît, aux exigences de la pratique médicale le goût des études et des méditations philosophiques, est venu apporter hier à la tribune le fruit de ses réflexions sur cette grande et éternelle question de méthode. Nous avions, à l'époque de la discussion que nous venons de rappeler, émis l'avis qu'il n'y avait pas entre la méthode de Descartes et celle de Bacon un tel antagonisme, une différence tellement radicale, qu'elles dussent nécessairement s'exclure l'une l'autre, et que toute recherche scientifique, toute découverte dût, sous peine de nullité, s'inspirer rigoureusement de l'une ou de l'autre. C'est à un point de vue analogue que nous paraît s'être placé M. Chapelle dans l'appréciation qu'il a faite de l'influence de ces deux philosophies, lesquelles se réduisent en définitive dans une sorte de méthode expérimentale mixte qui domine aujourd'hui toutes les sciences, et qu'on peut résumer, comme le fait M. Chapelle, dans cette brève formule : « Tenir constamment devant soi le sujet de ses recherches, comme l'a proclamé et pratiqué Newton, et n'accepter jamais pour vrai que ce qui est démontré, comme le prescrit Descartes. »

Chaque jour, ainsi que le fait remarquer avec raison M. Reynal, des faits nouveaux viennent témoigner des rapports étroits qui existent entre la pathologie de l'homme et celle des animaux. Le fait communiqué par cet honorable savant est un de ceux qui tendent à resserrer ces rapports ou plutôt à accroître d'une nouvelle unité le nombre des affections communes à l'homme et aux animaux, et transmissibles réciproquement de l'un aux autres. Il s'agit en effet d'un cas de maladie de la peau, assez fréquente chez le cheval et le bœuf, à laquelle M. Reynal donne le nom de *dartre tonsurante*, qui aurait été transmise à l'homme sous la forme d'un herpès circinné, une fois sur la face, une autre fois sur l'avant-bras. La commission chargée d'examiner le travail de M. Reynal y trouvera aisément un texte à des considérations intéressantes sur ce point de pathologie comparée ; et M. Gibert, qui dit avoir observé à Saint-Louis des cas semblables dont l'origine serait commune avec celle du favus, trouvera là une occasion de jeter quelques lumières sur cette question.

La troisième communication, de M. le docteur Deleau jeune, est relative à un cas de névralgie du nerf facial, liée à l'existence d'une lésion de l'oreille moyenne, et dont il pouvait produire les accès à volonté. M. Deleau, dans son ouvrage sur les maladies de l'oreille moyenne, avait déjà appelé l'attention sur quelques-uns des effets pathologiques de quelques lésions de l'oreille sur les muscles de l'expression faciale, et notamment sur la coexistence de certaines paralysies de la face avec des lésions du tambour. Il rapporte dans ce nouveau travail quelques faits qui établissent cette relation et confirment quelques-unes des déductions pratiques qu'il en a déduites.

Après ces trois communications, il n'est resté que trois quarts d'heure pour la discussion sur les anesthésiques. M. Robert en a fait heureusement le plus fructueux emploi. Une expérience pratique consommée de l'anesthésie, une étude approfondie de la question dans un très-remarquable rapport fait il y a quelques années à la Société de chirurgie et dans le rapport fait tout récemment à l'Académie sur l'amylène, donnaient à M. Robert toute l'autorité nécessaire pour intervenir utilement dans cette discussion, et à l'Académie le droit d'attendre de cette intervention des lumières nouvelles sur la question. L'attente de l'Académie à cet égard n'a pas été trompée. M. Robert, envisageant la question dans toute sa généralité et dans tous ses détails à la fois, a, dans le cadre restreint d'un discours, fait un véritable traité *ex professo* de l'anesthésie.

Le temps nous manque malheureusement pour apprécier en ce moment ce document important ; mais nous tenions à constater son succès auprès de l'auditoire. Nous aurons occasion d'y revenir lorsque nous en serons arrivé au résumé de la discussion, ce qui, par parenthèse, nous semble devoir être assez éloigné, au train où vont les choses. — Dr Brochin.

SÉANCE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Il n'est peut-être pas de méthode thérapeutique chirurgicale ni de procédé opératoire qui ne vienne réclamer la sanction de la Société de chirurgie. De tous les points de la France, nous pourrions dire de l'Europe, les chirurgiens soumettent leurs travaux à la savante Compagnie, dont ils briguent l'honneur de faire partie au titre de membre correspondant. Aussi ne doit-on pas être surpris de la variété et du nombre des questions dont elle est appelée à s'occuper chaque année.

M. Marjolin, secrétaire général, a exposé avec cette méthode que nous avons depuis longtemps su apprécier, le résumé des questions les plus intéressantes qui avaient été à l'ordre du jour pendant l'année qui vient de s'écouler. Ce travail a été écouté avec la plus profonde attention, et s'est terminé au milieu des applaudissements de l'auditoire.

M. le président a proclamé ensuite les noms des lauréats.

Le prix Duval, annuellement décerné à la meilleure thèse publiée en France dans le courant de l'année précédente, a été obtenu par M. Caron, pour sa thèse sur le *Traitement des varices par les injections de perchlorure de fer dans les veines.*

Une mention honorable a été accordée à M. J. Gaujot pour sa thèse sur le *Refoulement uni à l'élévation du bras, considérés comme méthode générale pour la réduction des luxations récentes de l'épaule.*

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. BAILLARGER.

Délire extatique éclatant tout à coup dans le cours de la grossesse à la suite d'une émotion morale.

Ch..., passementière, âgée de vingt-deux ans, est entrée à la Salpêtrière le 31 mai 1857.

D'après les renseignements qui nous ont été donnés, cette jeune fille n'avait jamais présenté aucun signe d'aliénation mentale. Elle était laborieuse, intelligente, et, jusqu'à il y a trois mois, avait toujours mené une conduite parfaitement régulière.

A cette époque, Ch... se laissa séduire par un jeune homme qui depuis longtemps lui faisait la cour. Bientôt elle s'aperçut qu'elle était enceinte ; elle en fit part à son amant, mais celui-ci la reçut très-brutalement, s'emporta contre elle, la frappa et finit par la mettre à la porte, en la prévenant que si jamais elle lui apportait l'enfant, il le jetterait par la fenêtre.

Ch..., qui depuis longtemps était sujette à des attaques de nerfs, et que son état de grossesse rendait encore plus impressionnable, eut aussitôt une crise nerveuse très-violente, et immédiatement après on vit éclater le délire.

Pendant huit jours encore elle resta chez une amie ; mais elle refusait toute espèce d'aliments, ne dormait plus, s'enfuyait sans cesse de la maison. On fut donc forcé de la conduire à l'hospice. Le lendemain de son entrée, cette jeune fille se présente à nous dans l'état suivant :

La figure est altérée, le regard inquiet, tous les membres agités par un tremblement convulsif ; la malade, complétement étrangère à ce qui se passe autour d'elle, est plongée dans une sorte d'extase.

Par moments elle prononce quelques mots entrecoupés : « Adolphe, » Adolphe..... il a dit qu'il viendrait..... ne jette pas l'enfant par la » fenêtre..... il va venir tantôt..... Adolphe... ne le jette pas. » — Elle se lève, s'approche de la fenêtre, regarde au dehors, et à voir la terreur qui se peint sur ses traits, son attitude épouvantée, ses gestes suppliants, on ne peut douter qu'elle n'assiste réellement à la scène de meurtre dont la seule pensée lui a fait perdre la raison. Elle semble même entendre la voix de la personne qu'elle attend, fait quelques

FEUILLETON.

De l'ammoniaque contenue dans la rosée artificielle. — Un mot sur la génération des arachnides et des acares de la gale. — Une réclamation.

L'air atmosphérique sert continuellement de réceptacle et de véhicule à une grande quantité de substances dont la connaissance nous importe, si nous désirons étudier leur influence sur les êtres organisés. La pluie les entraîne à la vérité, mais elle ne permet point de les doser par l'analyse directe ; il est donc bon de s'adresser à quelque autre météore aqueux qui puisse condenser et concentrer ces substances. Or, de tous ces météores, il en est un qui seul peut être produit à volonté par l'homme, c'est la rosée ; elle conserve, alors même qu'on la produit artificiellement, toutes les manières d'être et de composition de la rosée naturelle ; M. Boussingault s'est proposé de connaître la quantité d'ammoniaque qu'elle peut contenir. Ce choix est encore légitimé par la possibilité d'en obtenir des quantités assez considérables pour servir à une expérimentation. Il ne faudrait pas croire, en effet, que malgré les phénomènes qui se produisent chaque jour dans la nature, il soit possible de se procurer beaucoup de rosée. Elle apparaît bien fréquemment, comme le prouve sa présence sur l'herbe un peu avant le lever du soleil, mais très-rarement en grande quantité. Ajoutons les causes de sa déperdition. Des terres desséchées sont souvent pénétrées par les vapeurs de l'atmosphère sans que la rosée se manifeste sous forme de gouttelettes. Certaines matières poreuses absorbent des volumes considérables d'air atmosphérique, et avec cet air, l'eau de rosée résultant de la précipitation de la vapeur qui l'accompagne. On trouve dans ce fait l'explication de la présence d'ammoniaque dans des corps poreux qui ont été exposés à l'air après avoir subi une forte calcination. Mais la scène change si on a pris le soin, après la calcination, d'humecter immédiatement ces corps poreux ; deux ou trois jours d'exposition à l'air suffisent à peine pour faire absorber à ces substances une petite quantité d'ammoniaque. Leur porosité semble avoir été détruite.

Voulant donner enfin une démonstration directe de la présence de l'ammoniaque dans l'eau condensée provenant de l'atmosphère, M. Boussingault a eu recours au procédé suivant :

Il chargea de glace un vase cylindrique en verre de 77 centimètres de hauteur et de 60 centimètres de circonférence. Comme la hauteur de l'eau à 0° ne dépassait pas 66 centimètres, la surface réfrigérante était de 3,960 centimètres carrés. Le vase reposait sur un entonnoir cannelé très-évasé aboutissant à un flacon.

Cet appareil fut placé dans une salle ouvrant sur une terrasse du Conservatoire impérial des arts et métiers, et y resta exposé, en renouvelant la glace, du 20 mai au matin au 22 mai au matin. La température de la salle s'était maintenue entre 24 et 26 degrés.

M. Boussingault avait obtenu un demi-litre d'eau extrêmement limpide, sur laquelle surnageaient deux particules impondérables de suie : il la soumit à l'analyse.

Cette rosée artificielle ne se troubla point par les sels de baryte, mais un léger louche se déclara quand on la mit en contact avec le nitrate d'argent. L'acide carbonique fut accusé par un abondant précipité par le sous-acétate de plomb ; du reste, ce liquide ne présentait ni odeur ni saveur particulière. M. Boussingault en retira une quantité d'ammoniaque représentée par 10 milligrammes 8 par litre : proportion très-forte, si on la compare à celle qu'en 1853 le même savant avait trouvée dans la rosée recueillie au Liebfrauenberg et qui variait de 3 milligr. 1 à 6 milligr. 2.

Enfin, une recherche spéciale faite sur le résidu de la distillation indiquait la présence non douteuse de l'acide nitride, et la liqueur, concentrée au centième de son volume initial, avait donné cette teinte jaune d'ambre caractéristique des eaux météoriques.

L'ammoniaque existe donc dans la rosée : en attendant que l'on tire de cette présence des conclusions pratiques, nous allons vous dire le résultat de recherches intéressantes sur un sujet peu connu.

— Une femelle peut-elle pondre sans avoir reçu les approches d'un mâle ? Telle est la question que les naturalistes se sont vu souvent poser depuis que Bonnet fit paraître des travaux si remarquables sur les pucerons. On a même été plus loin, et plusieurs ont affirmé que les arachnides tenues en captivité et séparées complétement de tout mâle, avaient pu, pendant plusieurs années, donner naissance à des œufs non stériles. Qu'y a-t-il donc de vrai dans ces appréciations ? M. Emile Blanchard, curieux de s'édifier complétement sur ce point en litige, a

pas pour aller à sa rencontre; mais tout à coup elle retombe sur elle-même, se met à fondre en larmes, et redit encore en sanglotant: « Ne jette pas l'enfant par la fenêtre, Adolphe..... il m'a fait bien du mal..... et de sa main elle montre le creux de l'estomac.

En vain cherche-t-on à la rappeler à elle-même par les questions les plus pressantes, par des impressions externes même douloureuses, elle est sourde, insensible, aveugle; elle est tout entière absorbée par les souvenirs qui l'obsèdent, par le spectacle affreux que son imagination lui représente.

Pendant deux jours, cet état d'agitation extatique se reproduisit d'une manière presque continue; mais dès le troisième jour, un changement notable se manifesta.

Le visage était devenu plus calme, le tremblement convulsif des membres avait diminué, les conceptions délirantes s'étaient affaiblies; la malade revenait peu à peu au sentiment de la vie réelle: on pouvait momentanément fixer son attention et obtenir quelques réponses.

Les jours suivants, l'amélioration continua. Ch... se mit d'elle-même à travailler. Elle répondit raisonnablement aux questions qui lui furent adressées, parla de sa grossesse et put préciser la date exacte de sa dernière époque menstruelle. Par instants encore elle divaguait, et au mouvement de ses lèvres on pouvait reconnaître qu'elle parlait seule; mais son délire, devenu intermittent, n'était plus que passager. Enfin toutes les conceptions délirantes se sont dissipées, et le 16 juin 1857 Ch... paraît complétement guérie; elle est redevenue calme, laborieuse, parfaitement raisonnable; il ne lui reste plus qu'un peu de tristesse.

On continue encore pour quelques jours le traitement qui a été prescrit dès le début: du fer réduit, du vin de quinquina et des affusions froides.

Cet accès de délire extatique est remarquable par son mode d'invasion et par la forme qu'il a revêtue. Ch... éprouve une très-vive émotion, et immédiatement elle perd la raison. C'est une menace de mort contre son enfant qui a été la cause de sa folie, et l'impression qu'elle a ressentie se reflète sur toutes les illusions engendrées par l'extase. Ce n'est que dans ces cas assez rares que le délire apparaît aussi instantanément, et surtout qu'il conserve ainsi l'empreinte de la cause qui l'a produite.

A voir, à entendre Ch..., alors que nous n'avions encore aucun renseignement sur son compte, on pressentait que derrière son délire il y avait quelque événement grave. En observant ses accès d'extase délirante, on se rappelait involontairement la manière dont les auteurs dramatiques ont représenté la folie sur le théâtre, en donnant comme la règle ce qui n'est que l'exception.

J. Dubrisay,
interne des hôpitaux.

DU VOMISSEMENT

produit par l'état gastrique muqueux chez les femmes grosses,

Par M. le Dr Fougeu, chirurgien de l'hôpital d'Étampes.

Le cadre nosologique des affections de l'estomac est un des plus vastes du domaine pathologique. Les maladies idiopathiques de ce viscère sont nombreuses; mais ses affections sympathiques sont plus nombreuses encore, ce dont nous nous rendons facilement compte. Par l'intermédiaire des nerfs pneumo-gastriques, l'estomac n'a-t-il pas des liens sympathiques directs avec le cerveau, le poumon et le cœur? Et par les liaisons nerveuses que le grand sympathique établit entre l'estomac et les différents viscères abdominaux, son consensus ne s'élargit-il pas encore, et ne devient-il pas des plus étendus? Combien d'affections diverses viennent retentir vers ce centre de vie!

Parmi les maladies de l'estomac, il est une classe d'affections qu'on a appelées: *embarras, état, affections gastriques*. Deux formes: *l'embarras gastrique bilieux et l'embarras gastrique muqueux*, ont été généralement admises.

L'état gastrique exerce sur tous nos organes une grande influence. C'est surtout à cet état de l'estomac qu'on peut appliquer cette sentence d'Hippocrate: *Omnium conturbationem et vasorum impuritatem adfert.*

Loin de moi l'idée de croire, comme le voulait une école célèbre, que l'estomac soit le point de départ, la source de tout état morbide. Je m'explique, et pour préciser nettement ma pensée, je dis avec Hufeland: L'état gastrique est l'état pathogénique par excellence.

L'embarras gastrique muqueux est une affection de l'appareil crypteux gastro-intestinal, il peut survenir à la suite d'un refroidissement brusque, et alors en vertu d'une certaine prédisposition individuelle, et bien souvent en raison d'une constitution atmosphérique régnante, il peut se présenter à l'état de fièvre gastrique muqueuse simple (fièvre catarrhale gastrique, Pinel; fièvre pituiteuse, P. Franck), maladie que l'on a été à même d'observer fréquemment depuis plusieurs années et surtout pendant le cours de l'hiver actuel. D'autres fois, la cause agissant lentement, l'organisme reçoit d'une manière graduée, insensible, l'influence morbide, et les phénomènes symptomatiques peuvent être apyrétiques; ils sont moins intenses et, qu'on me passe cette expression, moins réactionnaires.

C'est du vomissement produit par l'état gastrique muqueux chez les femmes grosses que je veux m'occuper ici. Seulement je vais avant dire un mot du vomissement nerveux. Cet accident vient souvent se surajouter aux autres signes de la gastralgie, dont les autres symptômes sont, en général, augmentation de la faim, diminution notable de la soif, langue large, rosée, eau à la bouche, douleur épigastrique et dorsale, constipation, etc. Ce vomissement apparaît avec un cortége de symptômes bien différents de ceux de l'embarras gastrique muqueux. Puis le traitement nous montre parfaitement sa nature. La valériane a sur ce genre de vomissement une action souveraine, et bien autrement efficace que tous les autres antispasmodiques et les opiacés, à commencer par les sels de morphine. Le vomissement nerveux de la grossesse, vomissement sympathique, est un symptôme fréquent, mais jamais il ne s'est présenté à moi avec le caractère de durée et de continuité de celui qui accompagne l'état gastrique muqueux.

Si je suis entré dans quelques détails, c'est pour pouvoir dire encore que, chez la femme enceinte, le vomissement répété et prolongé, en un mot le vomissement constituant l'intolérance complète de l'estomac, s'est montré à moi accompagné des signes de l'embarras gastrique muqueux.

Maintenant on conçoit aisément que le vomissement sera plus facile et plus fréquent chez la femme grosse qui sera atteinte d'embarras gastrique muqueux, car deux causes contribueront à le produire et à l'entretenir: d'abord l'état maladif de l'estomac, et ensuite l'influence sympathique qu'exerce sur cet organe l'état de réplétion de l'utérus.

L'embarras gastrique de forme muqueuse fut l'affection que je crus reconnaître tout d'abord chez la malade auprès de laquelle je fus pour la première fois poussé à recourir au traitement que je préconise ici.

Voici ce premier fait:

Obs. I. — Mme B..., femme d'un artisan, âgée de vingt-deux ans, cheveux châtains, d'un tempérament nervoso-sanguin, d'une assez bonne constitution, toujours bien menstruée jusqu'au moment de sa grossesse; un peu de leucorrhée avant et après les règles; vie sédentaire.

Je fus appelé le 12 octobre 1844 auprès de cette jeune femme, qui était arrivée à la fin du sixième mois de sa première grossesse. A peine entrée dans son troisième mois, Mme B... a des vomissements qui se déclarent le matin d'abord, et qui bientôt se répètent plusieurs fois dans le courant de la journée. Elle n'est pas encore arrivée à son quatrième mois, que ni aliment ni boisson ne sont tolérés par l'estomac.

Des évacuations sanguines assez abondantes et répétées, pratiquées tant au moyen des sangsues qu'au moyen de la lancette, ont semblé venir en aide au mal; les émollients, les opiacés et les antispasmodiques *intus* et *extus* ont plutôt aggravé les accidents.

La malade, tout à fait alitée depuis trois mois, touchait à peu près au 170e jour de sa grossesse. La première fois que je la vis (12 octobre), je la trouvai dans l'état suivant: pâleur et teinte jaunâtre de la face, surtout autour du nez et des lèvres; décoloration de tous les tissus; maigreur considérable, accablement; peau froide, sans réaction; lenteur du pouls; sentiment de brisure dans les membres; bouche pâteuse; langue recouverte d'un léger enduit blanchâtre; dégoût pour toute espèce d'aliments; pas de soif; sentiment de pesanteur à la région épigastrique; respiration pénible, parfois suspirieuse; vomissements ramenant tout ce qui est ingéré dans l'estomac; constipation. La plupart de ces symptômes existaient avant même que le vomissement soit devenu continu.

Cette femme, qui n'avait jamais d'attaques de nerfs, éprouve plusieurs fois par jour des accès d'hystérie convulsive, presque épileptiforme, qui vont toujours en augmentant de fréquence et d'intensité. Le traitement débilitant qu'elle a subi me paraît être une des causes de ces accidents qui se sont déclarés après la première soustraction de sang.

J'eus d'abord recours au traitement direct du vomissement; j'employai les anti-émétiques (poudres aérophores, potion de Rivière) unis aux antispasmodiques (valériane, assa-fœtida, jusquiame, etc.), les opiacés, les lavements purgatifs, les révulsifs extérieurs (sinapismes et ventouses sèches), etc.

Pendant cinq jours, tous les symptômes, surtout ceux qui appartiennent à l'élément nerveux, vont s'exaspérant.

Le 17, je me décide à combattre directement l'état gastrique. Je commence par donner des lavements purgatifs (séné et sulfate de soude) pour désobstruer la partie inférieure de l'intestin.

Le 18, je prescris l'émétique en lavage (1 décigramme) dans un litre d'eau, à prendre par demi-verrée, de dix en dix minutes, jusqu'à production de quatre vomissements; infusion de camomille pour faciliter les vomissements. J'obtiens aisément l'effet désiré, plus deux selles marronnées. Malheureusement l'intolérance de l'estomac reste la même, le lendemain et les jours suivants, les vomissements se répètent comme avant le vomitif.

Alors, me rappelant ce précepte que dans l'état gastrique muqueux, les vomitifs et les purgatifs restent sans effet, si on ne soumet d'abord le malade à un traitement préparatoire, je dirigeai ma médication de la manière suivante:

Pendant deux jours, le 22 et le 23, je fais prendre à la malade de la tisane d'orge miellée, dans laquelle je fais mettre par litre 10 grammes de sulfate de potasse. Matin et soir lavement avec une forte décoction de mercuriale. La tisane n'est rejetée qu'en partie, et le deuxième jour, après quelques coliques légères, j'obtiens une évacuation assez abondante, que je considère comme due à l'action laxative du sel et du lavement.

Le 24, j'ordonnai une bouteille d'eau de Sedlitz, dans laquelle je fis mettre par le pharmacien un décigramme de tartre stibié, (car je n'osais plus donner ouvertement l'émétique), à boire par demi-verrées tous les quarts d'heure, avec ordre de cesser l'usage de ce médicament si par hasard il donnait lieu à quatre vomissements. Les deux tiers du liquide produisent au-delà de cet effet.

Mme B... ne vomit plus aussitôt que l'action de l'émétique est épuisée; et elle devient tellement exigeante que dans l'après-midi, cédant à ses instances, je lui accorde dix cuillerées de lait bouilli, mais froid; trois heures après, de son chef, elle en boit dix autres cuillerées. A mon grand étonnement, ce liquide a été parfaitement digéré. Une selle au moyen d'un lavement avec une décoction de mercuriale.

Le lendemain Mme B... accusant de l'appétit, mange en trois fois à peu près vingt-cinq cuillerées à bouche de potage (à l'oseille) très-liquide; la tisane est bue en assez grande quantité; tout cela circule sans que l'estomac en ressente la moindre fatigue; pas de vomissements.

Le 26, eau de Sedlitz émétisée (1 décigramme) administrée de la même façon que le 24. Le tiers de la bouteille n'est pas bu que nous obtenons quatre vomissements. Augmentation des aliments, qui sont bien digérés.

Le 28, purgatif avec le sulfate de soude et le jalap. Les jours suivants, rhubarbe et colombo.

Obs. II. — Mme F..., âgée de vingt-quatre ans, d'une bonne constitution, bien réglée, devient enceinte vers la fin de février 1849. Dès le premier mois, Mme F... éprouve de la suffocation, de la pesanteur à l'épigastre surtout après le repas du soir. A ces symptômes, qui vont toujours s'aggravant, s'ajoutent bientôt les vomissements, et Mme F... n'est pas encore enceinte d'un mois et demi que l'intolérance de l'estomac arrive à ne pas permettre à une cuillerée d'eau d'y séjourner une minute.

Depuis quinze jours ces symptômes existent, Mme F... est très-affaiblie, elle a beaucoup maigri, la figure est pâle, on constate une teinte jaune autour du nez et des lèvres, la peau est fraîche, plutôt froide. Sentiment de courbature, pesanteur de tête, tendance au sommeil;

---

institué une série d'observations curieuses sur un certain nombre d'arachnides, et il est arrivé à ce résultat, que les femelles de cette classe peuvent, en effet, en l'absence du mâle, pondre des œufs féconds, mais dans certaines circonstances que d'autres observateurs avaient laissé passer inaperçues.

M. Blanchard conservait depuis plusieurs années, dans son laboratoire, des mygales maçonnes, une ségestrie, une filistrate bicolore; aucun mâle n'avait pu les approcher, et cependant plusieurs fois ces arachnides avaient donné des jeunes en grand nombre.

Le naturaliste, voulant saisir le fil de ce mystère, demanda des lumières à l'anatomie, et voici les résultats singuliers qui le mirent à même d'établir une nouvelle théorie de ces générations prétendues *spontanées*.

Chez tous les arachnides que nous venons de citer, l'appareil génital de la femelle est constitué par deux vastes tubes, tantôt réunis par leurs extrémités, et tantôt isolés et terminés en cœcum, auxquels sont appendues les loges ovariques. Au moment de la copulation, la liqueur séminale du mâle vient s'accumuler en quantité assez considérable dans ces tubes qui jouent le rôle de véritables réservoirs spermatiques. L'œuf passe au travers de ce réservoir et en reçoit les vertus fécondantes; mais la liqueur séminale, non-seulement ne s'épuise pas par une ponte, mais elle se conserve sans la moindre altération pendant plusieurs années. L'examen microscopique a démontré cette particularité.

Il suffit donc à ces animaux d'avoir été une fois accouplés pour donner des produits féconds pendant plusieurs années; mais cette première approche du mâle est de toute nécessité. M. Blanchard a fait la contre-épreuve; il a suivi le développement de jeunes individus nés dans son laboratoire, il les a vus atteindre l'époque de la ponte, et pondre des œufs toujours stériles; ils n'avaient jamais reçu l'approche du mâle.

Nous voici donc en possession d'une explication satisfaisante de ces générations si singulières. Ne quittons pas ce sujet sans signaler les remarques faites par MM. Delafond et Bourguignon sur la génération des acares de la gale. Ici encore il y a des faits curieux et dignes d'attirer notre attention.

Les organes de la femelle n'apparaissent qu'au moment où l'animal est arrivé à un certain développement. La fécondation opérée, la femelle change de peau et les organes sexuels disparaissent. Elle est alors fécondée pour toujours, et elle pond sans cesse sans aucun nouvel approchement possible, puisque les organes de la génération n'existent plus chez elle. Après la fécondation, l'acare mue, et une ouverture jouant le rôle du vagin donne issue aux œufs.

Les acares de la gale seraient-ils, eux aussi, doués d'organes génitaux conformés sur le modèle de ceux des arachnides?

— Nous avons reçu il y a quelques jours d'un de nos honorables confrères, une demande en rectification de la note historique dont nous avions fait précéder notre article sur l'emploi des anesthésiques pour la conservation des céréales. Le mémoire de M. Doyère présente M. Milne Edwards comme ayant « véritablement ouvert la voie, en faisant connaître l'action énergique que la vapeur de la benzine exerce sur les insectes, et la signalant comme digne d'être étudiée au point de vue de la conservation des céréales. » De son côté, M. Ed. Robin nous a fait tenir un mémoire dont nous avons pu lire un extrait dans le *Compte rendu de l'Académie des sciences*, année 1850, tome XXXI, p. 720. Il y est dit: « que l'on pourrait appliquer avec avantage l'huile de houille brute ou rectifiée à l'embaumement des corps et à la conservation des pièces anatomiques, au tannage des cuirs et à la préparation des cuirs de Russie, à la destruction des insectes qui attaquent les collections d'histoire naturelle, les bois, les *céréales* et les différentes graines, à la conservation des bois, des *céréales*, et de toutes les graines en général. »

On le voit, M. Ed. Robin avait dès cette époque émis l'idée que M. Doyère a si bien mise en pratique; seulement M. Robin a eu le malheur de voir cette idée reléguée aux dernières lignes d'un extrait de mémoire qui, s'occupant presque exclusivement de la conservation des matières animales, a pu échapper à la connaissance de M. Doyère, dont nous ne saurions suspecter la bonne foi. A chacun donc selon ses œuvres: à l'un l'idée et la démonstration expérimentale sur une petite échelle, à l'autre la même démonstration en proportions telles que ce nouveau mode de conservation de céréales semble devoir être accueilli par l'exploitation industrielle.

Dr E. Renaud.

état d'apathie. Dégoût pour toute espèce d'aliments et de boissons, bouche mauvaise, pâteuse, langue recouverte d'un enduit blanchâtre, parsemé de petites saillies rougeâtres, avec aspect pointillé ; sentiment de pression épigastrique, constipation, pouls à 70. La malade ne rejette que l'eau qu'elle boit, colorée par un peu de bile, et mélangée à une très-petite quantité de mucus. (Emploi inutile des anti-spasmodiques et des opiacés.)

Le vendredi et le samedi, je donnai de la tisane d'orge sucrée avec addition de 6 grammes de sulfate de potasse par litre. Malgré l'absence de soif, Mme F..., en s'efforçant un peu, en boit plus d'un litre et demi. Matin et soir, lavement avec 125 grammes de miel de mercuriale. La tisane est assez bien supportée, les vomissements sont moins fréquents. Le deuxième jour, la malade ressent du gargouillement dans le ventre et de petites coliques, nous obtenons une selle noirâtre assez copieuse. Le dimanche matin, de bonne heure, j'administre à Mme F... par demi-verrées, toutes les dix minutes, de l'eau tiède dans laquelle je mets en cachette, pour 1 litre, 1 décigramme de tartre stibié, infusion de camomille chaude pour aider les vomissements. J'en donne moi-même cinq demi-verrées, et j'obtiens quatre grands vomissements.

Les substances vomies sont principalement aqueuses ; mais elles contiennent des matières visqueuses assez abondantes. Je cessai alors la médication vomitive. Deux heures de sommeil paisible et réparateur au bout desquelles la malade n'a plus de pesanteur à l'épigastre, elle n'a plus d'envies de vomir. Dans l'après-midi, Mme F... accuse de la faim, elle demande à manger, on lui prépare un potage très-liquide, 12 à 15 cuillerées sont mangées avec plaisir, et passent sans peine. Deux petits potages le lundi.

Le mardi, même vomitif, produisant des vomissements plus faciles que le premier et plus chargés de mucosités. Deux petits potages dans la journée ; le jeudi, potion purgative avec la manne, le séné et le sulfate de soude, administrée par cuillerées toutes les demi-heures, jusqu'à effet purgatif. Les jours suivants, rhubarbe et quassia amara.

Le 1er mai, je rencontrai Mme F... à Paris. Je ne l'avais pas vue depuis dix jours. En l'apercevant, je fus frappé de la teinte jaunâtre du pourtour des lèvres et des parties avoisinant les ailes du nez. Elle avait en outre de la courbature, de la pesanteur de tête et peu d'appétit. La bouche était pâteuse, la langue était blanche ; poids épigastrique ; pendant trois jours de suite un vomissement le matin ; selles rares, difficiles. J'exprimai nettement les craintes que m'inspiraient ces symptômes, et je n'hésitai pas à prédire le retour des vomissements.

Cette dame rentra chez elle le 8 ; je la vis le 9 ; elle était, m'a-t-elle dit, un peu plus malade que je ne l'avais vue à Paris. Le vendredi 10, les vomissements reparaissent : je veux donner l'émétique d'emblée ; des vomissements de matières aqueuses ont lieu ; ils continuent toute la journée et le lendemain. Le dimanche à midi les vomissements étaient incessants : l'émétique avait jeté l'estomac dans un état convulsif ; alors j'ai recours exactement au même traitement que la première fois (sulfate de potasse d'abord, puis émétique après), et j'obtiens les mêmes résultats heureux. Suite du traitement, deuxième vomitif, purgatif et toniques. Cette femme s'est parfaitement portée jusqu'à la fin de sa grossesse, 25 novembre 1850.

Obs. III. — Femme de trente-sept ans, très-bien portante, parfaitement réglée, arrivée le 25 juin 1852 à la fin du deuxième mois de sa sixième grossesse. Pendant les trois premières, elle a eu des vomissements à dater du deuxième mois jusque dans le cours du sixième. Dans la quatrième grossesse, les vomissements ont duré pendant tout le cours de la gestation. L'eau de fontaine était rendue immédiatement. De la galette grossière, faite sans beurre, sans levain et à demi cuite, était le seul aliment qui passât quelquefois. Dès la fin du second mois de la cinquième grossesse, les vomissements se sont montrés d'une manière continue et n'ont pas permis à cette malade de prendre le moindre aliment jusqu'à son accouchement. Malgré les craintes sérieuses inspirées par l'excessive maigreur et la grande faiblesse de la patiente, l'enfant arriva à terme mince et frêle. Après l'accouchement, les vomissements cessèrent ; cette femme fut purgée, et, tout en nourrissant son enfant, elle reprit force et santé.

Les vomissements durent depuis quinze jours, et rien n'est supporté par l'estomac. Cette femme a déjà bien maigri ; elle est très-abattue et garde le lit. La face est pâle et jaune ; la teinte subictérique est surtout remarquable dans les sillons naso et mento-labiaux ; la tête est lourde ; douleurs contusives dans les bras et dans les jambes ; la peau a une bonne température ; le pouls est petit et à 72. Bouche pâteuse, pas d'appétit, pas de soif ; enduit lingual blanchâtre avec piqueté rougeâtre ; pression épigastrique avec sensation de froid dans cette région ; constipation rebelle, etc.

Je me trouvais avec mon confrère le savant docteur Bourgeois lors de ma première visite ; les signes de gastricité étaient si évidents qu'il pencha pour l'administration immédiate d'un émétique : tisane d'orge, lavements avec une décoction de mercuriale ; un décigramme de tartre stibié à prendre en lavage dans 750 grammes d'eau par demi-verre toutes les dix minutes jusqu'à provocation de trois vomissements. Eau tiède pour aider les vomissements. Quatre fois des matières aqueuses sont rejetées ; le tiers du liquide n'est pas encore bu. Dans la journée et le lendemain les vomissements sont plus fréquents qu'avant le vomitif.

Le surlendemain, j'administrai le même traitement que dans la deuxième observation (sulfate de potasse, deux émétiques, un purgatif), et les effets obtenus furent aussi heureux. Les liquides rendus par le vomissement sont encore plus glaireux après le second vomitif qu'après le premier.

Je pourrais à ces trois observations ajouter quatre autres faits dans lesquels le vomissement s'est montré à la fin du deuxième mois et même plus tôt. Il est devenu chez toutes ces malades tellement pénible que mes soins ont été réclamés.

Toutes ont présenté les signes de l'embarras gastrique muqueux : bouche fade, pâteuse ; langue couverte d'un enduit blanc, jaunâtre, prononcé surtout à la base et souvent limité à cette partie de l'organe ; salive épaisse, visqueuse ; sputation ; mucus empâtant les dents et recouvrant les gencives ; diminution ou perte de l'appétit ; absence de soif ; mauvais effet des boissons acides ; sentiment d'ardeur dans le pharynx, accompagné d'efforts pour arracher les mucosités qui tapissent les parois de ce conduit ; plénitude et pesanteur épigastrique, parfois telles qu'il en résulte une véritable oppression ; nausées ; vomissements séro-muqueux ; flatuosités ; constipation ; sentiment de malaise général ; douleurs convulsives dans les membres ; manque de chaleur ; frissons fréquents ; pesanteur de tête, quelquefois céphalalgie intense, souvent sus-orbitaire ; pâleur de la face ; teinte jaunâtre de la sclérotique des ailes du nez et du pourtour des lèvres ; rêvasseries ; sommeil pénible et interrompu, ne réparant pas les forces ; souvent le matin, après avoir assez bien dormi, on est plus courbaturé que le soir au moment du coucher ; dans la journée, tendance au sommeil, sitôt que l'on reste en repos ; lenteur du pouls ; apathie ; tristesse, etc.

Tous ces symptômes ne se sont pas rencontrés chez chaque malade. Ainsi chez une jeune femme la fièvre s'est déclarée ; une autre a été atteinte de diarrhée (ici j'ai eu recours à l'ipéca et à l'eau de Sedlitz après), mais j'ai toujours pu constater un ensemble de symptômes qui appartiennent nettement à l'état gastrique muqueux.

Je ne prétends pas dire que le vomissement n'eût pas cessé spontanément chez les trois malades dont je viens de donner l'observation détaillée. Je sais que souvent, vers le sixième mois, cet accident disparaît pour ne plus se montrer. Cependant il peut persister pendant tout le cours de la gestation, comme dans la quatrième et dans la cinquième grossesse de Mme B... (Obs. III).

La malade qui fait le sujet de la première observation, étant arrivée au 180e jour de sa grossesse, a-t-elle été débarrassée naturellement de ses vomissements par l'époque avancée de la gestation ? Je ne le crois pas. Tous les moyens conseillés contre les vomissements des femmes grosses sont vainement mis en usage ; le mal va toujours croissant. Alors une nouvelle médication est employée, et elle donne, comme dans les observations qui suivent, un résultat si immédiat, que c'est au nouveau traitement qu'il faut imputer l'effet obtenu.

La deuxième observation nous démontre deux fois la nécessité de l'administration des sels dissolvants irritants. Cette observation est doublement probante en faveur du traitement.

La troisième observation est la plus remarquable à mon sens, elle nous montre une pauvre femme ayant des vomissements prolongés pendant ses trois premières grossesses ; nous la trouvons anéantie par des vomissements continus pendant tout le cours de la quatrième et de la cinquième ; enfin, à la sixième, les mêmes accidents se déclarent avec plus d'intensité encore, et nous sommes assez heureux de voir leur cessation complète après l'administration de notre traitement.

Je n'ai fait qu'appliquer ici à l'état gastrique muqueux des femmes grosses les recommandations pratiques que tous les cliniciens justement célèbres prescrivent pour la cure de tout état gastrique muqueux.

Dans tout embarras gastrique muqueux, Pierre Franck, Hufeland, déclarent que les vomitifs et les purgatifs restent sans effet, si on ne soumet le malade à un traitement préparatoire. Il faut, dit Hufeland, employer des moyens incisifs, dissolvants, irritants, avant le vomitif. Pierre Frank et lui donnent aux sels neutres, au sel ammoniaque surtout, une sorte de préférence que plus d'un de nos devanciers savaient lui reconnaître aussi.

Il est remarquable que l'émétique, donné d'emblée à dose vomitive, tout en déterminant des vomissements répétés tant que dure son action, ne laisse à sa suite aucune amélioration. Au contraire, en général, il violente l'estomac, le convulse ; il le jette dans un état d'agitation spasmodique pénible et atroce ! Pourquoi les boissons contenant un sel neutre en dissolution sont-elles mieux supportées que l'eau pure ? Comment préparent-elles l'action efficace de l'émétique ? Quelle modification la muqueuse reçoit-elle de ces substances ?

Ici s'ouvre le champ des hypothèses.

Existe-t-il dans l'estomac des saburres pultacées, persistantes, adhérentes ? Dans les matières rejetées par le vomissement, avant comme pendant le traitement, on ne trouve pas de mucosités concrètes comme on en voit autour des fèces des personnes qui restent douze et quinze jours sans aller à la selle.

Les substances vomies ne sont composées que de liquides aqueux, souvent un peu colorés par la bile, très-légèrement visqueux ; et encore, l'eau qui forme la majeure partie des matières rendues par le vomissement n'est autre chose que la boisson qui a été ingérée dans l'estomac. On ne trouve pas en abondance des fluides glutineux et muqueux, comme en donnent les vomitifs administrés après les sels neutres, ce second vomitif surtout. La différence du poids spécifique des matières vomies est très-appréciable pour la main qui les soulève, et en les décantant, la consistance et l'aspect muqueux sont encore plus évidents.

La sécrétion des follicules mucipares serait-elle diminuée, suspendue ? Leur orifice serait-il bouché par du mucus épaissi, concret, comme les follicules sébacés le sont par la matière grasse qu'ils sécrètent ? C'est une opinion que j'ai entendu émettre à un savant clinicien de Paris. Dans cette théorie, pour laquelle je me sens une préférence marquée, les sels neutres agiraient en dissolvant le mucus et en réveillant l'activité de l'appareil mucipare.

Y aurait-il, comme le veut un éminent professeur de la Faculté de Paris, une gastrite saburrale (Trousseau et Pidoux, *Traité de Thérapeutique*) ? Il faut avouer que dans ce cas l'inflammation gastrique est bien peu intense, car elle ne donne lieu à aucune réaction. Le pouls, qui dans la moindre inflammation abdominale acquiert de la fréquence, nous présente ici une lenteur constante. Il existe plutôt un état atonique. Mais à un moment donné, la durée, la persistance de l'état muqueux peuvent faire passer la membrane folliculaire par diverses phases de la phlogose, comme dans les fièvres gastriques muqueuses (ainsi que j'en ai observé un cas), c'est-à-dire par l'état hyperémique, érythémateux, sub-inflammatoire. Dans cette opinion, qui admet un état saburral inflammatoire, le mode de traitement mis en usage est rangé dans la méthode substitutive. Les remèdes très-incisifs, très-dissolvants, très-irritants d'Hufeland seraient des agents de substitution. Les effets avantageux du kermès, du soufre doré d'antimoine, de l'émétique donné à doses réfractées et rapprochées ; l'efficacité des racines de polygala, de boucage, de la gomme ammoniaque, etc., conseillées par Hufeland, qui tous sont des excitants des muqueuses, donnent à cette opinion quelque créance.

Quoi qu'il en soit de cette explication, je puis, en dernier résultat, de tous ces faits conclure que chez les femmes enceintes :

1° Il existe un genre de vomissements occasionnés et entretenus par l'état gastrique muqueux ;

2° Que le traitement de l'état gastrique muqueux par les sels neutres, employés d'abord et suivis de l'administration d'un émétique, met fin immédiatement à ces vomissements ;

3° Qu'il est presque toujours nécessaire de réitérer le vomitif et de le faire suivre d'un purgatif ;

4° Que, comme dans toutes les affections gastriques, après la médication évacuante, l'emploi des toniques amers est d'un puissant secours pour ranimer les fonctions digestives.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 juin 1857. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet les rapports qui suivent sur les eaux minérales :

1° De MM. Barrié et Campazan, pour les eaux de Bagnères-de-Luchon et d'Encausse ;

2° De M. Baud, sur les eaux de Contrexeville ;

3° De M. Peyrecave, pour les eaux de Barbatan. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Joize (de Lille) adresse un mémoire sur l'hémorrhagie des méninges chez les aliénés. (Commissaires : MM. Rostan, Ferrus et Baillarger.)

— M. P. H. Boutigny (d'Evreux) adresse un travail ayant pour titre : *Un mot sur la destruction des miasmes par des mélanges fumigatoires nouveaux*. (M. Bouchardat, rapporteur.)

— M. A. Sanson, chef des travaux chimiques à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, adresse une nouvelle note sur la formation physiologique du sucre dans l'économie animale. (Commission nommée.)

— M. Velpeau dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur Alfred Vy, vaccinateur à Elbeuf, sur la vaccine et la variole. (Commission de vaccine.)

— M. Depaul donne lecture d'une lettre de M. Desprès, chirurgien de l'hospice de Bicêtre. M. Desprès dans cette lettre annonce à l'Académie qu'il se propose de lui communiquer prochainement un mémoire sur les accidents produits par le chloroforme. Il croit devoir en attendant signaler une cause d'asphyxie encore peu connue, et qu'il a eu l'occasion d'observer assez fréquemment : c'est l'obstruction de l'orifice supérieur du larynx par la base de la langue comprimant convulsivement l'épiglotte au début de l'inhalation.

— M. le Président déclare qu'aux termes du règlement il y a lieu de déclarer une place vacante dans la section de thérapeutique et de matière médicale, en remplacement de M. Martin-Solon.

LECTURE.

Philosophie médicale. — M. le docteur A. Chapelle (d'Angoulême) lit un mémoire intitulé *De la méthode à suivre dans l'étude de la médecine*.

Ce travail, qui échappe complétement à l'analyse, est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Jolly, Rostan et Ferrus.

Dartre tonsurante des animaux ; sa transmission à l'homme. — M. Reynal, chef de clinique à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, lit un travail sur la *dartre tonsurante du cheval et du bœuf contagieuse de ces animaux à l'homme*.

Des considérations exposées dans ce travail, M. Reynal déduit les conclusions suivantes :

1° Il existe chez le cheval et chez le bœuf une maladie cutanée que l'on peut désigner sous le nom de dartre tonsurante contagieuse ;

2° Cette maladie apparaît sous la forme d'anneaux et de cercles d'un diamètre de 3 à 6 centimètres ;

3° Elle détermine la dépilation des points envahis en procédant toujours circulairement ;

4° La dartre tonsurante se transmet du cheval au cheval et du bœuf au bœuf, réciproquement du cheval au bœuf.

5° Elle se transmet également du cheval et du bœuf à l'homme. (Commissaires : MM. Leblanc, H. Bouley, Devergie et Gibert.)

M. Gibert fait remarquer à cette occasion que des affections analogues à celles dont M. Reynal vient d'entretenir l'Académie, ont été observées à l'hôpital Saint-Louis, et qu'on y a reconnu qu'elles étaient dues à un champignon semblable à celui du favus.

Paralysie de la face dans les lésions de l'oreille moyenne. — M. Deleau lit un travail ayant pour titre : *La paralysie de la face produite à volonté dans un cas de lésion de l'oreille moyenne*. L'auteur formule en ces termes les conclusions qui ressortent des faits et des réflexions exposés dans ce travail :

1° La paralysie essentielle du nerf facial est probablement très-rare

2° La cause prochaine est l'étranglement de son tronc dans son passage dans l'aqueduc de Fallope ;

3° L'hypercousie qui accompagne la paralysie est un symptôme de l'otite interne ;

4° Pour guérir la paralysie faciale, il faut traiter activement cette otite.

Si des médecins doutaient encore des vérités que je viens d'énoncer dans ces conclusions, je m'offre de constater, à l'aide du cathétérisme de la trompe d'Eustachi, la lésion de l'oreille moyenne avant ou pendant la paralysie de la face.

Je termine ce mémoire en rappelant l'attention du praticien sur l'état de tous les conduits osseux qui donnent passage aux nerfs sensitifs ou moteurs. J'ai l'intime conviction que beaucoup de névralgies n'ont pas d'autre cause que l'étranglement opéré dans ces canaux par inflammation et par épaississement des tissus. (Commissaires, MM. Larrey, Guérard, Roche.)

DISCUSSION.

Anesthésiques. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les anesthésiques. La parole est à M. Robert.

M. ROBERT ne partage pas l'opinion de ceux de ses collègues qui ont regretté que M. Devergie ait fait sa communication. La question de responsabilité médicale, suivant lui, n'est pas une de celles que l'on puisse éluder à son gré. Elle est inscrite dans les lois, et de plus, dans la conscience de tout honnête homme. Loin donc d'en détourner les regards, il faut l'examiner sérieusement, afin de dissiper, s'il est possible, les inquiétudes du corps médical en lui montrant dans quelles limites cette grave question peut être posée.

Depuis l'observation de M. Gorré (de Boulogne), qui fut le point de départ de la mémorable discussion de 1849, les cas de mort se sont multipliés; plusieurs ont eu lieu sous les yeux des praticiens les plus consommés, de telle sorte que la question de responsabilité a complétement changé de face; car aujourd'hui il n'est plus permis de douter que le chloroforme ne puisse entraîner des accidents funestes, alors même qu'il est pur et administré par des mains habiles.

Mais, dira-t-on, si l'emploi des anesthésiques sagement dirigé peut amener la mort, que ne doit-on pas redouter de la témérité ou de l'ignorance? Et le médecin inhabile, si un malade périt entre ses mains, ne pourra-t-il pas être frappé par l'article 315 du Code pénal? Il faut donc d'abord déterminer ce qu'on doit entendre par bon ou mauvais emploi du chloroforme.

De nombreuses expériences pratiquées sur les animaux ont prouvé que, entre les premières manifestations anesthésiques et les phénomènes ultérieurs qui entraînent la mort, il existe une période moyenne caractérisée par l'abolition de la sensibilité et des mouvements volontaires avec intégrité des grandes fonctions de la vie organique. C'est cette période qui se prête le mieux à la pratique des grandes opérations. Quel que soit le degré de l'anesthésie que l'on désire obtenir, depuis la simple insensibilité jusqu'à la résolution des muscles, il est un précepte capital, c'est que les vapeurs stupéfiantes doivent être mêlées à l'air en proportions toujours peu considérables.

M. le docteur Snow a vu que les animaux, placés dans un vase clos contenant 3 ou 4 p. 100 de vapeurs de chloroforme, cessent de respirer au bout de 10 ou 15 minutes, et qu'ils peuvent être rappelés à la vie si l'on n'y prolonge pas trop leur séjour; mais qu'ils succombent rapidement lorsque l'air contient plus de 8 p. 100 de chloroforme. J'ai rappelé dans mon rapport sur l'amylène des détails d'expériences analogues, qui m'ont donné à peu près les mêmes résultats.

Chez l'homme l'éthérisation s'opère dans des conditions bien différentes, car elle a toujours lieu à l'air libre. Il est donc impossible de connaître exactement les proportions de vapeurs anesthésiques mêlées à l'air, et d'apprécier la quantité d'air mêlé de chloroforme que les malades absorbent dans un temps donné, les uns respirant modérément, les autres à pleine poitrine. Par conséquent, la prétention émise par quelques personnes d'administrer le chloroforme avec précision et de le doser est une chimère, que l'on ne saurait réaliser dans la pratique.

Il faut procéder, en quelque sorte, par tâtonnements, commencer par des quantités très-faibles et incapables de nuire, quelle que soit la susceptibilité de l'organisme; puis augmenter peu à peu la proportion des vapeurs, en même temps que l'on surveille les effets produits, seul *criterium* qui puisse nous donner la mesure des quantités qu'il est permis d'atteindre. Quelles conditions doivent remplir les appareils destinés à l'inhalation des vapeurs du chloroforme?

1° Ils doivent être disposés de manière à laisser à l'air un passage large et constamment facile;

2° L'air doit être sans cesse renouvelé, c'est-à-dire que chaque portion d'air respirée doit être immédiatement rejetée en dehors;

3° L'opérateur doit pouvoir, à son gré et suivant les effets produits, graduer la concentration des vapeurs anesthésiques;

4° Enfin, l'inhalation doit être pratiquée à la fois par les narines et par la bouche.

M. Robert passe en revue les différents instruments employés par les chirurgiens pour faire respirer le chloroforme.

Il reconnaît de grands avantages à l'éponge ou à la charpie imbibées de chloroforme et placées au fond d'un cornet; mais ces corps poreux, présentant sous un petit volume une surface très-étendue, permettent l'évaporation du chloroforme avec une extrême rapidité. Il résulte de là, qu'à un moment donné, l'air qui s'en dégage doit être chargé de vapeurs stupéfiantes dans de fortes proportions; et si le malade fait alors des inspirations rapides et profondes, n'y a-t-il pas lieu de redouter les plus graves accidents?

Ces raisons ont porté M. Robert à préférer à ces moyens simples des instruments plus précis et plus sûrs.

Ceux qui remplissent le mieux les indications qu'il a posées plus haut, sont, en Angleterre, l'appareil de M. Snow, et en France, celui de M. Charrière et celui de M. Duroy.

L'appareil de M. le docteur Snow est simple et bien connu; mais il ne laisse pas l'opérateur suffisamment maître du dosage des vapeurs anesthésiques.

L'appareil de M. Duroy, ou anesthésimètre, est parfaitement imaginé; mais il est compliqué et d'un prix élevé. Enfin, l'appareil de M. Charrière, le plus simple de tous, offre l'avantage de doser approximativement les vapeurs de chloroforme, grâce à un petit diaphragme spiroïde qui ne laisse se volatiliser qu'une quantité toujours modérée du liquide dont il est imbibé.

Il y a donc dans un appareil, ajoute M. Robert, un motif de sécurité, une garantie que ne comportent pas les instruments poreux. Aussi n'est-ce pas sans étonnement que dans la dernière séance j'ai entendu M. Larrey nous dire que les appareils sont des instruments de concentration plus actifs, et par conséquent plus dangereux que la simple éponge.

Mais la question du choix des appareils n'a pas l'importance que la discussion actuelle semble lui donner. M. Devergie en se préoccupant de l'asphyxie par défaut d'air, comme d'une cause possible de mort, dans le cours des inhalations, a commis une erreur manifeste. Tous les médecins savent qu'avant tout ils ne doivent pas étouffer leurs malades; et je ne sache pas qu'il existe dans la science un seul cas avéré où la mort ait eu lieu par le mécanisme qu'il admet.

La question de responsabilité, en ce qui touche le chloroforme, est une question très-complexe. Elle peut être soulevée dans la plupart des conditions très-diverses au milieu desquelles se pratique l'éthérisation. Ainsi, pour ne parler d'abord que des degrés auxquels on peut être obligé de pousser l'anesthésie, ces degrés varient suivant la nature des opérations qu'il s'agit de pratiquer. Est-ce une simple ouverture d'abcès, le débridement d'un panaris, une petite amputation, il suffit en général d'éteindre à peine ou seulement d'émousser la sensibilité. Mais faut-il amputer un membre, découvrir une artère, isoler une tumeur placée dans le voisinage d'organes importants, il faut abolir complétement la sensibilité, sous peine de voir le malade se livrer à des mouvements violents que sa volonté ne peut plus maîtriser. Certains actes chirurgicaux ne peuvent s'accomplir sans qu'on se soit débarrassé à la fois et de la sensibilité et de la contractilité musculaires. Parviendrait-on sans cette condition à réduire les luxations et les hernies?

Enfin la durée de certaines opérations est considérable; on est quelquefois obligé de prolonger l'éthérisation un quart d'heure, vingt minutes, une demi-heure. Certes, il est sans exemple encore que la mort ait été causée par le fait de doses considérables de chloroforme. Cependant on ne saurait disconvenir que la nécessité de pousser ainsi l'éthérisation jusqu'à ses limites extrêmes ne soit une circonstance sérieuse.

Certaines altérations organiques ou dynamiques du cœur sont de nature à influer gravement sur les résultats de l'éthérisation. Mais comment les reconnaître d'une manière certaine? Comment diagnostiquer sûrement un amincissement des parois du cœur, ou cet état graisseux dont la dernière victime de l'anesthésie a offert un exemple. L'anémie, la faiblesse, l'épuisement, suites de maladies longues, les hémorrhagies, la dépression vitale qui se produit sous l'influence des préoccupations, de la terreur causée par l'opération, sont encore des conditions défavorables au même titre. Le médecin à qui, dans de semblables circonstances, il arriverait un malheur, pourrait-il être compromis sérieusement aux yeux de la loi!

Les doses de chloroforme requises pour obtenir l'anesthésie varient à l'infini, suivant les susceptibilités individuelles, et ne peuvent davantage devenir des armes contre les médecins malheureux.

Toutes ces conditions variées de l'organisme doivent être prises en sérieuse considération quand on veut étudier le mode d'action du chloroforme et apprécier la responsabilité qui peut incomber au médecin, en cas de malheur.

Cependant ce n'est point, en général, de ce côté que se trouvent les plus graves écueils de l'anesthésie; c'est dans la marche même des phénomènes qu'il faut les chercher, dans leur irrégularité, et dans les accidents qui peuvent en entraver le cours.

On aurait une idée fort inexacte de la marche des phénomènes de l'éthérisation si l'on se bornait à l'observer chez les animaux. Ici, à part quelques variations insignifiantes, elle est régulière; mais chez l'homme, il peut se présenter une foule d'accidents plus ou moins sérieux.

Une cause d'asphyxie très-commune est la suivante: Lorsque l'anesthésie est profonde, les muscles de la langue étant paralysés, la base de cet organe se porte en arrière en obéissant aux lois de la pesanteur; elle refoule l'épiglotte, et peut ainsi fermer l'ouverture supérieure du larynx. Cet accident a été surtout signalé par M. Després, chirurgien de l'hospice de Bicêtre, qui l'a fréquemment observé chez les vieillards.

Chez quelques malades, le chloroforme exerce une action hyposthénisante très-marquée pendant toute la durée des inhalations. La période d'excitation est nulle ou presque nulle. Ces cas réclament la réserve et la vigilance du chirurgien, car c'est alors que les mouvements respiratoires pourraient s'éteindre si on n'était prêt à les ranimer.

Tous ces accidents, quelque effrayants qu'ils soient, n'ont pas cependant toute la gravité qu'on pourrait leur supposer; la marche n'en est pas assez rapide pour qu'un praticien attentif ne puisse les conjurer, et jusqu'à présent il est pour moi sans exemple qu'ils aient entraîné la mort. Mais il en est autrement des faits suivants:

Après quelques inhalations qui n'ont rien offert de notable, et sans que la quantité de chloroforme absorbé ait été grande, ou mêlée à l'air en des proportions considérables, les malades ont été frappés mortellement d'une manière soudaine.

Toutes les observations qui ont été publiées se ressemblent par l'instantanéité des accidents et la rapidité de la mort: c'est une véritable sidération.

Parmi les grandes fonctions organiques qui constituent le trépied de la vie, il est souvent impossible de dire quelle est celle qui s'est éteinte la première. Cependant, d'après l'analyse d'un assez grand nombre de faits, dont les détails ne laissent rien à désirer, on peut affirmer que le plus souvent c'est l'action du cœur.

Dans ces cas de sidération, le mécanisme de la mort ayant été variable, les lésions cadavériques ne le sont pas moins; et il importe de remarquer que dans plusieurs d'entre eux on en a trouvé qui appartiennent à l'asphyxie. Sans doute ce sont ces altérations qui ont pu induire M. Devergie en erreur, mais elles ne constituent pas ici les caractères de l'asphyxie mécanique dont il nous a entretenus; elles sont propres à l'empoisonnement chloroformique. Ainsi, chez les animaux que l'on tue par l'action lente et progressive des anesthésiques, on voit toujours la respiration s'anéantir avant les battements du cœur, et, à l'autopsie, on trouve alors les lésions propres à l'asphyxie.

Il reste une dernière question à examiner, savoir si l'on peut prévenir les accidents ou en enrayer la marche quand ils se présentent.

Il est des mesures à prendre pour prévenir certains accidents. On a insisté avec raison sur la position horizontale comme moyen prophylactique de la syncope.

La vacuité de l'estomac doit être aussi spécialement recommandée. En effet, outre que l'éthérisation est plus longue, plus difficile et qu'elle s'accompagne de plus d'agitation, lorsque ce viscère contient des aliments, le fait seul de l'absorption du chloroforme provoque des nausées et des vomissements. Dans ce cas la tendance à la lypothimie qui précède d'ordinaire les vomissements s'ajoutant à celle qui est due à l'état anesthésique, il en peut résulter une syncope grave et même mortelle.

Je suis trop pénétré de l'importance de la syncope dans le mécanisme de la mort par le chloroforme pour ne pas insister sur la nécessité de surveiller le pouls. Mais je n'en recommande pas moins de prendre le plus grand soin de la respiration. L'attention doit se partager entre ces deux choses.

Je ne m'arrêterai pas sur la nécessité de laisser toujours un libre accès à l'air atmosphérique. Je dirai seulement que c'est là une condition qu'on peut toujours remplir avec plus ou moins de facilité, quel que soit l'appareil dont on fasse usage.

Enfin, nonobstant toutes les précautions, se trouve-t-on tout à coup en face d'une mort imminente par la cessation brusque des battements du cœur et des mouvements respiratoires? possède-t-on les moyens d'enrayer ces terribles manifestations de l'empoisonnement chloroformique? la première chose à faire est sans contredit de placer les sujets dans la position horizontale s'ils n'y sont déjà. Quelques praticiens se sont bien trouvés de l'introduction du doigt au fond de la gorge pour exciter le larynx. Si malgré tout les mouvements respiratoires s'éteignent, il faut avoir recours à la respiration artificielle. Le conseil donné par M. Bickerstheth, d'attirer en même temps et de maintenir la langue hors de la bouche avec un crochet, ne doit pas être oublié.

Il résulte de ces considérations que le chloroforme, dont le pouvoir est si merveilleux, est en même temps un poison. Il faut donc en l'administrant, se conformer aux règles de la matière médicale, qui prescrivent de n'employer qu'à faibles doses surtout au début, les médicaments énergiques; et surtout il ne faut jamais le mêler à l'air dans de trop fortes proportions.

Le choix des appareils est d'assez peu d'importance, chacun est libre de préférer celui dont il a le plus d'habitude, pourvu qu'il s'en serve avec prudence et tienne compte de ces données.

L'inhalation doit être continue d'abord, à moins que des accidents n'obligent momentanément à la suspendre; mais quand le sommeil anesthésique est bien établi, surtout avec résolution des muscles, elle ne doit plus être qu'intermittente, et répétée seulement lorsque la sensibilité semble se réveiller. L'anesthésie peut être ainsi entretenue sans inconvénient, pendant un temps assez long. Les accidents d'excitation, de spasme ou d'asphyxie qui peuvent entraver la marche de l'éthérisation ne sont pas difficiles à reconnaître, et peuvent être arrêtés par les moyens convenables. La syncope laisse moins de prise à la thérapeutique; quant à la sidération, tout ce qu'on a pu lui opposer jusqu'à ce jour est demeuré inutile.

Les cas de mort causés par le chloroforme sont heureusement trop rares pour compromettre l'avenir de l'anesthésie. Mais ils ne sont que trop réels, et suffisent pour que les praticiens ne méconnaissent pas le danger, et se tiennent toujours sur leurs gardes. Si donc un malheur arrivait, on devrait admettre, à moins de preuve du contraire, que tout a été pratiqué convenablement, et ne pas oublier qu'en pareille occurence, on ne saurait faire peser sur le médecin la responsabilité d'un accident dont l'impuissance de l'art doit seule être comptable.

— Il est cinq heures un quart, la séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Société médico-pratique a décidé, dans sa dernière séance, qu'une commission de trois membres nommés dans son sein serait chargée de se mettre en rapport avec toutes les autres Sociétés de médecine de Paris, et d'engager chacune d'elles à choisir trois membres qui, réunis, constitueraient une commission générale représentant le corps médical du département de la Seine.

Cette commission générale, de concert avec la commission permanente du congrès médical, aura pour mission d'appeler l'attention de Sa Majesté l'Empereur, sur les abus qui résultent de la législation actuelle, et de solliciter des lois nouvelles qui protégent plus efficacement la santé publique et nos intérêts professionnels.

— Un de nos plus honorables confrères, M. le docteur Sestier, agrégé libre de la Faculté, vient de succomber à l'âge de cinquante et un ans à une courte maladie. M. Sestier avait publié un livre fort estimé sur les *Maladies promptement mortelles* et un *Traité de l'œdème de la glotte*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Mémoire de médecine pratique sur l'angine couenneuse, gangréneuse, épidémique et endémique, sur sa forme croupale secondaire, accompagné de considérations sur le croup aigu; par M. le docteur Fulgence FIÉVÉE-DE-JEUMONT, chevalier de la Légion d'honneur et de plusieurs ordres, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, etc. Paris, chez J. Hamel, libraire, rue Racine, 10.

Le Secrét.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.
L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »
POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Résultats des opérations de trachéotomie pratiquées dans les cas de croup à l'hôpital des Enfants en 1856. — Emploi de la digitale dans la métrorrhagie. — Epilepsie traitée par le valérianate d'atropine; guérison. — Atrésie vulvaire congénitale. — HÔPITAL DE LA MATERNITÉ DE STRASBOURG (M. Stoltz). Embryotomie; fœtus d'un volume monstrueux. — ECOLE PRATIQUE (M. Durand-Fardel). Cours sur les eaux minérales ; leçons sur le traitement des scrofules. — Du pain considéré comme base de l'alimentation. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 24 juin. — Enorme tumeur de la région parotidienne et de la partie latérale du cou ; ablation de la tumeur ; guérison. — Du rétablissement du baccalauréat ès lettres pour les études médicales. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. La médecine aux Etats-Unis.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Résultats des opérations de trachéotomie pratiquées dans les cas de croup à l'hôpital des Enfants en 1856.

M. le docteur André, ancien interne à l'hôpital des Enfants, vient de consigner dans sa thèse inaugurale les résultats des opérations de trachéotomie pratiquées dans les cas de croup dans cet hôpital pendant l'année 1856. Ce document, plein d'intérêt et d'enseignements utiles, confirme tout ce qui a été déjà dit à plusieurs reprises dans ces colonnes sur les avantages de cette opération pratiquée de bonne heure dans le croup. C'est là, en effet, la principale condition des succès beaucoup plus nombreux que donne maintenant cette opération dans les hôpitaux, soit à l'hôpital des Enfants, soit à Sainte-Eugénie, relativement aux résultats qu'on en obtenait autrefois dans ces établissements et à ceux qu'on observe généralement dans la pratique civile.

Voici le tableau de ces opérations, tel que l'a dressé M. André :

AGE.		MORTS.		GUÉRISONS.	
	Nombre.	Garçons.	Filles.	Garçons.	Filles.
De 15 mois à 2 ans.	6	2	4	»	»
De 2 à 3 ans. . . .	9	4	3	2	»
De 3 à 4 ans. . . .	13	5	4	4	»
De 4 à 5 ans. . . .	11	6	3	1	1
De 5 à 6 ans. . . .	6	3	1	1	1
De 6 à 6 ans 1/2. . .	3	1	1	»	1
De 7 ans.	2	»	1	»	1
De 8 ans.	2	»	1	1	»
De 9 ans.	1	»	»	1	»
De 9 ans 1/2.. . . .	1	»	»	»	1
	54	21	18	10	5

Ainsi qu'on peut le voir d'après ce tableau, sur un total de 54 opérations, il y a eu 39 morts et 15 guérisons, c'est-à-dire environ un tiers de succès. C'est la proportion que M. Guersant a obtenue sur un chiffre déjà assez considérable d'opérations pendant ces quatre ou cinq dernières années.

On remarquera dans les détails de ce relevé que la proportion des succès s'élève avec l'âge. Ainsi, à dater de 7 ans, on trouve : à 7 ans, deux opérations, un décès et une guérison ; à 8 ans, même proportion ; à 9 ans et 9 ans 1/2, deux opérations, deux succès. Les enfants de 5 à 6 ans ont donné, comme ceux de 7 à 8 ans, les mêmes rapports, 3 décès et 3 guérisons sur 6 opérés. Puis viennent par ordre décroissant du chiffre des succès, les enfants de 4 à 5 ans, ceux de 5 à 6 ans et demi, ceux de 3 à 4, de 2 à 3, qui ne donnent plus déjà que 2 guérisons sur 9 opérations. Enfin la série la plus malheureuse est celle des enfants de 15 mois à 2 ans, qui n'ont donné que des insuccès (6 décès sur 6).

Les enfants ont donc généralement d'autant mieux supporté l'opération et ses conséquences qu'ils étaient plus âgés. Tous les opérés de moins de 2 ans ont succombé ; chez ceux qui avaient à peine dépassé cet âge, la proportion des décès a dépassé celle des guérisons. Le contraire a lieu à partir de 6 ans ; et si l'on trouve deux cas de mort parmi les enfants de 7 à 8 ans, fait remarquer M. André, cela tient à un accident ou à des affections qui existaient au moment de l'opération.

Voici de quelle manière M. André, d'après ses observations, cherche à donner l'explication de ces différences si sensibles dans les résultats de la trachéotomie suivant les âges :

Les enfants âgés de 4 ans guérissent plus fréquemment que ceux d'un âge moindre, parce que d'une manière générale, ils présentent une résistance plus énergique, soit aux accidents de l'opération elle-même, tels que l'hémorrhagie et la fièvre traumatique, soit à la diphthérite, soit aux maladies qui peuvent survenir à titre de complication, bronchite capillaire, pneumonie ; ils sont plus dociles et se prêtent mieux à toutes les manœuvres qu'exige l'examen souvent répété de la canule et de la plaie, ainsi qu'à l'alimentation si essentielle pourtant et si difficile chez les très-jeunes enfants trachéotomisés. Est-ce à la même cause, c'est-à-dire à une plus grande résistance qu'il faut attribuer le nombre relativement plus considérable de guérisons obtenues chez les garçons ? Les chiffres du relevé ne sont pas assez considérables, ni les faits assez précis à cet égard pour qu'on en puisse tirer une conclusion de quelque valeur sous ce rapport.

Parmi les points de pratique relatifs aux procédés et moyens les plus convenables pour assurer le succès de la trachéotomie, M. André a particulièrement étudié d'après les faits la question de savoir à quelle époque il convient de retirer la canule. Sur 17 sujets chez lesquels on a noté l'époque de l'ablation de la canule, il en est un chez lequel elle a été retirée au quatrième jour, 5 chez lesquels on l'a retirée au sixième jour, 2 au septième, 3 au huitième, 1 au onzième, 1 au treizième, 1 au quatorzième, 1 après le quatorzième jour. Les plus nombreuses ablations ont été faites, comme on le voit, le sixième jour ; dans les cas où on l'a faite plus tard, on avait déjà tenté de le faire précédemment, mais d'une manière infructueuse. D'où M. André conclut qu'il faut en général tenter d'enlever la canule du quatrième au cinquième jour, sauf à la remettre s'il survenait de la dyspnée.

Il ne saurait y avoir à cet égard de règle fixe, l'époque où s'opère la désobstruction du larynx étant elle-même très-variable. Ce n'est que par des tâtonnements et par des tentatives réitérées de temps en temps avec prudence, que l'on peut arriver à saisir le moment opportun pour retirer définitivement la canule. Il est des cas, en effet, où il est nécessaire de la laisser longtemps en place. On ne saurait mieux faire d'ailleurs que de s'en référer à cet égard aux préceptes formulés dans les leçons cliniques sur les angines, que nous avons publiées il y a deux ans.

Emploi de la digitale dans la métrorrhagie.

Une jeune femme est entrée dans la salle Saint-Bernard de l'Hôtel-Dieu, service de M. Trousseau, pour une métrorrhagie d'une intensité médiocre, mais qui ne laissait pas cependant que de nécessiter des secours prompts et actifs si l'on ne voulait s'exposer à voir sous peu l'état de la malade devenir sérieux. Cette femme était accouchée depuis deux mois. Dans les premiers jours de la période puerpérale, les choses s'étaient assez bien passées ; douze à quinze jours après environ, il y eut une légère hémorrhagie qui fut assez promptement arrêtée ; du quarante-cinquième au cinquantième jour, l'hémorrhagie reparut de nouveau, et durait encore lorsque cette femme est entrée à l'hôpital.

M. Trousseau a voulu saisir cette occasion pour essayer une médication qui a été préconisée dans ces derniers temps et que nous avons déjà signalée à nos lecteurs : nous voulons parler de la digitale à haute dose. On se rappelle que c'est à la dose de 30 grammes, en infusion, que la digitale est donnée dès le premier jour d'après cette nouvelle méthode, dose énorme si l'on considère qu'à 50 centigrammes déjà la digitale produit des vertiges chez quelques sujets.

Malgré sa confiance dans l'auteur de cette méthode et dans les médecins qui l'ont imité, M. Trousseau n'a pas cru devoir débuter par une dose aussi élevée ; il a prescrit pour commencer 15 grammes de digitale en infusion, avec recommandation de la faire prendre en six prises de deux en deux heures, et d'en surveiller attentivement les effets.

Rien d'insolite ne s'est produit. L'infusion de 15 grammes a été prise, et il n'y a eu aucun effet toxique. On avait constaté le matin, à la visite, une perte de sang très-abondante. La première dose a été prise à une heure de l'après-midi. Le lendemain, la métrorrhagie avait cessé, et elle n'a plus reparu depuis. Si l'on s'en était tenu aux simples apparences, le fait eût passé pour très-concluant ; mais en interrogeant avec soin la malade, on a su que cette hémorrhagie, qui était très-abondante le matin, avait déjà cessé d'elle-même quelques instants avant l'administration de la première prise : de sorte qu'il serait très-difficile par ce fait seul de se faire une idée de l'efficacité du moyen mis en usage.

Nous le citons donc, moins à cause de sa valeur très-douteuse au point de vue de l'efficacité hémostatique de la digitale, que comme un de ces cas qui montrent la réserve qu'il faut apporter dans l'appréciation des moyens thérapeutiques employés, et la surveillance attentive qu'exige toute expérimentation. Cependant si l'on considère que dans les métrorrhagies, même les plus abondantes, il survient quelquefois de ces temps d'arrêt momentanés qui sont bientôt suivis d'un redoublement de la perte, il est encore possible d'attribuer ici à l'action de la digitale l'absence du retour de l'hémorrhagie, les choses s'étant souvent passées ainsi dans les faits précédemment observés. Quoi qu'il en soit sur ce point, il ressort du moins de ce fait que la digitale à une dose inférieure, il est vrai, à celle conseillée et employée par l'auteur de la méthode en question, mais de beaucoup supérieure à celle que l'on emploie communément, n'a eu aucune influence fâcheuse sur l'état de la malade.

FEUILLETON.

LA MÉDECINE AUX ÉTATS-UNIS.

Nous avons accueilli avec empressement, et nous croyons utile de reproduire ici les faits relatés par un médecin de New-York, le Dr Campbell Stewart, dans une note lue à la Société médicale d'Édimbourg, dans le cours de l'année dernière.

La médecine, aux Etats-Unis, n'est en aucune façon sous la protection ou la surveillance du gouvernement fédéral. Chaque État en particulier est chargé de ce soin, dont il s'acquitte en délivrant aux universités et aux colléges les brevets qui leur donnent le droit de conférer des diplômes. L'Union renferme au moins quarante universités ou colléges où la médecine est l'objet d'un enseignement régulier.

L'organisation des différentes écoles, les règlements en vigueur, les matières de l'enseignement, ne diffèrent pas aussi complétement qu'on pourrait le croire de ce que nous voyons chez nous. Les règlements de l'Université de Pensylvanie, en ce qui concerne la médecine, témoignent que la principale différence réside dans une plus grande facilité laissée aux étudiants pour acquérir leurs grades. Avoir vingt et un ans, trois ans d'études pendant lesquels on a suivi deux cours complets à l'Université, être en outre l'élève particulier d'un praticien recommandable : telles sont les uniques conditions exigées du candidat au grade de docteur. Un seul examen lui confère ce titre. Le jour venu, le candidat adresse une demande au doyen, en lui envoyant une thèse sur un sujet médical de son choix. La thèse est remise à l'un des professeurs, qui en prend connaissance, interroge le candidat, et transmet ses notes à la Faculté, qui décide de sa nomination au scrutin secret.

Du reste, l'examen n'a pas lieu dans toutes les Facultés d'après un mode uniforme. Quelquefois l'examen est public ; tantôt il a lieu en présence des professeurs et des directeurs de la Faculté seulement ; d'autres fois encore, à l'Université de New-York par exemple, il n'y a pas d'examen à proprement parler : chacun des professeurs donne ses notes sur le candidat ; puis la Faculté se rassemble, et lorsque le doyen appelle le nom du candidat, elle consulte les notes qu'il a obtenues et va aux voix. Le candidat a-t-il 3 voix contre lui ou même 2 seulement, comme dans quelques écoles, il est refusé et renvoyé à une autre session.

Le nombre des professeurs chargés de l'enseignement médical dans chaque Faculté est de cinq à neuf, plus ordinairement sept ou huit. L'anatomie générale et descriptive, l'histoire de la médecine, la pathologie, la matière médicale, la thérapeutique et la pharmacie, la chimie et la toxicologie, l'obstétrique, les maladies des femmes et des enfants, la médecine légale : telles sont les matières de l'enseignement. Commencés en octobre, les cours se terminent généralement à la fin de mars, époque à laquelle les étudiants subissent leur examen. Le temps qu'ils doivent consacrer aux cours est de cinq à six heures par jour, sans y comprendre les dissections et les visites d'hôpital.

On voit, d'après ces détails, que le degré de l'instruction médicale aux États-Unis doit être peu élevé relativement au nôtre. Le temps des études est beaucoup moins long, les objets de l'enseignement sont moins variés, les cours moins nombreux et plus superficiels, et le savoir de l'élève n'est garanti que par un seul médecin. Mais, si on songe à l'accroissement considérable de la population aux États-Unis, aux demandes incessantes de médecins qui ont lieu de toutes parts, à la nature des institutions, qui laissent la porte ouverte au charlatanisme le plus éhonté, on comprendra qu'il était difficile qu'il en fût autrement, et qu'un plus grand nombre d'entraves apportées à l'instruction médicale auraient eu pour résultat de détourner un certain nombre de jeunes gens des études sérieuses, quoique incomplètes, qu'ils font dans les Facultés.

Un avantage incontestable que d'un côté l'enseignement médical en Amérique présente sur le nôtre, c'est l'espèce d'apprentissage fait par chaque élève auprès d'un médecin instruit et recommandable, qui l'initie aux difficultés de la pratique. Chaque étudiant s'attache ainsi à un praticien, sous la surveillance duquel il est constamment placé ; il le suit à sa consultation, l'accompagne en ville, l'aide dans ses opérations. Quelquefois même le médecin loge son élève dans sa maison, le fait travailler sous ses yeux, et dans de fréquentes causeries, s'attache à diriger son esprit vers la réflexion et le travail, et à développer les aptitudes qu'il a reconnues en lui.

Les éléments d'instruction ne manquent pas non plus. Hôpitaux, amphithéâtres, musées d'anatomie pathologique, laboratoires, biblio-

Nous saisirons cette occasion pour dire que M. Trousseau, tout en n'acceptant ce fait qu'à titre de renseignement, se croit néanmoins suffisamment autorisé à conseiller l'emploi de cette médication en pareil cas ; mais en y procédant avec toute la prudence qu'exige un agent aussi actif ; c'est-à-dire en distribuant dans le courant de la journée l'infusion de digitale de dixième en dixième, de telle sorte que si après le 1er, le 2e, le 4e, le 6e, le 8e dixième, il survenait des accidents, on cessât immédiatement l'administration du médicament.

Épilepsie traitée par le valérianate d'atropine. — Guérison.

Indépendamment des faits consignés dans le mémoire que M. Michéa a lu en 1853 devant l'Académie de médecine, plusieurs praticiens ont rapporté des observations qui tendent à confirmer les effets avantageux que cet auteur attribue au valérianate d'atropine dans le traitement des affections convulsives. Le cas qu'on va lire est un nouvel exemple de l'influence salutaire de ce médicament.

A... est âgé de dix ans, il est d'un tempérament lymphatique nerveux et d'une constitution débile. Sa mère l'a nourri; et quand se termina l'allaitement, elle eut des attaques épileptiformes qui durèrent pendant plusieurs mois.

Au commencement de janvier 1854, l'enfant, qui se faisait remarquer par son humeur inégale et impatiente, par son caractère exigeant et difficile vis-à-vis de ses parents et de ses camarades, reçut quelques coups de son maître d'école. Trois jours après cette correction, il fut pris tout à coup d'un sentiment de frayeur extrême ; il poussa des cris plaintifs, agita convulsivement ses bras et ses jambes en serrant fortement les mâchoires, puis il survint de l'écume à la bouche et une perte complète de connaissance. Cette attaque dura à peu près un quart d'heure, et quand elle cessa, le jeune malade chercha à fuir sans savoir où il allait et ce qu'il faisait. Trois jours après, une seconde attaque se déclara de la même manière, mais beaucoup plus forte que la première ; enfin, les accès se rapprochèrent davantage: d'abord tous les deux jours, puis tous les jours.

Durant les mois de février, mars et avril, ils furent constamment quotidiens, et il en survenait quelquefois jusqu'à trois par jour; ils étaient parfois précédés et suivis d'un trouble intellectuel. Le malade entrait en fureur contre son père ou sa mère et prenait un bâton pour les frapper. Les convulsions suivaient immédiatement ce désordre; puis la connaissance revenue, l'enfant se précipitait vers une croisée, il cherchait à l'ouvrir, ou bien gagnant la porte, il essayait de s'échapper par là. Il était aussi très-souvent averti de l'approche de ses attaques par une sensation particulière qui, partant du creux épigastrique, remontait à la gorge en lui faisant éprouver une sorte de suffocation.

Le 5 février, alors que les accès étaient quotidiens, on commença l'administration du valérianate acide d'atropine sous forme de granules, à la dose d'un demi-milligramme par jour; et, doublant cette dose tous les huit jours, on arriva jusqu'à 4 et 5 milligrammes de ce médicament.

L'usage du valérianate d'atropine fut continué pendant plus d'un an, avec des suspensions d'une ou deux semaines au plus.

Vers le milieu du mois de mars, une amélioration très-notable se déclara. Au lieu de trois accès par jour, il n'en survenait plus qu'un seul, puis de quotidiens ils devinrent hebdomadaires ou bi-hebdomadaires. Au mois de juin, ils n'étaient plus que mensuels. Depuis le 7 du même mois jusqu'au mois de septembre, il n'y a eu qu'une seule attaque. Enfin, bien que l'enfant ne soit plus soumis à l'usage du médicament depuis plus de quatre mois, l'épilepsie n'a pas reparu.

Il est important de faire observer que le valérianate d'atropine mis en usage est le valérianate préparé d'après la formule du docteur Michéa, c'est-à-dire le valérianate acide, auquel il n'est pas indifférent de substituer le valérianate neutre ou basique, dont les propriétés physiologiques et thérapeutiques sont loin d'être équivalentes.

Atrésie vulvaire congénitale.

Nous devons à M. le docteur A. Konarzewski, de Montfrin (Gard), la communication du fait suivant, qui est un exemple rare d'atrésie vulvaire congénitale.

Une jeune fille, nommée Marie C..., de la commune de Montfrin, département du Gard, âgée de dix-sept ans, d'un tempérament nerveux ; très-bien développée pour son âge ; n'ayant point encore vu paraître ses menstrues, éprouvait depuis environ trois mois aux mêmes époques des douleurs qui duraient trois ou quatre jours, puis disparaissaient sans que la malade en accusât la moindre indisposition.

Le 24 avril dernier, cette jeune fille, étant en proie à de violentes coliques avec rétention d'urine, fit appeler M. Konarzewski, qui la trouva se tordant, poussant des cris déchirants, sans donner aucune explication sur son état. Des renseignements pris auprès de la mère apprirent qu'elle souffrait depuis trois jours de ces coliques. Les moyens calmants ordinaires furent successivement employés sans aucun succès. La malade ayant toujours dissimulé par un sentiment de pudeur mal compris le siége de ses souffrances, il ne fut pas possible d'établir le diagnostic. Ce n'est que le lendemain qu'en désespoir de cause, l'examen des parties sexuelles ayant été permis, il fut facile à notre confrère de constater un vice de conformation consistant en une occlusion complète du vagin. Les organes génitaux externes étaient très-régulièrement conformés ; mais en écartant les grandes lèvres, M. Konarzewski aperçut l'orifice vulvaire obturé par une membrane charnue très-épaisse, s'étendant depuis la partie la plus postérieure du vagin jusqu'au méat urinaire. La forme de cette tumeur, volumineuse, distendue par un liquide, ressemble assez, dit-il, à la tête d'un fœtus.

Dans ce cas d'atrésie vulvaire, l'élément oblitérateur était produit par l'adhésion de petites lèvres, comme l'a déjà fort bien observé M. Bouchacourt dans un cas dont il a communiqué la relation à la Société de chirurgie (séance du 26 décembre 1856) ; mais sa méthode de traitement ou de décollement conseillée en pareil cas, ayant été vainement employée, M. Konarzewski a eu recours au bistouri. Après le débridement de ce plan membraneux très-épais, fait avec beaucoup de précaution, il a vu s'échapper avec violence un liquide de couleur et de consistance de chocolat, dont la quantité a pu être estimée à trois litres.

Aucun pansement ne lui a paru nécessaire; la malade, qui a été revue depuis, se trouve dans les meilleures conditions de santé, et un mois, jour pour jour, après l'opération, elle a vu apparaître ses règles sans le moindre accident.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ DE STRASBOURG.

M. STOLTZ.

Embryotomie ; fœtus d'un volume monstrueux.

Lisette Steckert, âgée de quarante-trois ans, d'une constitution robuste, masculine, est apportée à la clinique le 4 janvier 1857, en travail depuis la nuit. Elle est d'une taille moyenne, ses cheveux sont châtains, son teint coloré.

Mariée depuis douze ans, elle a eu six couches heureuses et faciles. La cinquième de deux jumeaux ; ces derniers ont vécu l'un quinze et l'autre vingt jours. Dès les premiers mois de cette septième grossesse, cette femme éprouva des spasmes ; la grossesse n'offrit, du reste, aucune particularité, si ce n'est que son ventre parut excessivement volumineux.

Elle croit être au delà du terme ordinaire ; elle raconte qu'au 1er janvier, voulant aller à la garde-robe, elle fit une chute, et que dès lors elle ne sentit plus les mouvements de l'enfant.

Le travail à son début ne présenta rien de particulier ; mais vers six heures du matin, à la suite de contractions très-énergiques, une bonne partie de la tête étant dégagée, le fœtus n'avança plus. Un accoucheur essaya de la dégager complétement en introduisant successivement ses mains; il parvint à extraire la tête et à attirer le bras gauche qui correspondait à la partie postérieure du bassin. Ne pouvant obtenir un succès plus complet malgré des efforts réitérés qui eurent pour résultat l'arrachement de la tête et du bras, il envoya la patiente à l'hôpital.

Pendant le trajet, douleurs vives, intermittentes, qui continuèrent après son arrivée. A onze heures et demie, elle fut placée en travers sur le lit, comme s'il s'était agi d'une application de forceps, et l'on procéda à l'extraction de la manière suivante :

M. le professeur Stoltz commença par des tractions énergiques sur la tête et le bras; ces tractions n'ayant pour résultat que l'élongation du cou et l'arrachement presque complet du bras, un coup de ciseaux le sépare du tronc.

Quel était donc l'obstacle qui pouvait s'opposer à la sortie du fœtus? Deux idées surtout se présentaient à l'esprit : d'abord l'existence d'un fœtus monstrueusement développé, comme semblait le faire prévoir le volume de la tête, et puis celle de fœtus accolés en raison de l'énorme distension de l'utérus. On s'arrêta à la première hypothèse, et l'on crut que les obstacles devaient être successivement le développement exagéré du diamètre bis-acromial, du thorax, de l'abdomen, et enfin des hanches. Aussi chercha-t-on à dégager le tronc qui restait enclavé dans l'excavation. Saisissant un crochet aigu qu'il guida sur l'index de la main gauche, M. Stoltz l'enfonça dans la paroi costale ; mais ses efforts de traction n'eurent pour résultat que la déchirure des chairs, la fracture de quelques côtes qui s'annonça par des craquements, et une hernie de l'un des poumons. Il retira le crochet, et parvint à l'aide de quelques doigts placés entre les côtes, à dégager la poitrine et l'épaule antérieure; la partie supérieure de l'abdomen apparaissait à la vulve. Le fœtus n'avançant pas, M. Stoltz, à l'aide des ciseaux de Smellie, incisa l'abdomen et en retira le foie, la rate et la plus grande partie du paquet intestinal. Engageant alors son bras droit dans la cavité abdominale, il prit un point d'appui solide sur le cercle du détroit supérieur du bassin fœtal, et fit tourner l'enfant de manière à présenter son diamètre bi-trochantérien à l'un des diamètres diagonaux du bassin de la mère. Quelques tractions dès lors suffirent à la sortie du fœtus. A midi moins un quart, ces laborieuses manœuvres étaient terminées.

Le périnée de la femme paraissant déjà gravement compromis, M. Stoltz n'avait cessé de recommander à ses aides, pendant l'opération, de le soutenir avec le plus de soin possible.

La délivrance fut facilement opérée à l'aide de quelques tractions une demi-heure après l'accouchement.

Description du cadavre de l'enfant. — Poids 5,600 grammes, taille 0m,64, diamètre sus-occipito mentonnier 0m,16, occipito-frontal 0m15, bi-pariétal 0m,11, diamètre bi-acromial 0m,21. Faisons remarquer que cette dernière mesure n'est que très-approximative, parce que, l'une des épaules ayant été arrachée, il était difficile de représenter exactement ce diamètre, en le rapprochant momentanément de l'épaule qui restait intacte.

Diamètre bi-trochantérien 0m,14, antéro-postérieur du thorax 0m,15, circonférence du bassin 0m,34.

Placenta ovalaire, légèrement en raquette, pesant 870 grammes ; son diamètre transversal mesure 0m,17, et son diamètre longitudinal 0m,19. Cordon épais, long de 0m,90.

Tête. — La tête est volumineuse, rouge, et présente en différents endroits, notamment sur les joues, autour des yeux, à la partie supérieure des oreilles, une exfoliation épidermique laissant apercevoir un derme rouge pourpre.

La conjonctive oculaire a sa coloration normale, mais la conjonctive palpébrale présente une infiltration sanguine assez prononcée.

Le cuir chevelu est soulevé par une énorme quantité de sang à demi-coagulé, abondant spécialement à gauche.

Sous le péricrâne, suffusion sanguine analogue à celle que nous signalerons dans différents organes.

Les veines cérébrales sont gorgées de sang; une rougeur diffuse existe dans le tissu sous-arachnoïdien.

Aspect général du cadavre. — Le cou est d'un rouge violacé. La même coloration, les mêmes exfoliations s'observent à la partie antérieure du thorax et de l'abdomen. Pas de teinte cadavérique au-dessus des aines.

Le scrotum et la verge sont d'un rouge violacé; à l'incision des bourses, il s'échappe de la tunique vaginale une quantité de sérosité sanguinolente égale à 10 grammes environ. Les tuniques elles-mêmes sont infiltrées de sang.

Les membres sont extrêmement volumineux. Le pannicule adipeux est excessivement développé; son épaisseur mesure à la paroi abdominale antérieure, ainsi qu'à la face antérieure et supérieure des cuisses, 3 à 4 centimètres, à la face antérieure du thorax 2 centimètres et

thèques, presse médicale, les États-Unis ont tout cela. Dans la ville de New-York et les environs, il y a trois grands hôpitaux qui reçoivent chacun plus de six cents malades, et encore en construit-on un quatrième; deux cliniques pour les maladies des yeux et des oreilles, quatre dispensaires, deux asiles d'aliénés, deux maisons d'accouchement ; un hôpital pour les maladies des femmes, l'hôpital de la quarantaine pour le traitement des maladies contagieuses et infectieuses; un hôpital pour les matelots de la marine marchande, un autre pour les marins de l'État, un enfin destiné à recevoir les enfants malades. Ces divers établissements sont ouverts aux élèves à peu ou point de frais, et ces facilités laissées aux études cliniques leur ont donné aujourd'hui une très-grande vogue.

Il y a peu de temps encore, on n'aurait pu en dire autant des dissections; on n'avait des sujets que clandestinement. Il paraît qu'aujourd'hui l'opinion publique s'est bien modifiée à cet égard, puisque le gouvernement de New-York, en encourageant l'étude de l'anatomie pathologique, qui se fait désormais au grand jour, a pu céder aux justes réclamations des médecins, et faire prévaloir l'intérêt scientifique sur l'ignorance et le préjugé.

Après cette rapide esquisse de l'enseignement médical en Amérique, passons un peu à la pratique, et envisageons sans prévention la situation du médecin aux États-Unis. La loi ne lui accorde aucune protection; dans quelques États, des lois protectrices n'existent même pas; ailleurs elles existent, mais à l'état de lettre morte, et personne ne songe à en réclamer l'application. Est médecin qui veut, peu importe le diplôme. Le champ est ouvert, chacun est libre de s'y précipiter. L'opinion publique verrait d'un mauvais œil toute tentative ayant pour but de réglementer une pareille licence. Un fait qui nous a vivement frappé, c'est de voir le Dr Campbell accepter, avec une certaine satisfaction, un aussi déplorable état de choses. Qu'il ait pu croire autrefois à l'importance de l'intervention gouvernementale dans les affaires médicales, il ne s'en défend pas; mais, mieux renseigné aujourd'hui, il pense que le bon sens des populations les protégera mieux que toutes les lois contre les envahissements du charlatanisme; en somme, il est d'avis que les choses sont bien comme elles sont, et qu'on aurait tort d'y rien vouloir changer.

Il est vrai que M. Campbell nous apprend que le praticien honorable, éclairé, occupe en Amérique une position enviable, souvent brillante; qu'il jouit d'une considération et d'une influence que les membres du clergé eux-mêmes ont peine à contre-balancer; qu'il est souvent appelé aux postes politiques les plus élevés, et que le sénat et les chambres législatives comptent toujours dans leur sein des membres de la profession.

A n'en croire que ce séduisant tableau, nous serions volontiers disposés à partager l'optimisme de M. Campbell et à demander le *statu quo*; mais les couleurs sous lesquelles il peint un peu plus loin le charlatanisme médical sont de nature à tempérer quelque peu notre joie.

Quoi qu'il en soit, les guérisseurs de phthisiques (*consumption curers*), qui sont une des variétés de l'espèce, ne manquent pas d'une certaine originalité. Il faut lire le lamentable et plaisant récit d'un pauvre praticien de Virginie, phthisique au troisième degré, que son malheur a conduit entre les mains de ces charlatans. On se croirait au milieu d'une agence industrielle. Le malade traverse une série de salons remplis d'employés : l'un le percute, l'autre l'ausculte. Chacun a sa spécialité : celui-ci délimite le cœur, celui-là constate l'état des poumons, un autre (c'est le personnage important) est chargé des recouvrements. Ce serait plaisant, si c'était moins triste.

Comment apprécier ensuite la position faite aux médecins américains à côté de ces guérisseurs patentés, chaudement appuyés, formant un corps semi-officiel, qui dépense chaque année, en circulaires et en réclames, des sommes considérables? Nous savons qu'aux États-Unis, la question industrielle prime toute autre considération, et que l'esprit et le caractère du peuple américain s'accommodent sans scrupule de tout ce qui pourrait encore nous choquer : au moins nous laissera-t-on nous féliciter de ce qu'en France on n'en soit pas tout à fait venu là.

(*Arch. gén. de méd.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Conclusions statistiques contre les détracteurs de la vaccine, précédées d'un Essai sur la méthode statistique appliquée à l'étude de l'homme, par le docteur Bertillon. 1 vol. in-12. Paris, 1857. Chez Victor Masson, libraire, place de l'École-de-Médecine, 17.

au bras 1 1/2 centimètre. Le squelette est en rapport avec le développement général. Les muscles sont tous très-développés, épais et rouges; absence complète de sérosité sous-cutanée et intermusculaire.

Thorax. — Le tissu cellulaire de la face postérieure du sternum présente à sa partie inférieure une suffusion sanguine occupant l'étendue d'une pièce de cinq francs environ. Le thymus et la glande thyroïde sont très-développés; ces deux organes offrent un état congestionnel vivement prononcé.

Rien de particulier dans les organes de la respiration.

Les poumons sont d'un rouge lie-de-vin, ne crépitent pas et tombent au fond de l'eau.

Le péricarde est distendu par un liquide séro-sanguinolent; ses deux faces présentent une coloration violacée, çà et là des suffusions sanguines.

A la face antérieure du cœur, on remarque des suffusions sanguines analogues aux précédentes, et dont l'une a la grandeur d'une pièce de 50 centimes.

L'organe mesure dans son diamètre longitudinal, pris au sillon transversal, 3 centimètres, et 7 centimètres dans son diamètre transversal.

Un des anatomistes les plus distingués de la Faculté ayant été consulté sur l'âge du sujet auquel aurait appartenu cet organe, prétendit qu'il devait être âgé d'au moins quatre mois.

Abdomen. — Epanchement séro-sanguinolent peu abondant dans le péritoine.

Le foie est peu développé, relativement à la longueur du fœtus; sa capsule s'enlève avec une grande facilité. La rate est un peu plus développée que ce dernier. Ces deux organes sont fortement congestionnés et mous, particulièrement le foie, qui est comme macéré.

L'épiploon est chargé d'une énorme quantité de graisse.

L'intestin n'offre rien de particulier, si ce n'est du méconium dans son intérieur, et la coloration livide signalée dans les autres organes.

La capsule adipeuse des reins est très-épaisse; le rein gauche a une longueur de 0m,07 et une largeur de 0m,04. Le rein droit, privé de sa capsule fibreuse et du sang qu'elle contenait, est long de 0m,06 et large de 0m,035. Ce dernier est vivement congestionné et d'une mollesse remarquable; l'autre laisse entrevoir à travers sa tunique fibreuse un peu de sang qui la distend à certains endroits.

La capsule enlevée, on le trouve identique à l'autre, c'est-à-dire mou, noirâtre, comme macéré.

Tous deux ont une apparence putride et rappellent, par leur volume, des reins appartenant à des fœtus de quatre mois au moins. Le tissu cellulaire interlobulaire est atrophié, ramolli, et comme détruit en partie par une longue macération.

La vessie est vide, rétractée; elle offre à sa partie postérieure et inférieure une suffusion séreuse très-large.

La compression exercée par un fœtus d'un volume si considérable sur les organes pelviens de la mère avait déterminé une gangrène du vagin, de la vulve, et une rupture complète du périnée.

La femme succomba au dixième jour des couches, après avoir offert des phénomènes de péritonite et de résorption putride; l'autopsie révéla les altérations dont voici le résumé :

Le rectum adhère, par l'intermédiaire du pus concret, à la vessie d'une part, à la matrice de l'autre. A mesure que l'on descend, l'on y remarque que les anses intestinales sont fortement agglutinées les unes contre les autres.

La partie inférieure des membres de l'enceinte abdominale est infiltrée de sérosité purulente et fétide. Après l'avoir incisée et rejeté les intestins en haut, on tombe dans une espèce de bouillie épaisse, bourbeuse, constituée par la mortification de tout le tissu cellulaire qui tapisse l'excavation pelvienne, en dehors du péritoine. Cette mortification s'étend, d'une part, jusqu'au plancher périnéal, d'autre part jusqu'au bord supérieur des muscles carrés des lombes, en suivant les muscles iliaques en dehors du péritoine.

La matrice est très-allongée : 18 à 20 centimètres de longueur. Elle paraît saine, considérée à sa surface extérieure; inférieurement, elle est entourée d'un tissu cellulaire gangréné sous-péritonéal.

Le rectum est sain, ainsi que la cloison recto-vaginale. La gangrène n'a décollé que la peau du périnée entourant l'anus.

Vessie petite, contractée, contenant un peu d'urine purulente. Les crêtes de la muqueuse sont recouvertes de pus concret, qui a la même apparence que celui que l'on observe sur la muqueuse rectale à la suite de diarrhées chroniques ou de dyssenteries. Cet état se prolonge dans l'urètre.

La gangrène occupe tout le vagin et la surface interne de l'utérus à des épaisseurs variables; foyers purulents nombreux entre les saillies des crêtes placentaires et dans les sinus utérins.

Le sang contient un grand nombre de globules blancs et de globules purulents. En résumé, cette femme a été enlevée par une résorption purulente et septique.

Cette observation mérite une très-grande attention. Les auteurs parlent bien, en effet, de bassins, d'épaules, devenus par leur extrême développement des causes de dystocie; mais presque tous sont muets à l'égard de fœtus généralement monstrueux comme le nôtre, qui rappelait par son volume un enfant de quatre à cinq mois. Les difficultés de la manœuvre nécessitée par le volume monstrueux du fœtus ne sont pas dignes d'un moindre intérêt; nous croyons les avoir décrites avec des détails suffisants.

La mutilation du fœtus était la seule conduite à tenir; l'opération césarienne, en effet, n'était plus réalisable, puisque la tête se trouvait au couronnement inférieur quand le premier accoucheur fut appelé; d'ailleurs, le fœtus était mort depuis quelque temps déjà, ainsi que le démontrent ces exfoliations épidermiques si étendues, ces nombreuses sucusions sanguines, ces épanchements dans les diverses cavités, enfin, cet état particulier de ramollissement et de lividité cadavérique de presque tous les organes parenchymateux et autres.

G. LÉVY,
aide de clinique.

(*Gaz. méd. de Strasbourg*.)

ÉCOLE PRATIQUE. — M. DURAND-FARDEL.

COURS SUR LES EAUX MINÉRALES.

Leçons sur le traitement des scrofules (1).

S'il est vrai, et nous ne pensons pas qu'on le conteste, que les scrofules réclament une médication aussi active et aussi médicamenteuse que possible, il faut convenir que les eaux sulfureuses présentent des ressources fort restreintes sous ce rapport.

A peine minéralisées, dépourvues de brôme, à peu près d'iode, que l'on ne trouve guère que dans leur matière organique, elles agissent surtout par leur principe sulfureux, principe fugace luimême, et qui semble s'adresser pour la plus grande partie d'une manière topique soit à la peau, soit aux muqueuses, et par leurs principes alcalins (silicates, carbonates et sulfates sodiques). Elles renferment avec cela bien peu de chlorure de sodium ou de sels calcaires. Aussi M. Barrié nous paraît-il s'être fait illusion lorsqu'il a exprimé que les eaux sulfureuses agissaient dans les scrofules plus par leurs iodures et leurs chlorures que par leur soufre. Du reste, et c'est là le point important, il est impossible de comparer les résultats obtenus à Kreuznach et à Nauheim avec ceux que l'on obtient auprès des stations thermales des Pyrénées sans se convaincre de la supériorité de la première médication sur les eaux sulfureuses.

Mais voici un nouveau point de vue, tout à l'avantage des eaux sulfureuses, de la plupart d'entre elles au moins, et qui rend compte d'une partie des bons effets qu'elles produisent dans l'ordre de faits que nous étudions.

Nous avons déjà fait ressortir l'importance du changement de climat et de milieu dans le traitement de la scrofule. Plus un scrofuleux se trouvera éloigné des conditions parmi lesquelles ou sous l'influence desquelles sa constitution se sera développée dans un sens vicieux, plus il aura de chances de voir sa santé prendre une direction meilleure, et plus les traitements suivis au milieu de ces conditions nouvelles auront de prise sur lui.

Ce sont précisément de telles conditions que nous présentent la plupart des stations thermales sulfureuses appartenant en général à des régions montagneuses et méridionales. Transplantez un scrofuleux des plaines basses et humides du Nord, ou du sein d'une grande ville, dans les montagnes des Pyrénées, et nous n'avons pas besoin d'énumérer les circonstances multipliées qui exerceront sur lui une influence bienfaisante. L'altitude seule, à laquelle nous reprocherons plus loin d'exercer sur la phthisie une action défavorable, sera déjà ici une condition précieuse.

Il n'est donc pas étonnant que les traitements, déjà salutaires par eux-mêmes à un certain degré, suivis près de telles stations thermales entraînent d'heureux résultats. Mais ces résultats sont plus superficiels que ceux obtenus près des eaux chlorurées, parce qu'ils sont dus plutôt à des influences hygiéniques et toutes passagères qu'à des influences médicamenteuses plus stables de leur nature.

Telle est, à notre sens, la part équitablement faite aux eaux sulfureuses dans le traitement des maladies qui nous occupent. Très-précieuses vis-à-vis de constitutions simplement entachées de lymphatisme, elles nous paraissent insuffisantes dans la diathèse scrofuleuse, et fort inférieures aux eaux chlorurées sodiques. Nous trouverons, du reste, ceci exactement exprimé dans un travail fort remarquable, et qui, tout en émanant d'un jeune médecin justement regretté, porte l'empreinte d'une des expériences les plus considérables et les plus estimées de la pratique des Pyrénées.

« Les eaux sulfureuses, dit Astrié, agissent dans les scrofules peut-être plus sur l'ensemble des fonctions générales qu'elles relèvent, et surtout sur l'appareil sanguin qu'elles stimulent et réveillent d'une manière particulière, que sur la diathèse scrofuleuse elle-même. Les eaux sulfureuses *ne guérissent pas directement les scrofules* comme les dartres; elles modifient heureusement l'ensemble de l'organisme et mettent les malades en voie de guérison : tel est le résultat vrai qui me paraît basé sur l'ensemble des faits. »

Ceci établi, ou si l'on veut soumis à l'appréciation du lecteur, on comprend qu'il nous sera difficile d'attribuer à telle ou telle source sulfureuse une spécialité plus ou moins prononcée relativement au traitement des scrofules.

Les deux seules considérations qui pourront nous guider à ce sujet seront relatives aux conditions topographiques, d'une part, et, de l'autre, au degré d'activité physiologique des eaux, c'est-à-dire de leurs propriétés excitantes.

Sous le premier rapport, nous n'hésitons pas à attribuer une grande supériorité aux eaux sulfurées, la plupart sodiques, des Pyrénées, sur les eaux sulfurées, la plupart calciques, des régions des plaines.

Il est vrai que M. de Puisaye considère « la maladie scrofuleuse comme une des affections auxquelles les eaux d'Enghien s'appliquent avec le plus d'avantages, non pas seulement dans la scrofule confirmée, mais aussi chez les sujets qui, sans avoir de symptômes apparents, ont l'habitude extérieure des scrofuleux; condition qui, dans une multitude d'affections locales, est souvent la seule indication de la médication sulfurée.

Malgré la confiance que nous avons dans l'expérience de notre estimable confrère, nous ne pouvons admettre une proposition aussi absolue. Que les eaux d'Enghien aient pu exercer sur des plaies scrofuleuses une action salutaire, que sous leur influence les traitements médicamenteux essayés inutilement jusque-là aient acquis un empire nouveau (observations de M. de Puisaye), nous ne saurions en douter, et nous admettons parfaitement que l'usage thermal de ces eaux, ajouté à l'administration de médicaments tels que l'huile de foie de morue ou l'iode, ne puisse être que très-avantageux aux scrofuleux. Mais de là à une médication (nous ne disons pas à une curation) radicale et diathésique de la scrofule, il y a loin encore : il y a loin, nous le croyons fermement, de l'efficacité des eaux d'Enghien à celles des eaux chlorurées sodiques, surtout employées avec les eaux mères.

(1) Fin. — Voir les numéros des 16 mai, 2 et 30 juin.

En tant que médication scrofuleuse, il n'y a pas non plus de parité à établir entre un séjour dans une campagne, salubre sans doute, mais aux portes de Paris, ou bien dans les Pyrénées.

Ici, les eaux les plus actives seront choisies. Baréges, les sources fortes de Luchon, d'Ax, de Cauterets, Bagnols, Schinznach dans une autre contrée, se trouvent d'abord indiquées. Les médecins qui ont l'expérience des eaux sulfureuses sont d'accord sur ce sujet, et sur celui-ci, qu'il faut appliquer les traitements à doses élevées et sous les formes les plus actives, tout en ayant égard, bien entendu, aux indications spéciales qui peuvent résulter de telles ou telles manifestations de la scrofule, et dont nous nous occuperons prochainement.

Nous signalerons seulement quelques points de vue qui appartiennent à l'étude présente.

Nous avons dit que les eaux chlorurées sodiques fortes pouvaient se trouver contre-indiquées, chez un certain nombre de scrofuleux, en vertu de leur trop grande activité.

Ici les eaux sulfureuses peuvent retrouver une indication formelle. Les sources faibles d'Ax, de Luchon, les eaux de Saint-Sauveur, les Eaux chaudes peut-être, Olette, Amélie, le Vernet, celles-ci employées avec circonspection, Enghien même, Allevard, Aix en Savoie, nous paraissent applicables à l'ordre de faits à propos desquels nous avons signalé l'opportunité des eaux chlorurées sodiques faibles, et nous paraissent devoir en général être préférées à ces dernières.

Un autre ordre de considérations peut encore tourner l'indication vers les eaux sulfureuses.

Il est des cas où certaines manifestations diathésiques dominent à tel point qu'elles viennent à dominer les indications; on peut dire qu'elles constituent une indication d'urgence. Il en est ainsi pour les formes cutanées et catarrhales de la scrofule. Alors les eaux sulfureuses seront employées d'abord; ce seront, suivant les cas, Bonnes, Cauterets, Enghien, Luchon, Baréges, etc. Les eaux à la fois chlorurées sodiques et sulfureuses, telles qu'Aix-la-Chapelle et Uriage surtout, présentent souvent alors un avantage tout particulier.

Enfin, dans des circonstances inverses, ces mêmes eaux sulfureuses pourront apporter un complément précieux et indispensable aux eaux chlorurées sodiques. Cela constituera, suivant un ordre logique, la médication symptomatique après la médication diathésique.

C. *Eaux iodurées, etc.* — La qualité d'eaux iodurées doit assigner à certaines eaux minérales une spécialisation très-formelle au sujet des scrofules. Mais il faut savoir que la plupart des sources de ce genre ne sont usitées que depuis un temps assez rapproché, et nous sont encore peu connues sous le rapport expérimental.

Les eaux de Saxon (Valais), faiblement minéralisées avec prédominance de carbonate de chaux, sont en tête de ces eaux iodurées. Il est probable qu'elles sont actives dans le sens d'eaux résolutives spéciales. Leur composition nous paraît de nature à les recommander dans le traitement du goître en particulier.

Les eaux de Challes auprès de Chambéry (Savoie) sont des eaux très-sulfurées sodiques, et en même temps iodurées et bromurées. Mais il n'y a pas d'établissement thermal à Challes.

Nous devons signaler encore les eaux chlorurées sodiques de Wildegg (Argovie) remarquablement bromurées et iodurées surtout (iodure de sodium, 0,028). L'insuffisance de l'eau minérale ne permet pas d'employer ces eaux en bains; mais il paraît que leur usage interne a permis de développer très-efficacement le traitement des scrofules près des eaux très-voisines de Schinznach (sulfureuses) et de Baden (sulfatées calcaires).

Il existe parmi les eaux sulfatées ou carbonatées calcaires ou mixtes certaines stations thermales, telles que Bagnères-de-Bigorre, Loesche, Baden (Suisse), qui peuvent être employées utilement à titre d'eaux faibles dans certains cas de lymphatisme ou de scrofules. Mais nous ne saurions dire en quoi elles diffèrent de celles que nous avons déjà mentionnées parmi les chlorurées sodiques et les sulfurées, et qui nous paraissent suffire à tous les cas.

Nous devons faire une exception pour les eaux de Lavey (Vaud) sulfatées mixtes, chlorurées ensuite, mais faiblement, très-légèrement sulfureuses, et qui doivent surtout leur appropriation aux scrofules à l'usage que l'on y fait des eaux mères des salines voisines de Bex. La pratique des eaux de Lavey se rapproche beaucoup sous ce rapport de celle des eaux de Kreuznach, mais avec un fond de médication plus douce.

Cet exemple de Lavey montre ce que l'on pourrait faire en France si l'on voulait bien développer chez nous une telle médication.

DU PAIN CONSIDÉRÉ COMME BASE DE L'ALIMENTATION.

M. le docteur Cabaret (de Saint-Malo) a communiqué à la

Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale l'article suivant extrait d'un journal espagnol :

Le régime alimentaire dont le pain forme la base exclusive offre de nombreux inconvénients, dont nous devons signaler la gravité, aujourd'hui surtout que les céréales sont d'un prix très-élevé par suite de l'insuffisance des récoltes.

Il est une vérité constituant presque un axiome médico-physiologique : c'est que l'homme a besoin de varier ses aliments pour conserver la plénitude de sa vigueur et de sa santé. Avec du pain seulement, cette condition ne peut être remplie.

Pour bien comprendre l'importance de cette vérité physiologique, il est indispensable de connaître le rôle que remplissent les aliments dans la conservation de la vie, et, en même temps, les règles qui doivent établir la proportion la plus convenable dans laquelle le pain peut faire partie du régime habituel de l'homme.

Les aliments introduits dans l'estomac ont une double mission :

1° Produire la chaleur nécessaire à la conservation de la vie ;

2° Réparer les pertes déterminées par l'exercice même des fonctions vitales.

Le premier de ces avantages, que les aliments fournissent à l'économie animale, s'appelle *principe calorifique*, et le second *principe réparateur*.

L'expérience démontre que les aliments journaliers d'un homme qui travaille doivent contenir 310 grammes de principe calorifique et 130 grammes de principe réparateur.

Les quantités que les aliments les plus communs contiennent de chacun de ces principes sont les suivantes :

	Principe réparateur.	Principe calorifique.
100 gram. de pain bis. . . .	8	30 gram.
100 » de viande.	20	11 »
100 » de fèves.	30	40 »
100 » de riz.	7	43 »
100 » de farine d'avoine. .	12	41 »

Il résulte de ces chiffres que 2 kilogr. de pain seraient nécessaires pour qu'un homme pût absorber 130 gram. de principes réparateurs. Cette dose de pain introduirait dans l'économie du corps humain 555 gram. de principes calorifiques, soit 145 gram. de plus.

Il suffit d'un simple coup d'œil pour se convaincre des avantages d'une alimentation plus variée, disposée de la manière suivante :

	Principe réparateur.	Principe calorifique.
1,000 gram. de pain.	80	300 gram.
300 » de viande	60	33 »
Total. . .	140	333 »

On pourrait encore adopter la proportion suivante :

	Principe réparateur.	Principe calorifique.
600 gram. de pain.	40	180 gram.
300 » de fèves.	90	120 »

Ces deux rations fournissent au corps les deux principes en qualité suffisante.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 juin 1857. — Présidence de M. Chassaignac.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

Alexander B. Motts. *Surgical operations*, série n° 1 ;

E. Foucher. *Mémoire sur les kystes de la région poplitée;*

RAPPORTS.

M. Verneuil commence la lecture de la seconde partie de son rapport sur les travaux de M. Arlaud. (Nous publierons la suite de ce rapport dans un prochain numéro.)

— A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire, Desormeaux.

OBSERVATION

d'une énorme tumeur de la région parotidienne et de la partie latérale du cou. — Ablation de la tumeur. — Guérison (1).

Le 26 mai 1857, le nommé R... (Victor), âgé de soixante-deux ans, cultivateur à Villotte devant Saint-Michel (Meuse), se présente à la Maison municipale de Santé pour se faire délivrer d'une tumeur volumineuse occupant la région parotidienne droite et la partie correspondante du cou.

Il y a quinze ans, une petite tumeur s'était développée dans la région sous-maxillaire du côté droit; notre malade n'y fit pas grande attention; il ne souffrait pas et n'éprouvait aucune gêne. Cependant, suivant toujours une marche progressive et continue dans son développement, la tumeur atteignit bientôt un volume considérable. R... fut alors trouver un médecin de son pays pour se faire opérer; celui-ci non-seulement refusa de faire l'opération, mais il conseilla même au malade de ne point se faire enlever sa tumeur, parce que l'artère devait la traverser et que l'on serait obligé de la couper pendant l'opération.

D'après ce conseil, R... attendit encore six ans; mais, effrayé par le développement toujours croissant de sa tumeur, il prit enfin le parti de venir tenter la hardiesse et l'habileté des chirurgiens de Paris.

Lors de son entrée à la Maison municipale de Santé, le malade est obligé de soutenir sa tumeur avec un mouchoir passé en mentonnière et noué sur la tête. Le volume de la tumeur peut être comparé au volume de la tête d'un enfant qui vient de naître. Elle commence en haut au niveau de l'arcade zygomatique et descend inférieurement jusqu'à 0,05 c. au-dessus de la clavicule. Sa forme générale est celle d'un ovoïde à grand diamètre vertical; sa face extérieure est saillante et irrégulièrement arrondie; elle présente une série de petites bosselures, les unes molles et presque fluctuantes, les autres offrant au contraire une dureté assez considérable. La face profonde, reposant sur la branche du maxillaire inférieur et sur les parties latérales du cou, semble aplatie; elle ne fournit du reste aucun prolongement ni du côté de la bouche ni du côté du pharynx.

La mensuration donne les résultats suivants :

Verticalement, en suivant la grande courbure, 0,30 c.; transversalement, en suivant la petite courbure vers la partie moyenne de la tumeur, 0,25 c. pour la surface extérieure seulement.

Comme la surface profonde nous semble à peu près plane, nous avons recours au pelvimètre pour prendre approximativement ses dimensions, et nous obtenons les résultats suivants :

Verticalement, 0,16 c.;

Transversalement, 0,115 m.

Ce qui nous donne à peu près comme grande circonférence verticale, 0,46 c., et comme circonférence transversale, 0,365 m.

Malgré son volume considérable, cette tumeur ne gêne en rien les mouvements de la face; le nerf facial n'est donc pas altéré. Il n'y a pas non plus de signes de compression des vaisseaux, puisqu'on sent très-bien les battements de l'artère temporale au-dessus de la tumeur. La respiration, la déglutition se font normalement. L'ouïe n'est point altérée, bien que la tumeur presse contre la partie antérieure du pavillon de l'oreille, en entraînant en haut le lobule, qui occupe ainsi le point le plus élevé de la tumeur. La peau semble très-vasculaire. Enfin, un dernier signe de la plus haute importance au point de vue de l'opération, c'est qu'en saisissant la tumeur à pleine main, on peut facilement lui imprimer des mouvements dans tous les sens.

Je dois signaler encore l'absence complète de douleurs, soit spontanées, soit déterminées par les explorations. La seule chose dont se plaigne le malade, est la pesanteur de la tumeur.

Le 28 mai, M. Demarquay fait une ponction exploratrice dans l'un des points qui semblent les plus fluctuants. Dans le premier moment, il ne sort rien par la canule, puis bientôt il s'écoule une petite quantité de sang rouge, semblable au sang artériel. La canule étant retirée, le sang coule encore pendant quelques instants par la piqûre du trocart. L'auscultation faite avec soin, ne révèle aucun bruit de souffle. Les causes sous l'influence desquelles la tumeur s'est développée sont complétement inconnues. Il est impossible aussi de se prononcer sur sa nature.

L'état général du malade est très-bon ; sa constitution est des plus robustes.

Le 30 mai, on procède à l'opération. Le malade étant endormi, M. Demarquay, à l'aide de deux incisions verticales, qui se réunissent à la partie supérieure et à la partie inférieure de la tumeur, limite un lambeau de peau qui doit être enlevé avec elle. Disséquant ensuite la peau en avant et en arrière, il arrive rapidement vers les parties profondes ; là, il rencontre d'abord, en procédant de bas en haut, la face externe du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien. Ce muscle est comprimé et aplati par la tumeur, à laquelle il n'est uni que par un tissu cellulaire lâche. Au-dessus du bord antérieur ou interne du muscle, dans le point où la carotide est plus superficielle, M. Demarquay saisit avec une pince toutes les parties qui se présentent, et n'incise jamais qu'entre la tumeur et la pince. C'est ainsi que l'artère faciale est coupée, et peut être liée immédiatement et sans hémorrhagie.

Plus haut il rencontre le ventre postérieur du digastrique, qui est sain, et arrive à la parotide. La branche inférieure du nerf facial se trouvant comprise dans la tumeur, et ne pouvant être isolée, est coupée ; enfin, parvenu au-dessous de l'arcade zygomatique, et au moment de terminer l'opération, M. Demarquay se voit dans l'obligation de couper encore la carotide externe au point où elle va se diviser en temporale et en maxillaire interne.

La tumeur complétement enlevée, on réunit les lambeaux de peau par de nombreux points de suture ; puis on panse avec la glycérine.

Le poids de la tumeur est de 1,300 grammes ; sa surface extérieure est inégale ; elle présente une série de saillies, de véritables lobules séparés les uns des autres par des dépressions larges et peu profondes. Quelques-unes de ces saillies sont molles et fluctuantes ; une petite ponction faite avec la pointe d'un bistouri ne laisse pourtant sortir qu'une seule goutte d'un liquide clair et filant, analogue à de la synovie.

Une coupe faite suivant le grand diamètre de la tumeur nous laisse voir son tissu d'un blanc rosé. Ici la tumeur ne semble plus formée que par quatre lobes superposés. Vers sa partie moyenne, au niveau du point où avait été faite la ponction exploratrice, se trouve un petit foyer sanguin résultant d'une hémorrhagie interstitielle.

Enfin, M. Robin ayant eu l'obligeance d'examiner la tumeur au microscope, nous communique la note suivante au sujet de sa structure:

« Cette tumeur est formée principalement de tissu de structure glandulaire, analogue à celui de la parotide, sans pouvoir lui être tout à fait assimilé, et pour un tiers au moins de tissu fibro-cartilagineux. »

Le soir, le malade est bien ; il est calme, et a reposé un peu dans la journée. Le pouls est à 80 pulsations.

Le 31, la nuit a été bonne, et le malade a dormi un peu. Il n'y a pas de céphalalgie, pas de fièvre ; il n'y a ni rougeur ni douleur au niveau de la plaie.

Le 1er juin, l'état général est toujours très-bon. La paralysie faciale, qui n'occupait d'abord que la partie inférieure, occupe maintenant toute la hauteur. Les paupières ne peuvent plus recouvrir que très-incomplétement le globe oculaire.

Le 2, le pus s'amassant vers la partie déclive de la plaie, M. Demarquay est obligé de faire une contre-ouverture en ce point.

Le 3, la peau est bien appliquée contre les parties profondes, et contracte des adhérences dans tous les points.

Le 5, on enlève les points de suture. Les bords de la suture ne sont pas réunis ; mais, comme je l'ai dit, la peau étant fixée aux parties profondes, il ne reste plus qu'une plaie linéaire correspondant à la section.

Le 9 juin, le malade est très-bien ; il est levé toute la journée. La paralysie des paupières semble moins considérable. Enfin la plaie se cicatrise rapidement.

(1) Lue à la Société de chirurgie dans la séance du 10 juin, a été recueillie par M. Charnal, interne de M. Monod.

DU RÉTABLISSEMENT DU BACCALAURÉAT ÈS LETTRES

pour les études médicales.

On parle beaucoup du rétablissement du baccalauréat ès lettres comme condition d'admission aux études médicales. M. le ministre de l'instruction publique a officiellement consulté les trois Facultés de médecine de l'empire, et deux d'entre elles, sagement inspirées, ont répondu par l'affirmative. Le conseil impérial de l'instruction publique va être saisi de la question, qui sera peut-être résolue dans la session qui vient de s'ouvrir.

Sans rien préjuger des résolutions qui seront prises, et désirant beaucoup voir cesser la déshérence littéraire imposée à la médecine, nous reproduisons ici l'apostrophe satirique que, dans le XVIIIe entretien de son *Cours de littérature*, M. de Lamartine adresse à la jeunesse dorée de ce temps-ci, à propos de son culte pour les poésies légères et railleuses d'Alfred de Musset :

« . . . . . . Et comment bien espérer du réveil de ton âme, ô jeunesse dorée de Musset, jeunesse à qui tes poëtes eux-mêmes, tes poëtes épicuriens, chantres jadis des nobles passions, baladins de paroles aujourd'hui, prêchent l'indifférence, le boudoir et la coupe pour toute vérité? Comment bien espérer de ton âme, quand la législation de ton enseignement national décrète elle-même la suppression facultative des lettres humaines qui font l'homme moral, au profit exclusif de l'enseignement mathématique, qui fait l'homme machine? Crois-tu fonder ainsi une civilisation pensante sur le chiffre qui ne pense pas? Ne sens-tu pas qu'un pareil système n'est propre qu'à dégrader d'autant la pensée dans le monde? Ne sais-tu pas ce que c'est que l'âme d'un peuple ?

» L'âme d'un peuple n'est pas ce chiffre muet et mort à l'aide duquel il compte des quantités et mesure des étendues; un calcul n'est pas une idée : la toise et le compas en font autant! L'âme d'un peuple, c'est sa littérature sous toutes ses formes : religion, philosophie, morale, législation, histoire, sentiment, poésie ! Si tu laisses diminuer dans ton enseignement la part immense et principale qui doit appartenir à la pensée dans l'homme, c'est ton âme elle-même que tu diminues pour toi et pour les générations qui naîtront de toi; et, quand on aura diminué ainsi l'âme de cette grande nation intellectuelle, c'est sa place dans le monde et dans les siècles que vous aurez faite plus petite avec votre propre compas! Ce n'est pas en chiffres morts, c'est en lettres vivantes et immortelles que le nom français a été écrit sur la face du globe ! »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 25 juin 1857, M. Dolbeau, docteur en médecine, aide d'anatomie, est nommé prosecteur de la Faculté de médecine de Paris.

— M. Alvaro Reynoso, jeune chimiste distingué, auteur de plusieurs travaux importants en physiologie, vient d'être nommé professeur de chimie organique à l'Université de Madrid.

— La science, qui depuis quelques mois a fait de si grandes et si nombreuses pertes, vient d'en faire encore une nouvelle. M. Alcide d'Orbigny, qui s'était signalé par tant de travaux, principalement par ses fécondes explorations de l'Amérique méridionale, et qui professait avec éclat la paléontologie au Muséum d'histoire naturelle, a succombé mardi dernier à une longue et douloureuse maladie.

— La séance publique de la Société anatomique aura lieu mardi prochain, 7 juillet, à quatre heures précises, à la Faculté de médecine (salle des thèses).

— Lundi dernier a eu lieu, comme nous l'avions annoncé, le banquet annuel des internes actuels et des anciens internes des hôpitaux de Paris. A huit heures du soir, le grand hôtel du Louvre recevait la foule de ces élèves qui font la gloire de la médecine en France. Cette année on a été modeste, et la coutume de porter un grand nombre de toasts a fait place à deux allocutions qui ont fait le plus vif plaisir. M. Labbé, interne à la Charité, a pris la parole pour remercier M. Serres, qui a toujours été l'ami de la jeunesse studieuse, et qui a tenu à honneur d'accepter la présidence du banquet. Autour de lui se groupaient des noms aimés et qui, anciens internes, venaient témoigner de leurs sympathies pour les internes non-seulement actuels, mais futurs, ainsi que le disait M. Ricord, dont la verve intarissable ne se dément jamais. On ne saurait trop applaudir à ces agapes où chacun aime à venir se retremper, et qui sont un gage d'union pour tous ceux qui ont eu l'honneur de passer par l'internat.

— La distribution des prix aux élèves sages-femmes de l'Ecole d'accouchement de Paris a eu lieu le 24 juin sous la présidence de M. Davenne, directeur de l'administration générale de l'assistance publique, et en présence de M. le baron P. Dubois, ancien chirurgien en chef et professeur de cette école; de MM. les docteurs Danyau, chirurgien en chef actuel; Desormeaux, chirurgien adjoint; Cullerier, membre du conseil de surveillance de l'assistance publique.

A l'ouverture de la séance, M. le docteur Desormeaux a prononcé un discours dans lequel il a félicité les élèves sages-femmes qui ont mérité l'obtention du certificat de capacité.

Après cette allocution, M. le directeur-président a procédé à la distribution des récompenses aux élèves dont les noms ont été proclamés par le directeur de l'établissement.

Le premier prix d'accouchement, consistant en une médaille d'or, a été décerné à Mlle Boutaric, élève aux frais du département de la Seine, qui a obtenu en outre cinq autres prix.

Les élèves qui ont été le plus souvent nommées après Mlle Boutaric sont :

Mmes Verrier, élève aux frais du département de la Seine; Maupin, élève aux frais du département de l'Eure; Bariellon, élève à ses frais; Pacherot, élève aux frais du département de la Seine.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 8 JUILLET 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur l'anesthésie est à peu près épuisée et très-près de son terme. Trois orateurs ont été entendus aujourd'hui, tous trois en état de parler magistralement et *ex professo* de l'éthérisation qu'ils ont pratiquée et pratiquent tous les jours sur une grande échelle depuis l'origine de cette découverte. Ce sont MM. Jobert, Nélaton et Ricord. Des témoignages de MM. Jobert et Ricord, il résulte une confirmation des principes qui paraissent réunir jusqu'ici l'assentiment de la majorité des chirurgiens, savoir : le peu de fondement de l'opinion qui considère l'asphyxie comme la cause principale des accidents mortels par l'éthérisation, et l'inutilité, le danger même des appareils ; partant l'inutilité et le danger aussi des mesures proposées pour garantir la responsabilité médicale. — Quant à M. Nélaton, il a paru penser que cette thèse avait été suffisamment soutenue par ses collègues, et il s'est abstenu d'y joindre l'autorité de son témoignage ; mais il a saisi cette occasion de soumettre à l'Académie des faits et des expériences qui tendent à faire ajouter aux contre-indications nombreuses admises dans la pratique à l'égard de l'éthérisation, une contre-indication non moins impérieuse, celle de l'état d'ivresse. On lira dans le compte rendu la relation des expériences entreprises pour démontrer l'utilité de formuler cette nouvelle contre-indication. M. Nélaton prenait la parole pour la première fois devant l'Académie; mais personne n'a paru s'apercevoir que ce fût là un début, et M. Nélaton moins encore que tout autre. M. Nélaton était, en effet, pour tous une vieille connaissance, et on l'a écouté comme on eût fait d'un ancien académicien dont on aurait l'habitude de recueillir depuis longtemps l'opinion.

M. Devergie a retenu la parole pour la séance prochaine, afin de répondre aux nombreuses et pressantes critiques dont son travail a été l'objet. Cette réponse clora probablement la discussion. Ce serait peut-être le cas, avant d'entendre cette réponse, de résumer l'ensemble de ces objections. Mais le temps et la place nous manqueraient aujourd'hui pour ce travail rétrospectif. Nous le ferons avec plus de fruit sans doute dans l'un de nos prochains numéros. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. NONAT.

Arthrite chronique du genou. — Ankylose incomplète. Guérison.

On n'emploie peut-être pas aussi souvent les émissions sanguines qu'on le devrait, suivant nous, dans les engorgements inflammatoires chroniques. Déjà plusieurs fois nous avons eu l'occasion de constater les heureux effets de cette médication, et parmi les observations que nous pourrions citer, il n'en est pas de plus concluante que celle qui suit. Il s'agit, en effet, d'une jeune fille qui depuis quatre mois et demi, était atteinte d'une arthrite chronique du genou, laquelle avait résisté à tous les moyens que l'on a coutume de mettre en usage dans de semblables circonstances : onctions mercurielles, compression, vésicatoires, etc. Ces moyens, employés avec persévérance pendant quatre mois et demi, étaient restés sans effet et la malade se trouvait dans les plus fâcheuses conditions, lorsqu'elle vint réclamer nos soins.

Voici cette observation : -

Lavanturier (Julie), domestique, âgée de vingt-six ans, d'une assez bonne constitution et d'un tempérament lymphatico-nerveux, entra dans notre service le 6 novembre 1856, à l'Hôtel-Dieu. Pas de maladies antérieures.

Il y a quatre mois et demi, brusque apparition de douleurs rhumatismales très-violentes dans le genou droit, accompagnées de fièvre et suivies d'une tuméfaction considérable de l'articulation. Les douleurs envahirent également les articulations des membres supérieurs ; mais la maladie, après quelques jours de repos au lit, ne tarda pas à se localiser dans le genou droit.

Quinze sangsues furent appliquées sur le genou malade. Puis voyant les accidents persister, la malade se décida à entrer à l'hôpital Necker. Là trois ou quatre vésicatoires furent d'abord appliqués autour de l'articulation, et le membre fut maintenu dans une gouttière; puis on pratiqua des onctions hydrargyriques, et enfin plus tard les accidents ne faisant que s'aggraver, une compression assez forte fut exercée à l'aide de compresses graduées et d'un bandage roulé. Sous l'influence de ce traitement il ne survint pas d'amélioration. La malade ne pouvait marcher ni se tenir debout; peu à peu l'articulation était devenue moins mobile. On conseilla alors l'entrée dans un hospice d'incurables.

La malade entre dans notre division, à l'Hôtel-Dieu, le 6 novembre 1856.

Au lit, elle ne souffre pas tant qu'elle reste dans une immobilité absolue; mais le plus léger mouvement réveille toutes ses douleurs et lui arrache des cris. La marche et la station sont très-douloureuses, et je dirai presque impossibles. L'articulation ne paraît pas contenir de liquide : son volume présente une notable augmentation. La tuméfaction est assez considérable au-dessus et au-dessous de la rotule. De chaque côté du ligament rotulien, on trouve deux bourrelets saillants dont la pression est douloureuse. Au niveau des ligaments latéraux, on détermine par la compression d'assez vives douleurs. Le membre est placé entre l'extension et la demi-flexion : on peut lui imprimer quelques mouvements de flexion et d'extension, mais ils sont très-limités.

Sous le rapport de l'état général, il faut noter un bruit de souffle carotidien assez prononcé, l'absence des règles depuis trois mois, l'abattement profond et le découragement de la malade.

Il s'agit ici évidemment d'une arthrite chronique de l'articulation du genou avec inflammation subaiguë et ankylose incomplète. Nous nous proposons de combattre cette affection, malgré son ancienneté, par des émissions sanguines répétées à des intervalles rapprochés, bien convaincu que cette méthode devait avoir la plus heureuse influence sur la résorption des matières accumulées autour de l'articulation.

En conséquence, on prescrit trois ventouses scarifiées au-dessus de la rotule (60 grammes de sang); le repos au lit, le genou étant libre ; tisane amère ; huile de foie de morue ; 4 pilules de Vallet par jour ; trois portions.

31 décembre. Depuis que la malade est entrée dans la salle, on a appliqué treize fois des ventouses scarifiées autour de l'articulation, de trois jours en trois jours à peu près. L'huile de foie de morue étant mal supportée, n'a été continuée qu'une semaine. Les pilules de Vallet et les trois portions ont été données jusqu'à présent.

Sous l'influence de ce traitement, l'amélioration a été rapide; les douleurs ont diminué après chaque application de ventouses, et elles ont fini par disparaître complétement. La jambe peut être fléchie facilement jusqu'à angle droit sur la cuisse. La marche est redevenue possible et s'exécute sans claudication sensible ni douleur ; il ne reste qu'un peu de roideur dans le mouvement. L'état général s'est notablement amélioré : la malade a repris de l'embonpoint ; les règles ont reparu dans ces derniers jours. Il n'est pas sans intérêt de remarquer que le molimen menstruel s'est accompagné de la réapparition de quelques douleurs dans la jointure malade, douleurs qui n'ont été que passagères. Cette femme sort dans un état très-satisfaisant.

Dans les derniers jours de janvier 1857, elle rentre à la Charité, dans notre division, et quinze jours de repos et un régime tonique suffisent pour achever la guérison. C'est alors que nous lui conseillons une genouillère, dont elle s'est fort bien trouvée.

Aujourd'hui 2 juillet, cette femme marche sans douleur, sans claudication ; le genou n'offre plus de tuméfaction ; il n'est point douloureux à la pression ; les mouvements de flexion et d'extension se font facilement et pleinement. La santé est excellente.

On suppose à tort que les inflammations ne supportent plus les émissions sanguines à une certaine époque. C'est une erreur trop souvent préjudiciable aux malades. Lisfranc a démontré surabondamment les avantages des émissions sanguines dans les inflammations chroniques des articulations et des autres organes. Adoptant à cet égard les principes de cet éminent chirurgien, nous avons pensé que, malgré l'ancienneté de l'arthrite dont nous venons de tracer l'histoire, il était encore possible de combattre cette phlegmasie à l'aide de la saignée locale répétée à des intervalles plus ou moins rapprochés. Le soulagement rapide éprouvé par la malade vint confirmer la justesse de nos prévisions; et, comme on l'a vu, deux mois après son entrée, elle put quitter l'hôpital dans un état très-satisfaisant, grâce à treize applications de ventouses scarifiées à trois ou quatre jours d'intervalle. Dès ce moment elle pouvait marcher sans claudication ni douleur; le gonflement inflammatoire qui existait à un si haut degré autour de l'articulation malade avait complétement disparu, et les mouvements avaient repris toute leur étendue.

Ce fait nous démontre de la manière la plus palpable tout le parti que l'on doit et peut retirer des émissions sanguines dans les engorgements inflammatoires ayant une origine déjà ancienne. Sans le secours de cette méthode, nous pouvons affirmer, sans crainte d'aller au delà de la vérité, que l'arthrite eût continué de faire des progrès rapides, et qu'elle n'eût pas tardé à être incurable. Aucun autre moyen que les émissions sanguines n'a été employé, mais nous avons eu soin de soumettre la malade à un bon régime, afin de réparer ainsi les pertes que nous lui faisions subir.

Nous ferons remarquer que nous avons toujours fait appliquer les ventouses au-dessus de l'articulation malade, afin d'éviter le retentissement de la fluxion sanguine sur ce point, suivant le principe de notre excellent maître et ami M. Serres.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. FRESNE.

Peau bronzée. — Chloro-anémie. — Mort subite. — Tuberculisation des capsules surrénales.

(Observation recueillie par M. F. LEVRAT-PERROTON, interne du service.)

La nommée Claudine Bourget, âgée de trente ans, mariée, sans enfants, entre à l'hôpital le 29 avril dernier.

Cette femme, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une constitution faible, n'a jamais fait de maladie sérieuse ; habitant une localité où les fièvres intermittentes sont assez fréquentes, sans jamais en avoir été atteinte, elle cultive la terre, et sa nourriture est celle des paysans de nos environs.

Il y a un an qu'elle commença à se plaindre d'une douleur au niveau de la colonne dorsale; des vomissements se déclarèrent; un traitement purement local fit un instant disparaître les accidents. Mais bientôt ils reparurent avec plus d'intensité ; la malade s'aperçut que sa peau brunissait. Les douleurs devenant plus vives, elle vint réclamer nos soins. Nous pûmes alors constater l'état suivant :

La peau, qui fonctionne toujours bien, offre dans toute son étendue une coloration très-basanée, se rapprochant de celle des mulâtres, au point d'en imposer à première vue; coloration plus marquée au niveau des articulations du coude et du genou, dans le sens de l'extension. Outre le fond généralement bronzé, on trouve des places plus foncées; ainsi il existe sur le côté interne des tibias de véritables vergetures, et une plaque oblongue de 2 centimètres de long sur 1 de large; au milieu et à la partie postérieure de l'avant-bras gauche, le dépôt pigmentaire est en outre plus prononcé sur la place de trois anciens vésicatoires. Les muqueuses labiale et buccale sont violettes, noirâtres ; celle de la langue a conservé sa couleur rosée, mais présente de distance en distance de petites taches d'un gris bleu, analogues à des taches d'encre; elles existent également sur les gencives, mais n'offrent rien de régulier dans leur forme.

Le pouls est petit, dépressible et précipité ; les mouvements du cœur accélérés, réguliers, ne s'accompagnent d'aucun bruit anormal ; on perçoit un bruit de souffle des plus intenses dans les carotides.

Rien du côté des poumons ni des viscères abdominaux; le foie et la rate ne dépassent pas le rebord des fausses côtes; les fonctions digestives, un instant troublées au début de la maladie par des vomissements, sont aujourd'hui très-régulières, sauf un peu de diminution de l'appétit. Rien du côté de la sécrétion urinaire.

Le flux menstruel, habituellement abondant, n'a changé ni dans sa quantité ni dans sa coloration ; il a toujours été très-régulier. Aucun trouble dans l'intelligence, ni dans les organes des sens ; la malade se plaint de douleurs vagues dans les membres ; les douleurs lombaires, qui ont été un des premiers symptômes de la maladie, n'existent plus que dans la station debout et la déambulation. Amaigrissement, perte progressive des forces.

Le 30 avril, M. Fresne diagnostique chez cette femme une maladie bronzée, et prescrit des révulsifs sur les lombes et une médication tonique. — Pastilles de potasse.

Le 1er et le 2 mai, rien de particulier. La femme se lève et va au bain.

Le 3, angine légère; pouls à 110 pulsations; faux râles muqueux dans les poumons. La malade dit s'être enrhumée au sortir du bain.

Le 4, mort subite avant la visite.

Autopsie vingt-quatre heures après le décès. — La peau est généralement moins brune que pendant la vie; la teinte bronzée a disparu presque entièrement à la face palmaire des mains; mais elle est très-prononcée sur la paroi antérieure de l'abdomen; au mont de Vénus et au pourtour de la vulve, la coloration dans cette région est presque celle du noir de fumée.

Les muqueuses labiales sont moins violettes; celles des parties génitales sont entièrement noires; les taches bleues de la langue, que l'examen microscopique a démontré, formées par un dépôt pigmentaire circonscrit, ont toujours persisté.

A l'ouverture du cadavre, le cerveau, le cervelet, la moelle et leurs enveloppes ne présentent rien de particulier.

Les organes de la respiration sont entièrement sains. Je dois men-

tionner cependant quelques adhérences anciennes de la plèvre aux sommets, surtout à gauche. Ces parties sont, du reste, exemptes de tubercules.

Le cœur a son volume et sa coloration normale; il renferme quelques caillots demi-liquides.

Du côté du péritoine, nous trouvons des altérations plus marquées; des adhérences anciennes unissent l'épiploon aux anses intestinales, d'une part, et aux parois abdominales, de l'autre. En outre, la portion diaphragmatique de cette séreuse est fortement adhérente à la surface de la rate et du foie, qui ont du reste leur volume ordinaire; le parenchyme du dernier de ces organes est un peu hyperémié et se laisse déchirer facilement sous la pression du doigt.

L'estomac et les intestins n'offrent d'autre particularité qu'une arborisation vasculaire assez intense.

Mais les désordres que nous rencontrons dans la région rénale sont bien plus remarquables : ici le péritoine injecté et épaissi est uni intimement à la capsule adipeuse des reins; ces deux glandes ont leur volume et leur coloration habituelle.

Le rein droit, un peu plus petit que le gauche, est déplacé en avant dans la fosse iliaque; les deux capsules surrénales, qui ont conservé leur place ordinaire, ont au moins triplé de volume, surtout dans le sens de l'épaisseur et de la hauteur, et présentent au palper des bosselures très-inégales. A l'incision, le tissu de ces organes est induré, fibro-cartilagineux dans quelques points, et offre de distance en distance des dépôts d'une matière jaune, résistante, s'énucléant facilement d'une zone vasculaire inflammatoire et siégeant principalement dans la substance médullaire. Le plus gros de ces noyaux, qui occupe l'extrémité externe de la capsule droite, est du volume d'un petit baricot; les autres ont la grosseur d'une lentille ou de la tête d'une forte épingle. Cette matière, dont la consistance et l'aspect est celui de la substance tuberculeuse crue, a présenté au microscope les caractères suivants : masse granuleuse amorphe prédominante, corpuscules fins à contours anguleux, contenant dans leur intérieur des granulations fines et nombreuses; leur volume est très-peu considérable et peut les faire ranger au nombre des plus petits éléments. Les cellules de la substance corticale des capsules paraissaient plus volumineuses et semblaient contenir plus de granulations pigmentaires qu'à l'état normal.

En résumé, les lésions du péritoine étant anciennes, les signes anatomiques sont insuffisants pour expliquer cette mort subite, qui a été probablement le résultat d'une syncope.

Tout en regrettant de n'avoir pu continuer plus longtemps l'examen clinique de cette malade, nous sommes heureux, en trouvant à l'autopsie la tuberculisation des capsules surrénales coïncidant avec la peau bronzée, de pouvoir ajouter aux observations des hôpitaux de Londres et de Paris un fait de plus en faveur de cette coïncidence si propre à appeler l'attention du médecin et du physiologiste.

EMBOLIE ARTÉRIELLE.

M. le professeur Schützenberger vient de terminer le remarquable travail sur l'oblitération des artères par des corps solides ou des concrétions fibrineuses détachées du cœur et des gros vaisseaux à sang rouge, qu'il a inséré dans la *Gazette médicale de Strasbourg* (20 avril 1857).

Nous nous bornerons aujourd'hui à reproduire les conclusions générales, avec la ferme intention de revenir sur quelques-uns des faits et sur les considérations auxquelles ils ont donné lieu de la part du savant professeur.

Des concrétions fibrineuses, ou des corps solides dans le cœur ou dans les gros vaisseaux à sang rouge, peuvent se détacher de leur siége primitif, être transportés par le torrent circulatoire et obturer différentes branches secondaires de l'arbre artériel.

Ce fait n'est ni absolument rare ni exceptionnel; il constitue une affection spéciale et très-remarquable des artères, qui peut être désignée, d'après Virchow, sous le nom d'*embolie artérielle*.

L'existence de cette affection est prouvée :

a. Par l'induction scientifique, qui démontre la possibilité de la formation de corps solides dans le cœur et les gros vaisseaux à sang rouge, la probabilité que des corps de ce genre peuvent devenir libres et flottants, et par l'expérimentation, qui prouve que le courant sanguin peut les entraîner au loin;

b. Par des observations cliniques et nécroscopiques nombreuses, concluantes, concordantes entre elles, et qu'il est impossible d'interpréter autrement;

c. Par des recherches nécroscopiques, qui démontrent directement, dans certains cas, la spécialité et l'identité de certains corps observés simultanément dans le cœur et dans les bouchons obturants des artères.

L'embolie artérielle est donc une maladie réelle, longtemps méconnue, assez fréquente et fort grave. Cette maladie doit prendre rang dans le cadre nosologique; elle mérite toute l'attention des cliniciens et des anatomo-pathologistes.

L'embolie artérielle a été observée à la suite :

a De phlébite gangréneuse des veines pulmonaires;
b D'affections organiques du cœur gauche;
c De dégénérescence athéromateuse des gros troncs artériels.

Sa cause la plus fréquemment observée réside dans des concrétions fibrineuses ou calcaires, ou des excroissances polypiformes développées sur la valvule mitrale et entraînées par le courant sanguin.

La forme, le volume, la consistance, la coloration et la nature des corps obturants sont variables et diffèrent notablement, selon que l'obturation que l'on examine est ancienne ou récente. Dans le premier cas, ces corps peuvent avoir subi des transformations qui les rendent méconnaissables; dans le second, il est possible de constater leur nature fibrineuse, calcaire, verruqueuse, etc.

Quand les malades ne succombent pas à une première obturation artérielle, il s'en produit ordinairement d'autres; la multiplicité et la successivité des lésions artérielles est un des caractères de la maladie.

L'obturation multiple peut se produire successivement de la périphérie vers le cœur dans différents points d'une même branche artérielle ou dans des divisions artérielles différentes.

Les artères que l'on a trouvées le plus souvent obturées sont les artères sylvienne, carotide interne, celles des extrémités inférieures et supérieures, les artères splénique et rénales, l'artère carotide externe, les mésentériques, etc.

L'obturation se produit d'ordinaire au point de rétrécissement d'une branche artérielle, immédiatement au-dessous de la bifurcation ou du point de départ d'une grosse branche, dans les points où une artère s'infléchit ou traverse des canaux aponévrotiques ou osseux.

Au début de l'obturation embolique, les tuniques artérielles sont saines; le bouchon obturateur est coiffé par un coagulum récent, qui s'étend au-dessus jusqu'à la prochaine collatérale; au-dessous l'artère peut être vide ou remplie par des coagulations sanguines récentes.

Les bouchons obturateurs diffèrent des caillots secondaires par leur couleur, leur consistance, leur composition.

A la suite d'une obturation artérielle, la tunique externe peut s'enflammer consécutivement; le bouchon contracte des adhérences avec la tunique interne, et le tout se transforme en un tissu comme ligamenteux.

Si, à la suite d'une obturation artérielle, il s'établit une circulation collatérale suffisante, la lésion reste locale et n'entraîne que des perturbations fonctionnelles passagères.

Si, à la suite d'une obturation artérielle, la circulation collatérale est nulle, incomplète ou insuffisante, des altérations consécutives se produisent dans les organes auxquels l'artère se distribue.

A la suite de l'obturation des artères des membres, sans circulation collatérale, il se produit un arrêt de circulation qui entraîne la mortification et la gangrène; celle-ci est générale ou partielle, sèche ou humide.

Dans les organes parenchymateux, l'obturation des branches artérielles produit des infarctus sanguins ou fibrineux, très-exactement circonscrits.

Dans le cerveau, l'infarctus donne ordinairement lieu au ramollissement jaune; mais il est infiniment probable que certaines indurations circonscrites dépendent de l'obturation de ramuscules artériels.

Dans la rate et dans les reins, l'infarctus suite d'obturation constitue une lésion toute spéciale, exactement circonscrite, de forme ordinairement conique, de coloration variable, selon son ancienneté, et souvent plus dense que le reste du parenchyme.

Il est probable que l'embolie des petites artères peut produire d'autres lésions encore peu connues des organes parenchymateux.

Les symptômes de l'embolie artérielle varient suivant les artères obturées.

L'embolie des artères cérébrales produit des perturbations fonctionnelles analogues à l'attaque d'apoplexie; les symptômes ne diffèrent pas de ceux de l'hémorrhagie cérébrale ou du ramollissement aigu.

L'embolie des artères des membres se traduit par des sensations d'engourdissement, de fourmillement, d'élancements douloureux dans les membres, par le refroidissement, la cessation des battements artériels. Ces accidents peuvent disparaître si une circulation collatérale s'établit; dans le cas contraire, les symptômes ultérieurs sont ceux de la gangrène générale ou partielle, sèche ou humide.

L'embolie des artères splénique et rénales est d'ordinaire latente.

Le traitement de cette affection ne peut être, quant à présent, que palliatif et symptomatique.

QUELQUES MOTS DE RÉPONSE AU RAPPORT DE M. LABORIE.

Nous recevons de M. le docteur Mattei la note suivante, que notre impartialité nous fait un devoir de publier textuellement :

Après avoir attendu en vain pendant près de deux ans, je vois que la commission de la Société de chirurgie, à laquelle on avait confié mon *Essai sur l'accouchement physiologique*, vient enfin de faire son rapport (1); et si hostiles que puissent être à mon livre les opinions émises dans ce travail, je les aime encore mieux que si elles devaient rester toujours à l'état de comité secret. Je croirais manquer de dignité, cependant, si je ne leur faisais pas de réponse.

Je dois commencer par faire l'aveu d'une erreur qui s'est glissée dans mon livre à propos du nombre des côtes de la femme; erreur, du reste, qui avait déjà été relevée dès la publication de l'ouvrage. La côte en question est celle que le Créateur tira du flanc d'Adam pour en faire Ève, et avec celle-ci tout le genre humain. En même temps qu'elle nous rappelle notre origine, elle nous démontre que notre nature est fallace. Il n'y a que ceux qui, comme Bacchus, sont sortis tout faits de la cuisse de Jupiter, qui ne se trompent jamais, ou bien qui, pour ne pas se tromper, ne font jamais rien de sérieux. Ils peuvent avoir ainsi la faculté de critiquer les autres sans crainte dêtre critiqués.

Cette erreur rectifiée, venons aux objections du rapport.

Je dois remercier d'abord le rapporteur de quelques-unes de mes idées qu'il a reproduites avant de les commenter; c'est en rendre juge le lecteur; aussi je ne reviendrai pas sur la dénomination d'accouchement physiologique (avec la santé de la mère et de l'enfant). Je me contenterai de faire remarquer ici que la santé des deux individus qui figurent dans cet acte est la base de la dénomination de mon livre, comme la base de mes recherches et de ma pratique; ce qui n'est pas tout à fait la même chose pour l'accouchement naturel ou spontané des auteurs, et dans lequel la fonction peut s'accomplir quelquefois avec la maladie ou la mort des deux individus, comme nous le verrons plus loin.

« Il est impossible, dit le rapporteur, de rien lire de moins rationnel que les détails donnés par M. Mattei sur les circonstances qui, suivant lui, donnent au bassin de la femme les formes les plus aptes à l'accouchement. Il attribue aux pressions exercées par les viscères abdominaux, par les muscles, par la colonne vertébrale et les fémurs une action directe sur la forme de la cavité pelvienne. » Ici, je l'avoue, c'est moi qui ne comprends pas la commission.

Ce ne sont pas le rachitisme et l'ostéomalacie qui déforment le bassin, mais les pressions physiologiques qui s'opèrent sur des os ramollis, et si on n'a pas encore bien donné l'explication de toutes les déformations du bassin, c'est qu'on n'a pas encore suffisamment étudié l'influence de ces pressions sur la forme normale de cette enceinte osseuse.

Ce rapport ne renferme pas seulement des objections motivées, il en offre aussi sans donner de preuves à l'appui; ainsi le rapporteur dit : « Pour le développement de l'utérus et le rôle que joue le fœtus.... nous voyons affluer les idées les plus étranges. » Mais quelles sont ces idées? — Il dit plus loin : « J'ai lu avec une scrupuleuse attention le chapitre consacré au palper abdominal.... Ce n'est pas qu'il ne s'y rencontre encore des appréciations fausses, des erreurs inconcevables, etc. » Mais quelles sont ces appréciations, ces erreurs?

Un rapport scientifique ne peut avoir qu'un but avouable, c'est celui d'instruire l'auteur du livre qu'il analyse pour qu'il se corrige à l'avenir, ou instruire le lecteur pour qu'il évite les erreurs que renferme ce livre. Dire que l'ouvrage renferme des idées étranges et des erreurs sans les signaler, ce n'est ni instruire l'auteur ni le lecteur, c'est émettre des assertions personnelles qu'on pourrait prendre plutôt pour des insinuations peu bienveillantes.

M. Laborie dit : « L'auteur émet quelques idées sur le terme de la grossesse qui, suivant lui, correspondrait le plus souvent à la neuvième époque cataméniale après la cessation de cette fonction. Rien n'est moins inexact, etc. » Je suis arrivé à cette détermination, comme à tant d'autres, après beaucoup de recherches cliniques : la commission a-t-elle fait des recherches pour infirmer ou confirmer ces principes? Rien ne le démontre, de sorte qu'il faut la croire sur parole.

Plus loin, je lis : « Je trouve enfin une observation de version; *il aurait* en moins de 10 secondes remplacé une présentation du siége par une présentation du sommet. » Je ne commenterai pas la forme dubitative de ce langage, je me contenterai de dire ici que les membres de la commission n'ont pas lu mon ouvrage, ou bien qu'ils manqueraient de sincérité.

J'ai changé la présentation du siége en présentation du sommet dans les observations 16, 22, 24, 68 et 78. Les deux dernières ont été opérées à la Clinique de la Faculté en présence d'élèves, et le résultat de la 68ᵉ a été contrôlé par M. Depaul, qui faisait alors le service. C'est donc cinq versions, et non une, qu'il fallait dire. Depuis la publication de l'ouvrage, j'ai fait cette opération à Montrouge devant des témoins, et dans les mois derniers je l'ai encore exécutée à la rue du Faubourg-Montmartre sur une cliente de notre honorable confrère M. Carrier, qui m'avait fait appeler dans ce but...

Je dois faire remarquer à propos de ces sortes de versions, que le rapporteur m'avait déjà refusé toute priorité, lorsque M. Cazeaux, le seul membre de la Société qui ait pris la parole, a trouvé qu'il n'avait pas suffisamment insisté pour dire que je donnais la version comme neuve, tandis qu'elle est entre les mains de tous les accoucheurs. Eh bien, ceci me prouve encore une fois que la commission n'a pas lu mon ouvrage, car je dis à la page 179 : « Nous appelons *réduction céphalique* l'opération par laquelle nous amenons sur le détroit supérieur le sommet de la tête de l'enfant qui serait sur un autre point du grand bassin. Cette opération *n'est que la version céphalique des auteurs.* » La version céphalique de *Vertère*, tourner sens dessus dessous, est pour moi celle par laquelle on change la présentation du siége en présentation du sommet, et encore à ce propos, je dis page 182 : « L'idée de la version céphalique a souri à quelque accoucheur, mais elle a trouvé beaucoup d'adversaires. Il n'est même pas prouvé pour nous qu'on l'ait pratiquée avant la rupture des membranes. » Ces passages de mon livre prouvent évidemment que je ne donne pas la version comme venant de moi. Aujourd'hui je puis être plus explicite, et d'après toutes les recherches bibliographiques que j'ai faites depuis la publication de mon ouvrage, personne avant moi n'a décrit et pratiqué la version céphalique avant la rupture des membranes pour changer une présentation du siége en présentation du sommet. Pour ces cas ma priorité est donc incontestable.

Nous voici à la fin des arguments invoqués par M. Laborie, et après lesquels il dit : « Il me serait facile de démontrer que les bases de son livre sont fausses, partant d'un point de départ choisi à plaisir; — enfin son livre est rétrograde. » Ici je m'arrête pour me demander ce que c'est, en effet, que d'être rétrograde.

L'obstétrique ne se préoccupe pas du développement du bassin de la femme, et des autres conditions physiologiques qui sont nécessaires à l'accomplissement de la maternité, tandis que je fais sentir ce besoin. L'obstétrique ne se préoccupe guère de la grossesse que dans le cas de maladie, tandis que je m'en occupe pour préparer un bon accouchement. Nos accoucheurs sont obligés d'accepter les présentations que leur donne le travail, tandis que si je suis appelé en temps opportun, je les rectifie de manière à les ramener toutes à la présentation du sommet. Les présentations de l'extrémité pelvienne, qui donnent un enfant mort sur onze, et celles de la face qui donnent un enfant mort sur sept, sont considérées comme normales par les accoucheurs et abandonnées à la nature, tandis que je les considère comme anormales et je les change. Malgré la douleur que peut éprouver la femme, et les efforts qu'elle peut faire pendant le travail, on ne prescrit l'inter-

(1) Voir le numéro du 27 juin.

vention avec le forceps que huit ou dix heures après la descente de la tête dans l'excavation, ce qui a de fréquents accidents primitifs ou secondaires, tandis que j'interviens à des signes cliniques que j'ai établis et qui sont exempts de ces inconvénients. Avec l'obstétrique actuelle, dans les hôpitaux surtout, on a après les couches des accidents fréquents ; la fièvre de lait ne compte même pas de ce nombre, tandis que si je puis assister la femme pendant la grossesse et au moment de l'accouchement, il m'est presque toujours possible de la préserver de ces accidents. Avec l'obstétrique actuelle, dans les hôpitaux surtout, on a une femme morte sur trente accouchées, et dans les présentations du sommet un enfant mort sur cinquante, tandis que j'obtiens des centaines d'accouchements sans aucune mort, etc.

Si tout cela est un état *rétrograde*, je ne comprends plus la valeur de ce mot. Je crois qu'aux yeux de tout homme consciencieux ce devrait être au contraire un progrès.

Mais, me dira-t-on, vous avez obtenu ces résultats en Corse, là où vous n'aviez pas de contrôle, et avec des femmes qui sont probablement privilégiées pour l'accouchement. Ces résultats, j'ai demandé à les reproduire dans les hôpitaux de Paris, et l'administration était assez disposée à m'accorder cette faveur, lorsque les médecins auxquels j'aurais dû avoir affaire s'y sont refusés. Pour prouver la vérité de mes idées, il m'a fallu ouvrir à mes frais une petite clinique d'accouchements, et depuis un an et demi je puis dire que dans cette salle comme en ville, les résultats sont, à peu de chose près, tels que je les obtenais en Corse. Si la commission, avant de faire tant de reproches à mon livre, avait voulu s'assurer du fait, elle aurait tenu un autre langage.

J'oublie cependant ici que M. Laborie, dans son zèle charitable, ne m'a fait ces reproches que pour mon bien ! ! Il me conseille même d'oublier les paroles encourageantes que la presse médicale m'a données ; elles sont trompeuses et induisent en erreur, comme il dit, ceux-là mêmes qu'elles veulent servir ! ! M. Laborie a raison, il ne faut pas croire à tout le bien qu'on nous dit, et moins par conséquent il faut croire au mal. Les hommes nous trompent quelquefois sans le vouloir ; à plus forte raison nous trompent-ils s'ils ne disent pas ce qu'ils pensent. Je remercie sincèrement M. Laborie de ces bons conseils, et dès aujourd'hui je promets d'en faire mon profit. Il me permettra cependant de lui dire qu'en dehors de la presse médicale la voix des sociétés savantes et des autorités en obstétrique a été si unanime, que la commission est en opposition flagrante avec cette voix. Donnons ici quelques échantillons.

L'article de mon ouvrage qui traite de l'influence qu'exercent en obstétrique l'hygiène et l'éducation de la femme, venait de paraître en brochure, lorsque M. Benoît, professeur à la Faculté de Montpellier et président de l'Académie de cette ville, auquel j'en avais envoyé un exemplaire, m'écrivait une lettre dont j'extrais ce passage : « Je vous remercie cordialement de la brochure que vous m'avez envoyée. Je vois avec plaisir que vous prenez rang parmi les médecins qui honorent le plus notre corps ; je suivrai avec intérêt et bonheur votre marche progressive, et j'applaudis d'avance à vos succès. » (Montpellier, 11 juillet 1857.) »

Le secrétaire général de ladite Académie m'écrivait dernièrement ce qui suit : « L'Académie de Montpellier a entendu hier un rapport élogieux sur vos travaux, et plus spécialement sur l'essai qui a trait à l'accouchement physiologique. Adoptant les conclusions de la commission, l'Académie vous a fait inscrire sur la liste des candidats aux places de membre correspondant. L'Académie, comme la Faculté de médecine de Montpellier, suit avec intérêt vos succès dans la capitale, etc. (Montpellier, 5 mai 1857.) »

La Société médicale de Strasbourg, après le rapport que l'agrégé, M. Hergott, a bien voulu faire sur mon livre, me conférait, le 3 janvier 1856, le titre de membre correspondant. M. le professeur Stoltz, dont notre commission même ne peut méconnaître l'autorité, ayant été consulté en particulier, m'a honoré d'une lettre dans laquelle après avoir analysé l'ouvrage, il dit : « En résumé, j'ai lu et relu votre ouvrage avec le plus grand plaisir, justement parce qu'il ne ressemble pas à *ceux qu'on publie tous les jours*. C'est un livre original écrit avec conviction et talent. Il n'est pas assez classique pour tomber entre les mains des étudiants, mais les praticiens y puiseront certainement d'excellentes idées, de bons conseils. (Strasbourg, 3 octobre 1856). »

Le professeur Hubert (de Louvain), qui est un des hommes dont s'honore à juste titre la Belgique, après m'avoir envoyé plusieurs mémoires de sa composition, m'écrivait en mars 1856 une lettre dont je transcris plusieurs passages, parce qu'elle ne juge pas seulement mon ouvrage, on dirait qu'elle prédit le rapport de M. Laborie. « La seule raison de cet envoi, dit M. Hubert, se trouve dans l'estime que m'ont inspirée pour votre personne vos remarquables travaux, et plus spécialement votre essai si original, si neuf, sur l'accouchement physiologique. Lorsqu'un homme d'avenir surgit à l'horizon, j'en suis heureux pour la science, et j'applaudis des deux mains dans l'espoir que cette marque de sympathie donnera au jeune auteur plus de confiance dans sa force, plus de persévérance dans *la lutte qui l'attend*. »

Ici M. Hubert dit que depuis vingt ans il s'exerce, lui aussi, au palerp abdominal et à la rectification des présentations vicieuses ; puis il continue : « Mais ce fait ne diminue en rien le mérite de vos belles recherches vis-à-vis du public et à mes propres yeux. Vous n'avez pu rien m'emprunter ; vos idées et vos œuvres sont les vôtres, parce qu'elles viennent directement de vous, et parce que vous avez tout le talent, toute l'énergie, toute la volonté nécessaires pour les faire adopter. La question de priorité ne nous séparera donc pas, mon cher confrère ; allez vers votre but, allez hardiment, et pourvu que vous l'atteigniez, je le répète, je serai le premier à applaudir. » Il parle ici de mon *Mémoire sur la philosophie de l'observation médicale*; puis il continue : « Beaucoup de gens recueillent des faits ; mais très-peu d'entre eux réunissent l'esprit d'analyse à l'esprit de synthèse, sans lesquels les matériaux s'accumulent sans jamais former l'édifice. D'un bond vous avez pris dans la science une position qui promet et qui oblige. Vous osez sortir de l'ornière battue par la routine, *et vous rencontrerez probablement dans la voie nouvelle où vous entrez si résolûment bien des obstacles matériels et moraux ;* mais marchez d'un pied ferme, et le temps, qui met tout à sa place, vous rendra justice. En attendant, d'ailleurs, vous pouvez compter sur les sympathies de ceux qui mettent les intérêts de la science au-dessus des individualités, et qui acceptent tout progrès lors même qu'il ne vient pas d'eux. »

Si je ne craignais pas d'abuser de la place que ce journal m'offre avec bienveillance, je mettrais ses lecteurs au fait d'autres félicitations qui m'ont été adressées de l'Italie et de l'Allemagne ; mais je crois en avoir indiqué suffisamment pour faire comprendre que si la presse médicale a bien voulu m'honorer de quelques paroles encourageantes, elle a été l'interprète de l'opinion publique ; aurait-elle été complaisante, du reste, que la commission n'avait ni la mission ni le droit de lui infliger un blâme. Ce qui précède mettra le lecteur à même de juger l'esprit qui a présidé à la rédaction du rapport, et de juger la valeur de la condamnation qu'il porte sur mon ouvrage. Quant à moi, sans dédaigner le jugement de mes confrères, surtout lorsque ce jugement est sincère, je dois dire que je me tiens de préférence à celui des faits et à la tranquillité de conscience qu'ils me donnent tous les jours, parce que je sais qu'ils ne peuvent pas me tromper.

Je terminerai ces quelques lignes en demandant des excuses aux auteurs des lettres que j'ai citées, et que je n'aurais pas publiées sans y avoir été forcé par une attaque aussi vive. J'espère que ces auteurs ne voudront pas considérer ma conduite comme une indiscrétion, ni comme un effet de vain amour-propre.

Dr MATTEI.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 juillet 1857. — Présidence de M. BUSSY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. Philhert, sur une épidémie de variole qui a régné à Dambroz-sur-Vair ;

2° Un rapport de M. Bocamy, sur une épidémie diphthéritique qui a régné dans la commune de Théza (Pyrénées-Orientales) ;

3° Un rapport de M. Mutru, sur une épidémie de fièvre scarlatine qui a régné dans la commune de Salinelles (Gard) (commission des épidémies) ;

4° Un mémoire de M. Moritz (de Coblentz), sur l'emploi du phosphore et de la créosote pour le traitement des fièvres intermittentes (commissaires, MM. Bouvier et Michel Lévy).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Taupier adresse une notice sur les eaux de Condillac. (Commission des eaux minérales.)

— M. le docteur L. Sandras adresse un travail sur la différence de composition des tumeurs fibreuses. (Commissaires, M. Velpeau.)

— M. Missa (de Soissons) adresse un mémoire sur le traitement des fièvres intermittentes par les ventouses sèches. (Commissaires, MM. Mêlier, Barth et Grisolles.)

— M. le docteur Forget, au nom des commissions réunies du congrès médical de 1845 et du monument de Bichat, prie M. le président de l'Académie de vouloir bien honorer de sa présence la cérémonie d'inauguration de la statue de Bichat, offerte par le Congrès médical à la Faculté de médecine. Pareille invitation est adressée à chacun des membres de l'Académie.

LECTURES.

Sulfate de quinine. — M. GUIBOURT lit une note au sujet d'une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, relative aux mesures qu'il y aurait à prendre pour obvier à la cherté croissante et au manque plus ou moins prochain du sulfate de quinine.

M. Guibourt résume sa note en disant qu'il n'y a pas lieu de demander à un fabricant l'engagement public de livrer à un prix déterminé le sulfate de quinine et de publier cet engagement dans le *Bulletin de l'Académie*.

Formation du chyle. — M. G. COLIN lit un mémoire sur la formation du chyle. L'auteur résume son travail en ces termes :

D'une part, la turgescence des villosités, le gonflement des ganglions mésentériques, la réplétion considérable des vaisseaux lactés et du canal thoracique pendant la digestion, la grande quantité de liquide que donnent alors les fistules établies à ce canal; d'autre part, la rétraction des villosités, l'affaissement des chylifères, leur vacuité presque complète quand les matières susceptibles d'être absorbées font défaut dans l'intestin, indiquent très-manifestement que c'est par le travail de l'absorption que le système chylifère se remplit du fluide réparateur connu sous le nom de chyle.

La composition intime de ce liquide, les quatre ordres de substances qu'il renferme, l'analogie de sa nature avec celles de la matière alimentaire, les variations qu'il éprouve, la coïncidence de celles-ci avec les modifications que subit le contenu de l'intestin, montrent clairement que le chyle provient de l'aliment lui-même. Il en dérive en entier par sa fibrine comme par son albumine, par sa graisse aussi bien que par son sucre, son eau et ses substances minérales. En un mot, il est chyle par l'ensemble de ses éléments constitutifs, et non par un seul ou par quelques-uns d'entre eux.

L'absorption des principes dont il se compose est effectuée collectivement. C'est un phénomène forcé qui porte fatalement et indistinctement sur tous à la fois, pourvu que, par le fait de leur dissolution, ils soient susceptibles d'imprégner le tissu des villosités et de traverser les parois vasculaires.

Les matériaux du chyle, une fois parvenus dans les villosités, s'engagent indifféremment partie dans les radicules des veines mésaraïques et partie dans les lactées, car ces deux espèces de vaisseaux ont à leur origine des parois également minces et perméables. Aussi doit-on reconnaître deux chyles distincts, l'un pris par les mésaraïques et aussitôt mêlé au sang, qui l'emporte dans son mouvement rapide, l'autre tout à fait isolé, saisi par les chylifères qui, avec un peu de plasma, le conduisent au canal thoracique. (Commissaires : MM. Longet et Poggiale.)

DISCUSSION.

Anesthésiques. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les anesthésiques. La parole est à M. Jobert.

M. JOBERT (de Lamballe) se propose de faire connaître son opinion relativement à certaines propositions qui ont vivement ému les chirurgiens, parce qu'ils ont pensé qu'elles étaient de nature à aggraver leur responsabilité. M. Devergie a pensé que l'usage des appareils serait à la fois le meilleur moyen d'éviter les accidents et de garantir la responsabilité médicale en matière d'éthérisation. Lors de la découverte des propriétés anesthésiques de l'éther, et les premières fois qu'on a fait usage des agents anesthésiques en chirurgie, on s'est servi d'appareils. Je m'en suis servi moi-même à cette époque à l'hôpital Saint-Louis, avec mon collègue M. Malgaigne ; mais je les ai abandonnés depuis. On se rappelle la multitude d'appareils qu'on a imaginés à cette époque, d'après des vues différentes ; tout le monde connaît les appareils de M. Charrière, ceux de M. Cloquet, de M. Doyère, etc. Les inventions de ce genre se sont succédé, mais aucune n'a atteint complétement le but de l'inventeur. Ils ont été généralement abandonnés. Pour mon compte je les ai mis entièrement de côté, je ne m'en sers plus du tout. Je m'en suis servi cependant, récemment, je dois l'avouer, mais c'était pour l'amylène ; or, tout le monde sait que l'amylène est d'une telle volatilité, qu'il serait à peu près impossible d'en user autrement qu'avec un appareil.

Voici les motifs qui m'ont fait entièrement abandonner l'usage des appareils pour le chloroforme. Quant on se sert d'un appareil, le visage du malade est en partie couvert, on ne peut se rendre compte ni de l'expression de la physionomie ni de la coloration des téguments de la face. Or, le meilleur moyen de savoir ce qui se passe dans l'intérieur de l'organisme, c'est de voir ce qui se passe sur la physionomie. C'est d'après cela que l'on se guide; suivant que la face est animée ou qu'elle est pâle, que les traits ont leur expression naturelle ou qu'ils sont contractés, on continue ou l'on cesse l'éthérisation. Si l'on ne peut avoir incessamment sous les yeux la figure de l'opéré, on n'a plus aucun moyen de juger des effets que produit le chloroforme. Dans le principe, lorsque je me servais des appareils, c'était là pour moi un motif d'inquiétude continuelle.

Il y a encore d'autres accidents qui déposent contre l'usage des appareils tant vantés. Quel que soit l'appareil dont on se serve et si bien confectionné qu'il soit, il arrive souvent qu'il se dérange, qu'il ne laisse pas pénétrer l'air en suffisante quantité dans les bronches, ou bien qu'il ne laisse point arriver le chloroforme dans les voies respiratoires. Il en résulte que l'appareil va contre le but qu'on s'en propose, qu'il donne lieu à l'asphyxie ou qu'il est incapable de produire l'anesthésie.

D'un autre côté, il est très-difficile d'évaluer la dose de chloroforme nécessaire pour produire l'insensibilité et de dire quel doit être le rapport du mélange de l'air avec le chloroforme. On sait qu'il est des personnes qui font des inspirations très-profondes et qui aspirent en une seule fois une quantité considérable de vapeur. C'est peut-être de cette manière que se sont produits quelques accidents mortels. D'ailleurs le chloroforme n'agit pas sur tous les sujets de la même manière. Il en est, comme on sait, qui ne peuvent pas supporter les moindres doses de chloroforme.

Je préfère de beaucoup aux appareils les procédés simples dont nous nous servons, tels qu'une éponge, une compresse ou de la charpie. Avec ces simples moyens, que M. Velpeau appelle des petits appareils, il n'y a aucun danger. Ils permettent de rapprocher et d'éloigner à volonté le chloroforme des fosses nasales. Tandis qu'avec les appareils mécaniques l'anesthésie est ordinairement trop prompte, presque instantanée, avec les éponges, au contraire, l'action du chloroforme est plus lente, plus graduelle, et le chirurgien peut d'ailleurs avoir toujours sous les yeux la physionomie de l'opéré, et mesurer ainsi en quelque sorte d'après son expression l'état de la respiration et de la circulation. Avec l'éponge, il n'y a aucun mécompte, aucune surprise à craindre. On assiste pour ainsi dire à tous les phénomènes de l'éthérisation.

Quant aux dangers de l'éthérisation, est-ce dans l'asphyxie qu'ils consistent ou dans tout autre genre d'accident? Pour mon compte, je ne connais pas d'exemple d'asphyxie par le chloroforme à proprement parler. Lorsqu'on a fait inhaler le chloroforme à l'aide d'une éponge, il n'y a jamais d'asphyxie, et la preuve c'est que chez les sujets morts à la suite de ce mode d'inhalation le sang a toujours été trouvé rouge et rutilant. La mort a donc lieu dans ce cas par un autre mécanisme ; les sujets meurent empoisonnés; ils meurent à la manière des individus qui ont ingéré un poison violent. Ce n'est pas en altérant le sang qu'agit le chloroforme, mais en portant directement son action perturbatrice sur le système nerveux. Il est évident pour moi que le chloroforme tue lorsqu'il a été administré avec trop de rapidité et qu'on en a respiré trop à la fois. Toutefois il serait difficile de déterminer à quelle dose le chloroforme peut produire la mort. On sait combien il faut tenir compte à cet égard des idiosyncrasies et des aptitudes individuelles. Il en était ainsi dans deux cas qui ont failli devenir funestes, et dans lesquels le danger a pu être heureusement conjuré.

Le premier est celui d'une dame de la rue Taitbout que j'opérai en présence de M. Rayer pour une tumeur du sein. La malade voulut être chloroformée ; elle fut placée dans la position horizontale, puis on versa 2 grammes de chloroforme sur une éponge que l'on plaça sous le nez, mais à une distance suffisante pour laisser pénétrer aisément l'air. La malade fut habituée peu à peu à l'action du chloroforme ; l'éponge était environ à quatre pouces de distance du nez, lorsqu'elle s'écria tout à coup : J'étouffe! je meurs ! Elle était, en effet, d'une pâleur mortelle et sans pouls. On fit ouvrir largement les fenêtres, on pratiqua des frictions ; mais elle ne revint à elle qu'au bout d'un quart d'heure. Je ne doute pas qu'elle n'eût succombé si on s'était servi d'un appareil.

Plus tard, j'eus à opérer une malade de la rue du Bac en présence de notre regrettable collègue Gaultier de Claubry; c'était une femme chloro-anémique. J'approchai de la bouche une éponge imprégnée de chloroforme; malheureusement la malade n'était pas couchée horizontalement, elle était assise, légèrement renversée seulement sur un fauteuil. Au bout de quelques fortes inspirations, elle fut prise tout à coup, comme la précédente, d'étouffement et de syncope; il ne fallut pas moins d'une demi-heure pour la faire revenir complétement à elle. Il m'a semblé aussi que si dans ce cas-là nous avions fait usage d'un appareil, les choses ne se seraient pas passées ainsi et que cette femme serait morte.

Je me résume en quelques propositions. Je crois que l'expérience a démontré que l'éthérisation doit être faite soit avec une éponge ou une

compresse, mais à l'air libre, mais sans appareils, qui sont des instruments aveugles avec lesquels on ne peut ni diriger l'éthérisation à son gré ni en surveiller les effets.

Les malades qui succombent à l'éthérisation succombent, suivant moi, non à l'asphyxie, mais à une intoxication; ce n'est pas sur le sang, mais sur le système nerveux qu'agit le chloroforme.

Enfin, je crois que M. Devergie, à qui la science est redevable de travaux si importants fondés sur des expériences nombreuses, désirera faire des expériences nouvelles avant d'exiger que son travail soit introduit dans les *Comptes rendus de l'Académie*.

M. NELATON. J'ai demandé la parole aujourd'hui, non pour traiter la question soumise à l'Académie par M. Devergie, et qui a été, qui vient d'être à l'instant même, et qui sera probablement encore l'objet de critiques. J'ai pensé qu'avec l'extension que prenait cette discussion, il me serait permis de traiter une question d'un certain intérêt; je veux parler d'une contre-indication à l'emploi du chloroforme.

On a déjà formulé plusieurs contre-indications. Ainsi on a placé au premier rang les affections dyspnéiques, les maladies du larynx et de la trachée, les maladies du cœur, la faiblesse, l'anémie. On a considéré encore comme un danger pour l'éthérisation la position verticale, l'état de plénitude de l'estomac. Mais il y a une circonstance qui n'a pas été signalée, et qui me semble devoir être placée au nombre des contre-indications; je veux parler de l'ivresse; c'est sur ce point que j'ai voulu appeler un instant l'attention de l'Académie.

Cela peut paraître peut-être singulier, parce qu'il n'est pas ordinaire que l'on pratique l'éthérisation dans l'état d'ivresse. Cependant, cette circonstance peut se rencontrer exceptionnellement. J'ai vu un cas où il a fallu pratiquer une opération d'urgence chez un individu en état d'ivresse. Les cas de ce genre peuvent se présenter quelquefois. En effet, supposez que vous ayez à faire une ligature d'artère pour une hémorrhagie traumatique, à pratiquer une amputation immédiate pour une fracture comminutive compliquée, à extraire un corps étranger, à réduire une de ces luxations difficiles et pour lesquelles on ne saurait jamais agir trop tôt, comme une luxation de la hanche ou du pied. Or il pourra se faire que ces diverses circonstances se présentent chez un sujet actuellement en état d'ivresse; cela se présente assez souvent dans les hôpitaux. Devrez-vous dans ce cas avoir recours à l'éthérisation? On comprend de suite toute l'importance de cette question.

C'est dans un cas de ce genre qu'un malheur est arrivé il y a quelque temps entre les mains d'un praticien habile, M. le docteur Masson, chirurgien de l'hôpital de Mirecourt. M. Masson fut appelé au milieu de la nuit auprès d'une femme qui venait d'être renversée par une voiture pendant qu'elle courait les champs en état d'ivresse. Elle avait une fracture comminutive de la jambe. L'amputation immédiate se présenta de suite à l'esprit du chirurgien comme le seul moyen de salut pour cette femme. Il y procéda aussitôt. Mais à peine avait-il commencé à pratiquer l'éthérisation, que cette femme fut prise d'une syncope mortelle. Elle mourut sans s'être réveillée.

Ce fait doit-il être imputé à une mauvaise manière d'administrer l'éthérisation, à une mauvaise qualité du chloroforme, ou bien à une de ces idiosyncrasies du genre de celles dont notre collègue M. Jobert vient de nous entretenir? Je rappellerai à cette occasion une circonstance relative à l'une des malades dont il vient de parler, et que probablement il ignore. Je connaissais cette malade; je lui avais déjà enlevé une petite tumeur; j'avais eu recours à l'éthérisation en me servant, comme j'ai l'habitude de le faire, d'une compresse sur laquelle je verse 5 à 6 gouttes seulement de chloroforme, de manière à faire tache seulement; j'avais eu, en outre, la précaution de brasser l'air autour d'elle, de manière qu'elle ne respirât le chloroforme que mélangé à une proportion suffisante d'air. Eh bien, malgré toutes ces précautions, à peine cette femme avait-elle fait quelques inspirations, qu'elle fut frappée d'immobilité, et que la respiration et la circulation furent tout à coup suspendues. Je comprends que M. Jobert n'ait pas eu connaissance de cette circonstance, car personne de la famille n'avait voulu rester dans la chambre de la malade; nous étions là seuls, mon aide et moi. Nous fûmes assez heureux pour ranimer la malade.

Quant au fait de M. Masson, j'ignore comment l'éthérisation a été pratiquée; mais connaissant l'expérience et l'habileté de ce chirurgien, je ne doute pas qu'elle n'ait été faite suivant toutes les règles de la prudence.

Ce fait m'a suggéré l'idée de faire des expériences sur l'éthérisation dans l'état d'ivresse. J'ai institué à cet effet trois séries d'expériences sur les animaux. Dans une première série j'ai pratiqué l'éthérisation simple et dans les conditions naturelles, afin de connaître le degré de susceptibilité de ces animaux à l'action du chloroforme, afin d'avoir un terme de comparaison. Puis dans une seconde série, j'ai anesthésié ces animaux en état d'ivresse. Enfin dans une troisième série, j'ai poussé l'éthérisation jusqu'à la mort, afin de savoir comment elle se produirait dans ces deux conditions chez des animaux dont je connaissais déjà les habitudes anesthésiques.

Voici quelques détails sur ces trois séries d'expériences :

Je dois dire d'abord que j'ai pris pour sujets d'expérience des chiens âgés d'environ quatre ans, forts, vigoureux et paraissant jouir d'une très-belle santé. Je me suis servi pour les anesthésier d'un appareil semblable à celui que vous a présenté M. Guérin. Deux de ces animaux ont été soumis à cette première expérience. Au bout de quelques instants d'inhalation, ils se sont débattus, se sont agités, puis ils sont tombés dans l'anesthésie chirurgicale, mais sans résolution; le premier au bout de six minutes, le second en neuf minutes.

Dans la seconde série d'expérience, les animaux ont été enivrés avec de l'alcool étendu d'eau injecté dans l'estomac au moyen d'une sonde; ils n'ont pas tardé à être étourdis, puis à tomber dans un état complet d'ivresse; je les ai alors soumis à l'inhalation du chloroforme. Ils ont été plongés dans l'anesthésie avec résolution complète : le premier en trois minutes et le second en trente secondes.

Il y a, comme on le voit, une grande différence entre les résultats de la première et de la deuxième série d'expériences.

Enfin, dans la troisième série, j'ai éthérisé deux chiens jusqu'à la mort; l'un sans ivresse préalable, l'autre dans l'état d'ivresse. L'animal non enivré a succombé au bout de vingt-cinq minutes. L'animal enivré était dans un état de mort apparente au bout d'une minute et trente secondes; mais il n'a succombé, en réalité, qu'au bout de quinze minutes. J'avoue que ce dernier résultat m'a un peu surpris; je m'attendais à voir survenir la mort plus rapidement dans ce dernier cas. Il est vrai, ainsi qu'on vient de le voir, qu'en une minute et trente secondes il était déjà dans un état voisin de la mort, et que depuis ce moment jusqu'à la mort réelle, survenue seulement à la quinzième minute, il n'a respiré qu'à de longs intervalles. Quoi qu'il en soit, je donne le fait tel quel.

Quelles conclusions faut-il tirer de ces expériences? La conclusion la plus naturelle, à mon avis, est qu'il serait sage de s'abstenir de l'éthérisation en cas d'ivresse, d'ajourner l'opération jusqu'à ce que l'ivresse soit dissipée, si cela peut se faire; et dans le cas où tout ajournement serait impossible, de se passer de l'éthérisation.

Sans doute les expériences que je viens de rapporter ne sont pas suffisantes pour juger définitivement la question. D'autres viendront-elles les confirmer? Je l'ignore. Je me borne donc, pour le moment, à appeler l'attention de l'Académie sur ce point.

M. BOUILLAUD. M. Nélaton n'ignore sans doute pas que les animaux, et les chiens en particulier, sont très-sensibles à l'action des alcooliques, qu'il en faut une très petite quantité pour les jeter dans l'ivresse, et que c'est pour eux un agent extrêmement nuisible. Il faut tenir compte de cette circonstance dans l'appréciation du résultat des expériences qu'il vient de faire connaître.

M. MOREAU. L'état d'ivresse est déjà lui-même une sorte d'anesthésie. On comprend dès lors qu'il serait inutile et dangereux d'y ajouter l'action du chloroforme. Il vaut mieux évidemment, lorsqu'une opération est indiquée dans cet état, la pratiquer immédiatement sans recourir au chloroforme.

M. SÉGALAS ajoute quelques mots qu'il nous est impossible d'entendre.

La parole est à M. Ricord.

M. RICORD. Je viens déposer mon vote dans une question grave où un double intérêt se trouve engagé, celui du malade et celui du chirurgien.

Nous avions un moment pensé que M. Devergie rattachait tous les accidents de l'éthérisation à l'asphyxie. Il est certain maintenant, d'après les explications qu'il a données, que telle n'est pas sa pensée. Seulement l'asphyxie est à ses yeux l'accident le plus fréquent; c'est celui auquel succombent le plus souvent les individus tués par le chloroforme; c'est enfin, de tous les accidents, celui qu'il est le plus facile de prévenir et de combattre.

Partant de là, M. Devergie a voulu mettre les chirurgiens à même d'être innocentés de la responsabilité de tout accident, pourvu qu'ils se soient mis à l'abri de l'asphyxie.

Je crois que, d'après tout ce qui a été dit ici, cette question de l'asphyxie est jugée. Sans doute, sous prétexte d'anesthésie, on peut arriver à produire l'asphyxie; rien de plus facile même avec des appareils, quels qu'ils soient. Mais je défie qu'avec les moyens dont nous nous servons, avec une éponge ou une compresse, on puisse produire l'asphyxie. Essayez donc de mettre sous le nez d'un individu une éponge ou une compresse sans chloroforme, à la distance où on les maintient d'ordinaire pour éthériser; faites respirer ainsi aussi longtemps que vous voudrez, et dites-nous si vous croyez qu'on produira jamais ainsi l'asphyxie.

Lorsque, au lieu de cela, vous allez museler vos malades dans un appareil, leur mettre devant la bouche cette espèce de clarinette dont il faut surveiller à chaque instant le jeu des clefs et des soupapes, êtes-vous aussi sûrs de ce que vous faites?

Toute la question revient à se demander si l'on respire mieux avec un appareil que sans appareil. Je demande pardon de l'expression, mais cela me paraît une naïveté (je parle des appareils, bien entendu, et non des personnes). Il m'a toujours semblé qu'on avait beaucoup plus d'air dans l'air qu'en s'en privant.

Il y a un danger toujours imminent dans l'éthérisation, c'est la syncope; une contre-indication capitale à l'emploi du chloroforme, c'est la disposition à cette syncope. Vous allez opérer un malade qui est déjà sous le coup de l'émotion que va lui produire cette opération, qui a peur; vous allez ajouter à cette impression l'espèce d'appréhension inséparable de l'éthérisation elle-même, et à ces conditions déjà si fâcheuses, et qui prédisposent tous les malades à la syncope, vous allez ajouter encore le danger d'un appareil qui va troubler la respiration!

M. Robert, qui est partisan des appareils, veut que de temps en temps on enlève l'appareil pour laisser respirer librement le malade. Mais avec notre méthode nous n'avons pas besoin de cette précaution, le malade respirant toujours librement.

On a invoqué en faveur des appareils l'avantage de ne laisser dégager à la fois qu'une petite quantité de chloroforme. Mais les appareils ne sont pas nécessaires pour cela. Ayez une petite éponge ou ne versez qu'une petite quantité de chloroforme à la fois, vous aurez peu d'évaporation.

M. Guérin a insisté, avec beaucoup de raison d'ailleurs, sur l'avantage qu'il y aurait à pouvoir doser exactement la quantité de chloroforme inhalé. Mais il n'y a qu'une petite difficulté à cela, c'est de pouvoir le faire.

M. Nélaton m'a inspiré un instant, je l'avoue, de la jalousie, lorsque je lui ai entendu dire qu'il anesthésiait avec 5 ou 6 gouttes de chloroforme versées sur une compresse. Il s'en faut que j'aie été assez heureux pour obtenir l'anesthésie avec une aussi faible dose. Il m'a fallu user jusqu'à 30 grammes de chloroforme quelquefois pour endormir mes malades. Il n'est rien de plus inégal que la quantité de chloroforme et la durée de l'inhalation nécessaires pour produire l'anesthésie. Tel malade s'endort en quelques minutes, tel autre n'est influencé par le chloroforme qu'en une demi-heure ou même plus longtemps. L'anesthésie est une des choses les plus capricieuses. J'ai souvent remarqué qu'il n'y avait rien de tel que d'être pressé pour voir les malades ne pas parvenir à s'endormir.

Voici, sur ce point, quelles sont les règles d'après lesquelles je me guide habituellement.

D'abord, je résiste le plus possible à pratiquer l'éthérisation. L'éthérisation est, à mes yeux, un accident qui complique les opérations. C'est une grande découverte, sans doute, et qui rend d'éminents services; mais il ne faut pas se dissimuler que c'est aussi un grand danger. Aussi n'y ai-je recours qu'à la dernière nécessité ou lorsque j'en suis très-vivement sollicité. Encore même ne me rends-je pas toujours à la demande des malades lorsque l'opération qu'ils ont à subir ne me paraît pas nécessiter absolument l'anesthésie. Ainsi, par exemple, jamais je n'emploie le chloroforme pour l'hydrocèle ou pour toute autre opération de ce genre.

Lorsque l'éthérisation me paraît indispensable, j'y procède lentement et en faisant respirer largement l'air avec les vapeurs anesthésiques, et toujours sans appareil. — C'est là mon vote. — Laissez le chirurgien libre d'administrer le chloroforme comme il l'entendra, pourvu qu'il le donne en plein air et qu'il laisse le malade respirer le plus amplement possible. Je ne connais pas de meilleur précepte.

Un dernier mot sur l'accident ultime de l'éthérisation, sur la menace de mort. Ce n'est pas seulement le pouls qu'il faut avoir sous le doigt pendant l'éthérisation, c'est aussi la respiration qu'il faut avoir sous l'œil; et dès que la respiration paraît manquer, c'est à la rétablir immédiatement qu'il faut apporter toute son attention. Une chose m'a toujours frappé dans toutes les relations d'accidents que j'ai lues : c'est que lorsqu'un malade est dans ce cas, on emploie une foule de moyens, on se livre à une foule de pratiques toutes plus ou moins insignifiantes, et on finit toujours par celle par laquelle on aurait dû commencer, par la respiration artificielle. C'est toujours par là, au contraire, que je commence. La respiration artificielle est le premier moyen; je dirai plus, c'est le seul moyen à employer pour rappeler les malades à la vie. C'est là un fait constant et que j'ai eu fréquemment l'occasion de vérifier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. BAILLARGER présente à l'Académie, de la part de M. le docteur Billod, médecin en chef de l'asile d'Angers, trois aliénés pellagreux. M. Billod a observé dans cet asile des cas assez nombreux de pellagre et il a adressé à l'Académie un mémoire sur ce sujet. Ces cas de pellagre ont cela de remarquable qu'ils surviennent chez des malades appartenant à des localités où la pellagre n'a jamais régné. La pellagre, en effet, est inconnue dans le département de Maine-et-Loire et dans les villages qui entourent l'asile. C'est donc l'état d'aliénation mentale qui semble constituer une prédisposition à la maladie.

M. Baillarger fait remarquer qu'en Lombardie, ce sont les pellagreux qui deviennent aliénés; ici, au contraire, ce sont les aliénés qui sont atteints de pellagre.

Quant à l'érythème, il n'offre pas chez les trois malades les caractères complets de la pellagre de la Lombardie; mais ce n'est pas sur l'érythème seul que se fonde M. Billod pour établir le diagnostic de la maladie. Ces aliénés pellagreux ont en même temps des douleurs dorsales, un sentiment de brûlure à l'épigastre et des diarrhées très-fréquentes. M. Billod en a déjà vu succomber un assez grand nombre dans un état de marasme produit par la persistance et la gravité de l'affection intestinale.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Parmi les officiers qui se sont distingués dans la dernière expédition de la Kabylie et qui ont reçu des blessures, nous trouvons le nom d'un de nos confrères, M. le docteur Grazietti, médecin aide-major du 2e de zouaves, atteint d'une contusion au sternum. Espérons que cette blessure n'aura aucune suite grave, et que ce brave médecin militaire ne tardera pas à être rendu à son service et à ses amis.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Cyvoct père, qui, maire-adjoint en 1815, remplit plusieurs fonctions importantes dans la ville de Belley, où il vient de mourir à l'âge de 81 ans.

— Le corps de santé de la marine a été douloureusement éprouvé dans le mois qui vient de se terminer. Le 14 juin, mourait à Rochefort, à l'âge de 35 ans, un chirurgien de 2e classe, M. J. Prélon-Quillard. Quelques jours après, le 26, on rendait, à Cherbourg, les derniers honneurs à M. Nouet, chirurgien de 2e classe, aide-major au 1er régiment d'infanterie de marine, qui venait de succomber à l'âge de 41 ans.

— Dans notre numéro du 22 mai dernier, nous avons entretenu nos lecteurs d'un projet consistant à remplacer la patente du médecin par la création d'un papier portant un timbre spécial, et qui serait obligatoire pour tout médecin ayant à faire exécuter une ordonnance. Nous ne voulons pas discuter ici la valeur de cette nouvelle mesure; nous tenons seulement à constater que cette idée n'est pas nouvelle: un de nos honorables confrères, M. le docteur Lesèble, avait déjà, en 1847, conçu un semblable projet, et avait envoyé, à ce sujet, une note au ministre de l'intérieur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité des maladies de l'œil, par W. Mackenzie. 4e édition traduite de l'anglais et augmentée de notes par les docteurs E. Warlomont et A. Testelin. Tome II, fasc. XI et XII et derniers. Prix des deux fascicules, 5 fr. — L'ouvrage complet forme deux volumes grand in-8° compactes, contenant : le premier, VIII-862 pages et 96 figures; le deuxième, LVIII-900 pages et 161 figures. Prix, 30 fr. Paris, chez Victor Masson, place de l'École-de-Médecine, 17.

Des bains de mer, de leur action physiologique et thérapeutique, de leurs applications et de leurs divers modes d'administration, avec un aperçu sur l'air et les climats marins, et sur leurs effets physiologiques et thérapeutiques, par le docteur Roccas, 1 vol. grand in-18 de XVI-284 pages. Paris, Victor Masson. Prix, 3 fr. 50 c.

Notice sur les eaux minérales de Contrexeville (Vosges), par le docteur Legrand du Saulle. Paris, 1857, brochure in-8°; chez T. Viat, libraire, cour du Commerce, 12, faubourg Saint-Germain.

Le Gérant.

Paris, — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 81. — SAMEDI 11 JUILLET 1857. (30e ANNÉE.) N° 81. — SAMEDI 11 JUILLET 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Épidémie de variole arrêtée dans sa marche par des vaccinations et des revaccinations générales.

Ceci n'est point de la discussion, c'est un fait que nous allons raconter, un fait clinique d'une importance d'autant plus grande, qu'il est plus multiplié et observé sur une plus grande échelle, et qu'il constitue une des plus vastes expériences, et l'une des plus concluantes à la fois, sur l'influence qu'exercent les vaccinations et les revaccinations sur la marche d'une épidémie variolique. Nous en empruntons la relation à une brochure que vient de publier M. le docteur Henri Gintrac, professeur-adjoint de clinique à l'École de médecine de Bordeaux et médecin des épidémies. Cette brochure est l'extrait du mémoire auquel l'Académie de médecine a décerné une médaille d'or en 1856.

Depuis quelques années, écrit M. Gintrac, la variole sévit avec une certaine ténacité dans le département de la Gironde, et plusieurs fois, dans diverses contrées, elle a revêtu une forme réellement épidémique. Appelé à observer une de ces épidémies et à indiquer les mesures propres à en arrêter la marche, voici les faits que j'ai constatés.

Bien que ces faits remontent à plusieurs années, ils n'ont rien perdu de leur intérêt, ainsi qu'on va en juger.

Dans une commune d'une population de 2,600 âmes environ, une jeune femme vaccinée fut atteinte, vers la fin d'octobre 1853, d'une variole qu'elle avait contractée pendant son séjour prolongé auprès d'une parente atteinte de la même maladie. Pendant tout le cours de sa maladie, cette jeune femme reçoit les soins de sa mère, qui est prise à son tour du même mal, quoique vaccinée également et âgée de cinquante-sept ans. Elles guérissent toutes deux ; mais au moment où la mère entre en convalescence, c'est-à-dire vers le commencement de janvier, la maladie tend à se propager sous forme épidémique. Faisant invasion dans les familles, elle en frappe successivement ou simultanément chaque membre. Dans le mois de janvier, le nombre des individus atteints par la variole dépasse 180 ; le 10 février, il arrive à 260 environ. Chaque jour le chiffre des varioleux grossit avec rapidité. Les hommes et les femmes, vaccinés ou non vaccinés, ceux-là mêmes qui ont été autrefois affectés de variole, payent un tribut presque égal à l'influence épidémique.

L'occasion était on ne peut plus favorable pour étudier l'influence de la vaccine sur la marche et l'intensité de la variole. En récapitulant les faits dont il a été témoin, voici les conclusions que M. Gintrac a pu en tirer :

Parmi les sujets vaccinés, la variole ne s'est jamais montrée au-dessous de l'âge de douze ans. Elle a été d'autant plus intense que les individus étaient plus avancés en âge, c'est-à-dire plus éloignés de l'époque où ils avaient subi l'influence vaccinale. Plusieurs familles ont offert des exemples frappants de ce rapport remarquable entre l'âge plus ou moins avancé des malades et la gravité plus ou moins considérable des accidents.

Dans une famille composée de huit membres, le père, la mère et six enfants, le père et la mère ont une variole confluente ; trois fils, âgés de 26, 23 et 22 ans, une variole moins intense ; deux fils, âgés de 18 et 15 ans, une varioloïde ; le dernier, âgé de 12 ans, est seul exempt de toute éruption, et cependant il est resté constamment dans la chambre des malades exposé à l'influence miasmatique.

Dans une autre famille, sept personnes habitent le même logis, cinq sont atteintes par la maladie régnante, trois avaient été vaccinées depuis 20 à 35 ans et deux depuis 14 et 15 ans. Les phénomènes prodromiques et l'éruption ont chez tous la plus grande analogie ; mais, quand arrive la période de suppuration, ceux qui ont été vaccinés plus récemment guérissent en peu de jours, tandis que les plus âgés offrent des symptômes graves et une longue suppuration.

En général, il a été constaté que la variole des vaccinés était sensiblement modifiée, essentiellement moins grave. Elle durait moitié moins qu'une variole ordinaire ; elle n'avait de celle-ci que les prodromes et les commencements jusqu'à la suppuration. Arrivée à ce point, elle s'arrêtait et arrivait immédiatement à la dessiccation ; les forces semblaient lui manquer pour pousser plus loin. Jamais elle n'a été suivie de mort.

Dix individus ont succombé ; ils étaient âgés de 1, 2, 21, 23, 27, 29, 31, 52, 55 et 57 ans. Aucun d'entre eux n'avait été vacciné. La mort est toujours survenue pendant la période de suppuration.

En février 1854, l'épidémie frappait chaque jour un grand nombre d'individus. A cette époque, sur le théâtre même de l'épidémie, la question des vaccinations et revaccinations fut agitée, et, après avoir été vivement débattue, elle fut résolue dans le sens de l'affirmative.

Les vaccinations et revaccinations furent pratiquées immédiatement et d'une manière générale. En moins de dix jours, on atteignit le chiffre de 180 vaccinations et 712 revaccinations. Le résultat dépassa toutes les espérances. L'épidémie fut arrêtée sur le champ.

Voici les résultats de ces opérations vaccinales. Parmi les 180 individus vaccinés pour la première fois, 171 présentèrent des pustules vraies, c'est-à-dire préservatrices et possédant la propriété de servir à une autre vaccination. Chez les 9 autres, l'effet resta nul.

La possibilité de voir la vaccine se développer deux fois chez le même individu n'est plus aujourd'hui mise en question. Il convenait néanmoins de rechercher quelle modification éprouve le ferment vaccinal quand il est inoculé à des personnes précédemment vaccinées, et quelle marche suivent les pustules d'une seconde vaccination ?

Voici le résultat des 712 revaccinations :

Chez 302 individus, le succès fut complet, les pustules se développèrent vers le quatrième jour, se remplirent du septième au huitième, s'entourèrent ensuite d'une auréole érysipélateuse, se desséchèrent et formèrent des croûtes qui tombèrent le vingtième jour. Les pustules avaient été ombiliquées ; elles avaient offert incontestablement tous les caractères de l'éruption vaccinale légitime.

Sur 85 revaccinés, les pustules étaient modifiées ; elles survinrent à la suite des piqûres dès le troisième jour, se remplirent du cinquième au septième d'une lymphe plastique, s'entourèrent d'une auréole rougeâtre, et quelquefois même provoquèrent un engorgement des ganglions lymphatiques de l'aisselle. Ces pustules non ombiliquées ne présentaient ni tumeur ni induration, comme dans la vaccine ; elles ne laissaient, lors de la chute des croûtes, aucune cicatrice apparente.

119 fois l'insertion du virus-vaccin a produit, dans les vingt-quatre heures, un bouton rouge pointu qui s'est effacé rapidement.

Dans 206 cas, elle n'a déterminé aucun effet sensible sur la peau.

Les individus vaccinés ou revaccinés, avec ou sans succès, ont été presque tous exempts de la variole. Cinq seulement ont fait exception à cette règle. Mais il convient de dire que la vaccination n'avait précédé que de quelques jours l'éruption de la variole.

En résumé, voici quelques-unes des conclusions qui ressortent de l'ensemble des faits observés pendant cette épidémie :

La variole n'a pas frappé indistinctement et au hasard ; elle a généralement attaqué les anciens vaccinés et respecté les nouveaux.

Si cette épidémie a montré que la vaccine n'est pas absolument préservatrice, ce que démontrent d'ailleurs tous les jours les varioles sporadiques, elle a montré du moins qu'elle exerce une influence salutaire sur l'issue d'une variole, en abrégeant sa durée et en diminuant son danger.

La revaccination pratiquée d'une manière générale en pleine épidémie, en a arrêté d'emblée les ravages et éteint le développement ; elle a préservé indubitablement, et ceux-là mêmes qui se trouvaient déjà sous l'influence d'une incubation variolique, ont paru jouir d'un certain degré d'immunité.

Enfin les revaccinations pratiquées dans le foyer épidémique, contrairement aux craintes exprimées par quelques médecins, se sont montrées d'une complète innocuité.

Hernie épiploïque traumatique. — Epiploon laissé à demeure dans la plaie. — Guérison par tamponnement épiploïque.

Lorsque à la suite d'une plaie pénétrante de l'abdomen l'épiploon fait hernie, faut-il essayer de le réduire, ou vaut-il mieux, au contraire, le laisser au dehors et abandonner les choses à elles-mêmes ? On sait que les chirurgiens ont été longtemps et sont encore même aujourd'hui divisés sur ce point. Cette question a été, il y a quelques années, l'objet d'une discussion à la Société de chirurgie, à la suite de laquelle les avis sont restés encore partagés. Il ne sera donc pas sans intérêt d'exposer ici un fait qui vient déposer d'une manière péremptoire en faveur du principe de l'expectation ou de l'abandon de l'épiploon au dehors. Ce fait s'est passé il y a peu de temps sous nos yeux, dans le service de M. le

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de géographie et de statistique médicales et des maladies endémiques, comprenant la météorologie et la géologie médicales, les lois de la population et de la mortalité, etc., etc., par le docteur Boudin, médecin en chef de l'hôpital militaire du Roule (1).

Ce que l'on nomme la géographie médicale est une science entièrement nouvelle, dont le domaine embrasse la météorologie et la géographie physique, les lois statistiques de la population, la pathologie comparée des races, la distribution géographique et les migrations des maladies ; toute nouvelle, disons-nous, car les premiers ouvrages qui s'y rattachent datent à peine du dernier quart du dix-huitième siècle, et ce n'est guère que depuis une trentaine d'années qu'elle est devenue l'objet d'études véritablement sérieuses. Des quinze ou vingt volumes publiés jusqu'ici sur cet important sujet, par un seul n'est écrit en notre langue ; ils appartiennent tous à l'Allemagne ou à l'Angleterre. Enfin, aucun d'eux n'embrasse l'ensemble de la géographie médicale, et le plus grand nombre est d'une époque à laquelle les faits eux-mêmes manquaient à la science. Entraîné depuis longues années, presque depuis le commencement de sa carrière médicale, par une prédilection toute particulière, vers l'examen des questions relatives à l'hygiène de l'homme, tant dans l'état de santé que dans l'état de maladie, s'étant trouvé bien des fois à même, en raison de la nature de ses fonctions, d'apprécier dans les contrées les plus diverses l'influence sur l'organisme des conditions climatériques les plus opposées, l'auteur du livre que nous avons sous les yeux publiait, en 1843, un *Essai de géographie médicale* qui, bien qu'il ne constituât qu'une esquisse bien imparfaite encore, eut, à l'époque de sa publication, un retentissement bien mérité.

Le succès de cette première tentative fut un puissant stimulant pour le jeune médecin militaire. Il comprit en un instant toute la valeur que ne pouvaient manquer d'acquérir des travaux entrepris dans cette direction. De toutes parts il rassembla les matériaux qu'il lui fut possible de se procurer, et se mit courageusement à l'œuvre, soutenu, nous devons le dire, il en convient lui-même, par les encouragements des savants les plus éminents de tous les pays. Rien ne lui coûta pour se procurer les documents nécessaires à l'accomplissement de la tâche qu'il s'était imposée. Plus d'une fois il entreprit un voyage dans l'unique but d'éclaircir par lui-même une question de géographie médicale. Le résultat de tous ces efforts fut le volumineux et intéressant ouvrage dont nous allons essayer de donner une idée.

Inutile d'insister ici, tout le monde l'a déjà compris, sur l'utilité, l'*indispensabilité*, oserions-nous dire, de la géographie médicale pour l'administrateur, l'hygiéniste et le médecin ; et l'on peut affirmer qu'en cherchant à démontrer l'intérêt pratique qu'offre cette science et les services qu'elle peut rendre, M. Boudin n'a fait, pour nous servir d'une expression vulgaire, que prêcher des convertis. Institution de quarantaines et d'établissements hospitaliers, fondation de colonies, détermination des mesures à prendre pour l'hygiène et les approvisionnements d'une armée expéditionnaire, peut-on s'arrêter à rien d'efficace si on ne prend pour base de ses calculs les données les plus rigoureuses de la statistique et de l'observation ?

La géographie médicale, dit M. Boudin, est appelée à éclairer les questions d'hygiène publique et d'économie politique de l'ordre le plus élevé, en même temps qu'elle complète la science des maladies de l'homme. Il est permis d'admettre que l'expédition française de Saint-Domingue au commencement de ce siècle, que la descente des Anglais à Walcheren en 1809, en pleine saison épidémique, que la campagne de Russie en 1812, pouvaient avoir un dénoûment très-différent de celui que constate l'histoire, si l'on eût tenu compte de la géographie de la fièvre jaune, des fièvres paludéennes et de la congélation. On comprend d'autre part que la question de l'acclimatement de l'homme domine le grave problème de la colonisation, et celui du choix des troupes destinées à servir dans des contrées plus ou moins éloignées de la mère patrie.....

Et pour nous arrêter à des considérations d'un ordre moins élevé, à des questions d'un intérêt moins général, tous les jours le plus modeste praticien n'est-il pas appelé à formuler une opinion sur le meilleur séjour à conseiller à un phthisique, à un scrofuleux ? Or, le médecin qui serait étranger aux connaissances auxquelles nous faisons

(1) Deux vol. in-8° avec cartes et tableaux. Chez J. B. Baillière.

professeur Jobert (de Lamballe), à l'Hôtel-Dieu. Nous ferons suivre sa relation des considérations cliniques que M. Jobert a émises à cette occasion dans une de ses leçons, considérations auxquelles ce fait lui-même prête une nouvelle valeur.

Voici cette observation :

Le nommé Rey (Henri), âgé de dix-huit ans, apprenti tourneur, est entré à l'Hôtel-Dieu le 12 mars dernier. Il venait à l'instant d'être frappé d'un coup de couteau dans le ventre.

Il présentait une plaie pénétrante avec issue de l'épiploon au côté droit de l'abdomen. Cette plaie était située sur la limite des régions hypogastrique et ombilicale; elle était à une distance de cinq centimètres et demi de la ligne blanche, de huit centimètres et demi de l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté droit, et enfin à six centimètres et demi de l'ombilic; elle avait vingt-quatre millimètres de longueur.

L'épiploon était sorti dans une étendue de deux centimètres et demi. Sa circonférence était d'environ six centimètres au niveau des bords de l'incision. Il était gorgé de sang, et cependant il avait une consistance molle, comme cotonneuse, et la circulation, tout en continuant à s'y faire, était évidemment gênée.

Le blessé ne présentait d'ailleurs aucun symptôme de trouble fonctionnel général, et il n'existait aucun signe d'étranglement.

M. Jobert essaya d'abord un taxis méthodique et une compression régulières, mais sans y insister beaucoup. Les premières tentatives ayant été infructueuses, il ne fit point d'efforts plus considérables de réduction. En conséquence, il se borna à couvrir la tumeur avec un linge troué, enduit de cérat, à appliquer des compresses froides et à soutenir le tout avec un bandage doucement compressif. En outre, comme le malade était fort, il fut saigné et soumis à un régime sévère. Des boissons légèrement laxatives et délayantes furent prescrites, afin d'éviter les efforts de la défécation. Les membres inférieurs furent placés dans la demi-flexion, pour qu'aucun tiraillement ne fût exercé sur le ventre.

Voici quels sont les motifs d'après lesquels M. Jobert a réglé sa conduite dans cette circonstance; le résultat, ainsi qu'on le verra, a pleinement confirmé ses prévisions et les principes qui l'ont guidé.

1° Des efforts de taxis répétés et des pressions exercées pendant trop longtemps sur l'épiploon produisent inévitablement l'inflammation de cet organe, et si dans de semblables conditions, on le réduit dans le ventre, il provoque à son tour l'inflammation des parties environnantes, d'où peut résulter une péritonite diffuse. C'est ce que plusieurs observations ont déjà démontré. M. Jobert a vu plusieurs fois des inflammations diffuses péritonéales être la conséquence de la réduction de l'épiploon, après les opérations de hernies étranglées. Tout, suivant lui, concourt à produire un aussi fâcheux résultat : le travail inflammatoire de l'épiploon, les changements de température, et enfin les modifications nouvelles qu'a subies l'épiploon.

2° Les plaies pénétrantes de l'abdomen d'une certaine dimension exposent, après la guérison, à des hernies consécutives, et cela d'autant plus sûrement, qu'on a été obligé de débrider et d'agrandir la plaie pour opérer la réduction. Or, dans la circonstance présente, il eût été nécessaire d'agrandir notablement la plaie pour faire rentrer l'épiploon.

En laissant l'épiploon à l'extérieur, au contraire, il y avait lieu de compter que le travail d'irritation serait limité à la portion d'épiploon saillante au dehors. D'un autre côté, l'épiploon hernié pouvait former un tampon capable de prévenir toute hernie consécutive.

Des faits consignés dans les annales de la science prouvent, en effet, qu'à la suite des hernies et des plaies abdominales, le séjour de l'épiploon n'avait été accompagné que d'un travail adhésif et avait été couronné d'un plein succès, puisque aucune trace de hernie n'avait existé après la guérison effectuée.

Des expériences faites par M. Jobert sur les animaux ne laissent d'ailleurs aucun doute à cet égard, et suffiraient, au besoin, à défaut d'observations directes, pour tracer au chirurgien la conduite à tenir en de pareilles circonstances.

Voici maintenant la suite de cette observation :

Pendant les trois premiers jours, ainsi que nous l'avons dit, on a fait usage des réfrigérants. A dater du quatrième, on leur a substitué le linge cératé et la charpie. De temps en temps, la surface de la plaie et de l'épiploon a été arrosée avec de la décoction aromatique. Grâce à l'emploi de ces moyens, le travail inflammatoire a été tout à fait limité à l'extérieur, et la suppuration a été, par conséquent, très-peu considérable. Le malade a pu être alimenté sans inconvénient.

Jusqu'au 23 mars, il ne s'est déclaré aucun accident. A cette époque, il est survenu seulement un peu de fièvre qui n'a duré que deux jours.

Jusqu'au 19 avril, le traitement local a été le même, c'est-à-dire qu'un pansement à plat a été régulièrement fait avec un linge troué, cératé, et de la charpie trempée dans de la décoction aromatique.

Peu à peu l'épiploon s'est affaissé, s'est pelotonné, de manière à représenter la tête d'un clou aplati au-devant de la plaie des parois de l'abdomen.

Dans le courant du traitement, des cautérisations ont été faites avec le nitrate d'argent, afin de détruire et user en quelque sorte peu à peu la petite tumeur constituée par l'épiploon complétement adhérent à tout le trajet parcouru par le couteau.

Le 19 avril, l'épiploon était à peu près de niveau avec les téguments, et se continuait avec eux. Au milieu, il formait cependant une petite saillie. Il était, d'ailleurs, complétement couvert d'une cicatrice rosée.

Le 22 avril, jour de la sortie du malade, on pouvait constater que, pendant les efforts ou la station debout, rien ne se présentait dans le trajet de la plaie, qui était occupé par l'épiploon intimement adhérent aux parties voisines. En saisissant avec les doigts la portion de peau où se trouvait le tampon épiploïque, on pouvait reconnaître la situation de l'épiploon dans tout le trajet de la plaie.

Evidemment, il n'existait aucun intervalle entre l'épiploon et la plaie; car il s'était tout à fait identifié avec elle dans toute son étendue. L'adhérence des téguments était, par conséquent, limitée à l'étendue de l'épiploon, qui avait une forme cylindrique dans tout le trajet qu'il parcourait.

Quant à l'état général du blessé, depuis le petit mouvement de fièvre dont il a été question plus haut, il s'est maintenu parfaitement bon jusqu'à sa sortie de l'hôpital.

Cas remarquable d'aliénation mentale compliquant des accès de fièvre intermittente.

On trouve dans les auteurs, et particulièrement ceux qui ont traité des divers accidents et des diverses formes de la fièvre intermittente, des exemples de délire compliquant les accès de fièvre intermittente. On en a fait même une variété spéciale sous le nom de *fièvre intermittente pernicieuse délirante*. Torti le premier a rapporté l'exemple d'une double tierce où le délire prédominait. *Huic nullum erat valdè formidandum peculiare symptoma*, dit-il, *præter delirium aliquod*, *cum remittente tamen febre evanescens*. Alibert, Pinel, Landré-Beauvais en ont également consigné plusieurs exemples dans leurs ouvrages, et l'on trouve un chapitre tout entier consacré à cette variété de la fièvre intermittente dans les traités des fièvres d'Alibert et de M. Bonnet. Enfin le livre, si plein de faits intéressants, de M. Brierre de Boismont, sur les hallucinations, contient la relation de plusieurs cas de fièvre intermittente dont les accès étaient accompagnés d'hallucinations. Toutefois, le soin même avec lequel ces faits ont été recueillis prouve qu'ils ne sont pas très-communs. On ne lira donc pas sans intérêt la relation du fait suivant observé dans le service de M. Champouillon au Val-de-Grâce.

M. N..., capitaine d'infanterie de marine, âgé de quarante-deux ans, d'une taille élevée, d'une constitution très-robuste et disposé à la pléthore sanguine, se trouvant en 1838 en garnison à Rochefort, y contracta une fièvre intermittente à type tierce. Quelques doses de sulfate de quinine suffisent tout d'abord pour mettre fin aux accès, mais ceux-ci reparaissent bientôt, et, malgré l'usage prolongé du quinquina, ils se continuent, irrégulièrement il est vrai, jusqu'en 1843. A cette époque, des pilules arsenicales coupent enfin la fièvre.

A partir de 1840, cet officier, qui se livrait avec excès à l'usage de l'absinthe et de l'eau-de-vie, remarque qu'il devenait sujet à des éblouissements et à de la constipation, et qu'en outre, pendant certains accès de fièvre, son imagination s'exaltait jusqu'au degré voisin du délire.

En 1852, M. N... est dirigé sur Madagascar, et aussitôt après son débarquement dans l'île, il est de nouveau en butte à des accès de fièvre intermittente irrégulière. L'emploi du sulfate de quinine à haute dose n'amenant aucune amélioration, le malade eut l'idée de s'administrer la médecine Leroy. Ce purgatif n'empêche pas les accès de reparaître, mais leur retour n'a rien de régulier; ils s'accompagnent toujours de vertiges, de constipation et surtout d'une tension abdominale considérable.

En 1853, cet officier reçoit l'ordre de passer de Madagascar à l'île de Mayote, où la fièvre le ressaisit avec plus de violence que jamais. Hors d'état de continuer son service, M. N... rentre en France et débarque à Toulon en 1854. La traversée se fit de la manière la plus heureuse; mais à peine le malade eut-il mis pied à terre, que la fièvre reparut de nouveau sous le type tierce, avec délire, agitation extrême pendant chaque pyrexie.

Tous ces accidents se dissipèrent d'eux-mêmes dès que M. N... eut atteint la Crimée, où il séjourna pendant huit mois, jouissant d'une santé parfaite, quoiqu'il continuât toujours de faire abus des boissons spiritueuses. Une blessure, sans gravité toutefois, le ramène à Toulon en 1856, et là il se trouve encore une fois repris d'accès revenant tous les huit jours; mais, cette fois, les désordres concomitants prennent plus de gravité : ainsi, la constipation est plus opiniâtre et la céphalalgie plus prononcée; des vomissements surviennent; le ventre, ballonné, prend un volume énorme; la respiration se fait péniblement; la face s'injecte; le délire éclate et débute avec les frissons; le malade s'agite, vocifère, insulte et cherche à frapper les personnes qui l'entourent. Dès que la sueur se montre, le délire se calme; puis surviennent de la diarrhée et des éructations, qui sont suivies de l'affaissement complet de l'abdomen.

Le 4 mars 1857 cet officier arrive à Paris, et le 8 un accès de fièvre se déclare après une céphalalgie de douze heures. A peine le frisson a-t-il commencé que les accidents précédents reparaissent; le malade, se croyant poursuivi par des assassins, quitte son hôtel en costume de nuit, parcourt les rues de Paris en se disant l'envoyé de Dieu pour exterminer les voleurs; réintégré dans sa chambre, il y met tout en pièces.

Le lendemain, M. N..., tout à fait calmé, est conduit à l'hôpital du Val-de-Grâce, et fait lui-même à M. Champouillon un récit parfaitement lucide de toutes les particularités de sa maladie. Il annonce, pour le 15 ou le 16, un accès semblable à ceux qui ont précédé; cet accès eut effectivement lieu, et de la manière qui avait été prévue. Cet officier, reconnaissant au météorisme abdominal et à la céphalalgie que l'accès approchait, demanda à être contenu par une camisole de force, afin d'éviter toute tentative de violence contre les infirmiers. M. Champouillon put démêler, au milieu du désordre des symptômes psychiques qui se manifestèrent, une véritable monomanie religieuse provoquée par des hallucinations.

Un traitement dans lequel le sulfate de quinine, l'arsenic et les purgatifs furent employés avec énergie, mit fin du même coup à la fièvre et à la folie.

Il est bon d'ajouter qu'on a constaté pendant le séjour du malade au Val-de-Grâce, où se sont passées les dernières péripéties de cette longue scène morbide, une augmentation considérable du volume de la rate. Il se joignait en outre accidentellement pendant les accès, à cette intumescence de la rate qui refoulait le diaphragme en haut, un météorisme également considérable. Peut-être ces deux circonstances réunies pourraient-elles être considé-

---

allusion, ne serait-il pas exposé à envoyer son malade dans une direction tout à fait contraire aux intérêts de sa santé?

Sans les études de géographie médicale, il est impossible de se prononcer sur les questions d'acclimatement, souvent si délicates, sur celle des croisements des races, bien plus complexe qu'on ne l'imaginerait au premier abord, et qui sont du ressort de la plus haute économie sociale.

Il est certain que les maladies de l'espèce humaine ne sont les mêmes ni dans le temps ni dans l'espace. L'histoire montre un certain nombre de maladies dont les unes, très-répandues dans l'antiquité, sont presque inconnues de nos jours, tandis que d'autres, inconnues des anciens, exercent aujourd'hui de grands ravages; il appartient à la pathologie historique d'enregistrer les transformations que subissent les maladies dans le temps. Peut-être, nous fait remarquer M. Boudin, touchons-nous en ce moment à une époque dont le souvenir devra rester gravé dans la mémoire des hommes, si comme donnent lieu de l'espérer l'absence de tout cas sporadique de peste en Orient depuis quatorze ans, et le rétrécissement de plus en plus grand du théâtre de ses épidémies depuis deux siècles, cet épouvantable fléau est sur le point de disparaître complétement. La répartition des maladies suivant l'espace est du domaine de la géographie médicale, et son étude est du plus grand intérêt même au point de vue pratique. S'il suffit au médecin d'une petite localité n'ayant que peu de communications avec l'extérieur, de connaître la pathologie *locale* de sa circonscription, il n'en est pas de même du médecin qui habite un grand centre en rapport incessant avec les diverses contrées du globe, et encore moins du médecin de l'armée de terre ou de la marine, appelé à changer continuellement de résidence.

Comme bien des espèces de plantes ou des animaux, il est des maladies qui semblent être le propre de certains climats, de certaines localités, ou du moins qui jusqu'à présent n'ont pas paru dépasser des limites à peu près déterminées. M. Boudin en cite un assez grand nombre et fixe pour beaucoup d'entre elles les longitudes et les latitudes sous lesquelles on les rencontre, les terrains dont la constitution semble liée plus spécialement à l'existence de telle ou telle affection, etc. Cependant, à notre avis, il ne faudrait pas, de toutes les observations recueillies jusqu'à présent et comparées entre elles, tirer des conclusions trop absolues pour l'avenir.

N'avons nous pas vu le choléra, que l'on croyait jusqu'au commencement de ce siècle confiné sur les bords du Gange, et dont on aurait volontiers limité la sphère d'action de la manière la plus précise, s'élancer pour la première fois hors de son pays natal et se répandre avec la plus grande rapidité et sans rien perdre de sa funeste puissance dans les trois autres parties du monde, où il était resté si longtemps inconnu? Que si nous voulons parler d'une autre maladie plus rapprochée de nous et dont les apparitions ont été longtemps bornées à un petit nombre de départements de la France, la *suette des Picards* ou *suette miliaire*, ne la voyons-nous pas, depuis une dizaine d'années surtout, s'étendre dans toutes les parties de la France, dans une partie de l'Italie et de l'Espagne, et ne plus s'arrêter devant les régions à fond granitique, comme elle paraissait le faire, d'après certains observateurs, jusque vers 1842?

Si nous faisons cette remarque, ce n'est nullement que nous révoquions en doute les observations faites à ce sujet dans les années ou dans les siècles précédents; nous voulons seulement prouver qu'il serait téméraire d'engager trop absolument l'avenir sous ce rapport, et qu'il est des affections qui plus tard pourront, comme les espèces animales ou végétales, *s'acclimater* dans des contrées avec lesquelles elles paraissent encore incompatibles aujourd'hui. C'est là ce qui constitue l'étude des *migrations* des maladies, l'une des branches les plus importantes de la géographie médicale, et auxquelles M. Boudin a donné le plus de développement dans son livre.

Après avoir essayé, et souvent par des citations originales, d'établir l'importance des études comprises sous le titre du livre que nous examinons, qu'il nous soit permis de jeter un coup d'œil rapide sur la distribution des matières et sur l'ordre dans lequel elles ont été traitées. A notre avis, celui qui parcourt une analyse bibliographique a autant, sinon plus, besoin de savoir ce qu'il y a dans le livre dont on lui parle, que de connaître l'impression qu'a retirée le critique de la lecture de ce livre. Comment pourrait il, en effet, sans cela, savoir s'il trouvera dans l'ouvrage ce qu'il y cherche?

Le livre de M. Boudin est divisé en deux parties, l'une traite de la physique du globe et de la météorologie médicale, l'autre de l'homme envisagé au point de vue géographique.

La première comprend en dix livres le système solaire et tout ce

rées jusqu'à un certain point, pour ceux qui expliquent le délire par la congestion cérébrale, comme la cause mécanique des symptômes cérébraux. On se l'expliquerait ainsi par la succession et l'enchaînement des phénomènes :

1° Gonflement de la rate ;
2° Météorisme ;
3° Gêne dans l'abaissement du diaphragme ;
4° Stase sanguine dans les poumons ;
5° Congestion cérébrale ;
6° Délire.

Nous avouons pour notre compte que cette explication ne nous satisferait que médiocrement ; nous aimons mieux nous en tenir à la constatation du fait, et surtout à ce qu'il offre de plus satisfaisant pour la pratique, la cessation de tous les symptômes morbides par la médication antipériodique.

Il est enfin une circonstance qui ne doit pas être négligée ici et qui a une part évidente à nos yeux dans l'étiologie et la nature des accidents observés, c'est l'habitude des excès alcooliques.

DE LA TEIGNE FAVEUSE

et de son traitement par l'emploi topique de l'huile de naphte.

Par M. le docteur Chapelle.

Pour combattre cette hideuse maladie, j'ai cherché depuis longtemps des moyens à la fois plus rapides, plus certains que ceux qu'on emploie d'ordinaire, et qui fussent exempts de ces douleurs violentes que fait naître la cautérisation ou l'arrachement des cheveux. L'huile de naphte appliquée sur les surfaces pustuleuses préalablement ouvertes et débarrassées du liquide crémeux qu'elles contiennent, est l'agent abortif le plus efficace que l'observation et l'expérience m'aient fait reconnaître. Voici comment je procède :

D'abord je fais couper ras tous les cheveux qui avoisinent la zone morbide, et appliquer ensuite à leur surface des cataplasmes de farine de graine de lin pour faire tomber les croûtes faveuses. Une fois la peau débarrassée de ces productions croûteuses, je fais enduire la surface dénudée d'une légère couche d'huile de naphte que recouvre ensuite une compresse de flanelle. Un serre-tête en taffetas gommé, destiné à envelopper toute la surface du cuir chevelu, complète le pansement.

Deux fois par jour, le matin et le soir, je prescris l'application de l'huile de naphte. A chaque pansement, il importe de nettoyer la surface malade avec de l'eau de savon, afin de mieux enduire la peau de la substance huileuse. Mais le point important de l'opération est celui-ci : il faut examiner chaque fois et avec le plus grand soin la surface du cuir chevelu pour voir si cette partie de la peau ne porte pas quelques petites pustules faveuses, dont la disparition est toujours indispensable à la curation de la maladie. Si l'œil découvre quelques-uns de ces points blancs, il faut alors non pas enlever la pustule comme par la méthode épilatoire, mais seulement la perforer avec la pointe d'une épingle ordinaire, et enlever ensuite la matière puriforme qu'elle contient. Cela fait, on étend sur la peau une couche nouvelle d'huile de naphte. De la sorte, on arrive à éteindre promptement la poussée pustuleuse à mesure qu'elle se produit. L'évolution des pustules faveuses est, comme je l'ai bien constaté, successive au lieu d'être simultanée. Aussi importe-t-il de maintenir les cheveux coupés ras autour de la partie malade, afin de mieux observer le développement des pustules et les détruire à leur origine.

L'huile de naphte exerce ici une action abortive spécifique. Elle limite en effet au point affecté sa puissance modificative, sans exercer au delà une influence destructive, comme le produisent les substances corrosives. Aussitôt qu'on a fait cesser, par l'application directe de cette huile, la poussée pustuleuse, les cheveux reprennent leur développement normal. Cette peau, qui auparavant ne présentait qu'une croûte épaisse à odeur fétide, à aspect sale, se recouvre rapidement de cheveux aussi épais, aussi consistants qu'avant l'apparition de la maladie.

Il est plusieurs personnes dont le cuir chevelu est profondément altéré ou dont la sensibilité particulière est très développée, qui ne peuvent supporter sans de grandes souffrances, le contact de l'huile de naphte pure. Dans ce cas, pour mitiger l'action trop vive de cette substance, je fais mêler à l'huile de naphte une huile dont l'action se rapproche de la précédente, mais dont l'effet irritant est moins prononcé. L'huile de cade est celle qui m'a paru devoir être préférée. Je prescris le mélange de ces deux huiles dans une proportion indiquée par la sensibilité du malade.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance annuelle du 1er juillet 1857. — Présidence de M. Chassaignac.

M. le Président donne la parole à M. Marjolin, secrétaire général, pour la lecture du compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1856-1857.

Messieurs et chers collègues,

Dans les sciences pratiques, les sociétés savantes n'acquièrent de véritable importance qu'autant que leurs travaux sont réellement utiles, et pour atteindre ce but elles ne doivent négliger aucune des questions qui leur sont dévolues. Loin surtout de repousser comme indignes de leur examen celles qui semblent surannées, elles doivent au contraire apporter d'autant plus de zèle à leur étude que ce sont les faits les plus journaliers qui présentent encore actuellement le plus de doutes et de difficultés pour le praticien.

Sans cesse attentives aux progrès de la science, sans accepter avec un engouement irréfléchi les innovations les plus séduisantes, elles doivent les accueillir avec une sage réserve en leur prêtant l'appui d'un concours éclairé. C'est dans cette voie si propice aux véritables progrès que vous n'avez cessé de marcher depuis quatorze ans, et ce sont ces principes qui vous ont placés si rapidement au nombre des sociétés savantes qui ont le plus fait pour la science.

Il n'y a qu'un instant, je vous disais qu'il était indispensable pour les sociétés de se tenir au courant des modifications profondes que la science peut subir ; c'est que bien souvent d'elles seules dépend la faveur méritée ou le blâme justement infligé ; en un mot, aucune question nouvelle ne doit surgir sans qu'elle soit examinée de suite avec le plus grand soin : agir autrement ce serait manquer à la mission que vous vous êtes imposée.

Plusieurs questions tout à fait nouvelles vous ayant été soumises cette année, permettez-moi, Messieurs, de m'y arrêter de préférence, car elles sont appelées plus tard à avoir une grande influence en chirurgie.

Vous avez dû certainement tous remarquer depuis quelque temps une tendance qui, augmentant chaque jour, relègue de plus en plus hors du domaine de la chirurgie l'emploi de l'instrument tranchant : aujourd'hui cela est porté si loin que bientôt peut-être on arrivera à s'en passer, même dans les amputations des membres. Or notez que je n'avance rien d'exagéré, car, dans une lettre adressée par M. Marc Sée, il a été question d'expériences de ce genre pratiquées sur des animaux.

Déjà vous aviez entendu MM. Maunoury et Salmon vous communiquer le résultat de leur pratique dans l'enlèvement des tumeurs au moyen de divers caustiques ; cette fois vous avez vu quel immense parti la chirurgie peut tirer de la galvano-caustique et de l'écrasement linéaire ; et, bien que ces deux méthodes nouvelles soient essentiellement différentes, puisque dans l'une c'est le feu qui agit et dans l'autre une pression particulière des plus énergiques, elles n'en présentent pas moins des rapprochements fort curieux à étudier, car toutes deux ont été proposées dans les mêmes intentions, toutes deux ont pour but de séparer du corps un organe malade sans le secours du bistouri. Mais laissons pour l'instant ce côté de la question, et envisageons en détail chacune de ces deux méthodes.

Galvano-caustique. — Parmi les innovations susceptibles de modifier notablement plusieurs procédés opératoires, il faut citer en premier lieu la galvano caustique récemment introduite dans la chirurgie par M. Albreecht Middeldorpf (de Breslau). Grâce aux efforts persévérants de ce savant aussi ingénieux qu'habile, la galvano-caustique est aujourd'hui une méthode régulière, féconde en applications, et digne de prendre place parmi les plus précieuses innovations de la chirurgie moderne.

Tel est le jour favorable sous lequel M. Broca vous a présenté cette méthode nouvelle, et, hâtons-nous de le dire, cet éloge est bien mérité.

En effet, le cautère galvanique peut dans tous les cas remplacer, et presque toujours avec avantage, le cautère actuel, et il permet, en outre, de pratiquer sans effusion de sang plusieurs opérations dans des régions à peu près inaccessibles jusqu'ici au fer rouge et aux caustiques.

Grâce à la concision et à l'extrême lucidité du rapport de notre collègue, de suite la manière dont fonctionne l'appareil vous est devenue familière ; vous avez pu voir tous les obstacles dont M. Middeldorpf a triomphé ; tout naturellement toutes les objections que vous aviez cru devoir faire sont tombées l'une après l'autre, et insensiblement vous vous êtes si bien initiés à cette méthode que vous ne demandiez plus que l'occasion de l'appliquer, certains à l'avance que l'emploi du cautère galvanique serait bien plus facile que celui du cautère actuel.

Dans tout ceci, je ne dis que l'exacte vérité, car, pour tous ceux qui ont assisté aux expériences que M. Middeldorpf a faites à Paris avec une excessive obligence, il a dû résulter cette conviction, que non-seulement le cautère galvanique est plus facile à manier que tous les autres cautères que nous possédons, mais que le chirurgien peut, avant de le faire agir, le porter avec une pleine sécurité sur le point qu'il veut attaquer sans effrayer le malade. L'action ne commence que lorsque tout est bien prêt ; alors, instantanément, à la volonté de l'opérateur, la chaleur du cautère atteint son maximum d'intensité ; instantanément, à sa volonté, le cautère s'éteint. Il a suffi de presser sur le manche de l'instrument pour ouvrir ou fermer toute communication avec la pile ; ajoutez que, quelle que soit la forme que vous donniez au cautère, vous êtes certains de son action. Il y a plus, vous pouvez à volonté agir avec lenteur ou rapidité, et c'est là un immense avantage qu'il ne faut pas oublier si on veut éviter les hémorrhagies.

Je ne veux pas énumérer ici toutes les opérations que M. Middeldorpf peut faire, disons seulement qu'il peut exécuter toutes celles qui se pratiquent avec l'écraseur de M. Chassaignac ; maintenant, si vous me demandez ce qu'ont démontré les faits, je répondrai, comme application : M. Broca vous a dit qu'il avait vu M. Middeldorpf cautériser une fois le col de l'utérus, et une autre fois une large fistule recto-vaginale ; que lui-même avait cautérisé, avec le plus grand succès, une hémorrhoïde interne siégeant à deux centimètres au-dessus de l'anus, et qu'à partir de cette cautérisation, le malade, qui était excessivement affaibli par des hémorrhagies, recouvra promptement la santé.

Ajoutons, et je ne saurais mieux faire que de m'inspirer de l'excellent rapport de notre collègue, en parcourant les faits nombreux dans lesquels on a eu recours à la galvano-caustique, on est surtout frappé de l'innocuité des opérations pratiquées par cette méthode. Elle ne met pas seulement à l'abri des hémorrhagies primitives, elle paraît encore conjurer le danger des hémorrhagies consécutives. Enfin l'absence totale jusqu'à ce jour d'érysipèle ou d'infection purulente engagerait le chirurgien de Breslau à substituer au bistouri le cautère tranchant dans l'ablation de certaines tumeurs superficielles ou profondes.

L'action de la galvano-caustique se borne t-elle à la simple excision des tissus ? Non, elle va beaucoup plus loin. Sans parler de son usage comme moyen hémostatique, nous voyons M. Middeldorpf l'employer dans le traitement des névralgies, de la pourriture d'hôpital, dans tous les cas d'abcès où l'on emploie le cautère actuel, dans les fistules, dans les tumeurs érectiles, dans l'ouverture des abcès atoniques. Enfin il a été plus loin ; sur un enfant âgé de quatre ans, atteint d'hypospadias, il a creusé à travers le gland un urèthre artificiel, et sa tentative a été couronnée d'un plein succès. En dernier lieu, il a employé le séton incandescent dans le traitement d'une pseudarthrose de l'humérus, où les chevilles d'ivoire de Dieffenbach avaient échoué.

Ce n'est donc pas, comme on pourrait le supposer, une innovation de peu d'importance, mais bien une méthode capable de rendre les plus grands services en chirurgie.

Écrasement linéaire. — La seconde méthode qui tend aussi à prendre chaque jour une extension considérable, c'est celle de l'écrasement linéaire ; elle appartient à M. Chassaignac, qui a publié toute la suite de ses recherches sur cette grande question dans un ouvrage intitulé *De l'écrasement linéaire ou Nouvelle méthode pour prévenir l'effusion du sang dans les opérations chirurgicales.* Si je vous rappelle le titre de ce traité, c'est qu'il résume parfaitement le principe fondamental de ce nouveau procédé opératoire qu'il a développé devant la Société dans un mémoire portant spécialement sur l'opération des hémorrhoïdes.

Le but de notre collègue a été exactement le même que celui que M. Middeldorpf avait en vue : séparer assez rapidement du corps, par une ligature extemporanée, un organe malade, sans être exposé aux hémorrhagies primitives ou consécutives, et en évitant tous les accidents causés par la présence prolongée des tissus gangrénés, comme on l'observait dans les procédés de ligature anciennement employés ;

---

qui s'y rattache, la géologie médicale, l'hydrologie médicale, l'air atmosphérique, les hydro-météores, la température à la surface du globe, la géographie botanique et zoologique, l'influence des climats, la lumière.

Nous ne pouvons entrer dans les détails de chacune de ces divisions de l'ouvrage ; qu'il nous suffise de prendre pour exemple l'un des premiers livres du premier volume, celui qui est consacré à l'hydrologie médicale, et de mentionner les principales têtes de chapitres ; on jugera d'après cela avec quel soin et de quelle manière large ont été traités chacun des points en particulier.

Le livre de l'hydrologie ne comprend pas moins de neuf chapitres, qui sont les suivants, subdivisés chacun en un certain nombre d'articles :

1° Propriétés physiques des eaux, étendue, saveur, odeur, poids, etc., et degré d'ébullition à diverses altitudes ;

2° Composition des eaux de pluie, de rivière, de sources, de mer, et appréciation des principes qu'elles renferment ;

3° Gisement des eaux souterraines, influence du sol, profondeur des nappes, volume des eaux et eaux minérales ;

4° Température des eaux ;

5° Etangs et marais ;

6° Desséchement et colmatage ;

7° Eaux potables ;

8° Eaux considérées comme causes de maladies ;

9° Fleuves et rivières.

Il est facile, d'après cette simple énumération, de se faire une idée des innombrables documents qu'a dû réunir ou consulter M. Boudin pour être complet et pour mener à fin l'œuvre immense qu'il avait entreprise. Pour la seconde partie, les recherches ont dû porter sur d'autres points, principalement sur des relevés statistiques, et ceux qui se sont occupés de ce genre de travaux savent seuls quelles sont les difficultés à surmonter pour faire jaillir la vérité de ces amas de chiffres, dont la signification est si facile à dénaturer.

Cinq livres seulement la composent, dont voici les arguments :

1° Lois statistiques du sol et de la population basées sur le dépouillement des tableaux de la population, des naissances, des décès, de l'accroissement des individus, des professions, etc. ;

2° L'ethnographie de l'Europe, qui renferme les documents les plus curieux sur les anciennes races, leur succession, leur fusion avec les races modernes, etc. ;

3° L'acclimatement, les conditions qui le favorisent ou lui sont contraires, et de là les considérations les plus essentielles sur les principes qui doivent régir les administrations gouvernementales quand il s'agit de coloniser des pays conquis ou des terres encore inoccupées ;

4° La géographie et la statistique des maladies et des infirmités de l'homme ;

5° Enfin, l'histoire des endémies, la géographie et la statistique de quelques maladies et infirmités. On comprendra l'importance et l'étendue de cette dernière section en sachant qu'elle ne renferme pas moins de 69 chapitres relatifs chacun à une ou plusieurs maladies différentes.

Lorsqu'on a parcouru l'ouvrage de M. Boudin, on reste en quelque sorte frappé de stupeur et d'admiration en songeant à l'immensité des travaux qu'il a fallu entreprendre, des *fouilles* auxquelles il a fallu se livrer pour arriver à ces résultats, et l'on est surpris qu'un homme ait pu à lui seul accomplir un pareil labeur sans négliger les occupations d'un autre genre auxquelles sa position de médecin militaire l'astreint journellement. Certes, il a fallu à l'auteur une patience à toute épreuve, une énergie peu commune, et une érudition des plus encyclopédiques pour élever un monument si complet sous la lourdeur duquel plus d'une tête bien organisée eût infailliblement succombé.

Dr A. Foucart.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq ; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

La vaccine. Ses conséquences funestes démontrées par les faits, les observations, l'anatomie pathologique et l'arithmétique. (Réponse au questionnaire anglais relatif à la vaccine.) Par M. le docteur Villette de Terzé. 1 vol. in-8° de 160 pages. Prix, 3 fr. Germer Baillière.

Mémoire sur le traitement de la fistule lacrymale, par M. le docteur Costes (de Bordeaux). Broch. in-8°. Chez tous les libraires.

procédés, hâtons-nous de le dire, qui n'ont aucune ressemblance avec celui qui nous occupe, ainsi que la discussion l'a parfaitement établi. Ce point élucidé, restait une autre question, celle du traitement des hémorrhoïdes; c'est sur ce sujet que notre excellent collègue, M. Lenoir, a pris la parole.

Au soin qu'il a apporté dans l'examen et dans la critique de ce nouveau mode opératoire, vous avez dû voir qu'il ne s'agissait pas d'une simple communication, mais de la défense de principes fondés sur une longue expérience clinique.

Rendant pleine et entière justice aux travaux de M. Chassaignac, il a cru cependant devoir signaler les inconvénients qu'il pourrait y avoir à trop généraliser cette pratique de l'ablation des hémorhoïdes, et il s'est demandé en outre si ce nouveau procédé, dont un des grands avantages est d'agir très-rapidement, et dans la plus grande majorité des cas sans hémorrhagies, ne pourrait pas cependant entraîner des suppurations plus longues que par les autres moyens, et s'il ne prédisposait pas aussi un peu au rétrécissement du rectum. Cette crainte, je le répète, de trop voir généraliser la méthode de l'ablation des hémorrhoïdes, sans indication très-urgente, a été le point de la question sur lequel M. Lenoir s'est principalement arrêté, et ses craintes ont été partagées par quelques membres de la Société.

J'ai dû, Messieurs, ne pas passer sous silence quelques-unes des objections faites par M. Lenoir, parce qu'elles renferment des principes adoptés en médecine, professés encore par bon nombre de membres de cette Société. Mais nous devons aussi dire, de toutes les méthodes employées dans la cure radicale des hémorrhoïdes, il semblerait établi que le procédé de M. Chassaignac est celui qui offre le moins de danger.

Du reste, Messieurs, la question de l'écrasement linéaire est trop importante pour ne pas fixer sérieusement votre attention; plusieurs communications faites par MM. Demarquay, Verneuil et quelques autres membres, vous ont démontré qu'elle tend à se généraliser chaque jour. C'est assez vous dire qu'elle offre des avantages réels.

N'ayant pas pour objet dans ce travail de comparer entre elles ces deux méthodes, qui malgré leur diversité, concourent au même but, je dirai seulement que sous certains rapports elles doivent agir à peu près de même; que, de plus, des deux côtés, le premier principe recommandé pour prévenir tout accident est d'agir sans trop de précipitation. J'ajouterai maintenant que si on compte d'une part les cas dans lesquels les deux opérations sont applicables, on voit que l'avantage du nombre et de la diversité de l'application, est en faveur de la galvano-caustique. Comment se fait-il donc cependant que la méthode par l'écrasement soit plus généralement répandue jusqu'à ce jour? Cela tient très-probablement à la simplicité de l'instrument, qui est un véritable instrument de chirurgie.

Bien involontairement, Messieurs, je suis allé, dans le résumé des deux questions précédentes, peut-être un peu au delà des limites habituelles d'un compte rendu, et en abordant le nouveau sujet, je vois déjà qu'il me sera impossible d'être bref. Comment en effet ne pas s'arrêter avec la plus minutieuse attention à l'étude de tout ce qui est destiné à rendre l'anesthésie moins dangereuse. Certes, parmi toutes les découvertes modernes, il y en a bien peu qui puissent, pour leur utilité, se mesurer avec l'anesthésie, il faut être témoin habituel de la souffrance pour savoir tout ce qu'elle a d'admirable.

Mais à côté de cela, si on vient à se dire que nul chirurgien, quelque exercé, quelque prudent qu'il soit, no peut employer les agents anesthésiques sans crainte de voir le malade périr, sans presque qu'il soit possible de lui porter secours, il y a de quoi glacer le cœur des plus hardis, et de quoi stimuler le zèle des savants dans la recherche d'agents moins dangereux que ceux qui sont en usage.

L'apparition d'une nouvelle substance anesthésique présentée comme moins dangereuse, devait être accueillie bien favorablement; aussi quelle attention ne prêta-t-on pas à la communication de M. Giraldès lorsqu'il vint nous exposer les belles recherches de M. Snow sur l'amylène.

Ce n'était pas la première fois que le nom de cet honorable confrère était prononcé dans cette enceinte. Lors de la discussion sur le chloroforme, vous devez vous rappeler combien de fois il fut fait mention de ses travaux, de ses efforts pour chercher un appareil propre à le doser et à diminuer les dangers de son emploi. Malgré tout ce que son système pouvait présenter d'ingénieux, il ne répondait pas encore à toutes les exigences. Aussi, persuadé que si on cherchait, on trouverait peut-être encore d'autres agents chimiques moins dangereux, M. Snow essaya successivement sur des animaux et sur lui-même l'amylène découvert en 1844 par M. Balard. Dans l'espace de quelques mois, soixante-neuf opérations, telles que tailles, ablations de tumeurs ou accouchements, furent pratiquées avec succès à l'aide de ce moyen. C'est après avoir pris connaissance de ces faits que M. Giraldès a tenté, lui à son tour, le premier à Paris, l'usage de l'amylène. Vingt-cinq fois il l'a employé avec plein succès sur des enfants de trois mois à dix ans; et, ce qui est bien remarquable, chez tous l'anesthésie a été obtenue de suite, sans convulsions, sans nausées, sans vomissements, bien que l'amylène eût été donné très-peu de temps après qu'ils eussent mangé. Non-seulement le réveil fut rapide, complet; mais, ce qui était un avantage de plus sur le chloroforme, ils ne furent nullement agités pendant le reste de la journée.

Après le récit de ces faits, on devait naturellement être porté à délaisser un peu le chloroforme, dont l'usage sera toujours si dangereux, quelque prudence que l'on apporte à l'employer. Aussi avez-vous vu plusieurs membres de la Société, MM. Robert, Voillemier, Demarquay et Chassaignac, répéter les mêmes essais. Si tous ne réussirent pas aussi bien que M. Giraldès, c'est qu'à son exemple ils n'employèrent pas l'appareil de M. Charrière, et que, sans tenir compte de l'extrême volatilité de la nouvelle substance, ils se servirent d'une éponge entourée d'un cornet.

En résumé, sous l'impression d'assez nombreux succès, on commençait à moins se défier du danger, on ne songeait plus qu'aux moyens de mieux administrer l'amylène, lorsque le malheur qui est arrivé à M. Snow, et qu'il s'est empressé de communiquer au monde savant, est venu prouver que là encore, en s'entourant des précautions les plus minutieuses et en ayant la plus grande habitude des anesthésiques, on n'était pas à l'abri du danger.

En révélant au grand jour le malheur qui lui est arrivé, M. Snow a agi en homme qui veut le bien de tous, il s'est montré l'ami sincère de la science; et de même que nous nous sommes tous associés à la peine qu'il dut ressentir, nous devons également rendre un hommage public à sa noble et grande sincérité.

Trop d'intérêt, Messieurs, se rattache à tout ce qui a trait à la question de l'anesthésie, pour que j'omette de vous parler de quelques détails, importants au point de vue chirurgical, consignés dans un mémoire de M. Faure, sur le traitement de l'asphyxie. Il s'agit des avantages que l'on peut retirer de l'observation de la pupille pendant l'anesthésie. M. Broca, qui a répété ces expériences, a constaté qu'elle se dilate. Dès que l'insensibilité commence, la dilatation augmente en raison des progrès de l'anesthésie. Tant que l'iris ne présente pas plus de 2 millimètres de largeur sur un chien, on peut le rappeler à la vie, mais passé cette limite, la mort est certaine. D'après cela, Messieurs, n'est-il pas nécessaire de faire la plus grande attention à ce nouveau signe, qui deviendrait bien précieux s'il pouvait conjurer une partie des accidents?

Lorsque le chirurgien est en présence d'une maladie incurable ou d'une de ces affections vagues généralement désignées sous le nom de névroses, et auxquelles il n'y a pas d'opérations à opposer, il faut qu'il cherche au moins à calmer la douleur, complication incessante qui use la vie sans laisser aucun répit. Bien souvent obligé de renoncer à l'usage des narcotiques à l'intérieur ou à l'extérieur, parce qu'il ne peut réellement pas atteindre le mal, ou qu'il détermine des accidents d'un autre genre, le praticien eût été vaincu dans la lutte, s'il s'était laissé dominer par la difficulté; mais heureusement, grâce aux secours continus que les sciences peuvent se porter, grâce aussi à certaines observations passées d'abord trop inaperçues, et depuis mieux interprétées, on savait que le gaz acide carbonique est doué de propriétés anesthésiques, et que depuis longtemps certaines substances ou eaux minérales préconisées comme calmantes ne devaient cette propriété qu'à la grande quantité de ce gaz qu'elles dégageaient. Il ne restait plus qu'à le bien mettre en usage, et c'est sur ce sujet que M. Follin vous a communiqué une notice des plus intéressantes renfermant l'historique des premières expériences faites par Beddoes vers la fin du siècle dernier, puis les applications tentées avec succès par J. Ewart, dans des cancers ulcérés de la mamelle.

Plus récemment, vers 1834, Mojon l'employa dans la dysménorrhée accompagnée de douleurs, et enfin dans ces derniers temps, M. Simpson a conseillé les douches d'acide carbonique dans la plupart des affections douloureuses de l'utérus. Ce sont ces dernières recherches qui ont engagé notre collègue à répéter les mêmes essais; dans trois cas de cancers utérins, la douleur a été calmée instantanément, et de plus, les malades ont pu recouvrer le sommeil.

Il serait bien intéressant après de tels faits de voir les recherches commencées par quelques-uns de nos collègues, MM. Monod, Demarquay, Broca et Verneuil, se poursuivre avec persévérance, et il serait aussi à souhaiter que les fabricants d'appareils les rendissent d'un maniement plus facile et surtout moins dangereux.

Des ponctions capillaires répétées dans les épanchements sanguins. — Le secret en chirurgie de rajeunir un sujet bien ancien ne consiste pas seulement à le présenter sous un aspect nouveau, il faut toujours qu'il y ait une conséquence pratique et véritablement utile; c'est de cette manière que M. Voillemier vous a présenté sa nouvelle méthode de traitement des dépôts sanguins, et les faits qu'il a apportés à l'appui de son opinion, ceux dont vous avez été témoins ou qui ont été rapportés par MM. Houel, Broca, prouvent assez tout l'avantage que l'on peut retirer des ponctions capillaires répétées dans les épanchements sanguins. Si l'on rapproche de ce travail une autre partie de la question, étudiée précédemment par M. Morel-Lavallée, on peut regarder aujourd'hui peut-être ce sujet comme traité pour toujours d'une manière définitive.

Du redressement brusque des tumeurs blanches. — Comme vous le voyez, nous avons abandonné le champ des découvertes; nous rentrons dans l'ancien monde, que nous connaissons si peu que sans cesse nous revenons à l'étudier: la preuve en est dans la question du traitement des tumeurs blanches survenue à l'occasion d'un rapport de M. Bouvier sur les travaux de M. le docteur Crocq (de Bruxelles). Messieurs, c'est une tâche véritablement trop difficile que de vouloir analyser certains rapports; il y en a qui sont si consciencieusement faits et présentés de telle sorte qu'il faut se contenter de les citer. De ce nombre est bien certainement celui de M. Bouvier, qui a soulevé une discussion des plus importantes dans le traitement des tumeurs blanches, discussion à peine ébauchée, mais qui, je n'en doute pas, reparaîtra incessamment appuyée de documents nombreux. Et déjà, par avance, je dois dire qu'un de nos correspondants les plus zélés, M. le professeur Heyfelder, m'a adressé une note que je communiquerai bientôt à la Société. Faut-il, ou ne faut-il pas, dans certaines tumeurs blanches, redresser brusquement le membre en employant l'anesthésie, condition *sine quâ non?* Peut-on, par cette opération instantanée, calmer la douleur et prévenir ainsi de graves désordres?

Vous avez entendu citer quelques faits qui prouvent d'une manière très-évidente que dans des arthrites encore aiguës la douleur avait disparu complétement, le membre ayant été ramené brusquement à la position normale pendant le sommeil anesthésique. Les faits cités par MM. Robert, Richet, Gosselin, Bonnet (de Lyon), Broca, Verneuil, suffisent-ils pour en faire une règle de conduite, un véritable principe posé par la Société de chirurgie? Pour le moment, je ne le crois pas; je pense qu'il faut que cette question soit de nouveau débattue, examinée avec tout l'intérêt qu'elle mérite, et, pour cela, chacun de nous doit recueillir avec le plus grand soin tous les faits de ce genre qui se présenteront; car les faits seuls bien observés peuvent élucider cette question, comme ils ont déjà si puissamment contribué à fixer la science sur celle du bec-de-lièvre.

Du bec-de-lièvre. — Puisque je viens de rappeler cette question, qui a été déjà débattue si souvent dans cette enceinte, il m'est impossible de passer sous silence le travail qui vous a été adressé par un des chirurgiens les plus habiles de notre temps, par M. Mirault (d'Angers).

Notre honorable collègue vous a soumis les résultats qu'il avait obtenus par l'emploi de la suture entrecoupée dans l'opération du bec-de-lièvre unilatéral, dans le but de prouver que ce moyen de synthèse est bien supérieur à la suture entortillée. Lui aussi professe depuis longtemps l'opinion que l'opération précoce a moins de chances de succès, et il félicite la Société de chirurgie d'avoir contribué à établir ce principe. Je ne dirai que quelques mots sur son travail, le temps me forçant d'abréger. Les six observations de bec-de-lièvre opéré par la suture entrecoupée ont donné des résultats tellement satisfaisants, qu'il serait à désirer de voir cette méthode se généraliser un peu plus; car, si nous nous en rapportons à l'expérience de M. Mirault, elle serait bien supérieure à la suture entortillée.

Des cicatrices vicieuses. — La question précédente est en quelque sorte une transition naturelle à l'exposé d'un travail très-important sur les cicatrices vicieuses adressé par M. Decès (de Reims).

Dans ce mémoire, sur lequel M. Verneuil a fait un rapport précieux par les documents qu'il renferme, notre collègue s'est attaché à démontrer tout l'avantage qu'on peut retirer de la conservation du tissu inodulaire pour l'utiliser et l'approprier à la restauration des cicatrices vicieuses, lors même que ces dernières sont trop courtes, en favorisant son extension à l'aide de coupes ondulées, soit encore en décollant les adhérences profondes à l'aide d'incisions sous-cutanées, soit enfin dans les cicatrices unissantes, en isolant à l'aide d'incisions latérales un lambeau qu'on peut faire glisser et greffer ensuite dans le lieu le plus convenable, où il se transforme bientôt en une nouvelle commissure qui suffit pour prévenir toute tendance à l'agglutination.

La lecture de ce travail a soulevé une discussion sur plusieurs points importants en pratique, sur le procédé à choisir et sur l'époque préférable de l'opération. Pour le premier point, la question est loin d'être jugée; mais, pour le second, on est tombé d'accord que, du moment que la cicatrice était bien faite, il fallait opérer de suite, de crainte que par suite de son immobilité l'articulation et les parties voisines ne se déformassent, et qu'il n'en résultât une atrophie.

Rapprochons aussi de ce sujet un cas de syndactylie congéniale fort intéressant sous plusieurs rapports, et dont M. Deguise doit compléter l'observation.

Puisqu'il vient d'être question d'affections congéniales, permettez-moi de faire une courte digression et de m'arrêter à quelques faits de vices congénitaux très-graves dont vous avez été entretenus cette année.

Hydrocéphale congénial. — En premier lieu je citerai le travail de M. Turnesko, chirurgien de l'hôpital de Bucharest, sur deux cas d'hydrocéphales congénitaux, dont l'un a été traité avec succès par l'injection iodée. Vous savez tous que cette affection, qui est loin d'être rare, n'a que trop souvent été regardée comme au-dessus des ressources de l'art; c'est ce qui rend encore plus intéressante la communication de M. Turnesko. Ce n'est pas, du reste, qu'il n'existât déjà dans la science un assez bon nombre de faits authentiques démontrant que par la ponction seule répétée plusieurs fois on avait obtenu des guérisons radicales, comme l'a prouvé M. Boinet dans son rapport; mais ce cas, joint à un autre précédemment adressé par M. Braimard, fait espérer que l'injection iodée pourra être employée dans les cas où la ponction simple serait insuffisante. Restera maintenant à établir une distinction entre les cas curables et ceux qui ne le sont pas; de ce nombre seraient les hydropisies aiguës congénitales et les hydropisies ventriculaires.

(Nous publierons la fin de cette séance dans un prochain numéro).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 24 juin, M. Riche, préparateur de chimie près la Faculté des sciences de Paris, est nommé, en outre, chef des travaux chimiques près le laboratoire de recherches et de perfectionnement.

M. Collinet est attaché au laboratoire de recherches et de perfectionnement, en qualité de préparateur.

— Par arrêté du 30 juin 1857, M. Lépine, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, est nommé directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, en remplacement de M. Lavalle.

— *Erratum.* — Une erreur typographique s'est glissée dans le dernier numéro, page 319, ligne 50. *Au lieu de* Montpellier, 11 juillet 1857, *lisez* 11 juillet 1855.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM.:

Mathey, né à Thuzy (Saône et-Loire); *Du traitement de l'érysipèle par le perchlorure de fer administré à l'intérieur.*

Vayron, né à Ally (Haute-Loire); *De l'amylène et de ses propriétés anesthésiques.*

Bonassies, né à Paris (Seine); *Des effets pathogéniques de l'iodure de potassium.*

Ferrey, né à Saint-Laurent (Jura); *De la lymphadénite en général et de son traitement.*

Heine, né à Gien (Loiret); *De la pustule maligne.*

Dinnat, né à Saint-Martory (Haute-Garonne); *Du ramollissement du cerveau.*

Bichon, né à Gauriac (Gironde); *Des usages de l'ergot de seigle en obstétrique.*

Dumolin, né à Dunkerque (Nord); *De l'insertion du placenta.*

Bouthet-Durivaux, né à Varennes (Vienne), *De l'occlusion des intestins dans la cavité abdominale.*

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 82. — MARDI 14 JUILLET 1857. (30e ANNÉE.) N° 82. — MARDI 14 JUILLET 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 13 JUILLET 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Faivre a communiqué dans cette séance un résumé de ses recherches sur un point intéressant de physiologie comparée, sur les fonctions et les propriétés des nerfs crâniens chez le dystique. On trouvera dans le compte rendu les propositions qui résument les résultats de ces recherches. Cette communication et une note de M. Tampier sur les eaux minérales de Condillac forment tout le contingent médical de cette séance.

L'Académie a reçu avis, par une circulaire de MM. Noeggerot et Kilian, professeur à l'université de Bonn, qu'une réunion des naturalistes et médecins allemands doit avoir lieu cette année à Bonn, et qu'elle durera du 18 au 24 septembre. Nous transmettons à notre tour cet avis à ceux de nos confrères qu'il pourrait intéresser. — Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Rétrécissements de l'urètre dits infranchissables.

Un homme âgé de quarante-deux ans, ayant plusieurs rétrécissements de l'urètre, fut admis dans le service de M. Nélaton. Ce malade dit avoir eu plusieurs urétrites dans sa jeunesse, et aujourd'hui il urine goutte à goutte, à peu près sans interruption et avec de vives douleurs. La santé générale est altérée ; il a beaucoup maigri.

L'exploration du canal fit reconnaître un premier rétrécissement qui ne put être franchi, et siégeant au commencement de la portion bulbeuse.

Les tentatives pour pénétrer dans la vessie, répétées pendant quinze jours, furent sans résultat, bien qu'on eût employé les bougies tortillées, le glissement d'une seconde bougie le long d'une première déjà introduite contre l'obstacle, et les cathéters les plus gros.

M. Nélaton parla de ce malade à M. Phillips et lui demanda son avis. Adoptant l'opinion de M. Syme (d'Edimbourg), M. Phillips dit qu'il croyait que l'on pouvait toujours introduire une bougie dans un rétrécissement qui laissait filtrer l'urine ; que jusqu'à ce jour il n'avait pas encore rencontré un rétrécissement infranchissable, et qu'avec de la patience, des instruments convenables et une grande prudence dans les manœuvres de ces instruments, on devait toujours franchir l'obstacle lorsqu'il n'était pas la suite d'une lésion traumatique; et il demanda à M. Nélaton la permission de démontrer ce qu'il disait. M. Nélaton, avec une obligeance parfaite, confia le malade aux soins de M. Phillips.

Après trois séances de deux heures, une bougie filiforme, en baleine, traversa les rétrécissements et pénétra dans la vessie. Cette espèce de bougie a sur toutes les autres le grand avantage de conserver la courbure qu'on lui donne malgré la chaleur de l'urètre ; et sa pointe peut être dirigée vers la circonférence du canal où l'on trouve presque toujours l'ouverture des rétrécissements.

La bougie fut attachée, et elle resta à demeure pendant trois jours. Dès lors le cathétérisme devint plus facile, et l'on put constater l'existence de trois rétrécissements très-rapprochés les uns des autres. Des bougies progressivement plus volumineuses furent régulièrement introduites et laissées dans le canal pendant une heure chaque jour. La dilatation de l'obstacle fut portée à 6 millimètres ; et ensuite il ne fut plus possible de faire entrer des instruments plus volumineux ; ils développaient des accidents fébriles et produisaient de vives douleurs. La dilatation avait donné tout ce qu'il est possible d'en obtenir, et elle était impuissante à compléter le traitement.

M. Phillips croyant que l'urétrotomie était applicable, en prévint M. Nélaton, qui l'autorisa à faire cette opération en présence des élèves.

L'urétrotome de M. Charrière fils est celui que M. Phillips emploie généralement, parce qu'il donne, de plus que l'urétrotome à olive, la possibilité de couper d'avant en arrière lorsque son extrémité effilée est entrée dans le rétrécissement.

L'hémorrhagie peu abondante s'est arrêtée après quelques heures et sans aucuns soins particuliers.

Immédiatement après l'incision des rétrécissements, une sonde fut placée dans la vessie, afin d'évacuer l'urine, et elle en a été retirée quarante-huit heures après. Pendant les huit premiers jours qui ont suivi l'extraction de la sonde, aucun instrument n'a été introduit dans le canal, afin d'éviter toute cause d'irritation de la plaie pendant la cicatrisation; et lorsque après quelques introductions de bougies volumineuses on eut constaté la liberté de l'urètre, le malade a quitté l'hôpital, portant lui-même avec facilité jusque dans la vessie des sondes de 8 millimètres.

HOPITAL MILITAIRE DE LILLE. — M. LACRONIQUE, médecin-major.

Observation de morve aiguë.

Lemâtre (Joseph), âgé de vingt-six ans, douanier de la brigade de Steinberg près Lille (Nord), constitution athlétique, aucune maladie antérieure.

Cet homme, pressé de questions à son entrée à l'hôpital, déclare que, le 27 septembre, il acheta à frais communs avec ses autres camarades un cheval mort de la veille. Quatre douaniers se mirent en demeure de le dépouiller au milieu de la prairie, de vendre le cuir et de se partager les portions musculaires pour nourrir leurs chiens. A Lemâtre échurent les travaux à faire du côté de la tête, qui, suivant les expressions du malade, présentait les narines rongées. En faisant cette opération, ce douanier se piqua avec la pointe de son couteau entre l'ongle et la pulpe de l'indicateur gauche ; les autres douaniers achevèrent l'opération sans blessure aucune.

D'après le malade, la piqûre aurait eu la marche suivante :

Le 1er octobre, douleur intense, lancinante de l'indicateur gauche ; le 2, douleurs plus intenses, peu de gonflement; le 3, la rougeur paraît avec gonflement plus considérable. — Cataplasmes émollients.

Le médecin de la douane, M. le docteur Bacrot (de Steinberg), auquel on avait laissé ignorer l'origine de la blessure, pensa avoir affaire à un panaris, et conseilla exclusivement les émollients.

Le 10, l'indicateur prend une teinte noirâtre; les douleurs diminuent notablement; des phlyctènes se montrent sur la peau de l'indicateur; le gonflement gagne la face dorsale de la main et du poignet.

Du 10 au 17, jour de l'entrée à l'hôpital, les accidents augmentent d'intensité.

Voici quel est l'état du malade à son entrée dans les salles des blessés :

Décubitus dorsal, prostration des forces, gangrène sèche de tout l'indicateur gauche, momification complète du doigt, de couleur noir-foncé ; la peau est collée aux phalanges ; limite de cette gangrène sèche à l'articulation métacarpo-phalangienne ; tuméfaction de la face dorsale de la main, du poignet et du tiers inférieur de l'avant-bras. La tuméfaction est considérable, assez résistante à la pression, mais nullement indurée; on voit sur cette tumeur assez étendue des ulcérations dont les bords sont taillés à pic, de forme non exactement circulaire ; le fond des ulcérations est recouvert d'une couche membraneuse blanchâtre; dans les endroits où cette concrétion pseudo-membraneuse fait défaut, on voit des granulations du derme qui font saillie; à côté de ces ulcérations existent des pustules de couleur gris-noirâtre encore intactes.

L'examen de la surface du corps ne décèle aucune autre manifestation cutanée; nasillement de la voix, soif intense, céphalalgie, douleurs intolérables à l'avant-bras ; peau chaude, sèche; 100 pulsations à la minute ; insomnie qui tourmente le malade et sur laquelle il revient à chaque instant ; langue humide. — Diète, limonade citrique; potion avec calomélas, 2 grammes; lavement huileux ; pansement avec poudre de quinquina, camphre et charbon. Le soir, 5 décigrammes de sulfate de quinine, avec thériaque, 2 grammes.

Le 18 au matin, subdélirium continu quand le malade est abandonné à lui-même ; abattement général, insomnie complète, frissons erratiques, trois selles; la chaleur de la peau est tombée; pouls petit, à 86 ; voix un peu altérée, nasonnée ; toux légère, douleurs intenses à l'avant-bras malade. Les ulcérations augmentent en profondeur; des pustules phlyzaciées se montrent en plus grand nombre à la surface de la tumeur. Le malade se plaint d'une douleur à la main droite ; l'inspection démontre une tumeur d'un rouge sub-inflammatoire, un peu œdémateuse, très-douloureuse au toucher; du pus sort par la pression du mamelon droit, qui est rouge et enflammé. — Quatre bouillons; potion avec extrait de quinquina, 4 grammes; camphre, 1 gramme, et thériaque, 2 grammes ; même pansement; le soir, potion de sulfate de quinine, 0,5 décigrammes.

Le 20, le malade répond plus difficilement aux questions ; pouls petit, fréquent; délire plus marqué, insomnie ; continuation de frissons et sueurs froides ; aspect terreux de la peau ; douleur moindre au bras malade, plus intense à la main du côté opposé. Déformation de la face ; joue droite gonflée tombant sur le menton ; tuméfaction de la paupière supérieure droite, avec conjonctivite légère ; pupille dilatée ; tumeur sub-inflammatoire au niveau de l'apophyse orbitaire du même côté droit; nasonnement plus prononcé de la voix; pas d'écoulement nasal. Sifflement au passage de l'air à travers les fosses nasales; bouche entr'ouverte, respiration sifflante, toux fréquente ; râles muqueux et sibilants des deux côtés de la poitrine, plus marqués et plus nombreux en arrière et en bas. Sur la peau du thorax, autour du mamelon droit et de l'épaule droite, éruption de pustules non encore entièrement développées. — Quatre bouillons, même potion tonique. Pansement avec chlorure de chaux, tisane émolliente, chaude, avec acétate d'ammoniaque, 8 grammes.

Le 21 octobre, la parole est faible, entrecoupée, un peu sifflante, pouls petit, très-fréquent, peau froide, respiration sifflante, urines rares, diarrhée légère, persistance du délire. Matité très-prononcée en bas et en arrière de la poitrine, à la partie antérieure moins d'élasticité qu'à l'état normal; râles muqueux mélangés de râles sibilants, en bas et en arrière on entend du souffle bronchique. Douleur du bras diminuée, difformité de la face plus prononcée, tuméfaction plus considérable de la paupière droite, écoulement par les fosses nasales d'une sérosité rougeâtre, déterminant de l'érythème à la peau de la lèvre supérieure ; les pustules sont plus nombreuses et se montrent sur toute la surface du corps et sur les membres, rares à la face, plus confluentes sur le thorax, érythème du scrotum. A côté des pustules de la peau du thorax, on remarque des phlyctènes et même des bulles ; la main malade est moins douloureuse, les ulcérations de la tumeur du poignet en s'élargissant se sont réunies, prennent une teinte plus noire. — Pansement au chlorure de chaux. Bouillons, quatre, eau gommeuse avec acétate d'ammoniaque, 10 grammes, potion avec extrait de quinquina et camphre.

Le 22 octobre, subdelirium continu excepté à l'interrogation ; pouls plus petit, plus fréquent, 116 pulsations à la minute, peau terreuse, froide, humide ; respiration très-embarrassée, ronflante, avec écume légère à la bouche, peu de changement du côté de l'avant-bras gauche, gonflement encore plus considérable de la paupière droite, chémosis de la conjonctivite oculaire, écoulement de sérosité roussâtre de l'angle interne de l'œil ; la tumeur de l'apophyse orbitaire externe est plus volumineuse, plus dure, les pustules qui la recouvrent sont plus étendues ; dans les espaces qui les séparent, apparaissent des vésicules en grand nombre, l'écoulement nasal est plus considérable, le nez est élargi à sa base, l'ouverture antérieure des narines plus béante, fibro-muqueuse pituitaire épaissie, grisâtre. Pustules plus considérables sur tout le thorax et le long des clavicules ; ces pustules vont en nombre décroissant jusqu'aux orteils; il en existe jusque sur la verge ; plaque gangréneuse au scrotum; la percussion démontre une matité absolue à la base du thorax en arrière.

Le 23, les symptômes généraux de l'adynamie et l'asphyxie annoncent une mort imminente, l'agonie s'est terminée par la mort à deux heures du soir.

Autopsie faite dix-huit heures après la mort, et en présence de M. le Dr Tropo, médecin-major. — Rigidité cadavérique en rapport avec la musculature développée du sujet, peau terreuse, marbrée à la face et aux membres abdominaux, pustules existant sur toute la surface du corps, assez rares à la face, plus confluentes sur le thorax, de plus en plus discrètes à mesure qu'on se rapproche des pieds, plus volumineuses et plus discrètes à la face postérieure du corps qu'à la face antérieure. Dans l'intervalle des pustules de grosseur variée et à tous les degrés de développement, existent des vésicules et même quelques bulles. Du côté droit il existe seulement trois tumeurs, à la région palpébrale supérieure, au niveau de l'apophyse orbitaire externe, et sur la face dorsale de la main.

Du côté gauche, il n'existe aucune tumeur autre que celle qui occupe toute la face dorsale de l'avant-bras gauche, et qui n'a pour limite supérieure que l'interligne articulaire huméro-cubital ; aucune trace de ganglionite dans la région axillaire de l'un et de l'autre côté, aucun engorgement des glandes sous-maxillaires, cervicales et pré-auriculaires. Écoulement brunâtre de la conjonctivite droite, écoulement séro-purulent par les narines avec mousse entre les poils des moustaches, plaque gangréneuse sur le scrotum, pustules sur la peau de la verge. Avec la pointe du bistouri, j'ouvre un certain nombre de pustules, il ne s'en écoule presque rien ; au lieu de pus existe une pseudo-membrane adhérente, grise, puriforme.

En enlevant cette fausse membrane, on voit qu'elle recouvre une ulcération qui a pour profondeur presque toute l'épaisseur du derme. En regardant de près le fond de cette ulcération, on y distingue des petites granulations saillantes sur le fond, et dont la couleur rouge vive tranche sur celle du fond qui est grisâtre ; les bords de l'ulcération de la pustule sont taillés à pic, et la circonférence en est comme dentelée ; on dirait qu'elle a été faite avec un emporte-pièce. En enlevant l'épiderme des vésicules, il s'écoule une petite quantité de sérosité brunâtre et au-dessous un commencement de fausses membranes qui s'organisent, le derme est ulcéré moins profondément que dans les pustules, il n'est en quelque sorte que dépoli ou excorié.

Les tumeurs sont résistantes sous la pression du doigt. Celle de la paupière supérieure est plus molle que celle qui siége sur l'apophyse orbitaire externe ; en faisant une incision horizontale qui la divise en deux suivant son épaisseur, on aperçoit une matière plastique épanchée dans le tissu cellulaire qui sépare la peau du muscle orbiculaire entre les fibres musculaires elles-mêmes, entre celles-ci et la conjonctive.

La muqueuse palpébrale est épaissie, un peu ramollie, œdémateuse; la conjonctive oculaire est boursouflée; il y a un chémosis très-proéminent; le tissu cellulaire sous-conjonctival abandonne de la sérosité à l'incision; la cornée n'est nullement dépolie.

La tumeur de la face offre, à un degré plus élevé, l'épanchement dans les mailles celluleuses d'une matière de consistance et de couleur de l'acide stéarique; on dirait que les matières grasses ont été remplacées par cette substance.

L'examen de la main, qui a pour siége la lésion initiale, démontre un sphacèle absolu de tout le doigt indicateur; le travail d'élimination de la partie mortifiée a commencé dans l'articulation métacarpo-phalangienne. La main offre des plaques gangréneuses à la peau avec ulcération des parties plus profondes; les tendons sont dénudés au-dessous de ces plaques.

A l'avant-bras, pustules confluentes de nature et d'aspect des pustules générales déjà décrites, réunies deux à deux et trois à trois, et constituant par cette réunion des plaques ulcéreuses étendues.

Non-seulement l'ulcération a envahi l'épaisseur du derme, mais encore l'aponévrose et la substance musculaire, à laquelle elle a fait éprouver une perte de substance telle que les fibres musculaires cessent brusquement comme après le passage d'un emporte-pièce.

Dans l'intervalle des ulcérations isolées, épanchement de la même substance stéarique observée dans les autres tumeurs. Tous les muscles de l'avant-bras sont rouges lie-de-vin; le tissu cellulaire qui les sépare est le siége d'un épanchement d'apparence stéarique. Le périoste se détache facilement du radius et du cubitus, dont la substance osseuse est rouge, injectée.

Avec l'instrument tranchant on enlève toute la partie saillante du nez, moins les os propres. L'ouverture antérieure des fosses nasales se trouve à découvert. La fibro-muqueuse nasale est épaissie, fongueuse, ramollie par places, offre une espèce de détritus grisâtre; elle est détachée des cartilages de la cloison, du vomer et des cornets à leur face inférieure. Le plancher des fosses nasales et la cavité des cornets offre seulement un épaississement avec injection de la muqueuse; c'est vers la voûte du nez que la dénudation est plus complète, ainsi que les autres altérations de la fibro-muqueuse signalées ci-dessus. L'ouverture postérieure des fosses nasales est visible après l'ablation du larynx et de la langue. On y remarque un ramollissement fongueux de la fibro-muqueuse, plus bas, sur la paroi postérieure du pharynx; rougeur, pustules en grand nombre, assez considérables, de grosseur différente, transparentes, encore entières. Ces pustules ont l'apparence de petites perles arrondies, brillantes; on dirait que c'est du vernis incolore qui les remplit. Si on éraille l'épithélium qui les recouvre, elles s'affaissent incomplètement; du pus très-liquide s'en écoule. Le tissu cellulaire de l'ouverture supérieure du larynx est œdémateux. A la face inférieure de l'épiglotte on voit encore des pustules nombreuses, mais petites, miliaires; il n'en existe plus sur les cordes vocales; la muqueuse y est épaissie, ramollie, fongueuse. L'ouverture glottique se trouve très-rétrécie. A mesure qu'on descend vers la trachée, cette muqueuse est seulement rouge et fortement injectée, cette rougeur existe dans tout l'arbre trachéal et bronchique. Les glandes salivaires sont engorgées. Dans les cellules ethmoïdales et les sinus frontaux, il n'existe que de la rougeur et de l'épaississement de la muqueuse; il en est de même dans les sinus maxillaires.

Ouverture du thorax faite avec soin, en renversant le sternum de haut en bas. — Pas d'épanchement dans les plèvres, pas de fausses membranes; le bord et la face antérieurs de chaque poumon présentent de petites taches blanchâtres sous-pleurales, comme de petits abcès de la grosseur d'un pois cassé en deux. Si avec l'instrument on divise le feuillet pleural, on arrive sur une matière jaunâtre, non grenue au toucher; à peine un peu d'injection sanguine autour de ces petits abcès non ramollis.

En emportant des tranches de toute grosseur du sommet et de la face antérieure de chaque poumon droit et gauche, ces portions crépitent sous l'instrument; elles sont gorgées de sang, surnagent dans l'eau; à l'intérieur de la substance pulmonaire, les abcès signalés à la surface sont plus rares, mais plus volumineux; ils font défaut à la base et en arrière, où on constate seulement de l'engouement et de l'hépatisation par place.

Rien dans le péricarde; cœur volumineux; le foie est très-volumineux, s'étend jusqu'à l'hypochondre gauche; rien d'anormal dans sa substance; pas de congestion; pas d'abcès.

Aucune plaque ecchymotique sur la muqueuse de l'estomac et des intestins; rate gorgée de sang et volumineuse; la vessie est pleine d'une urine trouble et rouge foncée.

Les articulations tibio-tarsiennes, fémoro-tibiales et coxo-fémorales, ont été ouvertes, on n'y remarque rien d'insolite; il en est de même dans les articulations radio-carpiennes, huméro-cubitales et scapulo-humérales.

Pour donner à cette observation toute l'authenticité étiologique, je me suis transporté le lendemain de l'autopsie à dix lieues de Lille, sur les lieux mêmes; j'ai eu la confirmation que le cheval était bien morveux (la maladie avait été bien caractérisée par un vétérinaire); les trois douaniers qui ont aidé au dépècement du cheval n'ont rien éprouvé et ont assuré que c'est bien à Lemâtre qu'est échu le soin de séparer la tête du tronc et d'enlever les naseaux, qui ont été jetés et abandonnés sur le pré. Les chiens qui avaient mangé de la viande du cheval morveux ont été visités également: leur état de santé n'offrait rien de particulier.

Cette observation offre à considérer :

1° Que la morve s'est déclarée par inoculation du cheval à l'homme;

2° Que la morve chronique du cheval a déterminé une morve aiguë chez l'homme;

3° Que la contagion a eu lieu après la mort de l'animal morveux, c'est-à-dire que la morve peut être contractée sur le cadavre d'un animal qui a succombé à cette affection;

4° Que la maladie s'est montrée d'abord par des phénomènes locaux;

5° Que ces symptômes locaux se sont montrés au bout de trois jours, c'est-à-dire que l'incubation n'a duré que trois jours;

6° Les symptômes généraux caractéristiques ont commencé du dizième au quinzième jour de la contagion;

7° La mort est arrivée à la fin de la troisième semaine;

8° Que les premiers phénomènes généraux ont été des douleurs dans le membre malade, et quelques jours après dans le membre du côté opposé;

9° Que la peau et le tissu cellulaire ont été principalement le siége de la lésion;

10° Que la face et les membres ont exclusivement été le siége des tumeurs phlegmoneuses;

11° Que ces tumeurs et les pustules se sont montrées dans la semaine qui a précédé la mort;

12° Que ces pustules se sont montrées sous la forme de plus en plus discrète, à mesure qu'on s'éloignait de la face;

13° Que les vésicules, des bulles et des pustules se sont montrées en même temps;

14° Que le jetage nasal a existé à un degré très-intense, et ne s'est montré que pendant le dernier septenaire;

15° Que le délire a paru avec la généralisation des symptômes; il a consisté d'abord dans l'embarras et la lenteur des réponses; plus tard dans un délire tranquille, d'abord nocturne, puis diurne, d'abord intermittent, et ensuite continu, les trois derniers jours de la vie;

16° Que c'est le manque de sommeil qui affectait et fatiguait le plus le malade.

L'autopsie a démontré :

1° Que la putréfaction ne s'est pas montrée plus vite qu'à la suite de toute autre maladie;

2° Que les lésions des fosses nasales sont bien celles que l'on trouve chez le cheval morveux;

3° Qu'elles se sont trouvées exister des deux côtés;

4° Qu'elles étaient plus accusées sur la cloison et les cornets; qu'elles n'existaient pas sur le plancher des fosses nasales;

5° Que des lésions caractéristiques existaient dans toute la partie supérieure des voies respiratoires;

6° Que les poumons ont offert des lésions se rapprochant de ce que l'on rencontre à la suite de l'infection purulente;

7° Le système veineux a été trouvé sain;

8° Il en est de même des ganglions lymphatiques, des vaisseaux lymphatiques autres que ceux de l'avant-bras, siége de l'affection primitive;

9° Que le canal alimentaire n'a rien offert de particulier;

10° Que les articulations ont été trouvées saines.

Des renseignements pris à la source réelle, il résulte :

1° Que le cheval, qui a été le point de départ de la maladie, était bien morveux, la maladie a été reconnue par un vétérinaire;

2° Que les autres hommes qui ont concouru à l'opération n'ont rien éprouvé;

3° Que les chiens qui ont mangé de la viande n'ont rien présenté de particulier quarante-cinq jours après avoir mangé de la viande.

MÉMOIRE SUR LES CAUSES DE LA CATARACTE LENTICULAIRE.

Par M. le docteur CASTORANI.

La cause de toutes les cataractes lenticulaires est, suivant nous, l'imbibition médiate du cristallin par l'humeur aqueuse, dont la reproduction lente constitue une condition favorable au développement de ce travail pathologique. Mais l'humeur vitrée ramollie, et les sécrétions anormales de la coque oculaire pouvant aussi, en pénétrant dans le corps même du cristallin, produire des cataractes lenticulaires, cette considération nous a conduit à faire des expériences non-seulement sur l'humeur aqueuse, mais encore sur le corps vitré.

Avec une aiguille droite à cataracte nous avons ouvert la cornée sur des lapins et d'autres animaux, et constamment nous sommes parvenu à vider la chambre antérieure de son humeur aqueuse. A peine évacuée, l'humeur aqueuse ne tarde pas à se reproduire. Quand on opère sur des animaux jeunes et vigoureux, le renouvellement du liquide se fait en cinq ou six minutes; quand, au contraire, il s'agit d'animaux débiles et âgés, il faut une ou deux minutes de plus. Il s'est présenté à notre esprit une objection: Ne pourrait-il pas se faire que la chambre antérieure se remplît aussi rapidement à cause du vide? Alors, moyennant une seringue armée d'une aiguille canulée, nous avons coloré l'humeur aqueuse que nous avons vue disparaître en quelques minutes, et faire place à un liquide parfaitement limpide et normal. Nous avons remarqué que le temps de la reproduction variait selon la densité du liquide injecté. Après quoi nous avons conclu que l'humeur aqueuse se renouvelle sans cesse. Alors nous avons cherché à déterminer sous l'influence de quelle cause se produit ce renouvellement non interrompu de l'humeur aqueuse: nous avons pratiqué la section des nerfs ciliaires dans l'arrière-cavité de l'orbite, soit à leur sortie du ganglion ophthalmique, ce qui a été fait sur des chevreaux, soit autour du nerf optique, ou conjointement à ce nerf, ce qui a été exécuté sur des lapins, et nous avons pu nous assurer que par cette section nous avions tari la source de l'humeur aqueuse, car, après l'avoir évacuée, elle ne s'est plus reproduite.

L'humeur vitrée ne se renouvelle pas, car, lorsqu'elle est évacuée, elle est remplacée par l'humeur aqueuse qui passe entre la circonférence du cristallin et les procès ciliaires de la choroïde, ou bien qui traverse les membranes très-fines qu'elle rencontre sur son passage. D'abord nous avons extrait une grande partie de l'humeur vitrée, et nous avons vu que l'œil a repris sa forme habituelle et sa résistance normale après vingt-quatre heures. Cependant l'œil ne mettait guère que deux ou trois heures au lieu de vingt-quatre pour se remplir, lorsque l'ouverture pratiquée à la sclérotique était si petite qu'elle ne laissait pas d'issue au liquide. Après cela, nous avons extrait de l'œil le corps vitré presque en entier au moyen de la seringue armée de l'aiguille canulée; puis avec le même instrument nous avons injecté de l'eau dans la chambre antérieure. Tout aussitôt la coque oculaire a repris sa résistance normale. Pour mieux nous assurer de la pénétration de l'eau dans la coque oculaire, nous avons pratiqué une petite ouverture à la sclérotique pour examiner ce qui s'écoulait par cet orifice. Une fois que l'humeur aqueuse a pénétré dans la coque oculaire, elle ne se renouvelle pas aussi vite, car ayant injecté des liquides colorés dans cette cavité, nous les avons retrouvés au bout de trois ou quatre jours, et même quelquefois davantage.

Après avoir étudié l'humeur aqueuse et l'humeur vitrée sous le rapport de leur renouvellement, il ne nous restait plus qu'à reproduire des cataractes de toutes pièces. Nous avons supprimé la sécrétion de l'humeur aqueuse sur des lapins ou d'autres animaux, et nous les avons sacrifiés au bout d'un, deux ou trois jours. Dans ces divers cas, nous trouvions que le cristallin avait acquis un volume assez grand, en même temps qu'il était devenu blanc et opaque; enfin on pouvait remarquer une couche de liquide entre le cristallin et la capsule; en outre le corps vitré était ramolli, pendant que la chambre antérieure était plus ou moins vide. Pour être bien certain que la cataracte était le produit de la pénétration dans le cristallin d'un liquide venu du dehors, nous avons injecté, tantôt dans la chambre antérieure, tantôt dans la coque oculaire, différentes substances colorantes, comme aussi de l'eau distillée, de l'eau commune, de l'humeur aqueuse et de l'humeur vitrée, prises sur d'autres lapins, et nous avons obtenu des cataractes de toute couleur: rouge, jaune, couleur marron, bleue, verte, violette, noire et blanche. Nous avons aussi obtenu des cataractes en pratiquant des injections dans la coque oculaire, sans section préalable de nerfs ciliaires, attendu que dans cette cavité il n'existe pas le courant continu de liquide que nous avons signalé au sujet de l'humeur aqueuse.

Pour expliquer ces phénomènes, on doit invoquer l'imbibition et non l'endosmose et l'exosmose, attendu que l'humeur de Morgagni n'existe pas. Nous avons ouvert la capsule des cristallins de lapins, de moutons, de porcs, de bœufs, de chevreaux, de veaux et de vaches, immédiatement après la mort de ces animaux, et jamais il ne nous a été donné de voir sortir la moindre quantité d'humeur. Mais si l'on examine les cristallins de ces mêmes animaux vingt-quatre heures après la mort, on trouve une certaine quantité de liquide entre la capsule et le cristallin; après trois ou quatre jours, cette quantité est encore plus considérable. Il va sans dire que ce liquide est le résultat de l'imbibition du cristallin, soit par l'humeur aqueuse, soit par l'humeur vitrée, soit par l'un et l'autre en même temps, comme cela résulte de nos nombreuses expériences.

L'opacité du cristallin doit être attribuée à un dérangement moléculaire. Si l'on plonge des cristallins de moutons ou d'autres animaux dans de l'eau distillée, de l'eau commune, de l'humeur aqueuse ou de l'humeur vitrée rendue liquide, ils deviennent blancs et opaques, et cet état augmente à mesure que le liquide s'insinue entre chaque molécule et pénètre profondément. L'opacité et la couleur blanche du cristallin doivent aussi être attribuées au rapprochement de molécules dont il est constitué. Il est facile de vérifier ces faits en exposant au grand air des cristallins de moutons, etc. Dès que l'eau qui entre dans la composition de l'albumine s'est évaporée, l'opacité commence et continue avec l'évaporation. Il va sans dire que sur le vivant il ne peut pas être question d'opacité du cristallin par le rapprochement de molécules, vu que la vaporisation n'existe pas pour le cristallin entre l'humeur vitrée et l'humeur aqueuse. Du reste, tous les chirurgiens savent que lorsque dans l'opération de la cataracte on ouvre la capsule du cristallin, il s'écoule aussitôt une certaine quantité de liquide.

» Chez l'homme, le renouvellement de l'humeur aqueuse se fait aussi d'une manière continue. On le voit manifestement lorsqu'on pratique la paracentèse de la chambre antérieure, ou que l'on opère la cataracte par la déchirure de la capsule, ou par la ponction linéaire. Chez les vieillards, ce renouvellement est lent. La chambre antérieure chez eux a un diamètre antéro-postérieur plus petit, au point que l'opération de la cataracte par extraction devient quelquefois impossible. Cette diminution est due à la saillie que fait l'iris en se portant d'arrière en avant, et cette tendance de l'iris provient de la faiblesse du courant dans la chambre antérieure. Par rapport à l'humeur vitrée, lorsqu'elle est évacuée elle est remplacée par l'humeur aqueuse, comme cela résulte de plusieurs faits pathologiques.

» L'âge avancé a une grande influence sur le développement de la cataracte, surtout lorsqu'il s'unit à la misère. Pour se rendre raison de ce que nous venons de dire, il suffit de porter son attention sur le nombre des opérés dans les hôpitaux, dans les cliniques particulières et en ville. La cataracte chez les enfants et les jeunes gens existe, mais elle est toujours congénitale, et on doit la considérer comme une aberration de la nature. Dans tous les cas, ne serait-il pas permis de l'attribuer au défaut de la formation de la capsule?

» Considérées au point de vue de la densité, les cataractes molles occupent le premier rang à cause de leur fréquence. Les couches les plus superficielles du cristallin étant douées d'une densité moindre, elles se ramollissent les premières, attendu que l'imbibition a moins de résistance à vaincre. Au contraire, la partie centrale du cristallin, qui offre naturellement chez les vieillards une grande densité, cède moins souvent aux efforts de l'imbibition. La cataracte dure est rare et l'opacité n'existe que dans la partie centrale. Pour expliquer cette cataracte, nous avons supposé que le noyau du cristallin, à cause de sa densité, retient quelques molécules très-fines d'un sel quelconque ou de toute autre substance. En effet, nous avons plongé un cristallin dans une solution d'iodure de potassium, et l'opacité centrale n'a pas tardé à se manifester. Le même résultat a été obtenu par le sulfocyanure de potassium et cyanure de potassium. Les cataractes purulente et noire sont aussi l'effet d'un travail d'imbibition. Nous avons obtenu la première en irritant la coque oculaire, et l'autre en injectant le gallate de fer. La nature cependant peut disposer d'autres principes. La cataracte osseuse se produit à la suite de l'inflammation de membranes de l'œil. En vertu du travail pathologique, des principes nouveaux prennent naissance et pénètrent ensuite dans le cristallin. La cataracte liquide se déclare à la suite d'une imbibition rapide, car elle se produit

en peu de temps. Nous en avons observé quelques exemples sur les lapins. La choroïdite donne quelquefois lieu à une cataracte ordinairement blanche et volumineuse. Cette variété ne se remarque que dans le cas où l'œil offre une grande dureté, de manière que l'humeur aqueuse ne se renouvelle qu'avec beaucoup de peine. Ajoutons à tout cela les sécrétions anormales qui se font dans la coque oculaire et le ramollissement du corps vitré.

Par rapport au défaut de nutrition du cristallin, comme cause de la cataracte, je dirai seulement que lorsque le cristallin se déplace et tombe dans la chambre antérieure, il devrait devenir opaque. Or des praticiens distingués ont vu le cristallin séjourner dans la chambre antérieure pendant plusieurs mois, et même un et deux ans, sans perdre sa transparence. Ce résultat vient prêter un nouvel appui aux idées que nous avons soutenues.

Pour le traitement de la cataracte, il est évident qu'on doit recourir à l'opération. La méthode que nous préférons pour les vieillards est sans contredit l'extraction. Ce qui fixe notre choix, ce sont les deux circonstances suivantes : la lenteur du courant de l'humeur aqueuse et la forte consistance du noyau du cristallin. Chez les enfants et les jeunes gens, il faut au contraire avoir recours au broiement du cristallin ou à la déchirure de la capsule, parce que le courant de l'humeur aqueuse est plus rapide, et que le noyau et surtout la substance corticale sont doués d'une densité beaucoup moindre.

SUR L'APPARITION DES RÈGLES PENDANT LA GROSSESSE,

Par le docteur ELSAESSER (de Stuttgard.)

C'est une chose difficile et souvent impossible que de découvrir avec certitude la présence des menstrues pendant la grossesse. Les femmes enceintes, surtout dans les classes inférieures de la société, font souvent si peu d'attention sur l'apparition des règles, leur durée et leur répétition, qu'elles ne sont pas en état de nous éclairer là-dessus. D'un autre côté, la sortie du sang par les parties génitales pendant la grossesse n'a pas toujours les caractères des règles.

Dans le but d'éclairer cette question difficile par quelques faits bien observés, j'ai analysé cinquante cas extraits du journal de notre maison d'accouchements.

Les sujets de ces observations étaient 15 primipares et 35 autres, pour la plupart de vingt à trente ans; 2 multipares avaient de trente-six à quarante et un ans. En général, leur état sanitaire était satisfaisant : 3 seulement étaient atteintes de syphilis secondaire et 1 de gale. Il y avait 51 enfants, savoir 34 garçons et 17 filles (en comptant 2 jumeaux venus avant terme), 36 à terme et 15 avant terme. Parmi ces derniers on comptait 11 garçons et 4 filles, dont 3 garçons et 1 fille par avortement dans la première moitié de la grossesse, et 1 garçon avant terme, en putréfaction (la mère du dernier enfant avait déjà avorté une fois).

Il est à remarquer que les femmes enceintes syphilitiques et galeuse sont accouchées d'enfants bien portants et à terme.

Les règles pendant la grossesse (50 cas) se montrèrent : 1 fois chez 8, 2 fois chez 10, 2 à 3 fois chez 1, 4 fois chez 4, 5 fois chez 6, 8 fois chez 5, 9 fois chez 2.

Par rapport au rhythme, on a remarqué des particularités chez 13; chez les autres, probablement le retour a été régulier : retour régulier 4 fois, retour de six semaines 1 fois, les règles faisant des pauses 3 fois.

Les règles se montrèrent : après deux mois de grossesse, 2 fois; après quatre mois, 2 fois; après cinq mois, 1 fois (1).

Par rapport à la force, les indications sont notées dans 26 cas : de la même force qu'autrefois, 1 fois; d'abord comme autrefois, puis plus faible, 2 fois; d'abord comme autrefois, puis plus fort, 1 fois; fort, 2 fois; faible, 18 fois; quelquefois fort, du reste normal, 2 fois.

Un cas de conception en l'absence de menstruation est fort remarquable. Chez une femme enceinte qui se portait bien, les règles se montrèrent depuis la dernière couche — il y a vingt-sept mois — seulement 1 fois, trois mois avant la conception. L'enfant vint à terme, pesant 7 livres et un quart.

Quant au développement du fruit, dans ces cas, les rapports de poids étaient les suivants :

1° Le poids des enfants à terme (35) était : chez un enfant, 5 livres; chez six enfants, 5 à 6 livres; chez dix enfants, 6 à 7 livres; chez seize enfants, 7 à 8 livres; chez un enfant, 8 livres 4 onces; chez un enfant, 9 livres.

2° Le poids des enfants avant terme (15) était : chez quatre abortifs, 1 quart de livre, 18 onces, 1 livre, 2 livres; chez trois enfants avant terme, 3 livres; chez quatre, id., 4 livres 8 onces; chez quatre id., 4 à 5 livres.

Résumé. — Il serait intéressant de pouvoir démontrer par des chiffres combien de personnes, parmi un grand nombre de femmes enceintes (mariées ou non mariées), ont leurs règles; puis combien de fois et régulièrement, ou sans type déterminé.

En attendant, il résulte de nos 50 observations que les règles, pendant la grossesse, ne sont pas aussi rares que le prétendent quelques auteurs; que ce symptôme se présente plus fréquemment chez les multipares que chez les primipares (3 à 7), et que si la menstruation se présente dans la grossesse, c'est plus souvent dans la première moitié, principalement dans les premiers mois, que dans la seconde moitié; enfin que, dans la plupart de ces cas, la menstruation est moins forte que hors la grossesse.

On n'a pas encore établi, jusqu'à présent, par des observations exactes, une autre assertion, que la menstruation se montrait assez souvent une fois après la conception, lorsque le coït fertile a eu lieu dans le dernier tiers du temps libre entre deux périodes.

En ce qui a rapport à la durée de la grossesse, elle a atteint son terme normal dans 36 cas (plus des deux tiers); elle fut interrompue dans 14 cas (presque un tiers), de manière que l'accouchement eut lieu 4 fois dans la première moitié et 10 fois dans la seconde. Il pourrait paraître surprenant que, dans les accouchements prématurés, les règles ne se sont montrées qu'une seule fois, tandis qu'elles se sont montrées dans les autres cas deux et trois fois et plus souvent. Ainsi, les règles, pendant la grossesse, ne favorisent pas l'accouchement prématuré. En général, le développement du fœtus ne paraît nullement contrarié par cette apparition des règles. Cela est démontré par le poids des enfants, qui, chez les trois quarts, était le poids moyen, et même au-dessus. Dans 10 cas, dont 2 chez des mères syphilitiques, le poids de l'enfant était, une fois seulement, de 5 livres, 7 fois entre 6 et 7 livres, et 2 fois de 7 livres et demie. Dans ces cas, les règles durèrent 2 fois jusqu'à moitié, 1 fois jusqu'au sixième mois, 5 fois jusqu'au huitième et 1 fois jusqu'au dernier mois de la grossesse; 1 fois elles parurent à la moitié et durèrent jusqu'à la fin.

Ces faits sont en contradiction avec l'opinion de quelques auteurs (même d'Hippocrate), qui prétendent que la continuation des règles pendant la grossesse n'est pas ordinairement sans suites nuisibles pour le fœtus, dont la nutrition est en souffrance. Friend, Maygrier, etc., prétendent que les enfants sont dans ces cas faibles, petits.

Quelques auteurs, même des accoucheurs célèbres, par exemple Deman, contestent la présence des règles ou l'attribuent à une maladie ou à une difformité de l'utérus (*uterus bicornis, duplex*); d'autres donnent à l'excrétion sanguine une autre source que celle de la menstruation, par exemple, la surface externe de la portion vaginale du col, la partie supérieure du vagin, etc. Nous ne pouvons pas nous arrêter ici, où il s'agit seulement de faits, à faire la critique de ces diverses manières de voir. (*Henke Zeitschrift fuer die Staatsarzneikunde* et *Gazette hebdomadaire.*)

(1) Chez une femme enceinte pour la deuxième fois, les règles se montrèrent au milieu de la grossesse, et à dater de là fortement toutes les quatre semaines, chaque fois trois à quatre jours. Pendant ce temps la mère ne sentit l'enfant que faiblement; mais au contraire plus fort dans les dernières quatre à cinq semaines. Huit jours et deux jours avant l'accouchement, une forte hémorrhagie se présenta deux jours et un jour. L'enfant vint à terme pesant 7 livres, le cordon long de 12" entourait le cou d'un tour.

MÉTHODE DE TRAITEMENT

dans les cas d'asphyxie par submersion, de mort apparente des nouveau-nés, etc.

Par M. le docteur MARSHALL-HALL.

Depuis longtemps déjà la presse médicale anglaise s'est beaucoup occupée d'une nouvelle méthode que M. Marshall-Hall proposait dans les diverses asphyxies. Connue sous le nom de *ready method*, elle s'est fait jour dans le monde par l'entremise d'une société humanitaire (the Royal national life-boat), qui vient de publier une instruction destinée à être répandue dans les masses. Les succès obtenus par cette méthode sont assez nombreux pour nous permettre de reproduire aujourd'hui ce document, auquel nous laissons son cachet de rédaction dans toute son originalité.

Instructions du docteur Marshall-Hall.

1° Traiter le patient, *instantanément, sur place, en plein air*, en exposant le visage et la poitrine de l'asphyxié à un vent frais (excepté dans un hiver rigoureux).

I. *Pour dégager la gorge.*

2° Placer le malade avec précaution sur la face, une main sous le front.

(Alors tous les fluides et la langue elle-même sortent de la bouche et permettent la libre entrée de l'air dans la trachée-artère.)

Si la respiration s'établit, attendre et observer, — si elle ne reparaît pas ou si elle est irrégulière :

II. *Pour exciter la respiration.*

3° Tourner *instantanément* le malade sur le côté.

4° Exciter les narines avec du tabac, ou le gosier avec les barbes d'une plume, etc., et jeter de l'eau froide sur le visage préalablement échauffé par une friction.

Si le succès ne couronne pas ces efforts, *ne pas perdre un moment*, mais *sur-le-champ :*

III. *Pour imiter la respiration.*

5° Replacer le malade sur le visage en tenant la poitrine *bien* soulevée au moyen d'un habit plié ou d'une autre pièce d'habillement.

6° Tourner le corps *avec grand soin sur le côté et un peu en arrière*, et alors le replacer *brusquement* sur le visage alternativement; répéter ces mesures sans hésiter avec exactitude et persévérance *quinze* fois par minute, *variant* parfois le *côté*.

(Quand le malade repose sur la poitrine, cette cavité, comprimée par le poids du corps, donne naissance à une *expiration;* quand, au contraire, on le retourne sur le côté, la compression disparaît, et on obtient une *inspiration.*)

7° Quand la position en pronation est reprise, faire des pressions égales et convenables avec un mouvement brusque le long de la partie postérieure du thorax : cesser immédiatement avant la rotation sur le côté.

(Le premier mouvement augmente l'expiration, le second commence l'inspiration.)

Le résultat de ces mesures consiste dans la respiration, et, s'il n'est pas trop tard, la vie.

8° Faire rougir alors les membres *supérieurs* en les soumettant à une friction énergique au moyen de mouchoirs, etc.

(On pousse ainsi le sang le long des veines vers le cœur.)

9° Conserver ainsi les membres chauds et secs, les couvrir ensuite de vêtements que procureront les assistants.

10° Pas de bains chauds continus, pas de décubitus dorsal, pas de position inclinée.

Nous croyons que cette méthode, qui se recommande par sa simplicité et la rapidité de ses effets, doit être expérimentée en France, et nous pensons qu'elle ne tarderait pas à confirmer toutes les espérances que fait espérer le journal anglais *the Lancet*, le digne parrain de cette nouvelle méthode.

FRACTURES

de la région dorso-lombaire de la colonne vertébrale, leur traitement.

Contrairement à l'opinion générale des auteurs, ces fractures, loin d'être l'effet d'une cause directe, sont habituellement produites par une flexion forcée, soit en avant, soit en arrière. Ce point d'étiologie, parfaitement démontré par M. Bonnet, a conduit le professeur de Lyon à des indications thérapeutiques précises, que le docteur Delore a exposées dans le *Bulletin général de thérapeutique* du 15 mai 1847. L'écrasement du corps des vertèbres produit par la flexion forcée de la colonne ne détermine qu'un déplacement peu considérable, il n'est donc pas besoin de tractions énergiques pour obtenir la réduction. Le décubitus dorsal sur un plan résistant se moulant exactement sur les formes du sujet suffit pour opérer le redressement des os, qu'il est dangereux de tenter par des manœuvres violentes. Quant aux moyens de maintenir la réduction, aucun appareil n'y parvient plus sûrement qu'une gouttière, modifiée suivant la taille ou la déformation du sujet. Elle doit s'étendre depuis la nuque jusqu'aux creux poplités, enlacer les épaules et offrir des bords élevés qui s'opposent aux inflexions latérales. Un système de moufles permet de soulever le malade sans imprimer aucun mouvement au point fracturé ; une large échancrure existe au niveau du siége, pour les soins indispensables de propreté et pour les pansements souvent nécessaires.

Mais ce n'est pas tout que de réduire et de maintenir dans une bonne position, la colonne pourrait encore s'infléchir au bout de deux ou trois mois d'immobilisation; il faut l'en empêcher. C'est pour remplir cette importante indication que M. Bonnet a imaginé un corset-tuteur d'une construction ingénieuse. Cet appareil se compose essentiellement d'une ceinture solide qui embrasse le bassin au-dessous des épines iliaques antéro-postérieures; deux tiges d'acier, prenant leur point d'appui latéralement sur elles, montent sous les aisselles, où elles se terminent en béquilles; elles sont reliées en arrière par une plaque de cuir qui contribue à assurer l'immobilité de la colonne.

Plusieurs observations sont rapportées dans le mémoire que nous analysons; elles concourent toutes à démontrer l'efficacité du traitement si rationnel employé par M. Bonnet. Nous ferons ressortir un point important signalé par l'auteur, c'est que les fractures de la colonne vertébrale passent souvent inaperçues, et que les malades qui avaient été soumis à des flexions forcées, traités sans succès pour un lombago ou une myélite, ont été soulagés et guéris des accidents qu'ils éprouvaient par l'application prolongée du corset-tuteur.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 juillet 1857. — Présidence de M. GEOFFROY ST-HILAIRE.

Fonctions et propriétés des nerfs crâniens chez le dystique. — M. FAIVRE, dans un précédent mémoire, a exposé les résultats que l'expérience lui a fournis sur le cerveau des dystiques, considéré dans ses rapports avec la locomotion. Le mémoire qu'il présente aujourd'hui résume les recherches qu'il a entreprises dans le but de déterminer le rôle du cerveau comme organe spécial présidant à la sensibilité et à la motilité des diverses parties de la tête. Ses opérations sur les insectes vivants ont porté successivement sur le ganglion sus-œsophagien et ses nerfs, sur le ganglion sous-œsophagien et ses nerfs, et sur la portion impaire du nerf stomato-gastrique dans toute son étendue.

Les résultats des expériences de M. Faivre se résument dans les propositions suivantes :

Il y a en quelque sorte trois centres nerveux d'où sortent les nerfs crâniens présidant à des actes distincts. En effet, l'ablation du ganglion sous-œsophagien rend impossible la préhension et surtout la mastication; au contraire, la déglutition, les propriétés des antennes persistent. L'ablation du ganglion sus-œsophagien à la racine des pédoncules détruit le mouvement et la sensibilité des antennes; la mastication et la déglutition persistent. L'ablation du ganglion frontal détruit la déglutition; la mastication persiste, les antennes restent mobiles et sensibles. En un mot, le ganglion sous-œsophagien est en rapport avec la préhension et la mastication, le sus-œsophagien avec les propriétés des antennes; le frontal préside à la déglutition.

Si l'on ajoute que les nerfs crâniens ne s'entre-croisent pas, mais qu'ils naissent dans les régions correspondantes de chaque centre nerveux, et que ces nerfs, en général, sont mixtes dès l'origine, on aura tiré de ces expériences toutes leurs conséquences légitimes.

(Ce travail est renvoyé, ainsi que celui auquel il fait suite, à l'examen de la commission du prix de physiologie expérimentale.)

Eaux minérales de Condillac. — M. TAMPIER adresse un mémoire intitulé *Etudes hydrologiques sur les eaux minérales naturelles alcalines, gazeuses, de Condillac* (*Tarn*).

La découverte de ces eaux date seulement de 1845; mais ce ne fut qu'en 1851 que les deux sources actuelles (Anastasie et Lise) furent définitivement préservées de tout mélange avec l'eau d'un torrent voisin.

Le 15 décembre de la même année, l'eau de ces deux sources fut soumise à l'examen de l'Académie de médecine. Le rapport fait par une commission nommée à cet effet fut approuvé par l'Académie le 6 avril 1852. M. Tampier a extrait de ce rapport les analyses des eaux des deux sources, analyses faites par M. O. Henry. D'après la composition qui leur a été reconnue par ce chimiste, et d'après les effets observés par plusieurs praticiens qui en avaient prescrit l'emploi contre diverses maladies, M. Tampier s'attache à prouver que les eaux de Condillac, « alcalines, gazeuses, ferrugineuses et iodurées à la » fois, peuvent recevoir des applications nombreuses et variées, soit » comme eaux hygiéniques (eaux de table succédanées des eaux de » Seltz naturelles), soit comme eaux médicinales dans un grand nom» bre d'affections chroniques et dans la convalescence de beaucoup de » maladies aiguës. » (Commissaires : MM. Pelouze, Rayer, Bussy.)

— M. Forget, au nom des commissions réunies du Congrès médical de 1855, invite l'Académie à se faire représenter à la cérémonie d'inauguration de la statue de Bichat, qui aura lieu le 16 juillet prochain à la Faculté de médecine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Suite de la séance annuelle du 1er juillet (1).

Atrésie de l'anus. — Puisque nous en sommes à parler des vices de conformation, je mentionnerai le cas d'atrésie de l'anus chez un enfant de onze mois présenté par M. Boinet; bien que ces cas ne soient pas très-rares, vous avez dû voir combien les opinions étaient partagées sur l'opportunité d'une opération : vous avez entendu MM. Michon, Jarjavay et Gosselin sur cette question, et il est resté bien des doutes.

S'il est vrai maintenant, comme l'a dit M. Verneuil, que les cas de réussite définitive d'opération d'anus artificiel par la simple ponction soient excessivement rares, il faut suivre la pratique conseillée par notre collègue M. Goirand (d'Aix), qui, de préférence à la ponction, recommande les grandes incisions sur la ligne médiane, et insiste sur les avantages du procédé d'Amussat, qui consiste à réunir par la suture la paroi intestinale et non la muqueuse seule aux bords de l'incision de la peau; deux fois il l'a mis en pratique avec succès, et il a pu suivre pendant dix-sept ans l'un de ses opérés.

Du testicule non descendu dans le scrotum. — Un autre vice de conformation, et sur lequel on est souvent appelé à donner un avis, a particulièrement fixé votre attention cette année, c'est l'arrêt du testicule dans le canal inguinal. M. Follin vous a présenté un jeune garçon de quinze ans chez lequel, pour combattre cet arrêt d'évolution, il a employé un bandage bifurqué destiné à repousser l'organe vers le scrotum sans le meurtrir. Vous savez tous combien sont graves pour l'avenir les conséquences de l'arrêt d'évolution du testicule; il n'est donc pas étonnant que plusieurs membres de la Société aient manifesté le désir que ce malade leur fût représenté. A cette occasion, MM. Cloquet, Houel et Morel-Lavallée ont insisté sur quelques complications qui peuvent rendre l'arrêt du testicule dans le canal encore plus fâcheux, c'est lorsque l'intestin tend à suivre l'organe et qu'il a déjà contracté des adhérences.

Des diverticules de la tunique vaginale. — Peut-être, Messieurs, dois-je ici vous parler, crainte de l'oublier plus tard, d'un travail fort intéressant de M. Béraud sur les diverticules de la tunique vaginale. L'intention de l'auteur a été de faire connaître un certain nombre de prolongements jusqu'ici inconnus ou mal décrits de la tunique vaginale, lesquels peuvent en se dilatant anormalement dans l'hydrocèle donner à cette maladie des aspects et une physionomie autres que ceux dont on parle habituellement. M. Gosselin, dans son rapport, a signalé la justesse des observations consignées dans le mémoire, tout en faisant ses réserves sur le mode de formation des diverticules de la tunique vaginale, et en se demandant si, au lieu d'être normaux, comme l'admet M. Béraud, ils ne seraient pas accidentels et dus à des adhérences établies par suite d'un travail inflammatoire.

De l'anus contre nature. — Je vous ai promis en commençant ce rapport de ne vous parler que des faits les plus intéressants; jusqu'à présent je crois ne pas m'être écarté de mon plan, mais je vois aussi combien cela va m'entraîner encore loin, et cependant comment omettre tant de communications si curieuses, tant de discussions si importantes par leur résultat?

Parmi les premiers je citerai le travail de M. Legendre sur l'anus contre nature. L'intention de l'auteur a été de montrer les conditions anatomiques qui rendent possible et efficace la nouvelle opération imaginée par MM. Denonvilliers, Nélaton et Malgaigne, opération qui consiste comme vous le savez à disséquer tout le contour de l'intestin, à refouler la muqueuse, et à faire sur ce contour même une suture distincte de celle que l'on pratique ensuite sur la paroi abdominale.

Notre collègue, M. Gosselin, a indiqué l'utilité des notions fournies par M. Legendre, et a rapproché de l'opération précédente celle qu'il a lui-même pratiquée, et dans laquelle il avive préalablement l'intestin en le dépouillant de sa muqueuse.

L'obstétrique, qui chaque année nous fournit le sujet d'intéressantes discussions, cette fois encore a donné un contingent fort respectable. Ainsi, M. Silbert (d'Aix) vous a adressé un mémoire sur l'accouchement prématuré artificiel; ce travail, qui touche à une des questions les plus graves de l'obstétrique, a été analysé devant vous par M. Laborie avec tout le soin que demandait un semblable sujet.

M. Blot vous a fait une lecture sur une des questions les plus difficiles, sur la désarticulation de l'épaule dans un cas de version rendue impossible par l'engagement trop considérable de cette épaule, et la rétraction violente de l'utérus.

M. Danyau vous a présenté deux cas d'enfoncement du crâne pendant l'accouchement; dans aucun des cas il n'y a eu d'accident. Ces faits, joints à plusieurs autres du même genre qu'il vous a rapportés, ont soulevé de la part de M. Cazeaux l'objection suivante, c'est qu'il ne pense pas qu'il y eût fracture dans ces deux cas; il pense qu'il n'y avait qu'un simple enfoncement. Pour M. Danyau, la lésion serait produite par la pression contre l'angle sacro-vertébral.

Luxations congéniales de l'humérus. — Ces lésions produites pendant l'accouchement m'amènent naturellement à vous parler de trois cas de luxations incomplètes de l'humérus en arrière, observées chez des enfants déjà d'un certain âge, et d'après les renseignements pris par M. Chassaignac, l'accident qui serait congénial aurait été attribué aux manœuvres de l'accouchement.

Des luxations. — J'ai mentionné ces trois faits à l'occasion de l'obstétrique, mais du moment que j'ai prononcé le mot de luxation, permettez-moi d'en finir avec quelques lésions de ce genre trop rares pour être omises. L'un de ces faits, cité par M. Bertherand, est un cas de luxation simultanée des trois os cunéiformes sur le scaphoïde; le second est une luxation du gros orteil en dehors, qui n'a pu être réduite par M. Larrey qu'après la résection de la tête du premier métatarsien qui était saillante dans la plaie. Enfin, deux cas de luxation du coude datant de trois mois, ont pu être réduits par MM. Lenoir et Morel-Lavallée.

Vous me direz peut-être avec quelque raison que tout en voulant m'en tenir aux cas rares, je finis par reprendre un à un chacun de vos travaux; nullement; mais lorsqu'à l'occasion de vos discussions des médecins étrangers à cette Société ou des membres correspondants s'empressent de nous fournir des documents précieux, nous leur devons de les citer et de les remercier publiquement de leur zèle. Ainsi, à l'occasion d'une discussion sur les kystes hydatiques du foie, vous avez reçu une lettre bien intéressante de M. Guérault, chirurgien de la marine. Notre confrère vous a dit que dans l'Islande, où les hydatides attaquaient le cinquième de la population, M. le docteur Thorarensen avait employé avec succès, il y a six ans, l'électro-puncture. A l'occasion de la discussion sur le lieu préférable de l'amputation de la jambe, M. Hutin, chirurgien en chef des Invalides, s'est empressé de mettre à votre disposition de précieux documents; MM. J. Roux et Piachaud (de Toulon), M. Testa (de Naples), vous ont également adressé des observations qui, en les joignant à celles fournies par MM. Larrey, Lenoir, Michon, Monod et Broca, aideront sans doute un peu à faciliter l'étude de cette question à laquelle M. Verneuil s'est voué avec tant d'ardeur. Ce simple énoncé vous prouve assez que si le public a reculé devant les difficultés de cette question proposée par vous comme sujet de prix, la Société veut la terminer, parce qu'il s'y attache quelque chose de bien supérieur à une question scientifique : il s'y attache une véritable question d'humanité.

L'activité, la suite qui président à vos travaux étant partagées par bon nombre de correspondants, il est bien rare qu'à chacune des grandes questions en litige vous ne receviez pas quelque nouvelle observation. Ainsi, lorsqu'il s'est agi des plaies d'armes à feu, M. Heyfelder, dont le zèle ne s'est jamais ralenti, vous a adressé ses résultats de désarticulation coxo-fémorale pendant le bombardement de Sweaborg. A l'occasion des fractures du fémur, M. Fleury (de Clermont) vous faisait part d'un fait curieux de fracture de cet os simulant une luxation en haut et en dehors.

Des fractures. — Tels ont été la richesse et le nombre des communications cette année, qu'avec les fractures seules il eût été facile de faire un chapitre bien intéressant. Ainsi, sans compter ce cas si remarquable de fracture du fémur par un biscaïen, et que M. Larrey vous a présenté comme un magnifique exemple de chirurgie conservatrice, on aurait pu, en s'arrêtant au fait présenté par M. Robert, discuter les avantages de la résection des os dans quelques fractures comminutives. Le fait de pseudarthrose des deux os de l'avant-bras, guéri une première fois par M. Verneuil par une résection, et représenté de nouveau par M. Richet avec le même défaut de consolidation, pouvait être encore un bien curieux sujet d'étude, et m'aurait fourni l'occasion de vous décrire un nouveau procédé de résection proposé par M. Richard.

Comme cas rare, je vous citerai celui de fracture complète du maxillaire supérieur présenté par M. Richet, puis les cas si curieux de fractures d'exostoses épipbysaires dont il a été question.

Quant à vous énumérer maintenant tous les faits qui sont venus à l'appui de ce que M. Gosselin avait dit sur les fractures en coin, ce serait abuser de vos instants.

Des maladies organiques du système osseux. — Mais si le chapitre des fractures était long, comment aurais-je pu faire pour vous parler avec assez de détails de tous les cas de maladies organiques des os qui vous ont été présentés? Vous vous rappelez ce kyste osseux, multiloculaire, de l'extrémité inférieure du radius, qui obligea M. Larrey à pratiquer l'amputation de l'avant-bras, un cas d'enchondrôme des métacarpiens présenté par M. Voillemier, un cancer érectile du tibia, dont l'observation vous fut adressée par M. Sirus Pirondi, de Marseille; une observation rare de tumeurs osseuses sous-cutanées enlevées par M. Roux (de Brignolles), chez une jeune fille de quinze ans; et, enfin, plusieurs maladies peu communes des maxillaires, présentées par MM. Houzelot, Mayor fils et Maisonneuve.

Ne dois-je pas aussi ranger parmi les maladies du système osseux ces tumeurs fluctuantes de la tête, observées par MM. Denonvilliers, Larrey, Richard, Verneuil et Desormeaux? si j'avais pris tous ces faits en détail, il aurait fallu alors deux séances pour le compte rendu, et notez que je ne vous ai parlé ni des belles recherches cliniques de M. Soulé (de Bordeaux), sur l'emploi combiné du perchlorure de fer avec les autres moyens usités dans la cure des anévrysmes, notez que je n'ai fait aucune mention de plusieurs cas bien graves d'anévrysmes présentés par M. Larrey, et que si je viens à vous parler de vos recherches sur le tissu fibro-plastique, je serai forcé de vous dire que cette année encore, grâce aux faits qui se multiplient, aux observations qui se complètent, il devient de plus en plus avéré que la généralisation dans nos tissus est presque aussi constante que celle du cancer, et que la récidive se fait presque aussi rapidement. Que dire de plus, si ce n'est que c'est à votre zèle, à votre assiduité, que vous êtes redevables de travaux aussi précieux.

Tel est, en résumé, Messieurs, le résultat bien abrégé de cette quatorzième année; et bien que souvent les forces m'aient trahi pour représenter, sous leur véritable aspect, l'importance de vos discussions, elle n'en sera pas moins fructueuse pour vous. Avec une pareille activité, un semblable esprit de conduite, il est évident que la Société de chirurgie, comme le disait l'an dernier notre honorable président M. Gosselin, ne peut plus compter de détracteurs, mais plutôt des émules.

Par quels moyens, par quelles voies, êtes-vous arrivés à un semblable résultat, disons-le, même à une semblable considération? Ce n'est pas un secret, les moyens sont bien simples; vous n'avez cessé d'apporter dans vos travaux le zèle, l'esprit d'ordre et de persévérance, indispensables à l'achèvement de toute grande chose, et jamais vous ne vous êtes ralentis. Que si, dans vos discussions, parfois il a pu y avoir cet entraînement qui marche de pair avec la conviction, jamais vous n'avez donné le triste et douloureux spectacle de la science arrachée de son piédestal et livrée sans défense aux outrages de la personnalité. En restant toujours dignes au milieu des discussions les plus animées, vous avez montré encore une fois quel était l'esprit qui présidait aux travaux de cette compagnie. En persistant dans une telle conduite, vous ne pouviez manquer de grandir aux yeux de tous; aussi votre secrétaire est-il heureux de pouvoir proclamer de semblables résultats.

Persévérons toujours avec la même ardeur dans la voie que nous avons à suivre, et quelque difficile que soit le but honorable que nous voulons atteindre, et nous serons certains d'y arriver.

M. LE PRÉSIDENT proclame ensuite les noms des candidats qui ont remporté des récompenses dans le concours pour le prix Duval.

Le prix Duval est accordé à M. Caron.

Une mention honorable est accordée à M. Gaujot.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

(1) Fin. — Voir, pour la première partie du résumé de M. Marjolin, le numéro précédent.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Thomas Balfour vient d'être le témoin de la mort d'un enfant de quatre jours, parfaitement bien portant, auquel on avait administré, à minuit, deux gouttes de laudanum de Rousseau pour calmer quelques cris importuns. Cinq heures après l'enfant n'existait plus, après avoir présenté tous les symptômes de l'empoisonnement par les narcotiques. (*Journ. des Conn. méd.-prat.*)

— Un pharmacien d'Anvers a intenté une action judiciaire contre un chirurgien qui détournait les malades de son officine en disant que les médicaments y étaient mal préparés, et indiquait en même temps un autre pharmacien chez lequel il engageait ses clients à aller. Le tribunal a condamné le chirurgien à payer 50 fr. à titre de dommages-intérêts et aux frais du procès.

— Un pharmacien de Rouen, M. Brossard, propose le moyen suivant pour perdre l'habitude de priser : il conseille de mêler au tabac du camphre pulvérisé, ajouté à un douzième d'iode.

— Le docteur J. H. T. Cayol vient de mourir à Sèvres (Seine-et-Oise) de phthisie pulmonaire, à l'âge de trente-cinq ans. M. Cayol était le fils unique de feu Cayol, l'ancien professeur de clinique à la Faculté de médecine de Paris, le fondateur de la *Revue médicale*, mort l'année dernière.

— On lit dans la *Presse médicale belge* :

« C'est un rude épouvantail que les commissions médicales! Elles sont d'une vigilance, d'une activité, elles remplissent leurs fonctions avec un zèle...... à faire pâmer d'aise quiconque s'avise d'exercer illégalement l'art de guérir. Ainsi, à Châtelet, il y a un berboriste qui vend force drogues purgatives, et qui gagne plus d'argent à lui seul que tous les médecins d'alentour. Ainsi encore, près de Charleroi, se trouve un rustre, complétement illettré, qui s'est mis en tête de guérir tous les maux, toutes les maladies, à l'aide d'un emplâtre anodin qu'il va lui-même appliquer à domicile pour cent sous! La commission médicale sait tout cela, elle voit, elle entend tout ce que font et disent ces suppôts du charlatanisme; elle passe sur leurs pieds.... et les salue quasi-respectueusement. Pourquoi serions-nous moins poli que cette aimable commission-là?

» On me dira que toutes les commissions médicales ne se ressemblent pas; que celle de Liége, par exemple, quoi qu'on en dise et qu'on en ait pu dire, a trouvé dans l'estimable M. Davreux un babile et infatigable champion; mais il n'y a pas neuf Davreux en Belgique; et le Hainaut, tout grand qu'il est, n'en a pas seulement la moitié d'un. Dans cette vaste province, en effet, les officiers de santé et les sages-femmes se mêlent de tout; les médecins délivrent, même en pleine ville, à Charleroi, entre autres, des drogues à leurs malades; les pharmaciens se chargent résolûment de traiter toutes les affections syphilitiques et la plupart des maladies de l'enfance; des oculistes annoncent l'ouverture d'un dispensaire qui n'existe pas; les dentistes se font chirurgiens; les bonnes femmes bénissent les panaris et les anthrax à vingt sous par signe de croix: les marchands de spécifiques envoient ostensiblement un tas de niais se plaindre d'eux en l'autre monde... et la commission médicale s'endort sur ce gâchis comme une odalisque sur un lit de roses. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Essay upon compulsory vaccination, by Horace JOHNSON, m. d.

Compulsory vaccination briefly considered in its scientific, religious and political aspects, by John GIBBS.

The evils of vaccination, by J. GIBBS. Broch. in-18. Chez J. B. Baillière et fils, libraires.

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 83. — JEUDI 16 JUILLET 1857. (30e ANNÉE.) N° 83. — JEUDI 16 JUILLET 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 15 JUILLET 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Devergie avait très-patiemment supporté près de deux mois durant les coups redoublés de la chirurgie, soulevée presque tout entière contre sa proposition. Nous avons entendu exprimer par plusieurs personnes l'opinion qu'en présence d'une opposition aussi unanime, il ne lui restait plus d'autre recours qu'un aveu franc et loyal de son erreur. Suivant elles, l'intention de M. Devergie était évidemment excellente, son but digne des efforts qu'il y avait consacrés, et sa démarche auprès de l'Académie méritait les plus grands éloges; mais les moyens qu'il proposait pour sauvegarder la sûreté des malades et la responsabilité du médecin, ne répondaient ni à son but ni à son intention. La question demeurait donc tout entière livrée comme devant à l'expérience et à l'appréciation individuelle de chaque chirurgien ; il ne restait plus à M. Devergie que le mérite de l'avoir soulevée et d'avoir signalé à l'attention de l'Académie et du public médical un but nouveau à ses recherches et à ses méditations.

Voilà ce qu'on disait, et nous avouerons que c'était un peu aussi notre pensée. Mais cette humilité n'est pas, à ce qu'il paraît, du goût de l'honorable académicien.

Appelé à son tour à la tribune, M. Devergie a commencé par déclarer que, loin de se considérer comme battu par les nombreuses objections et les pressantes argumentations de ses collègues, il maintenait ses premières convictions entières; et pour justifier ces convictions, il a prononcé un des discours les plus remarquables à coup sûr et les plus vigoureux que l'Académie ait depuis longtemps entendus.

Dans une première partie ou sorte de préambule, il a d'abord établi, tel qu'il entend le maintenir, le sens précis et rigoureux de sa proposition et des opinions sur lesquelles il la fonde ; et afin qu'on ne pût désormais équivoquer à cet égard, il a fait à l'impartialité de la presse un appel auquel, pour notre compte, nous nous empressons de répondre en insérant textuellement ce préambule.

Dans une seconde partie confiée à l'improvisation, il a repris une à une toutes les objections de ses collègues, qu'il a, nous ne dirons pas repoussées, mais atténuées du moins, avec une très-grande habileté. Cela a été, autant que nous en avons pu juger, l'impression générale. Quant à juger de la valeur réelle de tous les points de sa réponse, nous ne pourrions le faire qu'avec son discours sous les yeux, et ce discours n'est pas encore écrit.

Du reste, la discussion n'est pas close. Plusieurs membres ont demandé la parole pour la séance prochaine. Nous aurons donc à y revenir.

Avant la discussion, l'Académie a entendu un rapport de M. Piorry, sur un très-bon mémoire de l'un de nos collaborateurs, M. le docteur Hamon. On lira un extrait de ce rapport dans le compte rendu. — Dr Brochin.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

Cas d'hémorrhagie rebelle consécutivement à l'amputation du gros orteil, avec résection du premier métatarsien. — Répression de l'hémorrhagie par la ligature des artères tibiales antérieure et postérieure.

Vous vous rappelez, messieurs, qu'il y a quelques semaines, j'ai pratiqué dans cet amphithéâtre et sur le malade que je vous présente l'amputation du gros orteil, avec résection du premier métatarsien. Vous vous souvenez aussi que, pendant le cours de l'opération, se manifesta une hémorrhagie grave, que je tentai d'abord vainement d'arrêter en cherchant à lier l'orifice du vaisseau divisé. Il me fut impossible de saisir, soit avec les pinces, soit avec le ténaculum, la bouche vasculaire béante, vu la rétraction de l'artère, qui, masquée par l'aponévrose, se dérobait à nos investigations.

Dans cette situation, je pris le parti de fendre la plante du pied, et je fis la ligature de l'artère plantaire. De plus, j'employai le perchlorure de fer, et j'établis une compression à la jambe, d'une part sur l'artère tibiale antérieure, d'autre part sur l'artère tibiale postérieure.

Malgré l'emploi de ces moyens, l'hémorrhagie se reproduisit au bout de cinq à six jours, et nous dûmes recourir à la ligature des artères tibiales antérieure et postérieure au tiers inférieur de la jambe.

Quinze jours plus tard, nouvelle hémorrhagie, nouvelle incision, au moyen de laquelle nous découvrons et nous lions l'artère tibiale antérieure à quelques travers de doigt au-dessus de la ligature déjà pratiquée sur ce vaisseau.

Relativement aux points sur lesquels doit se porter l'action du chirurgien pour faire la ligature des vaisseaux qui fournissent le sang dans le cas d'hémorrhagie consécutive, il existe une grande divergence d'opinions. Deux doctrines surtout sont en présence, la doctrine de Guthrie et celle de Dupuytren.

Selon Guthrie, c'est dans la région même qui est le siége de l'hémorrhagie, qu'il faut chercher les vaisseaux et les lier.

Selon Dupuytren, c'est à distance du lieu malade et sur un point du membre assez élevé pour que l'on ne soit pas exposé à chercher les artères au milieu de tissus altérés dans leur consistance et dans leurs rapports par un état inflammatoire plus ou moins prononcé.

M. Nélaton, se rangeant à l'opinion de Guthrie, a combattu la doctrine de Dupuytren en établissant par des expériences directes que les vaisseaux situés au milieu de parties altérées par l'inflammation n'acquièrent pas par cela même une friabilité plus grande, et ne se coupent pas plus facilement par l'action de la ligature.

Tout en reconnaissant ce qu'il y a de fondé dans cet argument de M. le professeur Nélaton, je crois avec Dupuytren qu'il y a tout avantage à combattre les hémorrhagies consécutives par la ligature pratiquée à distance plus ou moins grande du lieu de l'hémorrhagie et dans des parties saines.

Qu'arrive-t-il, en effet, quand on veut chercher une artère au milieu des tissus enflammés? Ces parties ayant perdu non-seulement leur configuration et leur aspect habituels, mais leurs rapports normaux avec les vaisseaux qu'il s'agit de saisir et de lier, le chirurgien est obligé de se livrer à une recherche des plus laborieuses qui, d'une part, n'est pas toujours sans danger pour le malade, et d'autre part, n'est pas constamment couronnée de succès. Ce n'est souvent qu'au prix d'un traumatisme effrayant qu'on arrive au but.

Je me range donc sans restriction à la doctrine de Dupuytren.

Toutefois, ce n'est pas par des raisonnements qu'on peut espérer d'arriver à la solution de cette question litigieuse, c'est par de bonnes observations recueillies avec conscience et impartialité.

C'est dans ce but que je vous ai présenté ce malade et que je vous ai rappelé les circonstances de son histoire relatives au point qui nous occupe.

Il y a un mois environ que la dernière ligature a été appliquée, et depuis cette époque aucune récidive d'hémorrhagie n'a eu lieu. La santé générale s'est même améliorée; le malade a repris des forces, de l'embonpoint, et tout nous porte à croire que nous sommes désormais à l'abri de toute espèce d'accidents.

Relativement à l'étiologie des hémorrhagies que nous avons eu à combattre chez cet homme, il est une circonstance sur laquelle nous devons appeler votre attention, c'est l'existence, si je puis ainsi dire, d'une *diathèse artérielle*, en d'autres termes, d'un développement si considérable du système artériel, que les artères tibiales ont un volume triple de celui qui leur est habituellement normal. On conçoit sans peine combien une telle disposition anatomique a dû concourir à la production des diverses hémorrhagies dont nous avons parlé.

Drainage d'un abcès énorme de la région trochantérienne. — Quelques mots sur les collections purulentes de cette région. — Traitement de deux abcès peu volumineux par le drainage au fil de caoutchouc.

Voici un homme que j'ai opéré sous vos yeux il y a environ cinq semaines d'un énorme abcès trochantérien par la méthode du drainage. Les tubes ont été laissés en place pendant quinze jours. Mais alors j'ai dû renoncer à l'emploi de ce moyen d'évacuation du pus, en raison de la circonstance suivante.

Il peut arriver, et c'est ce qui a eu lieu dans le cas particulier, que les parois du foyer purulent se tapissent de pseudo-membranes plus ou moins épaisses, lesquelles venant à se détacher s'engagent

FEUILLETON.

Génération des Arachnides. — Les oiseaux et l'agriculture. — Vêtements incombustibles.

Nous avons consacré, ces jours derniers, quelques lignes à l'étude que M. Emile Blanchard a faite de la génération des arachnides. Tout ingénieuse que soit la théorie développée par ce savant naturaliste, elle ne devait pas être admise sans contestation. Aussi recevons-nous de M. Delfrayssé, ancien médecin militaire, une note que nos lecteurs ne verront pas sans intérêt. Nous laissons la parole à cet habile observateur ; on ne saurait que gagner à lui entendre soutenir ses opinions.

« Je nourris, dit-il, depuis près de cinq ans dans mon cabinet trois araignées mineuses (c *Mygale Cœmentaria*) qui pondent chaque année, en mai et en septembre, de 120 à 140 œufs, sans avoir eu aucune relation avec d'autres insectes de leur espèce. Ces œufs, qu'elles déposent dans un tissu soyeux de leur fabrication, éclosent tous le même jour, vers la fin de la quinzaine, sans qu'un seul soit jamais verreux.

» Ainsi que M. Blanchard, j'ai essayé de sonder le mystère de ces générations exceptionnelles, et j'ai observé comme lui, dans l'appareil génital de toutes les araignées que j'ai examinées, deux tubes assez volumineux qui renferment, à l'époque de la ponte seulement, une liqueur opaque infailliblement destinée à la fécondation des œufs qui en sont imprégnés à leur passage ; mais ce fluide spermatique a-t-il été fourni par le mâle pendant l'acte de la copulation, comme le pense M. Blanchard ? Cette opinion évidemment hasardée, puisqu'il est impossible de la justifier par des faits, me paraît susceptible de graves objections. J'ignore d'abord si l'habile naturaliste a pu constater par lui-même l'accouplement de ces animaux ; mais bien que je sois depuis dix ans à l'affût de ces unions sexuelles, je n'ai pu les surprendre une seule fois. Il y a plus : j'ai souvent réuni dans des caisses vitrées d'une certaine dimension plusieurs de ces arachnides, et j'ai ensuite placé des couples séparés dans des boîtes de carton assez spacieuses pour faciliter leurs amours, sans observer dans aucun le moindre signe de concupiscence ; la ponte même n'a jamais eu lieu qu'après l'isolement et la séparation absolue de chaque individu, qui fait alors, sans distinction de sexe, à peu près le même nombre d'œufs.

» Ces faits, que je crois avoir bien constatés, m'ont conduit provisoirement à cette conclusion :

Les araignées sont hermaphrodites.

Cependant, pour donner à cette opinion un caractère de certitude ou au moins de probabilité qui inspire la confiance, j'ai dû me livrer à de nouvelles investigations et appuyer sur des faits matériels les preuves de son exactitude. J'ai donc soumis à un examen sévère les organes de la génération des araignées, et j'ai découvert entre l'ovaire et les tubes spermatiques de M. Blanchard deux petits corps saillants, évidemment glanduleux, qui sécrètent la liqueur fécondante qu'on observe dans les tubes indiqués par cet observateur. Du reste, toutes les araignées ont la même organisation, et jouissent de la faculté de se reproduire sans aucune espèce de copulation. Ce qui achèverait, au besoin, de lever tous les doutes, c'est que beaucoup d'autres insectes se trouvent dans le même cas ; je vais en citer un exemple qui suffira pour forcer la conviction.

» Je renferme chaque année dans plusieurs petites caisses que j'ai fait fabriquer pour cet usage, et que je place dans mon cabinet pour les avoir constamment sous les yeux, des larves de diverses espèces, dont le plus grand nombre ne tarde pas à s'envelopper d'un tissu plus ou moins transparent dans lequel elles passent aussitôt à l'état de nymphe ou de chrysalide. Cette métamorphose, qui les endort ou les engourdit, se prolonge plus ou moins, suivant la saison et la température; mais elles finissent toujours par se transformer, et le plus souvent en papillon, qui est l'état parfait de ces insectes. Or, ces papillons sortent de leur enveloppe dans la boîte où ils sont renfermés et n'ont aucune communication possible au dehors ni avec d'autres insectes de leur espèce. Malgré ce parfait isolement, ils pondent tous un très-grand nombre d'œufs qui produisent en quelques jours, et sans aucune espèce d'incubation, une multitude de larves. J'ai examiné avec attention les organes générateurs de ces lépidoptères avant et après la ponte, et je me suis convaincu que les deux réservoirs qu'on rencontre dans

partiellement dans les trous dont sont percés les tubes élastiques : on les recouvre de manière à empêcher presque complétement l'écoulement du pus.

J'ai cru d'abord pouvoir remédier à cet inconvénient en augmentant le nombre des tubes ; mais l'inutilité de cette précaution m'ayant été démontrée par l'apparition des accidents auxquels donne lieu habituellement la rétention du pus, j'ai dû recourir à l'incision qui a livré passage aux matières purulentes et pseudo-membraneuses dont je viens de parler.

Dans un travail publié il y a quelques années dans les *Archives de médecine*, j'ai appelé d'une manière toute particulière l'attention des praticiens sur ces abcès de la région trochantérienne.

Tout en vous renvoyant, pour l'histoire complète de ces abcès, au mémoire dont il s'agit, je dois vous faire savoir que, indépendamment de la bourse sous-cutanée située dans la région trochantérienne, aussi bien d'ailleurs que dans toutes les régions où la peau, soulevée par une saillie osseuse, est exposée à des frottements presque continuels, il existe une bourse séreuse plus profonde, assez régulièrement délimitée et due à ce que l'aponévrose *fascia-lata* glisse d'une manière presque incessante sur les tissus fibreux qui enveloppent l'éminence trochantérienne. De là deux variétés dans les abcès dépendant de l'inflammation de ces capsules de glissement, abcès sous-cutanés, abcès sous-aponévrotiques.

C'est à cette deuxième variété qu'il faut rattacher la collection purulente dont notre malade a été atteint et dont vous le voyez aujourd'hui parfaitement guéri.

Mais, direz-vous, comment pourra-t-on reconnaître ces abcès sous-aponévrotiques et les distinguer des abcès trochantériens sous-cutanés? C'est à l'aide des caractères suivants :

1° L'hygroma sous-cutané représente un ovale dont le grand diamètre est dans le sens de la longueur du membre; l'hygroma sous-aponévrotique une ellipse beaucoup plus étroite et plus allongée, quoique dirigée dans le même sens.

2° La collection sous-aponévrotique contenue par des enveloppes épaisses et mieux circonscrites n'augmente pas sensiblement de volume à la suite d'une série d'évacuations successives. Le contraire a presque constamment lieu pour la bourse sous-cutanée, dont l'appareil contentif est beaucoup moins résistant.

3° Dans l'hygroma sous-aponévrotique, on remarque à la partie externe et un peu postérieure de la région trochantérienne une dépression abrupte obliquement dirigée de haut en bas et d'arrière en avant, et que j'ai qualifiée de *coup de hache*. Ce coup de hache n'existe que dans le cas d'épanchements récents. Si la collection est ancienne et vaste, on ne le rencontre plus.

4° Une autre particularité des collections sous-aponévrotiques de la région trochantérienne, c'est le contraste de volume ou du moins de saillie extérieure qui existe, suivant que la cuisse est en flexion ou en extension. Dans la flexion, saillie prononcée qui s'aplatit beaucoup pendant l'extension.

5° Un caractère très-réel, quoique plus délicat dans son appréciation, consiste dans le sentiment de la fluctuation à travers des enveloppes épaisses. Ce genre de fluctuation existe dans le cas de collection sous-aponévrotique. Il n'est pas facile de la dépeindre, mais il n'est pas un chirurgien expérimenté qui n'ait eu au lit du malade la conscience très-nette de cette perception, laquelle échappe à un tact peu exercé.

6° Enfin, la diffusion du pus contenu dans les bourses sous-cutanées comparées aux bourses sous-aponévrotiques offre cette différence que, dans le premier cas, elle se fait sous la peau, tandis que dans le second elle se répand dans le tissu cellulaire lâche des interstices musculaires.

A ce caractère distinctif, nous devons ajouter cet autre fait établi par nous dans le travail déjà cité, savoir : que la perméabilité de la bourse sous-aponévrotique trochantérienne est beaucoup moindre que celle de la bourse sous-cutanée de la même région.

En opposition avec ces cas d'abcès volumineux pour lesquels le drainage par les tubes élastiques est quelquefois insuffisant, je dois vous présenter deux malades chez lesquels je me propose d'employer des fils pleins en caoutchouc.

Lorsqu'il s'agit de déterminer l'évacuation graduelle de foyers purulents de petite dimension, et surtout lorsque je veux éviter avec soin toute trace de cicatrice, comme à la peau de la face, du cou, etc., j'ai recours à l'emploi de fils en caoutchouc vulcanisé, fils infiniment moins irritants que nos fils ordinaires en chanvre ou en soie, et que les fils métalliques en plomb ou en argent. Ces derniers, malgré la tolérance que présentent les tissus pour ces sortes de métaux, ont toujours une rigidité fâcheuse qui empêche d'en tirer tout le parti qu'on se croirait en droit d'en attendre.

C'est donc par les fils en caoutchouc que nous allons traiter :

1° Ce malade atteint d'un abcès froid peu volumineux sur la face dorsale du pied ;

2° Cet autre malade qui présente un kyste purulent de l'épididyme.

Chez ce dernier sujet, l'épididyme, considérablement développé, fait une saillie très-prononcée en avant. C'est à sa partie inférieure, dans ce qu'on appelle le *globus minor*, qu'on sent une rénitence particulière qui nous fait croire à l'existence d'une petite collection purulente en ce point.

Le trocart explorateur à manche nous servira à la fois et pour trancher la question diagnostique, et pour établir dans le foyer nos fils à drainage.

De l'emploi du chloroforme dans les opérations qui se pratiquent sur les yeux (cataracte, strabisme, etc.).

Il nous reste à pratiquer aujourd'hui deux opérations, l'une de cataracte double, l'autre de strabisme. Selon notre habitude, nous aurons recours pour chacune d'elles à l'emploi du chloroforme.

L'agent anesthésique, s'il m'est permis d'en juger par les résultats que j'obtiens journellement, est destiné à rendre les plus importants services à la thérapeutique oculaire en produisant ce que j'appelle l'immobilité cadavérique du globe de l'œil.

Lorsque par une direction habile et intelligente du chloroforme on a obtenu la tolérance anesthésique, c'est-à-dire cet état particulier qui n'est ni la période d'excitation ni le collapsus, et pendant lequel l'insensibilité générale et la résolution musculaire se maintiennent, et peuvent même se prolonger pendant un certain temps sans danger pour le malade et sans inquiétude pour l'opérateur, voici ce qu'on observe du côté de l'appareil oculaire :

Les paupières, au moins chez un certain nombre de sujets, gardent la position que la main de l'observateur vient de leur donner ; s'il les entr'ouvre, elles restent entr'ouvertes ; s'il les ouvre plus largement, elles ne se referment pas.

Quant au globe de l'œil, il acquiert une immobilité complète et en quelque sorte absolue ; il conserve la situation dans laquelle il a été saisi par l'état anesthésique. Cette immobilité est telle que le globe de l'œil cesse complétement de rouler au moyen de propulsions imprimées avec les doigts, soit sur son axe vertical, soit sur son axe transverse; il ne subit plus que des déplacements en masse. Cet effet tient à ce que les muscles droits et les muscles obliques entrent dans une espèce de contraction tonique, où ils se font équilibre pour maintenir le globe de l'œil dans une situation déterminée.

La pupille reste habituellement dilatée même pendant le cours des opérations qui peuvent être pratiquées sur le globe oculaire, et ce n'est qu'exceptionnellement et suivant des lois qui échappent à l'analyse que la pupille reprend sa contractilité.

Quoi qu'il en soit, les conditions que présente l'œil dans l'état de tolérance anesthésique sont des plus favorables à l'action chirurgicale, et la raison en est facile à concevoir.

Telle habileté que vous possédiez, par exemple, dans l'exécution des opérations de cataracte, n'est-il pas évident que tout le succès de la manœuvre est à la merci du moindre mouvement intempestif de votre malade, que ce mouvement soit instinctif, involontaire, ou résulte d'une indocilité réelle ? Supposez que ce mouvement ait lieu au moment de la dépression du cristallin, vous aurez grande chance de blesser la membrane irienne. Or, je vous l'ai déjà dit, ce qui constitue le danger le plus fréquent, l'écueil le plus grave des opérations de cataracte, c'est la blessure et consécutivement l'inflammation de l'iris.

C'est donc à prévenir l'iritis, à éviter la cause la plus réelle, la plus sérieuse de cette lésion, que nous devons nous attacher dans les opérations qui ont pour objet le déplacement du cristallin. Eh bien, je ne connais pas de meilleur moyen de se mettre à l'abri de ce danger, que de placer les malades dans l'état de tolérance anesthésique, et conséquemment d'obtenir l'immobilité absolue du globe oculaire.

Cette immobilité permet d'opérer, je ne dirai pas aussi facilement, mais plus facilement que sur le cadavre. En effet, sur le cadavre, le globe oculaire est mou, flétri, sans consistance, il roule aisément dans tous les sens. Chez le sujet soumis au chloroforme, l'œil possède une tension, une tonicité, une force de situation fixe, qui rend la manœuvre opératoire aussi simple, aussi aisément praticable que possible.

Sur la femme atteinte de cataracte double, je ferai l'abaissement; sur le jeune homme atteint de strabisme, j'emploierai le procédé de M. Velpeau, qui consiste à couper du même coup muscle et conjonctive.

Chez ces deux malades, j'emploierai aussitôt après l'opération la cuirasse et la glace comme moyen de combattre les phlegmasies qui succèdent presque constamment à l'opération de la cataracte, et dans certains cas au strabisme. Tout récemment encore, un chirurgien des hôpitaux m'a dit avoir vu survenir chez un sujet qu'il avait opéré de strabisme, une inflammation des plus violentes et qui a compromis très-sérieusement l'œil du malade. Grâce aux cuirasses et à la glace, nous pouvons affronter ces dangers, et c'est la sécurité extrême que nous donne ce mode de pansement, qui nous dispense du traitement rigoureux auquel on soumet les opérés de cataracte.

DE L'INFLUENCE DE LA CHALEUR SUR L'ACTIVITÉ DU COEUR.

M. le docteur Calliburcès, de Naxos (Grèce), a dernièrement institué dans le laboratoire de M. Cl. Bernard une série d'expériences dans le but d'étudier l'influence de la chaleur sur les contractions du cœur. S'étant proposé dans le principe de rechercher quelle était l'influence de la chaleur sur la vitesse de la circulation, il a répété les expériences de M. Poiseuille. Après avoir plongé dans de l'eau chaude l'une des extrémités postérieures d'une grenouille, il examina au microscope la membrane natatoire de l'autre, et il remarqua que l'influence du calorique accélérait toujours la circulation, mais que la fréquence des battements du cœur augmentait en même temps d'une manière si notable qu'elle ne paraissait plus être en proportion avec la vitesse de la circulation.

Le véhicule qui sert à appliquer la chaleur semble être sans influence; les métaux, l'air, un grand nombre d'acides, le sang défibriné, l'urine, qui ont été employés, ont toujours donné le même résultat que l'eau.

Ces résultats imprimèrent une autre direction aux recherches du jeune savant. Ayant sous les yeux un animal à sang froid métamorphosé en animal à sang chaud, et qui pour cela même se trouvait dans un état fébrile, il crut l'occasion favorable pour résoudre par voie d'expérimentation la question des rapports qui existent entre la chaleur animale et l'activité du centre circulatoire. Les grenouilles étaient d'autant mieux appropriées à ces recherches qu'elles se trouvaient changées, comme nous venons de dire, en animaux à sang chaud, et ensuite parce qu'elles se prêtent admirablement à l'analyse physiologique.

Par quelle voie physiologique l'action de la chaleur est-elle transmise au cœur? C'est là le point important du problème. M. Calliburcès admet qu'on pourrait donner *à priori* quatre explications différentes de ce phénomène.

I. L'accélération de la circulation provenant, d'après les lois de la physique, de ce que la chaleur en modifie les conditions hydrau-

---

les parties génitales des araignées, ainsi que les deux glandes dont j'ai parlé, se retrouvent dans ces insectes, avec cette seule différence qu'ils sont plus allongés et que les glandes sont plus volumineuses avant la ponte, tandis qu'elles disparaissent complétement immédiatement après. D'où j'ai conclu que cette analogie dans la forme anatomique de ces parties supposait les mêmes fonctions physiologiques, et que l'araignée, comme le papillon, réunissait individuellement les deux sexes et se multipliait sans accouplement. Il y a plus, j'ai souvent transpercé avec une épingle un grand nombre de sphinx, de zeuzères, de bombyx et de beaucoup d'autres espèces immédiatement après leur métamorphose en papillons, et ils pondaient encore dans cet état le même nombre d'œufs féconds, cloués qu'ils étaient au carton.

» D'après ces observations authentiques que chacun peut facilement contrôler, on ne saurait douter que certains insectes ne jouissent de la faculté de se reproduire sans le secours de l'accouplement, et qu'ils ne soient réellement hermaphrodites. »

M. Delfrayssé continue ses recherches sur cet intéressant sujet, et nous promet de nous en communiquer les résultats. Nous serons heureux d'en faire part à nos lecteurs, et nous le prions d'agréer d'avance tous nos remercîments.

— De combien de malédictions n'a-t-on pas poursuivi les oiseaux, qui font subir tant de dégâts à nos récoltes! Eh bien, toutes ces plaintes et toutes les rigueurs qu'on avait déployées contre ces malheureux volatiles, étaient non-seulement inutiles, mais encore fatales à nos propres intérêts. Ecoutez en effet un homme compétent, et qui vient de faire sur cette question des travaux remarquables, qu'il poursuit avec ardeur. M. F. Prévôt, aide-naturaliste au Muséum, vous démontrera que toutes les espèces de passereaux, de grimpeurs, d'échassiers, et même de gallinacées, sont plus utiles que nuisibles, et que les dégâts que quelques-unes d'entre elles commettent dans nos propriétés sont largement compensés par les services qu'elles nous rendent. Plusieurs semblent même indispensables à l'agriculteur, et il suffit de considérer leur nourriture pour reconnaître ce qu'il y a de vrai dans cette assertion.

L'*étourneau* détruit le hanneton à l'état de larve et à l'état parfait ; il débarrasse les troupeaux des larves de diptères qui leur causent tant de maladies, et des insectes qui les tourmentent.

Le *pic* passe des jours entiers à nettoyer un arbre des insectes qui habitent sous son écorce et des larves qui rongent le bois.

Le *coucou* mange les chenilles arpenteuses suspendues aux branches des arbres de nos forêts.

La nombreuse famille des *becs-fins* détruit pendant toute l'année des millions de larves et d'insectes aériens.

Le *gros-bec*, le plus granivore des passereaux, devient insectivore à l'époque de la reproduction, et nourrit exclusivement ses petits de larves et d'insectes parfaits.

Il est encore des oiseaux qui vivent pendant toute une saison d'une seule espèce d'insectes destructeurs, sous leurs deux états : parmi les insectes dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs, nous pourrions citer encore le *Scolytus destructor*, l'ennemi des ormes, et la *Cecidomyia tritici*; puis le *Calamobius marginellus*, le *Bruchus Pisi*, *Calandra granaria*, *Pierris brassicæ*, *Hylobius Abietis*, et beaucoup d'autres espèces.

M. F. Prévôt, pour arriver à connaître la nourriture des oiseaux, a réuni et conserve des estomacs de toutes les espèces, dont il a pu se procurer une série d'individus pris à toutes les époques de l'année, c'est-à-dire un individu par mois, et même pour la plupart un par semaine. Il a même dressé des tableaux assez curieux : en prenant un oiseau, il le fait mois par mois, souvent même huit jours par huit jours, et consigne les divers insectes, les vers, les mollusques, les graines et les fruits qui lui ont servi de nourriture. Ces tableaux si intéressants mènent à cette conclusion, qu'il existe des oiseaux qui sont de puissants auxiliaires de l'agriculture, que les dégâts qu'ils commettent sont bien inférieurs aux services qu'ils rendent en détruisant les insectes, et que si l'on n'arrête point la destruction mal inspirée de ces oiseaux, l'agriculture se prépare des désastres prochains et peut-être irréparables.

Notons en passant combien la nature a sagement pourvu à la destruction d'un insecte dont les ravages sont si étendus. Le hanneton sert de nourriture, non-seulement à presque tous les passereaux, mais encore à tous les mammifères carnassiers, depuis le loup jusqu'à la musaraigne. Sans ce grand nombre d'ennemis, quelle ne serait pas l'effrayante abondance de ce grand destructeur !

liques, n'est pas la cause première de la fréquence plus grande des mouvements du cœur.

II. L'accroissement de l'activité du cœur consécutif à l'augmentation de la chaleur animale est indépendant du système nerveux.

III. L'accélération des mouvements respiratoires, qui lors de l'augmentation de la chaleur animale coïncide avec l'accroissement des contractions du cœur, ne peut pas être regardée comme la cause de cette fréquence plus grande des battements de ce dernier organe.

IV. L'accélération de l'activité du cœur, qui est la conséquence de l'augmentation de la chaleur animale, dépend uniquement de l'action locale et spécifique de la chaleur sur le cœur même.

M. Calliburcès, après avoir appuyé d'expériences la démonstration de ces quatre propositions, a cru pouvoir prendre les conclusions suivantes :

1° La chaleur a une action spécifique sur le cœur ; l'augmentation des pulsations qu'elle provoque est indépendante non-seulement des conditions hydrauliques de la circulation, mais encore du système nerveux et des mouvements respiratoires ; elle n'est due qu'à l'action directe de la chaleur sur le centre circulatoire ;

2° La chaleur animale est destinée à exciter le cœur d'une manière locale et à en entretenir l'activité ;

3° Le nombre des contractions du cœur s'accroît, sans qu'il y ait proportion directe, en raison du degré de chaleur qu'on emploie, si le cœur se trouve près de son état physiologique, c'est-à-dire s'il n'a pas déjà servi à plusieurs expériences de ce genre.

4° La chaleur influe non-seulement sur la quantité, mais encore sur la qualité des contractions du cœur ;

5° L'action de la chaleur sur le cœur continue à subsister lors même qu'il n'y est plus exposé d'une manière directe.

M. Calliburcès croit qu'il faudra chercher la nature réelle de la fièvre dans la production de la chaleur augmentée d'une manière morbide, et non dans l'activité plus grande du cœur, qui en est la conséquence physiologique ; il lui semble que bien des phénomènes du côté du cœur, que l'on attribue maintenant encore aux nerfs ou à une émotion morale, ou aux effets de quelques moyens thérapeutiques, trouveront leur explication dans une des circonstances suivantes : 1° le sang est chassé de la périphérie vers le cœur, ou la circulation est accélérée et une plus grande quantité de sang passe dans un temps donné par le cœur et en modifie les conditions thermiques ; 2° les vaisseaux du cœur sont paralysés (par exemple par la section du nerf pneumogastrique), il s'établit une congestion passive qui modifie encore les conditions thermiques de l'organe ; 3° quelques agents thérapeutiques (la digitale par exemple) dont on regarde l'action comme spécifique sur le cœur, diminuent seulement la production de la chaleur.

Enfin l'auteur pense que les lois physiologiques qu'il a découvertes contribueront à modifier, non-seulement la manière d'expliquer quelques phénomènes physiologiques, mais qu'elles serviront encore à introduire des modifications dans la théorie et la thérapeutique de la fièvre et le traitement des affections du cœur. Il se propose de vérifier par des preuves expérimentales ces nouvelles opinions, qu'il n'a qu'effleurées ici, et de donner les autres résultats de ses expériences sur des animaux à sang froid et à sang chaud.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 juillet 1857. — Présidence de M. Michel Lévy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet deux rapports de MM. Bertrand et Pénissat sur le service médical des eaux minérales du mont Dore et de Châteauneuf (Puy-de-Dôme) pendant l'année 1855. (Commission des eaux minérales.)

Le même ministre transmet l'ampliation d'un arrêté en date du 17 juin 1857 qui approuve l'insertion au Codex de la formule du *quinium*, ou extrait alcoolique de quinquina à la chaux, proposée par MM. Labarraque et Cie.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le professeur Moquin-Tandon informe l'Académie qu'il se porte candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

M. Hardy, médecin à l'hôpital Saint-Louis, se met également sur les rangs pour la même vacance. (Renvoi à la section.)

Anesthésie. — M. Bonnafont communique une note sur le sujet actuellement en discussion. Cette note se résume en ces termes :

Si nous étions appelé à déduire des conclusions sur ce sujet, voici celles que nous aurions l'honneur de proposer à l'Académie :

1° Que le chloroforme, étant un agent très-actif et très-dangereux, doit être administré avec une grande prudence ;

2° Que l'idiosyncrasie des individus, ne pouvant être appréciée d'avance, constitue également une difficulté et même un danger qui doivent alléger d'autant la responsabilité du praticien ;

3° Que l'emploi d'une éponge, comme l'a dit M. Robert, en raison de sa propriété et de la surface qu'elle présente, pouvant fournir un développement trop grand, trop brusque des vapeurs anesthénisantes, il nous paraît plus sage, plus prudent, et plus conforme à tout ce qui se fait pour l'administration de tous les médicaments, de chercher un appareil aussi simple que possible, mais qui permette de se rendre un compte plus exact que ce qui existe de la quantité employée ;

4° Que, le dosage d'un médicament étant subordonné à ses propriétés plus ou moins actives, il importe, comme l'a très-bien dit M. Larrey, que le chloroforme soit toujours identique et très-pur ;

5° Que, si son degré de pureté et de concentration ne peut être rigoureusement apprécié, son administration ne saurait être soumise à des règles fixes de dosage ; donc il faut en proscrire l'emploi, ou laisser le praticien seul juge de ses actes et relevant exclusivement de sa conscience ;

6° Que, dans l'état actuel de la science à cet égard, il n'y a ni tribunal ni personne qui puisse revendiquer le droit d'étendre plus loin ses investigations et ses exigences ;

7° Enfin, que la discussion provoquée par M. Devergie, loin d'augmenter la confiance dans le chloroforme, aura pour résultat d'en diminuer encore l'usage, excepté peut-être dans les hôpitaux, où les chirurgiens trouvent leur habileté secondée par des aides sur l'intelligence desquels ils peuvent compter.

— M. Collongues (de Passy) adresse une lettre dans laquelle il indique le parti que l'on peut retirer de l'emploi du dynamoscope dans l'éthérisation.

— M. Gama adresse une lettre par laquelle il annonce qu'il fait hommage à l'Académie de 20 exemplaires d'une publication qu'il a fait paraître dernièrement et qui a pour titre : *Esquisses historiques de Guttenberg*.

— M. Durov, pharmacien à Paris, adresse une lettre contenant quelques documents rectificatifs du dernier discours de M. Robert touchant l'emploi des appareils pour le chloroforme. (Renvoi à M. Robert.)

— M. le docteur Letenneur (de Nantes) adresse une brochure intitulée : *Études cliniques sur l'herpès tonsurant*, par M. Malherbe, suivies de réflexions par M. Letenneur, à l'occasion de la lecture récente de M. Reynal. (Renvoyé à la commission chargée de l'examen du travail de M. Reynal.)

La salle de respiration à Pierrefonds. — M. le docteur Sales-Girons adresse un mémoire contenant les premières observations cliniques recueillies par lui dans la salle de respiration nouvelle qu'il a fait instituer à l'établissement des eaux sulfureuses de Pierrefonds, près Compiègne.

On sait que ce médecin vient de réaliser un perfectionnement notable dans le mode d'administration des eaux pour le traitement spécial des maladies de poitrine.

Jusqu'à ce jour les salles d'inhalation ne donnaient à respirer les eaux minérales qu'à l'état de vapeur, c'est-à-dire dépouillées des éléments médicamenteux fixes, lesquels restaient ainsi dans les vases d'ébullition. M. Sales-Girons a pensé qu'il serait plus rationnel de chercher un autre mode que celui de la vaporisation qui conservât au liquide tous ses éléments, et il a imaginé la pulvérisation de l'eau minérale.

C'est au moyen d'un appareil des plus ingénieux, qu'on est parvenu à Pierrefonds à poudroyer l'eau sulfureuse dans l'espace d'une chambre, de manière à la rendre aussi parfaitement respirable que si elle était à l'état de vapeur.

L'auteur fait ressortir les autres avantages que présente son innovation. Ainsi, la salle de respiration de Pierrefonds fonctionne à la température ordinaire, et les fenêtres en peuvent rester ouvertes durant la séance : deux conditions précieuses quand il s'agit de maladies de poitrine.

M. Sales-Girons termine son mémoire en annonçant à l'Académie qu'il dispose toutes choses à Pierrefonds pour ouvrir une saison d'automne à la suite de la saison d'été, se fondant sur l'aphorisme d'Hippocrate : *Autumnus tabidis malus !* pour expliquer l'utilité de cette nouvelle institution.

Forceps et céphalotribe nouveaux. — M. DEPAUL présente, au nom de M. Valette, chirurgien en chef de la Charité (Maternité) de Lyon, un forceps et un céphalotribe nouveaux. Ces instruments ont été construits d'après des modèles qui ont supporté l'épreuve clinique. Ces derniers présentaient des défectuosités qui ont disparu. Tels qu'ils étaient, ils ont donné des résultats fort remarquables ; ceux qu'on présente aujourd'hui ont reçu de M. Mathieu des perfectionnements notables, qui rendront plus simples certaines opérations obstétricales.

Forceps. — Le forceps a été le point de départ de l'auteur dans ses recherches sur la céphalotripsie ; il existe entre cet instrument et le céphalotribe une certaine analogie de formes, on y trouve réunis tous les avantages que l'auteur a cru reconnaître aux principaux forceps connus. Ainsi les cuillers ont les courbures considérées comme les meilleures par les principaux accoucheurs. Les branches s'articulent par leur extrémité libre, c'est le principe d'articulation du forceps de Thenonce ; seulement le mécanisme de celui-ci est différent ; en outre, il présente, pour maintenir les branches serrées, une espèce d'anneau à coulisse : cette disposition fait disparaître un des inconvénients reprochés avec raison au forceps de cet accoucheur.

En résumé :

1° L'introduction du forceps est facile ;

2° On peut indifféremment commencer par l'une ou l'autre branche ;

3° La présence d'une branche ne peut, dans aucun cas, gêner pour l'introduction de l'autre ;

4° Il s'articule avec une grande facilité ; les inconvénients qu'entraîne quelquefois la nécessité de croiser les branches sont écartés ;

5° Enfin, M Mathieu, en appliquant aux branches de ce forceps son articulation à baïonnette, en a fait un instrument plus portatif ; c'est un avantage que quelques praticiens pourront apprécier. Dans tous les cas, on peut, suivant ses goûts, choisir entre un forceps à branche solide ou un forceps à branche brisée.

Céphalotribe. — Le céphalotribe perforateur qui accompagne le forceps est construit d'après les mêmes principes ; les branches présentent toutefois une forme et des proportions appropriées à leur destination. Les branches de cet instrument s'articulent par leur extrémité libre, comme pour le forceps.

RAPPORT.

Traitement de la dyssenterie. — M. PIORRY, au nom d'une commission composée de MM. Bally, Jolly et Piorry, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Hamon, médecin à Fresnay (Sarthe), ayant pour titre : *De la dyssenterie et de son traitement par le sulfate d'alumine et de potasse en lavements*.

C'est dans des cantons du département de la Sarthe, Ecommoy et Saint-Pather, qu'en 1854 et 1855 M. le docteur Hamon observa deux épidémies dites de dyssenterie ; il les a combattues par un traitement particulier, et il a recueilli plus de trois cents observations.

M. Hamon voit dans la dyssenterie une phlegmasie du gros intestin. Il cite quelques faits qui sembleraient porter à croire que l'affection qu'il a vue est contagieuse et infectieuse. Il indique la marche qu'elle a suivie dans le département, et signale parmi les causes productrices la misère, les privations de toutes sortes, et *surtout l'encombrement*.

Il établit dans la série d'accidents rapportés à la dyssenterie :

1° Une catégorie de phénomènes dus à un principe infectieux qu'il considère comme analogue, dans ses effets, aux virus de la variole, de la rougeole et de la scarlatine ;

2° Une affection locale existant dans le gros intestin ;

3° Une altération du sang qui, suivant lui, explique les troubles fonctionnels observés.

Lorsque, d'après M. Hamon, l'agent infectieux s'épuise pour produire l'action locale, la maladie est simple ; mais quand il est plus puissant, plus concentré, alors surviennent des phénomènes généraux qui revêtent le caractère typhoïde ou septicémique.

La maladie observée par M. Hamon lui a présenté des caractères tantôt franchement phlegmasiques, tantôt typhoïdes, tantôt phlogotyphoïdes ou mixtes.

Des évacuations muqueuses et sanguinolentes ont été les caractères pathognomoniques de cette dyssenterie. Ces selles, parfois vertes, ont contenu dans quelques cas des masses stercorales ; plus tard, les

---

— Toutes les fois qu'un incendie éclate et prend des proportions inquiétantes, on regarde avec admiration les hommes qui se dévouent par état, et souvent spontanément pour sauver des flammes leurs semblables près d'y périr, ou pour pratiquer les opérations qui doivent commander au feu. Mais un serrement de cœur se mêle à notre admiration, quand nous voyons ces hommes s'ouvrir un passage au milieu du feu, qui — selon le poëte — les *lèche* de ses langues ardentes, et nous demandons toujours la création d'un vêtement incombustible, qui puisse les soustraire à l'action dévorante du feu. Ce souhait, si souvent répété, vient de recevoir à Paris une solution qui semble remplir complétement toutes les données du problème :

Construire un vêtement assez souple pour que le sauveteur puisse se livrer librement à toutes sortes de mouvements, et par son incombustibilité, lui permettre de se tenir pendant un temps assez long au milieu du feu.

Des tissus métalliques, du carton d'amiante et des draps rendus incombustibles par du borax, de l'alun et du phosphate d'ammoniaque, représentent les éléments de ce nouveau système de vêtement.

Trois expériences qui ont eu lieu à Paris ont surtout frappé l'attention de toutes les personnes compétentes. Il s'agissait d'abord de porter une masse incandescente à une certaine distance. Un sapeur-pompier, les mains armées de doubles gants d'amiante, a saisi des barres de fer chauffées à blanc, et les a transportées à une certaine distance. L'épreuve a duré trois minutes.

La seconde épreuve était plus sérieuse. Une grande chaudière en fonte fut remplie d'un feu de paille et de menu bois : la flamme bien avivée, deux pompiers, la tête couverte d'un casque incombustible, protégés par un pantalon, une veste et des gants également incombustibles, se placèrent au-dessus de la chaudière ; leur tête était quelquefois entourée de flammes. Cette chaleur effrayante fut assez bien supportée par l'un des deux hommes qui s'était garni le front d'un morceau de carton d'amiante, et qui put ainsi affronter la puissance du feu pendant deux minutes quarante-sept secondes. L'autre sapeur, dont le front était dégarni de tout agent protecteur, accusa au bout de quatre-vingt-dix secondes une douleur si violente au front, qu'il lui fallut se retirer ; son pouls s'était élevé pendant l'expérience de 72 à 152 pulsations.

Nous arrivons à la dernière épreuve, qui était sans contredit l'épreuve décisive. On avait élevé deux haies de menu bois, couvertes de paille, hautes de 2 mètres, longues de 10, et placées à 1,50 l'une de l'autre. A la moitié de leur longueur avaient été pratiquées deux ouvertures latérales. Quatre sapeurs devaient parcourir la moitié de la longueur de ces haies embrasées, sortir par une des ouvertures latérales et rentrer par l'extrémité opposée pour recommencer cet exercice de l'autre côté de la haie. Outre son costume préservateur, l'un d'eux portait une hotte de tissu métallique dans laquelle se trouvait un enfant de dix ans. Tout se passait bien, quand une bretelle de la hotte s'étant détachée, l'enfant reçut une secousse et se crut un instant précipité dans le feu. Ses cris forcèrent de suspendre l'opération ; mais il était sain, sans brûlure, et, sa frayeur passée, il eut bientôt repris sa gaîeté ordinaire. Le sapeur qui portait l'enfant avait avant l'expérience 92 pulsations et 116 après. L'enfant, qui n'était resté que 60 secondes dans la hotte, ne présentait que 12 pulsations de plus après l'opération (de 84 à 96).

Les trois autres sapeurs restèrent dans les flammes 2 minutes 44 secondes, et en sortirent sans accident. Les pulsations étaient avant l'expérience de 88, 87 et 72 ; après, elles montaient à 152, 138, 124.

L'énergie avec laquelle on avait poussé le feu, et qui ne permettait pas aux assistants de s'approcher à 5 mètres du foyer, semble attester tout ce qu'il est permis d'attendre de ce nouveau système de vêtements. Espérons qu'il sera bientôt admis à rendre les services qu'il promet, et qu'on n'aura pas espéré en vain trouver un nouvel auxiliaire dans cette lutte terrible de l'homme contre le feu.

Dr E. RENAUD.

---

matières évacuées sont devenues blanchâtres et ont semblé constituées par des débris de membrane muqueuse ; leur fétidité était extrême, et le nombre des selles a varié depuis 5 à 6 jusqu'à 200. La gravité du mal, qui n'était pas toujours en rapport avec le nombre de ces évacuations, était surtout portée très-loin lorsque les selles devenaient involontaires. Un ténesme très-pénible était dû à la congestion qui avait lieu dans la dernière portion de l'intestin, et ce ténesme était parfois suivi de l'apparition d'hémorrhagies et d'épreintes viscérales cruelles. Les douleurs abdominales étaient exaspérées par un très-léger attouchement, et il était facile de limiter par la pression avec le doigt l'espace où elles existaient. On les rencontrait dans cet ordre de fréquence : l'S iliaque, le cœcum, le côlon transverse, l'ombilic, l'hypogastre. Le plessimétrisme, dit M. Hamon, permettait de constater une abondante accumulation de matières fécales et de gaz dans les diverses parties des gros intestins. Les caractères de sonorité et de matité variaient d'un instant à l'autre, en raison des conditions physiques que présentaient les corps liquides ou gazeux que les intestins venaient à contenir successivement.

Le pouls, de 100 à 120 au début, baissait souvent, vers le cinquième ou le sixième jour, à 70 ou 80. Les vomissements étaient rares. Six femmes enceintes et atteintes de dyssenterie sont accouchées avant terme et n'en ont pas moins guéri. Des aliments donnés trop tôt, et surtout l'usage du vin empiriquement administré ont eu souvent des effets funestes.

La marche du mal a été aiguë. Dans les cas heureux, c'est après une douzaine de jours de traitement que la convalescence s'est déclarée. Chez certains vieillards, une couche diphthéritique s'est prononcée sur la voûte palatine, le voile du palais et ses piliers.

M. le docteur Hamon affirme que les résultats des évacuations sanguines dans les cas qu'il a observés ont été en général mauvais, tandis que ceux des vomitifs et des purgatifs ont été satisfaisants. Ils ont agi, dit-il, soit par les évacuations qu'ils causaient, soit en opérant une déviation légère, soit aussi en produisant une inflammation spéciale qui se substituait à la phlegmasie dyssentérique. Seulement les purgatifs affaiblissaient le malade ; les selles qu'ils provoquaient augmentaient les souffrances, et souvent ils ne réussissaient en aucune façon. Les narcotiques n'agissaient que comme palliatifs, et suivant M. Hamon, c'était spécialement à la médecine substitutive qu'il était le plus utile d'avoir recours. C'est cette méthode que M. le docteur Hamon a cherché à mettre en pratique dans les médications suivantes :

Un premier malade fut traité par une solution de 15 grammes de savon, et de 15 grammes de chlorure de sodium, pris en lavement deux fois par jour. La marche de la maladie parut enrayée. M. Hamon eut ensuite recours au sulfate d'alumine et de potasse administré en injections dans le rectum. La dose de ce médicament jusqu'à l'âge de dix ans fut portée de 1 à 3 grammes, tandis que pour l'adulte, elle s'éleva de 4 à 8 grammes.

L'auteur donne le conseil de faire coucher les malades après l'administration du lavement, sur le ventre ou sur le côté droit. Il attribue à l'alumine une action éminemment astringente, irritante et désinfectante ; elle rend inodores et non septiques les selles les plus infectes. Lorsque la maladie est prise à son début, quelques lavements alumineux suffisent pour l'enrayer dans sa marche.

Les résultats de ce traitement ont été très-satisfaisants. Trente-cinq malades habitant le plus pauvre quartier d'une commune voisine de Fresnay, ayant été soumis à cette médication, se sont trouvés promptement soulagés et assez rapidement guéris. Dans une autre commune, sur quarante malades, deux vieillards seulement ont succombé.

Tel est le mémoire de M. Hamon, mémoire rédigé dans un bon esprit, et qui prouve que son auteur étudie les épidémies dans une excellente direction, c'est-à-dire qu'il ne se borne pas à faire une sèche et inutile énumération des symptômes, mais qu'il cherche à remonter aux lésions existantes, et aux moyens qu'il convient d'y opposer. S'élevant à la connaissance des causes complexes des accidents, il analyse avec soin les cas où il n'existait que des alternatives simples des gros intestins, et ceux où un état septicémique devait porter sa fâcheuse influence sur les lésions locales du côlon ou du rectum. Il n'existe pas plus en effet une maladie dite dyssenterie, et qui soit constamment semblable, qu'il n'y a de fièvre typhoïde simple et toujours la même.

Il y a des cas où le mal reconnaît pour cause des aliments indigestes, de mauvaise nature, et dans lesquels les lésions se bornent à une inflammation peu intense et spontanément curable de la membrane muqueuse, soit du rectum seulement, soit des côlons ou même du cœcum.

Il en est d'autres, au contraire, où des agents toxiques ou septiques viennent compliquer le mal local et exercer sur sa marche une fâcheuse influence ; ailleurs il y a des altérations du sang variées, parmi lesquelles il faut surtout noter le virus septique auquel l'encombrement donne si souvent naissance. D'autres fois encore, le miasme marécageux vient combiner son action délétère à un autre agent morbide, et, comme cela a lieu fréquemment en Algérie, on voit la rate augmenter de volume, et des accès périodiques survenir. Trop souvent encore, à la suite des ulcérations des gros intestins, se déclarent des phénomènes de piémie dus à la pénétration du pus dans les veines. Il n'est enfin que trop ordinaire de voir se déclarer des hépatites, conséquence du dépôt dans le foie, par les rameaux terminaux de la veine-porte, des molécules purulentes et putrides, qui ont puisé dans les parties malades du conduit alimentaire les radicules d'origine de cette veine.

De ces collections si variables de causes, de lésions, de phénomènes organiques, il résulte qu'il ne s'agit pas de reconnaître chez un ou plusieurs individus la maladie dite dyssenterie, mais bien de déterminer soit les lésions qui existent, soit les circonstances étiologiques qui ont donné lieu ou qui les entretiennent, soit les relations qui existent entre elles, et les circonstances physiologiques et pathologiques qui lient entre eux les phénomènes que l'on observe.

C'est parce que M. le docteur Hamon a été conduit à examiner les faits de cette façon que le mémoire qu'il nous a adressé présente véritablement de l'intérêt, et qu'il nous a paru digne de fixer l'attention de l'Académie.

Nous vous proposons de remercier ce médecin de sa communication, et de la renvoyer à votre comité de publication pour qu'il en tire le parti qu'il jugera convenable.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Sur la proposition de M. le secrétaire perpétuel, le mémoire de M. Hamon sera, en outre, envoyé à la commission des épidémies comme document pour servir au rapport général annuel, et concourir, s'il y a lieu, aux récompenses que l'Académie décerne aux auteurs des meilleurs rapports.

DISCUSSION.

Anesthésiques. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les anesthésiques.

La parole est à M. Devergie.

M. DEVERGIE. Une savante mais pénible discussion vient de se produire depuis près de deux mois à la tribune de l'Académie. Je dis pénible, car cette discussion, qui avait pour point de départ la communication que j'avais eu l'honneur de faire à la Compagnie, a reposé presque tout entière sur des opinions qui n'étaient pas les miennes ; j'ai dû protester dès la séance qui a suivi celle où ma lecture a été faite, mais alors il était déjà trop tard ; une interprétation avait été donnée par M. Velpeau, elle avait été acceptée par tout le monde, et au lieu de recourir au texte de mon mémoire, qui pendant cinq semaines est resté dans les bureaux de l'Académie, les membres qui ont pris la parole ont préféré le vague et l'incertitude à un contrôle qu'il était si facile de faire.

J'ai donc besoin aujourd'hui de rétablir les faits dans toute leur sincérité ; de montrer comment mes opinions ont été faussées ; de me placer sur le véritable terrain de la discussion.

Vous vous le rappelez, Messieurs, dans une discussion qui eut lieu dans le sein de la compagnie à l'occasion du rapport de M. Robert sur l'amylène, deux assertions avaient été émises, l'une par M. Gibert, l'autre par M. Velpeau.

M. Gibert attribuait à une seule et même cause la mort des individus soumis à l'éthérisation. Il la rattachait à l'idiosyncrasie et exonérait ainsi complétement les médecins.

D'une autre part, M. Velpeau avait avancé qu'il considérait à peu près comme inutiles les appareils qui avaient été inventés pour pratiquer l'éthérisation.

Dans la communication que j'ai faite à l'Académie, je me suis exprimé de la manière suivante en ce qui concerne les causes de la mort par le chloroforme : « Si, en effet, je recherche sous l'influence de quelle cause la mort par l'éther, le chloroforme ou l'amylène, peut survenir, je suis porté à penser que cette cause n'est pas toujours la même. »

Après avoir rappelé la mort que l'on pourrait rattacher à l'idiosyncrasie du sujet, c'est-à-dire celle qui a lieu dans les premiers moments de l'éthérisation, et après avoir signalé la différence qui existe entre l'homme et les animaux, par rapport au mode suivant lequel la mort arrive chez les uns et chez les autres, j'ajoute : « Ainsi l'homme ferait exception, de là des explications plus ou moins fondées de la mort ; ici la syncope ; là une influence morale qui éteint soudainement la vie ; ailleurs une influence directe sur le cerveau et sur tout le système nerveux ; une action toute spéciale sur le cœur, etc. »

Et plus loin : « Il n'en résulte pas moins que le genre de mort *n'est pas constamment le même*, » et tirant ensuite une conclusion de certaines considérations que j'avais émises, j'ajoute : « Qu'il me paraît impossible de ne pas admettre qu'il est des cas où la mort *puisse survenir par asphyxie*. »

Je trouve encore cette phrase : « Dans certains cas mêmes, la mort est probablement due à l'*influence directe du chloroforme et à l'asphyxie à la fois*. »

L'alinéa suivant commence ainsi : « A l'appui de ce *genre de mort possible* par asphyxie, j'invoquerai, » etc.

Un autre paragraphe reproduit la même idée.

Enfin la conclusion ne peut laisser aucun doute à cet égard.

La mort dans l'éthérisation *peut avoir lieu par asphyxie*.

Cette asphyxie *peut être* le résultat de la *quantité trop faible* d'air qu'on laisse arriver dans les poumons.

Lorsque l'air n'arrive pas en *suffisante quantité* dans les poumons, c'est la faute de l'opérateur.

Placer l'opérateur dans des conditions telles qu'il ne puisse jamais commettre cette faute, etc.

Ainsi, il résulte évidemment pour tout le monde :

1° Que dans ma communication je n'ai pas fait de l'asphyxie la cause unique de la mort par le chloroforme ;

2° Que je n'ai présenté l'asphyxie que comme un mode *possible* de mort ;

3° Que je n'ai jamais entendu parler de cette asphyxie *brutale*, que l'on me passe cette expression, comme celle qui résulte d'un tampon que l'on vient à appliquer sur le nez ou la bouche d'un individu de manière à mettre tout à coup un obstacle absolu à l'entrée de l'air, mais bien de cette asphyxie qui résulte d'une *insuffisance* d'air, laquelle insuffisance devient cause de mort soit seule, soit en s'ajoutant à l'action du chloroforme, car si, tout en faisant respirer du chloroforme à un malade, on lui avait laissé arriver en même temps une quantité *suffisante* d'air, la mort ne serait pas survenue.

Six passages de ma communication se relient et s'enchaînent pour exprimer ma pensée à cet égard.

En présence de ces assertions si nettes, je me demande comment M. Velpeau, qui le premier a pris la parole dans cette discussion, a pu dire : « Je ne nie pas l'asphyxie, mais il me semble qu'il n'est pas » soutenable de prétendre que la mort n'arrive jamais que par as- » phyxie. »

Et chacun de s'emparer de cette fausse interprétation de M. Velpeau, chacun de la répéter, chacun de la publier et de la reproduire, malgré mes dénégations, malgré l'impression de mon mémoire dans le *Bulletin de l'Académie*.

Je comprends qu'avec un pareil thème, l'argumentation ait été facile, et l'Académie me rendra cette justice qu'il m'a fallu un sentiment bien vif de retenue, une conscience bien complète de mes devoirs envers une Compagnie à laquelle j'ai l'honneur d'appartenir pour avoir supporté pendant deux mois cette pénible argumentation sans en appeler à la tribune, sans en appeler à la publicité.

Quelle a été maintenant ma conclusion ? J'ai vu dans la proposition de M. Velpeau, qui considérait les appareils comme *inutiles* à l'éthérisation, ajoutant que l'éthérisation c'était le chirurgien, j'ai vu, dis-je, un danger au point de vue de la responsabilité médicale. J'ai terminé mon mémoire en ajoutant : *Il y aurait donc lieu de préconiser dans les éthérisations* l'emploi d'appareils à ouvertures fixes et invariables pour l'entrée de l'air, plutôt que d'en repousser l'usage.

C'était évidemment la conséquence de la possibilité de l'asphyxie par insuffisance d'air, c'était encore au point de vue de la responsabilité médicale, un moyen de couvrir le médecin. C'était demander si, contrairement à l'assertion de M. Velpeau, les appareils ne pouvaient pas être utiles.

Comment a-t-on encore interprété ma pensée ? On l'a transformée en une prescription absolue des appareils. On a prétendu que je voulais imposer les appareils dans la pratique chirurgicale, moi qui ne suis pas chirurgien, moi qui n'ai aucun droit à m'immiscer dans la pratique de la chirurgie ? mais à l'instar de tout médecin qui tient à l'honorabilité du corps médical, j'avais, je crois, plus que tout autre, le droit de venir dire à mes confrères : Prenez garde ! avec la méthode opératoire que l'on préconise, vous êtes à découvert, vous vous livrez tout entiers au soupçon ; souvent, trop souvent on a fait une application à votre art de l'art. 319 du code pénal ; proscrire les appareils, c'est ouvrir une large porte à toutes les suppositions.

Je n'ai pas dit autre chose et je ne pouvais dire autre chose.

Voilà les faits dans toute leur pureté, tels qu'ils ont été primitivement formulés.

Aujourd'hui, loin de reculer devant une conviction que l'on n'a pas ébranlée, je vais chercher à lui donner plus de poids, en suivant les membres qui ont bien voulu prendre la parole sur le terrain où ils m'ont entraîné. Je vais embrasser la question de la responsabilité médicale tout entière, en empruntant à l'art de la chirurgie ce qu'il me faut pour l'élucider, sans me préoccuper de l'art en lui-même, auquel il ne m'appartient pas de fournir des préceptes ou des procédés opératoires. Mais, a-t-on dit déjà, il est évident que vous n'avez pas commis une erreur scientifique ainsi que nous le pensions ; mais vous avez commis une inconséquence en proposant de substituer des appareils aux moyens ordinaires aujourd'hui en usage, car vous proposez le moyen en vue de l'exception.

J'espère démontrer que je n'ai pas plus péché par inconséquence que par ignorance ; car si l'exception *tue* et que la règle *ne protége même pas l'exception*, je suis encore conséquent avec moi-même en proposant de ne pas abandonner un moyen qui met le malade à l'abri de ce danger. Au surplus, nous allons voir si ce moyen a les limites que l'on prétend lui assigner.

J'ai tenu à produire ce fait par écrit, afin d'édifier l'Académie tout entière sur la manière de voir que j'ai émise, et aussi de fournir à la presse médicale, que je sais aussi bienveillante qu'impartiale, le moyen de détruire les erreurs qu'elle a propagées en insérant textuellement ces quelques pages, ce dont je lui serai très-reconnaissant.

Après ce préambule, M. Devergie s'est livré à une longue argumentation improvisée dans laquelle il a répondu, une à une, à toutes les objections qui lui ont été adressées par MM. Gibert, Velpeau, Cazeaux, Robert, etc. Nous résumerons plus tard cette seconde partie du discours de M. Devergie, que son étendue ne nous permet pas de reproduire aujourd'hui.

Plusieurs membres ayant demandé à répondre, M. le président consulte l'Académie pour savoir si elle entend donner suite à cette discussion. La majorité de l'Académie ayant répondu affirmativement, la suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un décret impérial en date du 12 juin 1856 détermine que le recrutement du corps de santé de l'armée de terre aura lieu par des élèves qui, après deux années de séjour à l'école instituée près la Faculté de Strasbourg, et leur réception au doctorat, sont appelés à devenir médecins aides-majors de 2e classe, en passant un an à l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Pour l'exécution des dispositions de ce décret, un concours pour un nombre indéterminé d'emplois d'élève du service de santé militaire à l'école de Strasbourg s'ouvrira :

A Strasbourg, le 2 novembre 1857 ;

A Lyon, le 10 du même mois ;

A Montpellier, le 16 du même mois ;

A Toulouse, le 21 du même mois ;

Et à Paris, le 27 dudit mois de novembre.

— Aujourd'hui jeudi, à deux heures et demie, aura lieu dans la cour de la Faculté la cérémonie d'inauguration de la statue de Bichat. Si rien n'est changé su programme, elle commencera par un morceau de musique composé par M. Elwart et exécuté par un corps de musique militaire. Au moment où la statue sera découverte, les élèves de la classe de M. Chevé exécuteront une cantate dont les paroles sont de M. le docteur Roux et la musique de M. Elwart.

Après le rapport, fait au nom de la commission permanente du Congrès médical de 1845, par le secrétaire général de cette commission, M. Serres prendra la parole au nom du Congrès. Réponse au nom de la Faculté de médecine, par M. le professeur Bouillaud. Discours par M. le baron H. Larrey, au nom de la Société médicale d'émulation, dont Bichat a été l'un des fondateurs. Enfin, la séance sera terminé par un chœur triomphal accompagné de la musique militaire.

Des places ont été réservées à MM. les élèves. — Les lettres d'invitation serviront de carte d'entrée.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 85. — MARDI 21 JUILLET 1857. (30e ANNÉE.) N° 85. — MARDI 21 JUILLET 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 20 JUILLET 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

Plusieurs travaux ont été communiqués depuis quelque temps à l'Académie des sciences sur une question d'ethnologie, intéressante par elle-même et par ses rapports avec l'hygiène publique, nous voulons parler de la momification et de la conservation des corps. Dans l'une des précédentes séances M. Gay, faisant un rapport sur un mémoire de M. de Rivero relatif aux momies du Pérou, insistait sur ce fait connu depuis longtemps d'ailleurs, que les momies ne sont pas toutes le produit d'une préparation artificielle, et que souvent la nature particulière d'un terrain et surtout un climat très-sec et très-chaud suffisent pour donner le même résultat, et il citait à l'appui les exemples de conservation naturelle constatés en Égypte, en Nubie, au Pérou et même dans quelques parties de l'Europe, et notamment en France (à Bordeaux, dans les caveaux de l'église Saint-Michel). M. Alvaro Reynoso a communiqué à cette occasion dans la dernière séance une note dans laquelle il expose certains détails sur les procédés usités en Amérique avant la conquête, pour la conservation des corps. Dans le nombre figure le procédé de dessiccation, qui consistait soit à placer le corps préalablement enveloppé de couvertures de coton sur une grille faite de grosses cannes, sous laquelle on allumait un petit feu « pour évaporer toute l'humidité contenue dans le cadavre ; » soit à le suspendre au moyen d'un hamac au-dessus du feu, pendant le temps nécessaire à la dessiccation. M. Alvaro Reynoso est d'avis qu'on pourrait appliquer des moyens analogues dans les cas où l'on aurait besoin de conserver un grand nombre de cadavres sans les embaumer. Il proposerait de les dessécher rapidement en les plaçant dans une étuve chauffée et faisant arriver sur eux un courant d'air chaud, au moyen d'un ventilateur.

Quant à ce qui a trait aux momies naturelles, M. A. Reynoso croit que jusqu'ici on a porté trop exclusivement l'attention sur les propriétés physiques du terrain dans lequel on a trouvé ces momies naturelles, et qu'on ne s'est pas assez attaché à analyser chimiquement les terrains, dans le but de savoir s'il n'existait pas là des sels capables d'empêcher la putréfaction, et qui auraient pu pénétrer dans le cadavre et le préserver. De plus, il incline à penser que si certains cadavres résistent mieux que d'autres à la putréfaction, quoiqu'ils se trouvent placés du reste dans les mêmes conditions, on peut expliquer cette différence, soit par le régime observé pendant la vie, soit par les médicaments qu'on a employés, et surtout parce qu'ils peuvent se dessécher plus facilement.

Quoi qu'il en soit de ces conditions de conservation encore mal déterminées, il existe des exemples remarquables de conservations naturelles ; le plus connu et le plus remarquable sans contredit est celui du corps de Charles V, qui se trouve en ce moment dans le Panthéon des rois d'Espagne à l'Escurial, et dont on a constaté encore, dit-on, l'année dernière, le parfait état de conservation.

M. Martins, poursuivant ses études anatomiques sur l'homologie des diverses pièces constituant les membres supérieurs et inférieurs, a présenté dans cette séance une nouvelle note ayant pour objet de démontrer l'homologie du radius et du tibia, par des exemples tirés de l'anatomie comparée, et en particulier par la coalescence des têtes du radius et du cubitus pour former le chapiteau du tibia dans certains mammifères (les monodelphes). On lira cette note dans le compte rendu de la séance.

Nous regrettons de n'en pouvoir dire autant pour le mémoire de M. Combes sur la circulation nerveuse, et pour la communication de M. Négrier sur les ovaires et les affections hystériques, dont nous ne trouvons dans le *Compte rendu* de l'Académie que l'énoncé seulement.

Parmi les pièces de la correspondance imprimée nous trouvons l'indication d'une brochure de M. le professeur Gama, qui mérite une mention. Elle a pour titre et pour objet l'utilité des citernes dans les établissements militaires ou civils et les maisons particulières. M. Gama se plaint que l'on néglige généralement d'utiliser les eaux qui tombent du ciel. Prenant pour exemple le Val-de-Grâce, dont il a été longtemps chirurgien en chef, l'honorable M. Gama montre tout le parti que l'on pourrait tirer des citernes, dans cet établissement où l'eau manque, dit-il, habituellement pour le service pendant presque tout le cours de l'été. Il en est de même pour quelques autres hôpitaux et pour plusieurs casernes des forts détachés et des environs de Paris, et pour un grand nombre d'établissements civils.

Ainsi pour les établissements hospitaliers militaires, qui font l'objet plus spécial de ce travail, M. Gama voudrait que l'usage des eaux de pluie conservées dans des citernes construites *ad hoc* y fût prescrit à l'exclusion de toute autre, pour composer la boisson des malades, les tisanes sans exception, et pour la préparation des médicaments administrés sous forme liquide. Par raison hygiénique, et en même temps pour assurer aux soldats casernés, soit à des postes de fortifications, soit dans les villes, les moyens d'exécuter les ordres qu'ils reçoivent en ce qui concerne le service intérieur et particulièrement leur nourriture, il émet également le vœu qu'ils aient en suffisante quantité la même eau à leur disposition. Il propose, en conséquence, d'établir autour des hôpitaux et des casernes, en proportion du développement des toits, et en nombre proportionné aux besoins du service pour les hôpitaux, d'après un calcul qui aurait pour base le maximum du mouvement des malades, des citernes d'une dimension moyenne de deux mètres cubes.

La construction de ces citernes a été de la part de M. Gama l'objet d'une attention et d'une étude toute particulière, et les instructions qu'il donne à cet égard dans sa brochure ne sauraient être trop recommandées aux administrations, aux propriétaires et constructeurs qui voudraient suivre ses avis.

Mais M. Gama ne se borna pas à préconiser l'usage des citernes comme complément des ressources trop souvent insuffisantes au double point de vue des besoins alimentaires et hygiéniques, et des moyens de sûreté que fournissent à ces établissements les eaux de source et de rivière ; il leur donne sur celles-ci une préférence absolue à cause même de la composition des eaux de pluie, qu'il considère comme beaucoup plus saines et beaucoup mieux appropriées aux besoins de notre économie que les eaux de rivière en général, et particulièrement celles de la Seine. Aussi propose-t-il d'en généraliser l'usage et d'adopter désormais le système des citernes pour toutes les constructions nouvelles, aussi bien les habitations privées que les monuments et établissements publics. Il ne nous appartient pas de nous prononcer sur la valeur absolue du système proposé par notre honorable confrère, qui renferme d'ailleurs des éléments étrangers à notre compétence; mais en bornant notre appréciation à la considération seule des propriétés comparatives de l'eau de pluie et des diverses sources qui alimentent la capitale, il nous a paru que les in-

---

MONUMENT DE BICHAT.

Nous avons retracé en quelques mots, dans le dernier numéro, le caractère et la physionomie de la séance d'inauguration du monument élevé à Bichat, sans autre préoccupation que celle de la grandeur de l'hommage rendu à cet illustre physiologiste. Mais à côté de cette pensée, qui était en ce moment la pensée dominante, sinon exclusive, de l'assemblée tout entière, une autre pensée s'est fait jour incidemment, et nous croyons utile de constater ici l'effet qu'elle nous a paru produire et les résultats heureux que cet incident pourrait avoir s'il était permis encore d'entretenir quelque espoir sur la réalisation de vœux si souvent et si vainement exprimés.

M. A. Latour a eu l'heureuse idée, après avoir rappelé dans son rapport les circonstances qui ont amené cette fête d'inauguration, le seul des vœux émis par le Congrès médical qui ait été réalisé, de mettre sous les yeux de M. le ministre de l'instruction publique qui présidait cette assemblée quelques-unes des aspirations si légitimes du corps médical. M. le ministre, qui pendant cette lecture a plusieurs fois accueilli par des signes d'assentiment visible les vœux formulés par le rapporteur, aurait, si nous sommes bien informé, exprimé, après la séance, en termes beaucoup plus explicites l'intention où il serait de prendre ces vœux en sérieuse considération. Nous croyons donc être agréable à nos lecteurs en plaçant sous leurs yeux quelques-uns des passages du rapport de M. A. Latour. Ils sont précédés de l'allocution de M. le ministre et suivis de la réponse de M. le doyen aux membres de la commission du Congrès.

Allocution de M. le ministre de l'instruction publique.

Messieurs,

Le Congrès médical avait obéi à une bonne et haute pensée en décernant l'hommage d'une statue à la mémoire de Bichat. Il l'a poursuivie et réalisée avec cette constance qui caractérise les résolutions honorables, et qui ne se laisse distraire ni par le temps ni par les événements. Tel est le privilége de la science glorifiant ceux qui l'ont cultivée, suivant partout l'intelligence et le travail, et n'oubliant jamais leurs œuvres et leur nom. Aussi, Messieurs, je tiens en grand honneur le droit de présider cette solennité qui rassemble autour de la statue de Bichat toutes les célébrités de l'art médical, toutes les notabilités de la science et des lettres, — et je suis heureux d'exprimer ainsi l'adhésion empressée du gouvernement de l'Empereur à un acte généreux et national.

Toutefois, Messieurs, ne craignez pas que j'abuse du droit que je viens d'estimer si haut. Je comprends qu'il ne m'appartient pas de faire l'éloge de notre illustre médecin francais, et que je dois laisser cette pieuse tâche à ceux de ses confrères qui l'ont tant étudié et tant admiré pour devenir eux-mêmes les princes de la science et la gloire du pays. Seulement, je ne saurais fuir les impressions qui seront celles de toute cette assemblée, et vous me permettrez de les manifester comme elles viennent à mon cœur et à ma raison.

Bichat, si largement doué qu'il fut des plus vastes facultés, a dû ses succès à l'étude la plus opiniâtre, à une foi profonde dans la puissance du travail et à l'alliance des recherches positives de l'observation avec tout ce qui développe l'esprit et le goût. Il me semble qu'en inaugurant la statue de ce physiologiste éminent, de ce hardi et intelligent anatomiste qui, dans sa part si courte de la vie, a pourtant fondé tant de découvertes et de progrès, — il me semble, dis-je, que nous adressons un appel aux espérances et aux efforts de tous ceux qui se destinent à la carrière difficile, mais si utile et si honorée de l'art de guérir. — Qu'ils méditent ces grands exemples du passé !

A ceux qui se lasseraient des rudes épreuves du labeur, et qui, s'arrêtant en chemin douteraient du succès couronnant toujours le dévouement studieux ;

A ceux qui croient que la science médicale est tout entière dans le réalisme des observations matérielles, et qu'elle peut se passer, pour être large et féconde, du secours des études générales et littéraires ;

A ceux enfin qui manqueraient de confiance dans les résultats sociaux de la profession la plus belle parmi les plus enviées, il semble, encore que nous pouvons répondre : « Lisez les œuvres de Bichat et » regardez sa statue ! Il est mort à l'âge où d'autres commencent à » peine à vivre, et pourtant avec le courage, le travail, l'amour ardent » de la science et le goût pur des belles-lettres, il s'est fait immortel » et déjà la postérité vient à lui et salue ses images. »

Oui, Messieurs, c'est là un magnifique exemple, une puissante révélation pour tous les jeunes hommes qui se pressent à vos savantes leçons et se préparent à l'avenir. C'est ainsi que les morts glorieux enseignent et encouragent les vivants !

Je m'arrête, Messieurs, car je viens de dire la grande et consolante pensée qui surgit pour tous de cette solennité. Je laisse maintenant au savoir, à la renommée, le soin de vous raconter la vie et les travaux de l'homme dont la renommée et le savoir sont pour la France un noble et impérissable héritage.

Extrait du rapport fait au nom de la commission permanente du Congrès médical de 1845, par M. Amédée Latour, secrétaire général.

M. A. Latour, après avoir rappelé l'origine et les actes du Congrès médical, s'exprime en ces termes :

Le Congrès médical terminait sa session, lorsque dans son sein se fit entendre une voix émue : c'était celle de l'un de nos plus honorables confrères, de M. le docteur Blatin, qui vint apprendre au corps médical affligé que les restes mortels de l'illustre Bichat, déposés dans un coin presque ignoré de l'ancien cimetière Sainte-Catherine, indiqués seulement par une petite pierre placée par une main pieuse, que ces restes mortels étaient exposés à une perte irréparable par l'expropria-

convénients que l'auteur attribue au système d'approvisionnement actuel étaient évidemment exagérés, et par conséquent les avantages de la substitution qu'il propose au moins douteux.

Quoi qu'il en soit, le projet de M. Gama n'est pas moins digne d'être pris en très-sérieuse considération, et c'était un devoir pour nous de le signaler à l'attention de nos confrères, qui ne sauraient rester étrangers à cette grande question d'hygiène publique à laquelle le mouvement actuel de construction donne un intérêt particulier d'actualité. — Dr Brochin.

LA FRANCE MÉRIDIONALE ET LES PHTHISIQUES.

Il est rare que les poitrinaires désespèrent de leur avenir; voilà pourquoi la confiance, chez eux, ne se fane jamais complétement. La plupart de ces malades accueillent d'ordinaire avec un certain empressement la promesse banale d'une guérison par l'influence des pays chauds. Dès qu'ils entrevoient la possibilité d'un déplacement, un seul désir les agite et les obsède, celui de l'émigration hivernale vers les régions méridionales. Les phthisiques qui appartiennent aux froides et brumeuses cités du nord ne songent qu'à la pureté du ciel, aux doux rayons du soleil de Pau, de Cannes, d'Hyères, etc.

Est-il bien démontré que ces diverses stations jouissent de toute l'efficacité thérapeutique qu'on leur attribue contre la tuberculisation? J'ai sous les yeux une foule d'écrits dans lesquels se heurtent les assertions les plus contradictoires. Ainsi, parmi les auteurs que j'ai consultés, les uns se consument en efforts pour élever la ville de Pau au premier rang des hôtelleries ouvertes aux phthisiques; d'autres s'appliquent à éventrer sa réputation; quelques-uns, enfin, plus indécis ou moins bien informés, se contentent de bourdonner à l'aventure, et ressemblent un peu à ces marins qui font le tour du monde sans y entrer. Cette discordance que je signale n'est, du reste, qu'un des phénomènes habituels de toute controverse sans précision dans son but. Dire que les poitrinaires meurent à Pau comme ailleurs, cela est vrai pour un grand nombre d'entre eux, mais non pour tous.

Tout individu qu'une existence trop sédentaire, que de lugubres préoccupations ou l'extrême mobilité des influences météorologiques conduisent à la phthisie, trouvera un précieux correctif à cette imminence morbide dans l'air pur, la sécheresse du sol, la tiédeur de l'atmosphère et l'enchantement des impressions variées qui caractérisent le climat de Pau. Les affections catarrhales, la tuberculisation du premier degré compliquée de cachexie scrofuleuse, s'y améliorent notablement, surtout pendant l'hiver. Tels sont les avantages incontestables de cette résidence; il ne faut ni les méconnaître ni les exagérer.

Cependant, MM. Andral et Bricheteau somment les phthisiques qui se rendent à Pau de changer d'itinéraire; bien plus, ils leur enjoignent de ne s'arrêter ni à Montpellier ni à Marseille, ni sur aucun point du littoral européen de la Méditerranée. Cannes et Hyères sont donc implicitement comprises dans cette interdiction. MM. E. Lee, Carrière, Barth, Fodéré, Honoraty, etc., témoignent, au contraire, une grande estime pour ces deux localités.

Il n'a été établi, pour la ville de Cannes, aucunes observations statistiques relatives à l'état de la température ou de la météorologie pendant les diverses périodes annuelles. Mais en tenant compte des caractères généraux de son climat, on peut l'assimiler à celui d'Hyères. L'auteur d'*Une saison à Cannes* en donne la description suivante :

« L'aspect des campagnes est vraiment enchanteur; les propriétaires s'adonnent à la culture des fleurs pour la distillation; de là ces émanations balsamiques que l'on respire à chaque pas; ces champs de violettes, de roses, de jasmins, de tubéreuses qui flattent aussi agréablement la vue que l'odorat. On y remarque la végétation des différentes latitudes du globe, le sombre sapin et le chêne du Nord, non loin du cactus et de l'aloès de la brûlante Afrique; le citronnier, le jujubier, l'olivier toujours vert, l'oranger à la fois chargé de fleurs et de fruits. En toute saison, la terre est émaillée de fleurs : le lilas, la primevère, la violette, la jacinthe, fleurissent au soleil de novembre comme à celui d'avril; la neige qui couronne les montagnes ne nuit pas à la végétation qui croît à leurs pieds, et présente à l'œil un charme de plus, celui des contrastes. »

Située dans une position charmante, couvrant les sinuosités d'une petite baie, Cannes est protégée contre les vents du nord et de l'est par les monts Esterel; un chaînon des Alpes, parallèle au Var, la couvre du côté du nord-ouest et de l'ouest. Les influences australes ont seules un accès facile sur la ville. On assure que pendant l'hiver la température est assez douce et assez constante à Cannes et dans ses environs; en été, il y fait moins chaud qu'à Paris, la brise de mer qui souffle de dix heures du matin jusqu'à trois ou quatre heures du soir, modère la chaleur du jour. Sous le rapport de la pureté, de l'éclat du ciel et de la sécheresse de l'atmosphère pendant la nuit, le bassin de Cannes n'a peut-être pas son pareil sur les côtes européennes de la Méditerranée. Il semble vraiment que cette résidence ait été créée tout exprès pour les poitrinaires lymphatiques ou scrofuleux; mais elle devient intolérable pour les sujets nerveux, qui s'y agitent et s'y tourmentent sous l'influence d'un air habituellement très-excitant. On réussit toutefois à calmer cet agacement ou à corriger la pléthore lymphatique, en plongeant les malades dans un bain de sable chaud pris sur la plage. L'insolation agit ici doublement, et par la transpiration abondante que le sable provoque, et par les sels marins qui s'y trouvent mêlés : aussi ces bains sont-ils tout à la fois toniques et dépuratifs.

Malgré les avantages qu'elle présente, la station de Cannes est peu fréquentée par les phthisiques, parce que ces malades ne trouvent pas là ce qu'ils recherchent avant tout, des distractions.

Il n'en est pas de même de la ville d'Hyères, dont l'atmosphère douce et pure, les bosquets d'orangers et de lauriers-roses, s'offrent comme une attraction irrésistible, à tout ce qui est atteint de tubercules, de catarrhe, d'emphysème pulmonaires, d'asthme, de pleurite, de laryngite chroniques. « O vous, s'écrie M. le docteur Honoraty (1), dont les crachats sont formés uniquement de salive et de mucus buccal et guttural, qui ressentez de l'engourdissement, de l'inertie dans toute l'habitude du corps, une douleur gravative du côté de la tête, de la somnolence, du relâchement dans les muscles du thorax; vous, dont l'habitude du corps est délicate, les muscles grêles; la conformation du thorax vicieuse, soit d'origine, soit par accident; qui éprouvez de la mélancolie, de la disposition aux emportements de colère, de l'ardeur pour les plaisirs de l'amour; vous qui ressentez de la chaleur à la plante des pieds; vous dont la sensibilité est obtuse et difficile à exciter; vous dont l'âme est abattue, les glandes du cou endurcies; vous qui éprouvez un soulagement passager par une sorte de transport de la matière morbifique dans quelques articulations ou à la surface du corps; hâtez-vous, consultez un médecin, et qu'il vous le conseille ou non, partez, il en est temps encore, venez demander une vie nouvelle à notre beau climat. »

J'avoue que le médecin qui négligerait le moyen de réparer tant d'avaries, serait absolument impardonnable.

Selon M. Honoraty, la ville d'Hyères est une vraie succursale du paradis terrestre. On y retrouve, dit-il, dans l'hiver le printemps des autres pays :

Ver erat æternum, placidi tepentibus arvis
Mulcebant zephiri.

« A Hyères, la richesse du sol répond admirablement à la beauté du ciel. Connaissez-vous cette terre où les orangers fleurissent, que les rayons des cieux fécondent avec amour? Avez-vous entendu les sons mélodieux qui célèbrent la douceur des nuits? Avez-vous respiré ces parfums, luxe de l'air déjà si doux et si pur?

» Répondez, étrangers, la nature est-elle chez vous belle et bienfaisante?

» Ailleurs, quand les calamités sociales affligent un pays, les peuples doivent s'y croire abandonnés par la Divinité; mais ici nous sentons toujours la protection du ciel; nous voyons qu'il s'intéresse à l'homme, et qu'il a daigné le traiter comme une noble créature.

» Ce n'est pas seulement de pampres et d'épis que notre nature est parée, mais elle prodigue sous les pas de l'homme, comme à la fête d'un souverain, une abondance de fleurs qui, *destinées à plaire, ne s'abaissent point à servir.* » (Mme DE STAEL.) « On voit dans les magnifiques jardins qui servent de promenades, l'ensemble le plus gracieux et le plus pittoresque. A côté d'un champ d'orangers se trouve un champ d'arbres fruitiers, puis des champs d'artichauts, puis des champs de plantes potagères. Ici de nombreuses pépinières, là des prairies et leurs troupeaux. » (HONORATY, p. 43, 44 et 55.)

Je laisse ces bouffées de poésie monter paisiblement au cerveau de ceux qui aiment à les respirer. J'ai peu de goût pour les brumes idéales; c'est pourquoi je reviens à la résidence d'Hyères par son côté sérieux.

La ville d'Hyères occupe, comme on sait, la corne occidentale du golfe de Gênes; largement ouverte au Midi, elle est garantie contre le vent du nord par la colline escarpée contre laquelle elle s'adosse. Sur un plan plus éloigné, une chaîne de montagnes plus élevées complète sa défense dans cette direction. Mais une large brèche donne, au contraire, un accès facile au vent du nord-ouest. Les montagnes qui couvrent l'ouest ne sont pas très-élevées; vers l'est, les collines offrent moins de hauteur, et un système de protection moins puissant encore que celui qui domine la région occidentale. Une campagne de 400 mètres d'étendue forme avec la mer la perspective du midi.

Les vents du sud et du sud-ouest roulent d'épais nuages qui, en octobre et en novembre, se résolvent en pluies torrentielles. En hiver, les vents qui viennent des Alpes ou du continent éteignent souvent la tiédeur de l'atmosphère. Durant cette saison, le mistral se déchaîne inopinément et avec une grande violence sur la ville d'Hyères, change subitement l'état de sa thermalité, car ce vent ne procède pas par alternances régulières, comme la brise maritime, par exemple.

Tandis qu'il pleut à Nice pendant l'hiver, le printemps et l'automne, la pluie, qui ne tombe guère dans le bassin d'Hyères que pendant l'automne, y permet une succession de belles journées pour l'hiver et le printemps. Voilà ce qui explique la sécheresse habituelle de l'atmosphère dans cette dernière localité.

En toutes saisons, les époques de la journée qui correspondent au plus grand froid sont le matin et le soir; c'est alors, en effet, que soufflent les vents continentaux qui précèdent ou qui suivent les vents maritimes.

En somme, le climat d'Hyères se recommande par une température douce et modérée; il est le plus sec de toutes les stations septentrionales de la Méditerranée; mais il est changeant et même redoutable sous l'influence du mistral, qui en un seul jour peut compromettre le sort des tuberculeux.

(1) *Lettre à un médecin de Paris sur Hyères*, p. 35 et suivantes.

---

tion prochaine de ce cimetière. Il n'y eut qu'un sentiment dans cette grande assemblée; un de ses plus éminents orateurs s'en rendit l'organe inspiré; sur le rapport éloquent de M. le professeur Malgaigne, le Congrès vota d'enthousiasme l'exhumation des restes de Bichat, et leur translation au cimetière de l'Est, où le conseil municipal de Paris leur accorda généreusement un terrain à perpétuité.....

Le Congrès médical voulut faire plus encore : il voulut que Bichat, qui avait déjà reçu les honneurs de la statuaire à Bourg, près de sa ville natale, reçût de semblables honneurs à Paris, sa ville d'adoption, à Paris, où il composa et publia ses immortels travaux, à Paris, théâtre de sa gloire, à Paris, où il mourut si jeune, où ses restes reposent, et où un monument éclatant et durable devait le venger de l'humilité de sa tombe cinquante ans ignorée.....

Après mille embarras dont je dois vous épargner le récit et qui tous ont été indépendants de la bonne volonté de la commission, le dernier vœu du Congrès médical a pu être accompli, la statue de Bichat est érigée dans cette enceinte.

Je devrais peut-être m'arrêter ici, Messieurs. Mais dans cette circonstance solennelle, devant cette brillante assemblée, alors que le Congrès médical vient d'accomplir son pieux et dernier vœu, sera-t-il défendu à celui qui eut le bonheur de provoquer, il y a douze ans, la grande manifestation de la famille médicale, d'exprimer le respectueux regret que l'acte que nous accomplissons aujourd'hui, que ce vœu ultime du corps médical, soit aussi le premier et le seul dont le Congrès ait eu le bonheur de voir la réalisation? Devant le magistrat illustre qui préside aujourd'hui aux destinées de l'instruction publique, ne puis-je pas rappeler que l'un de ses prédécesseurs, illustre aussi, comme lui esprit généreux et magnanime, comme lui ardent à donner satisfaction à tous les vœux légitimes, fit au Congrès médical l'honneur de venir officiellement et au nom du gouvernement écouter et recevoir ses vœux, qu'il y fit entendre un magnifique langage qui remplit nos cœurs de gratitude et d'espérance; que bientôt il présenta à la chambre des pairs, qui l'adopta, un projet de loi qui leur donnait satisfaction dans la limite, hélas! des exigences du gouvernement de cette époque?

La révolution de 1848 emporta le projet de M. de Salvandy. Depuis lors la famille médicale française n'a pas voulu s'isoler des graves préoccupations de la patrie; ses souffrances ne se sont pas amoindries, au contraire, mais discrètement elle les a tues; elle a trouvé digne d'elle de ne pas distraire les pouvoirs publics de soins plus généraux et de réorganisations plus urgentes. Tous les sacrifices que les circonstances lui imposaient, elle les a faits, même celui de ses plaintes et de ses doléances. Cependant partout, et comme si ses plus pressants désirs eussent été satisfaits dans les austères études de la science, dans les pénibles exigences de la pratique, dans les longues et cruelles épidémies qui ont ravagé la France, et qui sont les champs de bataille des médecins civils, dans les guerres glorieuses de Crimée et d'Afrique, sur la Baltique comme sur la mer Noire, partout elle a fait bravement, simplement son devoir; partout elle s'est montrée la digne héritière de cette grande génération médicale à laquelle Bichat appartenait, de ces illustres bienfaiteurs de l'humanité, Dupuytren, Boyer, Desgenettes, Larrey, Corvisart, Broussais, Laënnec, et tant d'autres, qui ont élevé si haut la médecine française dans l'estime et le respect des hommes. (Marques bruyantes d'approbation.)

Et c'est parce que, dans les grandes circonstances qu'il vient de traverser, rien n'a pu éloigner le médecin de ses devoirs, c'est parce qu'il se montre patient, noble et digne dans ses souffrances, qu'il possède tous les droits à l'intérêt et à la sympathie d'un pouvoir généreux. Ce pouvoir a donné à la France la sécurité, la gloire des champs de bataille et une paix non moins glorieuse. Il est digne de lui de reprendre aujourd'hui dans le calme actuel des esprits l'œuvre de 1845. Cette œuvre, tous les travaux antérieurs l'ont rendue facile. Et d'ailleurs, c'est une œuvre sociale plus encore que professionnelle. Le corps médical, comme toute la société française, est attaché de cœur et d'esprit aux grands principes de 1789 (applaudissements répétés); il ne demande pour lui ni priviléges ni retour impossible à l'esprit étroit et aux passions mesquines des corporations. Il demande, au contraire, chose étrange et rare assurément dans l'histoire des professions, que la société prenne contre lui des garanties plus sérieuses encore d'études générales et spéciales. Il demande à ne plus être séparé de la grande famille des lettrés à laquelle il a toujours appartenu, à laquelle depuis Hippocrate, qui est un maître aussi en l'art d'écrire, il a donné des membres éminents, et dont l'illustre Faculté devant laquelle j'ai l'honneur de porter la parole a déclaré qu'il ne pourrait plus rester éloigné sans grand dommage pour la dignité de la science et la sécurité de l'art. (Applaudissements unanimes.) Il demande que la société prenne, pour elle-même et à son seul bénéfice, des mesures plus efficaces contre l'indigne exploitation qu'une pseudo-science fait impunément de la santé publique. Il demande l'égalité des épreuves probatoires pour ceux qui aspirent à devenir les ministres de notre art humain par excellence, et ce n'est pas auprès d'un gouvernement qui prend en si légitime souci le sort des classes pauvres et laborieuses que pourrait trouver quelque faveur cet argument si souvent invoqué et si souvent détruit, cet argument anti-politique et, j'ose le dire, anti-chrétien, qui revient à dire qu'aux pauvres et laborieux habitants des campagnes, que pour leurs maladies toujours si graves, il suffit de demi-savants, de demi-praticiens. (Marques unanimes d'approbation auxquelles M. le ministre s'associe lui-même.)

Réponse de M. P. Dubois, au nom de la Faculté, à MM. les membres de la commission du congrès médical.

Monsieur le ministre,

Interprète naturel des sentiments de la Faculté de médecine dans les circonstances solennelles, je viens vous remercier en son nom de l'honneur que vous nous avez fait spontanément en présidant au nom de

Comme ressource thérapeutique, la résidence d'Hyères peut seconder efficacement le traitement des maladies qui réclament un air sec et modérément chaud ; elle convient surtout aux individus atteints de catarrhe pulmonaire chronique et rebelle, aux cas de phthisie compliquée de diathèse scrofuleuse ou d'épanchement pleurétique; mais les poitrinaires doués d'une certaine excitabilité nerveuse feront mieux d'aller s'établir à Pise ou à Venise qu'à Hyères.

Il doit être bien entendu que les tuberculeux ne se rendront à Hyères qu'après la saison des pluies, et que leur séjour ne s'y prolongera pas au delà du mois de mai, époque à laquelle s'annoncent les précoces chaleurs de l'été. En général, ces malades se font trop souvent illusion sur les qualités du ciel qui leur est recommandé ; il faut qu'ils en secondent eux-mêmes les effets. C'est pour cela qu'il importe qu'à Hyères ils se prémunissent sans cesse contre les malencontreuses invasions du mistral.

La plupart des médecins qui ont écrit sur le climat de cette ville en ont exagéré les avantages. Toutefois, M. Andral s'est montré plus réservé dans l'appréciation qu'il en a faite : « Un grand nombre de phthisiques y reviennent tous les ans, dit-il, non pas y trouver la guérison complète de leur mal, mais un prolongement plus ou moins de leur existence. »

Un autre auteur, et celui-là n'est pas médecin, détermine avec impartialité le rang qui doit être assigné à Hyères dans la classe des stations méridionales. « Au dire des voyageurs, écrit M. Denis, le ciel d'Hyères serait toujours pur, la terre embaumée et rafraîchie par le zéphyr ; les autres vents craindraient de troubler un instant cette sérénité classique de l'atmosphère; les neiges et les frimas seraient inconnus des habitants de la contrée. On ne sait comment, en vérité, ces exagérations ont été dites et répétées. Un printemps perpétuel ne règne pas dans notre vallée. »

Nous terminerons par l'appréciation du climat algérien l'enquête que nous poursuivons sur l'utilité des diverses stations qui entrent dans le traitement de la phthisie. CHAMPOUILLON.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Tumeur sanguine du corps thyroïde.

Deux exemples de tumeurs sanguines du corps thyroïde, d'une nature très-curieuse en même temps que très-obscure, et offrant entre elles de frappantes ressemblances, se sont présentées dans le cours de cette année dans le service de M. Velpeau, qui en a déjà observé, nous disait-il, quatre ou cinq autres cas dans le cours de sa pratique soit à l'hôpital, soit en ville, sans être encore bien fixé sur leur nature, le mécanisme de leur formation, les moyens de diagnostic, le sort de ces tumeurs abandonnées à elles-mêmes, et le meilleur traitement à leur opposer, toutes questions qui attendent encore une solution satisfaisante et que la pratique aurait un grand intérêt à voir élucider.

Ces tumeurs, qui présentent au dehors toutes les apparences d'un kyste, et surtout d'un kyste hématique, sont en effet constituées par une collection de sang ; mais ce qui les caractérise essentiellement, c'est l'écoulement de ce sang d'une manière continue et indéfinie lorsqu'on cherche à lui donner une issue au dehors : le liquide se renouvelle à mesure qu'il s'échappe, de sorte qu'il est impossible de vider ces sortes de tumeurs, et que la perte de sang ferait courir probablement des dangers sérieux si l'on voulait prolonger longtemps l'expérience. La thérapeutique se trouve désarmée devant les cas de ce genre, et, en effet, c'est généralement à l'expectation ou à la ponction pure et simple répétée à certains intervalles que M. Velpeau s'en est tenu dans les cas qui se sont offerts à lui, et lorsque les malades étaient tourmentés de loin en loin par des accidents de dyspnée.

Voici l'observation de l'une des malades qui se sont présentées dernièrement dans son service :

Antoinette Lebrun, domestique, âgée de trente-trois ans, entre à l'hôpital de la Charité le 15 juin 1857, salle Sainte-Catherine, n° 19.

Cette femme, douée d'une assez forte constitution et jouissant d'une excellente santé, est née à Dôle (Jura), mais habite Paris depuis quelques années ; elle est mère de plusieurs enfants.

Sur la partie latérale gauche du cou, en dehors de la trachée, elle porte une tumeur ovoïde, allongée dans le sens vertical, et dont elle fait remonter le début à sa dernière couche, c'est-à-dire il y a deux ans, l'attribuant aux efforts qu'elle fit pour retenir ses cris. Il ne paraît point cependant que la tumeur se soit développée subitement ; son volume s'est lentement accru jusqu'à ce jour ; elle a des limites bien circonscrites, ne dépasse pas pour le moment les dimensions d'un gros œuf de dinde, et occupe l'intervalle compris entre l'extrémité interne de la clavicule et le bord supérieur du cartilage thyroïde ; elle paraît mobile sur les parties profondes, mais adhérente à la trachée, dont elle suit le déplacement dans les mouvements de déglutition ; elle est complétement indolente, n'a point déterminé jusqu'à ce jour de dyspnée notable, et ne constitue guère encore qu'une simple difformité. Sa surface est lisse, égale, régulièrement arrondie, recouverte d'un tégument intact, parfaitement mobile et nullement aminci. Sa consistance est molle, mais offre cependant une certaine rénitence à la manière d'une poche à parois épaisses distendue par un liquide ; on perçoit même facilement une fluctuation très-nette sur tous les points accessibles de sa surface. Malgré tout le soin possible, et pourvu qu'on évite de la comprimer d'avant en arrière sur la carotide, on ne peut y distinguer ni battements expansifs ni bruit de souffle.

Tous ces caractères peuvent s'appliquer presque aussi bien à une hypertrophie partielle du corps thyroïde qu'à un kyste thyroïdien ; cependant la sensation de fluctuation, sans être absolument caractéristique, doit faire pencher fortement vers la supposition d'une collection liquide. Aussi M. Velpeau se propose-t-il de ponctionner tout d'abord pour s'éclairer à cet égard ; cela montrera, de plus, si la collection est hématique ou séreuse. Du reste, que ce soit l'un ou l'autre de ces liquides, l'injection iodée n'en sera pas moins bien indiquée pour arriver à une guérison définitive, pourvu toutefois que le contenu de la tumeur puisse être entièrement évacué ; que si, au contraire, il se produit un écoulement de sang continu, comme cela s'est présenté quelquefois, la conduite ultérieure devra être modifiée.

Le 17 juin, ponction dans la tumeur avec un trocart à hydrocèle, dont la pointe peut être facilement déplacée dans l'intérieur des parties par des mouvements de circumduction ; aussitôt après avoir retiré la tige de l'instrument, il s'échappe par la canule un magnifique jet de sang rutilant, parfaitement liquide et très-coagulable, dont il s'écoule environ un verre et demi en deux ou trois minutes. Malgré cela, la tumeur continue à garder son volume primitif, et ne semble s'effacer un peu sous la pression des doigts que pour reprendre aussitôt après sa forme, sa consistance et ses dimensions premières.

Devant un pareil résultat, M. Velpeau croit devoir se borner à cette simple ponction, qui n'a guère servi que de moyen d'exploration ; il suspend l'écoulement du sang en retirant la canule sans avoir pratiqué aucune espèce d'injection, et cela avec d'autant plus de raison, que, d'un côté, il a souvent vu ces tumeurs demeurer stationnaires après une ou deux ponctions, ou bien pouvoir être complétement évacuées plus tard, lorsqu'on les a laissées vieillir au lieu de les attaquer dans les premières années de leur apparition, et que, d'un autre côté, il a eu le malheur de perdre ici même, il y a quelques mois, une malade placée dans des conditions toutes semblables à celles-ci, et qui succomba peu de jours après à une injection iodée pratiquée dans une tumeur de cette nature, dont mon collègue M. Binet, interne du service, se réserve de publier prochainement l'histoire détaillée.

Après la ponction, qui du reste ne fut point douloureuse, notre malade garda le repos au lit ; elle éprouva dans le cours de la journée un peu de tension, de chaleur, qui finit par se dissiper en deux ou trois jours.

Le 19 juin, la piqûre est tout à fait cicatrisée ; toute menace d'inflammation a disparu. Ni la malade ni le chirurgien ne sont d'avis d'en venir à de nouvelles tentatives.

Le 20, la malade sort de l'hôpital à peu près dans le même état qu'elle y était entrée.

Elle est assurément bien digne d'être notée cette disposition singulière d'une tumeur à fournir, par la ponction, du sang et du sang artériel avec abondance et continuité, à la manière des anévrismes, disposition qui est bien plus curieuse et plus inexplicable encore dans certains kystes que je ne fais que signaler en passant, où le liquide est d'abord séreux pour devenir rapidement et indéfiniment sanguin, à mesure qu'il est évacué par le trocart.

Mais il est une autre particularité commune aux tumeurs dont on vient de lire un exemple, à savoir, l'impossibilité d'en évacuer le contenu même d'une manière passagère; elles restent toujours tendues et rénitentes, sans s'affaisser d'une manière sensible, malgré les tentatives répétées par la pression des doigts. Cela peut un instant faire naître la pensée qu'il n'y a point là, non-seulement de kyste proprement dit à parois distinctes, mais même qu'il n'y a point réellement de sang liquide sorti des vaisseaux et réuni en collection dans une cavité quelconque, mais bien seulement une trame solide spongieuse, extrêmement vasculaire, donnant par sa souplesse toutes les apparences de la fluctuation la plus franche, et offrant de l'analogie avec le parenchyme du placenta comme dans certains goîtres observés par Sacchi. Cependant il n'est guère possible de persister dans cette supposition si l'on tient compte :

1° Des qualités du jet de sang qui s'écoule par la canule non pas goutte à goutte ou en bavant, mais d'une manière franche, continue, avec presque autant de facilité et d'abondance que le liquide de l'hydrocèle ;

2° De la possibilité d'imprimer aisément des mouvements de circumduction au bec de la canule sans rencontrer de résistance appréciable ;

3° Du résultat de l'autopsie dans le cas malheureux auquel je faisais allusion dans l'observation ci-dessus, et où d'autres poches kystiques tout à fait analogues existaient d'une manière évidente dans le reste de l'organe.

En admettant donc très-légitimement qu'il existe en effet, dans ces cas singuliers, du sang liquide réellement épanché dans une cavité plus ou moins anfractueuse, quel nom conviendrait-il d'assigner à ces sortes de goîtres, qui diffèrent essentiellement des kystes hématiques, des hématocèles du cou, par la pureté et les qualités artérielles du sang qu'ils renferment, par l'impossibilité de l'évacuation, par la reproduction incessante de leur contenu, à mesure qu'on cherche à le soustraire, enfin, par l'inopportunité des moyens de traitement applicables à ceux-ci?

Malgré l'absence de battements expansifs (qui, du reste, n'est peut-être pas constante), le nom de *goître anévrismatique* paraît devoir leur convenir beaucoup mieux qu'à ceux qui sont caractérisés par la dilatation et la multiplication des vaisseaux thyroïdiens, auxquels se rapporterait plus naturellement la désignation de *goître érectile* ou *vasculaire ;* en effet, la première dénomination, celle où entre l'idée d'anévrisme, suppose nécessairement qu'il existe une poche remplie de sang liquide et en communication directe avec le système artériel, soit par l'intermédiaire d'un gros vaisseau, soit par de simples capillaires, comme dans ce que l'on a appelé anévrisme des os ; tandis que la seconde réveille tout natu-

l'Empereur et en plaçant ainsi sous son puissant patronage cette grande et généreuse manifestation du corps médical.

Après cette première expression de notre gratitude, permettez-moi d'en adresser une autre à messieurs les membres du congrès médical de 1845.

Monsieur le président, Messieurs les membres de la commission du congrès,

Vous avez, il y a douze ans, pieusement recueilli les cendres de Bichat, trop longtemps délaissées, et vous leur avez donné une dernière et glorieuse demeure. Pour ces dépouilles mortelles vous avez demandé et obtenu une sépulture assurée contre les vicissitudes des temps, le silence et le repos éternels. Afin de compléter aujourd'hui cette œuvre de justice et de reconnaissance, vous venez offrir à la Faculté de médecine de Paris, et placer ici même, au milieu de ses nombreux élèves, l'image de cette illustre personnalité scientifique. Mais au lieu du silence et du repos, vous voulez autour de ce bronze, symbole durable mais hélas ! périssable encore, d'une mémoire immortelle, vous voulez le mouvement et la vie, cette émotion intellectuelle des écoles, compagne fidèle et féconde des luttes pacifiques et des progrès de l'esprit humain. Vous voulez entretenir ces nobles aspirations inséparables du souvenir toujours présent d'une haute et légitime renommée.

Ces vœux sont maintenant accomplis. Bichat sera désormais l'hôte et l'ornement de cette grande école, et, s'il plaît à Dieu, l'inspiration constante de ses élèves. Grâces vous en soient rendues !

C'est le privilége des initiatives généreuses d'honorer tout à la fois ceux qui en ont l'heureuse pensée et ceux qui en sont l'objet. Aussi la Faculté de médecine de Paris est-elle profondément touchée de la part que vous lui avez libéralement faite dans ces honneurs rendus à l'une des gloires les plus pures de notre noble profession. Je n'ai pris la parole que pour vous en témoigner en son nom une vive et éternelle reconnaissance.

Cantate.

Réveille-toi, Bichat, sors de la tombe ;
Parmi les dieux jadis on t'eût fait un autel :
Lorsqu'après des travaux pareils aux tiens, il tombe,
L'homme se relève immortel.

Tu parais, et notre art, grâce à toi, s'élargit ;
Sous tes doigts, chaque jour, surgit
Quelque découverte nouvelle.
L'étude de la mort offre enfin des attraits;
Notre œil pénètre ses secrets,
Et la vie à lui se révèle.
Réveille-toi, etc.

Et, selon le destin de ceux qui comme toi
Viennent, l'âme pleine de foi,
Remplir sur la terre un message,
Météore brillant, tu meurs en demi-dieu,
Laissant dans des pages de feu
Le souvenir de ton passage.
Réveille-toi, etc.

Sur l'aile de l'Histoire au loin ton nom porté,
Par la Science est répété,
Bichat, avec idolâtrie ;
Esprit sublime ! un nom aussi grand que le tien
A tous les pays appartient :
Le monde entier est sa patrie.
Réveille-toi, etc.

Honneur et gloire à toi, créateur, dont la main
Traça largement le chemin
Qui mène aux sources de la vie !
Va, sur ton piédestal les siècles passeront
Sans pouvoir toucher à ton front
Vainqueur du temps et de l'envie !
Réveille-toi, etc.

La statue de Bichat représente l'illustre physiologiste debout, dans l'attitude de la méditation. Les deux bras sont repliés sur la poitrine. La main droite, placée à la hauteur du cœur, tient une plume. La tête est nue ; le cou entouré d'une cravate négligemment nouée, dont les deux bouts retombent un peu sur la poitrine. Le buste est enveloppé d'un vaste habit à la française à collet retombant. Le pantalon est collant, et la jambe est chaussée de la botte molle. Derrière la statue est couché un cadavre, la tête sur un escabeau.

La statue est de bronze et repose sur un piédestal de marbre blanc, portant l'inscription suivante :

A
XAVIER BICHAT
LE CONGRÈS MÉDICAL DE FRANCE
DE 1845.

Cette statue, dernière œuvre de David (d'Angers), présente, autant peut-être que celle de Larrey, les défauts que l'on a souvent reprochés à ce célèbre statuaire, l'exagération de certaines parties, et par suite un défaut d'harmonie dans l'ensemble. David a fait plus d'une fois des têtes magnifiques ; mais, il faut le dire aussi, beaucoup de corps qui tournent à la caricature.

ellement dans l'esprit l'idée d'une simple exagération de vascularité; et, de même que les anévrismes et les tumeurs érectiles forment deux catégories bien distinctes parmi les tumeurs sanguines, de même le goître anévrismatique et le goître érectile formeraient deux subdivisions tout aussi naturelles et très-importantes de ce que l'on pourrait appeler les *goîtres sanguins*, parmi lesquels il faudrait ranger encore, à côté des deux espèces précédentes, les kystes sanguins proprement dits.

Eug. Nélaton, interne du service.

NOTE

sur le traitement de la colique nerveuse, sèche ou végétale.

Par M. le Dr Saint-Pair, médecin en chef de la marine, aux colonies.

Pendant l'année 1856, il est entré à l'hôpital de Cayenne vingt et un hommes atteints de coliques sèches, contractées sur les avisos à vapeur qui parcourent incessamment les fleuves de la Guyane, ou bien à terre, dans les services des pénitenciers. Sur presque tous ces malades, l'anémie avait précédé l'invasion de l'affection nerveuse; ils présentaient un teint décoloré, un affaiblissement de tout l'organisme, et une hydroémie prononcée. Chez la plupart, les douleurs ont été très-vives, mais dans aucun cas l'anesthésie ne s'est montrée dès le début. Ce signe a été soigneusement noté parce que le moment de son apparition est de nature à éclairer sur le siége de la maladie. Si, comme on l'a dit, la colique sèche siégeait dans le centre rachidien, la perversion de la sensibilité et du mouvement serait le premier symptôme qui se manifesterait : les organes auxquels la moelle épinière distribue des rayons nerveux, décèleraient soit une anesthésie plus ou moins complète, soit une exaltation de la sensibilité, ou bien une altération de la motilité; or, nous n'avons jamais vu ces lésions signaler l'invasion de la colique nerveuse. Dans les cas où l'anesthésie a été notée, l'entéralgie durait depuis quelques jours. Le retentissement des désordres, qui avaient pour siége le trisplanchnique, s'opérait sur la moelle épinière; le cordon rachidien prenait part à un désordre pathologique auquel il était primitivement étranger.

Peu satisfait des résultats fournis jusqu'à ce jour par les moyens thérapeutiques dirigés contre la colique sèche, j'ai fait quelques recherches sur le traitement de cette maladie. J'ai administré le colchique, qui m'a donné des effets plus avantageux que tout autre agent.

A..., surveillant, employé depuis dix-huit mois dans les pénitenciers à terre, entre à l'hôpital le 2 mai 1856, atteint de vives coliques avec constipation. Les douleurs sont constantes, mais revêtent de temps en temps la forme de tranchées, pendant lesquelles le malade se pelotonne sur lui-même, s'agite et ne peut garder un instant la même position. La soif est vive, la face grippée, la sensibilité des membres n'est pas modifiée. Le malade fait de vains efforts pour aller à la selle.

Le jour de son entrée, A... prend deux bains tièdes et 25 centigr. d'extrait acétique de semences de colchique, en trois pilules, l'une le matin, la seconde à midi, et la troisième le soir.

Le lendemain, deuxième jour de l'entrée à l'hôpital, et le troisième de l'invasion, les douleurs se sont un peu calmées sous l'influence des bains, mais la sédation n'a été que momentanée; vers la fin de ce jour, c'est-à-dire vingt-quatre heures après l'administration du colchique, l'effet du médicament commence à se révéler par deux selles et un peu de diminution dans l'intensité des coliques. On administre encore 40 centigrammes de colchique.

Le quatrième jour de l'invasion, il y a dix selles séreuses; les tranchées, qui se succédaient à des intervalles rapprochées, deviennent plus rares.

Le cinquième jour de l'invasion, les selles continuent aussi nombreuses que la veille, les tranchées se sont apaisées; il ne reste au malade que la fatigue, suite des douleurs et des évacuations alvines. — On administre un lavement laudanisé et un bain.

Le sixième jour et les suivants, le malade entre en convalescence; les coliques ne se reproduisent plus.

Le huitième jour, le malade sort. Les coliques ne sont pas revenues.

— P..., matelot, chauffeur de l'aviso l'*Oyapok*, entre à l'hôpital le 6 mai, atteint de coliques sèches. Il est à la Guyane depuis six mois; il a contracté des fièvres intermittentes dans la rivière de la Comté. Tout l'organisme est débilité; il y a perte d'appétit, pâleur du visage, décoloration des muqueuses; il éprouve des coliques s'irradiant dans toute l'étendue du ventre, et plus vives par moments. Nausées et vomissements; soif ardente, lombalgie; les urines sont rares et difficiles. — Deux bains; 25 centigrammes d'extrait acétique de semences de colchique.

Le deuxième jour de l'invasion, continuation des coliques et des vomissements; pas de selles. — 40 centigrammes de colchique.

Le troisième jour, douleurs abdominales encore vives; nausées et vomissements. — 5 centigrammes de colchique.

Le quatrième jour, douleurs abdominales moins vives; tranchées assez rares; selles nombreuses.

Le cinquième jour, pouls à 96, plus développé que les jours précédents; encore une douzaine de selles.

Le sixième jour, absence complète de coliques. Le malade a dormi; il a encore cinq selles qui le fatiguent et qui cèdent à 20 gouttes de laudanum.

Le septième jour, convalescence confirmée.

— E..., matelot de l'aviso l'*Econome*; vingt et un ans; un an de colonie, a contracté dans la Comté des fièvres intermittentes. Il est pris de coliques le 21 octobre, et présente l'état suivant : visage pâle et amaigri; douleurs vives dans la région abdominale, principalement autour de l'ombilic. Les douleurs sont continues, mais plus intenses en certains moments, où elles constituent des tranchées qui jettent le malade dans une vive angoisse. Constipation opiniâtre. La soif est ardente; nausées et vomissements; langue couverte d'un enduit jaunâtre, épais vers le centre de l'organe. Il n'y a point d'anesthésie aux extrémités thoraciques ou abdominales. Le pouls est à 60. — Deux bains tièdes; 25 centigrammes d'extrait acétique de semences de colchique en 3 doses.

L'entéralgie s'est calmée pendant la durée des bains; mais dans l'intervalle des deux immersions, les douleurs abdominales reprennent leur acuité.

Le deuxième jour, la soif est toujours vive, le pouls à 64; insomnie. Les coliques apparaissent par tranchées, et de l'ombilic, s'irradient vers les fosses iliaques. — Continuation des bains; 20 centigrammes de colchique; le soir, une potion éthérée.

Le troisième jour, les coliques sont apaisées et ne sont plus perçues que faiblement et à de longs intervalles. La constipation persiste.

Le quatrième jour, deux selles; les douleurs s'affaiblissent de plus en plus.

Le cinquième jour, les coliques ne reviennent plus. Convalescence.

— P..., novice de l'aviso le *Voyageur;* dix-neuf ans; six mois de colonie, entre à l'hôpital le 9 juillet, accusant de vives douleurs abdominales avec constipation. Son teint est plombé; le visage porte l'empreinte d'une vive souffrance; les coliques s'irradient dans toute la région abdominale. — Bains; 25 centigrammes d'extrait acétique de semences de colchique.

Le deuxième jour, nausées et vomissements; soif vive. Six heures après l'absorption du médicament, le malade dit avoir ressenti du soulagement. Une selle. — Continuation du colchique à la dose de 45 centigrammes en 3 pilules.

Le troisième jour, deux selles copieuses. Les coliques ne se sont réveillées qu'à de longs intervalles et avec peu d'intensité. — Infusion de mélisse.

Le quatrième jour, dix selles séreuses. Les coliques ont complétement disparu. Pas de nausées. — Infusion de mélisse; potion laudanisée, 10 gouttes.

Le cinquième jour, trois selles; sommeil pendant la nuit; absence complète de douleurs. Convalescence.

Ce jeune marin était anémique; il avait contracté des fièvres intermittentes dans l'Orénoque.

Si l'on compare les cas dont l'observation précède à ceux qu'a enregistrés Segond dans son travail sur la névralgie du grand sympathique, on est frappé de l'intensité beaucoup moindre des cas que j'ai eu à soigner en 1856. En effet, la paralysie, les accidents convulsifs, l'encéphalopathie, la mort même, n'étaient point rares autrefois, tandis que dernièrement la colique s'est montrée simple et peu rebelle.

A quoi tient cette différence? Est-ce à la constitution médicale sous l'influence de laquelle la maladie se développait? Est-ce à l'efficacité du traitement, qui ne permet point à l'affection de suivre son développement, ainsi qu'il arrivait toujours lorsque Segond lui opposait exclusivement l'aloès?

Dans aucun des cas de 1856, la maladie n'a résisté plus de cinq jours au traitement.

Le colchique répond aux deux indications les plus pressantes : il calme les douleurs et rétablit le mouvement péristaltique de l'intestin. Le retour des selles coïncide toujours avec l'apaisement de l'entéralgie; il suffit que les évacuations alvines durent deux ou trois jours pour assurer la guérison. La dose du colchique est variable suivant les sujets et suivant la préparation du médicament.

Chez A..., 35 centigrammes ont été administrés et ont amené la guérison, mais il y a eu superpurgation. Chez P..., 40 centigrammes ont donné le même résultat.

Quand l'extrait acétique de semences de colchique est récent, 25 centigrammes administrés en trois fois peuvent suffire; mais il y a des extraits qui doivent être donnés à la dose de 35 centigrammes. L'effet du médicament ne se manifeste qu'au bout de vingt-quatre ou trente heures. En attendant l'action thérapeutique du colchique, le malade est soulagé par des bains tièdes prolongés. La médication par le colchique est sûre et prompte. Depuis que nous l'employons, nous n'avons jamais vu la colique sèche suivie de paralysie.

En ce qui touche le colchique, il est essentiel de remarquer que le succès dépend du choix de la préparation. C'est l'extrait acétique qui m'a paru le plus actif; mais il perd de son efficacité quand il est préparé depuis longtemps. Si le médicament date d'un an, il devient incertain. Il est indispensable, pour le succès de la médication, que l'extrait soit renouvelé deux ou trois fois dans l'année, et fait avec des semences qui n'aient subi aucune altération.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 juillet 1857. — Présidence de M. Geoffroy St-Hilaire.

M. Milne-Edwards présente à l'Académie la seconde livraison de ses *Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée des animaux.*

Dans ce volume, l'auteur s'occupe de l'organisation de l'appareil de la respiration dans l'ensemble du règne animal, et il fait remarquer que les principes généraux exposés dans le premier volume de cet ouvrage sont en accord complet avec la série des faits dont il rend compte, relatifs aux modifications introduites par la nature dans la structure de ces instruments physiologiques.

— M. Combes lit un mémoire sur la circulation nerveuse. Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Serres et Andral.

— M. J. Cloquet présente, au nom de l'auteur, M. Négrier, directeur de l'Ecole de médecine d'Angers, un travail très-développé ayant pour titre : *Recueil de faits pour servir à l'histoire des ovaires et des affections hystériques chez la femme.*

Ce travail, qui n'est pas susceptible d'analyse, est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Serres, Velpeau et J. Cloquet.

M. Dandraut présente un *Mémoire sur la conservation des substances alimentaires.*

L'auteur dans les recherches qui font l'objet de son Mémoire est parti de cette remarque, que l'Amérique du Sud fournit plus de nourriture animale qu'elle n'en consomme, que l'Europe, au contraire, n'en produit pas autant qu'elle aurait intérêt à en consommer, que, par conséquent, il est urgent de trouver pour transporter cet excédant du nouveau monde dans l'ancien, un moyen qui soit plus économique que ceux qu'on a reconnus efficaces, et qui soit plus efficace, c'est-à-dire qui conserve plus complétement les propriétés nutritives de la viande que ceux qu'on emploie communément, parce qu'ils sont peu coûteux. Il croit qu'on remplirait cette double indication en entourant la *viande cuite* d'une couche de résine, couche plus ou moins épaisse qu'on formerait en plongeant à plusieurs reprises les morceaux convenablement découpés dans un bain de résine liquéfiée. (Renvoi à l'examen de la commission du prix dit des Arts insalubres.)

De la coalescence des têtes du radius et du cubitus pour former le chapiteau du tibia dans les mammifères monodelphes. — M. Ch. Martins communique sous ce titre la lettre suivante à l'adresse de M. Flourens :

Les auteurs qui comparent entre eux les membres pelviens et thoraciques sont actuellement à peu près unanimes pour assimiler, comme vous l'avez fait, le radius au tibia. Un seul scrupule les faisait hésiter encore, c'est l'insertion de la rotule au tibia. Pour Winslow, Vicq-d'Azyr, Sœmmering, Sabatier, Boyer, Meckel, de Blainville, Gerdy, Bourgery, Cruveilhier, Henle, etc., la rotule est la répétition de l'olécrâne : or l'olécrâne fait partie du *cubitus*, et la loi des connexions organiques serait violée, si l'on admettait qu'au membre abdominal la rotule homologue de l'olécrâne puisse s'insérer au tibia, os homologue du *radius*. Permettez-moi de vous soumettre une solution de cette difficulté, empruntée à l'anatomie humaine et comparée.

Quand on place l'un à côté de l'autre le coude et le genou d'un squelette humain et qu'on les considère de profil, on est frappé de leur ressemblance : la rotule est l'image de l'olécrâne; la crête tranchante qui descend de cette apophyse le long de la face postérieure du cubitus, rappelle par sa forme et son inflexion la crête antérieure du tibia, au haut de laquelle s'insère le ligament rotulien. La facette articulaire tibio-fémorale correspondant au côté péronéal de la jambe représente la facette coronoïdale du cubitus; la facette du tibia correspondant au côté tibial, la cupule du radius. Frappante chez l'homme, cette ressemblance ne l'est pas moins chez tous les mammifères monodelphes, où le coude semble toujours une reproduction amoindrie, mais fidèle du genou. Les caractères cubitaux de la partie antérieure du chapiteau tibial avaient déjà été signalés par MM. Bourgery, Cruveilhier et Auzias-Turenne, qui pensèrent que la moitié supérieure du tibia représentait la moitié supérieure du cubitus.

Cette assimilation, exacte pour la face antérieure de l'os, ne l'est pas pour la postérieure; en effet, le radius s'articulant avec l'humérus, le tibia, son homologue évident, doit s'articuler avec le fémur : cette articulation se fait par le condyle interne du tibia. D'un autre côté, le biceps fémoral s'insérant à la tête du péroné, cette tête est l'analogue de la surface rugueuse située au-dessous de l'apophyse coronoïde, où se fixe le brachial antérieur, muscle homologue de la courte portion du biceps fémoral. Le nerf péronier analogue du cubital antérieur confirme cette donnée, en contournant le col de la tête du péroné, comme le cubital antérieur côtoie la face d'insertion du brachial antérieur.

A ces détails, ajoutons une vue d'ensemble empruntée à l'ostéologie comparée. Dans l'homme et tous les mammifères, le tibia est l'os principal de la jambe. Son chapiteau, énormément développé, contraste avec la partie supérieure du péroné, os grêle, évidé, atrophié. Il semble que le tibia se soit hypertrophié à ses dépens, car non-seulement le péroné s'amincit d'autant plus que le chapiteau du tibia grossit davantage, mais dans tous les ruminants et les solipèdes il se réduit à une apophyse styloïde ou même disparaît totalement; or la partie du tibia qui grossit ainsi, c'est la partie antérieure, la crête, la rotule, les parties cubitales, en un mot, qui conservent dans leur forme l'empreinte ineffaçable de leur analogie organique.

L'ostéologie comparée de certains mammifères inférieurs ou didelphiens et celle des monotrêmes, sous une autre forme, achèvent la démonstration. Dans les phascolômes, les phalangers, les dasyures et les sarigues, le tibia et le péroné sont d'égal volume; la tête du péroné, très-développée, s'articule avec le fémur; la crête du tibia a disparu et la rotule ne s'insère plus au tibia, mais au péroné. Dans ces animaux, la coalescence n'a pas lieu, les têtes du tibia et du péroné restent séparées comme celles du cubitus et du radius; chacun des os de la jambe représente l'os du bras correspondant tout entier.

Ainsi la contradiction qui arrêtait les anatomistes disparaît; la rotule homologue de l'olécrâne s'insère, il est vrai, au tibia, mais la portion du tibia où se fixe le ligament rotulien correspond à la portion olécrânienne du cubitus réunie au radius pour former le chapiteau du tibia.

De l'embaumement chez les Indiens américains. — M. Alvaro Reynoso communique un travail sur ce sujet. (Voir plus haut.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

On annonce la prochaine publication d'un nouveau journal, qui sera consacré à une branche importante de la science médicale. Nos honorables confrères, MM. Tholozan et de Pietra-Santa, se réunissent pour fonder une *Revue d'hygiène*, qui devra paraître tous les mois.

— Aujourd'hui 21 juillet, après sa clinique, M. le professeur Piorry recherchera l'influence des œuvres de Bichat sur la médecine moderne.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔTEL-DIEU (M. Trousseau). De la fièvre scarlatine. — Nouvelle opération pour la fistule vésico ou recto-vaginale. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 21 juillet. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. De l'hygiène littéraire.

PARIS, LE 22 JUILLET 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur les anesthésiques s'est ranimée de plus belle. La réponse de M. Devergie, loin d'y mettre un terme, n'a fait que la raviver. L'Académie a entendu hier sept orateurs, et plusieurs sont inscrits encore pour la séance prochaine. La discussion, à mesure qu'elle avance, se resserre de plus en plus autour de ces deux points, qui intéressent au plus haut degré la pratique de l'anesthésie. Faut-il ou non se servir d'appareils ? Les agents anesthésiques sont-ils susceptibles d'être dosés, et doivent-ils être astreints au dosage, au même titre et de la même manière que les médicaments actifs ? Ces deux questions sont connexes et n'en font qu'une même à vrai dire, car le dosage implique l'usage des appareils, et la question de responsabilité médicale y est elle-même impliquée. Tout l'intérêt de la discussion est donc concentré désormais sur ce point.

On lira dans le compte rendu les motifs invoqués de part et d'autre pour ou contre l'utilité du dosage. L'Académie a été mise en demeure de se prononcer à cet égard par un vote formel sur les conclusions présentées par MM. Cazeaux et J. Cloquet. L'importance d'un pareil vote n'échappera à personne, car la décision de l'Académie, quelle qu'elle soit, ne peut manquer d'exercer une grande influence sur l'avenir de l'éthérisation.

Avant la reprise de la discussion sur les anesthésiques, l'Académie a entendu la lecture des conclusions d'un mémoire de M. le docteur Churchill sur un nouveau mode de traitement des tubercules pulmonaires, qui nous paraît mériter une sérieuse attention, et un nouveau mémoire de MM. Bérard et Colin sur les effets de l'extirpation du pancréas, qui remet encore une fois en question le rôle physiologique du suc pancréatique dans la digestion.

L'Académie, qui était hier, à ce qu'il semble, en veine de hardiesse, n'a pas reculé devant la proposition que lui a faite M. Bérard de l'associer à ses recherches en appelant une commission nombreuse, et *surtout travailleuse*, à en constater les résultats. L'Académie a satisfait au premier vœu de M. Bérard en nommant une commission *nombreuse*. Le second sera-t-il aussi bien accompli ? L'avenir nous le dira !

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la fièvre scarlatine (1).

Dans les précédentes conférences j'ai pris soin d'établir que la desquamation dans la scarlatine présentait quelque chose de très-spécial et que, principalement aux mains et aux pieds, l'épiderme s'enlevait par larges bandes, de façon à figurer parfois un gant ou un chausson. Seulement, j'ai oublié de vous dire que, dans quelques circonstances, l'exfoliation s'étend jusqu'aux ongles, qui, vous le savez, sont une production épidermique. Ce phénomène est rare, mais il a été observé par certains auteurs, et Graves lui-même en rapporte un cas.

Parmi les accidents qui s'observent dans cette période de la maladie, il en est d'immédiats et de médiats. Un individu guéri de la scarlatine est en pleine convalescence, quand tout à coup des vomissements semblables à ceux du début, une agitation énorme, une fréquence extraordinaire de pouls, apparaissent de nouveau, et la mort succède à des phénomènes convulsifs ou comateux. Vous observerez ce terrible état de choses alors que vous serez parfaitement tranquillisé sur l'issue de la pyrexie exanthémateuse et que vous aurez fait passer votre conviction dans le cœur des parents du malade, et cela sans qu'une anasarque consécutive, une albuminurie, une hématurie ou tout autre accident puisse vous expliquer et légitimer en quelque sorte ce redoutable appareil de symptômes, auquel les enfants sont aussi bien soumis que les adultes. J'avais donc bien raison de vous dire que les erreurs de pronostic étaient faciles à commettre, que l'on ne devait tenir un scarlatineux pour guéri que longtemps après la cessation des manifestations morbides, et que la convalescence est encore une affection grave, susceptible de tuer en quelques jours, en quelques heures.

Les accidents nerveux de la période de desquamation ont une signification pathologique autrement inquiétante encore que ceux du début : ils sont cent fois plus graves.

L'anasarque se montre surtout dans la forme moyenne de la scarlatine, et elle s'empare des enfants, non pas seulement lorsqu'ils se sont exposés au froid, qu'ils ont commis quelque imprudence, quelque écart de régime, mais alors même que la plus constante sollicitude a veillé sur eux. La marche de l'anasarque est le plus habituellement si soudaine qu'elle transforme un enfant, qui la veille était maigre et chétif, en une grosse créature prodigieusement obèse. L'infiltration atteint quelquefois son summum d'intensité dans l'espace de vingt quatre heures, la bouffissure gagne l'universalité du corps et prend des proportions inconnues dans les maladies chroniques, les affections du cœur ou la néphrite albumineuse. Dans d'autres cas, au contraire, elle se borne au visage et aux extrémités.

L'hématurie, dans la scarlatine, est un phénomène extrêmement commun, mais le plus souvent il est méconnu. Lorsqu'un enfant rend du sang pur ou légèrement altéré par les acides de l'urine, — ce qui donne une couleur noirâtre au produit de la miction, — les médecins ne s'y trompent pas ; mais quand la sécrétion sanglante est peu considérable et que l'urine est seulement rose, l'hématurie a les plus grandes chances de passer inaperçue. Dans les premiers temps, l'hématurie peut être très-abondante, et quelquefois on trouve dans le fond d'un verre à patte un ou deux centimètres de globules sanguins précipités. L'urine ressemble alors à une bouillie noire ou rougeâtre, ou à une solution de ratanhia. A mesure que la maladie fait des progrès, la couleur se modifie, prend une teinte un peu plus bistrée, puis légèrement rosée, et dans quelques circonstances même elle devient verdâtre, à peu près comme du petit lait. Là encore il est possible de reconnaître la présence du sang ; d'une part, à ce que des globules altérés peuvent se précipiter le long des parois d'un verre, quand on laisse longtemps séjourner l'urine dans ce verre, et d'autre part, à la quantité énorme d'albumine contenue dans l'urine, et qui n'est autre que l'albumine du sang. Lorsque l'on fait chauffer l'urine dans ce cas, ou quand on la précipite à l'aide de l'acide nitrique, on n'obtient plus une albumine blanche comme celle de la maladie de Bright, mais bien une albumine brunâtre, foncée en couleur.

L'anasarque scarlatineuse est un accident dont la gravité est quelquefois très-grande. Si les enfants guérissent le plus ordinairement à l'aide de moyens hygiéniques, d'ailleurs peu importants, il n'en est pas moins vrai qu'ils succombent dans certaines occasions, et voici comment la mort arrive : il se déclare d'abord une douleur de tête avec trouble de la vue, et la convulsion est imminente. Il est bon de savoir cela, car dans quelques circonstances la crise peut être prévenue. Faites aussitôt tenir la tête haute, les jambes pendantes sur le bord du lit, et administrez un purgatif énergique. Mais, le plus souvent, l'attaque d'éclampsie n'est point évitée ; elle arrive et est bientôt suivie d'un dénoûment fatal, non pas la première fois — bien que cela ne soit pas très rare — mais au bout de plusieurs crises à intervalles rapprochés.

L'anasarque va parfois gagner des parties profondes : je l'ai vue un jour frapper le voile du palais, la luette, l'épiglotte et en même temps les ligaments aryténo-épiglottiques. Chez l'enfant qui fut ainsi affecté, tous les accidents de l'œdème de la glotte survinrent immédiatement ; il faillit succomber ; mais grâce à une énergique cautérisation de la partie supérieure du larynx, il guérit.

D'autres phénomènes morbides, bien moins connus des médecins, viennent encore compliquer la scarlatine ; je veux parler des pleurésies malignes et des péricardites.

Lorsqu'on s'occupe de décrire l'histoire des maladies éruptives, on a l'habitude de dire : *La rougeole invite aux affections thoraci-*

(1) Suite. — Voir les numéros des 16 juin et 7 juillet.

DE L'HYGIÈNE LITTÉRAIRE (1).

La lecture étant à l'esprit ce que l'alimentation et l'exercice sont au corps, on conçoit combien il importe de faire un choix judicieux des livres que l'on met entre les mains des générations qui grandissent. Leibnitz disait : Confiez-moi l'éducation d'un peuple pendant dix ans, et je le transformerai de fond en comble. — Il serait facile de prouver par des faits que cette prétention du grand philosophe, loin d'être une vaine forfanterie, est une proposition déduite des exemples du passé ; mais cela nous entraînerait trop loin. Nous entreprenons seulement d'indiquer en passant l'influence pathologique que les œuvres écrites de l'esprit peuvent exercer sur l'homme, et nous nous renfermerons autant que possible dans le cadre tout hygiénique que nous nous sommes tracé.

La lecture n'est pas seulement une source d'instruction et de plaisir pour l'homme, elle manifeste son influence jusque dans les traits de son caractère et dans les actes de sa volonté. Toute la carrière d'un individu peut dépendre du livre qui à une certaine époque fut l'objet de sa prédilection ; sa mort même peut, en définitive, être le résultat de cette communion intime entre lui et son auteur favori.

Les esprits les plus robustes et les plus indépendants n'échappent pas à l'action de ce puissant levier. On se rappelle qu'Alexandre le Grand gardait les poëmes d'Homère dans une cassette de bois précieux qui le suivait dans ses plus lointaines expéditions. Non-seulement il était jaloux d'égaler les héros de l'*Iliade*, mais c'était aussi au chantre d'Achille qu'il demandait ses inspirations d'homme d'Etat. Qui de nous n'a lu ou entendu dire que Napoléon se nourrissait de Plutarque ? Aussi beaucoup de ses actes ne sont-ils que de glorieuses imitations des grands hommes de l'antiquité.

Or, si les livres peuvent produire des impressions aussi marquées sur les âmes fortes, quelle ne sera pas leur puissance d'action sur la masse ordinaire des lecteurs ? Quelquefois toute une époque se caractérise en réflétant la littérature contemporaine ; son histoire prend une tournure guerrière, ou scientifique, ou élégiaque, selon le ton des productions littéraires. Ainsi, par exemple, n'est-il pas évident que la physionomie molle et mélancolique du monde civilisé de notre époque n'est que le signe accusateur de l'état morbide des lettres modernes ? Certes, notre siècle a son côté glorieux : l'application de la vapeur et de l'électricité jointe à l'admirable découverte qui supprime la douleur des opérations chirurgicales, suffit pour lui donner un lustre ineffaçable. Mais il n'en est pas moins vrai que l'atonie et le découragement sont les traits saillants des classes lisantes de nos jours.

Un déluge de romans, de poëmes et de feuilletons imprégnés de larmes a inondé la surface du globe et développé chez les générations une maladie dont les phénomènes ultimes sont le désespoir et le suicide. Nous ne prétendons pas dire que la tristesse appartienne exclusivement à notre temps. L'antiquité aussi connut ce terrible mal. Un médecin de Corinthe, du nom d'Antiphon, avait réduit en système les moyens de guérir les esprits surchargés de peines, et il avait fait construire une maison de santé où par son éloquence il rétablissait l'équilibre dans les facultés de l'âme et par suite dans les fonctions du corps. Mais chez les anciens on méprisait la tristesse ; celui qui en était atteint en avait honte comme on rougit d'un ulcère qui attire les regards du public. La sérénité des dieux dans le fragile organisme de l'homme, telle était leur devise.

En général les gens du monde ignorent que la mélancolie proprement dite est une maladie, maladie dont on meurt aussi bien que de la fièvre jaune. Comme toutes les autres affections elle a des formes variées. La forme littéraire est une des plus communes, et il serait intéressant d'en suivre la filiation depuis le désespéré M. de Sénancour jusqu'au lamentable Job. Mais la route serait longue. Si pour ne pas remonter à des temps trop éloignés, nous portons nos regards vers le Nord, nous voyons tout d'abord Hamlet, cet archétype du drame hypochondriaque. Certainement Shakspeare était malade quand il écrivit ce songe effroyable. Ce fantôme du délire triste a déteint sur toute la littérature de l'Europe ; Childe-Harold, Werther et tant d'autres héros de la même classe en sont directement et contagieusement les descendants légitimes.

Gœthe convient lui-même que son Werther fut écrit *dans une espèce de somnambulisme*. Traduit en langage médical, cela veut dire que l'illustre romancier rêva sa fable dans un accès de monomanie suicide. A Sparte ou à Athènes on l'eût condamné au moins à l'ostracisme.

Dieu sait quelle peine Caton le Censeur eût infligée à un écrivain dont l'ouvrage pousse les jeunes gens à se donner la mort ! C'est ici le lieu de raconter comment dans une circonstance épineuse nous fûmes assez heureux pour arrêter un jeune homme qui avait pris la résolution d'aller rejoindre l'amant de Charlotte en passant par le

(1) Cet article, écrit par un jeune et très-habile confrère de la Louisiane, M. A. Mercier, sera certainement lu avec intérêt. Il offre une nouvelle preuve de l'élégance et de la pureté du style des habitants de nos anciennes colonies, qui regrettent sans doute que la langue française ne soit plus leur langue habituelle.

ques. Cette proposition est vraie ; la rougeole s'attaque d'abord, et avant tout, aux bronches, semblable à la scarlatine, qui débute par l'angine avant de se manifester à la peau. Il est facile de comprendre comment dans la rougeole, qui s'accompagne toujours et nécessairement d'un catarrhe (dont l'intensité prend quelquefois des proportions inquiétantes), comment, dis-je, les phlegmasies de la poitrine peuvent être très-communes. Aussi, quand la fièvre persiste au septième ou au huitième jour, pensez à un catarrhe aigu, à une pneumonie, à une pleurésie.

Les auteurs sont au contraire unanimes sur ce point que, dans la scarlatine, l'appareil pulmonaire est respecté. Il est assez commun cependant d'observer chez les individus avec ou sans anasarque des accidents graves du côté des cavités pleurales et du péricarde. Les poumons ne sont point envahis comme dans la rougeole, mais les membranes séreuses tombent sous le coup de la pathologie. Ce qu'il y a de très-remarquable, c'est qu'une pleurésie survenue dans le décours de la maladie prend immédiatement des allures malignes, non pas seulement par le fait de l'abondance de la sécrétion, mais encore par sa qualité; si bien qu'au huitième ou au dixième jour du début de la collection pleurale, on rencontre du pus dans la poitrine, absolument comme chez la femme soumise aux influences puerpérales. Il y a là une cause d'infection humorale en vertu de laquelle les sécrétions des membranes séreuses sont rendues plus périlleuses et tendent plus facilement à la suppuration.

A Meaux, chez un enfant dont j'aurai à parler tout à l'heure, et qui avait eu d'emblée de l'anasarque sans scarlatine préalable, mais dans la famille duquel la scarlatine venait de sévir, il m'est arrivé de faire une ponction le douzième jour d'une pleurésie et de retirer 750 grammes de pus parfaitement formé.

Cette cause de suppuration si active pour la plèvre l'est un peu moins pour le péricarde, dont les états phlegmasiques du reste sont plus rares et viennent plus tardivement. Graves les avait pressentis, mais c'est à M. le docteur Thore (de Sceaux) que revient l'honneur d'avoir merveilleusement indiqué la connexion qui existe entre la scarlatine et la péricardite. Si vous avez égard maintenant à ce que je vous ai dit de la fréquence extrême du rhumatisme articulaire aigu dans la convalescence de la scarlatine, vous comprendrez de suite pourquoi la pleurite, la péricardite et l'endocardite sont assez communes. C'est qu'en effet il s'agit toujours d'une affection rhumatique, qu'elle se traduise du côté des articulations ou qu'elle envahisse la plèvre ou la séreuse du cœur. Graves avait entrevu le rhumatisme articulaire aigu à la suite de la scarlatine, mais il y a de longues années déjà que j'ai pris à tâche d'insister beaucoup là-dessus. Du reste, et c'est une chose bizarre, le rhumatisme, malgré le caractère essentiellement malin de la pyrexie exanthémateuse, ne se montre pas d'une gravité très-grande, et il guérit spontanément sans l'intervention de la thérapeutique.

Cependant c'est à la suite de la scarlatine et des fièvres puerpérales que l'on observe quelquefois le rhumatisme dans l'une de ses formes les plus terribles, j'ai nommé la forme suppurative. Tout d'abord il ne s'agit que d'un rhumatisme simple; puis au bout d'un certain temps les articulations deviennent douloureuses, une fièvre vive s'allume, le délire survient, des phénomènes ataxo-adynamiques se déclarent, et l'autopsie ne tarde pas à faire découvrir du pus dans les articulations et dans les gaînes tendineuses.

Si les accidents immédiats du décours de la scarlatine sont ceux que j'ai indiqués, certains phénomènes médiats, quoique se produisant beaucoup plus tard, se lient encore à ceux-ci, et entre autres la danse de Saint-Guy. Vous savez tous, et depuis les beaux travaux de M. le docteur Sée cela se sait encore mieux, quelle est la relation qui existe entre le rhumatisme articulaire aigu et la chorée. Il est rare, en effet, de voir un enfant qui a souffert d'une affection rhumatique ne pas être atteint au bout d'un temps généralement assez court de la danse de Saint-Guy, comme il est assez commun aussi, — mais la proposition inverse est un peu moins vraie, — d'observer de petits malades qui, après avoir guéri de la chorée, sont ultérieurement pris de rhumatisme articulaire aigu. Dans la danse de Saint-Guy qui succède à la scarlatine, on retrouve le bruit de souffle du cœur, et quelquefois le bruit de frottement, indices de l'endocardite ou de la péricardite qui ont pu exister pendant la phase rhumatismale de la pyrexie exanthémateuse.

Parmi les accidents médiats, il en est d'autres que je passerai rapidement en revue; ce sont : les suppurations chroniques des paupières et du nez amenant consécutivement des inflammations, des nécroses, des tumeurs et des fistules lacrymales, les suppurations des oreilles, la perforation du tympan, la carie du rocher et la paralysie faciale, les inflammations chroniques des ganglions lymphatiques et principalement du cou. Souvenez-vous que les affections chroniques suppuratives des membranes muqueuses sont extrêmement communes, et que leur persévérance, à la suite de la scarlatine, conduit à des résultats souvent terribles.

Nous arrivons maintenant à ce que j'ai appelé la scarlatine *fruste.* Savez-vous ce qu'on entend par une inscription fruste? C'est une pierre dont les quatre cinquièmes manquent, dont la moitié, le quart font défaut, dont il ne reste qu'une lettre, qu'un point. Les personnes qui s'occupent d'antiquités et de numismatique ont eu besoin, la première fois qu'elles se sont livrées à l'étude de cette science ou de cet art, de lire tous les mots d'une inscription et d'une médaille pour bien en saisir le sens, mais au fur et à mesure qu'elles ont acquis de l'habitude, il leur a suffi d'une lettre et de moins d'une lettre dans quelques circonstances, pour deviner ce qui avait été écrit sur la médaille, ce qui avait été gravé sur la pierre. Eh bien, il en est de même pour beaucoup d'histoires médicales et en particulier pour la scarlatine, qui, de toutes les maladies connues, est celle qui se présente le plus souvent sous l'aspect *fruste.*

En 1829, un de mes amis me raconta que la scarlatine régnait dans un petit village du département de Seine-et-Oise, mais qu'elle sévissait surtout dans les dépendances d'un château parfaitement isolé. N'ayant alors rien de mieux à faire, il me prit fantaisie d'aller observer cette épidémie; j'y allai. Dans une famille de scarlatineux, je vis des individus n'avoir que le mal de gorge et pas d'éruption, d'autres rester languissants pendant huit ou dix jours, s'œdématier et uriner du sang. Je fus frappé de ces singularités, et je pensai que tous ces malades avaient eu très-positivement la scarlatine, ceux-ci avec l'angine, l'éruption et l'anasarque, ceux-là avec le mal de gorge et la fièvre, d'autres enfin avec l'anasarque seule.

Il y a trois ans, je fus mandé dans une famille à Meaux. Une demoiselle de quatorze ans avait pris une scarlatine très-vive, accompagnée d'angine couenneuse, de fièvre intense et d'éruption. A quelques jours de là, sa sœur éprouva les mêmes accidents, puis une femme de chambre eut bientôt le même sort. Sur ces entrefaites, un domestique que l'on avait occupé dans l'appartement des malades, souffrit d'une angine, eut des productions couenneuses sur les amygdales, une fièvre intense, du dépouillement de la langue, mais aucune éruption à la peau.

Un dernier enfant, âgé de six ans, devint subitement enflé au retour de l'école. Nous fûmes mandés, M. Blache et moi, et nous reconnûmes une scarlatine fruste. Ce jeune garçon avait déjeuné et joué le matin comme à l'ordinaire, et il rentrait le soir avec de l'anasarque et de l'hématurie, mais sans mal de gorge, ni fièvre, ni éruption. A huit jours de là, le même enfant prenait une pleurésie double et était sur le point d'expirer. Rappelés de nouveau, M. Blache et moi nous conseillâmes diverses choses. Quatre jours après, nous fûmes encore mandés à Meaux : un des côtés de la plèvre s'était guéri, mais l'autre avait pris un volume énorme. Nous fîmes la ponction et retirâmes 750 grammes de pus. Des injections iodées ont été faites pendant deux ou trois mois, une perforation pulmonaire s'établit, et néanmoins l'enfant se porte aujourd'hui à merveille. C'est l'un des plus remarquables faits de paracenthèse du thorax que j'aie vu guérir, malgré la perforation.

Graves a cité dans son ouvrage plusieurs observations de ce genre; je tiens à vous en rapporter quelques-unes. Je traduis le texte anglais :

« Le jeune F... fut ramené chez lui de l'école, où régnait la » scarlatine : il se plaignait de mal de gorge, de céphalalgie et de » nausées. Le lendemain, les tonsilles étaient gonflées, et il avait » beaucoup plus de peine à avaler; le pouls était vif, la peau » chaude, mais il n'y avait pas la moindre éruption. Ces symptô- » mes durèrent pendant trois jours sans s'aggraver, puis tout dis- » parut. Avant la complète guérison de l'enfant, la scarlatine saisit » ses deux sœurs et son frère. Chez les deux sœurs, l'éruption » apparut à la peau, et se termina par une desquamation; chez le » frère, il y eut seulement quelques petits points rouges apparais- » sant à la peau, sans aucune desquamation ultérieure. »

« Le jeune O... revient aussi de l'école ayant la scarlatine. Pen- » dant qu'il était encore malade, ses deux sœurs et son frère furent » pris de la même affection. Chez tous les trois, la scarlatine se mani- » festa avec la forme de petites éruptions et de macules sur la » peau. Eu même temps, le valet de chambre et une domestique » furent atteints d'une très-violente angine et d'une fièvre intense « qui dura plusieurs jours..... »

Voyons maintenant la scarlatine avec l'anasarque d'emblée. Le fait suivant se passa chez un médecin, praticien très-renommé de Dublin, au dire de Graves :

« Il y a quelques années, la scarlatine éclata dans la famille de » ce docteur et attaqua tous ses enfants, à l'exception d'une jeune » demoiselle qui, bien que soignant ses sœurs, n'éprouva aucun » symptôme, quel qu'il fût.

» Lorsque tout alla bien, on envoya la famille à la campagne pour » respirer un air meilleur, et la sœur qui n'avait rien eu y alla » aussi. Là, au grand étonnement de tout le monde, elle fut atta- » quée subitement par cette anasarque spéciale que l'on observe » chez ceux qui ont eu la scarlatine. Son père, qui la soigna du- » rant cette maladie, fut singulièrement frappé de ce fait; il y fit une » grande attention, et demeura convaincu que ce n'était rien autre » chose qu'une scarlatine récente. Ce cas, et ceux dont j'ai parlé » déjà, sont fort intéressants au point de vue de la pathologie; ils » tendent à prouver ce fait, que dans beaucoup de circonstances » des maladies produites par contagion peuvent ne pas donner lieu » à la série de symptômes qui ordinairement les caractérisent. »

J'ai tenu à vous traduire ces passages afin de vous montrer que sous le ciel de Dublin comme sous le ciel de Paris, les mêmes choses s'observaient. Vous rencontrerez certainement dans votre vie médicale de ces scarlatines à forme fruste; il est donc bon de vous habituer à les reconnaître.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

(La fin à un prochain numéro.)

NOUVELLE OPÉRATION

pour la fistule vésico ou recto-vaginale.

Par M. le docteur J. Bart. MINTURN (de New-York).

L'auteur de ce procédé commence par faire une incision circulaire de la membrane muqueuse autour de la fistule, à trois ou quatre lignes du bord, puis procède à la dissection de toute la portion de membrane circonscrite par l'incision. A ce moment, ou bien il enlève complétement le lambeau, ou mieux il arrête la dissection à la distance d'une ligne environ de la fistule, laissant le lambeau adhérent en ce point pour le renverser ensuite en dedans, afin d'obtenir par là une plus large surface vive et propre à la réunion.

Dans le troisième temps de l'opération, il introduit des épingles

---

même genre de mort que lui. Nous engageons surtout nos confrères à ne pas oublier ce fait, il pourrait leur être utile au besoin.

Nous reçûmes un soir la visite du jeune X..., docteur en médecine, élève distingué des hôpitaux de Paris. Il nous déclara qu'ayant été refusé par Mlle A..., il avait résolu de mettre fin à ses jours. Tout était prêt et il venait nous confier ses dernières volontés. Depuis une semaine, il était sorti à peine de sa chambre, passant toutes ses heures à lire et relire Werther. La première chose à faire, pensâmes-nous, c'était de gagner du temps. — Faisons un tour de promenade sur le boulevard; nous causerons de cela en marchant. — Et nous commençâmes à faire à notre malade de beaux raisonnements philosophiques, qui nous conduisirent jusqu'à minuit. Nous aperçevant enfin que parler raison dans une pareille crise était une médication hors de saison, nous essayâmes d'agir sur l'amour-propre. — Connaissez-vous la vie de Gœthe? demandâmes-nous à X... — Non. — Eh bien, apprenez d'abord que Gœthe ne s'est jamais suicidé, et qu'ensuite il a vécu quatre-vingt-trois ans. C'était un homme d'une fort belle corpulence, calme, indifférent même, et se plaisant à quintessencier le sentiment. Que de fois il a dû sourire de pitié en voyant ces pauvres cervelles faibles qui, prenant son Werther au sérieux, se faisaient sauter en l'air! — Notre confrère rougit, il était sauvé. Aujourd'hui il a femme et enfant, et exerce tranquillement son art à Paris. Il ne pourra s'empêcher de sourire quand ces lignes tomberont sous ses yeux, et il se demandera sans doute avec étonnement comment un homme de sa portée, un médecin, put autrefois se laisser influencer à ce point par le verbiage érotomaniaque d'un romancier de vingt-deux ans.

Nos deux amis de collége B... et N..., atteints de la même affection, ne s'en tirèrent pas d'une manière aussi heureuse. B..., après s'être abreuvé de la lecture de *Paul et Virginie*, dont il admirait surtout ce passage où l'auteur compare la destinée de l'homme à une petite tour dont la mort couronne le sommet, prit une dose d'arsenic qui ne lui fit pas grâce, malgré la savante intervention d'Orfila. Quant à N... il finit par un coup de pistolet à la tempe. Plus d'un mois avant ce déplorable dénoûment il ne quittait pas son cher Rousseau, s'immergeant nuit et jour dans ces rêveries, véritable collapsus de la raison, qui font suite à l'*Emile.* Il partageait l'opinion de ceux qui croient que la mort de l'auteur de la *Nouvelle Héloïse* fut un acte volontaire, et il voulut en finir avec la vie de la même manière que son maître.

Combien d'autres exemples de ce genre pourrions-nous citer! La liste en serait fastidieuse à force d'être longue. Il y a quelques années, quand la littérature phthisique était à la mode, on n'entendait parler que d'adieux à la vie, de chants de cygnes, d'épitaphes extraites des ouvrages en vogue. Le suicide par cause littéraire était devenu épidémique; l'asphyxie au charbon et par immersion, l'empoisonnement par l'acide arsénieux et la morphine occupèrent une grande place dans les tables de la mortalité des villes.

Sans aller jusqu'à provoquer le suicide, les mauvaises lectures produisent de pernicieux effets, soit qu'elles jettent le doute et le scepticisme dans l'esprit, soient qu'elles vicient le cœur, soit qu'elles salissent l'imagination ou abâtardissent le caractère. Comme ces miasmes délétères et inappréciables aux sens qui s'échappent des marais cachés sous une végétation luxuriante, il sort de certains livres splendides par la forme, malsains au fond, une subtile et impalpable influence dont on ne reconnaît toute la puissance d'action qu'en voyant les effets désastreux qu'elle produit chez ceux qui s'y sont exposés. Parcourez les asiles d'aliénés, interrogez les tribunaux, fouillez dans les arcanes de la prostitution, analysez certaines misères qui portent de grands noms, sondez l'origine de tant de hontes, de tant de déshonneurs qui vous étonnent, et vous verrez combien souvent de mauvais livres lus secrètement ou avec une cynique ostentation sont la clef de ces gangrènes morales.

L'hygiène littéraire consisterait à balayer d'abord tant de productions pestilentielles qui corrompent l'atmosphère du monde intellectuel, puis à classer les bonnes selon les sexes, les âges, les professions, etc., œuvre difficile qui exigerait un sens moral parfait joint à une grande érudition. Cette réforme s'accomplira un jour, nous n'en doutons pas. Mais dès à présent il serait bien à désirer qu'un homme de talent entreprît de poser les bases de ce nouveau département de la science hygiénique, et facilitât aux pères de famille les moyens de composer une bibliothèque à la portée de leurs fils et de leurs filles. Ce n'est pas tout de s'occuper de la santé physique des enfants; la santé de leur âme est non moins nécessaire à leur propre bonheur et à celui des existences qui sont maintenant ou seront un jour liées à leur destinée.

Alfred MERCIER, D.-M.-P.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Chopart, né à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme); *De l'engorgement...*

Danet, né à Morlaix (Finistère); *De l'alimentation insuffisante comme cause prédisposante au choléra.*

Maugras, né à Commarin (Côte-d'Or); *De l'influence du réservoir de Panthier sur la santé de la vallée de Commarin.*

Guitard, né à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme); *De la névralgie dorso-intercostale.*

à travers les lèvres de la plaie préalablement rapprochées au moyen d'une pince. Il a soin de les faire pénétrer à deux ou trois lignes de l'incision pour sortir dans le point correspondant du côté opposé, ménageant surtout la membrane muqueuse des organes voisins, vessie, rectum, etc. Ces épingles, avant leur introduction, doivent être munies du côté de la tête d'un petit carré de liége, dont le principal avantage est de distribuer plus également la pression des serre-fines.

Après avoir placé à une distance de 1 centimètre l'une de l'autre un nombre d'épingles proportionnel à l'étendue de la plaie, il passe dans chaque pointe un autre petit carré de liége, afin de l'opposer à celui qui occupe le côté de la tête; puis il procède à l'application de serre-fines d'un nouveau modèle, que M. Charrière fils a confectionnées d'après ses dessins.

Ces serre-fines sont de grande dimension, et au lieu de se terminer à leur extrémité par une surface plane, dentelée ou non, elles se recourbent en crochet mousse dans la concavité duquel doit s'introduire la tête de chaque épingle.

Par la pression de ces crochets sur chaque petit carré de liége, on obtient ainsi une compression régulière, presque uniforme de toute la plaie, et par conséquent les conditions de réunion sont incomparablement supérieures à celles qu'offre la suture simple avec les fils.

Un des autres avantages de ce moyen de contention, c'est qu'il est extrêmement facile à enlever. Soit avec les doigts, soit plutôt avec une pince, on presse sur la serre-fine comme sur une serre-fine ordinaire, et on dégage ainsi ses crochets des portions d'épingles qui servaient à les fixer. — On a eu soin une fois l'épingle fixée de couper sa pointe pour éviter qu'elle ne vînt à blesser les parties voisines, et surtout pour que la portion restante (12 à 15 millim. environ) permît l'engagement facile des crochets de la serre-fine.

Ce nouveau mode de réunion, dit l'auteur, a tous les avantages de la suture entortillée sans en conserver les inconvénients; et de plus, cette dernière est à peu près inapplicable dans le vagin; car il serait extrêmement difficile d'aller enrouler des fils autour d'épingles à une profondeur souvent si grande et dans un espace aussi restreint. On peut toujours, au contraire, au moyen d'une pince *ad hoc*, aller engager la serre-fine dans l'épingle et la retirer assez facilement. De plus, nos petits carrés de liége ont le grand avantage de distribuer assez également la pression latérale, ce que l'on ne peut obtenir dans la suture entortillée.

D'après ces quelques considérations, on voit que notre nouvelle suture peut remplacer avantageusement, non-seulement la suture entortillée partout où elle est applicable, mais encore la plupart des autres sutures. Ce n'est donc pas seulement aux fistules vésico, utéro ou recto-vaginales qu'on peut l'adapter, mais on peut en généraliser l'emploi dans presque toutes les plaies; elle sera certainement d'une très-grande ressource dans les ruptures du périnée à la suite des accouchements dans les fistules péniennes, etc.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 juillet 1857. — Présidence de M. Michel Lévy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un mémoire de M. Jobert, de Guyonvelle, sur les effets obtenus par l'emploi de l'éther hydriodique dans certains accouchements laborieux. (Commissaire : M. Depaul.)

2° Un rapport final de M. Debée, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Arras, sur une épidémie de fièvres typhoïdes qui a régné dans la commune de Saint-Nicolas. (Commission des épidémies.)

3° Des rapports de MM. les docteurs Roussel, Goyrand et Verrière, sur le service médical des établissements thermaux de la Chaldette, d'Aix (Provence) et de Saint-Nectaire, pendant l'année 1855. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

MM. Léon Soubeiran et Gubler écrivent pour prier l'Académie de les inscrire sur la liste des candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. (Renvoi à la section.)

— M. le docteur Massol écrit pour revendiquer la priorité de l'invention de la lunette pupillaire, présentée à l'Académie sous le nom de lunette panoptique par M. Serre d'Alais.

— M. le docteur Armieux, médecin-major au 25e de ligne, adresse une note intitulée : *Essai sur la nature et la classification des maladies générales par intoxication.* (Commissaires : MM. Jolly et Bousquet.)

— M. le docteur Devilliers envoie une note relative à l'efficacité d'une modification qu'il a apportée à la méthode des douches utérines pour l'accouchement provoqué.

— M. le président annonce à l'Académie la présence de M. le docteur Holtz, membre correspondant à Christiania.

LECTURE.

Cause et traitement de la phthisie. — M. CHURCHILL dépose sur le bureau un mémoire sur la cause immédiate et le remède spécifique de la tuberculose, dont il lit le résumé et les conclusions en ces termes :

Le total des cas de phthisie traités par moi se monte à 35, tous au deuxième ou au troisième degré, c'est-à-dire avec des tubercules en voie de ramollissement ou des excavations. Sur ce nombre, 9 ont été complétement guéris, et chez 8 d'entre eux, les signes physiques ont disparu; 11 ont éprouvé une grande amélioration, et 14 ont succombé. Un est encore en traitement.

Des résultats précédents et des considérations contenues dans le mémoire que j'ai eu l'honneur de déposer au bureau, je me crois en droit de tirer les conclusions suivantes :

La cause immédiate, ou tout au moins une condition essentielle de la diathèse tuberculeuse, c'est la diminution dans l'économie du phosphore qui s'y trouve à l'état oxygénable.

Le remède spécifique de cette maladie consiste dans l'emploi d'une préparation de phosphore qui présente le double caractère d'être immédiatement assimilable, et qui soit en même temps au minimum possible d'oxydation.

Les hypophosphites de soude et de chaux sont les préparations qui semblent jusqu'ici le mieux réunir ces deux conditions.

Administrés à des doses qui peuvent varier entre 50 centigrammes et 3 grammes par jour, ces sels peuvent être employés indifféremment l'un et l'autre dans le traitement de la phthisie. La dose maximum à laquelle je me suis en général tenu a été d'un gramme par jour pour les adultes. Ils ont une action immédiate sur la diathèse tuberculeuse, et font disparaître avec une rapidité vraiment merveilleuse tous les symptômes qui en sont l'expression générale. Lorsque le dépôt morbide qui est le résultat spécial de la dyscrasie est récent, lorsque le ramollissement n'a fait que commencer, lorsqu'il ne s'opère pas trop rapidement, les tubercules sont résorbés et disparaissent sans laisser de traces; lorsque le dépôt est d'une date plus ancienne, lorsque le ramollissement a atteint un certain degré, il continue quelquefois malgré le traitement, et l'issue de la maladie dépend de l'état anatomique de la lésion, de son étendue, et surtout de la présence ou de l'absence de complications.

Dans les nombreux essais faits par moi pour modifier l'état local au moyen de l'inspiration de diverses substances, je n'ai vu aucun résultat favorable qui ne dût être attribué à la médication spécifique.

Les hypophosphites de soude et de chaux sont un prophylactique certain contre les maladies tuberculeuses.

Les effets physiologiques que j'ai observés dans l'emploi des hypophosphites de soude, de chaux, de potasse et d'ammoniaque font voir que ces préparations ont une double action. D'une part, elles augmentent immédiatement le principe, quel qu'il soit, qui constitue la puissance nerveuse; de l'autre, elles sont des hématogènes par excellence, infiniment supérieurs à tout ce qui nous est actuellement connu. Elles offrent au plus haut degré toutes les propriétés thérapeutiques attribuées par les anciens observateurs au phosphore, sans aucun des dangers qui ont presque fait tomber cette substance dans l'oubli. Il est indubitable que les préparations hypophosphoreuses occuperont, à l'avenir, un des premiers rangs dans la thérapeutique. (Commissaires : MM. Louis, Trousseau et Bouillaud.)

De l'extirpation du pancréas. — M. BÉRARD lit, en son nom et au nom de M. Colin, un mémoire sur l'extirpation du pancréas.

L'expérience dont je vais entretenir l'Académie, dit M. Bérard, à peine mentionnée de nos jours, a été célèbre au dix-septième siècle. On ne se préoccupait guère alors du rôle que pouvait jouer le suc pancréatique dans la digestion et l'absorption des matières grasses. Quand Brunner imagina et exécuta cette hardie vivisection, il se proposait de vérifier si, comme l'avait dit le chef de la secte des chimiâtres, le suc pancréatique était prochainement nécessaire au développement de cette fameuse effervescence qui, commencée dans le duodénum lors du mélange des humeurs que la digestion y appelle, se continuait dans le cœur, mettait le sang en mouvement et suscitait les actes les plus importants de la vie.

Nous invoquons les résultats de ces expériences avec d'autant plus de confiance qu'ils ne peuvent être entachés de partialité.

L'Académie, avant de prendre connaissance de nos expériences, nous saura gré de rappeler ce qu'on doit à Brunner.

La destruction du pancréas, nous dit-on, occasionne des selles graisseuses, une émaciation rapide, la mort enfin. Mais la plupart des chiens opérés par Brunner ont conservé l'apparence d'une santé parfaite.

M. Bérard place ici sous les yeux de l'Académie une figure représentant le duodénum et le pancréas du chien.

Le pancréas chez cet animal se compose de deux parties distinctes, l'une parallèle, l'autre perpendiculaire à l'intestin (*caudex inferior et caudex superior*). Ces deux queues convergent, et elles se réunissent en un corps unique adhérent au duodénum. Chaque partie du pancréas, chaque queue a son conduit excréteur. De ces deux canaux anastomosés résulte un seul canal qui s'ouvre isolément dans l'intestin, 2 centimètres et demi environ plus bas que le canal cholédoque. A cet appareil excréteur s'ajoute un petit conduit qui naît tantôt du canal supérieur, tantôt de l'inférieur, plus souvent des deux, et va se terminer dans le duodénum à côté du canal cholédoque.

Ceci posé, voici ce qui s'est passé chez les animaux sur lesquels a expérimenté Brunner :

Brunner s'attendait à voir succomber promptement le premier chien sujet de son expérience. Il n'en fut rien.

Tous les chiens opérés survécurent, devinrent presque tous d'une grande voracité, et l'un d'eux engraissa beaucoup.

Voici maintenant les résultats des expériences de MM. Bérard et Colin :

Cinq petits chiens nouveau-nés, deux animaux beaucoup plus volumineux (deux cochons) ont été soumis à l'ablation de la partie fondamentale du pancréas par le procédé de simple grattage, et sur une troisième catégorie d'animaux (un canard et une oie) le pancréas a été complétement extirpé.

Chez les petits chiens, dit M. Bérard, nous n'avons point vérifié le grave pronostic que l'on a porté de la non-intervention du suc pancréatique dans les phénomènes digestifs. Nous n'avons observé ni selles graisseuses, ni émaciation progressive, ni perte des forces. Quelques jours après l'opération ils étaient déjà très-gais, fort vifs, et ils le sont restés depuis cette époque. Nous ne saurions dire s'ils ont montré plus de voracité que les chiens de leur âge.

Une autre fonction que la digestion devait être étudiée encore chez les animaux privés du fluide pancréatique : je veux parler de la nutrition. Nos petits animaux se prêtaient à ces recherches; car, à moins d'une altération grave, ils devaient, non-seulement s'entretenir, mais s'accroître. L'emploi de la balance offrait un excellent moyen de se renseigner à cet égard; nous en avons fait usage. Il résulte de ces observations que les chiens qui ne pesaient, au commencement de l'expérience, que 4 kilogr. 692 gr., c'est-à-dire un peu plus de 9 livres, pèsent, au 15 juillet, 18 kilogr 140 gr., c'est-à-dire un peu plus de 36 livres. Ils ont donc augmenté de 13 kilogr. 448 gr., c'est-à-dire qu'ils ont à peu près quadruplé de poids!

Les deux cochons, dont l'examen sera sans doute d'un grand intérêt le jour où on les ouvrira, sont d'abord restés stationnaires; mais depuis quelque temps ils augmentent considérablement de poids; leur appétit est très-développé; leur santé paraît complétement remise.

En étendant nos expériences jusqu'aux oiseaux, nous ne nous proposions certainement pas de rechercher s'ils auraient ou non un chyle émulsionné après l'extirpation du pancréas. Nous savons, et l'un de nous l'a depuis longtemps fait imprimer, qu'on ne trouve point de chyle chez les oiseaux. Mais nous voulions voir si cette opération serait aussi funeste à ces animaux que l'a annoncé M. Bernard dans son mémoire sur le pancréas. Notre oie et notre canard ont passé depuis longtemps la limite de vie qu'on assigne à leurs pareils après la soustraction du pancréas. Leur opération date déjà d'un mois.

Nous venons de vous montrer des expériences en voie d'exécution. Ce qu'elles vont prouver, nous l'ignorons; mais elles paraissent instituées de manière à prouver quelque chose.

Que la réponse soit négative, qu'elle soit affirmative, peu nous importe! notre but aura été atteint.

Nous n'avons parlé du chien et des pachydermes et non des mammifères en général, la question étant jugée pour les ruminants depuis la publication du mémoire que j'ai lu à l'Académie.

M. Bérard termine en exprimant le désir que l'Académie intervienne dans la vérification de la nouvelle série de faits qui vient servir de complément à ce travail.

Quelques heures après un bon repas, continue M. Bérard, un de nos petits chiens sera sacrifié par la section du bulbe rachidien. On examinera de suite le contenu des vaisseaux lactés et du canal thoracique. On procédera à la dissection de ce qui restera du pancréas. Si le liquide des chylifères est blanc, et si cependant toute communication entre les canaux de la glande et l'intestin a disparu, il paraîtra bien difficile qu'on se refuse à admettre que le suc pancréatique n'est pas indispensable à la formation d'un chyle émulsionné. Dans le cas peu probable où les voies pancréatiques se seraient rétablies, l'expérience devrait être considérée comme non avenue; que si, enfin, avec une oblitération complète des canaux pancréatiques, il ne se formait plus de chyle blanc (ce qui, dans les croyances singulières que certaines personnes se font aujourd'hui de la nature de chyle, voudrait dire qu'il n'y aurait plus de chylification); si, disons-nous, il ne se formait plus de chyle blanc, ce serait une grande présomption en faveur de la doctrine d'Éberle et de M. Bernard sur les fonctions du pancréas. Nous aurions alors donné à cette doctrine une démonstration qui lui a manqué jusqu'à ce jour.

Mais, franchement, nous n'espérons guère qu'un tel honneur soit réservé à notre travail. Nos observations sur le chyle de vaches ou de taureaux dont on avait détourné le suc pancréatique, les résultats encore inédits d'une quarantaine d'expériences pratiquées sur des chiens adultes, les faits rassemblés par M. Longet dans son dernier fascicule, nous font penser, avec la majorité des physiologistes actuels, qu'on a avancé une idée trop exclusive quand on a prétendu que les matières grasses ne pouvaient pénétrer dans les chylifères qu'avec le concours du fluide pancréatique.

(Sur la demande de M. Bérard, le bureau désigne une commission chargée de suivre ces expériences. Cette commission sera composée de MM. Bérard, J. Cloquet, Jobert, Longet, Renault (d'Alfort), Duméril et Ségalas.)

DISCUSSION.

Anesthésiques. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les anesthésiques. La parole est à M. Gibert.

M. GIBERT. Rien ne répugne plus aux savants que le bon sens vulgaire et l'expérience commune. Pourtant, en dépit de toutes les arguties scientifiques, de toutes les expérimentations physiologiques, de tout ce qu'on a appelé par antiphrase, *aménités académiques*, c'est toujours, en fin de compte, le bon sens vulgaire et l'expérience commune qui demeurent les plus forts.

A qui persuadera-t-on, par exemple, que le chloroforme puisse agir comme un poison foudroyant sur quelques sujets, et être respiré impunément par des milliers d'autres?... Ce serait donc le seul poison de son espèce. Je demande en particulier à M. Robert ce qui l'autorise à attribuer à une prétendue action toxique du chloroforme, ces quelques cas de mort subite, si évidemment dus à la *syncope*, et qu'il s'opiniâtre à mettre en opposition avec la masse de faits qui démontrent l'innocuité de l'agent anesthésique. Ne reconnaît-il pas lui-même que lorsqu'on veut amener la mort d'un animal par la respiration du chloroforme, il faut un temps assez long pour que la mort se produise et qu'alors très-certainement elle est compliquée d'asphyxie.

Quant aux appareils, il suffit de les voir en exercice, pour s'assurer qu'ils sont déjà par eux-mêmes une cause de gêne et d'embarras pour la respiration; et si on leur attribue gratuitement l'avantage de s'opposer à une aspiration trop subite et trop considérable de chloroforme, il faut bien remarquer que l'écueil le plus ordinaire de l'éthérisation est, non pas une trop forte inspiration, mais bien au contraire le défaut de respiration. Quant aux avantages prétendus *du dosage* que permet l'appareil, il suffit de rappeler que le seul orateur qui ait défendu cette prérogative, avait commencé par établir, et selon moi avec raison, que le dosage était inutile, et la prétention de doser l'agent anesthésique illusoire.

Enfin, on a rappelé un mot malheureux échappé à un chirurgien distingué : *Toute tentative anesthésique est un premier pas vers la mort.* Qu'est-ce à dire? Est-ce que chacun des pas de l'homme, dans sa courte carrière, n'est point *un pas vers la mort?* Les simples progrès de l'âge sont autant de pas vers la mort, et l'on n'a point encore inventé d'appareil qui puisse en préserver! Ce n'est donc là qu'une banalité; car si l'on a voulu dire que toute anesthésie chirurgicale faisait courir au malade un danger de mort, il n'y a pas un chirurgien dont la conduite de tous les jours ne proteste contre une assertion si démesurément exagérée!

Je me résume et je dis : Tout médecin ou tout chirurgien qui a eu l'occasion d'appliquer un certain nombre de fois le chloroforme comme agent anesthésique, reste convaincu de l'innocuité de ce procédé

comme règle générale. J'ajoute qu'il n'y a peut-être pas un procédé chirurgical connu qui présente une innocuité semblable à celle de l'éthérisation anesthésique *sans appareil*.

M. CAZEAUX. Je croyais que M. Devergie chercherait à démontrer la possibilité de l'asphyxie dans l'anesthésie par le chloroforme; car si l'asphyxie est mise de côté, je ne sais pas trop ce qui reste de son mémoire. Cependant, M. Devergie n'a pas montré, dans sa réplique, un seul cas où l'asphyxie puisse être invoquée comme cause de mort. Sur quoi fonde-t-il alors son affirmation ? Il a bien admis deux espèces d'asphyxie : une asphyxie par intoxication préalable et une asphyxie par privation d'air respirable. Mais, dans le premier cas, l'asphyxie n'est que la cause médiate, et non pas première, de la mort. Tout le monde est d'accord, avec M. Devergie, que dans l'empoisonnement par le chloroforme il y a asphyxie secondaire. L'appareil proposé par M. Devergie peut-il prévenir l'asphyxie? Oui, si cet appareil pouvait remplir toutes les conditions qu'il a lui-même énumérées. Mais la quantité d'air qui arrive dans les poumons avec l'appareil Duroy est complétement insuffisante pour l'intégrité de la respiration; à plus forte raison si cet air est chargé de chloroforme. Et pour prouver les effets de cette insuffisance, il suffit de voir ce qui se passe dans la trachéotomie lorsqu'on s'est servi d'une canule trop étroite.

Rien ne rend la respiration plus facile, plus large, au contraire, que la simple compresse imbibée de chloroforme. Il est difficile de comprendre qu'avec cet appareil l'asphyxie soit possible.

Pour moi, il n'existe pas le moindre doute que les appareils proprement dits, y compris celui de M. Duroy, ne diminuent la quantité d'air nécessaire à la respiration.

Ce n'est pas la durée de l'inspiration, ce n'est pas la quantité de chloroforme inspiré qui constituent le danger; c'est, à mon avis, la quantité d'air dont le chloroforme est mélangé. En observant les précautions que l'usage nous a apprises, des accoucheurs ont pu maintenir le sommeil anesthésique pendant douze, quinze, dix-huit heures; il n'y a là aucune espèce de danger. J'ai maintenu moi-même, dans un cas, l'anesthésie pendant cinq heures, et j'ai usé, dans cet intervalle, jusqu'à 40 grammes de chloroforme.

On a insisté sur le dosage du chloroforme; je ne comprends pas ce qu'on veut dire par dosage à propos du chloroforme. Vous ne savez pas quelle quantité de chloroforme il faut employer, ni dans quelle proportion l'air doit être mélangé de vapeurs anesthésiques, et vous venez nous parler de dosage? Mon thermomètre, c'est la sensibilité; lorsqu'elle disparaît, il faut cesser l'inhalation; revient-elle, il faut reprendre l'usage du chloroforme, en ayant toujours soin de laisser libres l'ouverture de la bouche et celle des narines.

Je voulais aussi aborder la question de responsabilité, mais je crois que M. J. Cloquet a l'intention de traiter cette question. Je dirai seulement que M. Devergie a fait une mauvaise comparaison en citant l'avortement provoqué comme exemple de la responsabilité que le médecin peut encourir dans l'exercice de son art. Ici, la chose est bien différente, la loi proscrit absolument l'avortement provoqué. Le procureur impérial peut incriminer non pas le procédé, mais le fait en lui-même. Le magistrat, au contraire, ne peut en aucun cas devenir juge d'un procédé employé, et le mémoire de M. Devergie tendrait à créer un precédent des plus fâcheux. A défaut de règle en médecine, l'usage fait loi; or l'usage, c'est la compresse, l'éponge pour l'anesthésie par le chloroforme, entre les mains de presque tous les chirurgiens. Il y aurait lieu plutôt d'incriminer le médecin si un accident arrivait avec un appareil. Il n'est nullement démontré que les appareils soient plus propres à prévenir l'asphyxie, en la regardant comme possible.

Cette discussion ne peut se terminer comme se terminent habituellement nos discussions, où chacun arrive exposer son opinion, la défendre ou combattre celles qui lui paraissent mal fondées, et dans lesquelles, enfin, *le combat finit faute de combattants*, sans que les opinions se soient souvent modifiées de part et d'autre. La position de M. Devergie donne un grand poids au système qu'il a cherché à faire prévaloir; j'exprime le vœu que des conclusions soient prises. Il faut que l'Académie dise si elle entend appuyer de son autorité la proposition de M. Devergie; si elle est d'un avis contraire, il faut aussi qu'elle le déclare hautement. Voici les conclusions que je proposerais pour ma part :

« Rien ne prouve que, dans les cas très-rares où le malade a succombé pendant l'anesthésie, la mort ait été produite par l'asphyxie.

» En supposant l'asphyxie possible, rien ne démontre l'utilité des appareils proposés jusqu'ici pour la prévenir, et l'éponge, les compresses, le mouchoir, que l'on trouve partout, ont au moins autant d'avantages. »

M. MICHEL LÉVY. La proposition de M. Cazeaux est-elle appuyée? (Oui! oui!). La proposition de M. Cazeaux sera réservée pour être discutée et mise aux voix.

La parole est à M. Velpeau.

M. VELPEAU, obligé de s'absenter à quatre heures et demie, cède son tour de parole à M. J. Cloquet.

M. JULES CLOQUET. La question scientifique de l'anesthésie par le chloroforme a été savamment discutée et me paraît à peu près épuisée. Mais il reste une autre question non moins importante, c'est la question pratique et celle de la responsabilité médicale; c'est sur celle-ci que je veux fixer l'attention de l'Académie. La majorité des membres de cette Académie a condamné d'une manière générale l'emploi des divers instruments pour l'inhalation des anesthésiques, et vous en avez même vu quelques-uns faire le sacrifice des appareils mêmes qu'ils avaient imaginés. L'Académie, tribunal suprême, peut décider nonseulement les questions scientifiques, mais aussi les questions pratiques et de responsabilité médicale; les yeux sont fixés sur elle, il faut qu'elle réponde à l'attente générale. Il est évident que les instruments sont plus propres peut être à favoriser l'asphyxie que les moyens si simples généralement employés. Tel a été l'avis de la majorité des membres qui ont pris la parole. Je demande en conséquence que l'Académie, s'appuyant sur l'opinion soutenue dans cette discussion par la majorité des chirurgiens, repousse l'emploi des instruments dans l'application des moyens anesthésiques, et je propose d'adopter la résolution suivante :

« L'Académie, éclairée par la discussion qui a eu lieu dans son sein, » ne peut donner son approbation à l'emploi des appareils et instruments dans l'application des moyens anesthésiques. »

M. ROBERT combat vivement l'adoption des propositions qui viennent d'être formulées par MM. Cazeaux et J. Cloquet. Ces propositions, dit-il, reposent sur une foule d'erreurs. Ainsi on est venu vous dire que certains appareils favorisaient l'asphyxie, et M. Ricord s'est écrié qu'on ne pouvait respirer nulle part aussi bien que dans l'air libre, et qu'il fallait repousser les appareils tant qu'ils seraient construits de manière à limiter la quantité d'air qui doit pénétrer dans le poumon. M. Cazeaux a dit que l'appareil de M. Duroy devait nécessairement gêner la respiration. Or, dans les appareils de M. Duroy, de M. Charrière et de M. Snow, les tubes destinés au passage de l'air ont un diamètre égal ou supérieur à celui de la trachée-artère. Tant qu'il sera question d'appareils ainsi construits, vous n'aurez pas le droit de dire qu'ils gênent la respiration.

On a dit : Si vous mettez un masque aux malades, vous ne pouvez pendant l'opération observer le visage. Mais que signifie l'état de la bouche et des narines? Ne voit-on pas toujours les yeux, et d'ailleurs n'est-ce pas la respiration et la circulation dont il faut tenir compte, les mouvements du thorax et l'état du pouls qu'il faut observer?

M. Cazeaux a commis une erreur qu'il importe de relever; il a dit : Avec un mouchoir tenu à un pouce ou deux des narines et de la bouche, il n'y a aucun danger. Eh bien! faites le relevé de tous les cas de mort par le chloroforme en Europe et en Amérique, et vous les verrez tous produits par l'emploi de la compresse ou de l'éponge. Et cela non pas entre des mains inexpérimentées, mais entre les mains de M. Manec, de M. de Confermon, de M. Barrier, mettant en usage ces appareils simples. Je ne sache pas, au contraire, que jusqu'à ce jour on ait cité un seul cas de mort par le chloroforme administré au moyen d'un appareil. J'ai employé plusieurs milliers de fois les appareils, et toujours sans accident.

Il y a d'ailleurs un argument auquel on n'a pas répondu; l'éponge présente une surface énorme, susceptible de laisser dégager à un moment donné une quantité considérable de chloroforme. Si le chirurgien maniait lui-même le chloroforme, je n'aurais rien à dire. Ici nous avons sous la main des élèves intelligents et exercés, des confrères habiles; mais, dans la pratique rurale, on est souvent obligé de recourir à des gens peu intelligents, sans conscience de l'importance des précautions qui leur sont recommandées. Je termine en déclarant que ma conviction est tellement établie, que l'Académie adoptât-elle les regrettables conclusions qui lui sont proposées, je n'en protesterais pas moins contre l'emploi de ce qu'on a appelé des appareils simples dans l'application du chloroforme.

M. MICHEL LÉVY donne lecture d'une modification à la proposition de M. J. Cloquet, qui déclare d'ailleurs se rallier à celle de M. Cazeaux.

M. J. GUÉRIN. M. Robert a déjà répondu à la plupart des arguments que je me proposais de réfuter, et je me bornerai à quelques observations. Il s'agit de savoir si, nous qui maintenons l'utilité des appareils, nous avons le droit d'avoir une opinion et si on doit nous en interdire l'usage. Il y a là une question de bon sens.

Plusieurs de nos honorables collègues ont professé cette doctrine qu'on pouvait employer le chloroforme jusqu'à la dose de 30 ou 40 grammes. Je désire insister sur ce point qu'ils se sont laissé aller à une illusion. Il suffit, pour le faire bien comprendre, de faire cette remarque, qu'avec le mode d'application employé, la quantité qui sert à l'anesthésie est nécessairement très-variable. On part donc d'une base très-arbitraire en disant qu'on a employé telle ou telle dose de chloroforme, et on expose le médecin à une sécurité funeste; on lui met dans les mains une arme meurtrière.

Lorsque plusieurs de nos collègues et moi, au contraire, nous avons conclu qu'il fallait doser le chloroforme, nous nous appuyions sur des expériences précises. J'ai fait sur les animaux des expériences nombreuses avec des appareils avec lesquels il n'y avait aucun risque d'asphyxie; j'ai toujours produit l'anesthésie avec 4 grammes de chloroforme chez un chien ou un lapin, et avec 8 grammes j'ai constamment déterminé la mort. Ces expériences sont valables pour établir un principe : c'est qu'avec une dose déterminée on peut produire l'anesthésie, et que la mort arrive également avec une dose déterminée. Il y a donc lieu de maintenir en présence les deux allégations. Je maintiens que le dosage du chloroforme est possible, et qu'il convient de soumettre son usage à l'emploi d'appareils.

M. CAZEAUX, répondant à M. Robert, expose que, bien que l'ouverture de la glotte ne varie pas sensiblement dans son diamètre, il ne lui paraît pas indifférent que l'air y soit amené par un tuyau n'ayant que ce même diamètre, ou par un large conduit comme l'ouverture bucco-pharyngienne.

Il ne faut pas proscrire les appareils; il faut que l'Académie laisse les choses dans l'état où elles étaient auparavant, et qu'elle déclare que les compresses et les éponges ont autant d'avantages que les appareils.

M. H. LARREY. M. Robert a dit une chose qui mérite qu'on ne la laisse pas passer sans examen; il a avancé que tous les cas de mort par le chloroforme avaient eu lieu quand on a eu recours pour l'application à des compresses ou à des éponges. Or, je ne sais comment il a pu établir ce jugement; il y a un nombre considérable d'observations où il n'est pas fait mention du procédé dont on s'est servi. En second lieu, je tiens essentiellement à répéter qu'avec la compresse ou l'éponge on évite le contact immédiat de l'agent anesthésique avec les voies respiratoires; il y a toujours libre communication de l'air avec les ouvertures buccale et nasale. J'appuie la proposition de M. Cazeaux, et je demande qu'on ne proscrive pas les appareils, mais surtout qu'on ne les impose pas.

M. RICORD. J'ai à dire quelques mots sur la question générale et quelques mots aussi sur une question personnelle. M. Devergie nous a accusés d'inattention à propos des arguments que nous lui avons opposés. Je ferai observer que c'est lui plutôt qui s'est attiré ce reproche. Il est venu nous dire : les premiers expérimentateurs se sont servis d'appareils lorsqu'on a commencé à faire usage d'éther et de chloroforme. Qu'est-ce que cela prouve? Que l'expérience a montré depuis que ces appareils étaient sans utilité? D'un autre côté, tous les appareils employés sont-ils bons; remplissent-ils les conditions indiquées par M. Devergie? Aux yeux de celui-ci, l'appareil de M. Duroy est le plus perfectionné, et M. Robert le repousse. Les appareils de M. Robert ne trouvent pas grâce aux yeux de M. Devergie. Nous avons donc raison de les rejeter tous.

Quant à la question du dosage, je ferai remarquer tout d'abord qu'à l'exception de l'appareil Duroy, aucun ne remplit les conditions exigées à cet égard. Vous avez voulu comparer le dosage du chloroforme à celui des autres médicaments; mais l'éther, le chloroforme sont incessamment rendus à mesure qu'ils sont absorbés; c'est comme si vous entrepreniez de fixer la dose d'un médicament qui serait aussitôt et constamment vomi. Comme disait M. Cazeaux tout à l'heure, c'est d'après les effets produits qu'il faut juger la quantité de chloroforme à employer. Quand vous seriez arrivés avec vos appareils à établir un dosage suffisant à produire l'effet cherché, le moment où cet effet serait obtenu pourrait devenir le moment fatal. Vous ne pouvez échapper à ce danger, pas plus avec votre appareil *compteur, économique*, qu'avec tout autre moyen.

Beaucoup d'entre nous pourraient rapporter des faits comme celui que M. Cazeaux vient de nous citer, relativement aux doses énormes de chloroforme qu'on peut employer impunément, en se conformant à certaines précautions. Je l'ai déjà dit, j'ai maintenu pendant plusieurs heures une dame dans l'état anesthésique, et j'ai employé une quantité considérable de chloroforme. La respiration ne se fait pas toujours dans le même degré, cette proposition du dosage est donc illusoire et insignifiante. D'ailleurs, est-ce que tous les individus restent le même temps sous l'influence du sommeil chloroformique? Ici encore, que faites-vous du dosage? Si vous ne donnez le chloroforme que par petites doses, les effets anesthésiques s'annihilent incessamment. Avec l'appareil Duroy, qu'on nous présente comme le plus parfait, vous ne pouvez donner qu'une quantité déterminée de chloroforme dans un même temps. Je ne vois, dans toutes les objections qu'on nous oppose, pas une seule qui tienne.

Un mot encore, c'est une réponse à M. Gibert. Notre collègue m'a accusé d'être trop prudent à propos de chloroforme. Mais c'est que le chloroforme n'est pas un moyen sans danger; c'est un agent qui tue, rarement il est vrai, mais sans que la mort puisse être prévue, avec ou sans appareils, avec ou sans dosage. Je dis donc : Employez ce moyen le moins possible, réservez-le pour les grandes opérations, résistez tant que vous pourrez à son emploi dans les petites opérations.

M. Gibert m'a aussi reproché de préférer, dans les cas d'accidents, l'insufflation bouche à bouche à tout autre moyen. Ce que j'ai dit, c'est qu'en pareil cas, tout ce qu'on peut faire il faut le faire; mais qu'à mes yeux c'est l'insufflation bouche à bouche qui donne les résultats les meilleurs et les plus prompts. J'ai montré que quand il s'agit de la vie d'un homme je suis au-dessus de toutes les répugnances, et je n'hésiterais pas à mettre ce moyen en pratique, quelle que soit la condition de la personne, avec un vieillard aussi bien qu'avec une jeune et jolie femme. Je ne blâme pas pour cela les autres ressources qu'on nous a fait connaître, et je ne trouve pas que M. Gibert ait eu tort de se servir du soufflet.

Je conclus : je ne veux pas protester contre les appareils; ce que je veux, c'est qu'on laisse tout le monde libre d'agir à sa manière; proscrire les appareils, ce serait peut-être fermer la porte à un progrès, mais je réclame la liberté pour chacun.

— La discussion sera continuée dans la prochaine séance.

— M. DEVERGIE présente une femme affectée d'une éruption pseudo-pellagreuse qui s'est accompagnée de symptômes du côté des voies digestives. Cette éruption, qu'il ne faut pas confondre avec celle de la pellagre, n'est pour lui qu'un érythème causé par l'insolation chez une femme d'une constitution appauvrie par la misère, l'alimentation insuffisante ou peu réparatrice.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par suite de deux concours ouverts devant la Faculté de médecine de Strasbourg, MM. Liétard, Bey, Feltz et Goldschmidt, ont été nommés internes, et MM. Michel, Schæfflin, Bauer, Benckhardt et Siefermann, externes à l'hôpital civil de cette ville.

— La Société de médecine de Strasbourg et l'Association des médecins du Bas-Rhin sont en voie de prospérité. D'année en année le nombre de leurs membres augmente, et bientôt, nous l'espérons, elles compteront autant de sociétaires qu'il y a de médecins dans le département. C'est un lien qui, tout en s'étendant, resserre les sentiments d'estime et de confraternité qui doivent régner dans un corps comme le nôtre.

La séance annuelle, qui réunit la Société et l'Association, est une fête de famille qui attire les médecins de toutes les parties du département. Cette année, la réunion a été encore plus nombreuse que précédemment. Elle a eu lieu le jeudi 2 juillet, et s'est terminée par un charmant banquet où l'on ne comptait pas moins de soixante-trois convives. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Nouveau compendium médical à l'usage des médecins praticiens, divisé en trois parties : 1° PATHOLOGIE GÉNÉRALE, étude des maladies dans ce qu'elles offrent de commun sous le rapport de l'étiologie, de la symptomatologie, de la thérapeutique, de la nomenclature et de la classification; 2° DICTIONNAIRE DE PATHOLOGIE INTERNE, description des maladies des divers âges et sexes, des maladies de la peau, des maladies des yeux, principalement des ophthalmies, etc., avec l'indication des formules les plus usitées dans leur traitement; 3° MEMENTO THÉRAPEUTIQUE, définition de toutes les préparations pharmaceutiques, magistrales et officinales; indication des principales formules qui les représentent; énoncé des propriétés, usages et doses des médicaments les plus employés, le tout par ordre alphabétique; *nouvelle édition* (1857), augmentée d'un SUPPLÉMENT, relatant les progrès de la science depuis 1855; par le docteur ANTONIN BOSSU, médecin de l'hospice Marie-Thérèse, rédacteur en chef de l'*Abeille médicale*, etc. Chez G. Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine, et chez l'auteur, 31, rue de Seine. 1 vol. grand in-18 de 790 pages. Prix, 7 fr.

Le Gérant,
Paris — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 87. — SAMEDI 25 JUILLET 18.. (30e ANNÉE.) N° 87. — SAMEDI 25 JUILLET 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » } POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la paralysie croisée de la face et des membres, ou hémiplégie alterne, considérée comme signe de lésion de la protubérance annulaire.

Toutes les fois que des faits en apparence contradictoires avec une loi physiologique ou pathologique établie, et comme tels réputés exceptionnels ou anormaux, peuvent, par une observation plus attentive ou par une interprétation plus rationnelle, être ramenés à l'un des types réguliers, à l'une des lois dont on les croyait une déviation, c'est pour nous une bonne fortune de les enregistrer : car en médecine, comme dans toutes les sciences, les exceptions et les anomalies ne sont que des témoignages déguisés d'ignorance, que l'on ne demande pas mieux que de désavouer dès que l'occasion s'en présente.

Le fait d'hémiplégie d'un diagnostic quelque peu obscur que nous avons rapporté dans la dernière *Revue clinique*, a rappelé naturellement notre attention sur un travail que nous avions depuis quelque temps sous les yeux, et qui a précisément pour objet de ramener par l'observation clinique aux lois connues de la physiologie pathologique des faits qui avaient paru jusqu'ici s'en éloigner ; nous voulons parler de l'excellent mémoire de M. Gubler sur l'*hémiplégie alterne envisagée comme signe de lésion de la protubérance annulaire et comme preuve de la décussation des nerfs faciaux.* L'origine première de ce mémoire est une observation très-curieuse que M. Gubler a recueillie dans son service de l'hôpital Beaujon, et dont il a fait l'objet d'une communication à la Société de biologie. Laissant de côté les questions de physiologie, très-intéressantes d'ailleurs, que M. Gubler a soulevées à cette occasion, nous nous bornerons à emprunter à son travail les faits et les déductions qui ont un intérêt purement clinique. Voici l'observation dont il s'agit :

Une femme de quarante-quatre ans, nommée Clotilde B..., entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Gubler, dans un état d'amaigrissement, d'anémie et de cachexie profonde qui frappe au premier abord l'attention des assistants. Elle tousse, expectore des crachats puriformes et présente à l'auscultation tous les signes d'une tuberculisation pulmonaire avancée. On remarque en outre, chez elle, un défaut d'harmonie entre les deux parties du visage qui fait penser à une hémiplégie. La malade déclare, en effet, qu'elle est frappée de paralysie depuis un laps de temps qu'elle ne précise pas. Or, voici ce qu'on observe : les membres gauches paraissent avoir conservé l'intégrité de leurs mouvements, eu égard à l'état de prostration générale des forces. Du côté droit, les membres sont presque privés de mouvements volontaires, bien qu'ils subissent quelques légers déplacements lorsqu'on vient à piquer ou à pincer fortement la peau. En même temps, la malade accuse de la douleur; par conséquent la sensibilité est conservée.

Du côté du visage, on remarque une déviation de la commissure labiale droite en dehors et en haut, et généralement une translation des parties molles vers la droite, avec une disposition plus accusée des sillons de ce côté que du côté gauche, ce qui fait croire d'abord à une contracture dans les muscles du visage correspondant au côté des membres paralysés. Mais un examen plus attentif fait bientôt reconnaître que le côté gauche de la face est réellement paralysé, et que si les muscles du visage sont entraînés à droite, c'est tout simplement le résultat de l'action tonique des muscles restés sains. En effet, l'œil gauche ne peut se fermer qu'à demi, la joue correspondante est flasque et se gonfle par le souffle de l'expiration. Enfin, le jeu de la physionomie n'existe qu'à droite, et quand la malade souffre la douleur n'est exprimée que par ce côté, l'autre restant parfaitement inerte.

L'intelligence est diminuée, comme les forces générales, mais nullement pervertie. La parole est libre.

Les jours suivants la prostration augmente, la malade tombe dans l'assoupissement, elle est prise de dévoiement; la langue se sèche et prend l'aspect typhique ; la somnolence se change bientôt en un coma profond et la malade s'éteint après trois semaines environ de séjour à l'hôpital.

En présence de cette forme rare de paralysie et du contraste qui existait entre la paralysie faciale et l'hémiplégie des membres, M. Gubler pensa immédiatement que la lésion placée au-dessus du bulbe rachidien devait en même temps intéresser le tronc du nerf facial gauche, ou bien ses fibres radiculaires au-dessous du point de leur décussation avec celle de l'autre nerf de la septième paire. Par là le siége de l'altération organique se trouvait circonscrit au point d'émergence du nerf facial gauche et à la portion voisine de la protubérance.

Voici par quelle série d'inductions M. Gubler a été conduit à cette détermination :

D'abord le fonctionnement régulier de toutes les facultés intellectuelles, dit-il, semblait déjà mettre hors de cause le cerveau lui-même, dont l'intégrité était d'ailleurs établie par le fait de l'absence de paralysie faciale du côté droit, cette paralysie faciale devant nécessairement exister avec une lésion placée au-dessus de l'isthme, c'est-à-dire au-dessus du point d'entre-croisement des nerfs de la septième paire. Ce n'était donc pas l'hémisphère gauche qui devait être intéressé. La moelle épinière ne pouvait être un instant soupçonnée, puisqu'il aurait fallu qu'elle fût lésée à droite, et qu'alors il n'y aurait pas eu de raison pour que des nerfs séparés par toute la longueur du bulbe fussent compris dans l'altération.

On ne pouvait pas davantage accuser le bulbe rachidien ; dans ce cas, les origines des nerfs pneumogastrique et spinal se seraient trouvées compromises, ainsi que le *nœud vital* (de M. Flourens) ; par conséquent le jeu de la respiration aurait été fortement entravé. Or cette fonction s'exécutait librement.

Restait donc la protubérance annulaire. Comme les membres étaient paralysés à droite, il était clair que l'altération anatomique devait porter sur le côté gauche de la protubérance; en outre, elle devait intéresser les origines du nerf facial correspondant, puisque le côté gauche de la face était paralysé. Mais, le côté droit jouissant de sa motilité, cette lésion ne pouvait dépasser une certaine limite dans la profondeur de l'isthme, sans quoi elle eût engagé les filets radiculaires du nerf facial opposé dans leur trajet sous le quatrième ventricule, après leur décussation sur la ligne médiane.

En résumé, l'analyse minutieuse des symptômes conduisait à circonscrire l'altération non pas seulement dans le mésocéphale, mais plus spécialement dans la portion désignée sous le nom de *pont de Varole.*

L'autopsie est venue vérifier complétement ce diagnostic.

Voici en effet les détails nécroscopiques qui sont relatifs au système nerveux encéphalique.

Les méninges sont peu altérées, l'arachnoïde paraît cependant un peu épaissie; la sérosité séro-arachnoïdienne n'est pas très-abondante, et la pie-mère se détache bien de la substance corticale qui est saine, ainsi que tout le reste des hémisphères cérébraux, à l'exception d'un seul point situé à gauche contre la protubérance annulaire.

Les parties centrales (trigone, septum lucidum et commissures) sont ramollies, pultacées, sans changement de couleur; pas d'hydropisie des ventricules.

La protubérance annulaire présente dans sa moitié antérieure une plaque rougeâtre un peu déprimée, froncée, analogue à une cicatrice et large de 12 à 15 millimètres, laquelle est située en majeure partie à gauche de la ligne médiane. Une incision longitudinale, pratiquée par le milieu du pont de Varole, coupe cette plaque en deux parties inégales et traverse une masse dure du volume d'une aveline, enchâssée dans le tissu de la protubérance.

Cette substance est demi-transparente comme certaines tumeurs squirrheuses et fibro-plastiques; sa masse examinée au microscope est formée d'une matière plastique amorphe ou simplement fibroïde, et de faisceaux de tissu cellulaire. Vers les limites, du côté de la substance nerveuse, on retrouve les éléments du tissu nerveux entremêlés à la trame plastique ou cellulaire de nouvelle formation. Autour de la tumeur, la substance nerveuse est ramollie, diffluente par places; plus loin, elle reprend peu à peu sa consistance et ses qualités normales ; mais le ramollissement pénètre beaucoup plus loin dans la moitié gauche de la protubérance que de l'autre côté.

Au-devant du pont de Varole, il existe un épaississement des méninges qui sont très-résistantes, quoique très-vasculaires, rouges et intimement adhérentes en forme de cicatrices à la substance cérébrale sous-jacente, dans une étendue de quelques millimètres. Une lésion semblable s'observe en dehors, du côté gauche, dans le sillon de séparation de la protubérance avec les circonvolutions cérébrales inférieures.

Le nerf trijumeau de ce côté est rose, ramolli ; ses faisceaux nerveux sont peu distincts, et son enveloppe fibreuse (névrilème) est fortement vascularisée. Il n'en est pas de même pour le tronc du nerf facial gauche, qui paraît peu ou point altéré. Enfin une circonvolution de la base de l'hémisphère gauche, placée au voisinage immédiat de la protubérance, présente, comme celle-ci, une induration de même apparence, mais beaucoup moins volumineuse, grosse seulement comme un pois, laquelle, située au fond d'une anfractuosité, empiète plus sur la substance grise que sur la substance médullaire.

Une particularité importante à signaler dans cette autopsie est l'absence de toute altération notable du tronc du nerf facial, donnant ainsi la preuve que l'hémiplégie faciale directe peut être produite par l'altération de la protubérance elle-même.

— Par une coïncidence heureuse pour l'éclaircissement de ce point intéressant de diagnostic, au moment même où M. Gubler procédait à l'examen nécroscopique qui lui donnait une vérification si complète de ses prévisions, la *Gazette hebdomadaire de médecine* publiait un fait tout à fait semblable qui venait d'être observé à l'hôpital de Strasbourg, par MM. Schutzenberger et Forget.

Il s'agissait, dans ce cas, d'un homme de 34 ans, malade depuis un an, ayant eu à deux reprises une perte de connaissance, et qui entrait à l'hôpital avec une paralysie du sentiment et du mouvement dans le côté gauche de la face.

Sorti de l'hôpital au bout de trois mois, sans aucun changement dans son état, il y rentra quelques jours après plus malade, et cette fois on constata une paralysie complète de la sensibilité et de la motilité dans les membres du côté droit. Les membres gauches paraissaient avoir subi la même altération, mais à un faible degré. Il existait en même temps un peu de contracture à droite. Intelligence conservée, mais obtuse ; phonation et déglutition difficiles ; constipation ; urines involontaires ; respiration assez libre ; léger mouvement fébrile.

M. le professeur Forget, dans le service duquel se trouvait alors le malade, en se fondant sur des considérations analogues à celles que nous venons de rappeler, formule le diagnostic suivant : « tumeur intra-crânienne, mais extra-cérébrale, occupant la base du crâne à la naissance de la moelle épinière, comprimant à gauche l'origine des nerfs affectés, avec altération organique du point de l'encéphale correspondant, et ramollissement ultime. »

Le malade, ayant succombé un mois après environ, l'autopsie révéla l'existence de plusieurs tumeurs fibro-plastiques vascularisées, dont l'une située dans l'épaisseur de la protubérance, à gauche du sillon médian, et les deux autres à l'extérieur, sur le même côté du pont de Varole. Le tissu de la protubérance autour de la tumeur centrale était ramolli et crémeux.

Voilà donc deux cas dans lesquels deux observateurs, ayant diagnostiqué une lésion de la protubérance annulaire, en se fondant sur le fait de la paralysie croisée de la face par rapport aux membres, l'autopsie est venue leur donner raison. Il est vraisemblable, ainsi que le fait remarquer M. Gubler, que les choses se passeront de même dans d'autres cas analogues, et que les faits d'hémiplégie avec paralysie du côté opposé du visage, ou d'hémiplégie alterne, ainsi qu'il les appelle, reconnaîtront pour condition anatomique cette même altération de l'isthme encéphalique. Cette présomption est déjà presque une certitude, en effet, si l'on joint aux deux faits que nous venons de rapporter ceux que MM. Poisson et Sénac ont communiqués depuis à la Société anatomique, et qui établissent la même relation entre les symptômes de la paralysie croisée et le siége de la lésion. Dans l'un, où l'on avait constaté pendant la vie une hémiplégie complète du côté droit de la face et incomplète du côté gauche du corps, il y avait un triple foyer hémorrhagique; l'un dans la partie postérieure externe du lobe droit du cerveau; le second, dans l'étage supérieur de la protubérance annulaire, et le troisième, dans la cavité du quatrième ventricule. Dans l'autre, où il y avait eu à la fois paralysie faciale directe et paralysie croisée des membres, il existait une lésion unilatérale de la protubérance annulaire (hémorrhagie), sans aucune complication.

M. Gubler a joint ces deux observations confirmatives à celles qui faisaient l'objet de son travail primitif et de sa présentation à la Société de biologie, dans le mémoire d'où nous extrayons ce qui précède, et qui peut se résumer dans cette proposition qu'il a pour but d'établir : « Que l'hémiplégie alterne doit être transformée en signe des lésions de la protubérance annulaire. »

Pustule maligne guérie par l'application topique des feuilles fraîches de noyer.

Il y a quelques années, un praticien du Midi, M. le docteur Pomayrol, publiait dans un journal de Montpellier les résultats remarquables qu'il disait avoir obtenus de l'emploi des feuilles et de l'écorce fraîches de noyer dans le traitement de la pustule maligne et du charbon. Plus de quarante observations de ces deux affections traitées et guéries par l'emploi de ce moyen le lui faisaient considérer comme aussi efficace dans ce cas que le sulfate de quinine dans la fièvre intermittente.

Nous n'avons malheureusement pas pu nous procurer le travail original de M. Pomayrol; mais d'après une courte analyse d'un recueil périodique du temps, que nous avons sous les yeux, il y avait plus d'un motif de penser que ses observations n'offraient pas toutes les garanties de certitude et de démonstration désirables. Le doute était donc permis, non sur la réalité des faits, l'honorabilité du praticien dont il s'agit éloignait tout soupçon à cet égard, mais sur leur véritable signification. Et par exemple, l'auteur de l'article en question, après avoir analysé les quatre seules observations rapportées dans le mémoire, dans lesquelles il signalait de nombreuses lacunes, et, entre autres, l'absence de toute indication relativement aux rapports que les malades auraient pu avoir avec des animaux infectés, terminait par cette remarque :

« N'y aurait-il pas à se demander si l'on n'aurait pas eu affaire dans ces différents cas à cette variété si curieuse de pustule maligne, sans malignité réelle, sans contagion, signalée il y a quelques années par M. Van Swygenhoven, qui naît précisément sans cause appréciable, comme elle paraîtrait être née dans les cas de M. Pomayrol, et qui guérit par une simple incision cruciale, suivie de l'application de topiques émollients ou narcotiques. »

Nous ne saurions dire jusqu'à quel point le fait que nous allons rapporter sera de nature à faire modifier ce jugement sur la valeur des faits de M. Pomayrol; mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'il a fortement ébranlé l'esprit d'un homme dont les dispositions sceptiques à cet égard étaient portées beaucoup plus loin encore que chez l'auteur des quelques lignes que nous venons de retracer.

Voici ce fait; il a été observé par M. le docteur Raphaël (de Provins), et communiqué dans une lettre familière à M. le professeur Nélaton, de qui nous le tenons. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que c'est avec le double assentiment de l'auteur de la lettre et du destinataire que nous publions ce fait; afin de n'en altérer en rien les détails, tous également importants, nous reproduisons la lettre textuellement.

« Mon cher monsieur Nélaton, j'ai lu il y a un mois à peine dans le numéro du 10 avril 1853 des *Annales cliniques de Montpellier*, que M. Pomayrol, praticien de l'arrondissement de Perpignan, guérissait la pustule maligne par l'application des feuilles fraîches ou de l'écorce fraîche de noyer, et que plusieurs succès avaient eu lieu devant MM. les docteurs Passama, médecin distingué de Perpignan, et Domedein, exerçant alors à Ille.

» Vous pensez bien que ma confiance en ce moyen était à peu près nulle, malgré les observations qui sont racontées pour confirmer l'efficacité de ce traitement. Mais voilà ce qui devient plus grave et beaucoup plus sérieux.

» Vendredi dernier, à Saint-Loups, commune des environs de Provins, je fus appelé près d'un nommé Louis Ch..., homme d'une forte constitution, âgé de 60 à 65 ans, et qui, me dit-on, a un érysipèle de la face depuis plusieurs jours; mais on me raconte en même temps que sa tête est horriblement grosse et qu'il est enflé jusqu'au bas de la poitrine. J'ai immédiatement l'idée d'une pustule maligne. A mon arrivée et au premier examen, je suis confirmé dans cette idée. Le mal est d'ailleurs si avancé qu'il ne peut pas y avoir le moindre doute.

» La pustule maligne a son siége sur le côté gauche; les paupières, la joue jusqu'à la tempe en haut, jusqu'au menton en bas, sont couvertes de pustules qui sont assises sur une peau très-tuméfiée, excessivement dure et d'une couleur violacé-foncé. Le cuir chevelu, l'autre côté de la face sont considérablement distendus par de l'œdème. L'œdème violacé des paupières, à droite, est si considérable qu'il est impossible de les ouvrir. Les lèvres sont si volumineuses qu'elles ne peuvent se joindre et que la parole en est gênée. Le cou, en avant et sur les côtés, et plus particulièrement à gauche, est très-fortement œdémateux, ainsi que la partie antérieure de la poitrine, le cou et le dessous de la mâchoire inférieure sont durs comme de la pierre. La glotte (ou du moins l'orifice supérieur du larynx) est elle-même œdémateuse. Ainsi, le malade veut cracher ou avaler à chaque instant, et il ne le peut; et quand il parle, on perçoit un bruit de gras qu'on entend également à chaque respiration. De temps en temps le malade a des envies de vomir; le pouls est encore bon et régulier. Il s'exhale de la bouche une odeur très-fétide.

» Le diagnostic est donc bien établi. Pustule maligne aussi développée que possible dans son état local et qui a probablement commencé par l'œdème malin des paupières de l'œil gauche. Elle est arrivée à sa troisième période complète; déjà commencent quelques symptômes de la quatrième, et l'œdème de la glotte est une complication qui peut faire mourir le malade par asphyxie avant que l'empoisonnement soit complet. Cet homme est d'ailleurs marchand de peaux de moutons, et dernièrement il a acheté des peaux de moutons morts du *sang* (maladie éminemment septique). Enfin, pour peu qu'on soit habitué à voir des pustules malignes, il ne peut y avoir aucun doute sur la réalité de celle-ci, ni même sur la période à laquelle elle est arrivée. Son étendue est en outre si considérable que je crois inutile d'appliquer le fer rouge.

» La cautérisation par le fer resterait incomplète; pour moi, il n'y a plus rien à faire. Ce malade est voué à une mort certaine. J'allais donc conseiller une pommade quelconque, quand les feuilles de noyer de M. Pomayrol me reviennent en mémoire. Je les applique moi-même après en avoir écrasé la nervure, sans y avoir grande confiance, je l'avoue, et je conseille de les renouveler de trois heures en trois heures. Je n'ai fait aucune incision.

» Le lendemain samedi, à ma grande surprise, l'œdème des paupières à droite est tellement diminué, que la malade peut les ouvrir; déjà l'œdème de la poitrine est moins considérable.

» Dimanche la diminution est plus marquée encore, et les parties qui étaient dures s'amollissent. La glotte est complétement débarrassée. A partir de samedi, de la peau sur laquelle les pustules sont assises suinte une grande quantité de sérosité sous les feuilles de noyer, et lundi toutes les pustules sont affaissées, elles n'existent plus. La poitrine, le cou, la tête, sont rentrés dans leurs proportions normales. Il ne reste plus que du gonflement sur les paupières et la joue du côté gauche, et à la commissure des lèvres à gauche, et encore toutes ces parties ne sont plus tendues, elles ne sont que boursouflées et ramollies, avec une coloration d'un noir jaunâtre, ce qui indique une foule de plaques de gangrène humide. Je continue les feuilles de noyer. Ainsi jusqu'à présent mercredi, non-seulement la quatrième période commencée n'a pas continué, mais les symptômes de la troisième ont disparu, et il ne reste plus qu'une peau couverte de plaques de gangrène. C'est une plaie de mauvaise nature, qui se détergera et qui guérira comme après la cautérisation avec le fer rouge quand elle a été complète.

» Il est donc évident qu'ici les feuilles de noyer ont guéri une pustule maligne.

» Le virus a-t-il été appelé au dehors et est-il sorti par ce suintement provoqué par les feuilles de noyer et dont nous avons parlé, de manière que l'absorption en a été empêchée, ou a-t-il été détruit dans sa composition intime ?

» Toujours est-il que ce fait est surprenant; il vient confirmer le dire de M. Pomayrol, et je souhaite qu'il ne vous laisse pas incrédule comme je l'ai été après avoir lu les observations de ce praticien. C'est pour que vous ne rejettiez point ce succès sur une erreur de diagnostic que j'ai voulu vous décrire l'état de mon malade, et j'espère que pour vous comme pour moi c'est bien un cas de pustule maligne grave, arrivée au commencement de sa quatrième période, et déjà trop étendue localement pour oser espérer la guérison par la cautérisation à l'aide du fer rouge, qui a été guérie par l'application de feuilles fraîches de noyer renouvelées de trois heures en trois heures; et comme ce traitement est un progrès immense dans la thérapeutique de la pustule maligne et que cela intéresse une foule de contrées où cette maladie fait souvent de nombreuses victimes, malgré les moyens énergiques et je dirai barbares auxquels on a eu recours jusqu'à présent, je compte sur vous, mon cher monsieur Nélaton, pour propager l'emploi des feuilles de noyer, dont la découverte remonte, d'après les *Annales Cliniques*, à M. Pomayrol. Vous pourrez en toute certitude vous baser sur mon observation, elle est sûre et certaine, elle vient confirmer d'une manière positive le dire de M. Pomayrol. »

La lettre que nous venons de reproduire est en date du 15 juillet; dans une nouvelle lettre du 19, M. Raphaël donne à M. Nélaton de nouveaux renseignements qui confirment et complètent ce qui précède. Le malade allait toujours mieux. On avait cessé le 17 l'usage des feuilles de noyer, que l'on avait remplacées par des compresses imbibées d'eau chlorurée. Ce qui n'est pas le moins surprenant dans ce fait, c'est que cette pustule maligne si étendue et qui présentait sur les paupières et sur toute la joue un aspect si mauvais qu'il y avait lieu de s'attendre à voir les trois quarts de la joue et la totalité des paupières tomber en gangrène, c'est que ces plaques qui ressemblaient à de la gangrène humide, trois jours après l'application des feuilles de noyer, tout avait disparu, et à peine si à la date de la dernière lettre de M. Raphaël on voyait encore des traces de ce mal si violent : il ne restait que deux petites eschares larges comme une pièce de 50 centimes, l'une à la jonction du tiers interne au tiers moyen de la paupière supérieure, l'autre à la paupière inférieure à la jonction du tiers moyen au tiers externe.

Après les détails si précis de l'observation de M. Raphaël, qui ne permettent guère de mettre en doute la nature de l'affection à laquelle il a eu affaire, nous aurions mauvaise grâce à lui opposer à notre tour le scepticisme avec lequel il a accueilli les faits de M. Pomayrol. Nous aimerions mieux, au contraire, y voir une confirmation des assertions du médecin de Perpignan. Mais on nous permettra, quand il s'agit d'une question aussi importante, de ne pas nous en tenir encore à ce fait, et d'en appeler, avant de formuler un jugement, de l'observation de M. Raphaël à l'observation et au contrôle de ceux de ses confrères qui se trouvent placés dans les conditions les plus favorables pour expérimenter sur une large échelle le moyen dont il s'agit.

De la saignée des veines ranines dans le traitement des maladies du pharynx et du larynx.

Nous avons déjà fait connaître les tentatives qui ont été faites depuis quelque temps pour réhabiliter dans la pratique la saignée des veines ranines, qui, l'on ne sait trop pourquoi, en a si longtemps été exclue après avoir compté parmi ses prôneurs les médecins les plus illustres de l'antiquité. M. Aran, qui depuis quatre ans poursuit l'étude des indications de cette petite opération et de ses résultats, vient de résumer dans le *Bulletin de thérapeutique*, à l'occasion de quelques publications récentes sur le même sujet, les résultats des faits qu'il a observés et de l'expérience qu'il a acquise sur ce point de pratique dans cette période de temps.

La saignée des ranines dont les anciens avaient circonscrit l'application à peu près exclusivement aux affections du pharynx, a reçu de la part de M. Aran une beaucoup plus grande extension. Une expérimentation plus large lui a permis d'étendre aux maladies du larynx et de la bouche les indications de son emploi : angines, inflammations de toute espèce, laryngites aiguës, stomatites et glossites, bref, toutes les maladies aiguës inflammatoires des voies digestives et respiratoires supérieures sont avantageusement modifiées, suivant M. Aran, par l'usage de cette saignée.

Il signale surtout comme des plus remarquables le soulagement qui en résulte dans la stomatite, la glossite, la laryngite; il a même eu l'occasion d'en faire usage avec succès chez une jeune femme affectée de syphilis constitutionnelle, dont le larynx s'était pris avec une intensité qui donnait de vives inquiétudes; au soulagement immédiat qui en a été la conséquence a succédé dans les vingt-quatre heures une guérison complète. Mais c'est surtout dans l'angine inflammatoire, quel que soit son siége, amygdales, voile du palais, pharynx, que la saignée des veines ranines lui a paru triomphante, pour employer son expression.

Il a vu, dit-il, des malades en proie à des angines des plus intenses, n'avalant pas du tout ou avec la plus grande difficulté, et au milieu de douleurs très-vives, déclarer, après avoir perdu quelques onces de sang, que la déglutition était incomparablement plus facile et qu'ils étaient sensiblement soulagés. D'autres se croyaient guéris, et ce qui l'a toujours frappé, c'est que ce soulagement si marqué, cette guérison presque instantanée n'étaient pas accompagnés d'un changement bien notable dans le gonflement et la rougeur des parties malades.

Une chose l'a plus frappé encore, et témoigne à ses yeux de la supériorité de cette saignée sur les autres émissions sanguines dans le traitement de l'angine, c'est que des personnes qui avaient été saignées du bras, d'autres qui avaient eu à une ou plusieurs reprises des sangsues autour du cou, ont retiré de la saignée des veines de la langue un soulagement qu'elles n'avaient jamais eu à la suite des émissions sanguines précédentes. Et ce soulagement n'est pas seulement momentané, il est durable, et augmente peu à peu, marquant presque toujours la période de décroissance de la maladie.

Enfin M. Aran dit s'être souvent bien trouvé de soutenir ce résultat par des gargarismes alumineux, et surtout en portant sur les parties enflammées de l'alun en poudre au moyen d'un pinceau de linge trempé dans l'eau. Toutefois il ne considère pas cette pratique comme indispensable, et la guérison ne lui en a pas paru moins réelle et moins durable dans les cas où il s'en est abstenu.

S'il faut en croire M. Mestivier, qui a publié récemment un travail étendu sur le même sujet, la saignée des veines ranines trouverait surtout son indication dans certaines, et peut-être même, dit l'auteur, dans toutes les angines malignes. M. Aran n'a pas eu l'occasion de vérifier le fait, ou plutôt il a reculé devant la crainte d'augmenter par une perte de sang, si peu abondante qu'elle soit, les accidents adynamiques qui l'accompagnent. Il l'a pratiquée une seule fois dans l'angine scarlatineuse, et dans ce seul cas cette saignée lui a paru remarquable par le soulagement des accidents gutturaux qui en a été la suite.

Quant au procédé opératoire, voici, après quelques tâtonnements, quel est celui que M. Aran a fini par adopter définitivement, et dont il conseille l'usage:

La langue ayant été saisie par la pointe, à l'aide des deux ou trois premiers doigts de la main gauche garnis de linge, et légèrement relevée, ou mieux encore, si le malade est docile, celui-ci relevant avec force la pointe de la langue contre l'arcade dentaire supérieure, et faisant saillir entre les dents la face inférieure de l'organe, ce qui facilite encore l'opération par le gonflement des veines ranines qui en est la conséquence, on divise très-doucement et à petits coups, de haut en bas, la membrane muqueuse le long de la veine, à l'aide d'une lancette bien tranchante, de manière à mettre ce vaisseau à découvert dans une étendue d'un centimètre à un centimètre et demi. La veine fait immédiatement saillie entre les lèvres de la plaie, et il ne reste plus qu'à diviser également de haut en bas, et en reportant la lancette vers l'angle supérieur de la plaie, la veine ranine dans toute l'étendue des parties à découvert.

La même opération est pratiquée ensuite sur la veine ranine gauche et par le même procédé.

Les deux veines ranines ainsi ouvertes, il reste encore à assurer l'écoulement du sang par l'introduction de quelques gorgées d'eau tiède, de minute en minute, et par des mouvements imprimés à la langue. On continue ainsi pendant dix ou quinze minutes, plus ou moins, à favoriser l'écoulement du sang ; il suffit ensuite de mettre la langue au repos pour que le sang s'arrête de lui-même.

DISPENSAIRE SAINT-COME. — M. TAVIGNOT.

§ I. Il faut dans l'amaurose faire une distinction entre les symptômes physiques et les symptômes physiologiques.

Je crois avoir appelé le premier l'attention des praticiens sur

l'importance de cette distinction entre les symptômes physiques et les symptômes physiologiques, dans l'amaurose incomplète, bien entendu. Et je viens dernièrement encore de faire vérifier publiquement par les élèves du dispensaire Saint-Côme l'authenticité et l'utilité réelle de cette distinction.

En deux mots, voici ce dont il s'agit :

Dans le plus grand nombre des affections amaurotiques, deux phénomènes sont surtout évidents : d'un côté la paralysie plus ou moins avancée de la rétine, laquelle est incompatible avec l'exercice régulier des fonctions visuelles; de l'autre, la paralysie plus ou moins évidente de l'iris, laquelle se manifeste par une mydriase en général très-prononcée. Or c'est cette même mydriase ou dilatation pupillaire qui vient par elle-même ajouter aux troubles visuels qui existent déjà par le fait seul de l'atonie rétinienne. En effet, dans la mydriase artificielle provoquée à l'aide d'instillations belladonées, il y a, malgré l'intégrité fonctionnelle de la rétine, des perturbations visuelles des plus faciles à constater sur soi-même et que j'ai relatées dans ce journal même. (*Recherches sur la mydriase artificielle*, 1850, p. 99.) Tels sont, entre autres, la perception d'une sorte de brouillard, la décoloration évidente de certains objets, l'incertitude de la vision, l'agrandissement exagéré de la flamme d'une bougie placée à une certaine distance, etc.

Dans la mydriase artificielle, ces différents symptômes physiques disparaissent après vingt-quatre ou trente-six heures, et, lorsque la pupille a repris ses dimensions normales de manière à rendre impossible le passage des rayons lumineux par la périphérie du cristallin, ce qui fait cesser l'aberration de sphéricité avec ses conséquences, on peut également dans la mydriase artificielle couper court aux conséquences physiques de l'aberration de sphéricité dont nous venons de parler en regardant à travers un petit trou percé dans un carton.

Dès lors il ne restait plus pour déterminer le rôle de la mydriase concomitante dans l'amblyopie proprement dite, et pour faire, en réalité, la part des symptômes physiques et des symptômes physiologiques, qu'à faire regarder les malades à travers un trou percé dans une carte ordinaire : leur vue s'est trouvée immédiatement améliorée, parfois d'une manière surprenante.

Assurément, la constatation d'un fait aussi simple ne constitue pas une découverte des plus importantes; elle ne fournit aucune indication nouvelle pour diriger le traitement de l'amblyopie elle-même. Elle n'est pas, cependant, sans valeur, pour les motifs suivants :

Dans quelques cas, cette expérience du carton m'a servi très-utilement à raffermir le moral des malades, en leur permettant de constater par eux-mêmes que leur vue était moins affaiblie qu'ils le prétendaient; et cette question du moral dans les maladies nerveuses n'est jamais à dédaigner.

On peut toujours, au moyen de cette expérience, juger avec connaissance de cause l'état réel de la rétine; décider, en un mot, en dernier ressort, s'il y a plutôt *amaurose irienne* qu'*amaurose rétinienne*, que l'on me passe l'expression, d'autant plus juste, selon moi, que l'iris est, comme la rétine, sous la dépendance de la cinquième paire. Enfin, il est possible encore, comme nous l'avons fait, d'utiliser cette expérience en en tirant quelques déductions pratiques. C'est ainsi que j'ai pu prescrire l'usage de conserves dont les verres n'étaient diaphanes que dans un point central. C'est ainsi, encore, que j'ai été conduit, pour améliorer plus directement l'état de la vision, à agir plus directement sur l'iris à l'aide de moyens propres à provoquer sa contraction. Parmi ces moyens, je noterai, en passant, les cautérisations de la conjonctive avec un crayon de sulfate de cuivre.

§ II. Remarques pratiques sur les différentes espèces de hernies de l'iris.

L'engagement de l'iris à travers une solution de continuité de la cornée reste évidemment subordonné, sous beaucoup de rapports, au siége et à l'étendue de la perforation cornéale; on conçoit, cependant, que si l'œil est soumis à une pression plus ou moins forte pendant que la cornée présente une issue à l'humeur aqueuse, l'iris ait plus de tendance à traverser cette ouverture accidentelle, que dans le cas contraire. Or, une pression peut être exercée sur le globe oculaire par la cause vulnérante elle-même, comme elle peut résulter d'une contraction spasmodique des muscles moteurs de l'œil.

Mais ce qu'il nous importe d'étudier ici, au point de vue clinique, c'est moins le mode de production de la hernie de l'iris, que les circonstances variables au milieu desquelles survient cette hernie; circonstances telles que la hernie de l'iris doit être rangée tantôt parmi les accidents malheureux et tantôt parmi les accidents heureux, si l'on veut bien me permettre cette sorte d'antithèse qui rend très-bien ma pensée.

En effet, ce qu'il faut surtout considérer dans une hernie de l'iris, ce n'est pas seulement l'aspect de la portion d'iris hernié, mais encore l'état particulier de la solution de continuité de la cornée elle-même. Voici pourquoi ;

A. *Lorsque la solution de continuité de la cornée existe sans perte de substance*, comme cela a lieu ordinairement à la suite d'une plaie faite avec un instrument tranchant, la cornée est dans les meilleures conditions possibles pour faire les frais du travail de réparation, lequel, si rien n'y met obstacle, s'opérera à l'aide d'une sorte d'exsudation de suc *cornéal ;* la cicatrice sera par conséquent transparente au lieu d'être plus ou moins opaque comme elle l'eût été avec la *lymphe plastique*, telle qu'elle est produite par une inflammation de la cornée.

Il est facile de concevoir que, dans le cas particulier, la présence de l'iris hernié ne peut être que nuisible au mode de cicatrisation dont nous venons de parler ; car, en même temps qu'il tient écartées les lèvres de la plaie cornéale, qui ont besoin d'être juxtaposées pour que leur réunion s'opère, il vient aussi concourir pour sa part et fournir des matériaux au travail de réparation qui tend à s'effectuer.

Mais comme l'iris n'a pas la même vitalité que la cornée, il peut résulter de cette sorte de fusion accidentelle une kératite plastique plus ou moins étendue, et plus tard une kératite vasculaire interstitielle ; dans tous les cas, la cicatrice qui se forme est opaque.

Il résulte de cet exposé succinct qu'il faut, dans les lésions traumatiques de la cornée, s'efforcer par tous les moyens jugés efficaces de faire rentrer dans la chambre antérieure la portion d'iris qui s'échappe au dehors, tout en se plaçant dans les meilleures conditions possibles pour rendre cette réduction permanente.

Il faut agir différemment selon que l'accident est plus ou moins ancien.

1° S'il est tout à fait récent (vingt-quatre heures) on doit, avec un stylet mousse, tenter la réduction de l'iris hernié, dût-on dans quelques cas être obligé pour l'effectuer, d'agrandir, par un léger débridement, la fissure qui livre passage à l'iris.

Il est en même temps indiqué d'agir sur l'iris, de sorte qu'il rende lui-même cette réduction plus facile d'une part, et que, d'une autre part, il la rende définitive.

Pour agir avec quelques chances de succès, il ne faut pas oublier deux particularités importantes :

La première, c'est que, dans la hernie de l'iris, toujours le bord pupillaire tend à s'engager tout d'abord dans l'ouverture cornéale ;

La deuxième, c'est qu'il convient de provoquer tantôt la contraction de l'iris et tantôt sa dilatation, selon que la solution de continuité de la cornée est périphérique ou centrale, afin que, dans l'un comme dans l'autre cas, l'*iris se trouve sollicité à tirer sur les adhérences* qui le retiennent engagé dans la cornée.

Examinons successivement ces deux cas :

Soit une plaie périphérique de la cornée; l'iris y est plus ou moins enclavé. Si vous dilatez la pupille par la belladone, vous paralysez le muscle constricteur de la pupille, et celle-ci, sous l'influence de la rétraction toute physique des fibres radiées se rapprochant de plus en plus du bord ciliaire, n'en aura que plus de tendance à s'engager dans l'ouverture cornéale. Essayez, au contraire, d'activer la contraction du sphincter irien à l'aide du contact d'une vive lumière, de frictions palpébrales, d'un collyre au seigle ergoté, de légères cautérisations de la partie externe de la cornée avec le crayon de nitrate d'argent, etc., et vous verrez le bord pupillaire faire des efforts évidents, et couronnés dans plusieurs cas de succès, pour s'échapper de l'espèce de boutonnière qui le retenait. Quoi qu'il advienne, cette contraction pupillaire continue sera encore des plus utiles, puisqu'elle mettra obstacle à la reproduction de la maladie.

Soit une plaie quasi-centrale de la cornée avec hernie de l'iris ; il est évident, par opposition avec ce qui précède, qu'il faut avoir recours, si l'on veut agir dans un sens favorable à la réduction, à une dilatation aussi énergique que possible de la pupille, provoquée avec le sulfate d'atropine, par exemple, afin de paralyser le sphincter irien et permettre aux fibres radiées d'agir par leur élasticité propre, de façon à dégager le bord pupillaire retenu entre les lèvres de la plaie cornéale.

2° Si l'accident est moins récent (trois jours), les conditions ne sont plus les mêmes, et il est, selon nous, rationnel de procéder d'une autre manière : on trouve ordinairement, à cette période de la maladie, la portion d'iris qui dépasse les lèvres de la plaie turgescente, et comme érectile; il faut l'exciser d'un coup de ciseaux courbes en rasant la cornée; on tente ensuite avec un stylet la réduction du lambeau resté engagé dans la plaie elle-même; et dans tous les cas, on met en usage les moyens propres à faire dilater ou à faire contracter l'iris, selon l'indication qui se présente, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

3° Enfin, quand l'accident est tout à fait ancien (dix, douze, quinze jours), il ne reste plus qu'à traiter la hernie de l'iris par des attouchements rapides et plus ou moins répétés sur la tumeur avec un crayon effilé de nitrate d'argent.

Les adhérences sont trop anciennes pour qu'on doive espérer autre chose qu'une fusion définitive entre la cornée et l'iris, et il y aurait trop peu à gagner et beaucoup trop à perdre si l'on agissait autrement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 juillet 1857. — Présidence de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeur de la partie antérieure du bras gauche. — M. VERNEUIL montre un malade qui offre une tumeur du biceps brachial.

Martin (Paul), imprimeur, âgé de soixante ans, d'une bonne constitution, s'est aperçu, il y a quelques jours seulement, de la présence d'une tumeur indolente à la partie antérieure du bras gauche, à l'union des deux tiers inférieurs avec les trois quarts supérieurs. Depuis près de quinze ans, il a toujours ressenti dans cette région quelques douleurs vagues, mais sans trace d'inflammation, sans vestige de tumeur. Il ne se rappelle pas avoir reçu de coup, ni avoir fait d'effort violent ni récemment ni autrefois.

Aujourd'hui même les douleurs sont nulles soit dans les mouvements, soit dans les explorations; les mouvements ne sont nullement gênés, et le malade, gaucher ordinairement, possède la même force des deux bras.

Examen de la tumeur. — Le bras étant dans l'extension et en l'absence de toute contraction des fléchisseurs de l'avant-bras, on aperçoit à la partie antérieure du bras, située immédiatement au-dessous de la peau, une tumeur molle, facile à déplacer dans le sens transversal, et qui paraît intimement liée au biceps huméral, sinon en faire partie intégrante.

Cette tumeur a environ 3 centimètres de diamètre en largeur et en hauteur; elle se perd insensiblement en bas avec le biceps à 4 centimètres au-dessus du tendon; elle se termine, au contraire, assez brusquement en haut et par un bord irrégulier. Immédiatement au-dessus de cette tumeur, le biceps se rétrécit considérablement en travers; il paraît uniquement formé par la courte portion, et au contraire une dépression longitudinale assez profonde se montre à la simple vue dans toute la région occupée par la moitié supérieure de la longue portion du biceps.

Lorsque, le bras restant toujours dans l'extension, on ordonne au malade de contracter le biceps, la tumeur devient tout à coup beaucoup plus saillante, beaucoup plus dure, et se porte en même temps un peu en haut et en dehors.

Lorsqu'on fait fléchir l'avant-bras, soit d'une manière modérée, soit avec la plus grande énergie possible, la tumeur reste toujours saillante, remonte à mesure que la flexion augmente, redescend à mesure que le bras s'étend davantage. Elle augmente ou diminue de consistance exactement de la même manière que la portion interne du biceps et que celui du bras opposé.

Lorsque la contraction existe et que la tumeur durcit, elle devient tout à fait immobile. Si on compare vers la partie moyenne le biceps en contraction sur les deux bras à la fois, on constate que du côté sain le muscle a environ 5 centimètres de largeur, tandis qu'il n'en offre que 3 du côté gauche.

Tous ces renseignements me font penser que la tumeur est formée par la longue portion du biceps pelotonnée à la partie inférieure par suite de la rupture de son tendon ou du relâchement de ce lien fibreux.

J'ai conseillé au malade de ne rien faire, et seulement de protéger et de soutenir la tumeur au moyen d'une sorte de brassard en cuir et en tissu élastique.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je ne saurais partager l'opinion de M. Verneuil. Pour moi, la tumeur est indépendante du biceps; elle est seulement en partie située sous ce muscle. Quand il se contracte, elle se dégage à son côté externe, et devient saillante et dure. Pendant le relâchement du biceps, elle est mollasse, comme lobulée; elle se dérobe en quelque sorte, parce qu'elle rentre sous le muscle et qu'elle se confond avec le niveau des parties ambiantes. Elle offre à l'état de repos ou de contraction du muscle une fluctuation, même de haut en bas, qui rappelle l'idée d'un kyste ou d'un lipôme. Le biceps est moins volumineux que celui du côté sain, mais son faisceau externe est entier. Notons qu'il s'agit du bras gauche, et qu'il est tout simple que ses muscles soient plus développés que ceux du côté droit. Je propose formellement la ponction exploratrice.

M. AD. RICHARD. Cette tumeur est du muscle; c'est la partie inférieure du biceps lui-même; c'est la consistance du muscle, sa fluctuation nulle verticalement, évidente dans le sens transversal; c'est la place que le muscle occupe, c'est le muscle normal lui-même avec tous ses caractères en dehors de la contraction; et quand cette dernière se manifeste et que la tumeur apparaît, on se demande simplement quelle est la cause de cette saillie anormale. Jusqu'ici donc je suis de l'opinion de M. Verneuil. Mais sur ce dernier point, je pense non que le biceps est détaché par en haut, ou rompu à sa partie supérieure, car je ne sens plus rien qui corresponde aux deux tiers supérieurs de la portion interne du biceps. Et c'est ce qui me fait dire que ces deux tiers supérieurs sont atrophiés ou même disparus presque complétement. C'est là une maladie que les travaux contemporains ont bien fait connaître, et elle m'explique à merveille la saillie anormale du tiers inférieur du biceps, qui a conservé tout son volume.

M. DEGUISE. Je ne suis pas édifié sur la nature de la tumeur; mais je ne puis admettre une rupture du muscle qui a entraîné par en bas tout son corps charnu, car la saillie que j'aperçois ne me rend pas compte par son volume de la masse charnue qui serait venue s'y condenser.

M. BOINET croit à l'existence d'une hernie musculaire, car il a vu un cas ayant de l'analogie avec celui-ci, et où la hernie musculaire était certaine.

Après quelques paroles de MM. Verneuil et Michon, et quelques explications nouvelles de M. Verneuil, les membres qui ont examiné cette tumeur semblent tous d'accord sur sa nature musculaire.

CORRESPONDANCE.

M. MICHON remet un travail de M. Sabatier, médecin de l'hôpital de Bédarieux.

Commission : MM. Desormeaux, Deguise, Richard.

LECTURE.

M. VERNEUIL achève la lecture de son rapport sur le travail de M. Arlaud.

URÉTHROPLASTIE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS

dans un cas de fistule pénienne accompagnée de circonstances insolites (1).

Quoi qu'il en soit, lorsque le malade fut soumis aux soins de M. Arlaud, il était dans un état grave et qui nécessitait promptement l'intervention chirurgicale. Les accidents étaient dus surtout à la rétention

(1) Suite du rapport de M. Verneuil sur les travaux de M. Arlaud, de Rochefort. — Voir les numéros des 20 juin, 7 et 18 juillet.

d'urine, car le bout pubien de l'urèthre s'était considérablement rétréci et menaçait de s'oblitérer, comme cela était déjà arrivé pour l'autre orifice situé sur la lèvre antérieure de la plaie. Ce qui prouve, en passant, que l'urine peut bien gêner la réunion immédiate des plaies uréthrales, mais qu'elle ne peut rien contre la rétraction insensible des bourgeons charnus qui sont peu influencés par son contact permanent, et se cicatrisent à la longue comme si ce contact n'existait pas. Ce fait, que je n'indique qu'en passant, est de la plus haute importance dans la physiologie pathologique des fistules uréthrales et de l'anaplastie de ce conduit.

Je viens de dire qu'il y avait urgence; en effet, le malade était en proie à toutes les angoisses et à tous les dangers de la rétention d'urine; ce fluide coulait goutte à goutte par le bout supérieur du canal, considérablement rétréci et encombré par des fongosités; la vessie était distendue, l'urèthre qui lui fait suite, dilaté en arrière de la plaie, ce qui nous rend compte de l'incontinence coïncidant avec le rétrécissement. Sous ce rapport, le fait de M. Arlaud diffère de la plupart des fistules péniennes, dans lesquelles, au contraire, la voie est largement ouverte à l'issue de l'urine.

Ce cortége de symptômes appartient bien plutôt aux rétrécissements ordinaires ou aux rétrécissements traumatiques, dans lesquels le tissu inodulaire a comblé la perte de substance et effacé le canal dans une étendue plus ou moins considérable.

Il y avait donc deux indications à remplir :

1° Donner issue à l'urine;

2° Reconstituer une voie permanente pour l'issue de ce fluide.

M. Arlaud avait trois moyens pour satisfaire à la première exigence, savoir : le cathétérisme par le méat, la boutonnière périnéale, le cathétérisme par le trajet fistuleux. Nous sommes surpris que l'auteur ait oublié dans cette énumération la ponction de la vessie, déjà employée dans un cas assez comparable par Verguin (1), et qui depuis a été mise en usage par bien d'autres dans des cas pressants. Généralement innocent, et à coup sûr moins dangereux que la boutonnière périnéale, cet expédient permet de gagner du temps, et rend de grands services dans les rétentions d'urine.

Ceci n'est pas dit pour blâmer notre confrère, qui, en adoptant le cathétérisme par l'orifice fistuleux, me paraît avoir suivi le parti le plus logique.

On était disposé à en rester là dans cette première séance, et le danger pressant étant conjuré, on comptait remettre la réparation du canal à une époque ultérieure, quand les chirurgiens assemblés se décidèrent à faire tout d'un seul coup. Le bout supérieur fut donc fendu longitudinalement. Le bout inférieur d'abord découvert, fut incisé de même, de telle façon qu'une sonde introduite par le méat put parvenir jusque dans la vessie.

Si on réfléchit à cette première phase de l'opération, on y reconnaît les caractères d'une sorte d'uréthrotomie externe, avec cette différence que les téguments étaient altérés et traversés par une fistule qui facilita beaucoup la découverte du bord supérieur. Les mêmes détails opératoires se retrouvent presque tout entiers dans la seconde histoire que Ledran a insérée dans ses *Observations de chirurgie*. Il se servit aussi d'un trajet fistuleux pour retrouver l'urèthre qu'il fendit largement en haut et en bas. Ce qui, avec l'aide d'une sonde, amena la guérison complète du jeune Martin Bourdin (2).

En 1820, Julien le Vanier, de Cherbourg, faisait encore avec succès une uréthrotomie semblable sur un malade qui avait eu la verge blessée par une balle quatre ans auparavant, et qui urinait goutte à goutte et rarement. Il incisa l'urèthre en long au-dessus et au-dessous de la cicatrice, puis fendit longitudinalement cette dernière; et enfin pratiqua par-dessous une sonde métallique la suture des lèvres saignantes. Six jours après la réunion était solide. Au dire de M. Dolivera, Lassus aurait obtenu un succès pareil, en 1786. pour un rétrécissement traumatique de la région périnéale. Je pourrais multiplier les exemples et trouver, surtout depuis la renaissance de l'uréthrotomie externe, un bon nombre de faits dans lesquels des rétrécissements infranchissables, traumatiques ou non, avec ou sans perte de substance, ont été incisés longitudinalement, et dans lesquels aussi la paroi uréthrale inférieure s'est réparée sans opération autoplastique.

J'amène la question sur ce terrain pour aller au-devant d'une objection; on pourrait demander, en effet, si, dans le cas de M. Arlaud, l'autoplastie était indispensable, s'il ne fallait pas se contenter d'avoir rétabli le canal, et si, enfin, il n'y avait pas lieu d'attendre au moins que la nature ait rempli son rôle avant de faire appel à l'art.

J'ai déjà fait remarquer que la restauration spontanée des pertes de substance de la région pénienne était peu à espérer. De plus, les bouts du canal étaient fort écartés, et l'étoffe manquant pour refaire un segment d'urèthre par suture ou par granulation, il était nécessaire d'emprunter aux parties molles voisines de quoi combler la brèche. L'autoplastie était donc indiquée d'une manière à peu près suffisante. Ceci accepté, fallait-il la différer ? Je n'en vois pas la raison. Ce qui rend le traitement autoplastique très-long, c'est qu'on est presque toujours obligé de procéder à la dilatation préliminaire des extrémités divisées du canal. Or, dans le cas actuel, cette première étape venait d'être parcourue en quelques minutes, la section des bouts de l'urèthre venait de vaincre leur rétrécissement; il suffisait de quelques incisions peu étendues pour former des lambeaux; on conçoit donc que M. Arlaud ait rempli jusqu'au bout le rôle chirurgical. Peut-être, à la vérité, l'état général assez grave dans lequel se trouvait le malade était-il une contre-indication; mais, en revanche, on pouvait espérer quelque chose du soulagement extrême qu'on lui procurait. Et d'ailleurs, deux

(1) Chopart, *Maladies des voies urinaires*, t. II, p. 240.

(2) Ledran, *Observations de chirurgie*, t. II, p. 184, obs. 78, 1731. J'ai lu avec beaucoup de soin ce chapitre intéressant, ainsi que celui qui se trouve dans les *Opérations de chirurgie*, p. 352, 1742, et j'affirme que Ledran n'a jamais eu pour but, en incisant le périnée, de pratiquer une voie de dérivation à l'urine. Il se proposait seulement d'agir sur les fistules directement et de faire fondre les callosités. Il n'a donc nullement songé à faire la boutonnière véritable, mise en usage depuis par Viguerie, Ségalas, Ricord, Goyrand, etc. C'est M. Jobert qui a accrédité cette erreur relative à Ledran, et qui maintenant se propage partout. L'idée de la boutonnière dérivative a été très-nettement formulée par Louis, que personne ne cite à ce propos.

opérations entraînent ordinairement plus de chances funestes qu'une seule.

Pour ma part, la conduite qu'a tenue notre confrère, abstraction faite du succès, qui n'est pas le seul critérium des indications, cette conduite, dis-je, me donne beaucoup à réfléchir; peut-être dans les cas où le rétrécissement des bouts de l'urèthre est peu marqué, pourrait-on remplacer la dilatation préliminaire par deux incisions longitudinales du canal et procéder sur-le-champ à l'autoplastie, dont le succès ne serait sans doute pas compromis par cette modification. Votre rapporteur vous soumet humblement cette idée, qui ne choque pas le bon sens.

Par suite de la variété des lésions, des progrès de l'art, ou par l'effet de l'imagination féconde des chirurgiens, il existe aujourd'hui dans la science presque autant de procédés d'uréthroplastie que d'opérations de ce genre couronnées de succès. Chacun invente le sien ou modifie celui des autres, et si j'écrivais en ce moment l'histoire complète de l'autoplastie de l'urèthre, j'aurais de longues pages à consacrer à la seule description de cette richesse opératoire. M. Arlaud a imité ses prédécesseurs ; seulement, au lieu de se mettre en frais d'invention, il a mieux fait, suivant nous, c'est-à-dire qu'il a choisi, parmi les innombrables procédés autoplastiques, celui que M. le docteur Roux (de Brignolles) avait appliqué déjà avec succès à la guérison d'une fistule aérienne, et qu'il a désigné sous le nom d'*autoplastie à doublure* ou à *double plan de lambeaux*.

Cet emprunt fait à la médecine opératoire d'une autre région doit avoir autant de mérite, à nos yeux, que l'invention d'un procédé nouveau. En effet, l'autoplastie compte maintenant d'assez nombreuses ressources pour que l'ingénieux esprit des chirurgiens s'arrête quelque peu. Il est temps d'utiliser les matériaux acquis, et il suffira à un praticien de se mettre au courant de la science pour y trouver tout élaboré et déjà sanctionné par l'expérience le moyen dont il pourrait avoir besoin.

Comme le remarque M. Arlaud, le procédé en question est une émanation de la *méthode par glissement*, que nous appelons patriotiquement méthode française, quoique l'épithète d'ancienne ou de romaine lui soit plus justement applicable. Ce qui le caractérise, c'est l'importante modification apportée par son auteur dans la manière de souder les lambeaux entre eux.

Depuis longtemps déjà l'idée a surgi de pallier l'influence fâcheuse de l'urine sur les plaies saignantes en affrontant ou en juxtaposant de larges surfaces avivées, au lieu de rapprocher seulement des bords minces; c'est là même un des principaux caractères différentiels entre l'uréthroraphie et l'uréthroplastie. J'accorderai sans peine que le procédé de M. Roux (de Brignolles) remplit bien cette indication en faisant chevaucher l'un sur l'autre, à la manière de deux tuiles, le bord libre de chaque lambeau; son extension à la réparation de l'urèthre me paraît donc heureuse; mais il est juste de dire que dès 1850 la même idée avait été réalisée dans ce qu'elle a d'essentiel par la *thécoplastie* de M. Gaillard (de Poitiers), que j'appellerais volontiers *autoplastie par invagination*.

Cependant, si j'avais à choisir entre les deux, je préférerais la première à la seconde. La *thécoplastie* est passible, en effet, de plusieurs objections qui dès la première lecture frappent l'esprit, et qui ont été déjà pressenties par notre confrère M. Diday (de Lyon) dans un de ces articles de lumineuse critique qui lui sont familiers (1).

C'est donc sans hésiter que je déclare le procédé suivi par M. Arlaud un des meilleurs qu'on puisse employer à la cure d'une fistule de la partie moyenne de la verge. Conjointement avec celui de M. Nélaton, il offre plus de chances de réussite que la plupart des autres. Voici quels avantages je lui reconnais :

1° Les lambeaux sont pris à la partie inférieure de la verge et du scrotum, c'est-à-dire dans le point où, avec une mobilité égale, l'extensibilité des téguments acquiert son maximum.

2° En formant deux lambeaux, l'un antérieur, l'autre postérieur, qui marchent à la rencontre l'un de l'autre, on évite les dissections et les décollements trop étendus, c'est-à-dire qu'on diminue les chances de sphacèle.

3° On parvient encore à éviter les tiraillements exagérés du tégument destiné à constituer l'opercule, et si survenaient ces érections qui ont compromis tant d'opérations de ce genre, on parviendrait à en pallier l'inconvénient en relevant le scrotum contre la verge au moyen d'une large bandelette agglutinative.

4° Grâce à l'imbrication des lambeaux, la suture dont la réussite importe le plus, c'est-à-dire celle qui réunit le sommet des deux lambeaux, est presque entièrement soustraite au contact de l'urine. On peut d'ailleurs faire qu'elle ne corresponde pas directement à la perforation uréthrale. Si la réunion s'effectue dans ce point, le succès définitif est à peu près certain, quand bien même les sutures latérales viendraient à manquer.

5° La section du filet, le débridement du limbe préputial à sa partie supérieure, une incision à distance sur le scrotum, suivant les cas, donneraient d'ailleurs aux lambeaux beaucoup de liberté sans compliquer notablement l'opération.

Cette opération me paraît surtout bien préférable aux procédés à un ou deux lambeaux latéraux, qui entraînent ou le tiraillement exagéré du tégument dans le sens transversal, ou la nécessité de pratiquer sur le dos et les côtés de la verge des incisions suivies de larges plaies béantes. Jusqu'à ce jour ces procédés ont fourni beaucoup plus de revers que de succès, ce qui m'engage à les proscrire sinon d'une manière absolue, au moins toutes les fois qu'on pourra les remplacer par d'autres.

Il serait plus difficile d'établir le parallèle entre l'uréthroplastie à double plan de lambeaux et la méthode indienne, qui depuis Astley Cooper a obtenu déjà plusieurs succès. Peut-être faudrait-il réserver cette dernière pour les perforations qui occupent l'angle même de la verge et du scrotum, et l'abandonner au contraire pour les perforations qui se rapprochent du gland. Dans ces questions épineuses de procédés d'élection, il ne faut pas oublier que toutes les conditions sont égales d'ailleurs. La méthode par glissement et ses dérivés l'emporte presque toujours sur la méthode qui emploie des lambeaux à pédicule plus ou moins droit et plus ou moins tordu.

Malgré toutes ces considérations favorables, n'oublions pas que le

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1853-1854; t. Ier, p. 82.

succès couronne souvent la première application d'un procédé, et plus tard ne se renouvelle pas; différons donc un jugement définitif jusqu'à ce que l'uréthroplastie par doublure ait reçu par de nouveaux faits sa consécration pratique.

Mais je reviens à l'opération (1). Les suites en sont exposées avec des détails très-complets et très-satisfaisants. La guérison fut traversée par quelques accidents généraux assez graves, sur lesquels je vais revenir. Les accidents locaux furent presque nuls; ils se bornèrent à une légère excoriation du scrotum, et à une hémorrhagie insignifiante succédant à l'ablation d'une épingle qui avait été implantée dans le corps caverneux. L'opération avait été pratiquée le 29 mai. La réunion des lambeaux était complète le 4 juin, c'est-à-dire six jours après. Un peu d'urine passait cependant le 10 par un décollement limité du lambeau scrotal, ce qui n'empêcha pas notre malade de quitter l'hôpital le 17, vingt jours après son entrée. Le pertuis donnait passage à quelques gouttes d'urine, il y remédiait déjà en appliquant son doigt sur l'orifice pendant la miction; mais un point de suture entortillée fit justice de ce même reliquat, et le 25 tout était fini.

La guérison radicale avait donc exigé à peine vingt-cinq jours ! Ne fût-ce que sous ce point de vue, cette observation serait des plus rares. En effet, dans les opérations ordinaires, on compte ordinairement trois phases, quelquefois quatre, pour l'accomplissement desquelles il faut des mois, sinon des années, et je ne parle ici que des cas terminés par la guérison.

On consacre d'abord un temps notable à la préparation du canal, c'est-à-dire à lui rendre une capacité suffisante pour la dilatation; puis on procède à l'opération principale, à l'autoplastie. Quand la réunion s'opère dans les deux tiers ou les trois quarts de la plaie, on s'estime très-heureux; encore n'est-ce presque jamais l'adhésion primitive qui arrive à ce résultat.

Puis viennent les opérations consécutives destinées à oblitérer les petites fistules, fractions de la première, et qui lui survivent avec une opiniâtreté désespérante; les agglutinatifs, les cautérisations avec la teinture de cantharides, le nitrate d'argent, le fer rouge, les points de suture entortillée se succèdent pendant plus d'un an quelquefois avant de faire disparaître un minime pertuis.

Enfin, quand on a pratiqué la boutonnière, il faut attendre d'ordinaire plusieurs mois pour que le canal reprenne seul les fonctions d'excrétion.

Je ne crois pas exagérer en fixant à neuf ou dix mois environ la durée moyenne du traitement des uréthroplasties, sans parler des cas où par le fait de plusieurs insuccès consécutifs les malades sont restés quatre ou cinq années sous la férule chirurgicale.

Vous allez trouver, Messieurs, votre rapporteur bien exigeant quand il vous dira qu'il trouve encore trop longs les vingt-cinq jours que M. Arlaud a consacrés à sa remarquable cure, qui peut-être aurait pu sans peine être effectuée en six jours à peu près. Une assertion aussi téméraire exige des preuves. Je vais essayer de les fournir en discutant, pour clore ce rapport déjà trop long, un dernier point qui me paraît d'une importance majeure.

Comme tous les chirurgiens qui ont pratiqué l'uréthroplastie, M. Arlaud s'est beaucoup préoccupé du contact de l'urine avec les surfaces saignantes de la plaie réparatrice, et il a cherché à prévenir ce contact par l'un des moyens usités en pareil cas. Or ces moyens sont au nombre de quatre, savoir :

La sonde à demeure introduite par le méat et parcourant tout le canal de l'urèthre;

La sonde à demeure placée dans une fistule périnéale préexistante;

La boutonnière, c'est-à-dire une ouverture pratiquée à l'urèthre au voisinage du col de la vessie et dans un point où le canal est sain;

Enfin, le cathétérisme répété autant de fois que l'envie d'uriner se fait sentir.

De ces moyens, le second n'est applicable que dans des conditions particulières qui n'existaient pas ici. La boutonnière a semblé trop périlleuse à notre confrère. Il ne paraît pas avoir songé à l'introduction réitérée de la sonde; il a donc adopté la méthode ancienne, qui consiste à placer dans l'urèthre une sonde creuse qui, plongeant dans la vessie, est réputée soutirer le contenu de ce réservoir à mesure qu'il y afflue par les uretères, et soustraire ainsi les parois uréthrales au contact du fluide irritant.

J'appelle méthode ancienne l'emploi de la sonde à demeure, parce qu'il est presque invariablement prescrit depuis les premières tentatives faites pour rétablir la lumière du canal dans les cas d'hypospadias ou d'imperforation, et que depuis le seizième siècle il est également recommandé dans les cas d'incisions pratiquées sur l'urèthre par la main du chirurgien.

M. Michel Lévy, médecin-inspecteur, directeur de l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires à Paris, inspectera en 1857 l'École du service de santé militaire instituée près la Faculté de médecine de Strasbourg.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Des chemins de fer et de leur influence sur la santé des mécaniciens et des chauffeurs, par E. A. Duchesne. Un vol. in-12.—Paris, 1857, chez Mallet-Bachelier, quai des Augustins, 55.

Sur la valeur relative des méthodes de traitement des rétrécissements de l'urètre; par M. le docteur Morel-Lavallée, chirurgien de l'hôpital de Lourcine. (Thèse de concours pour l'agrégation). Paris, 1857.

(1) M. Arlaud fixa les lambeaux au moyen d'une serre-fine et de quatre points de suture entortillée; ce passage est trop concis. Il eût été important de savoir comment le chevauchement des lambeaux fut maintenu; un dessin, si grossier qu'il ait été, eût été très-utile. Je constate toutefois que les points de suture n'ont pas été aussi multipliés que dans beaucoup d'autres uréthroplasties.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 88. — MARDI 28 JUILLET 1857. (30° ANNÉE.) N° 88. — MARDI 28 JUILLET 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔTEL-DIEU DE ROUEN (M. Flaubert). Observation d'œsophagotomie et d'extraction d'un os volumineux arrêté dans l'œsophage. — Des ulcérations du col de l'utérus et de leur traitement. — Uréthroplastie pratiquée avec succès dans un cas de fistule pénienne accompagnée de circonstances insolites. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 20 juillet.

PARIS, LE 27 JUILLET 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Baillarger a présenté à l'Académie un nouveau spécimen très-curieux d'arrêt de développement physique et intellectuel observé sur une jeune fille de Melun. Cette jeune fille, qui est âgée de près de vingt ans, présente les conditions organiques d'un enfant de deux ans.

M. Serres a signalé à cette occasion sur cette jeune fille quelques caractères curieux et qui lui ont paru pouvoir indiquer approximativement l'époque de la vie fœtale à laquelle a commencé le retard dans le développement ; ces caractères sont l'abaissement de l'ombilic et l'existence d'une hernie ombilicale congéniale, deux circonstances liées au développement exagéré et à la situation inférieure du foie qui s'est arrêté dans son mouvement normal d'ascension. Ces trois circonstances réunies et qui se lient entre elles, l'abaissement de l'ombilic, l'existence d'une hernie ombilicale et le développement considérable du foie, ont permis à M. Serres de fixer l'époque où a commencé la suspension du développement dans le cours du quatrième ou du cinquième mois de la vie embryonnaire.

A ces observations, M. Serres en a joint une autre qui n'est pas moins digne d'attention, c'est celle qui montre le rapprochement qui existe entre ce spécimen de dégradation de notre type européen ou caucasique et le type régulier de la race mongole, dont l'un des caractères est la déclivité de l'ombilic.

On lira avec intérêt dans le compte rendu l'observation de M. Baillarger et les réflexions auxquelles elle a donné lieu de la part de M. Serres.

On se préoccupe, et avec beaucoup de raison, de l'influence que peuvent avoir les fonctions des mécaniciens et chauffeurs des chemins de fer sur l'état de leur santé. Mais les avis jusqu'à présent sont très-divers à cet égard. Nous avons publié dans le temps l'extrait d'un mémoire de M. de Martinet, qui attribuait à ces fonctions de très-graves inconvénients. On connaît aussi sur ce point l'opinion de M. le docteur Duchesne, qui vient de publier sur ce sujet un livre dont nous rendrons compte prochainement. Voici venir M. Bisson, médecin principal du chemin de fer d'Orléans, qui conteste les assertions de ses deux confrères, et émet l'avis que les mécaniciens et chauffeurs ne sont soumis à aucune maladie qui dépende de leur profession. Nous nous bornons pour le moment à constater ce dissentiment. L'analyse du livre de M. Duchesne nous fournira sous peu l'occasion d'en apprécier les causes et de rechercher de quel côté est la vérité.

Parmi les autres communications médicales de cette séance, nous signalerons à l'attention de nos lecteurs un mémoire de M. Octave Saint-Vel sur les diverses espèces d'ictères de la fièvre jaune, et une note de M. J. Porro sur l'application de la lunette pan-focale, dont il est inventeur, à l'ophthalmoscopie. — Dr Brochin.

Le savant professeur de physiologie de la Faculté de médecine, M. Bérard, vient, avec M. Colin, d'entreprendre une série d'expériences physiologiques fort intéressantes. Ce travail, lu dans la dernière séance de l'Académie de médecine, a produit une grande impression, tant à cause de son objet que de la méthode et de l'élégance avec lesquelles il a été présenté. Il est relatif à l'extirpation du pancréas sur les animaux. Dans le temps de discussion contradictoire où nous vivons à propos des fonctions de cette glande, ces faits viennent très à propos, et ils ne tarderont pas à jeter la lumière sur ces questions difficiles.

Quel est le rôle du pancréas dans la digestion, et quelle est l'action du fluide pancréatique sur les matières grasses de l'intestin ? Telle est, on le sait, la première partie du travail de MM. Bérard et Colin ; mais cette fois il s'agit de l'existence même du pancréas, dont l'extirpation facile chez de jeunes animaux ne produit pas de selles graisseuses, n'empêche pas le développement ultérieur, et ne s'oppose point à l'accroissement de leur taille ni de leur volume.

Après avoir pris toutes les précautions convenables pour interrompre les communications entre les conduits pancréatiques et le duodénum chez de jeunes chiens, après avoir complétement enlevé la glande sur des oies et des canards, nos savants physiologistes ont laissé la plaie tégumentaire se fermer, et ils ont employé la balance pour apprécier l'augmentation du poids des animaux.

Cinq jeunes chiens mis en bloc dans la balance, et du poids total de 4,692 grammes au moment de l'opération, pesaient cinquante jours après 18 kilogr. 140 grammes. Ils avaient acquis 13 kilogr. 448 grammes, presque le quadruple de leur poids.

Des cochons, des oies, des canards opérés dans le même but ont fourni des résultats analogues.

Après ces expériences, la question paraît jugée, mais elle ne l'est pas encore, et elle ne pourra l'être d'une façon définitive, comme l'a très-bien dit M. Bérard, que le jour où, sacrifiant les animaux, on aura constaté l'absence de pancréas ou de conduits pancréatiques abouchés dans le duodénum. Alors seulement la certitude de l'inutilité du fluide pancréatique dans la digestion des matières grasses sera acquise à la science.

Entièrement étranger aux questions de personnes qui s'agitent sous ce débat scientifique, animé comme toujours du désir de rendre hommage à la vérité, n'importe d'où elle vienne, M. Bérard provoque un débat public, à l'aide d'expériences habilement faites, et il convie ceux qu'entraîne comme lui l'amour de la science à la vérification d'un des points les plus importants de la physiologie moderne. Peu lui importe personnellement, dit-il, que la réponse soit négative ou affirmative, son but est de fournir à ce problème physiologique une démonstration qui lui a manqué jusqu'à ce jour.

La question est maintenant bien posée, nul échappatoire n'est possible, et la commission de l'Académie chargée de vérifier le résultat de ces belles expériences, nous en dira bientôt sans doute la signification réelle. E. B.

HOTEL-DIEU DE ROUEN. — A. FLAUBERT.

Observation d'œsophagotomie et d'extraction d'un os volumineux arrêté dans l'œsophage.

Le nommé Maret, âgé de quarante-quatre ans, se présenta le 23 novembre 1853, à ma consultation gratuite de l'Hôtel-Dieu pour me prier de lui enlever un os de bœuf qu'il avait, disait-il, avalé en mangeant de la soupe le mardi 16 novembre, c'est-à-dire sept jours auparavant. Selon ses indications, cet os se trouvait en arrière du larynx, à gauche. Du reste, il était assez incertain sur sa position véritable, car le lendemain il l'indiquait à 5 millimètres à peu près du bord supérieur du sternum.

Son attitude indiquait, au premier abord, de grands désordres dans son organisme. Il avait de la peine à se tenir debout et marchait difficilement, quoique soutenu par deux personnes ; il était extrêmement amaigri, avait les yeux enfoncés, cernés, la face hippocratique, le pouls petit, faible, la voix flûtée, la respiration difficile. Extérieurement, l'exploration la plus attentive sur les régions latérales du cou ne me fit rien découvrir ; seulement, à la partie latérale et inférieure gauche, je trouvai un peu d'empâtement et de résistance. Je portai alors le doigt indicateur aussi avant que possible par la cavité buccale, et ne sentis rien ; j'employai des pinces à polypes ordinaires sans arriver à un meilleur résultat ; mais une sonde œsophagienne que j'introduisis ensuite fut arrêtée un peu au-dessus du sternum par un corps dur et résistant ; je résolus alors de repousser le corps (quel qu'il fût) dans l'estomac. Après plusieurs tentatives, je dus renoncer à ce moyen, en raison de son insuccès.

Je pensai alors qu'il me serait plus facile de le faire revenir par la voie d'introduction, et j'engageai dans le pharynx le double anneau de Graeffe ; cet instrument accrocha à plusieurs reprises le corps, mais sans pouvoir néanmoins le déplacer.

Toutes ces manœuvres avaient demandé du temps ; le malade était excessivement fatigué, et quoiqu'il montrât beaucoup de courage, je jugeai sage de le laisser se reposer ; je remis au lendemain pour prendre une détermination grave, et je le fis coucher à l'hôpital. Toutefois, comme je ne renonçais pas complétement à l'extraction par la bouche, je fis fabriquer pendant la nuit des pinces dont les branches, excessivement longues et fortes, devaient me permettre de saisir le corps et d'agir vigoureusement sur lui. Le lendemain 24 novembre, tous les symptômes signalés la veille s'étaient aggravés, les extrémités étaient froides et cyanosées, ainsi que la face ; le pouls était petit, filiforme. Le malade, depuis huit jours, non-seulement n'avait avalé aucun espèce d'aliments, mais encore n'avait pu faire passer une seule goutte de liquide ; il était dans un état de prostration complète, il fallait agir.

Je renouvelai, au moyen des grandes pinces dont j'ai parlé plus haut, des tentatives inutiles, que je répétai également avec l'anneau de Graeffe. Ce dernier instrument s'engagea une fois si fortement au-dessous du corps étranger, que je craignis un moment de ne pouvoir le retirer ; puis il revint sans avoir déplacé le corps. Du reste, l'impossibilité où je pouvais me trouver de retirer cet instrument m'importait peu ; je l'aurais eu en même temps que l'os, car je voyais dès lors qu'il ne me restait d'autre ressource que l'incision de l'œsophage.

Les symptômes s'aggravaient à chaque instant, et l'indication de pratiquer l'œsophagotomie était formelle ; cependant je ne m'y décidai qu'après avoir constaté de nouveau et formellement la présence d'un corps étranger *dur* et *résistant* au moyen de longues pinces et d'un cathéter.

Opération. — Le malade fut couché sur un lit, la tête légèrement renversée en arrière et sur le côté droit.

Tout d'abord je dirai que je n'essayai pas de chloroformer le malade ; il était tellement affaibli, que je n'osai pas. D'ailleurs, l'opération devait être longue, et les mouvements involontaires du malade endormi par les vapeurs anesthésiques pouvaient être gênants. Je fis une incision qui, partant de l'angle de la mâchoire, longeait le sillon qui sépare le sterno mastoïdien de la trachée-artère (en suivant le bord interne et la direction du muscle précité), et finissait à peu près à 1 centimètre du bord supérieur du sternum. Après avoir divisé transversalement le peaucier, j'arrivai dans l'espace celluleux compris entre la trachée-artère, l'œsophage, et les vaisseaux et nerfs profonds du cou.

Je jetai dès le début une ligature sur le tronc de la jugulaire externe qui donnait beaucoup de sang. Alors un aide attira à lui en dedans la glande thyroïde, pendant qu'écartant en dehors l'artère carotide (primitive) et le nerf pneumo-gastrique, soit de ma main gauche, soit au moyen d'une érigne-mousse confiée à un autre aide, j'arrivai, après une dissection longue et interrompue à chaque instant par une masse de petites artérioles qu'il fallut lier les unes après les autres, à découvrir la surface de l'œsophage. Alors, pour procéder avec plus de certitude, j'introduisis par la bouche un cathéter, au moyen duquel je fis saillir l'œsophage au niveau du corps étranger. Du reste à ce moment je ne le cherchais pas ; peu m'importait de tomber dessus ou à quelque distance ; ce que je voulais, c'était pénétrer dans l'œsophage au point que j'avais mis à nu. Ce point s'étendait du cartilage thyroïde au troisième anneau de la trachée-artère, et correspondait juste à l'endroit où se trouvait le corps étranger.

J'incisai donc l'œsophage sur la petite saillie produite par le cathéter ; j'agrandis mon incision au moyen d'un histouri boutonné et d'une sonde cannelée, et, ayant introduit le doigt dans l'œsophage, je rencontrai le corps étranger. Au moyen de pinces à polypes que je fis glisser sur mon doigt, je retirai alors un gros morceau d'*os de bœuf*, dont voici la forme et les dimensions.

Description de l'os. — Cet os, qui appartient à une extrémité articulaire, présente à peu près la forme d'une pyramide triangulaire dont la base serait la surface articulaire.

Cette surface mesure, dans un de ses diamètres, 32 millimètres ; deux des autres côtés mesurent pour leur plus grand diamètre, l'un 33 et l'autre 31 millim. ; quant au quatrième côté, qui est formé par une solution de continuité qui laisse le diploé à nu, il ne mesure que 3 millimètres dans son plus grand diamètre. A l'exception de ce dernier côté, les autres faces de l'os sont très-lisses et très-denses, ce qui explique la difficulté que l'on éprouvait à le saisir soit avec des pinces, soit avec l'anneau de Græfe.

Ainsi qu'on peut le voir par cette description imparfaite, cet os avait des dimensions énormes, et, autant que j'en puis juger sans avoir de mesures exactes, je ne connais qu'un exemple d'os plus volumineux arrêté dans l'œsophage : c'est celui rapporté par Perrotin (*Mémoire de Hévin*, Académie de chirurgie, t. II, p. 401) d'une vertèbre cervicale de mouton que ce chirurgien retira avec un crochet de fer, après avoir essayé vainement de la repousser dans l'estomac. Je crois que dans ce cas, le crochet de Perrotin pouvant s'engager dans le canal vertébral, devait avoir bien plus de prise que dans le mien, où l'os est plein et lisse sur toutes ses faces excepté une seule.

Cette opération avait été très-longue, tant à cause de la grande quantité de petits vaisseaux qu'il fallut lier, qu'à cause de la nécessité où je me trouvai de laisser reposer le malade à plusieurs reprises. Ce dernier du reste supporta parfaitement cette opération, qu'il avait demandée avec instance. Je me contentai d'introduire dans le fond de la plaie un linge fenêtré, enduit de cérat, sans tenter une réunion immédiate, la division d'un vaisseau sanguin dans les parois de l'œsophage pendant les derniers temps de l'opération, et que l'on n'avait pu lier, me faisant craindre une hémorrhagie secondaire (hémorrhagie qui, du reste, n'a pas eu lieu).

Quelques brins de charpie posés à plat et une compresse lâchement mise autour du cou, complétèrent le pansement.

Presque immédiatement après l'opération, le malade eut une réaction assez franche et prononcée, mais qui fut de courte durée (deux ou trois heures), suivie d'un refroidissement assez intense et d'à peu près la même durée. On ne parvint à le réchauffer qu'à force de draps chauds, de bouteilles d'eau bouillante, etc.

Dans l'après-midi, on lui donna des lavements au lait et aux jaunes d'œufs qu'il garda. La nuit fut assez bonne, ainsi que le reste de la journée.

Le lendemain de l'opération, le 25 novembre au matin, le pouls s'était relevé et le malade paraissait dans d'assez bonnes conditions. Dans la journée, comme il se plaignait de la faim, et surtout à cause de son extrême faiblesse, de ses refroidissements longs et prolongés, du pouls qui était devenu à peine perceptible, de la cyanose persistante du nez et des mains, je lui fis donner quelques cuillerées de bouillon et d'eau rougie ; mais il ne put supporter ces liquides, et il en rejeta une partie avec un peu de pus mal lié.

Le soir, à quatre heures, la face était décomposée, les extrémités froides; le pouls à peine perceptible, était devenu fréquent, filiforme, et la plaie laissait suinter, à travers le pansement, un peu de sang étendu d'un liquide paraissant provenir du bouillon ou du vin qu'on lui avait fait prendre. Il était excessivement affaibli et n'avait que quelques heures à vivre.

En effet, il mourut le jour suivant, 26 novembre, à trois heures du matin.

Autopsie. — L'autopsie montra :

Du pus infiltré dans le tissu cellulaire et dans les fibres des portions claviculaire et sternale du sterno-mastoïdien; — les ganglions cervicaux enflammés ; — la tunique externe de la carotide primitive enflammée au point correspondant au corps étranger. Cette artère, qui avait été mise à nu sur une longueur de 32 à 35 millim., ne présentait de traces d'inflammation qu'en ce point; — les artères thyroïdienne supérieure, linguale et faciale intactes; — les deux nerfs laryngés et le larynx parfaitement intacts.

Arrivé sur le pharynx, je trouvai d'abord une ulcération profonde qui avait détruit cet organe en arrière du bord supérieur du cartilage thyroïde; ulcération bien distincte de l'incision que j'avais faite un peu à gauche, et qui en était séparée par une petite bride qui existait encore. Le pharynx, fendu dans sa longueur, présenta un peu au-dessous du cartilage thyroïde (endroit où se trouvait le corps étranger) une énorme ulcération qui occupait toute la périphérie, et qui s'étendait de haut en bas, dans certains endroits, sur une longueur de 7 ou 8 centimètres; les bords en étaient frangés et présentaient les traces d'une inflammation très-intense. La muqueuse était complétement détruite dans tout cet espace, l'œsophage même était percé à jour en avant et en arrière, et du pus accompagnait son trajet sur toute sa face postérieure, presque jusqu'à l'estomac. Les fibres charnues étaient toutes également détruites; il ne restait que le tissu cellulaire ambiant; toute continuité avait cessé entre les portions de l'œsophage situées au-dessus et au-dessous. Ce que je trouve très-remarquable dans cette destruction de l'œsophage, c'est la rapidité avec laquelle elle s'est opérée. En effet, au moment de l'opération, la sonde avait soulevé l'œsophage; il paraissait intact, son épaisseur seulement était plus grande qu'à l'état normal ; mais à l'œil et au toucher, il n'offrait aucune autre altération. Quand je portai le doigt à l'intérieur, la muqueuse m'avait paru saine ; à l'autopsie, il n'y avait plus d'œsophage, ou à peu près. L'infiltration purulente qui existait dans une assez grande partie du tissu cellulaire du cou s'était également produite très-promptement ; car, au moment de l'opération, il n'y avait aucune trace d'inflammation.

L'estomac est légèrement revenu sur lui-même et ne présente aucune inflammation, eu égard à dix jours de non-alimentation. Les intestins sont vides et pour ainsi dire ratatinés; l'épiploon ne présente pas son humidité naturelle, il est pour ainsi dire desséché.

Enfin les organes des cavités crâniennes et thoraciques étaient sains.

Cette opération fut aussi régulière, aussi simple que possible (à part sa longueur); tous les vaisseaux et nerfs aussi bien ménagés que si elle eût été faite sur le cadavre. Elle a échoué en raison de la faiblesse du malade, qui est mort d'inanition, et qui, je crois, aurait succombé plus rapidement encore si elle n'eût pas été pratiquée.

Je suis entièrement convaincu que, faite à une époque moins avancée, elle doit être suivie de succès, et, le cas échéant, je la redouterais moins que je ne le faisais avant de l'avoir pratiquée.

(*Bullet. de la Soc. de méd. de Rouen*, **1857.**)

DES ULCÉRATIONS DU COL DE L'UTÉRUS

et de leur traitement,

Par M. le docteur Cramoisy.

Les phénomènes morbides par lesquels l'ulcération du col de la matrice signale son apparition et son existence ont été, pour la plupart, étudiés avec beaucoup de soin par les auteurs ; nous n'avons pas l'intention d'en faire l'histoire complète, mais nous voulons insister sur quelques-uns de ces phénomènes qui paraissent ne pas avoir fixé, autant qu'ils le méritent, l'attention des observateurs. Tel est le *leptomitus* de l'utérus, végétal parasite de la tribu des algues, de la famille des leptomitées, dont l'existence n'a pas été et n'est pas encore, par la plupart des médecins, rattachée aux affections utérines, et qui, cependant, a une certaine valeur dans ces maladies, comme nous allons tâcher de l'établir.

Tout ce que nous dirons doit s'entendre des ulcérations superficielles. Les auteurs, en effet, sont d'accord sur ce point, que l'ulcère profond ou cancer de la matrice est incurable, à moins qu'il ne soit récent et dû à une circonstance accidentelle qu'on peut faire disparaître.

Les ulcérations, les granulations, les érosions, les rougeurs, etc., succèdent toujours, ou presque toujours, à une métrite chronique, soit catarrhale ou parenchymateuse, qui elle-même a succédé à une métrite aiguë. De même que l'on ne voit pas de lésions organiques au cœur sans endocardite chronique, de même il n'y a pas d'ulcérations au col de la matrice sans métrite chronique.

SYMPTÔMES ET MARCHE DES ULCÉRATIONS DU COL DE LA MATRICE.

Pour mieux tracer cette partie de l'histoire des ulcérations du museau de tanche, nous les divisons en autant de périodes qu'il y a d'évolutions.

Nous plaçons *dans la première période* l'inflammation ou la congestion de la totalité ou d'une partie de la matrice ; dans la deuxième période, les engorgements plus ou moins durs de l'utérus ou seulement de son col ; *dans la troisième période*, le catarrhe utérin ou sécrétion de mucus plus ou moins abondant ; *dans la quatrième période*, l'ulcération plus ou moins étendue du col de la matrice, résultant de l'irritation des mucosités sur ce col. Dans cette quatrième période se trouvent compris les rougeurs, les érosions, les granulations, etc., etc.

Première période ou période inflammatoire ou congestive. — Les phénomènes qui annoncent la présence de l'inflammation ou congestion de la matrice sont : une douleur, une chaleur, une augmentation du volume de l'organe, etc. La palpation par l'hypogastre fait constater un empatement marqué. Dans cette période, les phlegmasies de la membrane muqueuse de l'utérus et de son tissu propre existent rarement séparées.

Cette période et la suivante étant bien connues et bien décrites dans les ouvrages, à l'article Métrite et Engorgement utérin, nous y renvoyons ceux des lecteurs qui désireraient avoir de plus amples détails.

Deuxième période ou période inflammatoire passée à l'état chronique, ou engorgement plus ou moins dur de l'utérus ou de son col. — Cette deuxième période succède toujours ou presque toujours à l'inflammation aiguë, très-rarement elle s'établit de prime abord. Comme l'inflammation aiguë, elle peut être catarrhale ou parenchymateuse; mais pour peu que sa durée se prolonge, il est rare que les deux variétés ne se combinent pas. Les symptômes dans cette période ne sont qu'un diminutif de ceux de la période inflammatoire. A la douleur hypogastrique se joignent une pesanteur au fondement, de la constipation occasionnée par la pression de l'utérus sur le rectum, des envies fréquentes d'uriner, et un écoulement séro-purulent par l'orifice utérin.

La forme de l'utérus est souvent changée : tantôt la lèvre postérieure est beaucoup plus volumineuse, plus allongée que l'antérieure; d'autres fois, c'est le contraire, toute la longueur du col est augmentée.

La position horizontale calme ou suspend les douleurs ; la marche, la station droite ou assise trop longtemps prolongées les augmentent.

La fécondation ne peut plus avoir lieu lorsque l'engorgement est phlegmasique, et qu'il y a déjà un catarrhe utérin abondant qui, par l'âcreté de son produit et la présence de ses *leptomites*, détruit la liqueur fécondante. Aussi avons-nous vu communément, que des femmes stériles avant le traitement devenaient fécondes après.

Troisième période ou catarrhe utérin. — Cette période est presque toujours le résultat des deux lésions précédentes.

Le liquide leucorrhéique est sécrété par les glandes mucipares de la muqueuse utérine ; ses caractères sont très-variables : tantôt c'est un liquide visqueux, de la consistance du blanc d'œuf ; tantôt c'est un simple mucus incolore, ou d'un blanc laiteux, ou légèrement jaunâtre ou verdâtre. Il est aussi très-variable en quantité. Cet écoulement est d'ailleurs très-irritant ; son odeur est en général peu prononcée, ce qui contribue à distinguer l'écoulement leucorrhéique de celui auquel donne lieu le cancer utérin. Les femmes atteintes de leucorrhée éprouvent en général des troubles digestifs et des douleurs dans l'estomac, qu'elles comparent à un tiraillement. Leur appétit est en général très-prononcé, et elles sont remarquables par leur pâleur.

Les symptômes de la leucorrhée sont aussi ceux de l'engorgement utérin plus ou moins développé.

Nous disons un peu plus haut que l'écoulement leucorrhéique est très-irritant, et nous sommes porté à croire, d'après nos recherches, que les ulcères, les granulations, les érosions et les rougeurs ne sont dues qu'à la causticité de ce liquide. En effet, nous avons toujours remarqué que ces mucosités bleuissaient le papier de tournesol rougi par un acide. Quelquefois cependant, quand l'ulcère était très-profond et très-considérable, nous avons remarqué que ce muco-pus rougissait le papier bleui par le tournesol, et que par conséquent il contenait, dans le premier cas, un alcali, et, dans le second, un acide, capables l'un et l'autre de corroder un organe aussi délicat que le museau de tanche.

Ces mucosités sont, en outre, composées d'eau, de mucine, de pus, de sels alcalins (potasse et chaux), et au microscope de cellules épithéliales et d'un champignon (le *leptomitus* de M. Ch. Robin), qui se développe quand le liquide leucorrhéique éprouve un commencement de décomposition ; car nous l'avons plus rarement trouvé chez les femmes propres que chez celles qui ne faisaient jamais d'injections vaginales. On le rencontre communément chez les scrofuleuses ; or nous savons que ce tempérament est un excellent terrain pour la germination des différents champignons, et nous savons aussi que ces individus sont bien plus souvent affectés de catarrhe que les autres. D'où nous concluons, avec Wilkinson, « que certaines maladies parasitaires ne sont pas dues au végétal parasite, mais sont caractérisées par les conditions morbides spéciales qui en permettent le développement, et offrent à la plante des conditions d'existence; seulement la présence de celle-ci vient aggraver le mal primitif et le masque; elle finit par paraître la cause première de la maladie, dont elle n'est au fond qu'une complication. »

Les leptomites sont des espèces de champignons ou filaments tubuleux, de la famille des leptomitées, de la tribu des algues, du genre *leptomitus* ; se développant rapidement à la suite d'un état morbide, étant formés de cellules allongées placées à la suite les unes des autres, droites ou courbes, transparentes ou légèrement opaques, et qui, examinées au microscope, représentent au milieu des cellules épithéliales, de petites masses demi-transparentes, finement granuleuses, de formes variables, ayant quelquefois 0,20 à 0,40 centimètres de longueur. Ces filaments sont très-ramifiés, tantôt d'un côté, tantôt des deux côtés, sans que les branches soient plus minces que le tronc; leurs extrémités sont quelquefois, mais rarement, un peu gonflées.

Cette algue se compose, selon M. Lebert :

1° De tubes (*mycelium*) blancs, pâles, plus ou moins longs, ramifiés, non cloisonnés, sans granulations à l'intérieur;

2° De tubes un peu plus larges, articulés, cloisonnés, dont les cellules sont de longueur variable, et quelquefois sont ramifiées elles-mêmes.

Ils se terminent par des spores à divers degrés de développement et plus ou moins granuleuses; ces spores sont représentées soit par une cellule ovoïde, encore allongée, granuleuse, contenant quelquefois une ou deux gouttes claires, soit par une cellule ovoïde ou sphérique terminée par un prolongement; celui-ci est plus étroit que la spore; sa cavité communique d'abord avec celle de cette dernière; il en est souvent séparé par une cloison, quelquefois même il est formé de plusieurs petites cellules placées bout à bout, constituant un tube mince cloisonné. La dernière cellule du tube, ou réceptacle portant la spore, est ordinairement plus renflée que les autres et un peu granuleuse; elle est probablement destinée à former une spore nouvelle après la chute de la première. Les spores libres sont ovoïdes et terminées par le petit prolongement dont nous venons de parler.

Quatrième période ou période ulcéreuse. — Comme nous l'avons annoncé plus haut, le liquide leucorrhéique, étant très-irritant, corrode le museau de tanche et finit à la longue par l'ulcérer en passant par les divers degrés suivants : rougeurs, érosions, granulations et ulcérations.

Rougeurs. — Les rougeurs succèdent toujours au catarrhe utérin; elles précèdent, en outre, les érosions. Leur couleur varie selon l'intensité de l'écoulement utérin; le plus souvent elle est d'un rouge vineux plus ou moins foncé, quelquefois rutilant. A un degré plus avancé, la rougeur n'est pas uniforme; sur un fond rouge sont de petits points d'un rouge plus foncé; c'est la rougeur pointillée qui présente des érosions et de petites papules rouges plus ou moins saillantes au-dessus de la muqueuse utérine non encore ulcérée.

Ulcérations. — Les ulcérations sont une des altérations de la matrice les plus communes; elles sont caractérisées par une solution de continuité qui se forme ordinairement sur le col lui-même par suite de son irritation insolite, et sont toujours ou presque toujours entretenues par une cause locale ou générale. Nous trouvons encore dans les ulcérations de la matrice deux degrés qui correspondent à la marche plus ou moins avancée de la maladie. Le premier degré constitue l'ulcération superficielle ou la moins avancée, et le second degré l'ulcération profonde ou la plus avancée. L'ulcération superficielle, appelée encore exulcération, est quelquefois si superficielle qu'il est difficile de la distinguer des rougeurs qui sont sans solution de continuité. Cette forme est toujours la suite des rougeurs, érosions et granulations ci-dessus. L'ulcération profonde, appelée encore ulcération granuleuse, présente l'aspect d'une plaie à la période de suppuration, quand elle est semée de petits bourgeons charnus. Cette ulcération est beaucoup plus rebelle que l'autre et lui succède toujours. Elle est la terminaison naturelle des diverses lésions décrites ci-dessus; c'est pour cette raison que cette affection se trouve beaucoup plus souvent chez les femmes adultes que chez les jeunes filles ou jeunes femmes, chez ces dernières l'évolution successive de ces différentes lésions n'étant pas encore achevée.

Ce sont les femmes de trente à quarante ans, et plutôt celles qui ont eu des enfants, qui offrent le plus souvent l'ulcération profonde. C'est dans le museau de tanche que l'ulcération commence, c'est encore la lèvre postérieure qui est le plus souvent affectée, ce qui vient naturellement corroborer la thèse que nous soutenons. En effet, si le catarrhe utérin ne détermine pas les ulcérations, pourquoi la lèvre antérieure est-elle si rarement ulcérée?

Dans cette période, le mucus utérin n'a plus la même composition ; il contient une bien plus grande quantité de pus. Le microscope ne nous laisse pas de doute à cet égard. Ce muco-pus est plus ou moins jaune, épais, filant, visqueux, il contient de la mucine, des cellules épithéliales, de nombreux globules de pus, et une plus grande quantité de matière grasse, que dans le catarrhe sans ulcération. Ce muco-pus, traité par l'eau, agité et filtré, nous a donné de l'albumine par l'acide nitrique ; preuve évidente que l'ulcération était profonde ; car, dans le simple mucus, nous n'en avons pas trouvé avec le même réactif. On s'est demandé souvent si les simples ulcérations de l'utérus pouvaient donner des blennorrhagies. Nous croyons pouvoir répondre par l'affirmative pour la quatrième période seulement ; car, dans les périodes d'inflammation, d'engorgement, de catarrhe peu abondant et de légères ulcérations, nous ne l'avons jamais rencontrée ; tandis qu'au contraire, dans l'ulcération granuleuse ou profonde, nous l'avons rencontrée plusieurs fois ; nous avons bien interrogé les femmes et les maris, afin qu'il n'y ait pas de doute dans notre esprit sur la nature syphilitique. Nous n'avons pas fait suivre de traitement anti-syphilitique à ces malades, et cependant nous n'avons jamais vu se développer d'accidents spécifiques ; et, chose remarquable, ils n'avaient toujours que des blennorhagies.

Nous avons aussi vu la partie supérieure des cuisses être le siége de divers érythèmes, occasionnés par la matière corrosive qui sort du vagin ; le vagin lui-même est quelquefois le siége d'une vive inflammation due à la même cause ; et, chose digne de remarque, à mesure que l'ulcère de la matrice guérissait, les érythèmes guérissaient aussi sans traitement spécial.

Quelle est donc la nature de ce mucus utérin ?

C'est une matière éminemment contagieuse, virulente, résultant d'altérations plus ou moins profondes du corps ou du col de l'utérus, étant sécrétée par cet organe, et pouvant par son principe irritant et ses *parasites contagieux*, produire un écoulement identique à la blennorrhagie ordinaire ; on y observe en effet les mêmes douleurs en urinant, la même quantité d'écoulement, les mêmes malaises pendant l'accumulation du sang dans les corps caverneux. Nous avons déposé de la matière leucorrhéique contenant des leptomites sur la muqueuse uréthrale d'un chien, et nous y avons déterminé un écoulement; nous pensons, d'après nos observations, qu'une grande partie des écoulements bénins sont dus à la présence de ces champignons ; car ils peuvent très-bien végéter sur les muqueuses uréthrales ou vaginales lorsqu'ils y ont été apportés.

TRAITEMENT DES DIFFÉRENTES ULCÉRATIONS DU COL DE LA MATRICE.

Nous arrivons actuellement au traitement des granulations utérines par la poudre d'amidon arsénique, que nous avons vu employer pour la première fois à l'hôpital Sainte-Marguerite, il y a environ huit ans, par notre excellent maître M. Tessier, actuellement médecin de l'hôpital Beaujon, et nous faisons remarquer de nouveau qu'il s'agit d'ulcérations simples et non d'ulcérations syphilitiques ou cancéreuses ; cependant dans cette dernière cette poudre nous a rendu de grands services.

La préparation de cette poudre est facile, elle s'obtient en porphyrisant un gramme d'acide arsénieux avec mille grammes de poudre d'amidou ; elle est au millième, et par conséquent ne peut pas produire d'intoxication.

L'application de cette poudre est bien simple : on introduit le spéculum dans le vagin, on cherche le museau de tanche, on l'essuie avec un petit plumasseau de charpie, on met dans le spéculum deux ou trois cuillerées à café de cette poudre, on la pousse avec un gros tampon de coton cardé qu'on laisse à demeure. Deux ou trois jours après, le coton tombe, s'il ne tombe pas on le retire avec les doigts, et nous faisons faire ensuite, trois ou quatre fois par jour, des injections d'eau froide. Tous les quatre ou cinq jours nous réappliquons de la poudre, et dans la généralité des cas, les ulcères utérins sont radicalement guéris dans l'espace d'un, deux ou trois mois au plus.

Parmi les lésions de l'utérus, l'examen clinique, comme l'examen microscopique, a démontré que les plus communes sont sans contredit celles dont le siége est au col ; c'est à celles-ci en tous cas que s'adresse avec le plus d'efficacité notre nouveau traitement. Etant d'ailleurs persuadés que les ulcérations de l'utérus sont engendrées et aggravées par le contact des parties malades dans l'immersion forcée de leurs produits de sécrétion, et par la présence d'un végétal parasite dans ces mucosités ; il fallait un mode de traitement particulier qui pût atteindre ce double but. Le coton cardé et l'arsenic réunissent ces deux conditions. L'arsenic agit comme un léger cathérétique, et surtout comme un excellent parasiticide ; le coton cardé, par sa souplesse et son élasticité, opère une dilatation soutenue et ménagée ; d'autre part ses villosités soutirent incessamment les humidités qui l'entourent, et les retiennent vers sa surface, le centre restant sec.

Quand les ulcérations occupent, non la surface du col, mais la cavité, on est obligé d'introduire la poudre dans l'intérieur du col ; on y arrive avec une petite canule, espèce de porte-caustique ; on peut encore imprégner de poudre une petite mèche de coton cardé, et tamponner le col de la matrice.

Depuis un an que nous employons cette méthode de traitement, nous n'avons qu'à nous en louer ; c'est pourquoi nous n'hésitons pas à la publier, afin d'en faire profiter nos confrères.

CONCLUSIONS.

D'après ce que nous venons d'exposer, nous résumons ainsi notre travail :

I. La phlegmasie de la matrice amène la métrite aiguë, totale ou partielle, selon le degré d'inflammation.

II. La métrite simple amène l'engorgement total ou partiel de l'organe.

III. L'engorgement du corps et du col, du col ou seulement des follicules muqueux, amène le catarrhe utérin.

IV. Le catarrhe utérin ou fleurs blanches, non syphilitique ou cancéreux, amène, par sa causticité, les rougeurs, les érosions, les granulations et les ulcérations du col de l'utérus.

V. L'écoulement catarrhal, outre sa propriété caustique, car il bleuit le tournesol rougi par un acide, facilite le développement, dans certains cas, d'un champignon appelé *leptomitus*, qui lui-même peut porter la contagion.

VI. Ce champignon, selon nos observations et sous toute réserve, nous paraît être la cause d'une grande partie de certains écoulements chez l'homme.

VII. Notre méthode de traitement remplit plusieurs indications nécessaires, sans lesquelles il n'est pas possible de faire de la saine médecine :

1° Selon le précepte de M. Mélier, elle isole, par le coton cardé, le museau de tanche des mucosités qui l'abreuvent ;

2° Selon notre théorie, l'acide arsénieux, comme parasiticide, détruit les leptomites ;

3° Comme cathérétique, cicatrise les plaies ;

4° Comme altérant, modifie d'une manière remarquable, prompte, insensible, et sans produire de désordres apparents, l'état tout entier de l'utérus.

URÉTHROPLASTIE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS

dans un cas de fistule pénienne accompagnée de circonstances insolites (1).

J'ai reculé, dès le début de ce rapport, devant la discussion complète relative à l'emploi de la sonde à demeure dans les plaies récentes de la verge. Je m'abstiens également d'en faire la critique pour les autoplasties de la portion pénienne. Je dirai seulement que ce corps étranger qui, d'un commun accord, n'empêche nullement le contact de l'urine avec la plaie, me paraît un obstacle sérieux à la réunion immédiate que l'on cherche à obtenir. Déjà il est proscrit presque complétement de la cure des fistules périnéales et scrotales ; j'espère le voir abandonner avant peu dans l'uréthroplastie, et remplacé par le cathétérisme répété, qui compte déjà quelques succès (Nélaton). Tout en laissant de côté le fonds de cette question importante, je ne puis m'empêcher d'appeler votre attention sur les accidents légers ou graves qui, dans l'observation de M. Arlaud, sont imputables à la sonde à demeure. Les détails que je vais extraire sont d'autant plus précieux et impartiaux, que notre confrère n'a nullement songé à incriminer le moyen qu'il a mis en usage.

On pourrait distinguer les accidents en locaux et généraux ; je préfère prendre jour par jour les phénomènes morbides tels qu'ils se sont présentés.

Dès le second jour, la *sonde était fortement serrée par le canal* au niveau de la restauration. Par conséquent, quelque minime que soit la quantité d'urine s'échappant entre l'instrument et le col vésical, elle devait séjourner immédiatement au-dessus de la surface saignante et tendre à s'infiltrer sous le lambeau scrotal.

Troisième jour, ténesme vésical. On peut l'attribuer à la présence de la sonde au col de la vessie.

(1) Fin du rapport de M. Verneuil sur les travaux de M. Arlaud, de Rochefort. — Voir les numéros des 20 juin, 7 18, et 25 juillet.

Quatrième jour, l'urine est arrivée dans le canal, *car il en passe quelques gouttes par la plaie.* Voici donc, à partir de ce moment, la sonde insuffisante ; et ceci coïncide avec ce que tout le monde a vu ; c'est-à-dire que la sonde fonctionne seule pendant un temps qui varie de un à quatre jours, au bout duquel une voie s'établit pour le fluide urinaire entre elle, le col de la vessie, et partant les parois du canal. Dès que les choses en sont arrivées là, je ne vois plus l'utilité de la sonde, à moins qu'on ne me prouve que l'action délétère de l'urine est en raison de sa quantité, et que le passage intermittent de toute la colonne liquide est plus pernicieux que son écoulement minime mais continu.

Le cinquième jour, il y a du ténesme anal. *Ce qui tourmente le plus le malade*, nous dit M. Arlaud, *ce sont les ardeurs du canal de l'urèthre.* Il y a uréthrite, comme l'atteste un peu de pus crémeux qui sort par le méat. Le lendemain, l'urine ne coulait pas seulement par la plaie, elle s'échappe entre la sonde et le méat. Désormais donc, elle parcourt librement tout le conduit et baigne toute la zone saignante reconstituée par l'autoplastie.

Jusqu'à ce moment, il n'y avait eu que des accidents locaux. Des phénomènes de réaction générale vont survenir et prendre exactement le caractère de ces accès fébriles si menaçants qui compliquent le cathétérisme et l'emploi des sondes à demeure.

Le sixième jour, en effet, la fièvre s'allume et s'accompagne d'insomnie et d'une céphalalgie qui est très-violente ; le lendemain le pouls augmente progressivement de fréquence. Le ténesme vésical s'accroît le sommeil est agité. Ces accidents ne prennent pas leur origine dans la plaie ; car c'est précisément alors qu'on constate la réunion complète des lambeaux.

Le huitième jour, les symptômes s'aggravent. Anorexie, soif vive, langue sèche. Un frisson apparait suivi de chaleur et de sueur. Voilà l'accès de fièvre uréthrale bien dessiné. On donne le sulfate de quinine et l'émétique. La fièvre continue et se complique de douleurs intenses dans la région membraneuse et au col vésical. Les articulations des genoux se prennent. Le passage des urines détermine dans le canal une sensation de brûlure. L'*inflammation uréthrale*, au dire de l'auteur, *déterminée par la présence de la sonde, explique tous ces symptômes.* Cela est vrai ; mais alors pourquoi continuer un moyen dont l'influence fâcheuse est si évidente ? Heureusement tout se calme spontanément vers le onzième jour ; mais la réunion, qui était complète le sixième jour, s'est détruite en un point, le lambeau scrotal s'est décollé partiellement, et voici l'urine qui retrouve une issue au niveau de ce décollement.

Préoccupation singulière. Notre confrère a très-bien apprécié le rôle de la sonde dans le développement des accidents que je viens d'énumérer, et cependant il ne songe pas à la supprimer. Toutefois, craignant la rupture, il se met en devoir de la changer. Ce qui l'y détermine encore, c'est la sollicitation du malade qui est incommodé par les frottements rudes et douloureux que la sonde exerce dans son canal. Cette sonde est retirée, on la trouve incrustée de sels uriques, rugueuse, dépolie. Son calibre, remarquez bien cette phrase, son calibre est presque entièrement effacé par des grumeaux de fibrine et du mucus épaissi. A quoi donc servait-elle alors, si ce n'est à irriter l'urèthre et à provoquer la rétractilité du tissu inodulaire. Je suis convaincu que le décollement du lambeau scrotal est dû à l'uréthrite, et que celle-ci a été enfantée par la sonde. Si donc celle-ci avait été enlevée le sixième jour, la guérison aurait été complète ce jour-là.

Mais je poursuis. Aussitôt que la sonde fut retirée, le malade urina à plein jet par le méat. Une nouvelle sonde fut placée, elle butta contre la virole inodulaire, mais la franchit sans coup férir. Le jour suivant, le malade allant à la selle, la sonde fut expulsée spontanément, et l'urine encore une fois s'échappa à plein canal et sans difficulté. L'opéré, effrayé, replaça lui-même l'instrument.

Le lendemain, dix-huitième jour, nouvel accès fébrile de trois heures, accompagné de douleurs articulaires. La sonde est retirée à onze heures du soir, les douleurs articulaires cèdent aussitôt; *et pour la première fois, depuis l'opération, le malade dort le reste de la nuit jusqu'à sept heures du matin.*

Ce passage est, je crois, assez significatif pour pouvoir se passer de commentaires.

A partir de ce jour, le cathétérisme intermittent est recommandé ; mais l'opéré quitte l'hôpital le lendemain, et il émet bientôt les urines sans précaution et sans conducteur. La suture, faite le 25, réussit complétement et du premier coup ; il y avait huit jours que la sonde à demeure avait été supprimée. Il existe peu d'observations qui mettent mieux en lumière les inconvénients de la pratique contre laquelle je m'élève. Cependant je pourrais sans peine trouver des arguments analogues nombreux dans les autres relations d'uréthroplastie. J'ai rassemblé dans mes notes, et avec l'espoir d'une discussion générale, deux séries de faits. La première renferme des cas heureux où la sonde à demeure n'a pas été mise en usage ; dans la seconde sont réunis les accidents qui ont pris naissance sous son influence. Accidents dont la véritable cause, plusieurs fois entrevue, n'a sans doute pas été assez nettement formulée jusqu'ici pour modifier la pratique générale.

L'insuffisance de la sonde, sinon ses dangers, d'une part, et de l'autre, une crainte exagérée de l'influence de l'urine, ont à leur tour engendré un nouvel expédient d'une efficacité douteuse, comme le démontre un fait tiré de la pratique de notre collègue M. Goyrand. Cet expédient, c'est la boutonnière périnéale. Plusieurs chirurgiens ont déjà remarqué que ses avantages ne compensaient pas ses inconvénients. Ils ont réussi sans y avoir recours, et avant longtemps, sans doute, elle sera complétement abandonnée (1).

Je ne puis résister au désir de citer un passage écrit il y a plus de trente ans pour les fistules urinaires en général, mais qui s'applique rigoureusement aux autoplasties uréthrales :

Deux conditions, dit l'auteur, sont nécessaires à la cicatrisation d'une plaie :

1° Il faut que l'inflammation dont elle est le siége soit peu forte ;

2° Que l'humidité qui la recouvre soit peu considérable.

(1) MM. J. Jobert, Nélaton, Gaillard, etc., ne l'ont pas pratiquée. M. Sédillot la rejette ; il indique que dans un cas, elle a amené la mort. (*Traité de médecine opératoire*, t. II, p. 535, 2° édit., 1855.)

Les topiques irritants enflamment les plaies. Les cataplasmes les rendent fongueuses, un cautère qui renferme un corps étranger reste ouvert ; or, la sonde à demeure produit ces trois effets :

1° Elle irrite, enflamme le canal et la plaie qu'il présente dans un de ses points ;

2° Elle détermine une sécrétion abondante de mucosités qui baignent continuellement la plaie et y entretiennent cette humidité superflue si nuisible à sa guérison ;

3° Enfin, la sonde est pour la plaie du canal ce qu'un pois est pour celle d'un cautère.

On obvie à ces trois inconvénients, et l'on obtient que l'urine ne passe pas par le trajet fistuleux, en introduisant une sonde chaque fois que l'envie d'uriner se fait sentir. Le malade aura bientôt appris à se sonder.

Ce passage, aussi remarquable sous le rapport physiologique que sous le rapport pratique, est sorti de la plume de Ducamp (1). Percy partage cet avis, et déclare la sonde à demeure un moyen long, infidèle, dangereux, qui ne mérite aucune confiance (2).

La physiologie est si intimement liée à la thérapeutique, elle lui fournit tant de lumière et en reçoit à son tour des éclaircissements si précieux, qu'il n'est pas une observation qui ne soit susceptible de longs commentaires dans cette direction.

Le fait de M. Arlaud pourrait donc soulever une discussion d'un haut intérêt sur le rétablissement de la circulation dans les organes érectiles et de la sensibilité après la section des nerfs et la perte de rapport des bouts divisés.

La faculté d'érection et de copulation complète après une séparation aussi étendue de l'urèthre et du corps caverneux est également très-remarquable ; mais je comprends que j'ai déjà trop longtemps fatigué votre patience, et je remets à une autre occasion l'examen de ces curieuses questions.

Je m'arrête donc en vous faisant remarquer qu'à une grande authenticité le travail de notre confrère joint une qualité précieuse à mes yeux, celle de la consécration du temps. La publication n'est pas prématurée, et il ne s'agit pas ici d'un de ces succès proclamés avant que le malade ait quitté l'hôpital. L'opéré a été suivi pendant six mois, et si ce laps de temps ne nous garantit pas contre les chances de récidive du rétrécissement traumatique, au moins il est plus que suffisant pour établir le succès définitif de la belle opération qui a été pratiquée.

Nous vous proposons donc :

1° D'adresser des remercîments à l'auteur ;

2° De déposer honorablement ses travaux dans nos archives ;

3° De nommer M. Arlaud membre correspondant de la Société de chirurgie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 juillet 1857. — Présidence de M. GEOFFROY ST-HILAIRE.

Développement incomplet chez une fille de dix-neuf ans et demi. M. BAILLARGER présente à l'Académie une jeune fille de dix-neuf ans et demi qui offre un exemple de développement incomplet. Il donne sur cette jeune fille les renseignements suivants :

Caroline J... est née à Melun de parents sains et bien conformés; elle est la dernière de huit enfants. Aucun de ses frères et sœurs n'a présenté d'anomalie d'organisation. Cette fille, à sa naissance, n'offrait elle-même rien de particulier, si ce n'est qu'elle était plus petite que ne le sont ordinairement les enfants nés à terme. Le développement ne s'est fait chez elle que très-lentement et très-incomplétement.

Aujourd'hui, quoique Caroline J... ait près de vingt ans, sa taille n'est que de 80 centimètres, et le poids du corps de 32 livres.

Jusqu'à l'âge de dix-sept ans et demi, on a cru que cette fille resterait muette. C'est alors seulement qu'elle a commencé, au grand étonnement de sa mère, à bégayer quelques mots. Maintenant elle peut demander d'une manière distincte un certain nombre d'objets. Sa prononciation ressemble à celle de très-jeunes enfants. Le plus souvent elle ne dit que la dernière ou les deux dernières syllabes des mots ; par exemple, elle prononce *tuture* pour *voiture*, *lie*, *lie*, pour Julie. Caroline J... est d'ailleurs douce, affectueuse ; elle recherche la société des petits enfants, aime les joujoux, et sa principale occupation consiste à coudre très-imparfaitement des robes pour sa poupée.

Cette fille a commencé à marcher à trois ans et demi ; sa démarche est restée lourde, pesante, saccadée, et telle qu'on l'observe chez beaucoup de crétins.

A part l'absence du développement, Caroline J... est d'ailleurs un exemple assez rare de crétinisme sporadique complet : elle a, en effet, la tête un peu grosse, les yeux écartés et très-recouverts par les paupières supérieures ; le nez est écrasé, la bouche grande, les lèvres grosses, la langue épaisse, etc. ; les chairs sont molles, le ventre proéminent, l'ombilic très-rapproché du pubis.

La première dentition s'est faite assez régulièrement, mais peu à peu les dents sont toutes tombées par fragments. La seconde dentition paraît à peine commencée, et tout semble prouver qu'elle ne se fera que d'une manière très-incomplète, ou même qu'elle n'aura pas lieu du tout.

Il est inutile de dire qu'il n'y a chez Caroline J. aucun signe de puberté.

La santé physique, qui avait toujours été assez bonne, s'altère depuis quelques années, et surtout depuis trois mois. L'alimentation est devenue irrégulière et insuffisante.

Cette fille a d'ailleurs offert, vers l'âge de douze ans, quelques signes de rachitisme. Depuis un an, ces signes sont devenus plus tranchés, et il existe aujourd'hui une déviation très-prononcée de la colonne vertébrale.

Je ne dois pas oublier de mentionner un détail qui a quelque importance. La fontanelle antérieure du crâne ne s'est fermée que tardivement, et l'on constate à la place qu'elle occupait une dépression très-marquée.

(1) *Traité des rétentions d'urine*, 3° édit., pag. 237, 1825.
(2) *Rapport à l'Institut* par Deschamps et Percy. 6 mai 1822, ch. II.

L'observation de Caroline J... me paraît l'une des plus curieuses parmi celles du même genre qui ont été citées jusqu'ici. La lenteur de l'accroissement est en effet portée, dans ce cas, à sa plus extrême limite. Cette particularité de l'apparition de la parole à dix-sept ans et demi est surtout remarquable. Elle suffit pour montrer toute la différence qui existe entre ces observations et celles dans lesquelles une maladie arrête brusquement et d'une manière absolue le développement de tel ou tel organe.

Il reste ici, au contraire, une tendance continuelle à l'accroissement comme dans l'état normal, mais l'impulsion est si faible, qu'on pourrait croire, pendant d'assez longs intervalles, à un arrêt complet. Ce qu'il faut voir dans les cas de ce genre, c'est une certaine faiblesse, une certaine inertie du germe. Ces êtres meurent au milieu des efforts impuissants que fait la nature pour un développement complet, développement qu'ils ne peuvent jamais atteindre.

M. SERRES, à la suite de la lecture faite par M. Baillarger, s'exprime en ces termes :

L'observation si intéressante que vient de communiquer M. Baillarger offre, ainsi qu'il l'a très-bien exposé, un exemple remarquable de l'arrêt de développement de l'ensemble de l'organisme.

Parmi les caractères que présente cette enfant de dix-neuf ans d'âge et de deux ans à peine de développement, il en est un que présente la figure que l'auteur m'a montrée avant la séance, et sur lequel j'ai fixé son attention. Ce caractère est celui de l'abaissement de l'ombilic. Cet abaissement est tellement exagéré, qu'il peut, jusqu'à un certain point, indiquer l'époque de la vie fœtale à laquelle a commencé ce retard dans les développements.

On sait que dans les premiers temps du développement de l'embryon humain, le foie remplit presque entièrement la cavité de l'abdomen. Le paquet intestinal est alors en dehors de cette cavité, dans laquelle il entre à mesure que l'organe hépatique s'élève pour aller se loger dans l'hypochondre droit. Le plus ordinairement, à la fin des trois premiers mois de la gestation, les intestins ne font plus hernie dans le cordon ombilical; quelquefois on en rencontre encore quelques anses dans le cordon dans le cours du quatrième mois; plus tard leur présence à l'ombilic constitue la hernie ombilicale congéniale, qui est un arrêt de développement de l'abdomen. L'existence d'une hernie ombilicale chez la petite fille présentée par M. Baillarger semble indiquer que c'est dans le cours du quatrième ou du cinquième mois de la vie embryonnaire qu'a dû commencer la suspension ou le retard des développements. L'abaissement de l'ombilic vient à l'appui de cette assertion.

L'ombilic est l'ouverture par laquelle le cordon ombilical pénètre dans l'abdomen. Ce cordon se compose de trois parties fondamentales, de la veine ombilicale, d'une part, de l'ouraque, de l'autre, et en troisième lieu des artères ombilicales. La veine ombilicale, en pénétrant dans l'abdomen, gagne la partie concave du foie, et se loge dans le sillon antéro-postérieur de cet organe. Il suit de là qu'à l'époque où le foie occupe tout l'abdomen l'ombilic, qui donne passage à la veine ombilicale, est placé au niveau du pubis; puis, à mesure que le foie s'élève, il entraîne avec lui la veine ombilicale, et par conséquent l'ombilic.

Si le foie s'arrête dans son ascension, on voit tout de suite que l'ascension de la veine ombilicale ainsi que celle de l'ombilic doivent être arrêtées aussi. L'arrêt de l'ombilic est donc la conséquence de l'arrêt ascensionnel du foie.

Cela étant, il est probable que chez cette petite fille le foie descend très-bas dans l'abdomen. (C'est, en effet, ce dont je me suis assuré après la séance en palpant cette région.)

Aux remarques faites par M. Baillarger sur les déformations de l'ensemble des parties de cette petite fille, déformations qu'il rapporte avec raison à l'affection scrofuleuse (*sic*) (c'est rachitique qu'a dû dire M. Serres), nous en ajouterons une relative à la dégradation du type, et qui à certains égards paraît se lier avec l'abaissement de l'ombilic.

On sait, en effet, que nous avons établi, en anthropologie, que le degré d'abaissement ou d'élévation du type des races humaines pouvait se mesurer dans certaines limites d'après la position relative que l'ombilic occupe sur la surface de l'abdomen; on sait aussi que, dans son voyage au pôle nord, S. A. I. le prince Napoléon a confirmé cette observation chez les Esquimaux : de sorte que cette variété du type hyperboréen se rapporte au type mongol et par la position déclive de l'ombilic et par l'ensemble des caractères généraux.

Or, ce que la dégradation des formes de cette fille offre de remarquable est précisément la répétition de ce qui a lieu chez les Esquimaux. Née de parents de la race caucasique, la petite fille dont M. Baillarger vient de communiquer l'observation à l'Académie offre les caractères de la race mongole. Nous n'essayerons pas d'expliquer comment a pu s'opérer cette dégradation du type, nous tenons seulement à constater le fait.

(La note de M. Baillarger est renvoyée à l'examen de MM. Serres, Flourens, Is. Geoffroy Saint-Hilaire et de Quatrefages.)

Maladies des mécaniciens et chauffeurs des chemins de fer. — M. RAYER présente, au nom de M. Bisson, médecin principal du chemin de fer d'Orléans, une « Note sur les mécaniciens et chauffeurs du chemin de fer d'Orléans et sur les maladies qui peuvent résulter de leurs fonctions. »

Dans une note présentée à l'Académie en février dernier, M. H. de Martinet signalait, dit M. Bisson, une maladie dont seraient atteints les mécaniciens et les chauffeurs et qui reconnaîtrait pour cause l'inspiration de l'oxyde de carbone et du gaz acide carbonique s'échappant du foyer de la locomotive. Suivant M. de Martinet, « dans cette » affection, le système nerveux est lésé, les sujets maigrissent, la fa» culté génératrice s'éteint, le corps est agité de soubresauts, de con» vulsions, l'intelligence s'affaiblit. »

Depuis dix-huit ans que je suis attaché au service de santé du chemin de fer d'Orléans, je n'ai jamais observé de pareils faits, et mes nombreux confrères de la ligne n'ont rien vu de semblable ni d'analogue; leurs rapports hebdomadaires en font foi.

J'en dois dire autant d'une autre affection mentionnée dans un ouvrage imprimé du docteur Duchesne, d'une affection de la moelle épinière qui serait déterminée par la secousse que supportent les jambes chez ces employés que leur service oblige à rester constamment debout, et qui se manifesterait par des douleurs sourdes continues dans les os et les articulations, accompagnées d'un sentiment de faiblesse et d'engourdissement rendant la marche très-pénible. On a observé dans les premiers temps certains effets résultant de la trépidation; mais ces effets consistaient dans des adénites aux aines, des varicocèles et quelquefois dans l'induration des testicules; je dois ajouter qu'ils ont presque complétement disparu par suite du perfectionnement apporté dans le système de suspension des locomotives.

M. Bisson ne s'est pas contenté de ce que pouvait lui apprendre sur cette question son observation directe et celle des rapports hebdomadaires dont il a été question; des recherches ont été entreprises sur sa demande par M. Salone, médecin de la traction à Paris, et par M. Duclos, médecin à Tours. Deux cents mécaniciens, chauffeurs et élèves ont été examinés avec soin; il est résulté de cet examen qu'aujourd'hui ces hommes n'ont guère à redouter que les effets de la vapeur dans les cas de rupture de tubes, et que, du reste, ils ne semblent soumis à aucune autre maladie qui dépende de leur profession.

La note de M. Bisson est renvoyée à l'examen des commissaires précédemment désignés pour la communication de M. de Martinet : MM. Serres, Rayer, Séguier.

Ictères de la fièvre jaune. — M. GEOFFROY SAINT-HILAIRE présente au nom de l'auteur, M. Octave Saint-Vel, un mémoire ayant pour titre : *Des ictères de la fièvre jaune.*

« Ayant eu, dit M. Saint-Vel dans l'introduction du mémoire dont nous venons de donner le titre, l'occasion d'étudier, en 1856, la fièvre jaune à l'hôpital militaire de Saint-Pierre (Martinique), j'ai été conduit à rechercher la cause de la coloration qui a valu son nom à cette terrible maladie. Un examen attentif m'a fait reconnaître deux ictères : l'un constant, caractéristique, apparaissant dès les premiers jours, et, quand la mort a été prompte, se montrant alors sur le cadavre, et pendant la vie coïncidant avec un ralentissement remarquable de la circulation capillaire (c'est l'ictère spécial qui a valu son nom à la maladie); l'autre accidentel, ne se montrant que dans la seconde période, sans gravité par lui-même, marquant quelquefois le moment de la convalescence, ne se manifestant que dans un nombre limité de cas et coïncidant parfois avec un ralentissement notable du pouls (50 à 40 pulsations par minute). L'ictère caractéristique n'est qu'une ictéricie, l'ictère accidentel est le véritable ictère, ou cholihémie. Leurs causes doivent différer comme leur nature. Les éléments de la bile retenus dans le sang donnent naissance à la cholihémie, le sang dissocié par l'agent septique produit l'ictéricie. »

Le mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Serres, Andral et Rayer.

Lunette pan-focale employée comme ophthalmoscope. — M. J. PORRO adresse une note sur l'application de la lunette pan-focale comme ophthalmoscope.

Dans les ophthalmoscopes connus jusqu'à ce jour, dit l'auteur, on s'est proposé : 1° d'éclairer le fond de l'œil du malade au moyen d'un miroir convergent qui y jette une vive lumière; 2° de grossir les détails intérieurs avec une loupe. Mais la lumière réfléchie par le miroir est trop vive pour le malade, elle paraît pourtant insuffisante à l'opérateur; la loupe ne permet pas de voir distinctement le fond de l'œil, elle permet tout au plus de voir dans les régions peu profondes de l'humeur vitrée. Aussi les ophthalmoscopes basés sur l'emploi de la loupe ne permettent de rien voir dans un œil sain, et à l'état morbide ils ne permettent pas de tout voir. Pour la même raison que dans la vision naturelle, les images des objets extérieurs très-éloignés vont se peindre au foyer de l'œil; la lumière provenant d'un point situé au fond de l'œil en sort convergente vers des points très-éloignés, et non pas divergente comme elle devrait l'être pour l'usage de la loupe.

Je pense que la lunette pan-focale que j'ai autrefois, et pour un tout autre but, présentée à l'Académie, constitue le meilleur des ophthalmoscopes. L'éclairage gradué que j'emploie pour rendre visible les fils micrométriques par la réflexion sur la surface des corps transparents, ne tourmentera pas le malade et n'éclairera que la région de l'œil qui est soumise à l'examen. On peut aussi éclairer de couleurs différentes, rouge et blanc par exemple, deux points du champ de vision, et inviter le patient à regarder fixement le cercle lumineux rouge, afin d'obtenir l'immobilité de l'œil pendant que l'opérateur promène le petit cercle lumineux blanc dans toutes les régions qu'il se propose d'explorer.

Avec une lunette pan-focale, placée à quelques centimètres de l'œil, l'opérateur peut, par le mouvement du pignon régulateur, pénétrer successivement du regard dans l'intérieur de l'œil à toutes les profondeurs jusqu'à la rétine; une échelle gravée extérieurement sur l'instrument peut indiquer la profondeur du point qui se trouve au foyer à un instant donné.

Il est possible qu'un fixateur soit nécessaire ainsi qu'un support convenable pour la lunette; mais on pourrait peut-être plus commodément ajouter du côté de l'objectif de la lunette un tube terminé par une œillère par laquelle le patient serait invité à regarder pendant que l'observateur tient son œil à l'oculaire. (Commissaires, MM. Milne-Edwards, Babinet, Velpeau.)

— M. LEGRIP adresse, à l'occasion d'une communication récente de M. Blondlot, des remarques concernant la recherche de l'arsenic et les investigations de médecine légale qui se rapportent à cette question. (Commissaires : MM. Chevreul et Bussy.)

— M. GARNIER rappelle qu'il a, en 1833, de concert avec M. Hérisson, soumis au jugement de l'Académie un sphygmomètre qui ressemble à beaucoup d'égards à celui qu'a présenté récemment M. Poznanski, et qui même, suivant lui, n'en diffère en rien d'important. (Renvoi à l'examen des commissaires nommés pour l'instrument présenté par M. Poznanski : MM. Serres, Andral et Babinet.)

— M. GUÉPIN adresse de Nantes une note ayant pour objet de montrer comment, au moyen d'opérations très-simples, il a pu obtenir la guérison de *cataractes* qui présentaient de grandes chances d'insuccès avec les méthodes ordinaires. (Commissaires : MM. Velpeau, Cloquet et Jobert de Lamballe.)

L'érection du monument de Bichat était faite pour inspirer la verve poétique de nos confrères. Voici quelques belles strophes écrites sous l'inspiration de cette cérémonie par notre collègue et ami M. le docteur A. Dechambre. On y reconnaîtra l'élévation de pensée et la délicatesse de forme habituelles du rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire.*

C'est bien : la France enfin a tenu sa parole;
Bichat, voici le jour! Sur ce socle promis,
Monte fier et content; c'est le tardif symbole
Du piédestal de gloire où nos cœurs t'avaient mis!

O beau front étoilé, l'herbe inculte et touffue
Avait grandi sur toi; le siècle t'oubliait
Dans la tourbe des morts, pâle et sombre cohue,
Entassement sans nom que le ver seul connaît.

Que songeais-tu là-bas, pensif dans ton suaire?
Si tu nous accusais, fais taire ton courroux;
Nous avons oublié ton corps à l'ossuaire,
Mais nous avions gardé ton âme parmi nous.

On dit que quelquefois, dans tes ardentes veilles,
Un génie inconnu se levait devant toi,
Et qu'une voix dans l'air parlant à tes oreilles,
Comme au duc de Cawdor disait : *Tu seras roi* (1)!

L'oracle avait raison. Sur ta tête endormie
Le temps a feuille à feuille enroulé le laurier.
Salut à toi, Bichat, roi de l'Anatomie!
Maître, salut, au nom d'un peuple tout entier!

Car n'est-ce pas ton peuple ici qui t'environne?
Il te sacre aujourd'hui d'un hommage nouveau,
Et de ses propres mains il refait la couronne
Que depuis cinquante ans enfermait le tombeau.

Oui, ce sont tes enfants, les fils de tes entrailles;
Oui, ce sont les soldats que ton ombre conduit,
C'est ta garde d'honneur dans les rudes batailles
Où l'Esprit des vieux jours lutte avec ton Esprit.

Sous les tièdes baisers des vents de Thessalie,
Dans sa virginité la chair même enfantait;
De l'époux de Pyrrha la race ensevelie
De la pierre semée à l'instant renaissait.

Ainsi, Bichat, ainsi sous ta féconde baleine
L'œil ne peut plus compter les bataillons éclos;
Ainsi, plus abondant que le grain de la plaine,
Le grain de l'avenir a germé de tes os.

Quand le démolisseur des doctrines passées
Voulut faire une cendre encore du présent (2),
Il s'arma seulement d'une de tes pensées
Et, levant la massue avec son bras puissant,

Contre ces mêmes murs confiés à ta garde
Il la fit retomber en de terribles coups.
Le vieux temple en trembla; même aujourd'hui, regarde,
Les stigmates du choc n'ont pas disparu tous.

Mais toi, foyer divin, dans ta course immortelle,
Sans foudre et sans éclairs sur nous tu rayonnas,
Dissipant, calme et pur, avec ton étincelle,
Les douteuses lueurs et les brumes d'en bas.

Aussi, tout plein d'amour pour ton œuvre savante,
Chacun veut sur ta tête enrouler le laurier.
Ta vérité subjugue et ton erreur enchante;
Maître, salut, au nom d'un peuple tout entier!

A. DECHAMBRE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Riouffe, né à Antibes (Var); *Quelques considérations sur l'étiologie de l'avortement.*

Desplans, né à Orange (Vaucluse); *Des eaux minérales sulfureuses et de leur emploi en thérapeutique.*

Errata. — N° du 18 juillet, p. 336, 1re colonne : *après ces éloges mérités* doit être reporté à la ligne 11 du second paragraphe après le mot *pratique.*

Id., ligne 1re du paragraphe 3, au lieu de *amputation*, lisez *expectation.*

2e colonne, 5e paragraphe, ligne 8, au lieu de Reybaud, lisez Reybard.

Id., note 3, ligne 4, au lieu de *regardait*, lisez *regardant.*

3e colonne, paragraphe 2, ligne 20, au lieu de *portion pénienne. Or, le moindre dégât*, lisez *portion pénienne où le moindre dégât*, etc.

N° du 25 juillet, page 348, 2e colonne, 5e ligne avant la fin, au lieu de : *toutes les conditions sont égales d'ailleurs. La méthode*, etc., lisez : *toutes les conditions égales d'ailleurs, la méthode*, etc.

(1) On sait le mot de Bichat : *Je crois que j'irai loin!*

(2) Il est à peine utile de nommer Broussais, et de rappeler l'épigraphe de son *Examen des doctrines* empruntée à Bichat : *Qu'est l'observation si l'on ignore là où siége le mal?*

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 89. — JEUDI 30 JUILLET 1857. (30e ANNÉE.) N° 89. — JEUDI 30 JUILLET 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 29 JUILLET 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

Après une réponse de M. Velpeau au dernier discours de M. Devergie, la discussion générale sur les anesthésiques a été déclarée close, et l'Académie a délibéré immédiatement sur les diverses conclusions qui lui ont été proposées. On se rappelle en effet que l'Académie s'est engagée à formuler une décision. Cette décision, ainsi qu'on en pourra juger par la lecture du compte rendu, n'aura à coup sûr rien de bien compromettant pour l'Académie, qui peut parfaitement assumer d'avance la responsabilité de toutes les conséquences qu'elle pourra avoir. Elle consiste à peu près à dire que les praticiens, dans l'état actuel de la science, sont également fondés à se servir ou à ne pas se servir d'appareils. Il paraîtra peut-être piquant à quelques-uns que cette conclusion ait été proposée par M. Devergie ; pour nous, nous eussions aimé à n'y voir que l'expression d'un hommage rendu par cet honorable académicien à ses contradicteurs, et un aveu loyal de l'influence qu'a eue la discussion sur ses premières opinions, s'il n'avait malheureusement pris le soin de nous enlever à cet égard toute illusion. Quoi qu'il en soit, devant une semblable abnégation, les contradicteurs de M. Devergie, de leur côté, auraient eu mauvaise grâce à ne point faire quelques concessions ; aussi se sont-ils empressés, déposant leur défiance à l'égard des appareils, de se rallier à cette nouvelle proposition, qui, n'ayant plus d'adversaires, a été adoptée à la presque unanimité.

Cette conclusion, qui n'est en définitive comme on le voit, qu'une sorte de compromis entre les partisans et les adversaires des appareils, exprime-t-elle bien réellement le sentiment de l'Académie et l'opinion de la majorité des chirurgiens qui ont pris part à la discussion? Répond-elle aux besoins réels de la science et de la pratique, et satisfera-t-elle l'attente du public médical? N'y a-t-il pas lieu de se demander si une abstention pure et simple de l'Académie, qui eût laissé à chacun le soin de s'inspirer dans sa conduite des lumières mêmes de la discussion et des opinions qui y ont été émises par les chirurgiens les plus autorisés, n'eût pas été préférable à une discussion qui, sans rien décider et en laissant les choses en l'état, a l'inconvénient de lier l'Académie devant l'avenir et de la mettre dans le cas d'avoir peut-être à se déjuger un jour? — Nous nous bornons pour le moment à poser ces questions. Nous chercherons dans un prochain numéro, en résumant cette discussion, à les résoudre.

Nous avons reçu de M. le docteur Lecoq, chirurgien de la marine à Cherbourg, mais trop tard pour la communiquer à l'Académie, ainsi que c'était son désir, quelques considérations sur le sujet de la discussion. Nous croyons remplir son intention en les publiant aujourd'hui. Placé à la tête d'un service chirurgical important, et en mesure par sa position de concentrer les faits de la pratique d'un grand nombre de ses collègues, M. Lecoq avait naturellement droit à intervenir dans cette discussion ; et nous ne doutons pas que son intervention ne soit accueillie par nos lecteurs avec la faveur que lui méritent son expérience et son talent.

Nous réservons, bien entendu, notre opinion sur quelques-unes des propositions qui y sont développées. Ce travail devra entrer d'ailleurs dans l'appréciation générale que nous nous proposons de faire de la question. Nous en dirons autant de la note de M. le docteur Berchon, que l'on trouvera également plus loin. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Hydro-péritonie déterminée par la présence dans l'abdomen de tumeurs fibreuses de l'utérus.

Une femme âgée de trente-deux ans, présentant d'ailleurs toutes les apparences d'une belle santé, entra à l'hôpital le 5 juin 1857 ; elle fut couchée au n° 27 de la salle Saint-Bernard.

D'une robuste constitution, elle avait toujours été parfaitement menstruée, ses époques revenant chaque mois très-régulièrement. Il y a deux ans environ, cette femme éprouva dans le ventre des douleurs qu'elle comparait à des crampes et qui occupaient bien plus la région de l'estomac qu'elles ne ressemblaient à des coliques; elle ressentait, en outre, comme un poids considérable à la partie inférieure de l'abdomen. Son médecin, M. le docteur Pillon, constata à cette époque un abaissement de l'utérus, et conseilla le repos.

Pendant le cours de la première année, ces douleurs cédaient et reparaissaient alternativement, lorsqu'au mois de janvier 1856 elles devinrent assez fortes et assez continues pour forcer la malade de s'aliter. Le ventre était alors augmenté de volume, et cette tuméfaction, qui s'était produite dans l'espace de vingt-quatre heures, était accompagnée de fièvre sans envies de vomir, sans exagération de la sensibilité à la pression. Une application de sangsues sur l'abdomen et des bains la firent disparaître; mais la malade garda pendant quinze jours le lit, tourmentée par les douleurs violentes dont nous avons parlé et par la fièvre. Tous ces accidents s'étaient assez rapidement dissipés, lorsque deux mois après leur cessation, au mois d'avril, le ventre recommença tout doucement à augmenter de volume. Cette fois la malade n'éprouvait plus de douleurs; mais vers la fin de l'automne, au mois d'octobre, elle était fort grosse. Elle continua à travailler, bien que l'excès de fatigue la forçât de temps à autre à se jeter pendant quelques heures sur son lit dans le courant de la journée. L'appétit ne diminuait pas, et toutes les fonctions s'accomplissaient avec une entière liberté; la menstruation elle-même n'éprouvait d'autres dérangements qu'un peu d'appauvrissement du sang, qui était moins coloré, et dont l'écoulement était précédé et suivi de leucorrhée.

Au mois de janvier dernier, la malade se rendit à l'hôpital Saint-Antoine, où M. le docteur Moutard-Martin, après avoir retiré par la paracenthèse abdominale 10 à 12 litres d'un liquide clair, séreux, limpide, constata l'existence de tumeurs assez volumineuses dans la cavité de l'abdomen; ce médecin, dont vous connaissez le talent et la rigueur qu'il apporte au diagnostic des maladies, crut à un kyste de l'ovaire; les tumeurs abdominales lui paraissaient être la poche revenue sur elle-même; il crut en outre à l'existence d'un épanchement péritonéal compliquant l'hydropisie enkystée.

Rentrée chez elle, après une semaine de séjour à l'hôpital, la malade vit son ventre se développer pour la troisième fois et reprendre, après deux mois, un volume à peu près égal à celui qu'il présentait lorsque cette femme vint réclamer nos soins.

Elle entra donc dans nos salles le 5 juin, se plaignant bien plus de la difformité et de la gêne qu'elle éprouvait que de douleurs réelles.

Son ventre était, en effet, énorme; il retombait en avant du pubis, et nous perçûmes par les procédés en usage une fluctuation large, se produisant d'une manière *uniforme* dans toute la cavité abdominale : le flot de liquide se déplaçait en masse suivant l'inclinaison que la malade donnait à son corps, et suivant ce déplacement nous obtenions à la percussion une matité absolue dans les parties déclives, dans les régions les plus élevées de l'abdomen une sonorité tympanique.

La santé, je le répète, était d'ailleurs parfaite. Jamais la malade n'avait rien éprouvé du côté du cœur ; jamais elle n'avait eu la moindre teinte même sub-ictérique, et plus tard, après la ponction, nous trouvions le foie dans sa position normale; jamais elle n'avait eu de fièvres intermittentes; jamais enfin elle n'avait eu le moindre gonflement, le plus petit œdème des extrémités.

Une ponction pratiquée le 9 juin, entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure du côté gauche, donna issue à *quatorze litres* d'une sérosité citrine, très-limpide, sans aucune apparence de viscosité; et comme assurément toute la matière de l'épanchement ne put pas être complétement évacuée, comme il est permis de supposer qu'il en reste encore un ou deux litres dans le ventre, on pourra juger, d'après cette énorme quantité (15 à 16 litres de sérosité contenue dans cette cavité), du volume que devait avoir l'abdomen avant la paracentèse.

Au premier examen de la malade, et avant de faire l'opération, dont la nécessité me paraissait en tous cas absolue, M. le professeur Trousseau pensa que nous avions affaire à un kyste de l'ovaire. « J'étais influencé, nous dit-il (*Leçon clinique inédite*), dans ma manière de voir par le premier diagnostic de M. Moutard-Martin, que m'avait donné une des personnes présentes à la clinique, et qui avait vu la malade à l'hôpital Saint-Antoine.

» D'un autre côté, d'autres motifs me faisaient pencher très-fortement vers cette autre idée que, s'il existait un kyste, il était au moins compliqué d'une ascite considérable.

» Examinons en effet un instant le mode de développement de l'hydropisie enkystée de l'ovaire. Supposons le kyste uniloculaire, et ayant débuté soit à droite, soit à gauche, dans le bassin. Pendant quelque temps, il occupera le côté dans lequel il se sera formé, mais lorsqu'il aura acquis un certain volume, il gagnera le milieu de l'abdomen, et ceux qui auront observé de semblables tumeurs, alors même qu'elles atteignaient seulement le volume de la tête d'un fœtus, reconnaîtront combien il est difficile de préciser le point où elles se sont d'abord développées, parce qu'elles se portent d'un côté, de l'autre, comme l'utérus dans l'état de gestation, sans que le lieu de leur primitive origine ait une grande influence sur cette situation.

» Plus tard, après avoir acquis un développement considérable, les parois du kyste sont notablement tendues, à la façon d'une vessie remplie d'air ou de liquide. La tumeur est dure. Ce détail est d'une grande importance pour le diagnostic différentiel. Dans l'hydropisie ascite, les parois du ventre, lorsqu'elles ne sont pas complétement distendues par un liquide dont l'abondance est rarement suffisante pour amener cette distension, les parois du ventre restent flasques, et c'était justement cette flaccidité qui, dans le cas présent, me faisait établir mon diagnostic : hydropéritonie, tout en admettant, ainsi que je vous l'ai dit et pour les raisons que je vous ai données, la possibilité d'un kyste ovarique coïncidant.

» Ce signe diagnostique, tiré de la flaccidité des parois de la tumeur, j'y reviens encore, est un des plus importants. Ceux fournis par la percussion, tout en étant capitaux, font quelquefois défaut. On dit que dans l'ascite, les intestins distendus par les gaz flottent au-dessus du liquide épanché dans la cavité péritonéale, et que dans les parties les plus élevées on trouve une sonorité tympanique limitée dans un segment de sphère au-dessus de la matité produite dans les parties déclives.

» Par opposition, on dit que dans le kyste ovarique, la tumeur refoulant l'intestin en arrière vers le diaphragme ou latéralement, on n'obtient pas cette sonorité, ou du moins que cette sonorité et la matité ne changent pas de rapports dans les changements de position ; ce signe, je le répète, fait quelquefois défaut, car, dans quelques cas d'hydropisie ascite surtout, chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, la quantité du liquide épanché peut être assez considérable pour remplir totalement la cavité de l'abdomen, pour ne pas se déplacer, et par conséquent pour ne pas permettre aux intestins refoulés par lui de donner lieu à cette sonorité tympanique, où même pour empêcher que cette sonorité et la matité occasionnée par l'ascite ne changent de rapports dans les changements de position.

» En définitive, cette flaccidité des parois de la tumeur nous faisait pencher vers l'idée d'une hydropéritonie. »

Après la ponction, le diagnostic du professeur fut confirmé par le palper abdominal et par le toucher.

A travers les parois du ventre, nous trouvâmes dans la profondeur de sa cavité d'énormes tumeurs qui, remontant au delà du détroit supérieur du bassin, pouvaient avoir, l'une à gauche, le volume de la tête d'un fœtus; l'autre, à droite, celui du poing. De plus, au toucher par le vagin, on sentait le cul-de-sac vaginal fermé par des tumeurs, et si on essayait, avec le doigt, de soulever l'utérus, on sentait les tumeurs abdominales s'élever sous la main qui palpait l'abdomen. Ces tumeurs paraissaient bosselées et très-dures.

Nous pensâmes donc que notre malade était affectée de tumeurs fibreuses développées hors des parois de la matrice — le bon état général de la santé, le teint frais de la peau, sans aucune apparence de cachexie, faisaient rejeter l'idée de tumeurs cancéreuses, — et que ces tumeurs étaient cause d'une phlegmasie subaiguë du péritoine, à laquelle il fallait rattacher la production de l'épanchement abdominal.

Le 16 juin, cette femme demanda à retourner chez elle; elle n'avait éprouvé, des suites de son opération, que des douleurs assez violentes dans le ventre. Ces douleurs furent calmées par l'application de cataplasmes de farine de graine de lin et des embrocations faites avec une mixture de belladone et d'opium. Lorsqu'elle sortit

de l'hôpital, l'épanchement s'était en partie reproduit, et le volume de l'abdomen était déjà très-considérable.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Gangrène spontanée du pied ; élimination spontanée. — Infection purulente ; guérison par l'aconit et le sulfate de quinine.

Une tendance invincible a porté presque tous les chirurgiens à regarder l'infection purulente une fois bien déclarée comme une maladie essentiellement mortelle. L'observation de chaque jour et surtout la pratique des hôpitaux viennent tellement à l'appui de cette opinion, les exemples de guérison bien authentique et bien constatée sont tellement rares, que nous croyons être utile à la science, aux malades et aux médecins eux-mêmes, en enregistrant un fait tout récent observé et constaté par des autorités recommandables, et qui vient à l'appui de la curabilité de cette redoutable affection.

Il s'agit d'un malade de la ville, traité pour une gangrène spontanée par MM. Rayer, Andral et Nélaton, et chez lequel se déclarèrent des accidents évidents d'infection purulente caractérisés par frissons violents et abcès métastatique, accidents qui furent conjurés par l'administration simultanée de l'alcoolature d'aconit et du sulfate de quinine.

Il peut être difficile de décider la part exacte qui revient à chacun de ces médicaments dans la guérison; mais il ne ressort pas moins, pour la pratique, une instruction très-importante de l'étude de ce fait, dont voici l'observation détaillée :

M. R..., âgé de cinquante et quelques années, exerçant une profession libérale, et jouissant habituellement d'une bonne santé, a vu se développer vers la fin de 1856, et sans cause appréciable, une gangrène spontanée de l'extrémité du membre inférieur gauche, caractérisée par les symptômes habituels, accompagnée et précédée de douleurs très-vives dans le pied et la jambe, avec cette particularité singulière (qu'il n'est pas inutile de noter en passant, au point de vue du diagnostic) que les douleurs prodromiques, d'abord limitées à la région du gros orteil, et ayant pu simuler jusqu'à un certain point un accès de goutte, cessaient complétement et à la volonté du malade, par l'élévation du membre, et même par le simple décubitus horizontal.

La mortification des tissus, après avoir envahi les orteils, ne tarda pas à s'étendre à tout le pied. Cependant, deux mois après le début de la gangrène, un sillon éliminatoire se forma spontanément un peu au-dessus du sommet des malléoles. Au bout de quelques jours, la suppuration avait déjà établi une profonde entaille entre les tissus vivants et les tissus mortifiés, lorsqu'un violent frisson d'une demi-heure vint se manifester vers une heure de l'après-midi. On prescrit : alcoolaturé d'aconit, 2 grammes, que le malade prend deux ou trois heures après. Le soir, nouveau frisson.

Le lendemain, une douleur se fait sentir dans la fesse gauche, et une autre à la partie externe du mollet droit. A partir de ce moment, le malade prend chaque jour pendant près d'un mois 2 grammes d'alcoolature d'aconit, et de plus 0,50 de sulfate de quinine.

Les frissons du premier jour ne reparaissent plus les jours suivants; un empâtement rougeâtre et diffus se développe au niveau du mollet douloureux, mais il n'arrive point à suppuration et finit par se résoudre complétement; dans la fesse gauche, au contraire, une collection fluctuante et profonde ne tarde pas à se manifester, et une ponction pratiquée dix jours après le début de la douleur donne issue à du pus assez bien lié, d'une teinte légèrement rougeâtre. Une injection iodée est immédiatement pratiquée dans le foyer, une autre quelques jours après, et au bout d'un mois l'abcès était complétement cicatrisé.

Pendant ce temps, le travail d'élimination de la gangrène continuait à marcher. Deux mois après l'invasion des phénomènes d'infection purulente, la séparation du pied était complétement achevée; elle s'était produite au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, et s'était accompagnée de l'élimination du sommet des malléoles.

La plaie de l'extrémité du moignon, compliquée d'une autre plaie latérale externe, consécutive elle-même à une traînée gangréneuse qui s'était propagée sur les parties molles de la jambe et avait également subi le travail éliminatoire, cette plaie, dis-je, se présentait sous l'aspect de granulations vermeilles, d'apparence très-satisfaisante. La cicatrisation s'opéra sans aucune entrave, mais ne fut complète que plusieurs semaines après l'élimination du pied. Le malade guérit complétement; et aujourd'hui, plus de six mois après le début des accidents, il est en parfaite santé.

Je crois qu'il n'est pas sans intérêt de rapprocher de cette guérison remarquable celle qui fut annoncée en 1845 à la Société de chirurgie, alors naissante, par Vidal, qui avait employé sur son malade la méthode évacuante, et cette autre, non moins inattendue, observée il y a quelques années sur un blessé entré à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Nélaton, auquel M. Chassaignac succéda quelques jours après.

Ce dernier fait est remarquable à plusieurs égards, si l'on prend soin d'observer : 1° qu'il eut lieu *à l'hôpital*, où les conditions hygiéniques sont éminemment défavorables; 2° qu'il se manifesta un grand nombre de frissons et d'*abcès métastatiques* externes, et très-probablement aussi un commencement de formation d'abcès internes dans le foie et les poumons, si l'on s'en rapporte à l'ictère, à la douleur hypogastrique, aux râles muqueux et sibilants; 3° que l'alcoolature d'*aconit* fut à peu près *exclusivement* administrée.

Voici, du reste, une analyse assez complète de cette observation instructive et peu connue, qui se trouve rapportée plus au long dans la thèse de M. Chassaignac pour le concours de médecine opératoire de 1850.

Sylvestre Gauthier, terrassier, âgé de vingt-huit ans, entre à Saint-Antoine le 5 mai 1849 pour un écrasement du pied produit par un wagon. On pratique immédiatement l'amputation sus-malléolaire; la suppuration s'établit.

Le 25 mai, frisson violent pendant une heure et demie; suppuration diminuée, roussâtre, fétide; teinte ictérique qui se prononce de plus en plus les jours suivants.

Le 26, le malade prend 5 grammes d'alcoolature d'aconit.

Le 27, frisson qui se prolonge deux heures.

Le 28, douleur dans la région sacrée et entre les épaules.

Le 29, frisson d'une heure; douleur dans l'hypochondre droit, surtout à la pression; râles sibilants et muqueux; sonorité thoracique parfaite; douleur entre les épaules et à la cuisse droite. — Aconit, 4 grammes.

Le 31, léger frisson d'une demi-heure.

Le 1er juin, douleur dans l'articulation de l'épaule droite et du genou gauche. — Aconit, 3 grammes.

On continue l'aconit pendant près de trois mois à la dose moyenne de 4 grammes.

Le 9 juin, la douleur de l'hypochondre droit disparaît et l'ictère diminue sensiblement.

Le 13, frisson d'un quart d'heure; recrudescence de l'ictère; eschare au sacrum s'accroissant de jour en jour.

Le 15, la douleur dorsale a persisté jusqu'à ce jour; il y a maintenant une collection fluctuante en dedans de l'épaule droite. Une incision en tire deux verres de pus.

Le 18, nouvel abcès au bord interne de l'omoplate gauche. Il donne un verre de pus.

A partir de cette époque, l'état général du malade s'améliore sensiblement. Les abcès ouverts se cicatrisent.

Le 26, collection de liquide dans le genou gauche. Large vésicatoire.

Le 4 juillet, la collection articulaire a disparu; les plaies du dos sont cicatrisées.

Il se forme encore quelques jours après un petit abcès en avant du sternum et un autre à la partie moyenne du dos, que l'on ouvre et qui n'entravent point la guérison.

Le 20, cicatrisation complète du moignon.

Le 17 août, cicatrisation de la plaie de la région sacrée.

Six mois après, le malade est encore à l'hôpital, mais il a repris ses forces et son embonpoint.

Lorsqu'on se trouve en face de pareils faits, de faits si exceptionnels, et que l'on tient compte en même temps des cas innombrables où des traitements analogues sont restés sans succès, on se pose naturellement la question suivante : la guérison est-elle bien réellement l'œuvre des médicaments employés et préconisés, ou bien résulte-t-elle des seuls efforts de la nature dans ces cas heureux? C'est un point qu'il serait encore bien difficile de décider. Mais si l'on considère, d'une part, qu'on n'a point cité de faits de guérison après l'expectation pure et simple (méthode que cependant plus d'un chirurgien, en désespoir de cause ou par découragement, a dû souvent adopter); d'autre part, que c'est coïncidemment à l'emploi de l'alcoolature d'aconit qu'ont été obtenues, relativement, le plus de guérisons complètes et authentiques, il doit certainement rester dans l'esprit une présomption en faveur de l'action de ce médicament. C'est, du reste, aux observations ultérieures à éclaircir ce point intéressant de thérapeutique.

Eug. NÉLATON,
aide d'anatomie à la Faculté.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'ANESTHÉSIE
à l'occasion de la discussion de l'Académie de médecine.

Par M. J. LECOQ, chirurgien de 1re classe de la marine, à Cherbourg.

La discussion soulevée au sein de l'Académie de médecine par M. Devergie au sujet du chloroforme occupe avec juste raison tous les esprits. En présence d'une question qui intéresse à la fois les droits de l'humanité et la responsabilité médicale, il appartient à chacun d'apporter son rayon de lumière, s'il doit éclairer quelque point obscur de cet important débat. Permettez-moi de vous soumettre quelques observations relativement aux propositions énoncées devant l'Académie, et sur lesquelles elle va être appelée à se prononcer.

Et d'abord, comment la mort est-elle produite dans la chloroformisation? L'*asphyxie* a encore été mise en cause par M. Devergie, quoique la discussion soulevée sur le même sujet en 1849 devant l'Académie ait paru aboutir à une *conclusion contraire*. J'ai fait tout récemment quelques expériences, particulièrement sur des lapins, et voici ce que j'ai toujours observé : dans tous les cas la mort a été prompte; 6 à 8 grammes de chloroforme ont suffi pour tuer l'animal après une minute et demie à deux minutes d'inspirations chloroformiques. Ce premier résultat s'accorde assez peu avec l'assertion de M. Gibert, qui prétend que lorsqu'on veut amener la mort d'un animal par la respiration du chloroforme, il faut un temps assez long pour qu'elle se produise. Chez les *oiseaux*, la mort est encore beaucoup plus prompte; chez les *lapins*, elle est toujours survenue tranquillement; après une minute ou une minute et demie, il y avait une lutte de quelques secondes; l'animal poussait quelques petits cris; puis la respiration devenait plus précipitée, les inspirations moins profondes, les battements du cœur étaient de plus en plus obscurs, puis enfin ils disparaissaient avec la vie de l'animal. J'ai pratiqué l'autopsie deux heures après la mort, et dans trois expériences toutes récentes voici ce que j'ai trouvé : Le sang liquide dans les vaisseaux avait sa coloration normale; il était rouge dans les artères. Contrairement à ce que j'ai lu dans quelques auteurs, le *cœur* était *distendu*; les oreillettes étaient remplies de sang coagulé; le ventricule droit, également distendu renfermait aussi quelques caillots sanguins; le ventricule aortique, moins dilaté, contenait du sang liquide avec un seul caillot assez petit; le cœur était pour ainsi dire dilaté par le sang surpris dans son cours, et dont il n'avait pas eu la force de se débarrasser. Les poumons étaient d'un rose pâle, parfaitement crépitants, surnageant sur le liquide dans lequel on voulait les plonger; coupés par tranches, ils ne laissaient pas écouler plus de sang qu'à l'état normal, il était impossible d'y trouver aucune trace de congestion sanguine. Le sang, le cœur, les poumons ne révélaient nullement l'odeur du chloroforme. Le foie, la rate, les reins m'ont paru dans une intégrité complète. Il est assez difficile, il me semble, de trouver dans tout cela les altérations anatomiques qui caractérisent l'asphyxie.

La cause prochaine de la mort, dit M. Barrier, à propos de l'observation si malheureuse qu'il a publiée dans la *Gazette médicale* de 1849, est la *cessation brusque* des contractions du cœur, consécutivement à une lésion de l'innervation nécessaire à cet organe. On n'a pas oublié non plus les recherches que M. Gosselin a publiées en 1848 dans les *Archives générales de médecine*, sur la cause de la mort par le chloroforme; cet auteur a constaté que la gravité de son action tenait à l'influence qu'il exerce directement sur le tissu du cœur, dont les *contractions sont empêchées*; M. Gosselin a trouvé également le cœur distendu par une quantité considérable de sang. Puisque l'action constante nécessaire des inhalations anesthésiques est de déterminer la résolution et l'impuissance du système musculaire, pourquoi ne pas admettre que le cœur, ce muscle par excellence, subit aussi fatalement la même influence? Que les muscles de la vie organique résistent beaucoup plus longtemps à l'action des agents anesthésiques, c'est là un fait que personne n'ignore; mais si l'action du chloroforme est assez longtemps prolongée, si le chloroforme est administré à des doses suffisantes, il faudra que le cœur, comme les autres muscles, cède à l'influence stupéfiante, et que la mort survienne, non pas par asphyxie, non pas par arrêt des fonctions du poumon, mais par cessation des fonctions du cœur, que l'agent anesthésique a paralysé. Le chloroforme aura agi comme une substance toxique dont l'action s'est portée *primitivement* sur le système nerveux, et *consécutivement* sur l'organe central de la circulation. Si ce n'est pas toujours là la cause de la mort par le chloroforme, c'est je crois au moins la plus fréquente, celle qui tue l'animal auquel nous faisons respirer des doses un peu fortes de chloroforme, pendant un temps suffisant; celle probablement aussi qui tue quand la mort survient brusquement au moment même d'une opération. Dans ce dernier cas, c'est une *syncope brutale* qui amène instantanément la mort; dans le premier, une *syncope lente* qui se produit petit à petit, et qu'on arrêterait dans sa marche si l'on voulait suspendre la chloroformisation.

On a accusé les appareils employés jusqu'ici pour produire l'anesthésie d'être une cause de gêne et d'embarras pour la respiration; en un mot, de *préparer* l'asphyxie. On vient demander leur ostracisme, on veut que l'Académie refuse son *approbation* à l'emploi des appareils et instruments dans l'application des moyens anesthésiques. Je crois qu'il n'est pas très-prudent d'engager ainsi l'avenir. Si les appareils inventés jusqu'à ce jour par MM. Charrière, Luër, Duroy, Snow ne répondent pas à toutes les indications, s'ils ne mettent pas complétement en garde contre certains accidents qu'on a cherché à rapporter à l'asphyxie, qui peut assurer qu'un jour un appareil plus heureusement construit ne viendra pas offrir aux praticiens et aux malades toutes les garanties désirables? Quoi qu'on en dise, l'éponge, la compresse, le mouchoir, sont, en définitive, d'assez pauvres moyens; ils ne peuvent pas servir à l'éther, dont l'évaporation est si prompte. Il faut les placer très-près de la bouche du malade. La chloroformisation est plus lente à se produire, et quand même on voudrait nier les inconvénients attachés à ces moyens de chloroformisation, on ne saurait s'empêcher de reconnaître que l'expérience ne prouve pas en leur faveur, puisque dans toutes les observations suivies de mort, et consignées avec quelques détails dans les différents journaux, les opérateurs, comme l'a fait remarquer M. Robert, s'étaient servis du mouchoir, de la compresse ou de l'éponge.

Depuis l'introduction des agents anesthésiques dans la pratique chirurgicale, j'ai assisté dans nos différents hôpitaux de la marine à bien des cas de chloroformisation pour les opérations les plus graves de la chirurgie, et j'ai toujours vu se servir d'un appareil bien simple, bien facile à appliquer, et qu'il ne serait pas juste, je crois, d'englober dans une même proscription avec ceux incriminés devant l'Académie (1); cet appareil, qui, autant qu'il m'en souvient, est de l'invention de M. Reynaud, aujourd'hui directeur du service de santé au port de Toulon, consiste tout simplement dans un cornet en carton garni intérieurement d'un morceau de flanelle et présentant à sa partie moyenne un diaphragme percé d'une ouverture centrale également garnie de flanelle, et sur lequel le chloroforme est versé en quantité suffisante. L'*ouverture buccale* de ce cornet, à forme un peu ovale, s'adapte aux ouvertures buccale et nasale, et ne cache que très-peu la figure du patient; l'*ouverture aérienne* est d'un diamètre de beaucoup supérieur à celui de la trachée, et laisse passer une masse d'air plus que suffisante aux besoins de la respiration. Tel est en quelques mots le modeste appareil que tout le monde peut construire, qui est journellement employé dans nos hôpitaux de la marine et à bord des bâtiments

(1) Voir, pour la description plus détaillée de cet appareil, la note ci-après de M. le docteur Berchon.

de l'État, et jamais encore il n'est survenu d'accident attribuable au chloroforme. J'avoue, pour ma part, que je renoncerai bien difficilement à l'usage de cet appareil, tant qu'on ne m'offrira pour le remplacer qu'une compresse ou une éponge. Avec cet appareil, pas plus qu'avec beaucoup d'autres, on ne dose le chloroforme, c'est vrai, mais le dosage de cet agent *merveilleux* et *terrible*, dont la même quantité dans les mêmes circonstances tue l'un en quelques secondes, endort simplement un autre en deux ou trois minutes, tandis qu'un troisième demandera sept à huit minutes pour être plongé dans le sommeil anesthésique, le dosage de cet agent, dis-je, n'est-il pas une pure illusion? Le chloroforme a une action individuelle, variable, comme les idiosyncrasies.

Dans son argumentation, M. Ricord a dit que l'éther et le chloroforme sont incessamment rendus à mesure qu'ils sont absorbés. Dans cette hypothèse, je ne sais quelle conclusion tirer de l'expérience suivante, que tout le monde peut répéter : j'ai pris un pigeon que j'ai tué en lui faisant respirer de fortes doses de chloroforme. Six heures après la mort, j'ai fait cuire l'animal, j'en ai mangé et fait manger à plusieurs personnes, et tous nous lui avons trouvé une *odeur* et un *goût* particuliers fort désagréables et rappelant l'odeur et le goût du chloroforme; ce goût n'était pas plus développé dans les poumons que dans le cœur et les parties charnues des ailes; même résultat avec l'éther. Ne serait-il pas possible d'admettre que le chloroforme pourrait être retiré de l'animal tué par cet agent, et que devient alors la proposition de M. Ricord?

Enfin, quand par une cause quelconque, la mort menace le patient, on a conseillé une foule de moyens que le médecin a à sa disposition et qu'il doit se hâter d'employer. Il en est un que je trouve à peine conseillé, et qui, je le crois du moins, devrait être mis en première ligne, je veux parler de l'*électricité*. Dans le cas malheureux rapporté par M. Confevron, nous trouvons qu'une forte pile de Volta fut vainement employée, mais après tous les autres moyens. M. Bouisson, dans son remarquable *Traité de l'anesthésie*, range aussi le *galvanisme* parmi les excitants propres à réveiller l'*action nerveuse*. Après avoir chloroformisé des lapins, je les ai soumis à des courants électro-magnétiques au moyen de la pile de MM. Morin et Legendre; j'ai produit de fortes secousses en fermant et ouvrant alternativement le courant, et dans tous les cas j'ai hâté le réveil de l'animal. Aussi je considère l'électro-magnétisme comme l'*antidote* du chloroforme, pour ainsi dire; à un agent qui paralyse la sensibilité et le mouvement, que peut-on opposer de mieux qu'un autre agent qui réveille si merveilleusement la sensibilité et qui fait contracter les muscles même plusieurs heures après la mort de l'animal (deux heures dans nos expériences)? L'électricité me paraît le premier moyen à employer, d'autant plus qu'il n'empêche pas l'usage des autres excitants cutanés. Rien de plus facile que d'avoir une pile, soit celle de M. Ducbenne, soit celle de MM. Morin et Legendre, prête à agir au moment où l'on va pratiquer une chloroformisation. C'est une puissante garantie de plus que le médecin donne à ses malades, et derrière laquelle il abrite sa responsabilité.

NOTE SUR LE PROCÉDÉ

suivi dans les hôpitaux de la marine pour l'administration des vapeurs de chloroforme.

Par M. Berchon, chirurgien-major du vaisseau l'*Algésiras*.

Depuis l'introduction du chloroforme comme agent anesthésique dans la pratique chirurgicale, nous nous servons d'une sorte de cornet de carton peu épais en forme de cône tronqué dont la base est taillée un peu obliquement pour s'adapter avec plus de facilité aux saillies de la racine du nez et du menton, qu'elle doit embrasser, et dont le sommet porte une assez large ouverture.

A la partie moyenne de ce cornet se trouve cousu un diaphragme de molleton, rendu résistant par quelques points d'aiguille, et qui présente une ouverture circulaire centrale d'une grandeur proportionnée à l'ouverture terminale du cône.

C'est sur ce diaphragme qu'est versé le chloroforme, qui s'évapore ainsi à quelque distance de l'entrée des voies respiratoires, et dont les vapeurs sont nécessairement mélangées d'air atmosphérique, ce qui n'arrive pas ou ne se produit que d'une manière fort incomplète par d'autres procédés.

Voici maintenant quelles sont les règles rigoureusement suivies dans nos ports et à bord pour l'administration de ces vapeurs.

Lorsque le malade est convenablement placé pour l'opération qu'il doit subir — et la position horizontale doit être préférée —, on répand sur le diaphragme une quantité *déterminée* à l'avance de chloroforme *pur*. Le cornet est rapproché et maintenu de manière à embrasser le nez et la bouche. Dès ce moment, un aide est spécialement chargé de noter avec soin non-seulement la minute du commencement de l'administration, mais encore tous les symptômes de la chloroformisation, très-variables selon les individus, l'âge, le sexe et les habitudes de vie des sujets. Cette observation est, du reste, continuée jusqu'au moment où l'opérateur n'a plus besoin qu'on maintienne ou entretienne l'insensibilité.

Le plus souvent, 10 grammes de première administration suffisent chez les adultes; 5 chez les femmes et les enfants; cependant il devient quelquefois indispensable de prolonger l'état anesthésique, et l'on verse alors sur le diaphragme une quantité nouvelle, égale ou moindre, mais toujours exactement déterminée de chloroforme (5 grammes ordinairement). Il est inutile de dire que les temps d'arrêt, de reprise et de cessation définitive sont aussi soigneusement notés.

L'habitude et le grand nombre de ces observations recueillies dans nos ports, mais malheureusement enfouies dans les archives, riches mais ignorées, de nos salles de clinique, permet en quelque sorte de graduer à l'avance la quantité de chloroforme nécessaire pour chaque opération.

Ce procédé remplit exactement, je crois, les conditions les plus favorables pour l'administration des anesthésiques, car il permet :

1° De mesurer avec rigueur la quantité de chloroforme employée;

2° De déterminer l'étendue de la surface d'évaporation et la distance des voies respiratoires à laquelle elle est placée;

3° Il présente aussi l'avantage d'un mélange constant et assuré des vapeurs de chloroforme avec l'air atmosphérique, condition généralement regardée comme très-utile pour l'innocuité certaine de l'emploi des agents anesthésiques;

4° Et enfin, il rend facile l'observation et la surveillance constante des symptômes fournis par l'appareil de la vision; symptômes très-importants à consulter comme moyen de diagnostic de l'intensité d'action des vapeurs de chloroforme.

C'est, sans aucun doute, à ce procédé et aux règles d'application que l'on doit attribuer ce fait assez remarquable, que l'administration journalière du chloroforme n'a jamais été suivie du plus léger accident dans les hôpitaux de la marine depuis l'introduction des anesthésiques en chirurgie.

Le procédé dont je viens d'essayer de donner une idée appartient à M. Regnaud, actuellement directeur du service de santé du port de Toulon; et le cornet, heureusement modifié par un mécanisme qui rappelle celui de certains chapeaux, peut être maintenant facilement introduit dans nos caisses réglementaires de chirurgie.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 juillet 1857. — Présidence de M. Mélier

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. Raimbert, médecin des épidémies de Châteaudun, sur les constitutions météorologiques et médicales de l'année 1856, dans l'arrondissement de Châteaudun, et en particulier sur les pustules et œdèmes charbonneux qui ont été observés;

2° Le compte rendu des épidémies qui ont régné dans le département de la Côte-d'Or pendant l'année 1856 (commission des épidémies);

3° Une demande en autorisation d'exploiter une source d'eaux minérales à Velleron (Vaucluse) (commission des eaux minérales);

4° Un mémoire de M. le docteur Ricard, médecin à Angoulême, contenant des observations sur la vaccine (commission de vaccine).

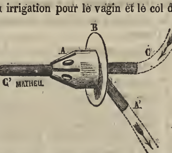
— M. le ministre du commerce prie l'Académie d'examiner un nouveau modèle de sommier élastique inventé par M. Laterrière, et destiné au service des hôpitaux et des ambulances de l'armée. (Commissaires, MM. Davenne, Jobert, Bégin, Danyau.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur A. Réveil prie l'Académie de comprendre son nom sur la liste des candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

— M. le docteur Larcher, à l'occasion du mémoire présenté à l'Académie le 21 juillet par M. Churchill sur la *tuberculose*, envoie une note dans laquelle il rappelle, dans un intérêt purement scientifique, dit-il, que déjà, en 1825, dans un mémoire adressé à l'Académie en 1827, il rapporte la cause de la tuberculisation à une déviation des éléments organiques des os, et surtout de leurs éléments calcaires. (Renvoyé à la commission nommée pour l'examen du mémoire de M. Churchill, qui se compose de MM. Louis, Trousseau et Bouillaud.)

— M. L. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie un nouveau système de canule à injection et à irrigation pour le vagin et le col de l'utérus. Cette canule se compose de deux pièces, d'un tube injecteur qui traverse une douille percée formant la partie externe à la base de l'instrument, et la douille destinée à recevoir et conduire le liquide dans les parties malades pour retomber dans un vase sans mouiller le lit. L'avantage de cette canule consiste en ce que le tube injecteur peut s'allonger et se raccourcir à volonté, de manière à pouvoir faire les irrigations plus ou moins profondément.



Cette canule se monte sur un syphon ordinaire auquel est adapté un robinet qui règle la marche de l'appareil. Cet instrument a été fabriqué sur les indications de M. le docteur Aran, médecin des hôpitaux.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. Henry, au nom de la commission des eaux minérales, lit les rapports suivants :

1° Rapport sur l'eau minérale des sources de Digne (Basses-Alpes).

La commission propose de répondre au ministre, qui consulte l'Académie sur l'opportunité de procéder à de nouvelles analyses de la source de Digne, que s'il y a un avantage pour cet établissement thermal, autorisé depuis longtemps, à ce que l'analyse de ces sources soit faite de nouveau, elle devra être exécutée alors en grande partie sur place par des hommes compétents.

2° Rapport sur l'eau minérale saline ferrugineuse de Campagne (Aude).

Conclusion. — Il y a lieu de régulariser la position des propriétaires des eaux de Campagne en leur accordant, comme ils le demandent, l'autorisation de continuer l'exploitation de cette source au point de vue médical.

3° Sur les eaux minérales des Roches, près Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).

L'eau des Roches, d'après les résultats de l'analyse, présente la même nature qu'une foule d'autres eaux acidules bi-carbonatées alcalines et calcaires, si communes dans l'Auvergne.

Conclusion. — Répondre à M. le ministre qu'il y a lieu de faire droit à la demande du propriétaire de la source des Roches, en l'autorisant à en continuer l'exploitation comme par le passé.

4° Sur une nouvelle source d'eau minérale découverte à Vals (Ardèche).

MM. les docteurs Chabanne et Saladin demandent l'autorisation d'exploiter au point de vue médical une source dite *Victorine*, dont l'eau, de même nature que celle de quelques autres sources voisines de la commune de Vals (Ardèche), est très-analogue à celle de Vichy.

La commission propose qu'il y a lieu d'accorder à MM. Chabanne et Saladin l'autorisation d'exploiter l'eau de cette source, en leur imposant, comme condition expresse, d'y faire tous les travaux capables d'assurer la conservation et la pureté de l'eau qu'elle fournit.

Les conclusions de ces rapports sont adoptées.

LECTURE.

Pancréas du bœuf. Digestion de la graisse. — M. J. Poinsot lit un travail intitulé : *Recherches sur le pancréas du bœuf, au sujet de la digestion de la graisse.*

Après avoir rappelé le travail qu'il a lu l'année dernière à l'Académie pour démontrer l'existence d'un second canal pancréatique chez le bœuf, et infirmer par là les conclusions du travail de M. Colin sur la digestion de la graisse sans l'intervention du suc pancréatique, M. Poinsot s'est proposé dans ce nouveau travail de chercher quelle est la fréquence de ce second canal pancréatique, quel est son calibre, et si en dehors de lui il n'y aurait point de glandes qui verseraient leur contenu dans le canal cholédoque, enfin son mode de distribution dans le pancréas.

M. le professeur Bérard, dit M. Poinsot, prétend qu'un étudiant de première année peut trouver le second conduit aussi bien que l'anatomiste le plus consommé; cela est possible, mais j'avoue que je l'ai manqué plus d'une fois, et que ce n'est que par une dissection des plus attentives que je suis parvenu à le trouver. Pour peu qu'on se livre à des recherches d'anatomie, on se convainc bientôt de difficultés qu'on ne supposait pas, et cette remarque s'applique aux injections, et surtout aux injections pratiquées sur le pancréas.

Dans une première série de recherches, j'ai trouvé le second conduit 4 fois sur 6; sur le cinquième pancréas, le tissu de cette glande se voyait à travers la muqueuse du canal cholédoque et de l'eau injectée par le conduit principal, suintait à travers la muqueuse. Sur le sixième, absence complète du second conduit. Je n'ai point recherché s'il y avait des glandes isolées.

Dans une seconde série, j'ai trouvé le petit conduit 14 fois sur 21. Sur ces 14 pancréas, il existait seul ou accompagné de glandes s'ouvrant séparément dans le canal cholédoque. Sur six, je n'ai point cherché ces glandes; sur les 8 autres j'en ai trouvé 3 fois.

Dans deux de ces dernières pièces, une glande de la grosseur d'une cerise, séparée du petit conduit de 3 centimètres environ, venait s'ouvrir dans le canal cholédoque. Sur la troisième, il y avait une glande plate à 2 centimètres au-dessus du petit conduit.

Sur les 7 pancréas sans conduit secondaire, j'ai trouvé sur le premier une belle glande plate de la grandeur d'un centime, située sous la tunique cellulaire du canal cholédoque, au-dessus du point où le conduit secondaire devrait se trouver; dans ce point, du reste, le tissu du pancréas se voit à travers la muqueuse cholédoque.

Sur le deuxième pancréas et toujours sur le canal cholédoque, on voit une belle glande de la grosseur d'une cerise; cette glande est complétement indépendante du pancréas.

Sur la troisième pièce : glande plate, située au-dessus du pancréas, sous la tunique cellulaire du canal cholédoque.

Sur la quatrième pièce : une glande de la grosseur d'une aveline, tout à fait indépendante du pancréas; une deuxième, également indépendante, quoique contiguë.

Sur la cinquième : le pancréas se voit à travers la muqueuse cholédoque; au-dessus, une glande de la grosseur d'une cerise, et autour de celle-ci, en soulevant des lambeaux de la tunique cellulaire cholédoque, de petites glandes isolées au nombre de six ou huit.

Sur la sixième : en face du canal cystique, on voit une surface plus claire que le reste de la muqueuse cholédoque, à travers laquelle l'eau poussée par le conduit principal, suintait dans le canal cholédoque.

Sur la septième, point de conduit secondaire, point de glande.

Somme toute : sur vingt-sept pancréas, le conduit secondaire existait 18 fois; sur les neuf autres, il n'existait point; mais sur six de ces derniers, il y a de petits pancréas secondaires ou glandes dont le contenu se déverse dans le canal cholédoque. Il y a loin de là au résultat obtenu par MM. Bérard et Colin, et de plus, il y a ce fait ignoré de ces expérimentateurs, l'existence de pancréas secondaires ou de glandes dans certains cas, où le conduit, que j'ai découvert, existe, et aussi lorsqu'il n'existe point.

Quant au diamètre du conduit secondaire, il y a autant de variétés que de pancréas; le plus ordinairement il dépasse le diamètre d'une très-grosse épingle; quelquefois il est plus petit, mais aussi il peut être beaucoup plus gros.

Le conduit secondaire est tantôt unique, c'est ce qui se voit dans la majorité des cas; mais il peut être double, triple; dans ce cas, l'eau, poussée par le gros conduit, sort par deux, trois petits pertuis.

Par son extrémité pancréatique, le conduit secondaire s'anastomose tantôt directement avec le canal pancréatique principal, de sorte qu'il y a continuité entre les deux conduits, tantôt il ne s'anastomose que par des ramifications capillaires excessivement ténues. Dans ce cas, comme dans le premier, des grappes glandulaires sont appendues à ce conduit; seulement ici ce conduit se perd dans la dernière grappe qui lui est appendue, et il y a pour ainsi dire deux pancréas.

Cette dernière disposition n'est pas sans importance, car une injection solidifiable à la térébenthine peut fort bien ne point passer à tra-

vers ces anastomoses capillaires et par conséquent faire croire que le conduit secondaire n'existe point. Dans un cas analogue, une injection d'eau simple passait très-difficilement, et cette eau ne tombait que goutte à goutte dans le canal cholédoque; cependant le conduit secondaire fut assez grand pour que je pusse l'inciser dans toute son étendue en partant de son insertion au canal cholédoque; ici le conduit secondaire se perdait dans la dernière grappe qui lui était appendue, grappe complétement indépendante du pancréas.

La conclusion de ces recherches est que le conduit secondaire n'est point une exception insignifiante, comme on pourrait le penser d'après MM. Bérard et Colin. Deux ou plusieurs conduits, lorsqu'ils existent, ainsi que des glandes séparées indépendantes du pancréas, ne sont point non plus une exception. Ces conduits et ces glandes ne sont que les représentants du conduit pancréatique principal de la chèvre, du mouton, qui s'ouvre constamment dans le canal cholédoque, ainsi que de conduits secondaires que j'ai trouvés sur le mouton et qui s'ouvrent également dans ce canal.

J'ai recherché le conduit secondaire sur quatre pancréas de veau, sur le pancréas d'un fœtus de cinq mois environ et sur celui d'un fœtus de six semaines à deux mois : sur ces six pancréas, le conduit secondaire existait. (Commission déjà nommée pour l'examen des précédentes communications de MM. Colin et Poinsot.)

DISCUSSION.

Anesthésiques. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les anesthésiques.

La parole est à M. Velpeau.

M. VELPEAU commence par discuter de point en point la dernière argumentation de M. Devergie touchant la théorie de l'asphyxie comme cause principale des accidents de la chloroformisation et l'utilité des appareils comme moyen d'y parer. Il s'attache surtout à combattre cette proposition de M. Devergie, qu'il considère comme dangereuse, que le praticien a suffisamment mis sa responsabilité à l'abri dès qu'il a eu recours à un appareil. Puis il examine la question du dosage, celle des avantages respectifs des appareils mécaniques plus ou moins compliqués et des appareils plus simples dont se servent le plus communément les praticiens (car ce sont aussi pour lui des appareils), tels que l'éponge, la compresse, la charpie, etc., et il résume son argumentation en ces termes :

J'arriverai à conclure que l'asphyxie peut être un genre de mort par le chloroforme; mais ce n'est pas la seule cause de mort, et le chirurgien ne peut être responsable. On a cité le cas de ce jeune chirurgien qui avait laissé là sa malade sans secours; ici le cas est différent. Il doit être loisible au chirurgien d'employer le moyen qui lui paraît le plus convenable, de se servir ou non d'un appareil. Je ne demande pas qu'on blâme l'usage des appareils, mais je ne veux pas qu'on nous les impose. Quant à la responsabilité, je demande que les médecins n'aillent pas la chercher. Je me rallie à la proposition de M. Cazeaux modifiée par M. Cloquet.

Cette discussion a eu un grand retentissement au dehors parmi les médecins. M. Devergie a voulu, dit-il, leur donner une arme pour se défendre à l'occasion. Mais c'est une arme dangereuse, non pas même une arme à deux tranchants, car elle ne peut être dirigée que contre les chirurgiens eux-mêmes. D'un autre côté, les appareils qu'on nous propose ne sont pas de nature à empêcher les accidents; ils gêneraient les uns et donneraient aux imprudents une trop grande hardiesse. Nos confrères des départements en deviendraient trop hardis ou trop timides.

Je me résume, et je demande que les chirurgiens soient libres d'employer ou de ne pas employer les appareils pour l'éthérisation.

M. ADELON. J'ai écouté cette discussion avec grand soin, et ce qui me paraît en ressortir le plus évidemment, c'est que tout le monde n'est pas d'accord sur la manière d'appliquer le chloroforme. Mais voici sur quel point je veux appeler l'attention de l'Académie. On a beaucoup parlé dans ce débat de responsabilité médicale. Je ne sais pas ce que c'est que la responsabilité médicale; je ne la trouve nulle part inscrite dans nos Codes. Nous sommes dans le droit commun; toute personne qui a causé un décès par imprudence en est responsable aux termes de la loi; c'est un article de droit commun; le mot de médecin n'est pas prononcé. Il ne faut pas croire d'ailleurs que les magistrats soient si disposés à sévir contre les médecins. En matière criminelle aussi bien qu'en matière civile, les magistrats ne se prononcent jamais sur des faits médicaux sans qu'il y ait eu une expertise préalable. Le mot de responsabilité médicale n'aurait pas dû être prononcé dans cette discussion.

M. ROBERT. Un mot de réponse à M. Adelon; il est important que l'Académie se soit occupée de cette question, et qu'elle ait cherché à limiter la responsabilité des médecins. Je suppose un accident; on nomme des arbitres; la discussion de l'Académie est de nature à éclairer leur jugement. D'un côté, les opinions étaient très-partagées sur la question qui vient d'être agitée; d'autre part, il faut tenir compte des rivalités et même des inimitiés professionnelles, plus ardentes encore dans les petites localités. Si le parquet déférait à des experts un cas de mort par le chloroforme, les intérêts et la dignité de chacun seraient aujourd'hui mieux sauvegardés.

M. DEVERGIE. J'aurais mauvaise grâce à rentrer à présent dans l'objet de la discussion, mais j'ai besoin de faire un mot de réponse à M. Adelon. Notre honorable collègue nous a rappelé que la responsabilité médicale n'est pas écrite dans la loi, et que nous étions sous l'empire du droit commun. Mais par cela même que, dans l'exercice de la médecine, on se trouve presque constamment en présence de questions de vie ou de mort, la responsabilité du médecin est surtout atteinte par l'article 319 du Code civil. Certes, toutes les fois qu'un fait médical existe dans une cause, jamais les magistrats ne prennent sur eux de juger la question, sans faire appel à des experts. Quoique la responsabilité médicale ne soit pas inscrite dans la loi, elle n'est pas moins réelle, et je ne puis regretter que cette question ait été portée à cette tribune. Je crois avec M. Velpeau que cette discussion servira à quelque chose.

Je ne veux pas rentrer dans le débat, mais à cause du vote qui doit intervenir, je veux cependant présenter brièvement quelques considérations. M. Velpeau a dit qu'il considérait les appareils mécaniques propres à l'éthérisation comme à peu près inutiles. En cas d'accident malheureux, le magistrat ne peut faire que ces deux questions : ou vous n'avez pas fait respirer assez d'air, ou vous avez donné trop de chloroforme. Je dis que, dans ce cas, un appareil prouve que l'air s'est trouvé en quantité suffisante, et qu'il indique en même temps qu'on n'a pas dépassé une certaine quantité de chloroforme. Je n'ai pas imposé les appareils, mais j'ai demandé si, au lieu de repousser les appareils, il ne serait pas plus simple d'en préconiser l'emploi. L'Académie, je dois le dire, n'a pas paru se rallier à ma proposition.

Avant que l'Académie prenne une résolution, je dois faire remarquer qu'il y a des faits qui n'ont été détruits par aucune objection. Les appareils de MM. J. Guérin, Charrière et Duroy, permettent toujours l'arrivée d'une quantité d'air suffisante pour l'oxygénation du sang. Dans ces appareils, le tube conducteur de l'air a, non pas seulement le diamètre de la glotte, mais celui de la trachée-artère, et cela me paraît suffisant, malgré l'argument de M. Cazeaux. Je ne sache pas que la bouche nous ait été donnée pour respirer, mais bien pour manger. Un appareil sauvegarde assurément la respiration.

Un second argument en faveur des appareils, c'est qu'ils ont été les instruments d'éducation des chirurgiens, qui ont cru pouvoir s'en affranchir depuis; encore y reviennent-ils quand il s'agit d'éclairer certaines questions, témoins les expériences de M. Nélaton sur l'éthérisation dans l'ivresse.

Un troisième fait en faveur des appareils est celui-ci : l'extrême rareté des cas de décès quand on s'est servi d'un appareil pour l'éthérisation. M. Robert a été trop loin en affirmant qu'il n'y en avait aucun à sa connaissance. En effet, M. Roux, dans la discussion de 1849, déclarait que, à l'exception d'un seul cas, on s'était toujours servi d'une compresse ou d'un mouchoir dans les circonstances où l'on avait eu à regretter des accidents malheureux. Dans la discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie, M. Chassaignac a avancé que, sur quarante-sept cas de mort par le chloroforme qu'il avait relevés, on s'était servi dans la très-grande majorité d'éponges ou de compresses. Depuis mon argumentation, vous avez vu venir à cette tribune les premiers chirurgiens de notre époque, et chacun nous a dit ses frayeurs, parmi ceux qui se servent de la compresse ou de l'éponge, M. Jobert, M. Nélaton, M. Velpeau lui-même; M. Ricord nous a raconté, dans son langage accentué, comment il avait conservé pendant deux jours une faiblesse des membres inférieurs. Ainsi donc, ces messieurs n'ont pas eu de décès, mais ils ont eu leurs craintes. M. Velpeau, qui rejette les appareils, vous a dit ses appréhensions; M. Robert, qui les emploie toujours, vous a dit au contraire qu'il n'avait jamais eu lieu de craindre. Un chirurgien anglais, qui a administré plus de dix mille fois le chloroforme avec des appareils, n'a jamais eu d'accidents. Je ne pouvais pas ne pas apporter ces faits avant la clôture de la discussion.

Quant à la question du dosage, un mot encore. Le dosage est absolu ou relatif; le dosage absolu est inutile peut-être, parce que le chloroforme est très-variable dans ses effets selon les individus; mais le dosage relatif, c'est-à-dire la proportion dans laquelle le chloroforme doit être mélangé à l'air, est très-important. M. Renault a fait voir qu'avec 4 pour 100 de chloroforme dans l'atmosphère on anesthésie toujours les animaux, et qu'avec 8 pour 100 de chloroforme on les asphyxie toujours.

Plusieurs propositions ont été apportées à cette tribune. Celle de M. Cloquet, qui est très-absolue; une autre de M. Cazeaux, qui préfère aux appareils proprement dits les moyens les plus simples. M. Robert et moi nous préférons les appareils.

Je me résume. Si vous blâmez les appareils, vous engagez l'avenir. D'un autre côté, un trop grand nombre d'illustres chirurgiens se servent d'éponges ou de compresses pour qu'on puisse en rejeter l'usage. En appelant l'attention sur les avantages et les inconvénients de chacun des moyens employés, mon but a été rempli. Je propose à l'Académie d'adopter la proposition suivante pour clore cette discussion :

« Dans l'état actuel de la science, on peut se servir ou non d'appareils; le moyen d'éthérisation peut être laissé au choix du médecin ou du chirurgien. »

M. H. LARREY. J'aurais pu regretter que M. Devergie n'ait pas discuté quelques-unes des objections contenues dans mon travail; mais je suis heureux de lui voir présenter des conclusions aussi mitigées. Je ferai remarquer seulement que, malgré la citation faite par M. Chassaignac à la Société de chirurgie, il n'est pas fait mention, dans beaucoup d'observations, de l'espèce d'appareil dont on s'est servi.

M. CAZEAUX abandonne ses conclusions et se rallie à celles de M. Devergie.

Il n'y a plus d'orateurs inscrits; la discussion générale est close.

M. ROBERT présente une nouvelle proposition qui n'est pas appuyée.

M. MALGAIGNE. Pour beaucoup de raisons je n'ai pas pris la parole dans cette discussion, et je tiens formellement à déclarer que j'aurais pris la parole pour combattre la proposition de M. Devergie. La cause de la plupart des morts par le chloroforme, c'est l'asphyxie, et je ne vois pas qu'il y ait lieu de rien changer à cet égard aux conclusions adoptées par l'Académie dans sa première discussion sur l'éthérisation. Je veux parler seulement sur la dernière proposition, que M. Devergie voudrait nous voir adopter pour clore cette discussion. Je propose de ne rien ôter du tout. La proposition de M. Devergie ne rend pas compte de la discussion qui vient d'avoir lieu. Je regarde, quant à moi, les appareils comme dangereux et très-dangereux. Tous les chirurgiens de l'Académie, un seul excepté, ont déclaré qu'il y avait plus de danger dans les appareils que dans la compresse ou la simple éponge. Je ne veux pas qu'il soit défendu à M. Robert de se servir d'un appareil; l'habileté du chirurgien sauve tout. Mais entre les mains de la très-grande majorité des praticiens, je le répète, il y a danger à se servir des appareils. Je demande la clôture de la discussion sans vote de l'Académie.

M. BUSSY appuie la proposition de M. Malgaigne; le droit de recourir au procédé opératoire qui lui paraît le plus convenable est un droit que le médecin ou le chirurgien tient de son diplôme, et il est indépendant de la décision que l'Académie pourrait prendre.

M. VELPEAU. Ce qui s'est dit ici s'est répandu au dehors, et il en est résulté des craintes dans l'esprit de beaucoup de praticiens. Cette situation des choses exige un vote de l'Académie. J'appuie la proposition de M. Devergie, qui, dans la bouche de son auteur, prend un caractère particulier de nature à rassurer complétement les chirurgiens qui ne sont pas partisans des appareils.

L'amendement de M. Malgaigne est rejeté après une épreuve et une contre-épreuve.

M. MALGAIGNE. Je propose alors un sous-amendement à la proposition de M. Devergie; après ces mots : le choix doit ou peut être laissé, je propose d'ajouter que cependant il y a plus de danger avec les appareils. Tout ce qu'il y a de juges compétents ici avaient parlé dans un sens et votent dans un autre.

On laisse ainsi aux malheureux praticiens de province un choix embarrassant, dangereux même. Je n'ai pas pris part à cette discussion; j'ai même évité d'y assister, de peur de me laisser entraîner à prendre la parole. Mes vœux auraient trouvé une satisfaction suffisante dans les discours de plusieurs de nos collègues; mais je ne puis plus garder le silence lorsque je vois ceux-ci abandonner leurs discours et leurs adversaires dans cette discussion, se donner ainsi une sorte de baiser d'amourette; quand je vois un médecin-légiste extrêmement distingué, assurément, mais peu compétent en matière chirurgicale, venir ici nous donner des leçons. Je demande qu'on vote la proposition de M. Devergie avec mon amendement, ou qu'on efface la discussion de nos procès-verbaux.

M. LARREY appuie la proposition de M. Malgaigne.

M. ROBERT. Je regrette que M. Malgaigne se soit abstenu, qu'il soit resté sous sa tente. Je dis que la proposition de M. Devergie résume les discours conciliants qui se sont produits dans cette discussion, et je nie qu'il y ait entre nous et nos adversaires la divergence que M. Malgaigne veut faire ressortir.

M. CAZEAUX parle dans le même sens.

L'amendement de M. Malgaigne est mis aux voix et rejeté.

La proposition de M. Devergie est adoptée après quelques mots de M. Velpeau, et la discussion est close.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Société médico-psychologique, dans sa dernière séance, a renouvelé la composition de son bureau pour l'année 1857 1858. Ont été nommés :

MM. Baillarger, président;
Cerise, vice-président;
Brierre de Boismont, secrétaire général;
Loiseau, secrétaire particulier;
Brochin, trésorier-archiviste.
MM. Delasiauve, Trélat, Michéa, membres du comité de rédaction.

— L'Académie royale de médecine de Turin, dans sa séance du 29 juin, a nommé notre honorable confrère M. le docteur Brierre de Boismont membre correspondant.

— M. Jeannel, ex-pharmacien en chef de l'armée d'Orient, adresse au *Journal de médecine de Bordeaux* ses *Souvenirs*. En voici un fragment :

« La nuit dernière, on est venu me chercher en toute hâte pour voir un malade chez mes nouveaux amis (une famille juive de Gallipoli). J'ai trouvé le grand salon de réception et toutes les chambres de la maison converties en dortoirs. Les vieux parents dorment sur les divans, la jeunesse et l'enfance reposent pêle-mêle sur les matelas dont le plancher est couvert. Toutes ces literies disparaissent pendant le jour, dans des cabinets qui en sont remplis jusqu'au plafond. On comprend assez que les mariages entre consanguins soient fréquents et prématurés dans une famille organisée de la sorte.

» Ayant formulé des prescriptions, je me suis enquis du pharmacien qui devait les exécuter. J'ai vu l'officine, et je me demande ce que peut être l'art médical dans une ville où la pharmacie est représentée par un individu qui vend du raki (1) au petit verre sur le comptoir, qui vend des œufs et des harengs saurs, qui ne possède qu'une vieille balance rouillée, dont le plateau, couvert de crasse, reçoit à nu successivement des onguents, des épiceries, des sels et du tabac. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Girard, né à Thaon (Calvados); *Causes et traitement de la phthisie pulmonaire.*

Jordao, né à Lisbonne (Portugal); *Considérations sur un cas de diabète.*

Paclet, né à Mont-sur-Vandrey (Jura); *De la chute du rectum.*

Leroy-Desplantes, né à Nantes (Loire-Inférieure); *Du diabète.*

Detroix, né à Azay-le-Rideau (Indre-et-Loire); *De l'hyperémie chronique de l'estomac.*

Leudet, né à Pont-Audemer (Eure); *Étude sur l'ulcère rongeant du col de l'utérus (ulcère cancériforme, ou cancroïde des auteurs modernes.*

Gros-Gurin, né aux Molunes (Jura); *Quelques considérations sur l'influence de la position dans les maladies non chirurgicales.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la nécessité du spiritualisme pour régénérer les sciences médicales; par M. Pidoux, médecin de l'hôpital Lariboisière. — Chez tous les libraires de médecine.

Du Tabac, de son usage, de ses effets médiats ou immédiats sur l'économie et de son influence sociale; par M. le docteur Fulgence Fiévée de Jeumont. — Paris, à la librairie française de J. H. Truchy, boulevard des Italiens, 26, et chez J. Hamel, libraire, rue Racine, 10.

(1) Eau-de-vie blanche anisée, très-forte, en grand usage parmi les Ottomans.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 90. — SAMEDI 1er AOUT 1857. (30e ANNÉE.) N° 90. — SAMEDI 1er AOUT 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Résumé de la discussion sur l'éthérisation envisagée sous le rapport de la responsabilité médicale. — MALADIES DES YEUX (M. Tavignot). Remarques pratiques sur les différentes espèces de hernies de l'iris. — Pourquoi les myopes ont-ils la pupille dilatée, tandis que les presbytes l'ont plus ou moins contractée ? — De l'emploi du chloroforme comme anesthésique dans la médecine navale. — Extrait d'une note sur la préparation de l'acide phosphorique médicinal. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 22 juillet. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. De la réfraction du son. — Impression sur toile et sur papier. — Gisement de kaolin dans le Morvan. — Une chasse aux rennes dans la Sibérie orientale.

RÉSUMÉ DE LA DISCUSSION SUR L'ÉTHÉRISATION

ENVISAGÉE SOUS LE RAPPORT DE LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

La longue durée de cette discussion, plusieurs fois interrompue par d'autres travaux, l'inévitable confusion qui en est résultée dans les souvenirs, la difficulté où nous nous sommes trouvé, vu le peu de temps dont il nous est possible de disposer après chaque séance, de donner une appréciation motivée de chaque argumentation, les lacunes involontaires de nos comptes rendus, enfin et surtout l'importance même de cette discussion, qui a tenu pendant plusieurs mois en haleine l'attention du public médical ; tout nous fait un devoir d'en résumer ici les points principaux, de remplir quelques-unes de ses lacunes, et de chercher à en apprécier la portée et la signification réelle qui ne ressortent pas parfaitement à notre avis des conclusions votées par l'Académie.

Afin de ne donner lieu à aucun des soupçons d'équivoque qui ont semblé un moment entraver la discussion dès son début, nous prendrons l'opinion de M. Devergie non dans son travail primitif, mais dans son discours du 21 juillet, qui en est comme une seconde édition revue et complétée, sinon rectifiée. Mais avant tout, il importe de bien préciser d'abord l'origine et l'objet du débat.

On se rappelle que dans une discussion qui a eu lieu à l'occasion du rapport de M. Robert sur l'amylène, deux assertions avaient été émises, l'une par M. Gibert, l'autre par M. Velpeau. M. Gibert, attribuant à une seule et même cause la mort des individus soumis à l'éthérisation, la rattachait à l'idiosyncrasie et exonérait ainsi complétement les médecins. — Quant à M. Velpeau, il déclarait inutile l'usage des appareils pour l'éthérisation.

C'est sur ces deux propositions, et en opposition aux idées qu'elles expriment, que M. Devergie a conçu son travail. Voyant dans l'assertion de M. Velpeau un danger pour le médecin au point de vue de la responsabilité médicale, il a pensé que c'était le cas de poser la question de savoir si, au lieu de repousser les appareils, il ne serait pas plus sage d'en préconiser l'emploi. — Mais il y avait deux questions préalables à résoudre :

Dans quelles périodes de l'éthérisation un individu peut-il succomber, et quelles sont alors les causes de la mort ?

Existe-t-il en chirurgie des règles qui puissent constituer l'éthérisation à l'état de méthode opératoire généralement adoptée ?

Relativement à la première question, M. Devergie reconnaît que la mort peut survenir dans toutes les phases de l'éthérisation : 1° au début, dans les premières secondes, dans la première minute ; 2° lors d'une inhalation prolongée ; 3° pendant une inhalation de moyenne durée, qui varie entre cinq et vingt minutes.

Lorsque la mort arrive pendant les premiers instants de l'éthérisation, elle peut tenir à deux causes : ou à l'idiosyncrasie du sujet, ou à une inhalation brusque de l'éther presque pur.

La mort par idiosyncrasie est tout à fait exceptionnelle.

Une inhalation brusque d'un éther pur peut amener la mort d'une manière foudroyante. Elle a lieu dans ce cas par asphyxie et non par empoisonnement, la mort étant trop rapide pour permettre le transport de l'éther aux centres nerveux par l'intermédiaire de la circulation. Le tissu des poumons et les nerfs pneumo-gastriques sont frappés de stupeur, et la mort est instantanée.

Lorsque la mort est le résultat de l'inhalation prolongée, c'est par la paralysie des muscles inspirateurs, dépendant de la sidération de tout le système nerveux, qu'a lieu la mort, c'est-à-dire par une asphyxie réflexe.

Quant à la mort qui survient dans le cours de l'éthérisation ordinaire de cinq à vingt minutes de durée, elle est due à une syncope.

Il y a deux espèces de syncopes possibles dans l'éthérisation, l'une primitive, et qui est le résultat d'impressions morales, l'autre secondaire, réflexe par sidération du système nerveux général.

Enfin, dans le cours des éthérisations ordinaires, la mort peut survenir par asphyxie, en ce sens qu'on ne laisse pas arriver dans les poumons, durant l'éthérisation, une suffisante quantité d'air.

Ainsi, en résumé, il existe trois modes de mort par les éthers :

1° Par idiosyncrasie ;

2° Par syncope ;

3° Par asphyxie.

Il y a deux sortes de syncope, par cause morale et par action réflexe sur le cœur ; il y a trois sortes d'asphyxie, par stupeur pulmonaire ou sidération du tissu pulmonaire et des nerfs pneumogastriques, par stupeur musculaire provenant de la sidération générale du système nerveux, et enfin par insuffisance ou privation d'air.

Après avoir établi ces faits, M. Devergie, examinant s'il existe en chirurgie des règles qui puissent constituer l'éthérisation à l'état de méthode opératoire généralement adoptée, constate que la chirurgie a posé quelques préceptes généraux, mais qu'elle n'a rien établi de fixe relativement au dosage des éthers, aux excipients en usage ; en un mot, qu'il n'existe pas de méthode opératoire uniforme, généralement adoptée, qui puisse constituer la règle de l'art ; que tout est livré à l'expérience et à la sagacité du chirurgien.

Point de règles, partant point d'abri pour la responsabilité du médecin ; car ce sont les règles de l'art qui couvrent le médecin dans sa responsabilité légale.

C'est en présence de cette lacune que M. Devergie s'est demandé si, au lieu de considérer comme inutiles les appareils proposés pour opérer l'éthérisation, ces appareils ne garantiraient pas le médecin de la responsabilité qu'il peut encourir aux yeux de la loi. D'où les propositions que l'on connaît, et qui ont été le texte de la discussion.

On sait comment ces propositions ont été accueillies. Dans le sein de l'Académie, dans la presse, comme dans les causeries des pas perdus ou du cabinet, ce fut une voix unanime. On reconnaissait l'excellence de l'intention de M. Devergie et du but qu'il avait en vue. Mais les moyens qu'il proposait, loin de servir cette bonne intention, ne faisaient au contraire que la paralyser, et allaient droit contre son but. Un mot heureux de M. Cazeaux résumait cette impression générale : « c'était une arme terrible que » M. Devergie livrait à la justice contre les médecins. » Les objections ont été nombreuses ; sans prétendre les apprécier pour le moment, nous allons chercher à les résumer, et à les présenter dans toute leur force, comme nous nous sommes attachés à n'affaiblir en rien les faits et arguments présentés par M. Devergie.

L'un des orateurs qui se sont élevés avec le plus d'énergie contre les propositions de M. Devergie, M. Larrey, dans un discours qu'une circonstance indépendante de notre volonté ne nous a pas permis de reproduire en son temps, semble avoir pris à tâche de condenser l'ensemble de toutes les objections faites par ses collègues, sans préjudice de celles qu'il y a jointes de son propre fonds ; de sorte qu'analyser son discours sera à la fois pour nous une occasion de réparer une lacune, et la manière la plus simple de résumer le système d'opposition que M. Devergie a eu à supporter.

La prévision du danger de l'éthérisation est difficile, a dit M. Larrey, impossible même, absolument parlant, eu égard aux aptitudes individuelles si variables pour tel genre, tel degré, telle durée, telle conséquence de l'anesthésie, et en admettant même les conditions voulues les meilleures. Que la mort ait été le résultat direct, exclusif même des inhalations de chloroforme, c'est ce que M. Larrey reconnaît avec tous les chirurgiens. Mais que dans tous les cas signalés, la mort ait été due à la faute des opérateurs, c'est ce qu'il ne saurait admettre, assez d'exemples démontrant que diverses causes, souvent même inappréciables et tout à fait indépendantes de l'anesthésie, peuvent déterminer la mort. Il veut, en conséquence, que l'on fasse la part des influences nombreuses qui peuvent compromettre le succès de l'anesthésie, sans que l'on soit en droit de l'attribuer au mode d'application. Telles sont les idiosyncrasies offrant des prédispositions diverses aux syncopes, aux

FEUILLETON.

De la réfraction du son. — Impression sur toile et sur papier. — Gisement de kaolin dans le Morvan. — Une chasse aux rennes dans la Sibérie orientale.

Le son, comme la lumière, se propage par un mouvement ondulatoire, et quand il passe d'un milieu dans un autre, il doit comme elle présenter les phénomènes de la réfraction.

Cette proposition, qui n'avait été que peu étudiée jusqu'aujourd'hui, vient d'être l'objet d'un grand nombre d'expériences de la part d'un savant, M. Hajeck. Déjà on possédait un travail de MM. Colladon et Sturm sur la réfraction totale du son, et M. Sondhauss, après avoir construit des lentilles formées de membranes de collodion, remplies d'un gaz plus dense que l'air, avait trouvé qu'en plaçant un timbre sur l'axe principal d'un côté de cette lentille, il existait de l'autre côté un lieu où le son avait un plus grand retentissement.

M. Hajeck a substitué aux lentilles des prismes creux remplis du gaz ou du liquide à étudier. Voici la manière dont il procède à ces expériences :

Un tube de 77 millimètres de diamètre et d'une longueur variable traverse une paroi qui sépare deux chambres contiguës. Les extrémités de ce tube sont fermées par une membrane très-mince de nature diverse (solution de caoutchouc et de gutta-percha, collodion, lames de mica, papier, etc.), la substance n'ayant d'influence que sur l'intensité du son. Un second tube, dont l'axe se trouve dans le prolongement de celui du premier, se termine à son extrémité par une caisse qui contient l'instrument sonore.

L'observateur se place dans une autre salle, sur le parquet de laquelle on a tracé et gradué un arc de circonférence dont le centre est en projection verticale de l'extrémité du tube.

Tout étant ainsi disposé, si l'on établit perpendiculairement à l'axe du tube les membranes remplies d'air ou de gaz qui servent à clore ses deux extrémités, la plus grande intensité du son est accusée sur le prolongement de l'axe. Mais vient-on à changer la direction des membranes, l'effet produit n'est plus le même. En effet, inclinez la membrane qui ferme l'extrémité du tube située du côté de l'observateur, aussitôt le son, contraint de traverser un milieu terminé par des surfaces non parallèles, abandonnera la direction du prolongement de l'axe si le tube est rempli d'un autre gaz que l'air. Alors il faudra déterminer la position où l'intensité du son est au maximum en laissant tomber sur les graduations du parquet un fil à plomb appliqué contre l'oreille de celui qui expérimente. Cette disposition des membranes n'aurait aucune influence sur la direction du son si le tube contenait seulement de l'air.

M. Hajeck se servait pour produire le son de deux timbres, dont l'un avait le son plus grave que l'autre ; les marteaux étaient mis en mouvement par un système d'horlogerie. L'inclinaison des membranes sur l'axe du tube, et par conséquent l'angle d'incidence des rayons sonores, a subi un grand nombre de variations dans ces recherches, que M. Hajeck résume dans les conclusions suivantes :

1° Les rayons sonores se réfractent en passant d'un milieu dans un autre ;

2° Le rayon sonore réfracté est dans le plan d'incidence ;

3° Le rapport des sinus de l'angle d'incidence et de l'angle de réfraction est constant pour deux milieux identiques ;

4° Ce rapport est approximativement égal au rapport des nombres que l'on admet pour les vitesses du son dans ces milieux ;

5° Les différents sons se réfractent tous également ;

6° La direction du rayon réfracté est indépendante de la nature des diaphragmes qui séparent les milieux : elle est aussi indépendante, dans certaines limites peut-être, de la longueur du chemin parcouru par le son dans les deux milieux ;

7° Enfin, on peut construire des lentilles pour concentrer le son, et cette concentration peut s'obtenir soit au moyen de lentilles convexes remplies d'acide carbonique ou mieux d'acide sulfurique, soit à l'aide de lentilles concaves remplies d'hydrogène ou d'eau.

— Un chimiste dont le nom est bien connu, M. Gérardin, tout en se livrant à des études sur l'influence que l'hydrogène sulfuré et le sulfhydrate d'ammoniaque exercent sur les composés plombiques, a trouvé un moyen à la fois simple et ingénieux pour reproduire sur toile, avec la plus grande fidélité, un dessin ou une gravure. Voici en quelques mots sa manière de procéder :

Après avoir chauffé dans une étuve ou simplement sur un poêle le dessin qu'on veut reproduire, on le place pendant 4 ou 5 minutes dans un bassin horizontal, au fond duquel une capsule remplie d'une dissolution concentrée de sulfhydrate d'ammoniaque, laisse dégager des vapeurs qui se concentrent sur la gravure. Quand celle-ci est imprégnée d'une odeur très-sensible, on la retire, on la place entre des feuilles de papier buvard pendant quelques minutes, et on applique ensuite la face gravée sur une toile préalablement recouverte d'une couche de céruse. Une presse ou des poids maintiennent sur la gravure quelques feuilles de papier humide, et on abandonne la toile à l'action de la gravure. Au bout d'un quart d'heure, la toile offre une représentation très-exacte du dessin. Toutes les parties noires, après avoir concentré le sulfhydrate d'ammoniaque, ont ensuite agi sur le sel de plomb. La gravure n'est pas altérée ; les secondes épreuves et les suivantes sont même beaucoup plus belles que les premières.

Le sulfhydrate d'ammoniaque peut au besoin être remplacé par de l'acide sulfhydrique, mais les épreuves sont alors moins nettes. Cette reproduction n'est pas bornée à la toile, car, en plongeant une feuille

congestions cérébrales, à l'asphyxie, aux émotions morales, et surtout les aptitudes à l'éthérisation aussi variables que les aptitudes à l'ivresse alcoolique; les affections concomitantes ou les complications, telles que certaines maladies des poumons, du larynx, du cœur ou des gros vaisseaux; les contre-indications même passagères, dues à un écart de régime, à l'ingestion des aliments et des boissons dans l'estomac, etc.

La mort rapide, souvent instantanée, survenue chez l'homme dans la plupart des cas signalés, suffirait à contredire la théorie de l'asphyxie admise d'une manière trop générale par M. Devergie. Elle ne saurait davantage provenir absolument d'une sorte d'intoxication, si active qu'elle puisse être. Elle paraît due principalement à l'abolition progressive des fonctions des centres nerveux par l'action stupéfiante du chloroforme. La mort, attribuée chez l'homme aux effets seuls de l'anesthésie, peut dépendre d'ailleurs de causes concomitantes, telles que la syncope, si fréquente et si redoutable chez les sujets pusillanimes placés sous l'imminence d'une opération.

La mort par asphyxie ne saurait sans doute être constatée; mais elle ne semble pas aussi fréquente que paraît le croire M. Devergie, en admettant même les deux genres d'asphyxie qu'il distingue, à savoir: 1° asphyxie par paralysie des muscles respiratoires dans l'éthérisation prolongée; 2° asphyxie par défaut d'air ou par une occlusion trop immédiate des ouvertures nasale et buccale. Du moment où l'asphyxie n'est pas la cause la plus fréquente de mort dans l'éthérisation, on ne saurait sans inconséquence faire prévaloir l'opportunité des appareils, en tant que leur indication serait établie sur les dangers de l'asphyxie. Allant plus loin encore, et considérant l'asphyxie comme la cause la plus rare de mort, M. Larrey, loin d'attribuer aux appareils l'avantage de prévenir l'asphyxie, pense qu'ils offrent quelquefois l'inconvénient de la provoquer.

Mais bien plus grave encore est aux yeux de M. Larrey la proposition que M. Devergie émet comme conséquence de ces prémisses, savoir, que le médecin pourra être considéré comme responsable devant la justice, en cas d'accident, s'il ne peut prouver qu'il a employé pour l'inhalation des moyens qui lui permettent de prouver que la mort par asphyxie ne dépend pas de ses actes, ou, en d'autres termes, qu'il a employé des appareils propres à prévenir toute possibilité d'asphyxie. « Un tel jugement, dit-il, s'il pouvait prévaloir auprès de l'Académie, aurait les conséquences les plus regrettables, les plus malheureuses pour la responsabilité médicale vis-à-vis des tribunaux, et ne tendrait à rien moins qu'à déposséder bientôt la chirurgie de l'assistance la plus précieuse contre la douleur des opérations. »

En admettant même que la théorie de l'asphyxie ne fût pas au moins exagérée, sinon même illusoire, M. Larrey, poursuivant les conséquences pratiques qu'aurait la proposition de M. Devergie, s'est demandé si les appareils à ouverture fixe tels que son collègue voudrait les imposer, offraient une garantie certaine contre la mort. Outre que ces appareils peuvent être mal confectionnés ou défectueux, outre qu'ils sont susceptibles de s'oblitérer ou de se détériorer, ils deviendraient souvent un embarras par la nécessité même d'en faire usage ou d'en acquérir l'habitude. Appelés à l'improviste pour une opération grave ou douloureuse, mais accidentellement privés d'un appareil d'inhalation, les praticiens seraient fort en peine d'y suppléer par les moyens les plus simples dont ils n'auraient pas encore fait usage; d'où des hésitations, des tâtonnements et des chances d'accidens par timidité ou par maladresse... Un chirurgien, tant soit peu exercé à l'emploi du chloroforme ainsi qu'à la pratique des opérations, connaît et apprécie trop bien toutes les difficultés, toutes les incertitudes de l'art, pour vouloir substituer à son attention, à ses mouvements, à ses yeux et à sa main, l'action aveugle d'un mécanisme artificiel. Les malades eux mêmes n'ont pas à beaucoup près, dans un appareil compliqué, la même confiance que dans un simple linge. Les appareils mécaniques les plus ingénieux, les plus précis, les plus exacts, pour le dosage de l'agent anesthésique et pour le passage de l'air, sont toujours des appareils dont la vue impressionne et inquiète certains malades. Enfin, plusieurs des appareils employés ont l'inconvénient de provoquer des accès de toux et de suffocation; toutes les embouchures ne s'adaptent pas exactement à toutes les bouches, les soupapes d'aspiration et d'expiration ne sont pas toujours bien ajustées; les orifices auxquels elles correspondent n'ont pas quelquefois des dimensions convenables: de là des effets contraires à ceux d'une bonne éthérisation.

La précision même avec laquelle fonctionnent certains appareils peut devenir un danger par la promptitude des effets, si surtout les inspirations sont ou trop fortes ou trop prolongées.

Les chirurgiens les plus exercés à l'emploi des agents anesthésiques, doivent redouter, avec un appareil, de dépasser vite le moment où ils auront à suspendre l'inhalation, c'est-à-dire dès les premiers degrés de la résolution musculaire. Enfin l'appareil le meilleur, le plus parfait, soit l'anesthésimètre de M. Duroy, par exemple, ne sera jamais une garantie certaine, infaillible, contre les accidents propres ou étrangers à l'anesthésie elle-même.

En dehors de l'enceinte académique et à part ceux de ses membres qui se sont déjà prononcés contre les appareils, M. Sédillot y a renoncé. La plupart des chirurgiens anglais les ont aussi abandonnés. M. Simpson les déclare inutiles. M. Porta (de Milan), M. Constantini (de Rome), et à leur exemple presque tous les chirurgiens de l'Italie, préfèrent l'éponge ou la compresse aux différents appareils d'éthérisation. Le conseil de santé des armées, dans une décision sanctionnée par l'autorité militaire, a déclaré qu'on pouvait se passer d'appareils pour l'éthérisation; et c'est ce qu'ont fait la plupart des chirurgiens de l'armée d'Orient, qui ont eu de fréquentes occasions de recourir au chloroforme.

Par contre, une éponge, une simple compresse ou un mouchoir sur lesquels on verse 1 ou 2 grammes de chloroforme, et qu'on se contente de placer à quelque distance de la bouche et du nez, de manière à laisser un passage libre et facile à l'air ambiant, en recommmandant au malade de respirer naturellement et sans efforts, voilà le meilleur appareil; c'est celui qui est devenu d'un usage vulgaire en chirurgie. Le malade s'accoutume ainsi à l'odeur et à la première impression de l'agent anesthésique, dont on augmente peu à peu la dose; on éloigne, on rapproche alternativement la compresse; il suffit de surveiller le pouls et la respiration. Nul accident ne survient ainsi, et l'éthérisation est aussi sûre que complète.

L'air, bien loin d'être intercepté par cet appareil, circule librement autour, au-dessous et sur les côtés. Rien de plus facile d'ailleurs que de surveiller le libre accès de l'air dans les voies aériennes, et d'en augmenter ou d'en diminuer à volonté la quantité par le rapprochement ou l'écartement alternatif de l'appareil simple, tandis que l'appareil composé ne garantit pas cet avantage fondamental de surveiller, de régulariser et de maintenir l'intégrité de la respiration.

Et cela est si vrai, ajoutait M. Larrey, que tous les chirurgiens des grandes villes et des grands hôpitaux qui ont un choix d'appareils à leur disposition ne s'en servent pas, ou, à de très-rares exceptions près, les ont abandonnés.

En résumé, l'emploi des appareils mécaniques, loin de diminuer ou de garantir la responsabilité médicale, l'augmenterait, la compromettrait au contraire.

Telle est la signification générale et la conclusion de l'argumentation de M. Larrey.

Nous avons dit que cette argumentation résumait à elle seule à peu près l'ensemble des objections qui avaient été faites au travail de M. Devergie. En effet, elle reproduit en les groupant et les condensant, et en leur donnant ainsi plus de force, les arguments de M. Velpeau, de M. Cazeaux, de M. Jobert, de M. Cloquet, de M. Ricord, et les témoignages de quelques autres chirurgiens qui n'ont pris la parole que pour protester au nom de leur expérience personnelle contre les propositions de M. Devergie.

Il serait superflu de rappeler ici chacun de ces arguments et de ces témoignages. Presque unanimes sur tous les points, ils se résument en ceci: L'asphyxie ne joue pas dans l'éthérisation le rôle que lui attribue M. Devergie. L'usage des appareils, comme moyen de prévenir les chances d'asphyxie, ne remplirait donc pas le but qu'il se propose, et, suivant quelques-uns, il irait même plutôt contre ce but.

Les chirurgiens sont presque unanimes pour donner la préférence aux moyens simples, tels que l'éponge, la compresse ou le mouchoir, sur les appareils mécaniques plus ou moins compliqués; et ils pensent sauvegarder par là aussi bien, sinon mieux, que par le moyen proposé par M. Devergie, la sûreté des malades et leur propre responsabilité.

Voilà ce qui ressort du témoignage de la majorité des chirurgiens qui ont pris part à la discussion. Cependant, les appareils n'ont pas été unanimement repoussés. Deux orateurs, sans partager les opinions de M. Devergie sur l'asphyxie comme cause possible d'accident, et en se plaçant à un point de vue différent et même opposé à certains égards, ont néanmoins préconisé l'usage des appareils. Ce sont MM. J. Guérin et Robert. Les considérations sur lesquelles ils se sont appuyés pour recommander les appareils, méritent ici quelques développements, d'autant plus qu'elles se rattachent à l'un des points les plus importants de cette discussion, à la question du dosage, qui n'a pas à notre avis été examinée avec toute l'attention dont elle était digne.

L'examen de cette question, ainsi que celle de la responsabilité médicale à laquelle elle se lie, fera le sujet d'un deuxième article.

MALADIES DES YEUX. — M. Tavignot.

§ II. Remarques pratiques sur les différentes espèces de hernies de l'iris (1).

B. *Quand la solution de continuité de la cornée existe avec perte de substance,* il faut bien se garder de réduire l'iris qui fait hernie pour deux motifs péremptoires:

D'abord parce que la hernie se reproduira le plus ordinairement, ensuite parce que cette même hernie est utile, est nécessaire même dans beaucoup de cas, pour combler tout d'abord la perte de substance que la cornée serait impuissante à réparer. En effet, l'humeur aqueuse qui s'écoule sans cesse par la perforation entraîne sans cesse aussi les matériaux sécrétés pour réparer la solution de continuité de la cornée.

C'est, pour le dire en passant, autant par l'absence de hernie de l'iris que par l'étendue plus ou moins grande de la perforation cornéale que s'établissent les fistules de la cornée; fistules presque toujours centrales et qu'il faut traiter, si on veut prévenir la perte définitive de l'œil, par la cautérisation au nitrate d'argent des lèvres de la solution de continuité. Par ce moyen on provoque, d'une part, la contraction de l'iris et l'engagement d'une quantité

(1) Fin. — Voir le numéro du 25 juillet.

---

de papier dans une dissolution d'un sel de plomb (extrait de Saturne, nitrate de plomb), on obtient le même résultat; la gravure est reproduite dans la perfection.

L'action du sulfhydrate d'ammoniaque sur le sel de plomb est, comme on le voit, la même que celle de l'iode condensé sur l'amidon, ainsi que M. Niepce de Saint-Victor le pratiquait déjà en 1847.

— Il vient de se passer dans le Morvan un fait qui préoccupe beaucoup cette partie de la France, et qui est appelé à lui créer une nouvelle source de richesses, si la suite confirme les espérances auxquelles il a donné naissance.

Les plateaux d'Arleux recouvraient des mines de fer oligiste qui n'avaient encore été l'objet d'aucune exploitation. Des sondages, après en avoir parfaitement établi l'existence, ont donné lieu à une découverte à laquelle on ne s'attendait guère. Au milieu des roches feldspathiques, on a trouvé un banc considérable d'un feldspath décomposé, terreux, très-tendre, tachant, d'un blanc rosé, ne faisant pas pâte avec l'eau: c'était du kaolin.

Or, on sait l'importance de cette argile, avec laquelle on fabrique les porcelaines. En France, le plus célèbre gisement est celui de Saint-Yrieix, près Limoges, dont on emploie le produit à la manufacture de Sèvres. Le kaolin a besoin d'être riche en alcalis (silicates d'alumine et de potasse) pour être immédiatement travaillé. Autrement, il faut avoir recours à un fondant alcalin, et le plus employé est justement la roche feldspathique (silicate de potasse et d'alumine) au milieu de laquelle on vient de trouver ce banc de kaolin.

L'Ecole des mines de Paris, à laquelle avaient été soumis des échantillons, a fait une analyse qui confirme l'existence de ce kaolin, et l'établissement de Sèvres, saisi lui-même de la question, doit se livrer à des expériences, qui, si elles sont favorables, ouvrent une ère nouvelle de fortune pour les habitants des montagnes du Morvan.

— Nous terminerons aujourd'hui cette causerie par le récit d'une chasse aux rennes, à laquelle M. Octave Sachot nous a récemment initié dans un emprunt fait à un littérateur russe.

Les habitants de la Sibérie orientale sont bien loin d'être riches: la nature a été pour eux une marâtre, et leur principal moyen d'existence est sans contredit la chasse, à laquelle ils se livrent avec la plus grande ardeur. Celle qu'ils dirigent contre les cerfs, les élans et les rennes, présente un aspect assez original.

Ces animaux émigrent deux fois par an: au printemps, ils se dirigent du sud au nord pour fuir les insectes qui leur ont déclaré la guerre, et quand l'automne a calmé la vivacité de leurs ennemis, ils reviennent prendre possession des steppes qu'ils avaient dû quitter.

Les Sibériens ont parfaitement étudié les époques de ces migrations, et savent à un jour près le moment où ils pourront en profiter. Le lieu choisi pour la chasse est en général le bord d'une rivière. La veille du jour convenu, tous les habitants se réunissent; on couvre l'eau de petites embarcations d'écorce dans lesquelles se blottissent les chasseurs, tandis qu'une autre bande se cache dans les roseaux qui bordent le fleuve.

Bientôt un grand bruit se fait entendre — les chasseurs demeurent immobiles —; puis le bruit cesse tout à coup. On voit alors un renne se détacher de la bande; il vient en éclaireur sonder le terrain; le nez au vent, il flaire, s'ébroue, écoute. Aucun bruit ne l'inquiète; tout est calme; il revient alors vers ses compagnons, qui, tout joyeux, s'élancent avec lui dans le fleuve. A peine sont-ils engagés dans cette eau perfide, que de toutes les barques se dressent les chasseurs; bientôt ils ont coupé en avant la retraite de l'animal, qui ne peut qu'avec peine remonter le courant; et pendant ce temps, les hommes restés à terre forcent le reste de la troupe de rennes à se précipiter dans l'eau. Ceci fait, commence la partie dramatique.

Chaque homme est armé d'une petite lance avec laquelle il doit frapper l'animal au foie ou au poumon. Mais ici doit se montrer l'adresse du chasseur; il ne suffit pas de blesser mortellement l'animal, il faut le frapper de manière que sa blessure lui permette de gagner la rive; car si les bateaux qui forment une chaîne sont forcés de traîner les animaux, le chasseur perd une partie de la prime.

Il faut voir alors les Sibériens s'élancer au milieu de ces pauvres animaux, en faire un affreux carnage. Souvent écrasé entre les victimes, le chasseur trouve la mort dans son triomphe. Quelquefois le renne veut défendre chèrement sa vie; on le voit se coucher sur l'eau, et de ruades vigoureuses briser ou faire couler les embarcations. Malgré cette défense et ces derniers efforts de l'animal qui voit sa vie menacée, les rennes tombent en masse sous les coups des chasseurs.

Rien ne peut les sauver du guet-apens dans lequel ils sont tombés.

Telle est cette chasse, qui fournit aux peuplades de ce pays, si peu favorisé de la nature, la plus large partie de sa nourriture.

Dr E. Renaud.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Des soins à apporter à la conservation des dents, et des causes qui en déterminent la perte dans les contrées du Nord, par M. Henri Dubois. Prix: 50 centimes. A Valenciennes, imprimerie de B. Henry.

Recueil des travaux de la Société d'observation de Paris. Ce recueil paraît par fascicules de 6 à 8 feuilles d'impression, en janvier et juillet de chaque année. Quatre fascicules forment un volume. On ne souscrit que pour un an (ou deux fascicules). Prix, 5 fr. Fascicule Ier avec 23 gravures sur bois. Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille.

plus grand de son bord pupillaire dans l'ouverture accidentelle de la cornée; tandis que, d'une autre part, les lèvres de la plaie cautérisée sécrètent rapidement de la matière plastique, en suffisante quantité pour compléter et solidifier la réparation si urgente de la cornée.

Il ne faut guère s'occuper dans l'espèce d'autres choses que de sauver l'œil si gravement compromis. Plus tard la hernie de l'iris est elle-même traitée avec toute liberté d'action; on se trouvera bien, en général, de la méthode mixte que j'ai suivie plusieurs fois, laquelle consiste à pratiquer tantôt l'acupuncture de la base de la tumeur, tantôt des attouchements très-rapides sur son sommet avec le crayon de nitrate d'argent.

De tout ce qui précède, il résulte qu'il faut bien se garder, comme on le conseillait autrefois, de prévenir la hernie de l'iris lorsqu'il y a perte de substance assez notable de la cornée. Par bonheur, le moyen préconisé alors était sans efficacité, car, quel que soit le maximum de dilatation pupillaire obtenu avec la belladone, l'iris revient sur lui-même et se contracte même assez énergiquement dès que l'humeur aqueuse vient à s'écouler, c'est-à-dire à l'instant même de la perforation. C'est un fait d'observation que M. Gosselin vient de signaler de nouveau, et j'en suis fort aise; j'avais dit exactement la même chose en 1853 (*Rev. de thérap. médico-chirurg.*, p. 569); mais la vérité ne saurait être découverte trop de fois.

§ III. Pourquoi les myopes ont-ils la pupille dilatée, tandis que les presbytes l'ont plus ou moins contractée?

C'est, en effet, une particularité assez remarquable, signalée par tous les observateurs qui se sont occupés de la myopie et de la presbytie, que l'état si différent de dilatation pupillaire qui se rencontre dans ces deux lésions fonctionnelles des yeux.

On n'avait pas encore, que je sache du moins, interprété comme elles doivent l'être ces deux manifestations opposées de l'iris: sa dilatation chez les myopes et sa contraction chez les presbytes.

Commençons d'abord par constater que les myopes et les presbytes font instinctivement tout ce qu'ils peuvent, les premiers pour maintenir leur pupille aussi dilatée que possible, les seconds, au contraire, pour activer avec énergie la contraction continue de l'iris. C'est pour arriver à l'un et à l'autre de ces résultats opposés, que les myopes travaillent généralement à un demi-jour et le dos tourné vers la fenêtre; tandis que les presbytes recherchent toujours un jour très-vif et une lumière éclatante.

Voici notre interprétation de ces faits; elle a bien son importance pratique, ainsi qu'on le verra bientôt.

A. *Myopes.* — Le myope, dont l'œil est doué d'une force de réfraction exagérée, évite autant que possible une lumière trop vive, attendu que cet excès de lumière ferait contracter ses pupilles, et qu'il met à profit sa dilatation pupillaire habituelle pour recevoir par la circonférence du cristallin *des rayons lumineux moins réfractés*, et plus propres, par conséquent, à former une image distincte sur la rétine.

La démonstration de ce que je viens d'énoncer est facile à faire, surtout sur les myopes dont la vue est très-courte.

En effet les myopes présentent volontiers l'objet qu'on leur donne à examiner non en regard du centre de la pupille, mais bien sur l'un de ses côtés; ce qui confirme très-nettement chez eux l'utilité de la dilatation pupillaire. Cette utilité est telle, en réalité, qu'il m'est arrivé assez souvent d'améliorer la myopie très-avancée et compliquée parfois de myodésopsie ou mouches volantes, en provoquant par des instillations belladonées le développement d'une mydriase artificielle. C'est là, comme on voit, un fait assez curieux désormais acquis à la pratique et qui a bien son utilité.

M. ***, consul français en Espagne, est myope à un degré très-prononcé; il fait usage du n° 3 1/2, et est en même temps affecté de mouches volantes qui l'inquiètent beaucoup et lui font redouter un commencement d'amaurose. Il vint me trouver un des premiers jours de juillet 1852 dans une disposition toute différente de celle que je lui avais remarquée jusque-là. Il voyait beaucoup moins mal de son œil droit, le plus affecté; la vue était allongée, elle était plus nette, les mouches volantes paraissaient très-affaiblies.

Or, tout cela tenait à quelques instillations belladonées que je lui avais prescrites pour explorer plus complétement le fond de l'œil.

Le docteur L....t, qui exerce dans le département de l'Eure, et auquel j'ai donné pendant quelque temps mes soins pour une amblyopie névralgique, m'écrivait, à la date du 29 octobre 1852, et à propos de son œil droit atteint antérieurement de myopie. Je copie textuellement : « La dilatation des pupilles par la belladone fait *disparaître* complétement les points noirs, et j'y vois beaucoup mieux; c'est au point que je pourrais avec l'œil droit (myope) *tirer un oiseau à trente pas*; tandis que dans l'état physiologique de la pupille droite, *je ne distingue pas un homme à dix.* »

B. *Presbytes.* — Le presbyte, dont l'œil a perdu plus ou moins de sa force de réfraction, a besoin pour voir le moins mal possible les objets rapprochés, de recevoir les rayons lumineux par la partie centrale du cristallin, là où la puissance de réfraction existe à son maximum; grâce à la contraction pupillaire toujours plus ou moins prononcée chez le presbyte, l'aberration de sphéricité, si utile à certains myopes, et qui serait nuisible, dans l'espèce, n'est pas à craindre.

Les presbytes ont donc le plus grand soin de provoquer cette contraction pupillaire qui leur est si nécessaire, c'est pour cela qu'on les voit toujours si avides de lumière.

Il résulte au moins de ce qui précède qu'il ne faudra pas tenter la guérison des myopes en provoquant la contraction pupillaire, comme un empirique anglais, Turnbull, vient de l'essayer dans ces derniers temps, pas plus qu'il ne convient de dilater la pupille, dans le but d'améliorer l'état des presbytes.

§ IV. Fragment d'acier logé dans l'iris; son extraction par une incision périphérique de la cornée, faite au moyen de mon kératotome à trois tranchants.

Ce kératotome, qui a été fabriqué par M. Jules Charrière sur mon indication et pour un autre usage, n'est après tout qu'un couteau lancéolaire classique, sur l'une des faces duquel s'élève une arête tranchante, laquelle a pour effet de pratiquer dans la cornée une petite incision perpendiculaire à l'espèce de boutonnière que l'on obtient avec le kératotome lancéolaire ordinaire. De là une ouverture étoilée et mieux ouverte, si je puis ainsi dire, et des facilités plus grandes pour l'extraction d'un corps à forme irrégulière, sans qu'il en résulte d'inconvénients pour le travail de réunion de la plaie faite à la cornée.

Dans le cas auquel je fais allusion, j'ai été, je l'avoue, conduit à employer le nouveau kératotome par l'examen de l'ouverture cornéale qui avait donné passage au corps étranger. Cette plaie, en effet, ou plutôt la cicatrice demi-opaline qui la remplaçait, avait une disposition particulière; elle formait assez régulièrement trois branches distinctes exactement comme l'incision que fournit notre kératotome.

L'extraction du copeau d'acier, qui s'était logé en partie dans la portion moyenne de la zone temporale de l'iris, fut rendue délicate par la grande sensibilité de l'œil, due à l'iritis que sa présence avait déterminée; mais une fois saisi par la pince, le corps étranger fut extrait très-facilement, et je crois pouvoir déclarer que la *disposition étoilée* de notre incision m'a paru favoriser beaucoup les manœuvres de cette même pince.

DE L'EMPLOI DU CHLOROFORME

comme anesthésique dans la médecine navale.

Par M. Berchon, chirurgien-major du vaisseau l'*Algésiras*.

L'analyse d'un nombre considérable d'observations toutes spéciales, et recueillies dans le but de bien constater les doses et le meilleur mode d'administration du chloroforme dans les opérations, peut présenter quelque chose de neuf au point de vue de la pratique, et pourra peut-être servir de réponse à quelques questions posées dans la discussion récente, qui ne semblent pas résolues d'une manière assez précise pour un grand nombre de ceux qui ont lu attentivement les discours remarquables prononcés dans cette circonstance.

Examinons d'abord les opérations dans lesquelles a été employé le chloroforme selon le procédé indiqué dans le dernier numéro, puis nous choisirons deux observations pour donner une idée de la précision presque mathématique avec laquelle ont été recueillis les faits que nous allons essayer d'analyser aussi succinctement que possible.

Ces observations sont au nombre de 98, et correspondent aux opérations suivantes :

1° Amputations (continuité) : avant-bras, 1; bras, 1; jambe, 5; cuisse, 7. — 14. (Contiguïté) : phalanges, 3; orteils, 1; doigts, 3; métatarso-phalangienne; 1, tibio-tarsienne, 1. — 9.

2° Résections de l'humérus : fracture non consolidée, 1; du fémur : conicité du moignon, 1; saillie de l'os sans pourriture d'hôpital, 1. — 3.

3° Plaies d'armes à feu : contre-ouverture et extraction de la balle, 1.

4° Luxations : radio-carpienne, 1; du bras, 6; id. anciennes, 3. — 12.

5° Entorse : tibio-astragalienne, 1.

6° Ankyloses : incomplètes, 2.

7° Ligature de la crurale (anévrysme traumatique faux consécutif), 1.

8° Cautérisation ponctuée de 7 à 8 points de feu, en moyenne : arthrite chronique, 10; adénite axillaire, 1; ulcères à la jambe, 1; plaies ulcéreuses, 1; chute du rectum, 1; transcurrente : tumeurs blanches de 6 à 7 raies de feu, en moyenne, 7. — 21.

9° Maladies diverses : ongle incarné, arrachement et cautérisation, 6; tumeurs lipomes, 2; id. squirrhe, 1; tétanos, 2; hernie étranglée (taxis), 3; taille médio-latéralisée, 2; id. médiane, 1; boutonnière, 1; fistule anale, 6; paraphimosis, 3; circoncision, 5. — 32.

10° Maladies simulées : contracture du biceps, 2. — 98.

Voyons maintenant les particularités qu'a présentées l'administration des vapeurs de chloroforme dans des opérations aussi diverses :

Dans toutes le malade a été opéré à jeun et dans la position horizontale, double condition éminemment favorable pour l'innocuité des inhalations, quelle que soit la théorie que l'on invoque pour expliquer leur mode réel d'action.

Dans toutes aussi, le chloroforme, versé dans le diaphragme du cornet Reynaud, a été administré chimiquement pur; prescription qui, également recommandée par M. Sédillot, a cependant effrayé M. Ricord dans la séance du 7 juillet, et que M. Guérin semble complétement rejeter aussi par la crainte d'une action locale trop directe du chloroforme (séance du 16 juin).

La dose initiale a toujours été de 10 grammes, à l'exception d'un seul cas où l'on opérait sur un mousse, et cette quantité a suffi pour produire l'insensibilité la plus complète et la plus durable dans 79 opérations.

18 fois seulement on a eu besoin d'entretenir l'anesthésie pendant un temps plus long par l'administration de 5 nouveaux grammes de chloroforme. L'indication de ces cas nous paraît utile, car elle peut donner la raison de cette augmentation qui a *presque toujours* coïncidé avec des opérations dont il est au moins difficile, sinon impossible, de préciser d'avance la durée exacte; telles que :

Luxation du bras : variété sous-pectorale, 2; id. ancienne (l'une datant de quatre mois), 2. — 4.

Par phimosis, 3; tétanos, 1; hernie étranglée (taxis prolongé), 3; résections, 2.

La même dose a été aussi administrée dans trois autres sortes d'opération d'une durée mieux réglée, telles que : cautérisation transcurrente, 1; ongle incarné, 1; amputations, 3. — 18.

Une seule fois, enfin, la dose de 15 grammes a été dépassée et portée à 20 grammes, l'insensibilité n'ayant pu s'établir d'une manière complète dans un cas de cautérisation d'adénite axillaire.

Tels sont les faits généraux de l'administration du chloroforme, auxquels nous pourrions joindre celui de la difficulté souvent constatée de produire rapidement l'insensibilité chez les ivrognes, fait en contradiction avec les idées exposées par M. Moreau et les expériences tentées par M. Nélaton sur les animaux (séance du 7 juillet) (1).

Quant aux faits particuliers, ils seront peut-être mieux appréciés quand nous aurons donné un exemple du mode suivant lequel ont été recueillies les observations qui nous occupent.

Gautier (François), vingt-trois ans, ouvrier aux constructions navales, atteint de tumeur blanche au genou gauche, est amputé de la cuisse le 16 juin 1854.

Il est à jeun, couché horizontalement sur le lit d'opération, la tête un peu relevée; pouls peu développé, au-dessus de 100 pulsations; pupilles médiocrement dilatées.

A neuf heures sept minutes, 10 grammes de chloroforme sont versés dans le cornet Reynaud, que l'on approche peu à peu des voies respiratoires, et le malade est invité à respirer largement.

Pas de lutte, pas de toux pendant les premières inspirations, pas de période appréciable d'excitation.

Après une minute, le malade paraît plongé dans l'insensibilité.

Après deux minutes, l'opération est commencée, et l'incision des parties molles n'est pas sentie.

Après trois minutes, le cornet est retiré et l'opération continuée.

Pendant la ligature des artères, l'aide chargé du cornet croit devoir le rapprocher de la bouche du malade, qui reprend ainsi du chloroforme pendant quelques secondes.

Après quinze minutes, le malade se réveille; il reprend l'usage de ses facultés; la face est pâle, couverte de sueur; les pupilles sont un peu plus dilatées qu'avant l'emploi du chloroforme; le pouls, toujours au delà de 100, est plus plein et plus développé qu'avant l'opération. Il n'a du reste présenté ni dépression ni ralentissement pendant tout le temps qu'elle a duré. Le malade déclare n'avoir pas éprouvé de douleur, et n'avoir eu aucune conscience de ce qui se passait autour de lui; il n'a pas de nausées, pas de céphalalgie; il accuse de la faiblesse. — Quelques cuillerées de vin de Malaga.

Reporté dans son lit, il éprouve des douleurs et des élancements dans le moignon. Les sueurs continuent pendant une partie de la journée. (La température est, du reste, très-élevée.) La pâleur de la face diminue peu à peu, et tous les effets du chloroforme s'épuisent lentement.

Pendant les jours qui ont suivi l'opération, il n'y a presque pas eu de réaction traumatique.

— Cette observation, qui peut servir de règle pour presque tous les cas d'opérations simples, peut être complétée par la suivante, dans laquelle la dose initiale de 10 grammes n'a pu suffire, et a rendu nécessaire une nouvelle administration.

C... (Jean-Baptiste), trente-trois ans, capitaine d'armes du vaisseau le *Duguesclin*, atteint de luxation du bras droit, est soumis, le 26 novembre 1855, aux inhalations de chloroforme, à l'aide desquelles on tente la réduction. Il est à jeun, dans la position horizontale, la pupille médiocrement dilatée, le pouls régulier, à 96. A huit heures quarante minutes du matin, 10 grammes de chloroforme sont versés dans le cornet en usage; un peu de lutte au début des inspirations. A huit heures 46 minutes, période d'ivresse; paroles incohérentes. A huit heures 48 minutes, la période d'ivresse continue; on ajoute cinq grammes de chloroforme : le sommeil est presque immédiat, et la résolution musculaire complète. Grâce à cet état, la réduction peut être obtenue. A huit heures 55 minutes, bien que les inspirations de chloroforme soient suspendues depuis longtemps, le malade reste dans le sommeil. La peau conserve sa chaleur normale; le pouls est régulier et développé, mais à 60 pulsations seulement; les pupilles ne sont pas dilatées. A huit heures 58 minutes, le malade revient à lui, et déclare n'avoir rien senti.

Il me serait facile de citer ici d'autres observations de ce genre, si je ne craignais d'allonger inutilement cette communication toute pratique, et je vais maintenant analyser et résumer la plupart des faits particuliers observés pendant les opérations dont j'ai fait plus haut l'énumération, en insistant plus particulièrement sur le temps nécessaire pour produire l'insensibilité complète, la durée de l'anesthésie et les symptômes principaux qui se sont présentés pendant l'administration du chloroforme.

On n'a constaté que 12 fois sur 98 la lutte des malades contre les premières inspirations anesthésiques, et encore à un faible degré, ce qui tient sans doute à la rude et courageuse nature des matelots et des ouvriers du port sur lesquels ont été pratiquées les opérations indiquées, et à la confiance que leur inspire l'innocuité constante dans nos ports et à bord de l'emploi du chloroforme instamment réclamé dans tous les cas par les malades eux-mêmes.

La période d'ivresse a été un peu plus fréquente, car elle a été notée 19 fois; elle était caractérisée 5 fois par des contractions musculaires violentes, et le plus souvent par une sorte de délire joyeux (8 fois) s'accompagnant de loquacité extrême (4 fois) ou de rêves érotiques (2 fois).

Dans presque tous les cas néanmoins, l'insensibilité complète a été très-rapidement obtenue, car 2 minutes ont suffi dans 63 opérations, 3 ou 5 minutes dans 26 autres; elle n'a été plus lente que dans 5 cas, et enfin impossible à déterminer d'une manière absolue dans 4 autres observations (tétanos, cautérisation d'adénite axillaire, extirpation de phalange et taille médiane.

Cette rapidité d'action me semble devoir être principalement attri-

(1) Les expériences de M. Nélaton n'ont pas eu pour but de constater les difficultés de l'anesthésie chez les ivrognes, mais bien les dangers de l'administration du chloroforme dans l'état d'ivresse. (*Note de la rédact.*)

buée à l'appareil employé à la prescription du chloroforme pur, dont l'action est ainsi merveilleusement prompte.

La respiration des vapeurs anesthésiques a toujours été très-facile, grâce au mélange constant de l'air atmosphérique avec elles; elle a été même agréable en apparence chez quelques malades, et n'a jamais présenté d'accident.

La durée de l'application du cornet aux orifices du nez et de la bouche a été nécessairement fort courte d'après les chiffres précédents, puisqu'elle a cessé presque constamment avec la constatation de l'état anesthésique, c'est-à-dire, en moyenne, après 3 ou 4 minutes; mais la durée du sommeil produit par le chloroforme a présenté des variations assez grandes; car si, dans le plus grand nombre des opérations, 3 à 7 minutes ont suffi pour que le malade recouvrât ses facultés, il n'a pas fallu moins de 9 à 15 minutes dans un assez bon nombre de cas (26). L'anesthésie a même été prolongée au delà de ce terme dans certaines circonstances (taxis de hernies étranglées, réduction de luxations, paraphimosis, tétanos), et elle a duré une fois un peu plus d'une demi-heure dans une résection des deux extrémités d'une fracture non consolidée de l'humérus à son quart inférieur, sans qu'un état d'insensibilité aussi prolongé ait été suivi du moindre accident. (On n'avait employé que 15 grammes de chloroforme.)

La sensation de douleur a été nulle dans la presque totalité des opérations, et la déclaration du malade a été spécialement notée dans 89 cas sur 98; elle a été faiblement accusée 4 fois, très-fortement dans une autre circonstance (extirpation d'une phalange), et les malades ont en outre indiqué, mais rarement (4 fois), des sensations particulières, mais non douloureuses, de tiraillements, de tractions et de pressions sur la partie sur laquelle on avait agi.

Un fait assez remarquable a aussi été consigné dans l'observation relative à la contracture simulée du biceps; c'est une persistance de contractions alors que l'anesthésie semblait déjà complète; persistance bientôt vaincue dans le cas que je cite, et due peut-être à un dernier effort de volonté du malade luttant contre la démonstration évidente de la ruse sur laquelle il comptait pour s'exempter du service de l'Etat.

Tels sont les symptômes qui ont été le plus souvent observés. Parmi ceux que leur rareté permettraient presque de passer sous silence, je noterai un cas de salivation abondante et de spûtation répétée, un autre de tendance à la lipothymie, un de tintements d'oreilles persistants, un de loquacité remarquable coïncidant avec la fin de l'opération et de l'anesthésie, et que je trouve désigné sous le nom d'*ivresse de retour;* et enfin un cas dans lequel le malade a versé d'abondantes larmes, sans qu'il accusât de souffrance, dans une opération de fistule anale dont la durée n'avait été que de sept minutes.

Quant aux symptômes tirés de l'état du pouls et du degré de contraction ou de dilatation de la membrane pupillaire, les premiers ont présenté, dans le plus grand nombre des opérations, le phénomène remarquable de la persistance de l'ampleur et du nombre des pulsations soigneusement constatées avant, pendant et après l'administration du chloroforme; tandis que le ralentissement et la dépression (assez rares, surtout le dernier signe), semblent avoir coïncidé avec l'augmentation de la dose et la prolongation du temps des inspirations.

Les seconds doivent également être consultés avec grand soin pendant toute la durée de la chloroformisation; car la dilatation pupillaire subite ou rapide indique presque toujours une intensité trop grande d'action des vapeurs anesthésiques, et par suite rend nécessaire ou urgente la suspension momentanée ou définitive de leur administration.

Je dois enfin constater que l'emploi du chloroforme n'a presque jamais été suivi de céphalalgie, de nausées ou de vomissements (excepté dans 2 cas), ce qui tient probablement à l'état de vacuité de l'estomac chez les malades opérés. Le seul symptôme consécutif observé est la persistance de la sueur, et un sentiment de faiblesse assez prononcé qui n'est peut-être pas sans influence sur l'absence ordinairement constatée de réaction traumatique considérable dans les observations qui font la base de cette communication.

Je désire seulement appeler l'attention sur une pratique déjà vieille dans les hôpitaux de la marine, puisqu'elle remonte aux premiers mois de l'emploi des anesthésiques en chirurgie, et de faire connaître certains faits particuliers dont la valeur est d'autant plus grande, qu'ils ont été recueillis avec tout le soin désirable et dans le but unique de rendre aussi facile et aussi peu dangereux que possible l'emploi d'un agent aussi puissant que le chloroforme.

La méthode et l'appareil ont, du reste, fait leurs preuves dans nos ports, en Crimée, et dans les stations les plus éloignées, et leur simplicité nous semble devoir en rendre l'usage plus général.

Ils répondent avec bien plus de précision et tout autant de simplicité que la charpie et l'éponge aux conditions multiples exigées par un grand nombre de chirurgiens ou médecins, et particulièrement par MM. Devergie, Robert, Guérin et autres, c'est-à-dire :

1° Dosage exact des quantités de chloroforme employées;

2° Appréciation de l'étendue de la surface d'évaporation;

3° Distance exactement déterminée des voies respiratoires;

4° Arrivée facile et mélange constant de l'air atmosphérique avec les vapeurs anesthésiques, l'ouverture terminale du cornet ayant environ un diamètre double de celui de la glotte;

5° Rapidité d'action, due sans doute à la pureté du chloroforme, souvent falsifié ou altéré dans le commerce, ainsi que je m'en suis assuré par de nombreuses expériences;

6° Surveillance facile des symptômes importants fournis par l'examen de la face, et particulièrement des yeux (le cornet n'embrassant exactement que le nez et la bouche);

7° Facilité de suspension et de reprise immédiate des inspirations.

L'absence de tout accident dans la pratique de la médecine navale depuis l'introduction du chloroforme dans les opérations, m'a surtout engagé à publier l'analyse d'opérations qui pourraient être beaucoup plus nombreuses, si ma position actuelle de chirurgien-major d'un des vaisseaux de l'escadre d'évolution m'avait permis d'en recueillir les matériaux (1).

Tous les faits et toutes les opérations que j'ai rappelés ici appartiennent en propre à la pratique de M. Reynaud, directeur du service de santé de la marine au port de Toulon, par les ordres duquel ont été recueillies et conservées, dans les salles de clinique externe de l'hôpital maritime, les observations analysées et appréciées dans ce travail.

(1) Le port de Brest fournirait plusieurs centaines d'observations semblables.

EXTRAIT D'UNE NOTE

sur la préparation de l'acide phosphorique médicinal,

Par M. Georges DELLA SUDDA.

Bien des procédés ont été donnés pour obtenir l'acide phosphorique trihydraté, lequel, étendu d'eau dans certaines proportions, constitue l'acide phosphorique médicinal.

De tous ces procédés, il y en a un qui donne cet acide dans un état parfait de pureté, mais il est très-dispendieux; tous les autres fournissent des produits mélangés qui ne sont pas sans présenter de sérieux inconvénients.

Le procédé qui consiste à traiter le phosphore par l'acide azotique, parut à M. Della Sudda susceptible d'une utile modification; voici son *modus faciendi*. On prépare d'abord l'acide phosphorique ordinaire, en traitant une partie de phosphore par 5 parties d'acide azotique concentré, qu'on étendra préalablement de son poids d'eau (1); le tout étant introduit dans une cornue en verre tubulée, munie d'un récipient et chauffée au bain de sable, il se manifestera d'abord une vive réaction accompagnée d'un fort dégagement de vapeurs rutilantes, et le liquide passera en partie, par distillation, dans le récipient. On recohobera en continuant de chauffer.

Le phosphore aura presque toujours disparu avant la fin de cette distillation; alors seulement on ajoutera au liquide de la cornue, et par sa tubulure, une partie d'eau régale, et, par une nouvelle application de la chaleur, on verra d'abondantes vapeurs rouges se dégager quelque temps, puis cesser brusquement; alors on retirera le liquide de la cornue pour le transvaser dans une capsule de platine, et on terminera la concentration (une capsule de platine est nécessaire à cette opération, puisque l'acide phosphorique suffisamment concentré attaque le verre et la porcelaine). L'acide phosphorique, bien privé d'acide azotique et chlorhydrique par une chaleur suffisante, mais incapable de le déshydrater, sera ensuite étendu d'eau pour être ramené à 45° aréométriques.

Ce produit sera évidemment privé d'acide sulfurique et de substances salines, mais il sera toujours privé d'acide phosphoreux. On s'en assurera en faisant bouillir une petite quantité du produit avec une solution limpide de bi chlorure de mercure. Ce sel est réduit à l'état de calomel, ou proto-chlorure de mercure, toutes les fois qu'il est en contact avec l'acide phosphoreux. Si donc l'ébullition ne détermine pas la formation d'un précipité blanc dans la liqueur, c'est que ce dernier acide n'y existe pas, c'est que l'acide phosphorique sera pur.

Telle est la légère mais utile modification que nous avons cru devoir imprimer à la préparation de l'acide phosphorique médicinal. Nous y avons été conduit par le désir de bien faire d'abord, et parce que cet acide a été préconisé depuis quelque temps par le professeur Magnus Huss dans le traitement d'une redoutable maladie, le typhus. (*Gazette médicale d'Orient.*)

(1) Cette proportion, quoique plus forte que celle qu'on indique ordinairement, nous a bien réussi.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 juillet 1857. — Présidence de M. BOUVIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. VERNEUIL présente deux jeunes malades, l'un opéré, l'autre à opérer.

Ces deux enfants ont subi autrefois des congélations des pieds qui ont détruit, chez le premier, toutes les phalanges, chez le second, tout l'avant-pied jusqu'aux cunéiformes.

Chez ces deux enfants, la cicatrisation, qui a été abandonnée aux soins de la nature, a été fort longue; elle a laissé une espèce de difformité qu'on peut comparer à la conicité du moignon. En effet, il existe à l'extrémité de ce moignon une plaie couverte de bourgeons charnus, et dont la cicatrisation a été plusieurs fois presque complète, puis détruite.

Le premier de ces enfants a subi l'amputation dans la continuité du métatarse avec le plus grand succès. La marche s'effectue aujourd'hui de la manière la plus satisfaisante.

M. Verneuil se propose de faire à l'autre enfant l'extraction de plusieurs des os du moignon de manière à refaire des lambeaux suffisants.

Ces deux observations seront publiées avec détail.

M. BROCA. J'ai vu à la Charité un cas semblable à ceux-ci. Un jeune homme, ayant eu les pieds gelés, avait perdu les orteils et de plus les têtes métatarsiennes. Quand je vis le malade, la plaie, toujours ouverte, durait depuis dix mois. Il était impossible que la réunion pût se faire, surtout d'une façon durable. Je fis une amputation complexe. Les trois premiers métatarsiens furent coupés à l'union de leurs deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur; les deux derniers furent désarticulés. La cicatrice s'est bien faite. Ce garçon est présentement infirmier à la Charité, et il marche sans boiter.

Dans cette opération, je me trouve avoir suivi une règle posée par M. Jules Cloquet, qui conseille, dans l'amputation tarso-métatarsienne, de scier, au lieu de désarticuler, le deuxième métatarsien pour éviter d'entrer dans les jointures du tarse.

M. VERNEUIL. J'ai obéi à cette même règle; mais cependant au besoin je n'aurais pas hésité à aller plus loin. La chirurgie doit être autant que possible conservatrice, sans pourtant outrer ce précepte. Pour trop ménager, on s'expose à une opération incomplète. Tout récemment j'opérais un jeune homme pour une carie du tarse, et je pratiquais l'amputation sous-astragalienne : chemin faisant, je m'aperçus que l'astragale avait perdu sa consistance; on le sentait céder sous le doigt et le stylet le traversait. J'en fis le sacrifice. Bien m'en prit : le centre de l'os était occupé par un abcès.

M. LARREY cite, à l'appui des observations précédentes, un fait de congélation du pied pour lequel il a pratiqué la résection des deux premiers métatarsiens. La dénudation persistante de ces deux os s'opposait seule à la cicatrisation des parties molles détruites par la gangrène.

M. Larrey a d'ailleurs vu au Val-de-Grâce des cas analogues à celui-là chez des militaires qui avaient eu les pieds gelés en Crimée.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. VERNEUIL relit les conclusions de son rapport sur le travail de M. Arlaud.

La Société décide le dépôt aux archives de ce travail.

Elle vote ensuite sur la nomination de M. Arlaud au titre de membre correspondant.

M. Arlaud (de Rochefort) est nommé membre correspondant à la majorité des suffrages.

La Société décide que le rapport de M. Verneuil sera publié dans les *Bulletins.*

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Sandras demande l'avis de la Société sur une affection singulière de la vue dont son frère est atteint.

OUVRAGES IMPRIMÉS.

MM. Larrey. *De l'éthérisation sous le rapport de la responsabilité médicale.*

Lecadre. *Études sociales, hygiéniques et médicales sur les ouvriers employés aux travaux du Havre.*

LECTURE.

M. HOUEL lit un rapport sur une observation de M. Leclerc, professeur à l'Ecole secondaire de Caen.

COMMUNICATION.

M. LARREY. La réunion immédiate des plaies, dans l'acception absolue du mot, est assez rare, à Paris du moins, pour que je croie devoir en communiquer un exemple à la Société. Il s'agit d'un honorable confrère de province, M. le docteur Th..., ancien élève de l'hôpital des cliniques, chez lequel un lipome développé à la région cervicale postérieure près de l'épaule droite avait acquis depuis deux ans un volume considérable, égalant à peu près la tête d'un fœtus à terme. M. Th... s'étant adressé à moi pour être débarrassé de sa tumeur, la soumit d'abord à des mouvements propres à la mobiliser davantage et vint à Paris.

Je procédai le 2 juillet à l'extirpation de la tumeur, avec l'assistance de notre excellent maître M. Cloquet, et d'après son mode opératoire d'embrochement. L'énucléation fut facile et prompte; mais il résulta de l'ablation de la tumeur une vaste poche, qui me semblait exposée à la suppuration. Je réunis cependant avec des serre-fines les lèvres de la plaie, dans la plus grande partie de leur étendue, en laissant un simple hiatus à l'angle inférieur, pour l'écoulement présumé du pus. Une éponge imbibée d'eau froide, et soutenue sur toute la surface des parois, à l'aide d'un bandage légèrement contentif, fut enlevée le lendemain avec les serre-fines; la réunion paraissait déjà établie, et elle fut définitive au quatrième jour, sans qu'aucun travail de suppuration fût survenu. M. Th... retournait chez lui au sixième jour de l'opération.

M. DEMARQUAY. J'ai observé le même résultat dans un cas où j'étais bien loin de m'y attendre. Il s'agissait d'un lipome énorme de l'épaule, en voie de suppuration. Le cas était tellement mauvais, que j'hésitais à opérer, et pourtant la réunion se fit immédiate, et il n'y eut à peu près point de suppuration.

M. AD. RICHARD. Opérant une tumeur du cou avec M. Ménière, j'ai de même obtenu une réunion immédiate, mais sans la chercher. Car je crois que, dans ce cas, il y a tout profit à ne point réunir. Une fois, dans une amputation du cinquième métacarpien, j'ai eu aussi une réunion parfaitement immédiate. Cela doit être bien rare pour les amputations. M. Nélaton, à qui j'ai montré le malade, m'a dit avoir vu un fait semblable.

M. FORGET dit qu'il a enlevé un lipome de l'épaule, et qu'il a obtenu un résultat identique. Il pense que l'enkystement de ces tumeurs, qui permet de les énucléer et de les enlever ainsi sans dissection, c'est-à-dire sans diviser un grand nombre de vaisseaux, et par conséquent avec un écoulement de sang très-minime, est une condition des plus favorables à la réunion immédiate. Les éléments anatomiques en présence dans la plaie, sont en outre similaires, autre disposition qui favorise singulièrement leur adhésion réciproque.

M. DESORMEAUX. J'ai vu en général des réunions immédiates à la suite de l'extirpation des loupes faites par le procédé suivant : j'incise de dehors en dedans toute l'épaisseur de la loupe, et j'arrache avec des pinces les deux moitiés du kyste; je tiens cette pratique de M. Breschet.

Le secrétaire de la Société, AD. RICHARD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

S. A. le prince Charles Bonaparte, prince de Canino, est mort à Paris le 29 juillet.

Suivant les dernières volontés exprimées par le prince, ses restes mortels seront transportés en Corse, pour y être inhumés dans la sépulture de famille où reposent déjà S. A. I. Madame mère et S. Em. Mgr le cardinal Fesch.

Le prince de Canino était un savant très-distingué, un ornithologiste d'un mérite reconnu. Il était membre libre de l'Académie des sciences. Il laisse d'importants travaux sur l'histoire naturelle, et notamment sur les oiseaux d'Amérique. On assure qu'il était à la veille d'être nommé directeur du Jardin des Plantes.

— A la suite d'un brillant concours, M. Bastien vient d'être nommé prosecteur à l'amphithéâtre des hôpitaux.

Le Gérant.

Paris — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 91. — MARDI 4 AOUT 1857. (30e ANNÉE.) N° 91. — MARDI 4 AOUT 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 3 AOUT 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

La fonction glycogénique du foie continue à défrayer en grande partie les séances de l'Académie des sciences. Il n'y a pas eu moins de trois communications sur ce seul sujet dans la dernière séance. De ces trois communications, deux viennent encore battre en brèche la théorie de M. Bernard, une seule apporte un nouveau témoignage en sa faveur. Nous avons pu croire un instant que M. Figuier allait entrer dans la voie des concessions ; mais s'il a paru reculer un instant, ce n'a été que pour mieux disposer ses forces pour une nouvelle lutte. La fonction glycogénique du foie ne peut décidément trouver grâce devant lui. D'après les nouvelles expériences dont il vient de communiquer le résultat à l'Académie, il n'y aurait d'autre différence entre le glycose contenu dans le sang de la veine-porte et celui que l'on trouve dans les cellules du foie, que la propriété qu'a ce dernier de fermenter directement par son contact avec la levûre de bière, tandis que le premier ne devient fermentescible qu'après un certain temps de séjour dans l'économie et par le fait de diverses modifications successives qu'il y subit.

On verra dans le compte rendu la série de faits et de déductions que M. Figuier accumule de nouveau contre la théorie de l'honorable professeur au collége de France.

La seconde communication, celle de M. Sanson, est relative à un nouveau point de vue de la question récemment introduit dans la discussion par M. Bernard : nous voulons parler du rôle que joue dans la fonction glycogénique la substance que ce savant expérimentateur a extraite du tissu du foie et qu'il désigne sous le nom de matière glycogène. On se rappelle que M. Sanson, dans une communication précédente, avait cherché à démontrer que cette substance n'était point spéciale au foie, qu'elle n'est autre qu'une matière tout à fait analogue à la dextrine, c'est-à-dire pouvant se transformer en glycose sous l'influence de la diastase, et qui existe dans le sang de la circulation générale, dans celui de la circulation abdominale, dans le tissu des principaux organes de l'économie, et notamment dans le foie, la rate, les reins, les poumons et les muscles.

A cette proposition, M. E. Pelouze avait opposé que la substance retirée par le physiologiste de Toulouse des différents tissus de l'organisme n'était pas la même que la matière glycogène, dont elle différait par la propriété essentielle de cette dernière matière de se transformer en glycose avant d'avoir été purifiée par la potasse. Aujourd'hui M. Sanson répond à M. Pelouze en maintenant son affirmation à l'égard de la transformation en glycose de la substance en question, sous l'influence de la diastase, en quelque lieu de l'économie qu'elle se trouve.

A côté de ces nouveaux témoignages d'une lutte scientifique sans fin, on trouvera une troisième ou quatrième réplique de M. Brown-Séquard à des objections déjà plusieurs fois reproduites contre ses vues nouvelles sur la physiologie de la moelle épinière.

Nous citons ces communications comme des exemples entre tant d'autres, des inextricables difficultés que présentent ces questions de physiologie, dont on poursuit depuis quelque temps la solution de part et d'autre avec une si stérile ardeur. Espérons cependant que la lumière se fera un jour sur ces profondes obscurités.

Nous avons reçu quelques nouveaux documents sur la question de l'anesthésie, que nous nous empressons de publier en attendant que nous puissions terminer notre appréciation générale de cette importante question. — Dr Brochin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. MOREAU (de Tours).

Panophobie épileptiforme ; emploi de l'oxyde de zinc ; travaux des champs. Guérison.

Il n'est pas rare, moins rare qu'on ne croit généralement, de voir la folie précédée d'accidents nerveux analogues, sinon identiques, à ceux qui signalent les invasions des névroses convulsives, de l'épilepsie par exemple. C'est là un phénomène dont nous n'avons pas besoin de faire ressortir toute l'importance, alors qu'il s'agit d'apprécier la véritable nature de ces troubles de l'intelligence qui jusqu'ici, selon nous, n'ont paru si obscurs, si inextricables, que parce qu'on s'est obstiné à les étudier séparément des organes auxquels ils sont liés. M. Moreau, dans un long et remarquable mémoire sur les prodromes de la folie, a vivement insisté sur ce fait général et à peu près méconnu, que tous les désordres de l'esprit, quelque nom qu'on leur donne, manie, monomanie, etc., ont pour signe initial les mêmes phénomènes névrosiques ; c'est ce qu'il a appelé *fait primordial*.

Les deux faits suivants viennent à l'appui de cette opinion ; ce sont, on pourrait dire, des exemples d'épilepsie sans lésion de la motilité ; de véritables épilepsies morales, car on y trouve tous les symptômes psychiques qui, dans beaucoup de cas, accompagnent les accès d'épilepsie ordinaire (*morbus sacer*). Nous en devons la communication à l'obligeance de M. de Vousges, interne de service.

OBS. I. — Mandaron (Jean), âgé de vingt ans, est entré le 9 février à Bicêtre.

Ce jeune homme, de petite stature et peu développé pour son âge, paraît néanmoins jouir d'une assez bonne santé : la fraîcheur de son teint et sa gaieté habituelle indiquent un tempérament lymphatico-sanguin.

Aucun membre de la famille à laquelle il appartient n'a été atteint d'aliénation mentale ou de maladies graves du système nerveux : au dire du sujet lui-même et de son père, interrogé à cet égard, les accidents remontent à une vive frayeur qu'il aurait éprouvée il y a quatre ans à la vue d'un gros chien que ses camarades avaient lâché sur lui pour l'effrayer ; il a perdu connaissance, et à partir de ce moment, il est devenu sujet à des frayeurs sans motif, à des accès de tristesse, à une sensibilité exagérée.

Avant cet accident, la santé de ce jeune homme ne s'était jamais démentie ; mais depuis cet instant, des maux de tête, une sensation de pression à l'épigastre, un sentiment de constriction à la poitrine accompagnent et précèdent les accès, qui coïncident presque toujours avec une douleur sourde au sinciput. Depuis longtemps il a vu ses forces diminuer ; il s'essouffle facilement en marchant et ne peut pas courir. Il n'existe point de pertes séminales, et les organes génitaux sont assez peu développés.

Quelques légers excès commis par ce jeune malade paraissent avoir aggravé sa position : il buvait assez volontiers quelques petits verres d'eau-de-vie avec ses camarades avant de se rendre à l'ouvrage. Quelle qu'en soit d'ailleurs la cause, les frayeurs, dans ces derniers temps, ont redoublé de fréquence et d'intensité ; plus d'une fois le père l'a vu rentrer précipitamment à la maison en s'écriant : J'ai peur ! j'ai peur ! et en versant des larmes ; on ne parvenait que difficilement à le calmer, et il lui était impossible de rendre compte de ses impressions.

La mort de sa mère, survenue il y a peu de temps à la suite d'une fièvre typhoïde, paraît avoir augmenté le trouble de son esprit. Un soir il revenait chez lui : son père, cantonnier au chemin de fer de Versailles, habite à Meudon une maison située près du parcours de la ligne. En approchant du chemin de fer, la lanterne que portait ce jeune homme est éteinte par un coup de vent. Aussitôt, la frayeur s'empare de lui, il fait encore quelques pas, aperçoit le fanal du chemin de fer, et s'imagine aussitôt avoir sous les yeux un grand fantôme blanc portant du feu au milieu de la poitrine : c'était l'âme de sa mère qui venait de mourir. Le malheureux tombe à la renverse. Ses parents, inquiétés par son absence, sortent pour aller à sa recherche, et le trouvent étendu sans connaissance le long du mur du parc de Meudon. On le transporte chez lui, et le lendemain, son père craignant de voir les accidents acquérir une gravité toujours

---

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies des yeux, par W. MACKENZIE, professeur à l'université de Glascow, traduit de l'anglais, sur la 4e édition, par les docteurs Warlomont et Testelin (1).

Lorsque parut, en 1844, la première traduction française du *Traité des maladies des yeux* de M. Mackenzie, il y avait déjà longtemps que l'ouvrage du célèbre ophthalmologiste anglais, inconnu de nos chirurgiens, peu polyglottes de leur nature, était répandu et obtenait les plus grands succès, non seulement en Angleterre où il était parvenu à sa troisième édition, mais encore en Russie, dans tous les pays de l'Allemagne, en Amérique, etc.

La traduction de MM. Laugier et Richelot, bien que faite, suivant l'auteur lui-même, avec autant de soin que de fidélité, fit connaître, mais ne popularisa pas l'ouvrage, bien qu'il se présentât à une époque des plus favorables, à un moment où il n'existait en France aucun traité complet et récent d'ophthalmologie. La cause de ce peu de succès fut peut-être un peu trop de précipitation et quelques mesures économiques mal prises par l'éditeur, une disposition typographique peu agréable à l'œil, enfin la suppression des notes bibliographiques et celle des figures faites avec un véritable luxe, qui enrichissaient l'édition anglaise. Quelle qu'en fût la cause, en tout cas, le livre ne devint pas classique, et ce fut une chose fâcheuse.

Aujourd'hui, deux médecins habiles, MM. Warlomont, l'intelligent et actif continuateur de Florent Cunier, et Testelin, ont renouvelé la tentative à laquelle nous venons de faire allusion, mais en s'entourant de tous les éléments d'une complète réussite au point de vue matériel; nous y reviendrons, et en poussant le scrupule jusqu'à faire revoir leur traduction par un ami de l'auteur et son compatriote le docteur James Dixon, chirurgien de l'hôpital ophthalmologique de Londres.

Depuis les quatorze années qui se sont écoulées entre l'apparition de la troisième et celle de la quatrième édition de M. Mackenzie, une véritable révolution s'est opérée dans l'oculistique. On a plus rigoureusement appliqué à l'étude des maladies de l'œil les méthodes d'analyse positive employées avec bonheur dans celle des autres branches de la pathologie ; on a attaché plus d'importance à ce que l'on voyait, aux caractères physiques et matériels des altérations pathologiques, et moins de valeur aux théories nébuleuses relatives à la nature et à l'étiologie des maladies. De nouveaux moyens d'investigation ont été découverts et ont amené sur beaucoup de points obscurs des résultats inespérés ; en un mot, grâce aux efforts de tous, des plus humbles comme des plus élevés dans l'art, la science s'est faite à peu près complètement, et la thérapeutique, ce but final après tout, est sortie de l'ornière irrationnelle dans laquelle la traînait la routine. L'auteur, professeur à l'université de Glascow, chirurgien de l'hôpital ophthalmique, placé dans les plus heureuses conditions pour observer beaucoup et bien, se trouvait mieux à même que personne de suivre pas à pas, de constater ces progrès, d'y contribuer même dans une large mesure. Aussi la quatrième édition, sur laquelle a été faite la version française que nous avons sous les yeux, renferme-t-elle un assez grand nombre d'observations nouvelles et de remarques originales importantes, qui rendent désormais insuffisante celle de 1843.

La réputation de M. Mackenzie n'est plus à faire, et l'on pourrait à bon droit s'étonner si nous insistions plus longuement sur le mérite de son ouvrage, pour lequel ; malgré certaines divergences d'opinions çà et là, nous professons la plus haute estime. C'est principalement sur la traduction de MM. Testelin et Warlomont que nous voulons fixer l'attention en ce moment.

Et d'abord, félicitons-les d'avoir intégralement reproduit l'œuvre du chirurgien écossais. Lorsque l'on entreprend une tâche aussi difficile qu'une traduction, souvent plus malaisée que la composition d'un livre original, quant à la forme du moins, on doit, à notre avis, faire complétement abstraction de sa personnalité, s'effacer derrière l'auteur, s'identifier avec lui, et surtout se garder de porter une main téméraire sur le travail dont on se fait l'interprète ; *traduttore traditore* est un adage souvent bien vrai dont il faut éviter de mériter l'application. MM. Warlomont et Testelin ont donc soigneusement rempli les intentions de l'auteur en respectant les importantes notices bibliographiques dont il a accompagné chacune de ses descriptions. La justice envers les auteurs, tant anciens que modernes, qui se sont occupés du même sujet, est un des premiers devoirs de l'écrivain, et comment la rendre, cette justice, si l'on efface les traces des emprunts, des citations que l'on est obligé de faire à chaque pas, car une science ne peut jamais être l'ouvrage d'un seul homme ? Comment entamer une discussion, rectifier une opinion erronée, si l'on ne signale le passage où se trouve l'assertion douteuse, l'hérésie, qu'on me passe l'expression, que l'on cherche à redresser ? Voilà déjà, avec l'exactitude de la traduction, l'un des premiers mérites du travail de nos deux honorables confrères.

La reproduction des figures dont est abondamment pourvu le texte anglais, et pour l'exécution desquelles les traducteurs n'ont reculé de-

(1) 2 vol. grand in-8°, avec les gravures sur bois de l'édition anglaise. — Paris, chez Victor Masson.

croissante, s'empresse de le faire transporter à la maison de santé de M. Pinel, barrière Saint-Jacques, où il est resté huit jours avant d'entrer à Bicêtre.

Etat actuel. — Le 12 février, le malade se plaint de sa faiblesse; il a la respiration courte et même un peu de dyspnée, sans éprouver de palpitations.

L'auscultation et la percussion ne révèlent rien d'anormal dans la poitrine. Le sommeil est agité par des rêves qui n'ont, au dire du malade, aucun caractère effrayant. Peu de jours avant le retour des accès, il éprouve de la congestion cérébrale, du malaise, des maux de tête, quelquefois des douleurs vagues dans les membres, qui lui remontent comme par bouffées dans la tête.

Après avoir été convenablement pansé, il est mis au régime de cinq portions alimentaires; on lui prescrit l'oxyde de zinc à la dose de 1 gramme 5 centigr. par jour, dans le but de combattre l'élément épileptiforme qui semble se manifester dans les accès.

Le 16 mars, le malade, dont la santé physique s'était beaucoup améliorée dès les premiers jours du traitement, était depuis quinze jours occupé aux travaux de la culture à la ferme Sainte-Anne, lorsque dans la nuit du 15 au 16, un nouvel accès a paru se manifester. Au milieu de la nuit, il sort de son lit, se promène dans les salles, éveille le veilleur, et demande à rester auprès de lui pour combattre la frayeur qui l'assiége, sans pouvoir en indiquer le motif.

A la visite, il répond par des paroles incohérentes aux questions qui lui sont adressées; il veut embrasser tout le monde, comme un enfant effrayé qui cherche des protecteurs: il rit et pleure sans motif.

Après avoir duré quelques jours, cet état s'est dissipé sans aucun traitement; le jeune homme est resté faible, indolent, paresseux, et n'a pas voulu reprendre d'occupation.

Le 18 avril, un nouvel accès s'étant manifesté avec les mêmes symptômes que le premier, on pratique une saignée de 300 grammes, suivie immédiatement d'une syncope qui fait suspendre l'opération. Le lendemain, pour compléter l'évacuation sanguine, on applique à la nuque six ventouses scarifiées.

Du 18 avril au 15 mai, l'on administre l'oxyde de zinc, mais surtout, et aussitôt que les forces sont un peu revenues, on emploie le sujet aux travaux des champs.

Le 15 mai, la santé physique et l'état moral du malade étant satisfaisants, il est rendu à sa famille, qui le réclame.

Obs. II. — Le nommé Triboulet, âgé de quarante ans, exerçant l'état de serrurier, marié.

Le grand-père maternel de cet homme est mort à quatre-vingt-sept ans des suites d'une affection à laquelle le malade donne le nom d'asthme. Un oncle maternel est mort aliéné. Son père est épileptique, mais n'a jamais présenté de signes d'aliénation. Sa mère et sa grand'mère vivent encore et sont bien portantes.

Cet homme a été père de neuf enfants. Six sont morts en bas âge, de dix-huit mois à quatre ans, de différentes maladies, telles que rougeole, croup, etc. Pas un seul n'a eu de convulsions.

Pendant sa première enfance, il a toujours joui d'une bonne santé. Il n'a jamais été, avant l'âge de vingt-cinq ans, atteint d'aucune affection nerveuse.

A cette époque, il fut pris d'un premier accès de manie, qui paraît avoir duré trois mois, et pour lequel il fut traité à Bicêtre dans le service de M. Ferrus. Il ne donne que des renseignements très-vagues et fort incomplets sur une seconde et une troisième attaque.

Un quatrième accès s'est reproduit il y a peu de jours, et a nécessité de nouveau son admission dans les salles de Bicêtre.

Il résulte des renseignements donnés par sa femme que tous les accès ont eu le même caractère. D'abord, pendant trois ou quatre jours, inquiétudes vagues, malaise indéfinissable, crainte de tomber malade, distractions continuelles, véritables absences d'esprit. Le sujet est forcé de suspendre son travail; il ne sait ce qu'il fait, oublie où il a placé ses outils, ce qu'il doit faire, comment il doit s'y prendre, etc.

Puis, tout à coup, il est pris d'une terreur panique, s'effraye de tout, méconnaît ceux qui l'entourent; ses yeux sont hagards, terrifiés; étonnement, stupeur, cris et mots inarticulés; puis enfin véritable rage muette. Le malade mord, déchire, brise tout ce qui est à sa portée.... Cette violence dure trois ou quatre jours, et le calme reparaît.

A son arrivée à l'hospice où il est amené garrotté, il ne pousse plus que des grognements sourds, il paraît étranger à tout, ne comprend rien, ne répond à aucune question; son pouls est calme; la peau de chaleur naturelle. Egarement, stupeur, hallucinations probables de la vue. — Bain tiède prolongé pendant deux heures.

Une remarque toute particulière à l'observation qu'on vient de lire est celle-ci; que le malade en question semble n'avoir pris en quelque sorte du mal héréditaire que la *partie morale*. Il n'était pas épileptique comme son père; il n'offrait aucun des phénomènes *somatiques* de l'épilepsie, mais il en éprouvait les principaux phénomènes *psychiques*.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Quelques considérations pratiques sur le traitement des diarrhées chroniques, à propos d'une guérison de cette maladie au moyen de l'ergotine.

Par M. le docteur Dauvergne, médecin de l'hôpital de Manosque.

Dans son numéro du 2 décembre 1856, la *Gazette des Hôpitaux* contenait un article de M. le docteur Massolaz, qui constatait les heureux résultats obtenus dans la diarrhée par l'ergotine sur l'armée sarde pendant la campagne de Crimée. J'ai regretté que les cas sur lesquels l'ergotine avait réussi ne fussent pas mieux spécifiés, et je me suis étonné de la promptitude des succès annoncés. Toutefois, depuis deux ans, c'est-à-dire depuis la dernière apparition du choléra, j'ai rencontré quelques diarrhées chroniques si rebelles qu'un nouveau moyen médicateur me parut une bonne fortune à saisir.

Précisément j'avais alors dans mes salles, à l'hôpital de Manosque, une jeune femme qu'on regardait comme vouée à une mort certaine tant la diarrhée dont elle était affectée était fréquente, profuse et rebelle.

Voici le fait :

La nommée Marie-Anne X... était entrée à l'hôpital de Manosque pour une diarrhée qu'elle avait depuis six mois à la suite d'une fièvre muqueuse. L'opium, les astringents en lavements et par la bouche, le régime alimentaire presque exclusivement de riz, le séjour à la campagne, tout avait échoué, et la malade, à bout de ressources et d'espérance, était venue demander un dernier refuge à l'hôpital. En effet, les sœurs hospitalières croyaient cette femme si positivement perdue qu'elles l'avaient mise dans la salle des agonisants, et qu'elles lui donnaient tout ce qu'elle demandait. Ce ne fut que par acquis de conscience qu'elles me la montrèrent deux ou trois jours après la reprise de mon service.

Je trouvai cette malheureuse la tête entièrement enfoncée dans son lit, empaquetée de tous les effets qu'elle avait, tant elle était faible et impressionnable au froid. Alors, sortant avec beaucoup de peine un bras décharné et une figure moitié amaigrie, moitié œdématiée du côté où elle s'était couchée, elle ne répondait qu'avec une voix éteinte et le plus brièvement possible aux questions que je lui adressais. Son pouls était effacé, petit, lent; sa peau, ses lèvres, ses gencives, sa langue décolorées; ses yeux ternes et sa figure vieillie. Cependant, comme elle accusait des douleurs abdominales vives et fréquentes, je crus, même au milieu de cette faiblesse générale, pouvoir réveiller la tonicité intestinale, tout en calmant ses douleurs avec des lavements répétés d'eau froide.

Sous l'influence de ces lavements froids répétés et à grande eau, les douleurs intestinales cessèrent, mais la diarrhée continua. Alors j'employai les lavements de vin préconisés par M. Aran, et dont on verra plus bas un beau résultat obtenu il y a deux ans dans un cas semblable. Ici le vin ne produisit aucun effet; la malade allait toujours à la selle, surtout la nuit.

Ce fut sur ces entrefaites que je donnai l'ergotine dans une potion, à la dose de 50 centigrammes, et, comme j'étais toujours préoccupé de l'état général, qui, avant toutes choses, devait donner le temps aux remèdes d'agir, ne pouvant d'ailleurs donner des bouillons gras qui auraient relâché encore plus la malade, je lui fis avaler de la viande crue de bœuf ou de mouton, pilée et mise en boulettes, qu'elle avalait soit seules, soit avec quelques cuillerées de soupe maigre.

Deux jours après, l'effet fut sensible; la malade avouait qu'elle n'était pas allée aussi souvent sur le vase, puis au bout de quelques jours, elle parut avoir la voix plus forte, et déclarait n'aller à la selle que trois ou quatre fois dans la nuit et un peu moins le jour. Je portai alors la dose de l'ergotine à 1 gramme, et peu de jours après, la malade disait n'être plus allée que deux ou trois fois la nuit et pas du tout le jour, plus rarement une ou deux fois le jour et pas la nuit. C'est ainsi que pendant un mois environ, et quoique je portasse la dose de l'ergotine à 150 centigrammes, les selles restèrent à peu près toujours les mêmes, et par conséquent toujours plus ou moins liquides.

Fallait-il encore élever la dose du médicament? Je ne le pensai pas, puisque je n'avais pas obtenu une amélioration sensible de la dernière augmentation. Je me bornai à en continuer l'usage et à attendre que l'organisme fût à peu près relevé. Pour cela, je recommandai toujours comme supplément de nourriture la viande crue, dont elle prenait ainsi deux ou trois onces, puis des viandes grillées et rôties, des œufs frais et du vin trempé, sans préjudice bien entendu des soupes maigres féculentes.

Sous l'influence de l'usage de ce médicament et de ce régime alimentaire, les forces s'accroissaient, la coloration se transformait, les chairs augmentaient, et comme la diarrhée se modifiait elle-même, je fus convaincu qu'il en était des diarrhées rebelles et surtout asthéniques, comme de bien d'autres maladies chroniques, qu'il ne fallait attendre une guérison définitive de l'altération locale, que lorsque l'organisme lui-même en entier serait remonté à des conditions particulières et harmoniques. Seulement, pour atteindre ce but et ne plus laisser rompre l'équilibration fonctionnelle déjà obtenue, je fis continuer pendant un mois encore l'ergotine à dose décroissante, jusqu'à 50 centigrammes, dose à laquelle j'avais débuté.

Cette pratique ne me paraît pas inutile pour m'opposer sûrement à tout retour de l'asthénie intestinale; puisque ce n'a été environ que le troisième mois de cet usage que les selles ont repris toute leur normalité. Ai-je eu là une crainte exagérée, et la maladie, arrivée à une certaine modification, se serait-elle guérie sous la seule influence du régime alimentaire? C'est possible. Mais l'expérience m'avait si souvent montré combien ces diarrhées chroniques avaient de tendance à reparaître, que je ne voulus pas m'y exposer de nouveau.

Toutefois, aujourd'hui, suis-je bien assuré de cette guérison? Oui, parce que voilà quatre mois que la malade est sortie de l'hôpital, qu'elle a par conséquent cessé tout remède, et même, on peut le dire, tout régime alimentaire. Je dois enfin croire cette guérison d'autant plus définitive et assurée, que cette femme a acquis toujours plus de force et d'embonpoint, une coloration meilleure, et qu'elle déclare n'aller fort régulièrement et fort normalement qu'une fois à la selle toutes les vingt-quatre heures.

Le succès est donc bien certain, mais la longue insistance que j'ai mise à l'emploi du remède en diminuera peut-être l'efficacité aux yeux de plusieurs praticiens. Ils ne réfléchiront pas alors à la gravité du cas dont il s'agissait, à l'action bien prononcée et bien soutenue du remède, et enfin à l'importance de raffermir le plus possible, en pareil cas, les intestins dans leur normalité de sécrétions et de contractilité. En effet, j'ai observé pareilles diarrhées d'autres fois, et si j'ai obtenu quelques succès avec d'autres moyens, trop souvent ils n'ont été que temporaires, soit par l'insuffisance d'action, soit parce que les malades n'en continuaient pas assez longtemps l'usage.

D'ailleurs, je dois insister ici sur un point de pratique que je crois non-seulement important pour la diarrhée, mais encore pour toutes les maladies chroniques en général, dont il doit, pour ainsi dire, dominer la pratique comme une loi capitale: c'est de ne croire à la guérison d'une altération organique que lorsque les symptômes généraux qu'elle avait suscités se sont eux-mêmes naturellement dissipés.

Ainsi, dans la circonstance, tant que l'anémie se retraçait sur la figure de la malade, je ne pouvais pas croire à la guérison définitive de la diarrhée, parce que l'expérience m'avait montré le peu de compte qu'il fallait faire en pareil cas de l'amendement des

s

---

vant aucun sacrifice, est un second élément de succès qu'ils n'ont eu garde de négliger, et que l'éditeur français, pour le dire en passant, a rehaussé par un véritable luxe typographique.

Mais en dehors de ces mérites, il est une autre face sous laquelle nous devons encore envisager la publication de MM. Warlomont et Testelin. Quelque complet que soit le traité de M. Mackenzie, il est cependant certaines parties qui exigeaient quelques développements. Plusieurs paragraphes semblaient un peu écourtés, soit par manque des matériaux nécessaires, soit que l'auteur eût pensé qu'il n'était pas indispensable d'appuyer sur des passages d'une intelligence facile. Là où ils n'ont pas été tout à fait du même avis que M. Mackenzie, les traducteurs ont fait les additions qui leur ont paru utiles; ils ont consigné, dans nombre de chapitres, des faits curieux qui n'étaient pas venus à la connaissance du chirurgien anglais; mais là encore, poussant le scrupule et l'honnêteté jusque dans leurs dernières limites, ils ont eu soin de distinguer par des signes particuliers ce qui leur appartenait de ce qui faisait partie du livre qu'ils interprétaient.

Vers le milieu de 1854, à l'époque où se terminait à Glascow l'impression de la dernière édition du *Traité des maladies des yeux*, les recherches au moyen de l'ophthalmoscope commençaient seulement à jeter quelque jour sur les affections profondes du globe oculaire. L'auteur n'avait pu encore en profiter, et les données ophthalmoscopiques étaient à peine effleurées dans son livre. Les traducteurs n'ont pas cru être au niveau de la science, s'ils privaient leurs lecteurs de la connaissance des enseignements acquis depuis trois ans au moyen de l'appareil d'Helmholtz. Ils ont prié le docteur Liebreich (de Berlin), professeur de physiologie oculaire et d'ophthalmoscopie à la clinique de M. Graefe, de faire toutes les annotations nécessaires pour mettre leur livre au courant des découvertes les plus importantes et les plus récentes, et l'habile observateur, dans un long mémoire inséré en tête du second volume, a comblé la lacune que, par une modestie exagérée, les traducteurs n'avaient pas voulu se charger de remplir eux-mêmes.

Un second appendice, dû à la plume de M. Serre (d'Alais), expose dans tous ses détails la *rétinoscopie phosphénienne* ou l'exploration subjective de la rétine au moyen des phosphènes, ingénieuse découverte qui mérite d'être étudiée, mais qui, négligée par la plupart des médecins, n'a pas encore rendu tous les services que l'on est en droit d'en attendre. Espérons que cette étude si facile des phosphènes, jointe à celle de l'ophthalmoscope, éclairera enfin pour tous ce chaos inextricable de l'amaurose.

Signalons encore, parmi les plus importantes additions, un mémoire étendu des traducteurs sur une maladie qu'ils n'ont eu que trop d'occasions d'observer dans leurs pays; nous voulons parler de l'ophthalmie militaire en Belgique. Tout le monde sait aujourd'hui que cette ophthalmie n'est pas, comme on le croire, une maladie propre au pays qu'ils habitent. Elle règne dans les armées de presque tout le nord de l'Europe, de la Russie, du Danemark, de la Suède, de la Prusse, de l'Autriche surtout, où elle sévit actuellement avec une extrême violence; on l'a observée en Sardaigne, et la France est en quelque sorte la seule contrée où on ne l'ait jamais rencontrée sous forme d'épidémie. Si on lui a donné le nom d'ophthalmie militaire de Belgique, ce n'est que parce qu'elle a été dans ces pays l'objet des premiers et des plus importants travaux, parmi lesquels nous mentionnerons principalement ceux de M. Fallot, aujourd'hui président de l'Académie de médecine de Bruxelles. Disons à cette occasion que cette intéressante question de l'ophthalmie militaire sera prochainement l'objet d'une discussion générale aux séances du congrès ophthalmologique qui dans deux mois doit se réunir en Belgique, provoqué par l'active et intelligente initiative de l'un des traducteurs du livre dont nous rendons compte.

L'anatomie normale et pathologique de l'appareil cristallinien a beaucoup occupé depuis quelques années et les ophthalmologistes et ceux qui ont fait de la structure intime des tissus l'objet presque exclusif de leurs recherches; c'est principalement depuis les célèbres discussions soulevées à l'occasion de la cataracte capsulaire et de son existence réelle ou prétendue que les micrographes se sont emparés de la question, et ont fini par l'élucider d'une manière presque complète ou tout au moins assez satisfaisante. Le résultat de ces travaux ne se trouvant pas dans le livre de M. Mackenzie, publié deux ou trois ans avant eux, les traducteurs ont encore ici pris l'initiative, et ont tracé un résumé rapide mais complet de toutes les découvertes auxquelles on s'est trouvé conduit par ces investigations, et nous avons retrouvé avec bonheur, parmi les noms cités le plus souvent et avec la plus juste raison, ceux des hommes distingués qui en pareille circonstance et pour le même sujet, nous ont tant de fois et si généreusement prêté leur concours, MM. Ch. Robin, Lebert, etc. Une collection de gravures sur bois exécutées sur les dessins originaux de ces habiles observateurs met cette partie du livre à la hauteur du reste de l'ouvrage.

Nous n'avons dit qu'un mot encore, au point de vue matériel, du livre de MM. Warlomont et Testelin. Il nous suffit de rappeler le nom de l'éditeur, M. Victor Masson, pour faire comprendre la richesse de l'exécution typographique, le goût parfait qui a présidé à la distribution des matières et à l'harmonie de l'ensemble. Les livres de médecine n'auront bientôt plus rien à envier aux plus splendides illustrations de la littérature moderne.

Dr Desmarres.

symptômes locaux. Entre plusieurs exemples, voici un fait qui peut prouver non-seulement qu'il ne faut pas se fier aux guérisons locales sans le retour à l'état physiologique de l'organisme en général, mais encore comment, en sollicitant surtout la synergie des forces générales, on peut produire l'amélioration de l'altération locale.

Le nommé Terris, homme des plus musculeux, a gardé pendant sept à huit ans une diarrhée chronique, qui amena en peu de temps une anémie telle, que les conjonctives, les lèvres, les gencives, et à plus forte raison la peau, étaient absolument décolorées.

Chose remarquable, cette anémie ne pouvait être absolument assimilée à d'autres anémies qui naissent spontanément ou aux chloroses que j'ai observées chez l'homme. Ainsi, dans ce cas, le malade ne s'était jamais plaint de palpitations, et je n'avais jamais pu constater aucun bruit artériel; de plus, il avait conservé presque tout son développement musculaire, et il était encore assez fort pour aller parfois à la chasse; circonstance qui attestait au moins que la circulation n'était pas trop troublée, puisque le malade pouvait marcher d'une manière soutenue sans être trop essoufflé. Cependant il éprouvait une faiblesse qui lui faisait désirer des liqueurs fortes et des viandes toniques et savoureuses, telles que le gibier. Ce goût, auquel il se livrait toujours davantage, et le plus souvent à mon insu, empêcha toujours tout régime alimentaire rationnel. Aussi cette circonstance et le défaut de persévérance dans le traitement pour concilier les exigences de l'état local avec l'état général, firent constamment échouer toutes les médications.

Seulement il est à remarquer que, tandis que les opiacés sous toutes les formes, le ratanhia, le monésia, le tannin, l'azotate d'argent ne produisirent presque aucun effet, des lavements d'eau froide, des frictions au drap mouillé, des affusions froides, etc., en même temps que des vêtements de laine placés immédiatement sur la peau et notamment aux pieds, pour ramener la transpiration supprimée, amenèrent un résultat si favorable sur la diarrhée, que le malade se crut guéri, et l'eût peut-être été s'il n'eût encore commis toutes sortes d'imprudences, qui le firent retomber dans son premier état. Alors le nitrate de bismuth fut employé, non pas aux doses énormes que conseille M. Monneret (à cause de la cherté du remède), mais à celle de 10 grammes par jour; toutefois il fut loin d'amener le résultat qu'avaient produit les excitants hydrothérapiques.

Par conséquent, avec les écarts de régime que commettait le malade, il en fut après le sel de bismuth comme avant, et alors accusant l'impuissance de la médecine, lorsqu'il aurait dû tout d'abord accuser son indocilité à ses règles, il se livra à l'homœopathie. En attendant les bienfaits des globules, notre malheureux diarrhéique se laissa tomber dans un tel anéantissement, que, appelé dans la nuit à la hâte, je le trouvai sans pouls, les yeux caves, jaunes et ternes, la peau absolument froide et décolorée.

Je ne pus le relever ni avec des bouillons ni des vins généreux administrés par la bouche et en lavements. L'absorption ne se faisait plus, le pouls ne reparut qu'à de faibles intervalles, et la peau restait glacée malgré les frictions et les synapismes dont on le recouvrait. Le malade s'éteignit après quatre ou cinq jours de lutte entre l'impuissance des forces générales circulatoires et nerveuses et l'inflammation gastro-intestinale, qui se traduisit encore par une exsudation pseudo-membraneuse blanche tapissant presque toute la bouche et la langue.

Il ne pouvait en être autrement; les forces de l'organisme épuisées, son stimulus naturel, le sang, appauvri à ce point, ne pouvaient plus servir de contre-poids, de *diverticulum*, à cette altération locale de la membrane digestive. Chose étrange, cependant, c'est que, avec un appauvrissement du sang qui s'expliquait, soit par les pertes de sécrétions intestinales surabondantes, soit par le défaut d'absorption d'un chyle réparateur à travers une membrane malade, qui se traduisait par la décoloration la plus complète et la plus générale, cet homme conservât encore des muscles charnus, même forts et puissants. Comment un sang si appauvri pouvait-il fournir à cette assimilation musculaire, lorsqu'il n'était quelquefois pas suffisant pour stimuler convenablement le système nerveux? En effet, j'ai vu plusieurs fois ce malheureux, dans les exacerbations de son mal, avoir des syncopes à la suite de selles abondantes et rester quelques jours dans un affaissement cérébral tel, qu'il comprenait qu'un bruit, un mouvement imprudent, lui auraient fait perdre connaissance.

Voici un autre fait qui prouve ce que tant de praticiens ont proclamé, l'opportunité thérapeutique, ce moment favorable jusqu'ici abandonné au hasard ou du moins à l'appréciation particulière de chaque médecin, et d'où dépend si bien le succès.

(Il s'agit dans cette observation, dont nous supprimons ici les détails, d'un homme atteint d'une diarrhée chronique, et qui après avoir épuisé les médications opiacées et astringentes sans aucun avantage, fut guéri par l'administration des purgatifs.)

Sans doute il n'y a là rien d'extraordinaire pour la science, parce qu'elle possède déjà nombre de guérisons de diarrhées par les purgatifs. Cependant, comme la plupart des médecins les plus instruits hésitent presque toujours à donner de tels remèdes en pareil cas, il faut nécessairement que la science cherche à se rendre raison de l'action des purgatifs dans la diarrhée, afin que le médecin puisse juger quand ils peuvent être utiles ou nuisibles; comment ils doivent être plus ou moins favorables que les astringents?

D'abord, agissent-ils en éliminant tout à coup la matière diarrhéique? Mais, s'il en était ainsi, pourquoi, dans certains cas, les astringents, qui agissent en retenant ces matières, réussiraient-ils, même contrairement aux purgatifs, qui ont échoué ou augmenté le mal?

En voici, je crois, les motifs et la raison: A mon sens, nul doute que purgatifs ou astringents, comme tout ce qui peut exciter la sensibilité organique, ne réveillent la contractilité de la membrane muqueuse comme du plan musculaire intestinal; la différence peut être seulement dans le degré, qui doit être encore à l'avantage des purgatifs.

Seulement une question préalable se présente: Que peut faire l'activité de la contractilité intestinale à la diarrhée? Ici, ce serait un principe à établir et même une doctrine à fonder. Comme M. Massolaz, je me bornerai toutefois à exprimer le fait ou à le traduire. Je dirai, par conséquent, que lorsque la contractilité physiologique est activée, autant les fibres organiques sont contractées et rapprochées, autant les liquides qui pénétraient les tissus en sont éloignés. Dernièrement la *Gazette des Hôpitaux* donnait des faits bien capables de venir en aide à cette doctrine générale, si rationnelle d'ailleurs, que M. Dupierris (de la Havane), l'auteur des observations qui attestent des bons effets de l'iode contre les hémorrhagies utérines puerpérales, conclut hardiment en disant: « Produire une contraction utérine parfaite, c'est prévenir une hémorrhagie, c'est aussi prévenir une inflammation. » (Année 1857, p. 146.) — Ajoutons: c'est pareillement prévenir une sécrétion, et tout est dit!

Revenant à l'action des purgatifs, disons encore que cette contractilité est d'autant plus efficace qu'elle est plus prolongée; car si c'est à elle que l'on doit d'abord les sécrétions plus abondantes (comme par le fait d'une éponge que l'on exprime), c'est aussi à sa prolongation, qui éloigne une nouvelle imbibition de liquides, qu'est dû le fait de la constipation qu'on observe ordinairement après les purgatifs. Il résulte donc de cet ensemble de raisons que la contractilité réveillée et soutenue s'oppose aussi bien à l'hyperémie qu'à l'hypersécrétion, et que dans la diarrhée les purgatifs auraient sur les astringents deux avantages:

1° Celui d'éloigner une nouvelle sécrétion après la contractilité excitée;

2° Celui d'éliminer tout à coup des matières excrémentitielles qui, par elles-mêmes, soit qu'elles servent de levain à d'autres, soit qu'elles impressionnent la sensibilité de la membrane muqueuse, disposent à de nouvelles sécrétions.

Mais alors pourquoi les purgatifs sont-ils si timidement employés dans la diarrhée et même si rarement mis en usage?

Parce que les auteurs se bornent à indiquer quelques guérisons, sans chercher à spécifier les cas et à bien faire comprendre le mécanisme de leur action.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

sur le cornet de M. Reynaud (de Toulon),

Par M. Albin Laforgue, médecin aide-major de 1re classe.

En Crimée, je me suis servi plus de cinq cents fois, avec le plus grand avantage, du cornet de M. Reynaud.

Depuis 1854 j'étais attaché à l'ambulance de la troisième division du deuxième corps, établie au camp du Moulin, à Inkerman. Deux aides-chirurgiens de la flotte vinrent nous renforcer quelques jours avant la prise du mamelon Vert et des ouvrages Blancs. L'un d'eux me parla du cornet de M. Reynaud. Immédiatement j'en construisis un d'après les indications qu'il voulut bien me donner, et dès la première expérience que j'en fis, il fut adopté d'acclamation par tous mes camarades; depuis lors il nous a rendu les plus grands services.

Il offre en effet les avantages suivants:

1° Il est d'une très-grande simplicité.

Du carton et un morceau d'étoffe quelconque suffisent à sa confection, ce qui en fait un appareil très-précieux en campagne.

2° Il est d'une application des plus faciles.

Du 1er novembre 1855 au 24 février 1856, j'ai été enfermé dans le faubourg de Karabelnaïa. L'ennemi nous envoyait incessamment des projectiles. J'avais assez souvent des opérations graves à pratiquer, n'ayant pour aides que trois soldats et un caporal-infirmier assez expérimenté, il est vrai, pour pouvoir faire une compression ou jeter un fil sur une artère.

Après avoir placé un tourniquet, je versais de 5 à 10 grammes de chloroforme sur le diaphragme de mon cornet, que j'approchais progressivement de deux à un décimètre de la face du blessé pour l'habituer un instant aux vapeurs anesthésiques. Aussitôt la première impression passée, je lui appliquais franchement autour de la bouche et du nez la gorge de cet appareil, que je faisais maintenir par un infirmier. Je ne craignais pas de le confier à un aide aussi peu intelligent. C'est ainsi que j'ai pu, étant seul, amputer des bras, des jambes et, entre autres, une cuisse à la réunion du tiers supérieur au tiers moyen, et diriger la chloroformisation, faisant à mon gré éloigner ou rapprocher le cornet, sans avoir jamais besoin d'ajouter de chloroforme et sans autre préoccupation que celle de surveiller l'état général de mon opéré. J'avoue qu'avec la compresse ou l'éponge je n'aurais point osé assumer une semblable responsabilité, bien que souvent l'indication d'amputer immédiatement fût pressante ou impérieuse.

3° Il rend l'action du chloroforme beaucoup plus rapide.

Après chaque grande affaire, nous recevions dans notre ambulance, à cause de sa position avancée, huit à neuf cents blessés, tous très-grièvement atteints, et dont le tiers au moins avait à subir une ou plusieurs mutilations. Il fallait aller vite. Nous n'étions que six; nous formions deux sections d'amputations; j'étais chef de la deuxième, et c'est à l'emploi de ce cornet que je dois d'avoir pu faire beaucoup de besogne en bien moins de temps qu'il n'eût été possible avec les moyens ordinaires, car une minute ou deux me suffisaient pour obtenir une insensibilité complète.

4° Il n'exige qu'une très-faible quantité de chloroforme.

Cette considération, qui a bien quelque valeur au point de vue des approvisionnements, acquiert une grande importance dans les conditions où nous étions placés. Le 7 et le 18 juin et à la prise de Sébastopol, nous avons opéré sans désemparer pendant trois jours, ne prenant qu'une heure pour nos repas et la nuit trois heures de sommeil.

Il est certain que si nous avions employé la simple compresse ou l'éponge, l'atmosphère de la tente ou de la baraque se fût imprégnée de vapeurs de chloroforme au point de nous incommoder. Notre santé eût été compromise dans un moment où il était si essentiel de se bien porter.

5° Il permet à l'air de se mélanger en quantité considérable aux vapeurs anesthésiques.

Ceci ressort de la forme même de l'appareil. Son diaphragme est largement ouvert dans le centre, et son sommet présente un vaste orifice par où l'air pénètre à mesure que le chloroforme se volatilise.

6° Il préserve autant que possible le malade de tout accident. Dans mon ambulance, le chloroforme a été employé un millier de fois au moins à l'aide de cet appareil; non-seulement il ne nous est jamais arrivé d'accidents sérieux, mais je ne me souviens pas même d'avoir jamais remarqué chez aucun de nos opérés de ces légers phénomènes précurseurs de la syncope ou de l'asphyxie qui se dissipent par une aération active et par de l'eau fraîche jetée au visage; cependant nous avons souvent agi sur des hommes très-affaiblis et qui avaient perdu beaucoup de sang.

7° Il met la responsabilité médicale entièrement à couvert. La question des contre-indications écartée, il demeure évident pour moi que, lorsque la mort se sera produite sous l'action du chloroforme, l'enquête judiciaire ne pourra avoir prise sur le médecin s'il a fait usage de ce cornet, et s'il s'en est servi comme il convient, car on ne pourra pas douter qu'il n'ait pas rempli les principales conditions dans lesquelles doit se placer un praticien prudent.

Aujourd'hui, étant chargé du service des blessés à l'hôpital militaire de Valenciennes, j'ai quelquefois l'occasion de me servir de ce cornet, et tous les médecins qui m'ont vu opérer se sont empressés de l'adopter dans leur pratique.

En Crimée, le docteur Wyatt, du 2e régiment des gardes de la reine, à qui je le montrai, en fut si satisfait qu'il le présenta immédiatement à la Société de médecine et de chirurgie de l'armée anglaise.

J'assistai à la séance, et je me souviens que cet appareil y fut bien accueilli.

En résumé, je crois qu'il résout le problème qui a été posé devant l'Académie de médecine, et qu'il peut rallier les opinions divergentes qui se sont produites à ce sujet, car il n'est que la contrefaçon perfectionnée du cornet que l'on fait ordinairement avec une pièce de linge.

SUR LE TRAITEMENT DES ACCIDENTS DE L'ÉTHÉRISATION

par l'électricité,

Par M. le Dr Abeille, ancien médecin de l'hôpital militaire du Roule.

Dans le numéro du 30 juillet de la *Gazette des Hôpitaux*, M. le docteur Lecoq, chirurgien de la marine, après avoir émis des considérations pleines d'intérêt sur l'anesthésie, termine son article par quelques mots sur l'électricité comme moyen thérapeutique.

« Quand, par une cause quelconque, la mort menace le patient, » dit-il, on a conseillé une foule de moyens que le médecin a à sa » disposition et qu'il doit se hâter d'employer. Il en est un que je » trouve à peine conseillé, et qui, je le crois du moins, devrait être mis en première ligne, c'est l'électricité. »

Notre confrère de la marine considère l'électricité comme l'antidote du chloroforme.

En 1851, dans un mémoire adressé à l'Académie des sciences, et contenant la relation des nombreuses expériences exécutées sur des chiens en 1848, et d'un fait observé sur l'homme, je démontrai ou cherchai à démontrer que la mort par le chloroforme est le résultat d'une intoxication du système nerveux; que la cessation de la respiration et de la circulation n'est que le résultat de cette intoxication; que les poumons et le cœur ne subissent pas d'influence directe de la part de l'agent anesthésique, au moins dans la majorité des cas, et que l'électricité est le plus puissant moyen de rappeler la vie quand les accidents par le chloroforme ne se sont pas produits. Comme notre confrère de la marine, je voyais dans l'électricité l'antidote du chloroforme.

Ce mémoire repose encore sous les cendres des cartons académiques. Les conclusions seules parurent sous forme d'extrait dans les journaux de médecine.

En 1852, M. Jobert (de Lamballe) faisait les mêmes expériences sur les animaux, et arrivait, quant à l'action de l'électricité, à peu près aux mêmes conclusions. Peu après s'ouvrait la discussion sur le chloroforme devant la Société de chirurgie. M. Robert était rapporteur. Toutes les expériences furent reprises une à une par ce chirurgien, et avec notre concours à l'hôpital Beaujon, l'électricité nous donna, dans ces expériences, les mêmes résultats que ceux que j'avais obtenus en 1848.

Cependant, quand M. Robert résuma la discussion et posa des conclusions, l'électricité fut reléguée au deuxième rang des moyens

à employer contre les accidents produits par le chloroforme. M. Robert est le plus consciencieux de tous les chirurgiens, et nul ne peut suspecter sa loyauté scientifique. Je l'avais vu convaincu dans nos expériences, mais il avait lu plus tard la relation de trois cas dans lesquels l'électricité avait été mise en jeu sans succès, et alors de s'écrier : L'électricité a été jugée ! Je dus prendre la plume à mon grand regret ; les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* se rappellent encore combien il me fut facile de mettre à jour les contradictions du rapporteur et l'inanité des raisons tirées de ces trois cas où l'électricité ne fut employée qu'après un temps très-long, perdu à des manœuvres plus ou moins irrationnelles.

L'électricité est toujours à nos yeux, il faut bien le dire, aux yeux de bon nombre de praticiens, le moyen le plus énergique à mettre en usage dans les cas de mort immédiate par le chloroforme. Il est presque naturel que les discussions académiques, qui après de nombreuses séances, aboutissent à cette simple mais naturelle solution : que les médecins peuvent se servir ou ne pas se servir d'appareils pour faire respirer le chloroforme, n'abordent pas la question des moyens à employer contre les accidents, car la responsabilité médicale est ici le point à sauvegarder. Mais la science se fait peu à peu ; rarement les discussions académiques résolvent les grandes questions ; c'est le temps, et le temps seul, qui a cet avantage.

Comme notre confrère M. Lecoq, les médecins arriveront peu à peu à reconnaître que l'électricité est le plus puissant et le plus sûr moyen à opposer aux accidents causés par le chloroforme, et avec le temps, cette méthode jouira, malgré ses difficultés d'exécution, d'une faveur que son importance seule lui aura acquise.

EMPLOI DU SOUFRE MOU
comme ciment des dents cariées.

M. H. Henriot fait connaître l'heureux emploi qu'il a fait du soufre mou pour remplacer les mastics divers appliqués aux dents cariées. Cette matière, qui acquiert peu de temps après son introduction dans la cavité dentaire une dureté considérable, est insoluble à froid dans tous les corps (le sulfure de carbone excepté); elle n'est attaquée par aucune des substances alimentaires ou dentifrices. Enfin, sa préparation et son application se font avec une facilité et une promptitude extrêmes. Il suffit, en effet, de prendre un petit tube de verre, fermé à une de ses extrémités, d'y mettre quelques fragments de soufre ordinaire, ou mieux, un peu de fleur de soufre lavée, de chauffer avec une lampe à alcool et de précipiter dans l'eau. Il est nécessaire que le soufre soit porté à une température supérieure à 200°, pour obtenir, par sa précipitation dans l'eau, cette masse spongieuse, brune, molle et élastique qu'on appelle le soufre mou. On reconnaît que la température s'est élevée à un degré suffisant, lorsque le liquide en fusion, après être devenu visqueux, reprend sa fluidité première. La préparation ainsi obtenue, on l'introduit sous forme de petites boules et on la tasse dans la dent cariée. — En deux minutes, on peut préparer le soufre mou. (*Journal des connaiss. méd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 juillet 1857. — Présidence de M. GEOFFROY ST-HILAIRE.

Fonction glycogénique du foie. — M. FIGUIER lit un Mémoire ayant pour titre : *Nouveaux faits et considérations nouvelles contre l'existence de la fonction glycogénique du foie.*

L'auteur commence par rappeler que les dissidences qui se sont produites relativement au fait qu'il a annoncé en 1855, de la présence du sucre dans le sang de la veine-porte, tenaient à ce qu'on avait voulu considérer le phénomène de la fermentation comme le seul signe à invoquer pour caractériser le sucre. Le glycose contenu dans le sang de la veine-porte n'est pas fermentescible directement, et ne peut subir la fermentation alcoolique que lorsqu'il a été tenu quelques minutes en ébullition avec l'acide sulfurique étendu. Les études chimiques faites depuis quelque temps sur les matières sucrées nous ont appris que beaucoup de composés glycosiques sont dans ce cas, c'est-à-dire ont besoin de recevoir l'action d'un acide pour devenir aptes à subir la fermentation alcoolique. Le produit qui existe dans le sang de la veine-porte chez les animaux carnivores est donc bien un véritable sucre.

L'examen du sang de la veine-porte étant une opération difficile à reproduire, puisqu'elle entraîne la mort de l'animal, j'ai cru utile, dit M. Figuier, de répéter avec le sang de la circulation générale les expériences que j'avais faites précédemment avec le sang de la veine-porte. Je rapporte le résultat d'expériences faites pour retirer le glycose du sang de la veine jugulaire et de la veine fémorale des chiens carnivores. Au moyen d'un nouveau procédé chimique décrit dans son Mémoire, il isole très-facilement le sucre, et fait voir que ce produit est identique à celui du sang de la veine-porte ; il réduit avec énergie le réactif cupro-potassique, il n'est pas précipité par le sous-acétate de plomb, et fermente avec la levûre de bière quand on l'a fait bouillir pendant un quart d'heure avec de l'eau contenant 1 pour 100 d'acide sulfurique du commerce.

Pour expliquer la différence de propriétés que présente le glycose contenu dans le sang de la veine-porte et celui que l'on trouve dans les cellules du foie, il faut remarquer que, lorsque le sucre non fermentescible séjourne un certain temps dans l'économie, il subit la modification, fort simple d'ailleurs, qui le transforme en sucre directement fermentescible. A l'appui de cette explication, M. Figuier rappelle que le sucre qui a été découvert dans le chyle des animaux carnivores, à la suite des belles recherches de M. Colin d'Alfort, est fermentescible directement; que celui qui a été signalé par M. Blot dans l'urine des femmes enceintes et des nourrices est également fermentescible directement, que le sucre contenu dans l'œuf des oiseaux jouit de la même propriété. Dans tous ces cas, c'est en séjournant au sein de l'économie que le sucre non fermentescible directement, y devient fermentescible. Il subit, au sein de l'économie animale, la même modification, fort simple d'ailleurs, que lui fait éprouver l'action des acides étendus.

Ce sucre que l'on a réussi à trouver aujourd'hui dans presque tous les organes de l'économie, et non dans le foie seul, ainsi que l'affirmait l'auteur de la théorie de la fonction glycogénique du foie, provient du tube intestinal et nullement d'une sécrétion glandulaire. Il donne dans son Mémoire la description d'une matière organique qu'il a retirée du tube intestinal de chiens carnivores en état de digestion, matière à saveur sucrée, non précipitable par le sous-acétate de plomb et non fermentescible. Ce produit, dont je me réserve de faire ultérieurement une étude plus approfondie, est peut-être le point de départ et l'origine du sucre qui se rencontre dans différents organes chez les animaux carnivores, les seuls que nous ayons à considérer dans ce travail. On aurait en effet, d'après cela :

Dans le tube intestinal, le premier état du sucre, c'est-à-dire une substance de saveur sucrée et non précipitable par le sous-acétate de plomb, mais qui ne réduit pas le réactif cupro-potassique et n'entre pas en fermentation ;

Dans la veine-porte, le deuxième état du sucre, c'est-à-dire un produit qui réduit le réactif cupro-potassique, qui ne fermente pas directement, mais qui est susceptible d'éprouver la fermentation alcoolique quand on l'a traitée par un acide étendu;

Dans le foie et dans le chyle, le troisième et dernier état du sucre, c'est-à-dire un produit qui réunit les deux caractères : réduction des sels de cuivre et fermentation directe.

C'est donc en séjournant au sein de l'économie animale que ce produit, par des modifications successives, arriverait à constituer le sucre directement fermentescible qui existe dans le chyle et dans le foie.

Je fais remarquer dans mon mémoire que, pendant le cours des discussions auxquelles elle a donné lieu la question de la glycogénie, on a considéré à tort le sucre comme un produit unique, à propriétés tranchées et constantes. Plus on pénètre à l'aide de la chimie dans la connaissance approfondie de ce corps, plus on reconnaît que le sucre ne constitue pas un produit unique, mais qu'il existe un ensemble de composés très-variés formant le groupe chimique ou la famille des sucres, et que la fermentation alcoolique subie directement n'est pas le caractère commun de ces différents produits.

J'aborde ensuite la question chimique de la formation du sucre aux dépens des matières albuminoïdes. On peut établir théoriquement que le glycose dérive de ce genre de matières azotées.

Cette transformation des matières albuminoïdes en sucre, dont la chimie nous explique le mécanisme, pouvant s'effectuer dans le tube digestif des animaux, il n'est nullement nécessaire pour expliquer la présence du sucre dans le foie, dans le chyle, dans le sang, etc., d'invoquer un acte de sécrétion par tel ou tel organe.

Ce qui vient à l'appui de cette dernière considération, c'est que dans l'économie animale, partout à peu près sans exception où l'on rencontre de l'albumine, on trouve aussi à côté une certaine quantité de sucre. Dans le sang, riche en matières albuminoïdes, il existe du sucre ; il en existe dans le chyle, dans la lymphe, dans les sérosités diverses du péritoine, de la plèvre, du péricarde, dans les sérosités morbides, en un mot dans presque tous les liquides albumineux de l'économie. Dans le lait, riche en matières albuminoïdes (caséum et albumine), on trouve un sucre non fermentescible directement, la *lactine ;* dans l'œuf des oiseaux, un sucre fermentescible. Cette circonstance, que l'albumine est presque toujours accompagnée d'une certaine quantité de sucre, semble une preuve manifeste que ce produit provient bien réellement de la décomposition d'une matière albuminoïde.

Mon mémoire se termine par quelques remarques sur la confusion que présentent les faits récemment annoncés, concernant l'existence d'une matière glycogène dans le tissu du foie. Ce défaut rend actuellement impossible tout examen expérimental des faits qui ont été annoncés relativement à ce produit. (Commission précédemment nommée, MM. Milne Edwards et Pelouze.)

— M. H. BONNET adresse une note sur le même sujet :

Des recherches qui font l'objet de cette note, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Il n'y a pas de sucre dans le sang de la veine-porte d'un animal nourri avec de la viande ; il y en a dans le foie et dans les veines sus-hépatiques.

2° La formation posthume du sucre dans le foie indiquée par M. Bernard est parfaitement exacte.

3° Il n'y a pas de sucre dans le sang de la circulation générale d'animaux nourris avec de la viande.

4° Chez les animaux nourris de féculents, on ne trouve pas de sucre dans la veine-porte quand la digestion est terminée. Il y a là une coïncidence remarquable avec le résultat négatif qu'on obtient chez l'animal nourri avec de la viande.

5° On a prétendu que le foie n'avait pas de propriété rigoureusement glycogénique ; que dans le sang de la veine-porte il existait un sucre non fermentescible, ou bien il s'y trouve une matière se rapprochant du sucre, mais qui ne deviendrait sucre qu'à son passage dans le foie. Mais alors, peut-on répondre, le foie serait donc capable de rendre ce sucre fermentescible, ou de changer en sucre la substance quelconque de la série glucique qui se trouve pour le moment à l'état de mythe dans la veine-porte. (Même commission.)

— M. SANSON adresse, en réponse à la note présentée dans la séance du 29 juin par M. Eug. Pelouze, sur le même sujet, une note dont voici un extrait :

Je n'ai point prétendu que la matière glycogène présentât, dans toutes les conditions où on la rencontre, des caractères chimiques absolument identiques, et il est bien certain, au contraire, que les différences qu'elle peut offrir sous ce rapport viennent à l'appui de la théorie que je soutiens. Intermédiaire entre l'amidon et le glycose, étant le résultat d'une métamorphose du premier de ces principes, qui s'accomplit à mesure qu'elle parcourt le cercle circulatoire, cette matière doit nécessairement présenter des caractères variables suivant l'état plus ou moins avancé de sa transformation ; et, parmi les différences que j'ai pu constater, j'ai précisément signalé dans mon premier mémoire un degré de solubilité plus grand à mesure que l'on s'éloigne du lieu de son absorption.

Le point important, à ce qu'il me semble, est de savoir si cette matière est bien véritablement glycogène, c'est-à-dire si, sous l'influence de la diastase végétale ou animale, elle se transforme en glycose. M. E. Pelouze se borne dans sa note à nier le fait ; de mon côté, je l'affirme. Les expérimentateurs impartiaux jugeront.

M. Bernard a constaté comme moi l'existence de la dextrine dans le sang et les tissus des grands herbivores sur lesquels il a expérimenté. Or, ce fait étant reconnu vrai, il me semble que les conclusions que j'en ai tirées seront un jour ou l'autre admises comme étant de la plus stricte logique. En effet, il y a de la dextrine dans le sang ; on ne niera point, j'espère, qu'il s'y trouve aussi de la diastase salivaire. Or, tout le monde sait que le résultat du contact de ces deux corps est nécessairement du glycose. Je l'ai démontré d'ailleurs expérimentalement. (Même commission.)

— M. TIGRI adresse de Sienne les analyses en double exemplaire de deux mémoires de chirurgie qu'il avait précédemment envoyés au concours pour les prix de la fondation Montyon. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. POZNANSKI présente le modèle d'un sphygmomètre auquel il a fait subir quelques changements qu'il considère comme des améliorations. (Renvoi à l'examen des commissaires nommés pour le précédent sphygmomètre : MM. Serres, Andral, Babinet.)

Physiologie de la moelle épinière. — M. BROWN-SÉQUARD adresse un travail intitulé *Notes sur quelques points importants de la physiologie de la moelle épinière*, en réponse à un mémoire présenté à l'Académie le 11 mars dernier, par M. Chauveau. Dans ce mémoire, l'auteur a essayé de montrer que les théories proposées par M. Brown-Séquard concernant la transmission des impressions sensitives sont fondées sur une fausse interprétation des faits.

M. Brown-Séquard s'est proposé, dans cette réponse, de faire voir en partie par des faits nouveaux que l'erreur n'est pas de son côté.

Des faits exposés dans cette note il ressort :

1° Que s'il y a lieu d'admettre que certaines parties blanches de la moelle épinière participent à la transmission des impressions sensitives, c'est surtout, néanmoins, dans la substance grise que cette transmission s'opère ;

2° Que les éléments producteurs des impressions sensitives font leur entre-croisement en majeure partie, sinon en totalité, dans la moelle épinière.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours pour la place de chirurgien-major de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, aura lieu à l'Hôtel-Dieu de cette ville le 25 janvier 1858.

Les candidats devront se faire inscrire quinze jours au moins avant cette époque au secrétariat de l'administration, à l'Hôtel-Dieu. Nul ne pourra concourir s'il n'est Français ou naturalisé Français, et s'il n'est porteur d'un diplôme de docteur en médecine ou en chirurgie, délivré par l'une des trois Facultés de médecine.

La durée des fonctions du chirurgien-major de l'Antiquaille est de six ans, à partir du 1er janvier 1861. En attendant cette époque, il lui sera donné aussitôt après sa nomination un service permanent.

Le traitement est de douze cents francs par an. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— Un jeune savant, M. H. de Martinet, propose dans l'*Ami des Sciences* l'érection d'une statue à l'illustre Thénard. Voici un extrait de la lettre qu'il a adressée à ce journal :

« Le baron Thénard, chez qui ni l'âge ni la fortune n'avaient affadi le cœur, a le premier commencé la réalisation d'une grande œuvre, en fondant la Société de secours des Amis des sciences.

» Vous savez avec quelle noblesse il s'acquitta de la mission qu'il s'était imposée. On louange ceux qui *font du bien après leur mort*, quel éloge donner à ceux qui se dépouillent de leur vivant ?

» Le marbre et le bronze transmettent aux générations le souvenir des grands citoyens. Elevons donc une statue à Thénard devant l'Institut, son temple. Au passant habitué à ne voir glorifier que les gens de guerre, elle montrera la nouvelle société récompensant le travail.

» Sur le piédestal, simplement ses armes : trois creusets, son nom :

THÉNARD,

MEMBRE DE L'INSTITUT,

FONDATEUR DE LA SOCIÉTÉ DE SECOURS DES AMIS DES SCIENCES.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Parent, né à Beaune (Côte-d'Or) ; *Causes et mécanisme de la rétention d'urine.*

Mérentié, né à Marseille (Bouches-du-Rhône) ; *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur quelques points de l'histoire du typhus (fièvre pétéchiale).*

Lehardy, né à Caen (Calvados) ; *Du traitement de la variole et de sa prophylaxie.*

Le Gérant.

Paris — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

 N° 92. — JEUDI 6 AOUT 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 5 AOUT 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a entendu dans cette séance deux lectures, l'une de M. Bérard, l'autre de M. le docteur Gubler, candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. Le travail de M. Gubler a pour objet et pour titre l'étude de l'origine et des conditions de développement de la mucédinée du muguet.

L'histoire des plantes parasites a pris depuis quelque temps une grande importance dans la science. Naturalistes et médecins, micrographes et cliniciens ont également concouru depuis quelques années par des travaux nombreux et importants à l'étude de cette branche intéressante d'histoire naturelle et de pathologie comparée. M. Gubler, qui est autant naturaliste que médecin, et qui, à ce double titre, est familier avec les recherches micrographiques, a déjà publié sur ce sujet plusieurs monographies très-estimées, qui ont ajouté quelques espèces nouvelles à la liste des mucédinées et des algues parasites de l'homme.

Dans le travail qu'il a lu hier à l'Académie, et qui n'est pas moins intéressant au point de vue botanique qu'utile pour la médecine pratique, M. Gubler a entrepris de rechercher l'origine et les conditions de développement du végétal cryptogame de la famille des mucédinées, connu par les botanistes sous le nom d'oïdium albicans, qui constitue suivant lui le muguet, et d'étudier sa signification et sa valeur comme élément morbide, ainsi que les moyens de s'opposer à son apparition ou de le détruire lorsqu'il est formé.

L'étude de ce parasite a naturellement conduit M. Gubler à toucher en passant à la question si controversée et si diversement résolue des générations spontanées. Il pense, et cette opinion nous paraît appuyée sur toutes sortes de bons motifs, que si cette question n'a pas encore reçu de solution satisfaisante, c'est qu'elle n'a jamais été bien posée. En reconnaissant, par exemple, que c'est avec raison que la presque universalité des physiologistes de nos jours repousse les générations spontanées, en tant que ces mots exprimeraient qu'un être organisé vivant puisse être formé de toutes pièces aux dépens de la matière brute, ou en d'autres termes, qu'il peut se faire des créations véritables, M. Gubler est disposé à admettre que des parties séparées d'un organisme supérieur peuvent continuer à vivre sous une forme nouvelle et d'une vie différente; que les mêmes germes, placés dans des conditions différentes, peuvent développer des végétaux dissemblables; en un mot, il reconnaît en principe, sinon l'existence, du moins la possibilité des hétérogénies.

Cette partie du travail de M. Gubler est traitée avec une grande force de logique et une grande élévation de vues; nous ne faisons que la signaler ici, espérant que son remarquable mémoire sera prochainement publié.

Quant aux faits et aux déductions pratiques qui ressortent de ces recherches, on les trouvera résumés sous forme de propositions dans le compte rendu.

La lecture de M. Bérard est une suite des recherches que le savant professeur de physiologie a entreprises avec M. Colin sur les fonctions du pancréas. C'est une réfutation, sans désignation d'auteur, des considérations présentées dans la dernière séance à l'Académie par M. le docteur Blaise Poinsot.

A quatre heures et demie l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de la section de thérapeutique sur les candidats.

L'élection aura lieu mardi prochain. — Dr Brochin.

L'ALGÉRIE ET LES PHTHISIQUES.

Il m'a pris un jour fantaisie de rechercher le nombre des remèdes employés contre la phthisie : j'en trouvai 92 également recommandables, ou du moins également recommandés. N'est-il pas surprenant qu'avec un arsenal pharmaceutique si bien pourvu, on meure encore de la poitrine ? Grâce à M. le docteur Churchill, cela ne se verra plus guère.

Notre honorable confrère nous apprend, en effet, que la cause immédiate de la diathèse tuberculeuse résulte de la diminution dans l'économie du phosphore qui s'y trouve à l'état oxygénable; que la prophylaxie et le remède spécifique de cette maladie consistent dans l'emploi de l'hypophosphite de soude ou de chaux. Avec ce médicament, pris même à petite dose, sur 35 tuberculeux parvenus au deuxième ou au troisième degré, 17 ont guéri entre les mains de M. Churchill. Voilà certainement un prodigieux résultat ; je ne le conteste pas (ce qui serait une injure), mais j'ai peur pour lui. Les déceptions sont si communes en thérapeutique, que souvent une découverte née le matin meurt le soir ; une journée a été sa vie, l'erreur est son nom.

La conséquence naturelle des succès obtenus par M. Churchill serait de rendre inutile désormais toute recherche relative au traitement de la phthisie ; les traînards seuls pourraient encore songer à l'influence climatérique en faveur des poitrinaires.

Si l'hypophosphite de soude prospère, tant mieux ; s'il fait la culbute dans le fossé, qu'il y reste. En attendant, et au risque de me fourvoyer dans les vieux sentiers, je poursuis le travail que j'ai entrepris sur l'efficacité des pays chauds dans le traitement prophylactique et curatif de la diathèse tuberculeuse.

Avant de conseiller ou d'interdire aux poitrinaires la résidence de l'Algérie, il faut de toute nécessité rechercher si la tuberculisation est commune ou non dans cette contrée, et ce qu'y deviennent les cas de provenance étrangère.

Il y a longtemps déjà que l'Académie de médecine a fait de ces questions l'objet d'un programme d'études, qui depuis lors s'est rempli de documents assez nombreux et assez précis pour qu'il soit possible aujourd'hui d'assigner au climat algérien sa véritable place parmi les influences favorables, nuisibles ou indifférentes aux tuberculeux. En 1843, Casimir Broussais, établissant la statistique obituaire de notre armée dans le nord de l'Afrique, ne trouvait qu'un cas de décès par phthisie sur 100 morts, et un cas de phthisie sur 561 malades. Des relevés statistiques fournis par les différents hôpitaux de la médecine militaire, démontrent toutefois que la proportion des phthisiques n'est pas absolument la même sur tous les points de l'Algérie. Ainsi, à Lalla-Magrhenia, sur un mouvement de 10,000 malades, dans une période de deux ans, M. Feuillet a constaté un chiffre rond de 1,500 décès, parmi lesquels 8 seulement causés par la phthisie, c'est-à-dire environ 1/2 pour 100. A Médéah, sur 609 malades, pas un tuberculeux. En 1851, sur 2,000 malades reçus à l'hôpital de Biskara, on ne trouve pas un seul phthisique. Dans d'autres localités, la proportion des tuberculeux, comparée au chiffre des malades et à celui des décès, est un peu moins satisfaisante.

Quoi qu'il en soit, il résulte de l'ensemble des documents que j'ai dépouillés que la proportion de la phthisie est avec les autres maladies comme 1 : 514; que la proportion des décès par phthisie est à la mortalité générale comme 1 : 78,55. D'où il suit que la population militaire compte moins de tuberculeux en Algérie qu'en France.

On a cherché à ruiner la valeur de cette proposition, en objectant que les observations faites en Afrique reposent sur le chiffre des malades, chiffre très-variable, et dans lequel entrent des unités factices, le même sujet comptant autant de fois qu'il est entré à l'hôpital.

A cela, je réponds qu'on n'opère pas autrement en France ; que les statistiques semestrielles s'y établissent d'après la même méthode, et que par conséquent les indications proportionnelles conservent la même signification dans les deux pays. Dans tous les cas, si on rejette comme équivoque le rapport ainsi calculé de la tuberculisation avec les autres maladies, il reste toujours comme argument péremptoire la différence des décès par phthisie dans ces deux contrées.

On fait remarquer, d'autre part, que les soldats envoyés en Afrique sont des hommes de choix ; que les infirmes, les valétudinaires, les cacochymes sont laissés aux dépôts, qui restent en France. Conséquemment, si nos régiments ne fournissent en Algérie que de rares exemples de tuberculisation, c'est que leurs rangs ont été purgés de tous les individus soupçonnés d'en porter le germe.

Opposons à ces sujets irréprochables la population civile d'Alger, par exemple, mélange de toutes les races, composée d'indigènes et d'émigrants de tout âge, vivant en partie dans des conditions déplorables de misère et d'insalubrité, véritables procès enfin pour la phthisie, et voyons si cette population en souffre plus que nos soldats.

M. l'inspecteur Guyon, résumant les cas de mortalité par phthisie portés au compte des Arabes, des juifs et des Européens qui habitent Alger, a trouvé une moyenne de 3,51 décès par phthisie sur 100 morts. Cette proportion, comme on le voit, est plus élevée que celle que j'ai notée pour l'armée d'Afrique, mais elle reste bien inférieure à celle qui s'observe dans la population civile des grandes villes en France.

Une autre objection qui a déjà servi contre la doctrine de l'antagonisme, et que l'on reproduit contre la préservation attribuée au climat algérien en ce qui concerne la phthisie, est celle-ci : les dyssenteries, les fièvres pernicieuses emportent avant le temps des sujets qui auraient pu succomber plus tard à la tuberculisation pulmonaire : il n'y a donc ici qu'un échange de mortalité contre un autre.

Il est certain que le même homme ne peut pas succomber à toutes les maladies à la fois.

Je sais fort bien qu'en Afrique un grand nombre de soldats nous sont ravis par la fièvre pernicieuse et par la dyssenterie; mais je sais aussi pour l'avoir vu que l'intoxication palustre ne sévit pas également dans tous les postes de l'Algérie; que ses ravages ont considérablement diminué partout où des localités fangeuses ont été assainies; que le chiffre de la mortalité générale dans notre armée d'occupation va toujours en décroissant, sans que pour cela la proportion des phthisiques s'y soit accrue.

Il y a longtemps que je cherche à me faire une idée exacte sur le parti que l'on peut tirer du climat algérien au profit des tuberculeux. Si je lui trouve des avantages, je me garde bien de les généraliser jusqu'à l'exagération familière à la partialité et aux entraînements juvéniles. Pour moi, je suis convaincu qu'un sujet phthisique au premier degré, qui choisirait sa résidence à propos sur le sol algérien, aurait presque la certitude d'y guérir, ou pour le moins de s'y améliorer. M. le docteur Dru a parfaitement résumé ces chances de salut ;

« Nous pensons, dit-il, que non-seulement les poitrinaires peuvent trouver sous le beau ciel d'Alger un soulagement à leur affection, mais qu'ils peuvent même y guérir. Le climat d'Alger est réfractaire à la génération et au développement des tubercules. Cette production morbide ne s'observe que très-exceptionnellement chez les indigènes. Les Européens prédisposés à la phthisie ont d'autant plus de chances d'échapper au développement ultérieur de cette maladie, qu'ils arrivent plus jeunes en Afrique. Les phthisiques au premier et au deuxième degrés, en quittant l'Europe avant les premiers froids et en arrivant à Alger à la fin des chaleurs, au commencement d'octobre, se trouvent dans les meilleures conditions pour recevoir l'influence salutaire du climat. Le maximum d'action de cette heureuse influence se fait surtout ressentir pendant le premier hiver passé à Alger. La force prophylactique, palliative et curative du climat se soutient encore pendant les années suivantes, mais à un moindre degré. Elle devient presque nulle pendant les très-grandes chaleurs, qui sont même contraires aux phthisiques très-avancés. »

Dans ce passage, que je reproduis avec plaisir, M. Dru stipule pour la ville d'Alger seulement. Il ne s'ensuit pas néanmoins que les autres parties du territoire africain ne puissent convenir aussi comme refuges salutaires aux tuberculeux. Il n'y aurait à en excepter que Constantine, dont l'influence néfaste se révèle par un chiffre comparativement plus élevé dans la mortalité pour cause de phthisie. Ainsi, sur 2,300 malades, je trouve qu'on y a perdu 15 tuberculeux. Des soldats atteints, en France, de rhumes opiniâtres, et qu'ils avaient presque oubliés à Alger, les ont vu reparaître à Constantine. Ces hommes auraient peut-être fini par succomber si on ne les eût rapatriés.

Si j'avais à diriger un tuberculeux vers l'Afrique, je lui conseillerais de s'établir dans quelqu'une des anfractuosités du Sahel. L'aspect de la mer, le voisinage d'Alger, des promenades faciles et variées, une atmosphère tiède et tranquille, font de cette résidence le lieu le plus propre à la transplantation des poitrinaires. La saison d'hiver dans une contrée de cette espèce a cela de précieux, comme le fait remarquer M. Lévy, qu'elle offre à ces malades les diversions dont ils ont tant besoin, et qu'elle leur permet l'exercice presque journalier à l'air libre. Beaucoup d'autres stations néanmoins, dispersées sur le sol africain, pourraient être utilisées dans

le même but et avec le même profit ; elles n'ont qu'un inconvénient, c'est d'être encore environnées par la solitude, la compagne la plus dangereuse pour les tuberculeux.

Grotius, en parlant de la France, dit que c'est le plus beau royaume après celui des cieux. Façonnée par l'industrie et la civilisation françaises, l'Algérie deviendra, elle, la terre promise des phthisiques.

En donnant le signalement des localités méridionales qui peuvent seconder la guérison de la diathèse tuberculeuse, je n'ai décrit que des instruments ; je déterminerai prochainement les règles et les conditions de leur emploi. Dr CHAMPOUILLON.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

Kyste hydatique du foie. — Cautérisations avec la pâte de Vienne ; ponction et injection iodée.

Vous vous souvenez que dans la dernière séance nous avons pratiqué la ponction d'un kyste hydatique du foie dans le but de vérifier le diagnostic que nous avions porté avec le concours de plusieurs médecins de cet hôpital, et notamment de M. le docteur Bourdon. Le liquide que nous avons obtenu par cette ponction purement exploratrice était parfaitement limpide, incolore, et ne précipitait pas par la chaleur et l'acide nitrique, toutes circonstances qui confirment pleinement le diagnostic déjà établi, les kystes autres que des kystes hydatiques renfermant toujours des liquides coagulables. Il ne nous restait donc plus qu'à procéder à l'emploi des moyens qui nous paraissaient les plus propres à amener la cure radicale du kyste.

Deux méthodes se partagent à cet égard les suffrages des praticiens, la cautérisation d'une part et d'autre part l'injection iodée.

La cautérisation a pour but et pour avantage de pénétrer, au moyen d'applications successives de caustique, dans la poche hydatique en déterminant des adhérences péritonéales susceptibles de prévenir l'effusion des matières enkystées dans la cavité de la séreuse abdominale.

L'injection iodée est un excellent moyen de modifier la surface interne des kystes hydatiques par l'inflammation modérée qu'elle y provoque, et d'amener consécutivement la cicatrisation de leurs parois. Mais, quelles que soient les précautions que l'on prenne, il peut arriver que le liquide de l'injection reflue par la voie qui vient de lui être ouverte et s'épanche dans le péritoine.

Pour concilier les avantages de ces deux méthodes, j'ai résolu de pratiquer une opération mixte, qui consistera dans l'emploi combiné de la cautérisation, de la ponction, de l'injection iodée, et, s'il y a lieu, des tubes à drainage.

Déjà, dans la dernière séance, je vous ai décrit le procédé à l'aide duquel je fais en pareil cas les applications de caustique de Vienne. Je n'y reviendrai pas. Vous pouvez voir dès à présent le résultat des deux applications que j'ai faites depuis huit jours.

Aujourd'hui nous allons pratiquer la ponction et l'injection iodée. Nous nous servirons pour la ponction d'un trocart un peu gros, et pour l'injection d'un liquide composé de 60 grammes d'iode, 2 grammes d'iodure de potassium et 120 grammes d'eau distillée. La seringue doit être chargée lentement et purgée d'air avec soin. Il faut aussi pousser l'injection avec une certaine lenteur, afin de donner au liquide le temps de pénétrer dans toutes les parties de la poche.

L'injection une fois faite, on recouvrira les eschares d'une cuirasse de sparadrap.

Si l'inflammation produite par l'iode reste modérée, et si l'on voit s'apaiser peu à peu les phénomènes qui témoignent d'un travail phlegmasique, nous n'aurons d'autres soins à prendre que ceux qu'exige le pansement des eschares.

Si, au contraire, les accidents inflammatoires devenaient trop intenses, et si l'on avait lieu de croire à un travail de suppuration, au moyen d'une ponction faite à travers les eschares on donnerait issue aux produits purulents, et par un drainage convenablement établi, grâce en même temps aux adhérences déjà obtenues, on épuiserait peu à peu le contenu de la poche, de manière à rendre possible le rapprochement et la cicatrisation de ses parois.

Le liquide évacué par la ponction était de couleur citrine, transparent, et coagulable par l'acide nitrique et par la chaleur. Cette coagulabilité, qui manquait d'une manière absolue dans le liquide retiré il y a huit jours, prouve que la ponction explorative, quoique exempte de tout accident inflammatoire dans ses suites immédiates, a suffi pour exciter dans la poche un certain degré d'inflammation et pour modifier la composition du liquide primitif de la poche hydatique.

Amputation partielle de la langue par la méthode de l'écrasement linéaire.

Nous avons à pratiquer une amputation partielle de la langue pour un cancroïde situé à l'extrémité gauche de cet organe, chez un homme âgé d'environ soixante ans.

Nous avons interrogé avec soin les antécédents de ce malade, afin de déterminer si l'affection ne reconnaissait pas une origine syphilitique. Nos recherches à cet égard nous ayant conduit à un résultat négatif, il nous reste démontré que l'induration, d'apparence blanchâtre et ulcérée, que l'on voit sur la langue de cet homme, appartient à la classe des tumeurs épithéliales.

Le procédé auquel nous aurons recours pour l'ablation de cet épithélioma est bien simple. Il consistera à implanter à la base de la tumeur et dans les tissus sains trois aiguilles, au-dessous desquelles on placera une ligature de manière à former un pédicule sur lequel on appliquera la chaîne d'un écraseur.

L'écrasement seul peut nous affranchir des inconvénients et des dangers auxquels nous exposeraient les méthodes connues jusqu'ici. Avec l'excision nous aurions le danger de l'hémorrhagie, danger augmenté encore par l'excessive mobilité de la langue, par ses alternatives incessantes de volume, par la présence des fluides salivaires qui constituent un agent permanent de dissolution, lequel fait obstacle à la coagulation du sang sur l'orifice des vaisseaux divisés.

La cautérisation échappe à plusieurs des objections qui peuvent être adressées à l'instrument tranchant ; mais il faut remarquer que les cautères s'éteignent très-promptement au sein d'une cavité maintenue dans un état continuel d'humidité, qu'ils ne détruisent que des épaisseurs très-considérables des tissus sur lesquels on les applique ; qu'ils suscitent des inflammations très-violentes ; que les escharres deviennent promptement humides et entrent en putréfaction longtemps avant le moment de leur expulsion définitive.

Quant à la ligature, elle donne lieu à un empoisonnement putride, qui s'explique par la décomposition du pus et de l'escharre sous la triple influence d'une température élevée, d'une humidité continue et d'un accès permanent de l'air atmosphérique.

Pour tous ces motifs, la méthode de l'écrasement nous paraît être le meilleur mode d'action chirurgicale qu'il convienne d'adopter pour la destruction des tumeurs de la langue en général et pour l'ablation du cancroïde que nous avons à opérer dans le cas particulier.

L'opération, pratiquée d'après les principes que nous avons posés, a cependant donné lieu à l'écoulement d'une certaine quantité de sang; mais nous devons à la vérité de dire que le malade a fait pendant l'opération un mouvement très-brusque qui a pu amener l'entrebâillement de quelques vaisseaux ; d'une autre part, que cette petite hémorrhagie s'est arrêtée d'elle-même, sous les yeux des spectateurs, avant que le malade eût été reconduit à son lit.

Amputation d'un sarcocèle volumineux par écrasement linéaire.

L'amputation du testicule est une opération assez grave pour qu'on ne néglige aucune des précautions à l'aide desquelles on peut donner au diagnostic la plus grande somme de certitude possible.

Chez le jeune homme que je vous présente, et qui me paraît atteint d'un encéphaloïde du testicule gauche, bien que les commémoratifs et toutes les apparences extérieures militent en faveur du diagnostic porté, je crois devoir cependant recourir à un dernier moyen de vérification, la ponction exploratrice.

Il faut savoir en effet qu'il est arrivé plus d'une fois, même à des chirurgiens d'un très-grand mérite, de porter l'instrument tranchant sur des testicules qu'ils avaient tout à fait à tort supposés cancéreux. C'est ainsi qu'une hématocèle a pu, dans certains cas, en imposer pour un sarcocèle.

En 1844, à l'époque où je faisais à l'Hôtel-Dieu le service de Breschet, comme chirurgien du bureau central, j'ai traité un homme de trente-huit ans, serrurier, qui présentait un engorgement inflammatoire chronique du testicule droit, avec induration et bosselures simulant un sarcocèle. Avant de porter un jugement définitif sur la nature de la tumeur, je soumis pendant quelques semaines le malade à un traitement consistant dans l'emploi des pilules de Sédillot, de la tisane de Feltz, et des onctions sur la partie engorgée avec l'onguent napolitain. La tumeur diminua progressivement de poids et de volume, et le testicule revint peu à peu à sa forme et à son volume naturels.

Aujourd'hui, il est vrai, les esprits sont fortement prémunis contre la tendance à juger légèrement dans les cas de cette nature. Nous devons toutefois nous mettre en garde par tous les moyens possibles contre une méprise qui nous conduirait à prendre une mesure aussi rigoureuse que l'amputation.

La pénétration du trocart fin dans cette tumeur élastique ne donnant lieu qu'à la sortie d'un peu de sang et venant confirmer l'hypothèse d'un cancer, nous allons procéder à l'ablation de l'organe malade.

C'est une opération assez grave que l'amputation du testicule, si grave même aux yeux de beaucoup de chirurgiens, que pour prévenir les dangers auxquels elle donne lieu, savoir : l'hémorrhagie, les accidents nerveux, le phlegmon par diffusion, mais l'hémorrhagie surtout, il n'est sorte de procédés que les chirurgiens n'aient imaginés. Ligature en masse du cordon, ligature isolée des vaisseaux, cautère actuel, emploi des ciseaux, froissement préalable des vaisseaux (Ledran), ligature en masse près de l'anneau (Purmann), ligature au-dessus de l'épididyme (Bertrandi), ligature sur un point intermédiaire (Hœnel) ; constriction de la ligature aussi forte que possible et d'emblée (Franco, Pearson), constriction graduelle (Gauthier), tout a été essayé, et malgré cela personne encore parmi les chirurgiens ne se déclare complétement satisfait.

L'écrasement linéaire, qui nous permet de clore les vaisseaux sans les lier, répond donc à un besoin réel de la chirurgie dans l'opération de la castration, et nous donne toutes les garanties désirables. Voici comment nous l'appliquerons au cas particulier :

Je ponctionnerai les bourses de part en part avec un trocart, en arrière des éléments du cordon préalablement soulevés dans un pli de la peau, au voisinage de l'anneau inguinal externe ; puis, dans la canule du trocart, j'engagerai un fil ciré qui servira lui-même de conducteur à la chaîne d'un écraseur. Cette première ligature métallique sera disposée dans le sens transversal, de manière à sectionner le cordon et la portion de peau qui lui correspond.

Un second écraseur sera introduit de la même manière au moyen d'un trocart passé dans la voie déjà faite, et servira à opérer la section du scrotum dans le sens de sa hauteur, de manière à séparer la bourse saine de la bourse malade.

La tumeur a pu être enlevée par le procédé qui vient d'être décrit sans aucune effusion de sang, bien que le cordon n'eût été préalablement étreint par aucune ligature. On n'a fait aucun point de suture; la plaie a été simplement recouverte d'un pansement par occlusion.

Le malade avait été préalablement endormi au moyen du chloroforme.

DE L'EXFOLIATION DE LA MUQUEUSE UTÉRINE (1).

Par le docteur EUGÈNE GIRAUDET, professeur suppléant à l'École préparatoire de Tours.

Les productions pathologiques décrites dans notre premier article, et comprises autrefois sous le nom général de môles, sont très-rares chez les animaux, si l'on en juge par le silence des auteurs vétérinaires. J'ai pu observer cependant un certain nombre de faits de cette nature ; voici dans quelle circonstance. On signalait depuis le commencement de l'année 1855, la stérilité d'un grand nombre de brebis et de vaches élevées en Touraine ; ces animaux, après un laps de temps qui variait entre trois et quatre mois, à partir de l'époque de la saillie, étaient atteints d'un écoulement vaginal de plus en plus abondant ; le liquide était d'abord clair, gluant, fortement alcalin, puis devenait par instants d'une couleur plus foncée, pour disparaître et revenir plus tard sous son premier aspect. Ces animaux avaient tous subi les approches du mâle, les uns jusqu'à quinze fois, à des époques et dans des localités différentes, sans aucun résultat notable.

Le premier utérus que j'examinai appartenait à une vache de sept ans. L'écoulement vaginal remontait à trois mois, et durait encore à l'époque où l'animal fût abattu. Son aspect extérieur était assez naturel, seulement les cotylédons, très-apparents à cette période de développement de l'organe gestateur, par leur relief sur la face extérieure, étaient invisibles. (Longueur de la corne droite, 60 centimètres ; corne gauche, 50 centimètres.

En fendant avec précaution une des cornes, il s'échappa en abondance un liquide d'abord transparent, puis bientôt mêlé à des matières grumeleuses, épaisses, très-adhérentes. La face interne ne présentait plus que quelques cotylédons au sommet droit ; ces cotylédons se détachaient sous une légère traction, entraînant avec eux des fragments de la muqueuse soulevée par places ; son épaisseur était plus grande, sa teinte plus foncée. Dans les points exfoliés, on voyait une membrane blanche, fibreuse, fort dense, qui constituait à elle seule les parois utérines ; les ovaires contenaient des corps jaunes récents, et des vésicules de Graaf, à diverses périodes de leur développement.

Dans un second utérus, appartenant à une vache de six ans, le liquide qui distendait les cornes renfermait des fragments entiers de cotylédons plus volumineux qu'à l'état normal. Ces fragments membraneux, dont la dimension variait entre 2 et 4 centimètres, étaient pelotonnés sur eux-mêmes et mélangés de caillots sanguins légèrement décolorés ; leur côté externe, en rapport avec l'utérus, était tomenteux, très-vasculaire ; l'autre face était lisse et d'une couleur jaunâtre. L'épithélium était détruit dans une grande étendue de la surface libre. Soumis au microscope, ces fragments m'ont offert les glandules caractéristiques des cotylédons des ruminants, de l'épithélium et des éléments fibrineux. Les ovaires étaient parfaitement sains ; l'animal ne produisait plus depuis deux ans.

Un troisième utérus, d'une brebis de trois ans, ne différait des précédents que par la coloration noirâtre des lambeaux membraneux et du liquide. Les cotylédons utérins, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, étaient détachés en grande partie et nageaient sous forme de petites couronnes dans le liquide. Ceux qui adhéraient encore à l'utérus contenaient dans leurs cavités les houppes villeuses du chorion, rompues au niveau du bord externe du bourrelet placentaire. Il n'existait aucune trace de fœtus. Les ovaires et les extrémités des cornes utérines étaient sains.

En ouvrant l'utérus d'une chienne âgée de cinq ans, dont les deux cornes étaient dilatées sous forme d'ampoules assez volumineuses pour faire croire à la présence de fœtus avancés, il s'échappa un liquide sanguinolent, noirâtre, puis des fragments membraneux allongés. La face interne des cornes était fortement injectée, et de distance en distance on voyait des points où la muqueuse était détachée comme par une macération. Une ligne rouge plus foncée indiquait les limites de l'exfoliation. Les fragments, détachés de la muqueuse, étaient composés de deux sortes de follicules, les uns larges et peu profonds, les autres beaucoup plus larges, tortueux et ramifiés ; du tissu cellulaire, de l'épithélium altéré et de riches anastomoses vasculaires séparaient ces glandules. Les ovaires étaient sains.

J'aurais pu encore rapporter ici un certain nombre d'observations si je n'avais craint de fatiguer l'attention par des détails et des répétitions, toujours nuisibles à l'évidence des corollaires.

(1) Voir le numéro du 23 juin.

Morgagni a rapporté deux faits analogues au précédent, observés sur des chiennes; Gottwald également; Vallisnieri a décrit aussi une de ces môles, mais de telle sorte qu'il avoue de lui-même qu'on jugeait difficilement si c'était quelque production contre nature née de la substance même de l'utérus.

S'il y a des points d'analogie entre ces exfoliations chez la femme et les animaux cités précédemment, il y a aussi de grandes dissemblances. Ainsi les symptômes pathologiques observés chez ces animaux diffèrent notablement et se réduisent à un écoulement d'un liquide tout à fait spécial. La santé de l'animal ne paraît nullement altérée pendant toute la durée de l'affection; son appétit reste le même; la marche de l'exfoliation en est beaucoup plus longue que chez la femme, le pronostic plus grave; la stérilité est le plus souvent la suite inévitable; les points d'analogie portent sur ce fait réellement remarquable : chez les ruminants, les cotylédons sont les points de la muqueuse utérine où l'on retrouve tous les éléments caractéristiques de la muqueuse utérine de la femme (follicules divers), et ce sont précisément ces cotylédons qui s'exfolient de préférence aux autres parties; de part et d'autre, il y a ampliation considérable dans l'organe gestateur, et l'on ne trouve aucune trace des produits de la conception. Dans les carnassiers (chienne, chatte), l'analogie est plus frappante; l'exfoliation est précédée d'un écoulement sanguinolent; la muqueuse peut se détacher par fragments ou en totalité.

En résumé, l'exfoliation d'une partie de la muqueuse utérine s'accomplit normalement chez la femme pour produire la caduque; elle peut aussi avoir lieu accidentellement pathologiquement, sans rapports sexuels. Le travail de l'exfoliation peut se faire par lambeaux membraneux ou par totalité; dans ce dernier cas, il est plus rapide et les suites en sont moins graves.

Les conséquences de la chute d'une portion de la muqueuse utérine sont d'une importance médiocre et n'entraînent pas la stérilité chez la femme. Chez les ruminants, les cotylédons ne se reproduisant plus, la stérilité sera d'autant moins inévitable que la quantité de cotylédons détachés sera plus grande; en outre, chez ces derniers, l'exfoliation est purement accidentelle et peut revêtir les formes d'une véritable épidémie, très-inquiétante sous le rapport de la production de ces animaux.

Chez les carnassiers, il y a plus d'analogie avec ce qui se passe chez la femme, la muqueuse pouvant se reproduire partiellement ou en totalité. Les causes premières de l'exfoliation accidentelle ne sont pas encore appréciables.

NOTE SUR UNE NOUVELLE CEINTURE HYPOGASTRIQUE

à pelote à air, dans le traitement des déplacements de l'utérus,

Par M. le docteur A. BERNARD.

Tous les praticiens savent les malaises et les souffrances auxquels sont exposés les femmes qui présentent un déplacement de l'utérus. Depuis quelques années on a cherché bien des moyens pour remédier à cette infirmité. Les uns ont proposé des corps inflexibles qu'il fallait introduire dans le vagin, mais bientôt une inflammation non-seulement de ce conduit, mais encore des organes importants qui l'avoisinent (vessie, rectum) avait contraint d'abandonner l'usage des pessaires. Les autres songèrent alors à pallier les inconvénients attachés aux déplacements de l'utérus par des ceintures hypogastriques, pour venir en aide aux relâchements des ligaments larges et agir sur le fond de l'utérus. De grandes difficultés surgirent dans l'application de cette idée : car le soutien ne pouvait être que *médiat*, les parois de l'abdomen, la vessie, le péritoine, venaient s'interposer. Pour rendre la pression suffisante, il fallut employer beaucoup de force; des accidents se produisirent et on dut avoir recours à de nouveaux procédés.

La grande erreur à laquelle avaient sacrifié tous les inventeurs consistait à se servir de substances dures et inflexibles pour exercer une compression sur ces parties si délicates du corps. Ce système était rempli de danger et ne pouvait être adopté. C'est alors que M. Bourjeaurd, ancien chirurgien de la marine, qui s'était depuis longtemps livré à des études approfondies sur les diverses questions de déligation, songea à employer des ceintures élastiques et des pelotes remplies d'air, qui, après avoir rendu de si grands services comme bandages berniaires, semblaient promettre autant d'avantages dans les déplacements de l'utérus. Il était naturel de penser qu'un tissu élastique viendrait parfaitement en aide à la faiblesse des ligaments larges, et voici de quelle manière M. Bourjeaurd établit son nouveau système, composé d'une ceinture et d'une pelote à air.

La ceinture, qui est construite d'après le principe *spiral* de M. Bourjeaurd, contourne les hanches et exerce une compression sur les parois de l'abdomen. De cette manière, la masse des intestins est soutenue et ne pèse plus sur les organes pelviens; une des causes du déplacement de l'utérus est ainsi écartée. A la partie antérieure et inférieure de la ceinture, on adapte un coussinet rempli d'air. Son diamètre le plus considérable est le transverse, et sa grandeur est calculée de manière à couvrir les parties molles situées au-dessus du pubis, à demi-hauteur de l'ombilic et du centre du ligament de Poupart d'un côté, à la même place du côté opposé.

La pelote à air, formée en avant d'une plaque métallique, présente un tube élastique fermé au moyen d'une petite *cheville*. Lorsqu'on insuffle de l'air, la distension de la pelote a lieu en arrière; la plaque métallique placée en avant empêche la distension dans cette direction, et comme elle n'est pas en contact avec les parties molles, elle ne peut donner lieu à aucun accident. Enfin, une courroie maintient la plaque et permet d'augmenter la pression sans avoir recours au tube d'insufflation.

Aujourd'hui que les inconvénients du pessaire sont généralement reconnus, tous les médecins, et surtout les accoucheurs, apprécieront la valeur de ce bandage. La femme est-elle en état de gestation, la ceinture sans la pelote à air permettra de soutenir les parois de l'abdomen; et quand, après la parturition, elle commencera à marcher, à l'aide de la ceinture et de la pelote à air, on pourra prévenir tout déplacement de l'utérus.

Cette ceinture hypogastrique, employée avec beaucoup de succès en Angleterre, nous semble remplir toutes les indications d'une compression douce et efficace, et mérite d'être signalée à l'attention du praticien.

ULCÈRE CONTAGIEUX DE MOZAMBIQUE.

Par M. le docteur VINSON.

Cette affection, dont nos livres classiques ne font pas mention, importée d'Afrique, avait été observée déjà aux îles de la Réunion: elle avait disparu avec la traite, qui était son principal aliment; mais elle est revenue avec les hommes libres que la côte d'Afrique envoie à la colonie.

Elle est caractérisée par un ulcère d'étendue variable, mais disposé à s'agrandir et à acquérir des dimensions considérables, toujours situé aux membres inférieurs, éminemment contagieux, sécrétant une matière séro sanieuse, fétide et abondante, qui pénètre en quelques heures les bandages les mieux faits. Cet ulcère débute par une petite plaie presque imperceptible, qui peu à peu devient une surface ordinairement ronde, quelquefois ovale, saignante ou blafarde, semée de granulations charnues, relevée sur ses bords par une sorte d'ourlet blanchâtre, déprimée au centre. Son aspect fongueux simule un vésicatoire ancien. Il est quelquefois assez profond pour entamer les plans musculaires.

Ce genre d'ulcère n'a été vu par M. Vinson qu'aux jambes. Il débute quelquefois entre les orteils, et s'étale ensuite sur le pied.

Un caractère tranché de la maladie est sa contagiosité. Dans les deux circonstances où l'auteur a eu occasion de la voir, elle avait été transmise une fois à des Indiens par une femme de Madagascar, et la seconde fois, par deux Cafres, à douze compatriotes avec lesquels ils avaient communiqué dans une île des Séchelles. « Il était évident, dit l'auteur (et cela n'échappa à personne), que la matière contagieuse était transportée et transmise par les mouches, qui abondaient dans l'établissement, où les retiennent les bœufs de charroi et les mules toujours en nombre dans les manufactures de sucre. Il devint facile de s'assurer que tous les Indiens *qui se blessaient aux jambes*, quelque légères que fussent leurs blessures, les voyaient rapidement se transformer en ulcères et multiplier ainsi les foyers de contagion. »

La guérison est rare, et l'on ne connaît pas de traitement dont l'efficacité, à un degré quelconque, soit bien démontrée.

La maladie est désignée dans le pays sous le nom de *pian;* mais elle diffère du pian véritable décrit par les dermatologues. Voici comment l'auteur établit cette distinction :

« Dans sa forme élémentaire, le pian est une affection tuberculeuse qui se termine par suppuration. Dans l'ulcère contagieux, le point initial, lorsqu'il est donné de le saisir, est une simple élevure au centre de laquelle naît une excoriation légère. Cette petite plaie, insignifiante d'abord, acquiert en quelques jours une étendue considérable. Le premier début échappe souvent au sujet, qui rapporte à une blessure inaperçue l'origine de sa maladie. Quelquefois aussi c'est sur une plaie de cette nature, accidentelle et simple, que la matière contagieuse a été déposée. Dès ce moment, la rapidité de l'extension de la plaie et ses caractères indiquent que c'est un ulcère de cette nature. En peu de temps, en effet, la plaie s'étend, et en trois jours elle a pris des dimensions remarquables.

» On note dans le pian une fièvre d'invasion (forme de fièvre éruptive); dans l'ulcère contagieux la fièvre manque, ou elle n'arrive que lorsque les tissus profonds viennent à être affectés; l'étendue des désordres donne lieu alors à des accidents consécutifs graves et inflammatoires, auxquels la fièvre se mêle nécessairement.

» Le pian apparaît sur le front, sur les bras, sur la poitrine, ainsi que l'indiquent les observations des auteurs. L'ulcère contagieux ne se montre communément qu'aux membres pelviens. J'ai cité un cas où il était apparu accidentellement à la région lombaire, mais le sujet était déjà infecté à la jambe de façon à réclamer l'amputation.

» Le pian présente plusieurs tubercules qui s'ulcèrent et parmi lesquels il existe une ulcération dominante qui prend le nom de *maman-pian*. L'ulcère contagieux de Mozambique est presque toujours unique; quelquefois il en existe deux chez le même individu, mais ces cas se montrent pour un tiers au plus : il ne m'a pas été donné encore d'observer trois ulcères sur le même individu.

» Le vrai pian existe à l'île de la Réunion, importé de la côte d'Afrique ou de Madagascar; mais je l'ai toujours trouvé conforme à la description des auteurs et différent de l'ulcère contagieux de Mozambique. » (*Moniteur de l'île de la Réunion.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 août 1857. — Présidence de M. Michel LÉVY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. Bernier, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Romorantin (Loir-et-Cher), sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné en 1857 dans la commune de Nonan-le-Fuselin (commission des épidémies);

2° Un mémoire sur une épidémie de variole qui a régné à Plancher-les-Mines en 1856-1857, par M. le docteur V. Poulet. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Poznanski communique une note sur un nouveau sphygmomètre. (Commissaire, M. Poiseuille.)

— M. le docteur Le Calvé adresse un mémoire sur le traitement de la goutte et du rhumatisme. (Commissaire, M. Bouillaud).

— MM. Jeannel et L. Monsel adressent un mémoire sur l'action comparative du perchlorure et du persulfate de fer considérés comme coagulants. (Commissaires : MM. Caventou, Robinet et Poggiale.)

— M. Pouillien adresse la lettre suivante :

« M. Mathieu ayant présenté à l'Académie, dans la dernière séance, un irrigateur vaginal à double courant, j'ai l'honneur de vous rappeler que j'ai présenté, le 5 avril 1855, un appareil absolument semblable dont je suis l'inventeur.

L'expérimentation publique dans les hôpitaux et son emploi journalier dans la pratique civile, surtout par MM. Jobert (de Lamballe), Nélaton, Monod, Michon, Robert, Denonvilliers, Hervez de Chégoin, Huguier, Nonat, etc., etc., l'ont élevé au rôle d'appareil si utile, que je viens réclamer la priorité de son invention, et faire valoir mes droits auprès de la savante Compagnie. »

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Mirault (d'Angers), membre correspondant de l'Académie, est présent à la séance.

LECTURES.

Origine et conditions de développement de la mucédinée du muguet. — M. GUBLER fit un travail ayant pour titre : *Etude sur l'origine et les conditions de développement de la mucédinée du muguet* (*Oïdium albicans*).

Ce travail peut se résumer dans les propositions suivantes :

1° Les concrétions d'apparence pultacée, connues des cliniciens sous le nom de muguet, sont constituées par un champignon de la famille des mucédinées, l'oïdium albicans.

2° Sans recourir à l'hypothèse des générations spontanées, nous admettons que l'oïdium provient de spores disséminées dans l'atmosphère, dont quelques-unes se fixent à l'entrée du tube digestif et s'y développent.

3° Si le muguet doit son origine à des spores apportées par l'air, ces spores étant nécessairement plus abondantes là où règne la maladie, l'invasion du cryptogame est plus imminente pour ceux qui habitent ces lieux.

Un espace confiné, une salle de malades, par exemple, où se trouvent des sujets atteints de muguet, peut donc en quelque sorte constituer un foyer d'infection, le cryptogame se transmettant ainsi d'un individu contaminé à un individu sain par l'intermédiaire de l'air.

4° Il existe un autre mode de propagation par contagion proprement dite, comme le démontrent les expériences suivies de succès dans lesquelles les filaments byssoïdes empruntés à un enfant malade et portés dans la bouche saine d'un autre enfant ont reproduit le muguet chez celui-ci.

5° Mais les spores en suspension dans l'atmosphère qui viennent s'attacher à la muqueuse buccale, ou les filaments de thallus qui sont apportés accidentellement dans la bouche, ne produisent pas fatalement le muguet; le développement de ce champignon microscopique exige des conditions qui ne se rencontrent que dans certains états morbides. Les maladies dans lesquelles on a le plus souvent l'occasion d'observer le muguet sont les dérangements des voies digestives chez les enfants du premier âge, et chez les adultes, la phthisie pulmonaire à sa dernière période, la fièvre typhoïde, les angines.

Dans ces affections diverses on retrouve un caractère commun : c'est l'état morbide des voies digestives avec altération des sécrétions buccales, qui d'alcalines sont devenues acides.

6° Tout porte à penser que cette réaction est la condition d'où dépend le développement de l'oïdium albicans, car, d'une part, elle est constante tant que la végétation cryptogamique est progressive ou au moins stationnaire, et d'autre part, on sait que l'état acide des liqueurs tenant en dissolution des matières organiques favorise singulièrement l'apparition des moisissures; enfin, la clinique nous enseigne qu'en dehors des agents de destruction mécaniques ou caustiques, il n'y a pas de meilleur moyen de le faire disparaître sans retour que d'employer les alcalins.

Les spores de l'oïdium albicans, rencontrant donc un milieu acide, y germent rapidement comme dans un terrain qui leur convient. Leurs filaments se développent soit dans les amas de cellules épithéliales en desquamation, mêlées à des concrétions de mucus altéré et à des parcelles alimentaires, soit dans l'intervalle laissé entre le derme muqueux et l'épithélium soulevé, soit enfin dans les cavités glandulaires.

Le cryptogame vit uniquement aux dépens de cet humus approprié; il ne pénètre pas dans l'interstice des tissus, et n'emprunte rien aux sucs en circulation. C'est donc un faux parasite.

D'ailleurs, la présence de l'oxygène est utile à l'oïdium albicans comme aux autres mucédinées; les régions accessibles à l'air sont précisément celles où il pullule.

8° La production du muguet est donc un simple accident, un épiphénomène, si l'on veut, dans le cours d'affections variables quant à leur nature et à leur gravité.

9° Toutefois il peut constituer une complication en ce sens que bouchant les conduits glandulaires, tapissant les surfaces muqueuses d'une couche plus ou moins épaisse et continue, entretenant la fermentation acide des produits sécrétés, à la manière du cryptogame de la levûre (*cerevisia*) pour la fermentation alcoolique, irritant même par sa pré-

sence les surfaces sur lesquelles il s'est fixé, il s'opposerait ainsi pendant un certain temps au retour vers l'état normal.

10° Quelques conséquences thérapeutiques peuvent être déduites de toutes ces propositions. D'abord, il importe de soustraire les enfants sains au voisinage et surtout au contact des sujets attaqués par le cryptogame; ensuite, si le muguet est développé, il faut en débarrasser mécaniquement les régions envahies, ou même le détruire sur place avec le nitrate d'argent, les lotionner avec une solution fortement alcaline, et même administrer l'eau de Vichy en boisson, pourvu qu'il n'y ait pas de contre-indication tirée de l'état général du sujet.

En un mot, c'est dans la pseudo-diphtérite du muguet qu'il faut chercher le triomphe des alcalins.

— M. BÉRARD lit une note sur cette question : « Quand on a intercepté les voies pancréatiques connues, reste-t-il quelques parties accessoires capables de suppléer les premières ? »

Lorsque le 21 avril dernier, dit M. Bérard, j'eus l'honneur de lire à l'Académie un mémoire sur les fonctions du pancréas, il me vint à la pensée d'y joindre une note sur la signification de ce qu'on nomme le petit conduit du pancréas, et sur quelques parties accessoires de cette glande. Je craignis cependant de rompre l'unité de mon travail et de distraire mal à propos l'attention que je voulais appeler tout entière sur la formation d'un chyle chargé de graisse, sans intervention de suc pancréatique. D'un autre côté, avant de donner suite à ce projet, il fallait s'assurer qu'il y avait là une question digne de l'Académie.

Je m'étais demandé en premier lieu si le petit conduit pancréatique chez les animaux qui le possèdent, pouvait utilement suppléer le conduit principal et annihiler en quelque sorte les résultats des expériences entreprises sur ce dernier.

Mais, me disais-je, chez les chiens, principales victimes de nos expériences, ce que nous faisons sur le gros conduit, nous avons soin de le répéter sur le petit. Si nous lions le premier, nous entourons ensuite le second d'une ligature ; si nous réséquons l'un, nous ne manquons pas de retrancher immédiatement un morceau de l'autre, etc. Si enfin nous extirpons tous les corps du pancréas, nous emportons avec lui deux canaux qui le traversent. Il n'y a donc rien à mettre en discussion devant l'Académie.

Mais, me disais-je encore, nous n'avons pas borné à l'espèce canine nos recherches sur les conditions de l'absorption des matières grasses. C'est sur un autre ordre de mammifères, c'est sur les grands ruminants que nous avons entrepris cette série d'expériences que personne avant nous n'avait tentées, que personne ne semble avoir répétées; expériences enfin qui attendent un contradicteur. Ne serait-il pas convenable de dissiper le doute qu'a pu faire naître sur la légitimité de nos conclusions, l'existence d'un petit canal qui, chez certains sujets de l'espèce bovine, passe du pancréas dans les voies biliaires?

Mais y avait-il seulement matière à doute?

Une vache, au canal thoracique de laquelle nous établirons une fistule, nous donne en vingt-quatre heures 41 litres d'un chyle émulsionné comme l'est celui d'un ruminant. Pour émulsionner le chyle, le pancréas a fourni son liquide par un conduit excréteur qui, injecté, a le volume du doigt indicateur d'un adulte. Peut-on admettre que, dans le cas où on détournerait au dehors le suc que verse cet énorme conduit, le canal filiforme que je vous présente verserait dans l'intestin de quoi émulsionner ces 40 litres de chyle? J'eus à peine posé cette question, que je compris tout le ridicule qui s'attachait à mes paroles, si je m'avisais de l'agiter devant l'Académie.

J'ai voulu essayer cependant.

Le conduit excréteur d'une glande représente, comme vous le savez, un arbre dont le tronc est au lieu d'émergence de conduit, et dont les rameaux, divisés et subdivisés dans le tissu de cette glande, aboutissent enfin aux lobules et aux culs-de-sac glandulaires. S'il y a deux conduits excréteurs, il y a deux arbres communiquant ou ne communiquant pas l'un avec l'autre et ayant chacun leurs branches, leurs rameaux, leurs lobules et leurs culs-de-sac glandulaires. Eh bien, chez les animaux de l'espèce bovine, il y a deux conduits excréteurs (quand le petit existe), et cependant il n'y a qu'un arbre.

Les ramifications de cet arbre unique, représenté par le gros conduit, se répandent dans toute la masse du pancréas; mais parmi ces ramifications il s'en trouve une qui, au lieu de prendre naissance comme les autres dans les culs-de-sac glandulaires, aboutit au canal cholédoque. Voilà le petit canal qui véritablement ne réunit pas les conditions d'un conduit excréteur.

Avant de quitter ce sujet, je ferai remarquer à l'Académie que si on tirait le gros conduit, on ferait refluer par le petit du fluide pancréatique dans l'intestin. Mais dans nos expériences le suc est simplement détourné; il coule au dehors par la canule adaptée au canal pancréatique : rien ne le sollicite ni ne le pousse vers l'intestin.

Faut-il dire, enfin, qu'il n'y a plus d'objections possibles à nos conclusions, lorsque le petit canal manque. Les cas d'absence complète de ce canal ne nous sont pas contestés.

M. Bérard examine ensuite le point relatif aux petites masses glandulaires supplémentaires dont on a parlé, et qui, dans le cas d'interruption des canaux excréteurs, verseraient encore dans l'intestin assez de suc pancréatique pour tenir lieu de l'appareil principal.

Il rapporte l'expérience suivante qu'il a faite avec M. Colin : Sur un cheval on lia le canal cholédoque et le canal pancréatique; on jeta une troisième ligature sur l'orifice pylorique et une quatrième sur la fin du duodénum, après avoir autant que possible vidé cet intestin de ce qu'il contenait par une pression extérieure.

On comprend que dans cet état un animal n'est pas destiné à vivre bien longtemps. En effet, on le tue au bout d'une heure et demie. On ouvre le duodénum, et de cet intestin qui était vide au commencement de l'expérience, on retire un liquide dont la transparence dépasse celle du plus beau cristal et dont la viscosité est telle, que si on incline le bord du vase qui le contient, il s'échappe en une masse unique, ou reste en entier dans ce vase. D'autres caractères le distinguent du suc pancréatique : il n'émulsionne pas les graisses; le suc pancréatique les émulsionne ; il n'acidifie point les corps gras; le suc pancréatique les acidifie; il n'est point coagulable par la chaleur; le suc pancréatique normal se coagule comme du blanc d'œuf, etc.

Ce liquide, suivant M. Bérard, est sécrété par le prétendu pancréas secondaire de certains auteurs. Que reste-t-il donc pour constituer ce fameux pancréas secondaire? ajoute M. Bérard. Rien chez un certain nombre de sujets, et chez les autres un appendice insignifiant par son volume.

— A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de la section de thérapeutique sur le classement des candidats.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 7 mai 1857. — Présidence de M. DUBOIS.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Fistule lacrymale. — M. MAGNE donne des nouvelles de l'enfant qu'il a opéré de la fistule lacrymale en injectant dans le sac de la teinture d'iode pure. Le petit malade est complétement guéri depuis un mois.

Gestation anormale. — M. MATTEI lit la note suivante, relative à la malade dont M. Duhamel a entretenu la Société dans la dernière séance.

Mme D..., couturière, de taille moyenne, de bonne constitution, habite Paris depuis dix ans. Elle n'a jamais eu de maladies graves, si ce n'est une atteinte de choléra. Réglée à seize ans, depuis lors elle l'a toujours été régulièrement pendant six jours, sans indisposition préalable. Il y a onze ans, elle a eu une première grossesse qui s'est bien passée, et elle est accouchée à terme et heureusement, après vingt et une heures de travail : suites de couches naturelles; elle a nourri son enfant.

Au bout de neuf ans, seconde grossesse aussi heureuse que la première; elle n'a été souffrante que pendant les quinze derniers jours. A ce moment, elle éprouvait des douleurs de ventre causées par les mouvements actifs de l'enfant, et ressentait en même temps une pesanteur douloureuse dans le flanc droit. Cette fois, les grandes douleurs n'ont duré que deux heures; l'accouchement a été spontané. L'enfant est mort vingt-deux jours après sa naissance.

Depuis cette couche, Mme D... était assez bien portante, mais avait évidemment perdu beaucoup de ses forces; il y a de cela bientôt deux ans. Cinq à six semaines après sa couche, les règles ont reparu et sont revenues bien régulièrement depuis lors, sans être accompagnées de pertes blanches.

Le 23 mars 1856, l'écoulement menstruel s'est montré beaucoup plus abondant que d'habitude, quoique à l'époque ordinaire. Depuis ce moment rien n'a plus reparu, ce qui a fait penser à la malade qu'elle était enceinte. Cependant, six semaines après cette perte, elle a eu de nouveau une légère apparition sanguine pendant une douzaine de jours.

Sept semaines après cet écoulement, elle a été prise de frissons et de douleurs hypogastriques, avec des vomissements glaireux. Cet état était accompagné de fièvre; on lui appliqua des sangsues sur le ventre; dans les grossesses précédentes, elle n'avait jamais eu de vomissements. Les accidents se sont renouvelés à plusieurs semaines d'intervalle, jusqu'à trois fois. En dehors de ces phénomènes insolites, sa santé, sans être compromise, n'était cependant pas parfaite. Le ventre grossissait, et était douloureux d'une manière constante, du côté droit plus que du côté gauche. Mme D... dit avoir senti les mouvements de l'enfant vers la fin du mois de septembre, et elle a continué à les percevoir, quoique plus faibles que dans les autres grossesses, jusqu'à la fin de décembre, époque à laquelle elle pensait devoir accoucher.

Une sage-femme que l'on fit venir crut que le travail était déjà fort avancé, et que l'accouchement serait prochain ; elle sentait, disait-elle, la tête dans l'excavation. Elle passa toute une journée près de la malade, et voyant que l'accouchement ne se faisait pas, elle fit prendre de l'ergot de seigle, puis ordonna un bain; mais les douleurs, loin d'augmenter, se calmèrent entièrement.

Le 2 janvier, un léger écoulement de sang se montra; il augmenta bientôt et dura pendant quinze jours, aussi abondant que pendant les périodes menstruelles ordinaires. Pendant ce temps aussi, les seins se gonflèrent, et du lait coula par les mamelons. Depuis cette époque, Mme D... n'a plus senti remuer son enfant. Elle a ressenti des frissons, de la fièvre; constipation alternant avec de la diarrhée; ces accidents se sont renouvelés plusieurs fois. Depuis lors aussi, elle a été de plus en plus souffrante jusqu'au commencement de mars; on s'est borné pour tout traitement à des cataplasmes laudanisés et à quelques bains entiers. Pendant ce temps, le ventre a plutôt diminué qu'augmenté de volume. Enfin, la malade a commencé à éprouver de l'amélioration dans son état : elle s'est levée; aujourd'hui, elle se sent notablement mieux.

D'après tout ce qui précède, il y aurait donc eu grossesse, puis mort de l'enfant, et elle porterait aujourd'hui un enfant mort dans la matrice. Voyons ce qui résulte de l'examen local.

Au palper abdominal, on trouve le ventre volumineux comme dans une grossesse de six mois. On trouve dans l'hypogastre une tumeur très-développée dans le sens transversal, et semblant offrir une dépression à sa partie supérieure et moyenne. Ce n'est pas la forme de l'utérus gravide à cette époque de la grossesse.

Si l'on appuie un peu fortement, on constate qu'à gauche surtout l'exploration est douloureuse, et l'on sent une tumeur tendue également dans toutes ses parties. Cette consistance n'est pas celle d'un corps tout à fait solide, comme celle des corps fibreux; elle offre plutôt la tension d'un kyste, et la percussion montre qu'il y a du liquide que l'on met en mouvement par une légère secousse périphérique, au moyen d'une chiquenaude, par exemple. Cette tumeur renferme donc du liquide à la partie antéro-supérieure, et cependant sa forme n'est pas celle d'un kyste, uniloculaire surtout.

Une sensation trompeuse est perçue en haut et à gauche. C'est celle d'un corps allongé transversalement, de moyenne consistance, et qui se meut facilement sous la pression. Pour un observateur non habitué à la pratique du palper, il serait possible de croire à la présence d'un membre; mais un examen prolongé avec le plus grand soin fait reconnaître que c'est le côlon transverse, senti à travers une paroi abdominale mince.

A dire vrai, je ne l'ai jamais perçue aussi superficiellement. Cette partie mobile est située hors de la tumeur; mais si, à gauche et profondément, on palpe la tumeur elle-même, on y perçoit un corps mobile peu volumineux qui paraît être dans l'intérieur du kyste. Cette sensation n'est pas claire à cause de la profondeur des tissus.

Rien de pareil à droite; on dirait même que de ce côté la consistance de la tumeur est plus grande que partout ailleurs.

Lorsque la femme se meut, la tumeur tout entière tombe sur la partie la plus déclive; à l'auscultation, on ne distingue aucun bruit, pas même de bruit de souffle.

Ces signes semblent, d'autre part, se réunir pour inspirer des doutes sérieux sur l'existence d'une grossesse; cependant, sous ce rapport non plus, on ne peut se prononcer d'une manière certaine.

Le toucher vaginal donne des renseignements plus positifs. On constate que le petit bassin est rempli par une tumeur de consistance dure, uniforme, semblable à celle d'un corps fibreux. Cette tumeur s'étend depuis l'orifice utérin et sur toute la lèvre postérieure du col, dont elle fait partie, occupant tout le cul-de-sac vaginal postérieur. Evidemment cette tumeur fait corps avec celle que l'on constate par le palper, et, la main étant appliquée sur l'épigastre, on la soulève ou on la refoule en masse. L'orifice du col est porté très-haut et en avant; le museau de tanche effacé est entr'ouvert, et l'on dirait que la lèvre postérieure, le constituant presque en entier, lui donne une forme allongée semi-lunaire à convexité antérieure. On ne sent pas l'utérus en avant, ou plutôt la tumeur et cet organe se confondent et ne font qu'un.

L'exploration du cul-de-sac postérieur du vagin démontre que la tumeur ne fait pas corps avec les parois du vagin ; il faut déprimer un peu cette paroi, et déplacer même quelque chose d'analogue à un liquide avant de l'atteindre. Il n'y aurait donc rien d'étonnant qu'il y eût un peu de sérosité dans le petit bassin. On ne peut pro[illegible] aucun ballottement dans la partie dure de la tumeur sans déplacer la tumeur tout entière.

Si, prenant en considération d'une part les antécédents, d'autre part l'état local, on cherche à porter un diagnostic, on arrive à ceci : que la grossesse est très-douteuse, et que, si elle existe, elle doit être interstitielle dans la paroi postérieure de l'utérus. Je serais plutôt tenté de croire à un corps fibreux de l'utérus avec kyste à la partie supérieure, c'est-à-dire que l'utérus offrirait une tumeur fibreuse enkystée dans la paroi postérieure, d'où le kyste se serait étendu à la paroi antérieure.

Depuis le moment où j'ai vu cette malade, je lui ai prescrit un régime tonique et ferrugineux pour réparer ses forces, et en effet, hier, trois semaines après le commencement de la médication, elle se trouvait un peu mieux. Pas de changement du côté du ventre.

M. DUBOIS. Dans les appréciations de M. Mattei, une chose me frappe, c'est la grossesse interstitielle dans la paroi postérieure de l'utérus ; il serait plus convenable de dire dans la portion de l'utérus traversée par la trompe, la grossesse interstitielle n'étant autre chose que le développement de l'ovule dans un point de la trompe, d'où résulte l'écartement des fibres de l'utérus.

Du reste, il me serait impossible de formuler une opinion sur l'observation dont M. Mattei vient de donner connaissance à la Société, avant d'avoir examiné la malade.

M. DUHAMEL conduira cette femme chez M. Dubois.

Répondant à quelques questions qui lui sont adressées par divers membres de la Société, M. DUBOIS ajoute :

Il n'est pas rare de rencontrer dans la pratique de supposées grossesses remontant à dix, douze mois et plus; les phénomènes de la gestation se produisent parfois d'une manière tellement trompeuse, que certaines femmes ont pu aisément être induites en erreur. Je me rappelle entre autres une femme qui se croyait grosse depuis longtemps; il y avait eu suppression des règles, augmentation du volume de l'abdomen, nausées, vomissements, etc.; la malade prétendait en outre sentir depuis plusieurs mois les mouvements de l'enfant; ces mouvements se répétaient d'une manière intermittente et duraient un certain temps. Je constatai cependant l'absence de grossesse; mais quelque temps après cette personne vint me trouver pour me faire reconnaître, disait-elle, les mouvements de l'enfant. Je la fis étendre, et je remarquai en effet des mouvements des parois de l'abdomen, qui offraient des ondulations sur toute sa surface. Ces mouvements étaient dus à un frémissement des muscles abdominaux, mais expliquaient suffisamment l'erreur de la malade.

Je me rappelle aussi, entre autres faits, avoir été appelé auprès d'une dame qui se croyait en mal d'enfant et accusait déjà les premières douleurs. Grande fut la surprise de la dame et de son mari, qui désirait vivement un enfant, quand, après avoir touché la malade, je déclarai qu'elle n'était pas grosse.

M. ARCHAMBAULT. Cette croyance à une prétendue grossesse se fait remarquer parfois chez les aliénées. J'ai eu occasion de donner des soins à une femme aliénée qui se croyait grosse, disait sentir son enfant remuer, et prenait toutes les précautions possibles pour que la grossesse ne fût entravée par aucun accident.

Il existe d'autres aliénées qui croient à des tumeurs imaginaires, et qui se condamnent à ne se coucher que sur un seul côté, dans la crainte de la douleur qu'elles ressentiraient si elles se couchaient sur le côté occupé par leur tumeur imaginaire.

Le secrétaire annuel : Al. MAGNE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un de nos plus honorables confrères, M. le docteur Ratheau, agrégé libre de la Faculté de médecine, vient de succomber à une longue et douloureuse maladie.

— On nous demande si l'Angleterre reçoit des engagements de médecins français pour son armée des Indes, et à quelles conditions. Nous ne savons pas si la mesure que le gouvernement anglais avait prise lors de la guerre avec la Perse a été continuée pour la guerre actuelle, et nous croyons que ceux de nos confrères que cette question intéresse trouveront tous les renseignements qu'ils pourront désirer à l'ambassade anglaise, à Paris.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Résumé de la discussion sur l'éthérisation envisagée sous le rapport de la responsabilité médicale. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Des émissions sanguines dans l'hémorrhagie cérébrale. — Myodynie des femmes en couches. — De quelques topiques usités à l'hôpital Saint-Louis contre les éruptions eczémateuses et impétigineuses. — Trachéotomie nécessitée par la présence d'un haricot dans les voies respiratoires. — Température animale; élévation après la section des nerfs. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 29 juillet. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Traité du goître et du crétinisme.

RÉSUMÉ DE LA DISCUSSION SUR L'ÉTHÉRISATION ENVISAGÉE SOUS LE RAPPORT DE LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE (1).

Dans notre précédent article, nous nous sommes borné à reproduire aussi fidèlement que possible les considérations sur lesquelles M. Devergie fondait la proposition qu'il a soumise à l'Académie, et l'ensemble des objections qui lui ont été faites. C'était en réalité résumer la discussion tout entière. Cependant nous considérerions notre tâche comme incomplète si nous en restions là.

La discussion a établi que le moyen proposé par M. Devergie pour sauvegarder la responsabilité du médecin en cas d'accident n'atteignait point en réalité ce but, et la conclusion votée par l'Académie sur la proposition de M. Devergie lui-même en est la consécration la plus éclatante. Mais si l'utilité des appareils a été contestée avec raison à ce point de vue, s'il ressort des témoignages presque unanimes des chirurgiens de l'Académie que l'anesthésie s'obtient d'une manière plus facile et plus commode avec les moyens simples généralement usités dans les hôpitaux de Paris qu'avec les appareils et sans plus de danger (quelques-uns veulent même que ce soit avec moins de chances de danger), s'ensuit-il que l'usage de ces appareils doive être exclu de la pratique et qu'ils ne puissent être appelés à rendre des services sous d'autres rapports?

Seul jusque-là à défendre sa doctrine contre des objections présentées avec une telle unanimité et un tel ensemble qu'elles constituaient, comme l'a dit un de nos confrères de la presse, une formidable opposition, M. Devergie a trouvé des auxiliaires quand il s'est agi de débattre les avantages ou les inconvénients des appareils. MM. Robert et J. Guérin, en se plaçant à un point de vue différent, ont aidé M. Devergie à soutenir l'utilité des appareils.

Les partisans des appareils ont reproché aux moyens simples, à l'éponge, à la charpie, à raison de leur propriété de corps poreux, de présenter sous un petit volume une surface très-étendue, de permettre au chloroforme dont ils sont imbibés de s'évaporer avec une très-grande rapidité, et de dégager à un moment donné des vapeurs stupéfiantes trop concentrées. Que si à ce moment, a dit l'un d'eux, le récipient est un peu trop rapproché des voies respiratoires, ou si par hasard le malade vient à faire quelques inspirations rapides et profondes, il est à craindre qu'une trop grande proportion de chloroforme se trouve inhalée à la fois. C'est en vue de ces divers inconvénients qu'il leur a paru préférable de faire usage d'appareils plus précis qui, laissant moins d'importance à la main de l'opérateur, permettent d'obtenir les mêmes résultats avec une sécurité plus grande.

De tous les avantages attribués aux appareils, voici celui que M. Robert s'est surtout attaché à faire ressortir avec le plus d'insistance, comme constituant à ses yeux la plus grande garantie. Les principaux appareils (notamment les appareils Snow, Charrière et Duroy) sont pourvus d'une pièce destinée à favoriser l'évaporation du liquide anesthésique. Or, quand ces pièces sont baignées de chloroforme, elles dégagent un volume de vapeur proportionné à la surface qu'elles présentent, et ce volume ne peut jamais être dépassé, quelle que soit la quantité de liquide versée dans le récipient

Avec les appareils, disent d'un autre côté les partisans des moyens simples, on s'enlève la possibilité de voir l'expression de la physionomie, ce guide précieux, cet indice sûr de ce qui se passe dans l'économie; le mécanisme peut se déranger, l'embouchure s'adapte mal, il est souvent impossible d'apprécier les proportions d'air qui se mêle au chloroforme; avec les appareils on gêne la respiration des malades, on les effraye, et on les dispose ainsi à la syncope, le plus redoutable des accidents, celui auquel les opérés soumis à l'éthérisation sont déjà si disposés. Enfin, avec les appareils, on ne sait pas mieux en réalité la quantité de chloroforme inspirée qu'avec l'éponge ou le mouchoir.

Réduite à ces termes, la question entre les partisans et les adversaires des appareils n'aurait peut-être pas toute l'importance qu'on a paru y attacher; nous croyons qu'on a exagéré d'une part les garanties que les appareils peuvent offrir contre les chances d'accidents, comme on a exagéré aussi les dangers de l'éponge et du mouchoir. Sous le point de vue de la fréquence relative des accidents, rien ne prouve jusqu'à présent qu'elle ait été plus grande avec un moyen qu'avec un autre. Aussi lorsque M. Velpeau est venu déclarer à la tribune que d'avec l'éponge il n'avait jamais eu d'accidents, M. Robert a été tout aussi fondé à dire qu'il avait joui de la même immunité avec les appareils.

A ce point de vue purement pratique, et en se fondant sur l'expérience acquise, l'Académie a donc pu avec raison déclarer que l'éthérisation pouvait être pratiquée avec un appareil ou sans appareil. Mais la question change de face et prend une toute autre signification, si l'on envisage les appareils comme moyen de dosage.

L'utilité du dosage soulevée et soutenue par MM. J. Guérin et Devergie, implique en effet l'usage des appareils de précision; et sous ce point de vue, la question nous a paru tout à fait digne d'une étude sérieuse et approfondie.

Il est impossible, a-t-on dit, de connaître exactement les proportions de vapeurs anesthésiques mêlées à l'air. Il ne l'est pas moins d'apprécier la quantité d'air mêlé de chloroforme que les malades absorbent dans un temps donné. Ce n'est que par des tâtonnements qu'on procède et qu'on peut procéder à l'éthérisation. Quelques-uns, moins éloignés de reconnaître l'utilité du dosage, ne le repoussent qu'à cause de ses difficultés, et ils ne voient pas que les appareils puissent offrir, sous ce rapport, aucun avantage bien manifeste.

Avec des éponges creuses, une compresse conique garnie de charpie, dit M. Cloquet, on peut graduer la quantité de chloroforme nécessaire presque aussi bien, et assurer son mélange avec l'air bien mieux qu'avec les appareils les plus parfaits. Avec les appareils, on sait plus exactement la quantité de chloroforme inhalée; mais comme la quantité nécessaire est très-variable à raison de l'extrême variabilité de ses effets, il en résulte qu'on n'a aucun avantage réel à doser exactement le chloroforme.

Pour quelques esprits plus radicaux, la prétention d'administrer le chloroforme avec précision et de le doser est une chimère que l'on ne saurait réaliser dans la pratique.

En résumé, l'opinion la plus générale à l'égard du dosage est celle-ci: le dosage est impossible, aucun appareil ne peut le déterminer. Il est même inutile, parce qu'il varie comme les individus. L'organisation de l'homme, le tempérament, l'âge, les habitudes, l'état sain ou malade, les facultés affectives, les impressions morales diverses, l'idiosyncrasie, sont autant d'obstacles à son application.

Tel est l'ensemble des objections faites au dosage.

Nous ne saurions dissimuler que plusieurs de ces objections ne soient très-réelles et très-fondées. Il est très-vrai que la quantité de chloroforme ou d'éther nécessaire pour produire l'anesthésie varie beaucoup suivant les individus. Il n'est pas moins certain que ni la quantité de l'agent anesthésique à employer ni la durée de l'éthérisation ne peuvent être déterminés d'avance, tout étant subordonné ici au but à atteindre, l'extinction de la sensibilité, qui est elle-même un fait si instable.

La quantité de chloroforme, comme la durée de l'inhalation nécessaire, est celle qui produit l'anesthésie; or ce résultat est atteint, suivant les individus, avec des quantités et au bout d'un temps très-variables. C'est là sans doute une objection capitale au dosage; mais ce n'est pas une fin absolue de non-recevoir à lui opposer. Il est très-vrai, d'après les faits cliniques dont nous avons été nous-même si souvent témoin, que les quantités de chloroforme consommées à chaque éthérisation sont très-variables; mais il est très-certain que, si l'on avait pu tenir compte de l'énorme déperdition qui se fait avec les procédés en usage dans les cas où l'on a employé des doses évidemment exagérées de chloroforme, on arriverait à reconnaître bien certainement que les effets ne sont pas aussi variables qu'on paraît le croire, et qu'il ne serait probablement pas impossible de fixer au moins d'une manière approximative des limites *maxima* et *minima* qui seraient déjà un premier élément de dosage.

Mais il y a autre chose à considérer pour le dosage que la quantité absolue d'anesthésique inhalée ou plutôt consommée, c'est surtout son mélange avec l'air et la proportion nécessaire de ce mélange pour atteindre le plus sûrement le but désiré; c'est enfin la détermination des variations introduites dans les effets par la température et par une foule d'autres conditions physiques qu'il n'est ni impossible ni surtout sage de dédaigner dans l'étude de cette importante pratique de l'éthérisation.

C'est donc avec raison que M. Devergie a insisté sur quelques principes relatifs aux variations que présente l'évaporation des éthers en raison de la surface des récipients, en raison de la température, en raison des courants d'air, de la distance. Des expériences connues d'ailleurs, et que M. Devergie a rappelées dans

(1) Fin. — Voir le numéro du 1er août.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité du goître et du crétinisme, et des rapports qui existent entre ces deux affections, par M. le docteur J. P. A. FABRE, de Meironnes (Basses-Alpes) (1).

Depuis la fin du quinzième siècle, époque à laquelle il paraît avoir été signalé pour la première fois par Félix Plater, bien que son origine doive être probablement beaucoup plus ancienne dans les pays où il est endémique, le crétinisme, cette hideuse et bizarre affection qui rabaisse l'homme au-dessous du niveau de la brute, a été l'objet d'études aussi sérieuses que multipliées, et de la part d'hommes qui, à des titres divers, se sont fait un nom dans la science. Pour ne citer que les écrivains de la dernière moitié du dix-huitième siècle, nous nous contenterons de rappeler les noms de Haller, Coxe, Saussure, Malacarne, Ramond de Carbonnières, Akermann; plus près de nous, Fodéré, Georget, Esquirol, et parmi nos contemporains encore vivants, MM. Ferrus, Baillarger, Cerise, Morel, Niepce, et la commission nommée il y a quelques années par le roi de Sardaigne, ont augmenté sans nul doute la somme de nos connaissances, quant à ce qui touche beaucoup des points de cette importante question.

Et cependant, suivant nous, et de l'avis d'hommes compétents, l'histoire du crétinisme est loin encore d'être complète, principalement sous le double rapport de l'étiologie et du traitement, ces deux points culminants de toute étude pathologique.

Aujourd'hui, voici venir un homme, modeste praticien de province, qui depuis plus de trente ans établi dans l'un des départements les plus infectés de crétins, les Basses-Alpes, a consacré tous les loisirs que lui laissait la pénible profession de médecin de campagne, à recueillir des faits, à observer des individus, des familles entières, à remonter aux généalogies de ces infortunés, et qui espère avoir enfin trouvé le nœud de la difficulté, avoir éclairé la genèse du crétinisme, partant être arrivé à la connaissance des moyens propres, non pas à guérir le *crétin*, en tant qu'individu, mais à attaquer le *crétinisme* dans sa source, à en empêcher le développement, à le faire disparaître enfin par des pratiques basées en partie sur la thérapeutique, en partie sur l'hygiène.

Exposons tout d'abord ces doctrines, qui méritent certainement à tous égards un sérieux examen.

Pour M. Fabre, le crétinisme consiste dans une évolution organique tardive de formation, irrégulière et souvent incomplète de structure, d'origine héréditaire, souvent accompagnée de goître, tellement faible d'activité vitale et intellectuelle surtout qu'elle peut aller des nuances de l'hébétude jusqu'à l'obtusion complète de la pensée.

Mais, et c'est ici le point de vue original et nouveau de son livre, il affirme et il démontre par l'observation longtemps continuée des faits, que le *crétinisme dans les enfants suppose, lorsqu'il est endémique, la préexistence du goître à l'état de développement considérable chez les ascendants.* En d'autres termes, le crétin peut être ou n'être pas affecté de goître; mais *toujours* dans ses ascendants on trouvera une succession plus ou moins considérable de goîtreux. On ne verra jamais, par exemple, comme l'a prétendu M. Niepce, de sujets devenant crétins à une première génération. La maladie commencera dans une famille par le goître, et si les membres de cette famille s'allient à ceux d'une autre famille dans les mêmes conditions, si des croisements successifs et multipliés avec des individus appartenant à des familles saines ne viennent pas contre-balancer cette prédisposition héréditaire fâcheuse, elle aboutira forcément et fatalement au crétinisme; en un mot, comme l'a dit énergiquement M. Fabre dans une phrase aussi concise qu'expressive, *le goître est le père du crétinisme.*

D'où la justification du titre de son ouvrage : *Des rapports qui existent entre le goître et le crétinisme*, et la division de son travail en deux parties : 1° l'histoire du goître; 2° celle du crétinisme, comme corollaire et conséquence inévitable.

Ce n'est pas tout d'avancer, il faut prouver. C'est ce qu'a essayé de faire M. Fabre, et nous croyons qu'il y est parvenu. Suivons-le dans sa démonstration.

Le goître endémique, dit-il, et ici il est d'accord avec la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette affection au point de vue de la

(1) 1 vol. in-8°, avec 4 planches, prix : 6 fr. — Chez Labé.

cette discussion, établissent que ce qu'il propose de faire pour l'homme a déjà été fait pour les animaux. La proportion du mélange d'air et de chloroforme nécessaire pour produire à volonté l'anesthésie ou la mort chez les chiens a été déterminée.

D'un autre côté, des expériences entreprises par M. J. Guérin dans le but de produire à volonté tous les degrés, toutes les formes, toutes les variations d'intoxication chloroformique, l'ont convaincu qu'on pouvait, suivant telle ou telle dose de chloroforme et telle méthode de chloroformisation, renfermer l'action toxique ou anesthésique du chloroforme dans des limites précises et presque rigoureuses.

Pourquoi ne pas utiliser ces données expérimentales en reportant des expériences physiologiques à la pratique de l'éthérisation ce qu'il serait raisonnable d'y reporter, une fois la part faite aux différences d'espèce, à la différence des conditions et du but que l'on se propose? Sans doute, il y a lieu, en effet, de ne pas méconnaître que chaque espèce a ses aptitudes et sa susceptibilité propres, et qu'on ne peut rigoureusement conclure à cet égard de ce qui se passe chez des chiens à ce qui devra se passer chez l'homme; d'autant qu'il y a ici des conditions toutes spéciales à l'homme, à son régime et à ses habitudes, sans parler des nuances infinies des idiosyncrasies individuelles, qui infirmeraient plus d'une fois ces déductions.

Mais il ne faut non plus rien exagérer sous ce rapport; et les différences ne peuvent être telles que ce qui se passe dans un cas ne puisse servir au moins de renseignement et d'indication pour l'autre cas. Si l'on ne peut arriver chez l'homme, vu les causes nombreuses d'instabilité qui lui sont inhérentes, à la précision des effets obtenus sur les animaux, du moins peut-on espérer d'en approcher; et si les appareils étaient susceptibles de produire ce résultat, nous ne voyons vraiment pas pourquoi on continuerait à les exclure systématiquement de la pratique, pourquoi surtout l'on ne chercherait pas à les perfectionner et à les débarrasser de quelques uns des inconvénients qu'on leur a reprochés avec raison.

Nous avons toujours parlé jusqu'à présent des appareils d'une manière générale, sans en spécifier aucun et surtout sans chercher à en apprécier les mérites respectifs, ce qui nous aurait conduit beaucoup trop loin. Cependant nous ne voulons pas laisser échapper cette occasion de signaler à l'attention de nos lecteurs l'appareil de M. Reynaud, généralement usité dans la marine, et sur lequel MM. Lecoq, Berchon et Laforgue nous ont transmis des renseignements que nous nous sommes empressé de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Cet appareil, ou plutôt cet excipient, qui par sa simplicité se rapproche beaucoup du cornet ou de l'éponge, tandis qu'il réalise par une disposition très-simple et très-ingénieuse une partie des avantages que l'on attend des appareils mécaniques, nous paraît satisfaire à la plus grande partie des indications et des besoins de la pratique. On aura pu juger d'ailleurs de la nature des services qu'il a rendus dans des circonstances difficiles par les détails pleins d'intérêt que renferme la lettre de M. le docteur Laforgue.

Nous nous résumons donc, en disant que s'il est vrai qu'au point de vue pratique les témoignages des chirurgiens sont, jusqu'à présent, plutôt en faveur des moyens simples en usage et du tâtonnement, qu'en faveur des appareils et du dosage, il n'en résulte pas que la pratique actuelle doive rester définitivement renfermée dans les mêmes errements, qu'elle soit le dernier mot de l'art et qu'il ne reste plus rien à faire pour perfectionner l'éthérisation. Nous croyons, au contraire, que la question du dosage, soulevée dans cette discussion, est un des *desideratа* de l'éthérisation que cette discussion a eu pour effet de signaler, et que les efforts de la science doivent tendre désormais vers la réalisation de ce but.

Sur ce terrain, on le voit, nous sommes heureux de nous rapprocher de M. Devergie, dont, à notre grand regret, nous avions dû jusque-là combattre les doctrines.

Ces quelques considérations expliquent la réserve que nous avons faite à l'égard de la conclusion votée par l'Académie. Cette conclusion, en effet, disait trop en mettant sur la même ligne les appareils et les moyens simples, si l'on s'en tient à l'état actuel de la science, car elle n'exprimait pas l'esprit véritable de la discussion; et au point de vue que nous venons d'indiquer, elle engage trop l'avenir. Voilà pourquoi nous exprimions, il y a quelques jours, l'opinion que mieux eût valu s'abstenir et laisser à chacun le soin de s'inspirer des faits et des opinions qui ressortent de la discussion.

Quoi qu'il en soit, et quelque stériles que puissent être les conséquences de cette discussion par rapport au point principal qui en a été l'objet, il est certain qu'elle ne peut avoir qu'une influence heureuse sur l'avenir de l'éthérisation, en appelant l'attention des praticiens et celle des expérimentateurs sur quelques-uns des points qui demandent une nouvelle étude. Et bien que M. Devergie n'ait pas atteint le but qu'il se proposait, sa communication n'en aura pas moins été utile.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des émissions sanguines dans l'hémorrhagie cérébrale.

Dans la Revue clinique du 18 juillet dernier, nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur les opinions émises par M. Trousseau, d'une part, sur le diagnostic différentiel des paralysies de la face proprement dites et des paralysies de la face liées à une lésion du cerveau; d'autre part, sur l'inopportunité et le danger des émissions sanguines pratiquées pour combattre l'hémorrhagie cérébrale. Nous avons fait sur ce dernier point quelques réserves sur lesquelles nous nous proposions de revenir, convaincu d'ailleurs que la proposition de M. Trousseau ne manquerait pas de provoquer soit des adhésions, soit des contradictions qui nous fourniraient l'occasion de reprendre cette importante question de thérapeutique. Il nous a été adressé, en effet, depuis la publication de cet article, plusieurs communications sur ce sujet. Comme il s'agit ici d'une question d'une haute portée pratique, qui ne peut être résolue que par des faits nombreux et bien observés et par le contrôle réciproque de l'expérience des partisans de la médication active et des partisans de l'abstention, nous pensons que nos lecteurs nous sauront gré, avant d'aborder la discussion, de mettre sous leurs yeux les faits et documents que quelques-uns de nos confrères ont bien voulu nous communiquer. Ce sera une sorte d'enquête préalable qui nous fournira des éléments utiles pour l'étude de la question.

La première communication qui nous est arrivée est de M. le docteur Ardouin, de Pons (Charente-Inférieure). Notre confrère commence sur le premier chef à rendre pleine justice à la sagacité d'observation et à la sûreté de diagnostic de l'éminent professeur de l'Hôtel-Dieu.

Les paralysies idiopathiques de la face ou par lésion de la septième paire, dit-il, ne sont pas rares; j'en ai observé un assez grand nombre, et toujours j'ai pu noter, comme trait caractéristique de cette affection, la paralysie complète ou à peu près du muscle orbiculaire des paupières, coïncidant avec l'absence de tout symptôme qui pût être rattaché à une hémorrhagie cérébrale. Il n'est pas moins certain que, dans les paralysies de la face, symptomatiques d'une hémorrhagie cérébrale, la myotilité des voiles palpébraux n'est jamais complétement abolie. Cette distinction capitale ne permet pas de confondre les deux maladies.

Sur le second chef, ajoute notre correspondant, les convictions ne rompront pas aussi facilement avec les traditions du passé. L'arme réputée jusqu'ici la plus sûre contre l'apoplexie, rejetée désormais comme inutile ou dangereuse, voilà une proposition hardie que l'autorité d'une vaste expérience, d'un grand nom, et d'une habileté d'observation incontestée, ne suffira pas pour faire adopter d'emblée. De la parole du maître on voudra en appeler aux faits, ce critérium de toute science et de toute vérité.

Voici ceux que M. Ardouin nous transmet comme son contingent d'observation :

1° En 1841, je suis appelé auprès de Mme N... C'est une jeune femme nouvellement mariée, de forte constitution, de tempérament lymphatique et ayant été chlorotique. Elle est prise depuis trois jours de céphalalgie et de faiblesse générale; le pouls, peu développé, est à peine fréquent; face pâle; rien du côté des organes respiratoires et du cœur. Jugeant une émission sanguine opportune, mais prenant en considération les antécédents de la malade et la prédominance du système lymphatique, je donne la préférence aux sangsues sur la lancette, et en prescris l'application à l'anus. Les parents attendaient un soulagement plus prompt de la saignée; ils me prièrent avec instance de la pratiquer. Mal me prit de céder à cette invitation; car la veine avait donné moins de 200 grammes de sang, que des accidents formidables éclataient soudainement. La face, tout à l'heure pâle, était très-injectée, le pouls bondissait avec force, des mouvements convulsifs se produisaient, la parole devenait de plus en plus embarrassée... La malade était hémiplégique. Un confrère, appelé le lendemain en consultation, trouva à propos de renouveler la saignée; le troisième jour la malade était morte.

2° En 1855, M. B... est frappé d'une attaque subite immédiatement suivie d'hémiplégie. Une première saignée n'améliore pas l'état du malade: elle est renouvelée le lendemain. Syncope pendant l'opération; mort vingt-quatre heures après.

3° V..., âgé de quarante ans, d'une forte constitution, terrassier, jouait pendant une soirée de l'hiver de 1843, lorsque les personnes présentes s'aperçurent que les cartes lui tombaient à chaque instant des mains, et que sa parole devenait inintelligible. Au bout de quelques minutes il perdait connaissance; il avait toute une moitié du corps paralysée; la sensibilité et la myotilité étaient complétement anéanties. Le cas était d'une gravité extrême; le traitement institué fut aussi des plus énergiques : cinq saignées en peu de jours, vésicatoires, purgatifs. La connaissance ne revint qu'après huit ou dix jours. Le retour du mouvement et de la sensibilité se fit longtemps attendre; mais enfin le malade récupéra assez de forces pour pouvoir se livrer à des travaux encore assez pénibles. Une seconde attaque, foudroyante cette fois, l'a emporté quelques années plus tard.

4° Le 13 décembre 1854, Mme veuve B..., âgée de soixante-treize ans, parfaitement conservée, dont l'intelligence n'avait rien perdu de la vivacité et de la fraîcheur du jeune âge, s'entretenait en famille de l'arrivée de son fils aîné qu'elle n'attendait que dans quelques jours, lorsqu'on vint la prévenir qu'il arrivait. Grandes furent sa joie et sa surprise! Quelques minutes après les adieux échangés, on remarqua avec étonnement, puis avec effroi, que la parole de Mme B..., d'abord embarrassée, était devenue tout à fait inintelligible.

Conduit auprès d'elle, je la trouvai dans l'état suivant : froid général de la peau, pâleur de la face, pouls petit, menaces de lypothymie, déviation de la bouche à droite, articulation des mots impossible; abolition complète du mouvement, mais sensibilité seulement diminuée dans les membres supérieur et inférieur du côté gauche; intelligence intacte.

Il n'y a pas que les médecins qui croient en pareil cas à l'indispensabilité de la saignée. C'est surtout dans l'opinion publique qu'est enracinée profondément cette conviction, que l'homme de l'art qui n'a pas saigné un apoplectique a failli à son devoir et au précepte le plus élémentaire de la science. Et le danger de cette croyance, c'est d'exercer une pression funeste sur le médecin, qui, à défaut d'idées bien arrêtées, ne se préoccupe que du soin de sauvegarder sa responsabilité. Tel n'était pas ici le cas. J'avais affaire, au contraire, à des intelligences éclairées auxquelles il me fut facile de faire comprendre les motifs de mon abstention. Pas une goutte de sang ne fut tirée; mais il est bien vrai qu'à l'emploi des toniques j'ajoutai l'usage des révulsifs sur la peau et sur le tube digestif.

Le résultat a été aussi prompt que satisfaisant. Le 23 décembre, la malade remuait les doigts; le 19 janvier, elle commençait à marcher.

Aujourd'hui, bien portante, elle ne conserve qu'un peu de faiblesse dans le côté gauche.

---

pathogénie, est dû principalement à la mauvaise qualité des eaux, soit qu'elles contiennent une trop forte proportion de sels calcaires et magnésiens, soit qu'elles soient insuffisamment oxygénées ou iodées.

Si l'on n'est pas encore suffisamment fixé sur les usages et la destination de la glande thyroïde, les physiologistes, et surtout les médecins qui ont pendant de longues années observé les sujets affectés d'hypertrophie de cette glande (goître), ont remarqué que le goître, comme agent mécanique de compression, entrave la circulation artérielle et veineuse du sang dans le cerveau, dans le cœur et dans les poumons, gêne la respiration et nuit à l'hématose. Tant que les effets locaux et généraux du goître sont primitifs, a observé M. Fabre, l'individu qui le porte n'en éprouve pas une altération profonde qui se traduise par l'affaiblissement marqué des organes des sens et des facultés du cerveau; mais, lorsque ces effets passent du père ou de la mère, et quelquefois de tous les deux, aux enfants, l'hérédité de ces effets, combinée avec l'action directe de nouveaux goîtres dont souvent les enfants sont atteints, lui prête une nouvelle intensité. Cette double action croît en raison composée des goîtres qui surviennent à chaque génération dans les familles, ce qui augmente à chaque génération les effets directs et réflexes du goître sur l'organisation, la vitalité du cerveau, sur toute l'économie enfin, et prépare graduellement la dégradation de l'espèce et de l'individu. Enfin, quand un goîtreux épouse une femme goîtreuse aussi, les effets généraux deviennent déjà appréciables dans les enfants à la seconde génération, et par l'association de nouveaux goîtres, plus encore à la troisième.

Quoi donc d'étonnant dès lors, si ces effets sont vrais, et personne ne saurait les contester, car ils sont le résultat de l'observation des faits; quoi d'étonnant à ce que cette succession de goîtres conduise au *crétinisme*, à l'évolution tardive de formation, irrégulière et incomplète de structure des principaux appareils organiques, et en particulier de l'organe de l'intelligence, du cerveau! Et de fait, à la troisième génération des goîtreux, il est déjà fréquent de trouver des crétineux, des demi-crétins, autrement dit des individus entachés des deux premiers degrés du crétinisme, encore susceptibles de se reproduire.

Cette influence de l'hypertrophie du corps thyroïde sur la circulation cérébrale, la respiration, l'hématose et l'innervation, M. Fabre la prouve par des faits particuliers. Sobre d'observations, comme tout auteur sérieux, il n'a pas entassé, comme on ne l'a que trop fait dans ces derniers temps, des centaines de faits pour grossir son volume. Il n'a pas tiré à la page, travers dont au reste on commence à revenir et qui s'était produit sous l'influence de certains hommes, morts déjà de leur vivant avant d'avoir pu écraser le bon sens, un instant égaré, du poids de leurs doctrines et de leurs indigestes in-octavo. Nous ne saurions trop louer notre honorable et savant confrère de sa réserve à cet endroit; c'est un mérite dont lui sauront gré ses lecteurs.

Nous croyons avoir fait suffisamment comprendre la doctrine de M. Fabre. Nous ne voulons cependant pas aller plus loin sans répéter, dans la crainte qu'on ne veuille faire dire à l'auteur plus qu'il ne prétend faire accepter lui-même : que tout goîtreux n'a pas forcément des enfants crétins, mais seulement que tout crétin a nécessairement eu un certain nombre de parents goîtreux. Nous avons indiqué plus haut comment il pouvait se faire que par des croisements successifs, par une bonne hygiène, par une thérapeutique appropriée, et surtout par la suppression des causes, la disposition goîtreuse s'arrêtait dans une famille.

On conçoit aisément que, soutenant une opinion aussi éloignée de celles qui sont généralement admises, M. Fabre ait pris partout où il les a rencontrées les preuves à l'appui de sa manière de voir. Nous n'en citerons qu'une, et des plus convaincantes, parmi celles qu'il a accumulées dans son Traité. Il l'a empruntée à l'un des hommes les plus compétents en pareille matière, à M. Chatin.

Deux communes contiguës, Fully et Saillon, situées sur la rive droite du Rhône, dans les conditions les plus identiques d'aération, d'exposition, etc., avaient été jusqu'il y a quelques années bien différemment partagées. Fully, où toute la population a le goître, était cité pour le grand nombre de ses crétins. Saillon était renommé pour la belle santé de ses habitants, parmi lesquels jadis, pas un goîtreux, pas un crétin. — Mais depuis quelques années, Saillon a perdu l'heureux privilége dont il joui sait, les goîtres et le crétinisme frappent ses habitants autant que ceux de Fully. Or, les observations du président de Saillon ont démontré que les progrès du goître, et par suite du crétinisme, datent de l'époque où, malgré les conseils des hommes instruits et intelligents du pays, la commune de Saillon, qui tirait son eau de la Salente, 2 kilomètres plus bas que Fully, a remonté sa prise d'eau tout près de celle qui alimente la première commune. L'eau

Des observations qui précèdent, M. Ardouin tire cette triple conclusion :

1° Que la saignée est funeste dans certains cas d'hémorrhagie cérébrale et hâte la mort des malades (observations 1 et 2);

2° Que, dans d'autres cas, il serait irrationnel de méconnaître son action bienfaisante et la large part qui lui revient dans la guérison obtenue (3e observation);

3° Que quelquefois au contraire, comme dans la dernière observation, on doit fonder ses meilleures chances de succès sur l'exclusion des émissions sanguines.

De ces conclusions partielles se dégage cette autre conclusion générale : que la saignée dans les hémorrhagies cérébrales ne doit être ni toujours pratiquée ni systématiquement proscrite, ce qui nous conduit à une question d'opportunité.

Voici à cet égard, dit M. Ardouin en terminant, les inspirations qui me dirigent :

En dehors des considérations d'âge, de constitution et de tempérament que je n'ai garde de négliger, j'attache une importance prépondérante, décisive, à l'état du système sanguin et à l'état de l'innervation.

Si je trouve chez mon malade les signes d'une congestion active, qui certes peut bien coexister avec la présence d'un caillot dans la pulpe cérébrale, je saigne.

S'il y a de la stupeur dans les traits, si le côté non paralysé est dans une demi-révolution, si l'innervation est abaissée, le principe vital déprimé, je m'abstiens de toute perte de sang. C'est aux toniques que je m'adresse.

— Nous avons reçu sur le même sujet une seconde communication de M. le docteur Hamon (de Fresnay), dont nous présenterons un résumé dans un des prochains numéros.

Myodynie des femmes en couches.

Une affection singulière, qui du reste n'a pas de gravité, vient de se présenter un certain nombre de fois dans le service de femmes en couches de M. le docteur Legroux à l'Hôtel-Dieu. Voici sur cette affection quelques renseignements et quelques réflexions que nous devons à l'obligeance de M. Warmont, interne du service.

Cinq ou six femmes récemment accouchées ont accusé une douleur assez vive dans les muscles du mollet. Voici comment s'est comportée cette maladie : Le jour même, ou les jours qui ont suivi l'accouchement, douleurs dans l'épaisseur des muscles de la partie postérieure de la jambe, apparaissant en général pour la première fois au moment où la malade se levait pour qu'on fît son lit; douleur continue, mais avec exacerbations, s'étendant des attaches musculaires jusqu'à leur tendon commun, s'exaspérant par les mouvements, et rendant l'extension du pied et la marche difficiles. L'une de ces malades a affirmé que la douleur augmentait par la pression; chez une autre, au contraire, la pression produisait du soulagement lorsque apparaissaient les exacerbations vives, qu'elle-même comparait à une crampe.

Chez presque toutes ces malades, cette douleur a siégé simultanément dans les deux membres. Elle a été précédée, chez une seule, de douleurs dans les genoux. Du reste, rien à la peau, ni dans le tissu cellulaire sous-cutané; ni coloration anormale, ni œdème. C'était, en un mot, une affection toute locale. Il n'y avait, d'ailleurs, pas de symptômes généraux et pas de coïncidence d'affections puerpérales dans la salle.

Il est bizarre que cette affection se présente pour la première fois à notre observation dans un service dont le personnel se renouvelle fréquemment. — Une femme nous a dit en avoir été déjà atteinte dans un accouchement antérieur.

On serait assurément fort embarrassé d'assigner à cette maladie une place dans les cadres nosologiques, et de déterminer sa nature. Nous lui imposerions volontiers provisoirement le nom de myodynie des femmes en couches, qui a l'avantage de ne rien préjuger. Sans aucun doute, cette affection présente tous les caractères du rhumatisme musculaire; mais il nous a semblé qu'il arrive rarement que cette affection siége dans ce groupe musculaire. Doit-on attribuer cette affection à l'influence du froid, qui s'exerce d'autant plus facilement que la plupart des femmes à qui nous avons affaire sont peu soigneuses d'elles-mêmes? Mais comment se ferait-il alors que l'on n'ait pas encore eu l'occasion d'observer la maladie dont il s'agit? Est-ce un pur effet du hasard, ou bien y a-t-il là quelque influence d'un ordre plus élevé dont il faille tenir compte?

M. Legroux a été, comme nous, frappé de cette coïncidence singulière.

Quoi qu'il en soit, nous ne doutons pas qu'à une certaine époque cette affection n'ait pu être considérée comme une maladie laiteuse, et il ne serait pas impossible non plus que certains auteurs peu rigoureux n'aient fait de cas semblables des cas de *phlegmatia alba dolens*. En effet, l'histoire de cette dernière maladie trahit des incertitudes et un chaos que des recherches récentes n'ont pu encore entièrement élucider.

Le traitement a dû être et a été nécessairement simple : Immobilisation du membre élevé sur des coussins, cataplasmes, embrocations d'huile de jusquiame.

De quelques topiques usités à l'hôpital Saint-Louis contre les éruptions eczémateuses et impétigineuses.

La dermatologie est peut être l'une des branches de la médecine pratique qui s'est le plus longtemps ressentie de l'influence de la doctrine de Broussais. Imbus des doctrines du réformateur, les médecins se sont longtemps opiniâtrés à combattre par des topiques antiphlogistiques les éruptions eczémateuses et impétigineuses qui constituent la masse et comme le type des éruptions dartreuses proprement dites. Cette longue persistance dans une thérapeutique aussi exclusive et éminemment insuffisante s'explique sans doute naturellement par le caractère réellement inflammatoire que présentent ces affections pendant une certaine phase; mais s'il est vrai que pendant cette phase de début les émollients sont effectivement utiles, on ne tarde pas à s'apercevoir bientôt de leur insuffisance et de leur inefficacité, pour peu que la maladie se prolonge. De là le retour vers les médications astringentes et cathérétiques dont les anciens médecins et les empiriques surtout avaient beaucoup abusé, mais que l'on avait eu évidemment le tort de trop négliger pendant une longue série d'années.

M. Gibert est l'un des médecins dermatologues qui ont le plus contribué à réhabiliter dans la pratique la médication en question et à en régulariser et méthodiser l'emploi.

En tête des topiques astringents, si utiles dans le traitement des éruptions dartreuses, M. Gibert n'hésite pas à placer les produits résineux et empyreumatiques dont les anciens faisaient un si grand usage. Le goudron purifié, uni à l'axonge, dans la proportion d'un à 3 grammes pour 30 grammes d'excipient, est employé journellement dans les salles de l'hôpital Saint-Louis, comme le résolutif par excellence des éruptions squammeuses et comme un dessicatif précieux dans les éruptions eczémateuses et impétigineuses chroniques. Mais depuis l'introduction de la glycérine dans les usages thérapeutiques, il emploie cette substance comme excipient, de préférence à l'axonge. Pour faciliter son emploi, M. Gibert applique le mélange épaissi par l'amidon, sous forme de pommade d'après le procédé de M. Garot. Ce mélange a surtout, sur les pommades ordinaires à excipient graisseux, l'avantage de s'enlever facilement avec de l'eau. Voici quelle est la formule la plus ordinaire dont on se sert dans ses salles :

Glycérolé de goudron.

Glycérine.	30 grammes.
Goudron purifié.	2 —

Ajoutez à chaud : poudre d'amidon, q. s., pour une pommade peu consistante et bien homogène.

Ce topique calme les démangeaisons, dessèche les excoriations, tarit l'exhalation, résout les rougeurs; il agit, en un mot, comme astringent et résolutif sans produire d'irritation. Aussi l'eczéma rubrum, l'impétigo, l'intertrigo, le prurigo des bourses et de l'anus, l'acné rosacea, la mentagre subinflammatoire sont-ils modifiés sous son influence de la manière la plus avantageuse.

M. Gibert fait fréquemment usage aussi d'un autre produit résineux très-connu depuis quelques années, l'huile de cade. Les propriétés empyreumatiques que cette huile résineuse possède à un beaucoup plus haut degré que le goudron, sont telles qu'on peut rarement l'appliquer pure. M. Gibert la mélange ordinairement avec de l'huile d'amandes douces ou avec de l'huile de foie de morue; on fait usage dans son service, sous le titre d'*huile cadée*, d'un mélange de deux parties d'huile de foie de morue et d'une partie d'huile de cade, qui jouit, suivant cet habile praticien, de propriétés résolutives et siccatives très-efficaces. Il a vu guérir, sous l'influence de ce topique, des eczémas dont les rougeurs excoriées et suintantes restaient stationnaires depuis plusieurs mois, malgré l'emploi extérieur et intérieur des préparations sulfureuses.

C'est surtout dans les éruptions prurigineuses, papuleuses, eczémateuses et rebelles de l'anus et des parties génitales, qui font si souvent le désespoir du malade et du médecin, que M. Gibert assure avoir eu à se louer le plus de l'emploi local de l'huile de cade. Il y joint dans ce cas l'administration assidue des bains de siége froids, et à titre de modificateur de la diastase qui entretient l'éruption, l'usage interne de la liqueur arsénicale du docteur Boudin, modifiée comme il suit :

Eau distillée.	600 grammes.
Acide arsénieux.	5 centigrammes.

En solution à chaud, on divise en six fioles, dont chacune est étiquetée pour deux jours, une demi-fiole pour dose chaque matin à jeun, ajoutée au moment de la prendre à un verre d'eau de chicorée sucrée avec du miel. M. Gibert affirme avoir vu, sous l'influence de ce traitement, guérir en quelques semaines des éruptions qui dataient de plusieurs années et qui avaient résisté aux eaux thermales et à beaucoup d'autres médications.

TRACHÉOTOMIE

nécessitée par la présence d'un haricot dans les voies respiratoires;

Par M. Aubry, professeur-adjoint à l'Ecole préparatoire de Rennes.

Jeune garçon de cinq ans. En jouant avec d'autres enfants, il jeta brusquement dans sa bouche un haricot qu'il tenait à la main. A l'instant même il se manifesta une violente quinte de toux, avec sensation de suffocation, cris, agitation, efforts pour vomir. Le corps étranger avait pénétré dans les voies aériennes.

Toutefois, le soir de l'accident, le chirurgien trouve le petit malade dans un état de calme presque complet, au point qu'il se demande si le haricot n'aurait pas été expulsé dans un effort de toux.

Le lendemain matin tous les doutes cessèrent en présence d'un phénomène fort remarquable qu'une exploration attentive permit de constater. Bien qu'il n'y ait pas une suffocation permanente, il existe du moins un certain degré de dyspnée, et lorsque l'enfant parle ou tousse, elle augmente au point de constituer de véritables crises pendant lesquelles le visage s'injecte et devient livide en même temps que les veines du cou se gonflent.

Les doigts, appliqués sur la trachée immédiatement au-dessous du larynx, perçoivent pendant la toux une sensation de choc des plus distinctes, chaque fois que la colonne d'air est violemment poussée des poumons vers le larynx, ce phénomène se reproduit nettement, indiquant ainsi d'une manière précise que le corps étranger est encore dans les voies aériennes, et, de plus, qu'il est mobile et flottant. A l'aide du stéthoscope appliqué au-devant du cou, on entend au moment du choc un bruit unique et sourd, coïncidant par conséquent avec l'expiration forcée qui accompagne la toux. L'auscultation de la poitrine fait reconnaître l'existence d'un râle sous-crépitant moyen général.

Dès lors l'opération de la trachéotomie fut décidée. On la pratiqua à peu près suivant le procédé habituel, et dès que la trachée fut ouverte, le haricot fut lancé à travers l'ouverture, dans un effort d'expiration violente, sur le ventre du petit malade.

La réunion immédiate fut tentée au moyen des serre-fines, mais on

---

étant la même pour les deux villages, les accidents sont devenus les mêmes, tandis qu'auparavant, entre la prise d'eau des deux communes, se trouvait une source thermale qui bien que n'entrant que pour 4/60e dans la composition du torrent, suffisait pour modifier la composition du liquide et en neutraliser les propriétés pernicieuses. Est-il, nous le demandons, un fait plus probant à l'appui de la double influence de la composition de l'eau sur la production du goître, et du goître sur la genèse du crétinisme?

En parlant des deux premiers degrés du crétinisme, le crétineux et le demi-crétin, nous avons ajouté ces mots : *encore susceptibles de se reproduire*. Ce n'est pas sans dessein que nous nous sommes exprimé ainsi. En effet, une fois arrivé au troisième degré, le crétin complet n'est plus capable d'exercer les fonctions génératrices. Ce qu'ont dit certains auteurs de la salacité des crétins est complétement faux. Le crétin est impuissant; ses organes génitaux sont rudimentaires, et c'est même de cette circonstance que M. Fabre fait dériver le nom qu'on leur a donné.

L'origine de ce mot, dit-il, nous paraît provenir de l'impossibilité de se reproduire, de *castrare*, châtrer. De ce mot latin bouleversé, les peuples du Midi ont fait en langue vulgaire le verbe *crestar*, qui a la même signification, et son dérivé *creston*, par lequel ils désignent les animaux domestiques qui ont subi cette opération. De *creston* a *crestin* ou *crétin*, c'est-à-dire inhabile à se reproduire, la transition est facile.

Convenons que, si elle n'est pas la véritable, l'étymologie donnée par M. Fabre ne laisse pas que d'être une des plus vraisemblables et des mieux justifiées.

Le mal une fois signalé, le traitement s'en dérive aisément. *Guérir le goître dans les individus*, dit l'auteur, *c'est prévenir le crétinisme et le déraciner du sein des populations*. Or, guérir le goître n'est pas une chose des plus difficiles; seulement, pour arriver à ce résultat, il faut, par des mesures qui ne sont nullement incompatibles avec la liberté individuelle, rendre le traitement du goître obligatoire pour la masse de la population; et à cela, l'on arrivera aussi facilement que l'on est arrivé à propager la vaccine, par exemple, en exigeant des certificats de vaccine de ceux que l'on admet dans les écoles, dans les administrations, etc. De même, on exigera de ceux qui se présenteront dans les mêmes circonstances, affectés de goître, une attestation que les malades ont subi par les soins gratuits des médecins cantonaux ou autres un traitement approprié, etc.

Nous sommes forcé de nous arrêter. L'espace nous manque et nous ne pouvons suivre l'auteur ni dans le développement des mesures administratives qu'il propose, ni dans le détail du traitement, encore plus hygiénique que thérapeutique, mais excessivement simple, dont l'expérience lui a démontré les bons effets.

Résumons-nous en disant que M. Fabre nous semble avoir jeté une vive lumière sur une des questions les plus importantes de la pathogénie, et avoir opéré une véritable révolution dans l'histoire jusqu'à présent si obscure du crétinisme. Certes sa doctrine est trop simple pour ne pas susciter des oppositions nombreuses. Mais il se souviendra que c'est le sort des choses les plus incontestables d'être le plus long temps combattues et le plus amèrement discutées. L'avenir montrera si la raison est de son côté, et il lui restera du moins, s'il n'assiste pas au triomphe de ses idées, la conviction qu'il a fait une œuvre consciencieuse, logique d'un bout à l'autre, pour l'accomplissement de laquelle il a été guidé par les sentiments les plus purs et les plus honorables : la passion du vrai, le désir d'être utile à l'humanité.

Dr A. Foucart.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

La Revue pharmaceutique de 1856, supplément à l'Officine pour 1857; par M. Dorvault, pharmacien. Le prix est fixé cette année, par exception, et en raison d'un travail important sur les Alcaloïdes, à 2 fr. pour Paris, et 2 fr. 25 c. rendue franco dans toute la France et l'Algérie. — Paris, chez Labé, libraire, place de l'Ecole de médecine.

Compte rendu des principaux faits observés à la clinique d'accouchements de la Faculté de Montpellier pendant les années 1852-1855, par M. le docteur B. Dunal. Brochure in-8o. — Chez tous les libraires.

Notice sur les eaux minérales de Contrexeville (Vosges), par le docteur Legrand du Saulle. Paris, 1857, brochure in-8o; chez T. Viat, libraire, cour du Commerce, 12, faubourg Saint-Germain.

ne l'obtint qu'incomplétement; toutefois l'enfant ne tarda pas à guérir sans fistule. (*Arch. gén. de méd.*)

Ce qu'il y a de plus remarquable dans cette observation, c'est, sans contredit, l'existence chez le malade de signes physiques très-précis qui ont permis de constater la présence du corps étranger, presque aussi sûrement que l'on reconnaît une pierre dans la vessie au moyen de la sonde.

Ces signes ne sont peut-être pas constants, à en juger du moins par le silence que gardent les auteurs qui ont rapporté des observations analogues. Indiqué pour la première fois par Zuinger (*Acta helvetica*), il a été rappelé à l'attention des praticiens par Dupuytren. Chez le malade qui fait le sujet de sa seconde observation (*Leçons orales*) : « On entend, dit-il, le choc du corps étranger dans la trachée, espèce de grelottement qu'on perçoit avec la plus grande facilité en appliquant l'oreille sur le haut du sternum de l'enfant, ou même seulement en écoutant de près le bruit respiratoire. » Sur un autre malade, Dupuytren a également noté « un bruit de frottement ou de choc dans les mouvements inspiratoires au bas du larynx, semblable à une soupape qui frappe alternativement les bords de l'ouverture qu'elle est destinée à fermer. »

TEMPÉRATURE ANIMALE.

Élévation après la section des nerfs.

On sait que la paralysie des nerfs est suivie d'une augmentation de chaleur dans la partie où se rendaient les nerfs ainsi lésés. Or Schiff a observé dans ses expériences à ce sujet, qu'après la section des nerfs, les vaisseaux de la partie sont distendus par une plus grande quantité de sang, ce qu'il attribue à la paralysie des nerfs vaso-moteurs; l'élévation de la température serait alors due à la présence dans les vaisseaux de cette quantité de sang surabondante. Des expériences antérieures avaient démontré que la température de la tête s'élevait après la section du grand sympathique au cou; mais Schiff fait voir que ce nerf n'est point le seul nerf vasculaire de la tête; que le nerf auriculaire du plexus cervical anime toujours une partie des vaisseaux de l'oreille; que la section de ce dernier nerf entraîne toujours dans l'oreille correspondante une augmentation de chaleur, laquelle disparaît toutefois au bout de quelques jours; et qu'enfin l'électrisation du grand sympathique et celle du nerf auriculaire, pratiquées successivement, font entrer en contraction un ordre de vaisseaux différents.

La cinquième paire envoie des filets aux vaisseaux de la conjonctive, de la pituitaire et des gencives, et la section de ce nerf produit une légère élévation de température dans ces parties. La section du nerf facial, plusieurs jours après l'ablation du ganglion cervical supérieur du grand sympathique, chez les lapins, élève encore, dans l'oreille correspondante, la température déjà accrue par la première opération; ce qui prouve que le facial doit contenir des filets vaso-moteurs qui ne lui viennent pas du grand sympathique, mais qu'il emprunte au pneumogastrique, avec lequel il s'anastomose, c'est que la section du facial immédiatement au-dessous du trou stylo-mastoïdien n'est point suivie d'une élévation de la température.

La section du nerf sciatique fait s'élever la chaleur dans le pied correspondant, et celle du plexus brachial produit un effet semblable sur la main et l'avant-bras. Schiff donne également les résultats d'une série d'expériences démontrant l'influence des centres nerveux sur la tonicité des vaisseaux. Ainsi la section d'une moitié latérale de la portion cervicale de la moelle, à une hauteur quelconque, détermine dans l'oreille correspondante une élévation de température, en même temps que le pouls artériel est plus large et plus plein. Enfin Schiff confirme cette opinion de Budge, que les nerfs vaso-moteurs de la tête contenus dans le grand sympathique proviennent de la moelle, et que ceux des cuisses semblent dériver également de la moelle à sa portion dorsale. (*Recherches sur la physiologie du système nerveux;* Francfort, 1855, et *Arch. gén. de méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 juillet 1857. — Présidence de M. Bouvier.

M. le Président annonce à la Société la présence de M. le professeur Jœger, associé étranger.

M. le professeur Jœger est invité à signer au registre.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Morel-Lavallée. A propos de la *tumeur du bras* présentée par M. Verneuil, tumeur qui changeait de consistance et de relief par la contraction du biceps, le procès-verbal contient une légère inexactitude. Je suis loin, comme on me l'a fait dire, d'abandonner l'idée que la tumeur est indépendante du muscle, et plusieurs de nos collègues qui n'ont pas pris la parole ont partagé cette opinion.

Je regrette qu'on n'ait pas appliqué l'électricité à cette tumeur; le défaut de tension, de contraction, n'eût pas manqué, suivant moi, de révéler sa nature non musculaire.

CORRESPONDANCE.

Demande de congé par M. Boinet.

— La Société reçoit les ouvrages suivants :

F. C. Faye (de Christiania) : *Under sagelser augaaende inoculation af vaccine; ag chankermaterie*, etc.

Docteur Verhæghe : 1° *Une semaine à Berlin. Coup d'œil sur l'enseignement médical en Prusse;*

2° *Chéiloplastie à la suite de l'extirpation d'un cancer à la lèvre inférieure; conservation du bord rosé de la lèvre pour reconstituer le contour de la bouche.*

COMMUNICATION.

Explosion des appareils à eau de Seltz. — M. Morel-Lavallée. J'ai le regret d'appeler de nouveau l'attention de la Société sur les dangers de ces jolis appareils qui font, en ce moment surtout, l'agrément de nos tables en nous fabricant instantanément de l'eau de Seltz. D'autres accidents sont venus s'ajouter à ceux que je vous avais déjà signalés. Cette année même, un de ces appareils a fait explosion à la salle de garde de la Pitié, et l'interne de service a eu la chance d'y échapper, comme on échappe à celle d'une bombe, en se trouvant intercalé aux rayons que décrivent les éclats. Quelque temps auparavant, une sœur de l'hôpital Cochin avait été moins heureuse; elle avait reçu au poignet une blessure assez grave pour la priver pendant trois semaines de l'usage de sa main. Enfin, hier encore, à l'hôpital de Lourcine, une sœur — je pourrais le dire de toutes — aussi intelligente que dévouée aux soins de son service, avait elle-même chargé son appareil avec toutes les précautions possibles. Bientôt après, il éclate avec la détonation d'une pièce d'artillerie et fait trembler la salle. Un fragment a enlevé à 4 mètres de distance le milieu d'une vitre aussi nettement que s'il avait été coupé au diamant. Le trou est ovalaire, et il a 10 centimètres sur 9. Le rideau qui recouvrait la vitre a été déchiré dans une moindre étendue, ce qui tient sans doute à son extrême mobilité : il a été atteint par en bas, près de son bord flottant. Ce fragment s'est arrêté contre les matelas d'un lit presque contigu. Vous pouvez juger, à la manière dont il taille le verre, de la vitesse dont il était animé. Il a passé juste par la place qu'occupe ordinairement la sœur à son bureau; mais elle venait de la quitter; aussi peut-elle se regarder comme sauvée par miracle.

Voici les débris de cet appareil; quelques-uns ont la largeur de la paume de la main et à peu près 1 centimètre d'épaisseur; cela ne peut se comparer qu'à des éclats d'obus. Vous voyez que le treillage en canne qui entoure les deux ballons n'est qu'un moyen illusoire de renforcement; il a volé en morceaux comme le reste.

Généralement, et dans ce cas-ci en particulier, c'est le ballon inférieur qui s'est brisé. Je me suis donc attaché à rechercher si ses orifices de dégagement étaient libres. Ils l'étaient, en effet, parfaitement. Ceux de l'embout inférieur, élevés à une assez grande hauteur au-dessus du niveau du liquide, ne pourraient s'engorger qui si on secouait le mélange, ce qui n'avait point été fait. J'ai aussi visité le tamis placé à la base du ballon supérieur; aucun trou n'était obstrué, et je ne pense pas que l'ébranlement de l'explosion ait pu exercer d'influence sur l'état de ces orifices.

Dans les accidents dont je vous avais entretenus précédemment, les appareils étaient chargés (c'est le mot) avec du bi carbonate de soude et de l'acide sulfurique; dans ces derniers cas, ils l'étaient avec :

Bi-carbonate de soude.	27 grammes.
Bi-sulfate de soude.	20 —

Ce sont les fabricants eux-mêmes qui fournissent les *cartouches* (c'est leur expression) toutes préparées.

Ainsi voilà des appareils qui fonctionnent depuis longtemps sans accident; ils sont toujours soigneusement chargés, avec les substances pesées et fournies par l'inventeur, et un beau jour, quand un long usage semblait devoir vous inspirer toute sécurité, ils éclatent avec fracas.

Quelle est donc la cause de ces explosions? Si les appareils sont en bon état et la charge régulière, cette cause ne résiderait elle pas dans l'intensité fortuitement excessive de la réaction qui produit le gaz? Cependant, comme c'est le ballon inférieur qui se brise en général, malgré une solidité égale à celle de l'autre, peut être les bulles en se dégageant entraîneraient-elles des particules salines sur les trous si fins du tamis de communication; d'où un engorgement amenant une pression exagérée dans le ballon inférieur.

Quelle qu'en soit l'explication, un ustensile de ménage qui présente de pareils dangers est condamné.

Nous ajouterons que les petits appareils à bascule qui servent à préparer le café sous les yeux des convives ne sont pas non plus exempts de ce grave inconvénient. Dans un cas, deux enfants ont reçu à la face de profondes blessures qui ont donné de vives appréhensions. N'y a-t-il pas là de quoi faire réfléchir ceux qui veulent absolument trouver dans un ustensile culinaire un instrument de physique amusante? Tous ces joujoux menacent les yeux et même la vie, et il faut les rejeter tant qu'on n'y aura pas adapté une soupape de sûreté.

Quant à l'appareil à eau de Seltz, comme il est d'une utilité réelle, nous appelons de tous nos vœux un perfectionnement qui en permette l'usage.

M. Demarquay. Il y a quelques années, pendant que je remplaçais M. Lenoir, j'ai vu une jeune religieuse être victime des mêmes accidents que ceux qui vous ont été signalés par M. Morel.

Un appareil gazogène, en éclatant, venait de causer un accident grave : un fragment de verre, en frappant un des yeux, avait amené une plaie de la sclérotique et de la cornée. Sous l'influence de la glace longtemps continuée, la malade a parfaitement guéri.

Quand je voulus faire des expériences avec l'acide carbonique afin d'en déterminer les propriétés anesthésiques, je fis construire un appareil très simple, à l'aide duquel on peut donner des douches prolongées sans amener aucun accident et sans salir ou mouiller les linges des malades. Mon appareil, très-commode, est peu coûteux. Il se compose, comme tous les appareils gazogènes, de deux parties. Dans la partie inférieure, se trouve un mélange d'eau et d'acide sulfurique; dans la partie supérieure, une certaine quantité de bi-carbonate de soude, que l'on fait tomber à volonté dans la partie inférieure à l'aide d'une soupape. Un manomètre indique la pression supportée par l'appareil, par l'effet du dégagement du gaz. Si l'appareil peut supporter dix atmosphères sans se rompre, il est clair que si on ne le charge pas au delà de cinq à six atmosphères, il n'y a rien à craindre. Aussi, depuis près d'un an que je me sers de cet instrument, je n'ai vu survenir aucun accident, bien qu'il soit confié aux soins exclusifs d'un infirmier.

M. Richet. Un jour, dans ma salle, pendant la visite, j'entendis un véritable coup de canon : c'était un de ces appareils qui sautait. Un éclat du cristal était entré de deux centimètres dans le plafond. Je n'ai pu trouver la cause de cet accident. Une infirmière fut blessée à la main. Depuis cette époque, j'ai sévèrement proscrit l'emploi de ces appareils à l'hôpital.

M. Follin. Je connais deux cas semblables dans lesquels il y eut blessure du premier espace inter-métacarpien; cela eut lieu chez un de nos anciens collègues, interne des hôpitaux.

Pour ce qui est des appareils à douches carboniques, le manomètre de M. Demarquay me semble une innovation peu heureuse. Je n'ai jamais eu d'accidents avec le simple bocal à trois tubulures, que j'emploie dans tous les cas. C'est le vase de chimie que chacun connaît, même les malades; il ne coûte presque rien, et on obtient le dégagement de gaz que l'on désire. Une des tubulures sert au dégagement du gaz; à l'autre est adapté un tube de sûreté; la troisième est munie d'un tube qui se termine dans le vase par un bout effilé, et au dehors par un entonnoir; elle sert à l'introduction de l'acide.

M. Cazeaux. Je me joins aux remarques que vient de vous présenter M. Follin. Rien de plus simple que son appareil, et nous avons pour garantie de son innocuité que de tout temps on s'en sert dans tous les laboratoires de chimie.

M. Desormeaux. Il est bon de connaître la composition du mélange qui, lors des accidents, servait au dégagement du gaz. On a prétendu en effet que si l'usage de l'acide sulfurique pouvait amener une explosion, celle-ci serait prévenue par l'emploi exclusif de l'acide tartrique.

M. Richet. Dans le cas dont j'ai entretenu la Société, le mélange était l'acide tartrique et le bicarbonate de soude.

M. Morel-Lavallée. Je ferai observer à M. Demarquay qu'il ne s'agit pas ici de l'instrument à douches, et que d'ailleurs la faible tension qui suffit dans ce dernier cas exclut jusqu'à l'idée d'un danger.

Suivant M. Desormeaux, dans les expériences instituées pour apprécier les appareils à eau de Seltz, à leur apparition, on aurait constaté que l'acide tartrique était la seule substance acide qui n'exposât pas aux explosions; il serait alors bien étrange qu'on ne l'eût pas employé exclusivement? Mais, si je suis bien informé, il y a eu aussi des accidents en ville, imputables sans doute à l'acide tartrique, dont on se sert généralement. Vous venez d'ailleurs d'entendre M. Richet.

LECTURE.

M. Danyau lit un rapport sur le travail de M. Blot, intitulé : *De la désarticulation du bras dans un cas de version impossible.*

— La Société se forme en comité secret.

Le secrétaire de la Société, Ad. Richard.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 31 juillet 1857, M. Planchon, docteur ès-sciences naturelles, a été nommé professeur titulaire de botanique à la Faculté des sciences de Montpellier.

— Par arrêté du 1er août, MM. Robiquet, Figuier et Reveil, agrégés de la section des sciences physiques (physique, chimie et toxicologie) près l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, dont le temps d'exercice expire à la fin de la présente année, sont maintenus pour un an dans leurs fonctions, à partir du 1er janvier 1858.

— Nous avons déjà eu occasion de parler, à plusieurs reprises, des modifications que l'on aurait dessein d'apporter à l'hôpital des Cliniques de la Faculté; aujourd'hui il est plus que jamais question, dit-on, non pas de modifier cet établissement, mais de le supprimer complétement en tant qu'hôpital et d'en changer la destination.

Suivant les bruits qui circulent, et qui n'ont du reste rien d'officiel, on organiserait dans ses bâtiments des locaux convenables pour y transporter les bureaux, la bibliothèque et une partie des collections dont se compose le musée de la Faculté de médecine. Le musée Orfila, cette œuvre magnifique de l'ancien doyen, et à l'installation de laquelle il avait consacré tant de soins, conserverait sa place.

Dans les salles qui renferment les collections de botanique, de matière médicale et d'histoire naturelle, et dans la bibliothèque, on disposerait les instruments et appareils qui composent le cabinet de physique, le plus riche peut-être de l'Europe, entassés aujourd'hui dans deux ou trois pièces obscures, où il est impossible de les étudier, et où il est d'ailleurs défendu de pénétrer. Enfin, on consacrerait une partie du local devenu libre à la disposition de salles destinées aux examens.

Reste à savoir où seraient transportés les services de la clinique chirurgicale et de celle d'accouchements, et ce n'est peut-être pas là le moins embarrassant. La clinique d'accouchements pourrait sans inconvénients être placée à l'Hôtel-Dieu ou à la Charité. Mais à la translation du service de chirurgie dans l'un ou l'autre de ces établissements, l'instruction ne pourrait que perdre d'une manière fâcheuse.

Si on le met à l'Hôtel-Dieu, il y aura à cet hôpital trois professeurs de clinique chirurgicale, dont les deux actuellement en exercice ne font clinique chacun que quatre mois de l'année. Si, à la Charité, on aura de même là deux services de clinique, dont chaque titulaire ne fera plus de leçons que quatre mois aussi, tandis que les professeurs de la Clinique font aujourd'hui leur cours toute l'année.

— On annonce que la cérémonie d'inauguration de la statue de Geoffroy Saint-Hilaire aura lieu à Etampes le 11 octobre prochain. Un jeune et très-habile sculpteur, M. Elias Robert, auteur de cette statue, né comme Geoffroy Saint-Hilaire à Etampes, met en ce moment la dernière main à cette œuvre, qui sera exposée pendant quelques jours sur une des places de Paris.

— Le choléra s'est déclaré à Delhi et y fait les plus grands ravages, non-seulement parmi les révoltés, mais encore parmi les troupes anglaises qui forment le siége de la ville. (*The med. Circular.*)

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 94. — MARDI 11 AOUT 1857 (30e ANNÉE.) N° 94. — MARDI 11 AOUT 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 10 AOUT 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nous changeons de lieu sans changer de sujet. Au palais Mazarin, comme à la rue des Saints-Pères, nous nous trouvons encore en face de la question de l'anesthésie. Un mémoire de M. Heurteloup nous ramène en effet sur cette question.

« On ne saurait légiférer sur l'inconnu, » dit M. Heurteloup ; cette phrase qui sert d'épigraphe à son mémoire, en indique l'esprit, et fait assez connaître l'opinion de l'auteur sur le fond de la proposition qui a fait l'objet de la dernière discussion à l'Académie de médecine. Mais si l'ignorance où l'on est sur la véritable cause des accidents de l'éthérisation, les imperfections des moyens et procédés d'inhalation, les incertitudes et les obscurités de toute espèce qui planent sur le mécanisme de ce phénomène si merveilleux de l'anesthésie, ne permettent pas de tracer d'avance au praticien les limites qu'il ne saurait franchir sans danger, de lui prescrire l'usage de moyens sûrs de prévenir ces effets inconnus et terribles qui, lorsqu'ils viennent à se manifester, jettent son âme dans la stupeur, et de lui assigner enfin en cas d'accident, la part de responsabilité qui lui incombe ; ne peut-on espérer du moins diminuer ces chances funestes en apportant plus de méthode et plus de régularité dans les procédés d'inhalation ? C'est là l'opinion de M. Heurteloup, et le but qu'il s'est proposé dans sa communication à l'Académie.

Le système d'inhalation actuellement en usage, que M. Heurteloup qualifie du nom de *chloroformation par rapprochement*, lui paraissant laisser beaucoup à désirer sous le double rapport de l'efficacité du résultat et de la sécurité, il propose de lui substituer un nouveau procédé qu'il appelle par *projection*. Le compte rendu fera connaître ce procédé, le principe sur lequel il repose, et le mécanisme à l'aide duquel il peut être mis en pratique.

Que pour mieux faire ressortir les avantages de son procédé, M. Heurteloup n'ait pas exagéré les inconvénients inhérents aux procédés usuels, c'est une concession que nous ne saurions lui faire. Mais tout en reconnaissant, comme nous l'avons fait dans notre résumé de la discussion de l'Académie de médecine, que les procédés simples d'éthérisation tels qu'ils sont généralement usités dans les hôpitaux de Paris, ont satisfait jusqu'ici, pour l'immense majorité des cas auxquels ils ont été appliqués, au but qu'on se propose et à la double condition de l'efficacité et de la sécurité que les chirurgiens ne doivent jamais séparer dans leur esprit, nous n'en sommes pas moins resté convaincu qu'il y avait dans ces procédés trop d'incertitude et une trop grande ignorance de ce que l'on fait, pour qu'il n'y eût pas lieu de désirer qu'on y introduisît un peu plus de précision. Aussi avons-nous exprimé le vœu que la pratique de l'éthérisation n'en restât pas à ses premiers errements, et qu'elle entrât franchement dans la voie des perfectionnements. Nous ne pouvons donc qu'accueillir avec intérêt tout ce qui peut tendre à la réalisation de ce désir.

Le procédé de M. Heurteloup le réalisera-t-il? Nous ne saurions le dire. N'ayant pas encore eu l'occasion de le voir à l'œuvre, on comprendra que nous nous abstenions de toute appréciation sur son compte. Toutefois, l'esprit inventif et ingénieux dont l'auteur a déjà donné tant de gages, est à nos yeux une présomption pour que sa tentative ne doive pas rester stérile, et tout au moins un motif pour engager les chirurgiens à essayer le moyen qu'il propose. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

Galvano-caustique. — Action du tabac sur les voies digestives. — Aménorrhée. — Rétention d'urine remontant à dix-sept mois. — Guérison rapide par l'électricité et l'hydrothérapie combinées.

(Observation recueillie par M. P. CHALVET, élève du service.)

Il est de la destinée des plus belles conquêtes de l'esprit humain de subir avant leur triomphe une longue série d'épreuves. Aussi ne voit-on, en général, que les bonnes choses résister définitivement au systématique mépris des uns, à l'indifférent oubli des autres, et revenir par intervalles plaider hardiment leur cause devant le progrès, au reflet de plus en plus éclatant des lumières de l'intelligence.

Tel a été en France le sort de l'électricité au point de vue thérapeutique. Le charlatanisme, toujours prêt à exploiter effrontément ce qui peut séduire la foule, força l'homme sérieux à sortir trop tôt d'une voie que son génie aurait peut-être fécondée dès le principe.

Cependant, grâce aux travaux de nos maîtres en cette matière, particulièrement de M. Duchenne, et aux publications plus récentes de M. A. Becquerel, nous voyons enfin se réaliser les prédictions merveilleuses sur l'avenir de la pile. Le cautère électrique n'est plus *monopolisé* en Allemagne : plusieurs hôpitaux de Paris commencent à ne plus brûler que par l'électricité. On a déjà pu voir fonctionner avec une rare perfection, dans le service de M. Becquerel à la Pitié, un appareil peu dispendieux, monté par M. Charrière fils. Après cet accueil à la généralisation de la galvano-caustique en France, sur laquelle nous reviendrons plus tard, je me propose de dire aujourd'hui quelques mots sur l'électricité, comme traitement dans certaines paralysies de la vessie.

De l'aveu même des praticiens qui s'occupent spécialement des maladies de cet organe, son histoire thérapeutique est loin d'offrir toute la précision désirable. Lorsque l'on compare ce qui est écrit sur ce sujet, on est facilement convaincu qu'il règne beaucoup d'incertitude dans les moyens, de divergence dans les méthodes, et cela peut-être pour n'avoir pas suffisamment tenu compte soit du siége, soit de la nature des lésions organiques ou fonctionnelles que l'on se proposait de combattre.

Un cas de rétention d'urine étant donné, par exemple, il ne suffit pas de bien s'assurer qu'il n'existe aucun obstacle mécanique à la sortie du liquide urinaire, aucune lésion matérielle des parois de l'organe pour légitimer le diagnostic *paralysie* vésicale, et l'emploi de quelques-uns des nombreux moyens que le faux empirisme, comme la saine pratique, dirigent avec l'embarras du choix contre les affections de cette classe. Il faut, si l'on veut agir avec la conscience de son œuvre, chercher à découvrir par la combinaison réfléchie des antécédents et de l'état actuel des organes ou des fonctions :

1° Si la vessie a cessé de se contracter par un défaut d'excitation ou d'excitabilité ;

2° Si la rétention d'urine ne serait pas un épiphénomène de l'atonie des parois abdominales, comme le font remarquer les auteurs que j'ai déjà cités.

Les conséquences pratiques de ce diagnostic différentiel sont très-importantes, puisqu'il convient dans le premier état d'agir directement sur le réservoir urinaire, tandis qu'il suffit dans le second d'exciter les muscles abdominaux pour appliquer d'une manière efficace l'action curative.

C'est à la confusion de ces cas, qui n'ont qu'une apparence trompeuse d'identité, que l'on doit surtout ces alternatives de succès et d'insuccès dans l'emploi du même traitement. Bien plus, dans des cas véritablement identiques, la différence des résultats peut aussi bien tenir à la différence des procédés opératoires qu'à l'infidélité des moyens, et l'on pourrait invoquer à l'appui de cette manière de voir la pratique de la spécialité éclairée, à laquelle conviendrait ce vieil adage légèrement modifié : « *Timeo unum morbi.* »

Nous espérons faire ressortir de l'observation suivante l'opportunité de ces considérations générales :

LETTRE SUR LA MÉDECINE ET L'AGRICULTURE.

Les arts sont l'ouvrage des hommes, mais la médecine est l'œuvre des dieux.

Mon bon ami,

J'ai essayé de vous dire ce qu'il *faut être*; aujourd'hui je vais vous expliquer ce qu'il faut faire, et comment il faut faire pour prendre ses déterminations en médecine et en agriculture.

Rien ne doit y être donné au hasard; la science existe, il faut la connaître; l'art, on doit savoir le pratiquer. N'attendez pas de moi des explications qui vous dispensent des études les plus sérieuses et les plus fortes ; le savoir me fait trop souvent défaut pour que je ne vous donne pas le conseil de vous instruire; ce n'est donc point un système abréviateur que je vais vous proposer ; il n'y en a pas, et d'ailleurs mon seul désir est de vous éclairer et non de vous séduire.

Lorsque vous avez lu Sprengel, Mahon, l'*Examen des doctrines* de Broussais, il a dû vous sembler que vous passiez en revue des époques convulsives de l'histoire, où les hommes renversent d'autres hommes pour être bientôt renversés à leur tour.

Ce qui reste de tout cela, ce ne sont point les jeux de l'esprit, les théories mises à la place de vérités, mais c'est la vérité elle-même; tous ces génies ont voulu comparer la médecine à ce qu'elle n'était pas, puisque sans la médecine elle ne pouvait être autre chose, et tous ont croulé sans en excepter un seul.

De nos jours, Broussais, malgré son énergie, n'a pu résister aux faits, et sa vieillesse a eu la douleur de survivre à sa ruine.

Que faut-il donc faire pour être réellement médecin?

1° Bien connaître la marche naturelle des maladies;

2° L'influence des modificateurs sur cette marche;

3° La valeur et l'effet des moyens qui servent à les combattre;

4° L'opportunité.

Il convient pour cela d'examiner :

A. Les circonstances générales, et étudier :

I. La pathologie physiologique; c'est l'histoire naturelle des maladies telles qu'elles marchent quand rien n'entrave leur cours; c'est la règle.

II. La pathologie ataxique, ou la marche extraordinaire, désordonnée des affections morbides, les caprices de la nature; cela est l'exception; je vous avertis qu'elle est fréquente.

III. La pathologie climatérique, c'est-à-dire les modifications apportées aux causes, à la marche, aux suites et au traitement des maladies par les influences locales, sous une latitude, une longitude et une altitude données.

IV. La pathologie météorologique, ou l'influence exercée par l'air en repos ou en mouvement; la pluie, le cours des astres, en un mot tout ce qui nous environne et que l'hygiène comprend sous la dénomination de *circumfusa*.

B. Les circonstances individuelles :

V. La pathologie psychologique, ou l'influence des passions, de l'état moral et intellectuel, sur les causes, la marche, les suites et le traitement des maladies normales ou anormales.

VI. La pathologie idiosyncrasique, ce qui signifie l'étude des modifications morbides selon les tempéraments, la manière d'être de chaque individu.

Si vous procédez ainsi, vous verrez la lumière se faire devant vous; vous aurez un chemin tracé et facile à suivre; plus d'embarras; la science, l'art et vous-même serez satisfaits.

Ceci n'est point nouveau, puisque c'est la médecine d'Hippocrate ou à peu près; c'est encore celle de Sydenham et autres observateurs attentifs; tout est là; pour adopter cette voie et être assuré qu'elle seule est la bonne, il faut les connaître toutes, et ne pas s'y engager sur parole, mais par conviction.

Voici par quelle méthode on doit être conduit à prendre ses déterminations en médecine, et, quant à moi, je vous avertis qu'il n'y en a pas d'autre.

Puisque vous m'avez permis de vous dire comment il fallait faire la médecine, veuillez m'écouter encore, et je vais ajouter comment il ne faut pas la faire.

De tous les systèmes éteints, un seul semble vouloir respirer encore : je veux parler de l'école dite anatomique; je sais que le moment est mal choisi pour lui faire son procès, puisqu'on élève une statue à Bichat, son auteur. *Qu'est l'observation*, s'écrie-t-il, *si on ignore là où siége le mal?* Partant de ce point, et aidé des idées matérialistes et analytiques de son temps, il élève un système, il crée une école; c'est la secte anatomo-pathologique, c'est l'école de Paris.

Commençons par rendre hommage au génie et aux travaux de Bichat; il n'appartient à personne de dénier un talent hors ligne à ce grand homme, et nul ne peut, sous peine d'ingratitude, lui refuser un juste tribut d'admiration et de reconnaissance.

Mais cela n'empêche pas de reconnaître aussi que l'école anatomique n'y voit goutte, qu'elle prend les effets pour des causes, qu'elle s'en laisse imposer à tout moment, et qu'elle est dans une voie telle que la vie disparaît pour faire place aux brutalités de la matière et à l'erreur.

Mlle Z. D..., âgée de vingt-trois ans, d'une belle et bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, quoique d'un caractère très-impressionnable, est entrée à l'hôpital le 25 mai, salle Sainte-Geneviève n° 11, pour se faire guérir d'une rétention d'urine remontant à dix-sept mois, et survenue au milieu d'antécédents que nous croyons devoir signaler.

Du côté des parents, notons la mort de la mère, qui succomba jeune encore à une méningite cérébrale. Vers l'âge de dix ans, la malade a été sujette à des convulsions cloniques, bornées aux membres du côté gauche; à quinze ans, elle eut la fièvre typhoïde et ne fut réglée que trois ans après. La menstruation s'est montrée assez régulière jusqu'au début de la maladie actuelle.

Elevée parmi les sœurs d'un hospice de province, elle a mené jusqu'à l'âge de vingt et un ans une vie paisible et sédentaire, s'occupant de travaux d'aiguille. A cette époque elle entra en condition dans une maison bourgeoise, et après quinze mois d'un travail plus pénible que celui qu'elle avait l'habitude de faire, elle fut prise de gastralgie avec infiltration des jambes. Rentrée à l'infirmerie de l'hospice de Gournay (Seine-Inférieure) le 25 janvier 1856, M. Dehui, médecin de l'établissement, qui a eu l'obligeance de nous renseigner sur la malade, pensa d'abord que le repos et quelques soins suffiraient pour la rappeler à la santé. En effet, huit jours après l'infiltration avait disparue, et la malade se disposait à reprendre ses travaux quand survinrent tout à coup, sans autre cause appréciable qu'un retard dans la menstruation, des vomissements très-opiniâtres, avec rejet de matières alimentaires et bilieuses. A ces désordres se joignirent quelques troubles hystériques.

Trois semaines plus tard, constipation suivie bientôt de rétention d'urine, amaigrissement notable.

Le 5 mars, au moment où l'une des sœurs prisait devant son lit, elle éprouva une envie irrésistible de manger du tabac. Après la satisfaction de cet étrange désir par une première prise, la sœur crut devoir résister aux demandes réitérées de la malade avant d'avoir pris l'avis du médecin, qui s'opposa formellement à ce que l'on satisfît cette dangereuse dépravation du goût. Voyant que toutes les précautions étaient prises, Mlle Z... fit effort sur elle-même pour ne plus parler de son envie; mais aussitôt que l'on cessa d'exercer une surveillance spéciale, elle se procura la valeur de 45 centimes (56 grammes) de tabac râpé, et en mangea de suite trois cuillerées à bouche. Le premier jour tout se passa le mieux du monde, sans doute parce que la fréquence des vomissements débarrassait l'estomac d'une substance dont 22 grammes ont suffi pour faire périr en neuf heures de temps un chien de taille moyenne.

On connaît aussi l'histoire d'un soldat chez lequel la déglutition d'une chique détermina une gastro-entérite des plus intenses. Le lendemain elle en prit encore une dose de 36 grammes: alors les vomissements ordinaires se changèrent en une abondante hématémèse, qui devait résister un an à toute sorte de médication. Elle n'éprouva aucun autre accident du côté des voies digestives, aucun trouble nerveux; l'action du poison fut entièrement locale. On pourrait croire que cette sanglante leçon la guérit de son étrange *pica*; il n'en fut rien cependant. Elle fut assez ingénieuse pour persuader au médecin qu'elle n'avait mangé que la prise dont on connaissait l'histoire, et pendant que l'on s'efforçait de combattre par des soins appropriés cette ulcération accidentelle de l'estomac, que le défaut de renseignements pouvait faire prendre au début pour une hématémèse supplémentaire, à cause des conditions physiologiques dans lesquelles se trouvait la malade, celle-ci associait secrètement au tabac l'usage du poivre et de la poudre de café. Aussi les médications les plus fidèles en pareils cas restaient sans effet. Quarante-deux lavements, dont quelques-uns à forte dose purgative, n'avaient pu triompher de la constipation. De plus, une inconcevable timidité l'empêchait de faire connaître l'état de sa vessie. Il ne fallut rien moins que les troubles d'une distension excessive pour la contraindre à solliciter le cathétérisme, qui fut dès lors régulièrement pratiqué.

Les choses en étaient au même point, lorsque le 16 juillet 1856 elle eut recours à un empirique qui lui fit prendre, à l'insu du médecin de l'hospice, un breuvage d'une composition *inconnue*. Trois quarts d'heure après la déglutition du remède, il se déclara une forte diarrhée avec vomissements. Fier de ce prétendu succès, l'empirique attaqua de suite l'aménorrhée et la rétention d'urine par une longue série d'emménagogues. Cette médication fut courageusement suivie durant un mois environ, mais sans aucun avantage. L'insuccès de cette concurrence occulte fit qu'on revint pour quelques jours au médecin de l'établissement.

Dans une autre circonstance, quelqu'un lui conseilla de renoncer à la sonde et d'attendre qu'une forte accumulation d'urine forçât la résistance et rétablît la fonction physiologique. Elle tenta encore ce moyen et résista jusqu'à ce que des douleurs profondes et compressives, jointes à un malaise général, la forcèrent à renoncer à ce nouveau genre de traitement.

Au commencement de l'année 1857, les troubles nerveux s'aggravèrent. Effrayée par la sensation de la boule hystérique, elle ne négligea rien pour se faire ouvrir la veine le plus souvent possible. C'est dans le cours de ces saignées qu'elle fut frappée d'une amaurose qui ne dura que seize jours. Ce dernier accident fut encore combattu par des émissions sanguines. Avec le retour de la vision, les vomissements cessèrent pour ne plus reparaître (avril), mais la constipation, la rétention d'urine, l'aménorrhée n'étaient pas modifiées. Elle se décida enfin à venir à l'hôpital.

Voici ce qui fut constaté à la visite du 26 mai, lendemain de son entrée: un peu de céphalalgie, et parfois quelques palpitations; constipation habituelle; néanmoins le ventre est souple, normalement distendu; l'appétit diminué; le pouls ne présente rien de particulier. On perçoit au premier temps du cœur un bruit de souffle très-doux, se propageant dans les carotides d'une manière continue. La peau est blanche, décolorée, excepté sur les joues, qui ont conservé un reste de fraîcheur. Faiblesse générale, leucorrhée essentielle légère.

Comme il est dans les habitudes du service d'examiner les urines de tous les nouveaux malades, il ne lui fut pas possible de cacher longtemps sa maladie, qu'elle n'avoua pas néanmoins à la première visite. Après cet aveu, l'examen local nous permit de constater ce qui suit: La vessie, abandonnée à elle-même, ne chassait que faiblement l'urine par la sonde; pour avoir un jet un peu considérable, il fallait inviter la malade à pousser, ou bien comprimer méthodiquement les parois abdominales. Quelquefois le liquide cessait de couler, quoique l'organe ne fût pas entièrement vidé; pour rétablir l'écoulement, il suffisait de changer de place le bec de la sonde ou de commander à la malade des efforts de défécation. Un examen superficiel aurait pu faire croire à l'existence de cellules vésicales; les antécédents, du reste, tendaient à légitimer cette croyance. Mais, ainsi que le fait remarquer M. Civiale, de semblables phénomènes peuvent se produire dans les cas de simple paralysie des parois cystiques. Afin d'éclairer ce point de diagnostic, on injecta à plusieurs reprises dans l'organe une quantité d'eau déterminée, qu'il fut toujours facile de retirer complétement par la sonde, dans quelque position que se plaçât la malade.

Les explorations qui précèdent permirent d'affirmer qu'on avait affaire à une sorte de *commotion* ou de *stupeur* vésicale par compression excentrique du liquide urinaire trop abondamment accumulé à la suite d'une paralysie hystérique. Comme les antécédents prouvaient que la constipation et la rétention d'urine étaient antérieures à l'époque où la malade se prit à manger du tabac, on ne pouvait invoquer l'action de la nicotine sur la fibre musculaire, quoique les expériences de M. C. Bernard rendissent cette hypothèse très-séduisante. Les parois abdominales se contractaient normalement; l'affection se trouvait localisée aux parois de la vessie, il s'agissait de leur rendre la sensibilité et les contractions.

L'indication des toniques était expresse: le vin de kina, les pilules de tartrate de fer et de potasse, les douches froides furent administrés d'abord.

Le 9 juin, la malade eut une légère récidive d'hématémèse. — Suppression du traitement primitif; prescription du régime opiacé et lacté.

Cet incident ne se renouvela plus.

Le 13, M. Becquerel conseilla l'électrisation vésicale avec l'appareil de MM. Breton frères. Cette première séance fut pratiquée à l'aide d'une sonde de trousse introduite dans l'urètre et continue au pôle négatif; tandis que le pôle positif, armé d'une éponge imbibée, était successivement appliqué à l'hypogastre, à la partie interne des cuisses, etc. Une heure après, la malade eut un léger écoulement menstruel, et vers le soir quelques troubles nerveux généraux. Ayant remarqué plusieurs inconvénients dans ce procédé opératoire, nous avons fait usage par la suite de la sonde isolée de M. Duchenne.

Le 19, reprise des douches froides, concurremment avec l'électrisation, vin de kina.

Le 22, sensibilité plus grande à l'action électrique.

Idem les jours suivants.

Le 26, à la suite d'une vigoureuse application, le besoin d'uriner se fit sentir; par ce retour de la sensibilité du col, nous avons pu prédire une prochaine guérison. En effet, dans la nuit du 26 au 27, la malade parvint, après plusieurs tentatives, à expulser une petite quantité d'urine.

Même résultat la nuit du 27 au 28; mais à partir de ce jour jusqu'au 3 juillet, bien qu'elle eût la conscience de l'état de réplétion de la vessie, il lui fut impossible de rendre seule une goutte de liquide. La malade commençait à perdre l'espoir qu'elle avait conçu un instant, lorsque l'on s'empressa de prolonger la séance et d'électriser autant que possible la vessie sur tous les points. Ce même jour, l'*urination* se rétablit pour ne plus cesser, et le surlendemain (5 juillet) les règles apparurent avec leur abondance ordinaire.

On suspendit alors tout traitement spécial.

La malade quitta l'hôpital le 11, ne conservant de son état primitif qu'une chloro-anémie intense.

La guérison ne s'est pas démentie.

Une question se présente ici d'elle-même. Est-ce à l'hydrothérapie ou à l'action des courants qu'il faut attribuer la plus grande part du succès? Si l'on réfléchit à la manière dont a été établi le diagnostic et aux incidents survenus durant le traitement, on restera convaincu que le cas présent était surtout de nature à être traité par l'électricité. Du reste, nous avons pu suivre de l'œil, en quelque sorte, les effets de ce fluide.

L'action curative devait ici être portée sur l'organe même; pour cela, il n'y avait que deux moyens: l'électrisation et les injections, surtout sous forme de douches froides ascendantes, avec la sonde à double courant. La première de ces méthodes ayant réussi, on n'a pas eu besoin de recourir à la seconde, dans laquelle M. Becquerel a la plus grande confiance.

Quant à l'action adjuvante, destinée à modifier l'état général, en s'adressant à l'eau froide, le choix ne pouvait être plus heureux. Nous pensons même que ce système de traitement eût pu amener seul la guérison, mais avec plus de lenteur; tandis que ses effets eussent été des plus prompts si nous n'avions eu à traiter qu'une simple faiblesse des muscles abdominaux ou un état purement nerveux. Or, comme dans la pratique cette devise, *agir vite et sûrement*, ne doit jamais être négligée, M. Becquerel a cru devoir combiner les deux méthodes dans ce cas-ci.

Qu'il nous soit permis de dire, à cette occasion, que les conducteurs généralement employés ont souvent le défaut de faire passer le courant par toute autre région que la région affectée. Ainsi nous avons peine à croire, d'après ce que nous avons été à même de voir, que deux sondes non isolées introduites l'une dans l'urètre, l'autre dans le vagin, puissent fermer par la vessie un courant d'une intensité suffisante. Nous croyons, au contraire, avoir constaté qu'à tout moment le fluide se reconstitue sur le bulbe urétral par l'intermédiaire de la muqueuse. Or c'est là la cause de ces sensations de brûlure accusées par les malades, qui repoussent comme insupportable ce moyen thérapeutique; tandis qu'il est facile de le rendre presque indolent en n'électrisant que le réservoir urinaire, peu sensible, à part le col.

C'est dans le but de remplir quelques-unes de ces indications trop négligées, que nous avons prié M. Charrière fils de nous construire une espèce de sonde droite à *valve*, propre à introduire dans la vessie deux petits conducteurs isolés, portant chacun une boulette d'éponge *étranglée* dans un fil. Nous attribuons à ces conducteurs les avantages suivants:

1° D'électriser *intus* toutes les parties de l'organe;

2° De produire moins d'irritation que les olives métalliques sur la muqueuse vésicale;

3° De prévenir les phénomènes généraux consécutifs à l'action des courants qui traversent un certain nombre de couches organiques, par la facilité de tenir les excitateurs aussi rapprochés que possible l'un de l'autre (Duchenne);

Une des conséquences de ce système, c'est la concentration des études médicales dans les seuls hôpitaux. Cette circonstance est un désastre pour le développement du sens médical, et je connais bon nombre d'élèves qui, tout disposés qu'ils soient à apprendre à bien faire, et à bien faire ensuite, sont avortés par ce détestable enseignement.

J'ai déjà eu occasion de dire comment s'établissait un diagnostic, et de quelle manière se faisait la thérapeutique des hôpitaux. Aujourd'hui, je vais vous parler un moment des consultations gratuites qu'on y donne. Le voici:

Il est dix heures moins dix-sept minutes; la leçon est finie; il y a en dehors de l'amphithéâtre du cours une quarantaine de malades en enfilade sur des bancs; on en fait entrer un, et le médecin s'écrie: Hâtons-nous, je n'ai plus qu'un quart d'heure. Il pose sa montre à sa gauche, *times is money*, et il fixe les yeux sur ce malade, qui a la diarrhée, je suppose, ou toute autre affection, si vous le voulez. Après lui avoir consacré *quinze secondes*, il dicte l'ordonnance et dit... A un autre!

Mais ne savez-vous pas que cela est immoral? Examinez donc les causes que je vous ai indiquées, et vous verrez que le *symptôme diarrhée* peut appartenir à plus de cinquante causes des plus diverses.

Croix ou pile; c'est le hasard qui va décider. Avez-vous vu une seule fois le médecin consultant s'informer des causes morales, des influences météorologiques, etc., ne serait-ce que pour en donner l'idée aux élèves? Pour moi, je ne me le rappelle pas.

Pourquoi donc plus de pèlerinage? La foi sauve le croyant; on allait au saint (c'est le médecin); on disait une oraison en latin sans y rien comprendre (c'est l'ordonnance technique et illisible), et l'on avait une somme importante de chances de guérison par l'effet moral et les bienfaits de la nature médicatrice, le tout sans avoir dérangé personne.

Quoi! ceci vous paraîtra-t-il injuste ou absurde? Vous m'accordez volontiers qu'un chien pourra mourir d'amour, de jalousie, etc., et vous n'allez pas vous informer si le malheureux qui se présente à vous, et à l'examen duquel vous avez consacré vingt ou trente secondes entières et consécutives, n'est pas miné par l'une de ces passions, par les deux ensemble, par d'autres, ou par autre chose encore?

Voyez-vous, cela s'appelle de l'assistance, mais c'est un grand abus de mots. Il y a des hommes qui, à la vérité, ne veulent ou ne peuvent pas faire de cette médecine. Sestier, que nous venons de perdre, n'y a jamais consenti: bonneur à lui! Selon moi, il a rendu de bien meilleurs services en s'abstenant qu'en faisant un pareil métier.

Voici donc comment il ne faut pas faire la médecine. Je parle de cela au point de vue d'un homme de campagne peu habile, et surtout peu expéditif en fait de malades. Une sorte de superstition me fait toujours craindre de ne pas les avoir examinés assez. Cela tient peut-être à mon inexpérience; car le Seigneur ne m'a pas dit, comme au prophète Jérémie: Je mets mes paroles dans votre bouche, je vous établis sur les nations et sur les royaumes pour arracher et pour détruire, pour édifier et pour planter!

Cependant, quand le soir après le coucher, ou le matin avant le lever du soleil, j'admire les harmonies de la nature, il n'y a rien à y redire, et ici ce n'est pas de même. Or, je vous dis ces choses parce que, sérieux et bonnêtes que vous êtes, il vous serait impossible d'exercer la médecine comme les experts en écriture et les augures qui ne peuvent se regarder sans rire. Quant à moi, si j'avais le triste honneur d'être appelé à donner des consultations au galop, il ne me serait pas facile de regarder mes confrères sans être pris d'une envie de pleurer.

Pourquoi donc un simple homme des champs se permet-il de fronder les habitudes des premiers de la science? C'est parce qu'il faut que la vérité se réfugie quelque part; que du reste, l'habitude émousse le sentiment, et que les hommes éminents qui font cela y étant accoutumés de longue main, continuent à agir ainsi sans que leur conscience soit trop engagée; et puis, qu'est-ce que l'Ecole aurait à réclamer: n'indiquent-ils pas la lésion matérielle?

Quand Broussais vainqueur écrasait toute résistance, et que chacun ployait sous l'audace de sa voix éclatante, il vint un temps où il supprima par un décret sublime toutes les entités morbides; la syphilis, les dartres, les maladies éruptives, tout avait disparu.

Ce fut alors que dans un petit coin se réfugia la vraie science, l'art véritable. Bretonneau conserva et enseigna les pures doctrines, et de cette école obscure pour lors, il surgit glorieusement une pléiade de savants qui font aujourd'hui l'ornement et l'orgueil de la médecine.

Dans notre premier entretien, j'essayerai de vous dire comment il faut prendre ses déterminations en agriculture. Amédée Joux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Recherches cliniques sur l'emploi d'un nouveau procédé de mensuration dans la pleurésie (marche, pronostic, traitement par la thoracentèse), par E. J. Woillez, médecin des hôpitaux civils de Paris, secrétaire général de la Société médicale d'observation. Une broch. in-8° de 90 pages, avec 23 gravures sur bois intercalées dans le texte. Paris, 1857. Prix: 2 fr. Chez J. Baillière et fils, libraires de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille.

4° De satisfaire à cette importante condition, qui veut, « pour » qu'un organe soit excité, non-seulement que le fluide électrique » le traverse, mais que sa recomposition s'opère dans son tissu. » (Duchenne.)

DE LA RÉTROVERSION DE LA MATRICE dans l'état de grossesse.

Par M. le docteur Martin (de Tonneins).

Si l'état puerpéral imprime des modifications plus ou moins considérables dans l'économie de la femme, notamment dans le sang et les humeurs sécrétées, modifications dont l'influence se manifeste sur la production, la nature et le traitement des maladies ; il produit aussi des changements anatomiques et mécaniques de l'organe gestateur. Qu'elles soient le résultat d'une prédisposition congéniale ou acquise, les déviations qu'éprouve alors la matrice ne sont plus celles qu'on observe à l'état de vacuité; elles diffèrent, tant au point de vue de l'étiologie que de la symptomatologie, du diagnostic et du traitement.

La matrice se déplace donc pendant la gestation. Elle peut s'abaisser soit par son propre poids, soit par le fait de la congestion sanguine; quelquefois elle s'échappe dans le vagin, présente un prolapsus complet, surtout si, à l'état de vacuité, elle avait quelque tendance au relâchement. Mais ce n'est pas un inconvénient bien sérieux pour la grossesse: l'utérus peut pondre et se développer très-bien entre les cuisses de la femme, ainsi que Dionis en a rapporté un cas. On observe surtout ce phénomène chez les femmes dont le bassin est très-large et le périnée lui-même déchiré. Quelquefois l'utérus fait aussi hernie au bas-ventre, se développe sous la peau dans le canal crural, ou bien est porté en besace à travers une éraillure de la ligne blanche.

L'antéversion est très-rare, parce que, dans les premiers mois, la matrice s'abaisse, s'engage même dans le détroit inférieur, et que le col glisse dans le vagin avec tendance à se porter en avant. Mais, par suite de dispositions particulières que nous allons indiquer, de toutes les déviations de l'utérus, la plus fréquente (et elle l'est beaucoup plus qu'on ne le croit généralement), c'est la rétroversion.

Étiologie. — Sans nous arrêter à la définir ici, nous dirons, premièrement, que l'attention se portant d'abord sur cette direction anormale de l'utérus pendant les trois premiers mois, il n'est pas possible de découvrir des causes accidentelles de la rétroversion. Mais quelles sont, du moins, les circonstances qui en favorisent la manifestation? Ce sont, en premier lieu, le poids du paquet intestinal, qui, pressant sur le bassin, entraîne l'utérus en arrière; puis le développement extraordinaire de la vessie, agissant par son action insensible et lente, que favorise en outre l'abaissement de la matrice, dont le col, dirigé en avant, comprime celui de la vessie; d'où il suit que toutes les causes qui peuvent provoquer des rétentions d'urine sont aussi des causes éloignées de rétroversion. Suivant quelques auteurs, cet état serait plutôt un effet qu'une cause; mais il n'en est pas moins vrai que la compression de la vessie à l'état de réplétion joue un rôle important dans la formation de ce déplacement. Nous signalerons, en troisième lieu, les vomissements sympathiques pendant les débuts de la grossesse, ainsi que le hoquet qui concourt pour beaucoup au développement de la rétroversion commençante. Il en est de même d'un effort considérable, d'une chute sur les pieds et surtout d'un abaissement subit des organes renfermés dans le bassin. L'action de porter un paquet devant soi, comme du linge, celle de lever un fardeau pour le placer sur la tête, des efforts considérables dans la défécation, une course à cheval, en voiture, même dans un véhicule bien suspendu, etc., sont autant de circonstances qui ont une valeur véritable dans l'étiologie de la rétroversion. Enfin, Hunter en a observé un cas à la suite d'une grande frayeur. Avec M. Vidal je n'y ajoute guère foi.

Symptomatologie. — C'est ordinairement dans les trois ou quatre premiers mois qu'on observe la rétroversion. Smellie en a vu un cas à cinq mois de grossesse; M. Bleynie en cite un autre quarante-huit heures avant l'accouchement. A quels signes reconnaît-on que l'utérus est rétroversé? — Si le déplacement a été lent, il n'est pas d'abord très-facile de le reconnaître; la femme se plaint bien de pesanteur, de constipation, de rétention d'urine, mais ces signes ne sont pas réellement pathognomoniques. Plus tard il se déclare du ténesme vésical, la vessie ne se vide jamais tout à fait et l'émission en est impossible, si le mal augmente. Il se développe dans le bassin des douleurs qui bientôt deviennent aiguës, au-dessus des aines surtout; de là encore du ténesme vésical, vaginal, rectal. La fièvre survient, ainsi que les vomissements, la tympanite, la dypsnée, en un mot les signes d'une espèce d'étranglement intestinal. Tous les autres se déclarent bientôt, et l'appareil symptomatique prend la forme d'une maladie aiguë. Cette rétroversion, qui s'opère ainsi lentement, a été confondue avec une grossesse pénible. La vessie se distend tellement, qu'elle se porte comme l'utérus au-dessus de l'ombilic; les vomissements existent aussi, et tout ce qui simule au premier abord une grossesse pénible. En voici deux exemples :

Il y a quelques mois, je fus appelé auprès d'une dame de vingt-huit ans, enceinte de quatre mois et demi, par une accoucheuse qui croyait à une grossesse pénible. Je remarquai que les urines s'échappaient involontairement, et, en palpant l'abdomen, je vis que cette tumeur, circonscrite, il est vrai, était trop molle, trop peu résistante pour un utérus; je pratiquai le toucher, et je sentis, en effet, le col dirigé en avant et comprimant celui de la vessie, que je sondai aussitôt. Il s'en échappa cinq litres de liquide. Je remis la matrice en place par le procédé que j'indiquerai plus loin, et la malade accoucha à terme très-heureusement.

M. le professeur Stoltz (*Leçons orales*, mars 1852) raconte qu'il fut appelé auprès d'une jeune dame mariée depuis trois ans, et dont les règles n'avaient point paru depuis quatre mois. On la croyait enceinte, et elle l'était en effet. Cependant, son mari assura qu'il n'avait jamais pu faire pénétrer la verge dans l'intérieur du vagin. Elle avait chaque matin des vomissements incoërcibles qui l'affectaient de la manière la plus pénible. M. Stoltz la toucha, et remarqua que, malgré son état, l'hymen était à peu près intact. Il le fendit avec des ciseaux, reconnut une rétroversion de l'utérus qu'il remit en place, et l'accouchement se fit parfaitement.

Cette observation rapportée par l'éminent accoucheur de Strasbourg est d'autant plus remarquable, que les vomissements seuls pouvaient faire croire à une déviation. Ils ne sont donc pas toujours pathognomoniques d'une grossesse pénible, et voilà pourquoi, lorsqu'ils existent, le médecin doit avoir toujours présente à l'esprit l'idée d'une rétroversion. Les détails les plus simples en apparence ont ici réellement de la valeur. Pline a dit avec raison: « *Nusquam magis quam in minimis, tota est natura.* »

Diagnostic. — C'est surtout par l'exploration qu'on découvre la rétroversion. La palpation de l'abdomen montre que la matrice ne s'est pas élevée au-dessus du détroit supérieur, et il importe beaucoup, dans toutes les circonstances, de ne pas la confondre avec la vessie. La première chose à faire consiste donc à sonder les femmes, quoiqu'elles prétendent qu'elles urinent bien : elles confondent le plus souvent l'acte physiologique et naturel de son émission avec le phénomène du regorgement. C'est surtout aux parties génitales qu'on perçoit une espèce de saillie de la paroi antérieure du vagin; quelquefois, le col est appuyé soit sur le pubis, soit à l'orifice vulvaire. On a vu des cas dans lesquels la rétroversion était unie à la rétroflexion; alors l'utérus est penché du côté de la symphyse sacro-iliaque droite, le col dirigé en avant et à gauche. Ailleurs, le doigt ne peut pas parcourir la paroi postérieure du vagin, ni se diriger librement dans la direction de l'axe du détroit inférieur. L'excavation est occupée par une tumeur un peu élastique, rénittente, dans certains cas un peu douloureuse; les extrémités se gonflent et se couvrent de veines variqueuses. Il se joint à cela un ténesme violent; l'anus est distendu dans le sens du raphé. C'est à ces signes locaux qu'on reconnaît la rétroversion qu'il faut à tout prix faire disparaître. Ajoutons enfin l'importance du toucher rectal : le doigt fait sortir la tumeur qui presse contre l'intestin, et occupe une partie de la concavité du sacrum.

Accidents et complications. — L'accident le plus fréquent, c'est l'inflammation avec douleur dans tout le ventre, et les symptômes d'une métro-péritonite; j'ai vu une fois les vomissements verts porracés comme dans le dernier degré de cette fatale maladie. La gangrène se met aussi quelquefois de la partie, et le ténesme est si violent, que surviennent la déchirure de la paroi postérieure du vagin, et l'expulsion de la matrice en dehors de l'anneau vulvaire.

En 1836, Mayor (de Lausanne) communiqua à M. Dubois un fait de ce genre; il attribua cette rétroversion à un fort ténesme avec déchirure du vagin et chute de la matrice. On a vu aussi la vessie se rompre, et par conséquent se manifester un épanchement mortel dans la cavité péritonéale.

Pronostic. — Il est généralement plus grave dans la rétroversion que dans l'antéversion, toutes choses égales d'ailleurs, et l'état de réplétion de la matrice n'est pas à comparer sous ce rapport avec celui de vacuité. Toutefois ce déplacement est facile à rétablir lorsqu'on s'y prend assez tôt, et alors le cas n'est périlleux que quand l'utérus est déjà enclavé dans l'excavation et moulé en quelque sorte sur le bassin. L'avortement, s'il a lieu, a pour résultat de le relever aussitôt.

Traitement. — La complication la plus fréquente étant la rétention des urines et des matières fécales, il faut d'abord sonder la femme plusieurs fois dans la journée; souvent cela suffit pour remettre la matrice en place. Après quoi on doit recommander à la malade le décubitus latéral et un peu sur le ventre. Un médecin anglais prétend que ce moyen lui a presque toujours réussi. Mais le cathétérisme n'est pas toujours chose facile, car la vessie en s'élevant entraîne en haut et contre le pubis le canal de l'urètre : voilà pourquoi il faut se servir de la sonde d'homme, qui présente une courbure plus forte. Il n'est pas nécessaire d'en venir jamais à la ponction de la vessie qu'avaient proposée Desault, Chopart et Sabatier. L'intestin sera débarrassé des matières stercorales par de fréquentes injections.

Mais ces moyens ne suffisent pas dans un très-grand nombre de cas, et il faut agir soit généralement, soit localement; généralement par des évacuations sanguines, des bains prolongés, comme Dewees le propose; localement, c'est-à-dire sur la matrice elle-même, par le vagin ou par le rectum, ou par ces deux points simultanément. Les moyens généraux, auxquels Bandelocque ne paraît pas ajouter grande confiance, sont cependant très-efficaces dans le cas d'enclavement avec inflammation et gangrène du tissu de la matrice. On ne devra pas négliger l'emploi des cataplasmes émollients opiacés et des frictions belladonées. Enfin, l'anesthésie produite par le chloroforme est d'un grand secours dans le cas de ténesme, et pour mettre les muscles et les sphincters dans le relâchement.

Arrivons enfin au traitement local. Il a pour but d'attirer le col en bas et de refouler le corps en avant. Pour cela bien des moyens ont été tentés; mais je dois à la vérité de dire qu'ayant lu avec le plus grand soin tout ce qui a été écrit sur la rétroversion, je pense, avec M. Priou (de Nantes), que la manière dont s'expriment la plupart des auteurs tend à prouver qu'ils n'en ont parlé que sur ouï-dire. Je ne comprends pas, en effet, comment il est possible de faire agir de concert les doigts de la main gauche, ou cette main entière dans le vagin, et les doigts de la main droite, ou cette main tout entière dans le rectum. Le rapprochement en gêne, en empêche mécaniquement l'usage. Ajoutons que dans le cas d'enclavement, le col ne résiste pas assez, et que souvent les doigts ne sont pas suffisamment longs pour atteindre le fond de l'utérus.

Quoi qu'il en soit, nous devons citer quelques moyens qui ont été préconisés. Ainsi, Desgranges et Al. Halpin obtinrent un succès complet en insufflant avec précaution une vessie introduite dans le rectum, à la hauteur du fond de la matrice. Je ne nie pas le fait, mais je n'explique pas comment le rectum peut se dilater assez pour comprimer lentement, graduellement, et relever ainsi la matrice. M. Amussat introduit un ou deux doigts dans le rectum, Dussaussoy la main entière. Il est enfin d'autres procédés qui sont loin, dans les cas difficiles, de répondre à toutes ces indications.

Ainsi, à quoi sert la main gauche introduite dans le vagin quand la matrice est rétrofléchie? Il est évident qu'on ne peut pas agir sur le col. Dans un cas de rétroversion simple, sans accidents ni complications, voici comment je procédai : la malade fut chloroformée dans le décubitus latéral droit, les cuisses fléchies, pour relâcher les muscles abdominaux, la vessie et l'intestin débarrassés, l'anneau vulvaire et le vagin, l'anus et le rectum frictionnés avec la pommade belladonée. Le col était dirigé en haut et en avant, le fond formait une saillie assez considérable et refoulait l'intestin en arrière; il n'y avait pas d'enclavement. Avec l'indicateur seulement de la main gauche, j'accrochai le col que j'attirai en arrière et en bas, pendant que la main droite tout entière introduite dans le rectum, poussait graduellement la matrice en avant. Celle-ci se développa avec une grande activité, sans accident aucun, et la malade accoucha à terme très-heureusement. Cette rétroversion était le résultat d'un effort violent qu'elle fit en mettant une corbeille de linge sur sa tête.

Malheureusement, ce mode de traitement ne réussit pas toujours. La position seule suffirait pour ne pas le mettre en usage s'il y avait enclavement; et, dans ce dernier cas, on ne peut point user d'un excellent auxiliaire, du chloroforme. Voici cependant comment je parvins à réduire une rétroversion avec enclavement.

Il s'agit de cette dame de vingt-huit ans dont j'ai parlé en traitant des symptômes. J'essayai vainement d'abaisser le col placé derrière la symphyse, pendant que l'index et le médius, introduits dans le rectum, cherchaient à pousser en avant le fond de l'utérus, qui occupait l'excavation sur laquelle il était en quelque sorte moulé. Je n'obtins que des résultats absolument négatifs. La vessie et le rectum furent débarrassés, et la malade mise dans un bain pendant deux heures. L'état général ne permettait pas de saignée; mais je craignais une inflammation du tissu péri-utérin, et par suite l'invasion de la gangrène. Il n'y avait pas de temps à perdre. Je fis placer la femme sur les coudes et les genoux (cette position, lorsqu'elle est bien établie, n'est pas aussi pénible qu'on le dit communément), et les doigts de la main gauche enduits de pommade belladonée, je saisis le col que j'attirai en bas et en arrière, pendant que ma main droite armée d'un gorgeret ordinaire (ainsi que le conseille M. Evrat) garni de linge et bien huilé à son extrémité plus forte, le poussait lentement dans le rectum et pressait ensuite de haut en bas d'une manière graduelle. Après quelques efforts, j'obtins la réduction. La malade resta quelques jours dans le décubitus latéral; l'émission des urines devint normale, comme la défécation, et la grossesse poursuivit parfaitement sa marche.

Si l'état général de la femme ne permettait pas l'emploi de ces moyens, Hunter a proposé de ponctionner avec un trocart l'utérus par le rectum, dans le but de faire écouler les eaux de l'amnios, d'alléger l'utérus, de favoriser l'avortement, et par ce fait la réduction. On cite quelques exemples de réussite, et cette opération n'est pas bien grave. On a aussi conseillé la symphyséotomie, qui, je crois, n'a pas encore été faite sur le vivant, mais qui réussit parfaitement sur le cadavre, au moyen d'une boutonnière au-dessus et au-dessous des pubis, et dans lesquelles on fait passer une scie à chaînette.

Enfin, une autre manière d'opérer consisterait à provoquer l'avortement; mais il n'est pas facile à obtenir, à cause de l'élévation du col. Je préférerais, dans tous les cas, la ponction huntérienne.

NOUVEL EXEMPLE DE L'ABUS QUE L'ON FAIT DU LAUDANUM pour calmer les cris des enfants.

Par M. le docteur Soufflet (de Montrouge).

La *Gazette des Hôpitaux* rapporte un cas de mort chez un enfant de quatre jours après l'administration de deux gouttes de laudanum de Rousseau (observation du docteur Balfour).

Permettez-moi de citer le fait suivant, pour attirer l'attention de nos confrères sur l'abus qu'on fait du laudanum pour obtenir des enfants la cessation de bruits importuns :

Le 30 juin, un enfant de deux jours, ayant rendu le méconium après avoir bu beaucoup d'eau sucrée, poussait des cris incessants; appelé à cinq heures du matin, la vue de taches jaunes sur le linge frappa mon attention; j'interrogeai, et, après des hésitations, la garde malade m'avoua ce qui suit :

A minuit, pour obtenir un peu de tranquillité, la garde donna par

cuillerée à café un peu d'eau sucrée contenant trois gouttes de laudanum de Sydenham ; en une heure, la moitié du liquide avait été absorbée, c'est-à-dire environ deux gouttes de laudanum. Alors l'enfant s'assoupit, poussant par intervalle de petits soupirs et en proie à une somnolence dont on ne put le tirer.

Voici l'état de l'enfant à cinq heures :

Lèvres bleuâtres; extrémités et facies bleuâtres; résolution musculaire, insensibilité. Peu à peu cet état asphyxique se dissipe sous l'influence de frictions répétées.

Chaque fois que je cherche à constater l'état de la sensibilité en pinçant le petit malade, les membres s'agitent convulsivement; somnolence persistante; si on essaye de faire boire l'enfant, la déglutition est nulle et l'état asphyxique reparaît.

A six heures, un accès convulsif suivi d'asphyxie persistante, de refroidissement cyanique, dilatation des pupilles, fait croire que cet enfant est mort.

Ne pouvant remplir l'indication vomitive, la titillation de la luette ne produisant rien et la déglutition étant impossible, les bruits du cœur allant en diminuant progressivement d'intensité et de fréquence au point d'être bientôt à peine perceptibles, je procède dans cet état désespéré à la respiration artificielle avec une sonde, dont j'ai préalablement mouillé les parois internes avec deux gouttes d'ammoniaque liquide; j'y joins la pression abdominale concurremment avec l'aspiration.

Après un quart d'heure d'insufflation, j'ai la satisfaction d'entendre les bruits du cœur reprendre un peu d'énergie et de fréquence; enfin, l'enfant pousse un profond soupir et commence à respirer : voyant la tendance à l'anéantissement de cette fonction reparaître aussitôt que je cesse l'insufflation, je la continue une heure avec succès.

La teinte cyanique disparaît peu à peu, les extrémités deviennent rosées; je fais mettre l'enfant dans un édredon avec des serviettes et des briques chaudes, avec défense absolue de mouvement; dans la journée, quelques crises légères se dissipent sous l'inspiration d'ammoniaque.

Vers trois heures, un accès d'asphyxie cyanique aussi intense que celui du matin met encore les jours de l'enfant en danger; les fonctions circulatoires et respiratoires sont presque nulles, pouls insensible, bruits du cœur à peine perceptibles. Même traitement que pour l'accès du matin, même succès après une heure de persévérance. Je remets l'enfant à la garde, avec ordre de ne rien donner à boire avant le milieu de la nuit (la déglutition provoquant les accès d'asphyxie).

Vers quatre heures, légers accès; on donne par cuillerées un liquide contenant deux gouttes d'ammoniaque dans le cours de la nuit; somnolence, soupirs de temps en temps. Après trente-six heures d'inquiétude, l'enfant ouvre enfin les yeux et boit facilement. Depuis lors il va bien.

Cet enfant eût infailliblement succombé, si la respiration artificielle, aidée des vapeurs ammoniacales, n'eût été pratiquée. Ce cas, joint à celui de M. Balfour, est un nouvel exemple des dangers qui résultent de la facilité trop grande qu'on laisse aux pharmaciens de délivrer les médicaments non prescrits.

Dois-je ajouter, en terminant, que j'apprends qu'un enfant âgé de vingt et un jours, dépérissant par insuffisance de lait de sa nourrice, et pris de symptômes légers d'entéro-colite, prenait, suivant prescription, une cuillerée à café, toutes les demi-heures, d'une potion contenant 12 gouttes de laudanum pour 80 grammes de véhicule ; qu'à peine avait-il pris quelques cuillerées de ce liquide, il tombait somnolent. Par prudence la nourrice cesse le médicament, et l'enfant en est heureusement quitte pour un sommeil prolongé.

On ne peut donc trop appeler l'attention des praticiens sur les doses qui conviennent à l'enfance, et celle de l'autorité sur la délivrance des médicaments.

AIGUILLES ET PORTION D'ÉTUI

arrêtés dans l'arrière-bouche et la partie supérieure du pharynx d'un enfant de huit mois.

Par M. le Dr Adam, de Chaumont en Vexin.

En avril dernier, je fus appelé auprès d'un enfant âgé de huit mois. Sa mère, ayant à s'absenter, l'avait couché et lui avait laissé son étui plein d'aiguilles comme un jouet pour l'amuser. Quand la mère rentra, elle trouva son enfant sans mouvement et pouvant à peine pousser quelques soupirs; voyant d'un autre côté des aiguilles éparses çà et là sur le lit avec un des bouts de l'étui, elle devina le malheur qui était arrivé; elle n'eut que la force de crier et s'évanouit.

Quand j'arrivai, je trouvai l'enfant presque asphyxié, la face bleuâtre et la bouche pleine d'écume sanguinolente; lui ayant ouvert la bouche, je portai le doigt indicateur dans l'arrière-bouche et touchai distinctement plusieurs aiguilles. Comme il n'y avait pas à attendre, je procédai immédiatement à leur extraction. Avec les deux doigts index et médius de la main gauche, j'abaissai fortement la mâchoire inférieure et la langue dans toute son étendue, puis saisissant des pinces à anneaux de la main droite, j'allai à la recherche des aiguilles qui se trouvaient fichées sur la voûte palatine, sur la base de la langue et sur les différentes parois du pharynx; malgré le peu de lumière que donnait une mauvaise chandelle, malgré l'écoulement de sang, je parvins à extraire cinq aiguilles l'une après l'autre; il en restait une sixième horizontalement située et fixée une extrémité dans la base de la langue, et l'autre extrémité dans la paroi postérieure du pharynx; faisant alors une forte pesée sur l'extrémité fichée dans la base de la langue, je pus dégager l'autre et retirer l'aiguille sans la briser.

Il ne restait plus d'aiguilles, et cependant l'enfant ne revenait pas. Comme d'ailleurs on n'avait pu retrouver la partie manquante de l'étui, je pensai que ce corps étranger pouvait bien s'être arrêté au fond de l'arrière-gorge, ou même dans l'œsophage. En face d'une mort imminente, je songeai d'abord à la trachéotomie ; mais avant de recourir à cette ressource extrême, je portai encore une fois la pince le plus loin possible ; je sentis un corps résistant, et saisis le rebord de l'étui qui fut immédiatement extrait. Des insufflations et les différentes pratiques usitées contre l'asphyxie furent mises immédiatement en usage. L'enfant revint peu à peu, et quand la respiration se fut rétablie, il vomit à plusieurs reprises du sang caillé mêlé à des mucosités.

Trois jours après, l'enfant se livrait à ses jeux comme par le passé ; il était guéri.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

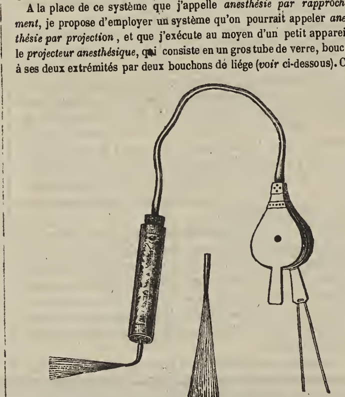
Séance du 3 août 1857. — Présidence de M. Geoffroy St-Hilaire.

M. le Président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne du prince Charles-Lucien Bonaparte, un de ses correspondants pour la section d'anatomie et de zoologie.

Anesthésie. — M. Heurteloup lit un mémoire sur l'administration du chloroforme et des anesthésiques par projection.

Après avoir rappelé dans ce mémoire que les appareils au moyen desquels on a commencé à faire respirer les éthers sont tombés dans le discrédit, parce qu'ils forçaient les malades à respirer par la bouche qui n'est pas l'ouverture naturelle pour donner entrée à l'air, et dit comment ces appareils ont été généralement remplacés par l'usage des cornets de linge ou des éponges que l'on éloigne ou que l'on rapproche des ouvertures inhalantes, je montre que ce dernier moyen, préférable au premier, présente pourtant encore de grands défauts. En effet, cet éther si volatil (le chloroforme) se répand-il également dans l'atmosphère ? Ne sort-il pas du cornet à l'état de corps plus léger que l'air ? N'obéit-il pas à une ascension prompte qui le fait s'élever perpendiculairement sans se mêler à l'air inspiré ? Le moindre courant d'air ne le fait-il pas dévier ? L'expiration chaude ne le volatilise-t-elle pas ? Cette expiration ne le renvoie-t-elle pas ? Voit-on cet agent lorsqu'il est aspiré ? Peut-on en reconnaître la densité, la quantité, la force ? Le rapprochement des ouvertures inhalantes ne donne-t-il pas lieu à l'inspiration de bouffées concentrées de la vapeur stupéfiante ? Cette vapeur concentrée ne va-t-elle pas titiller l'épiglotte et le larynx ? Ne va-t-elle pas souvent provoquer une toux convulsive ? Le chirurgien, impatient quelquefois, ne met il pas l'éther liquide en contact avec les ouvertures inhalantes, etc. ? Et alors, avec ces imperfections, ces incertitudes, ces obscurités, ces accidents, y a-t-il lieu de s'étonner de ces anesthésies subites, inquiétantes, de ces lenteurs à entrer sous les impressions du gaz stupéfiant, de ces foudroiements, de ces sidérations spontanées, de ces collapsus après une résistance prolongée ? Y a-t-il lieu de s'étonner de ces effets inconnus, inattendus, qui portent dans l'âme la stupeur lorsqu'ils se montrent, la crainte de les voir apparaître, et qui appellent sur nos actes une attention qui ne peut être éclairée ?

A la place de ce système que j'appelle *anesthésie par rapprochement*, je propose d'employer un système qu'on pourrait appeler *anesthésie par projection*, et que j'exécute au moyen d'un petit appareil, le *projecteur anesthésique*, qui consiste en un gros tube de verre, bouché à ses deux extrémités par deux bouchons de liége (*voir* ci-dessous). Ces



deux bouchons sont percés d'un trou et traversés tous les deux par un tube : l'un de ces tubes finit en cône et est percé à son extrémité; le tube qui traverse l'autre bouchon se continue avec un long tuyau flexible, au bout duquel on introduit le cuivre d'un petit soufflet. Dans le gros tube de verre, il y a de la gaze pour recevoir et étendre le chloroforme. L'éther étant introduit, l'air poussé par le soufflet traverse le magasin de chloroforme qui sort par le petit tube siphon, mêlé à l'air.

L'anesthésie par *projection* obtenue au moyen de cet appareil se recommande par les avantages suivants :

Au moindre mouvement du soufflet, il s'établit un courant d'air chargé de chloroforme; aussitôt que le mouvement cesse, le courant cesse. Cet effet est un premier moyen de *régularisation*.

Comme tous les jets d'air, le jet qui sort de mon petit siphon est conique. Très-mince près du bec du tube, il devient large à quelques centimètres. Là où le jet est mince, le chloroforme volatilisé est plus concentré ; là où le jet est large, le chloroforme est plus disséminé : c'est une affaire de rapprochement ou d'éloignement. Cet effet est un second moyen de régularisation.

Le jet a une puissance de projection qui ne permet pas à la vapeur du chloroforme de monter en vertu de sa pesanteur spécifique. Cette vapeur est emprisonnée dans l'air en mouvement qui part du soufflet. Elle est aspirée à cet état de mélange. Elle est nécessairement aspirée, car elle enveloppe nécessairement l'ouverture naturelle respiratoire. Je suis donc sûr que les vapeurs du chloroforme sont inspirées, et qu'un courant d'air léger ne peut faire dévier mon agent anesthésique. Cet effet est un troisième moyen de régularisation.

Le jet ne s'établit que par le mouvement du soufflet : si ce mouvement cesse, le jet cesse. Il a donc une action tout à fait dépendante du jeu du soufflet. Eh bien, qu'on n'établisse le jet qu'au moment où l'aspiration commence, on ne dépensera pas de chloroforme pendant l'expiration, et surtout au profit des assistants. Qu'on n'établisse le jet qu'à toutes les deux inspirations, on sera sûr que le malade prendra de l'air par une inspiration sur deux. C'est un quatrième moyen de régularisation.

Il faut bien faire attention que je ne dis pas *dosage*, je dis seulement *régularisation*, car je crois d'abord que le dosage est une chimère, et ensuite que la règle seule fera loi dans l'avenir, lorsqu'il s'agira de l'administration du chloroforme. Cette règle sortira naturellement de l'usage répété, de la comparaison répétée ; elle sera imposée au médecin par son sens moral seulement, sans qu'il soit nécessaire de *légiférer*. On ne saurait d'ailleurs légiférer sur l'*inconnu*.

Ainsi voilà donc pour administrer les anesthésiques un moyen très-simple, peu cher, d'un usage facile, doué au moins de quatre moyens de *régularisation*. Je le présente particulièrement et respectueusement à l'Académie, mais j'en fais hommage avec reconnaissance à celui de ses membres qui découvrit et proclama la propriété bienfaisante du chloroforme. Puisse-t-il trouver dans mon travail, qui n'est qu'un humble accessoire de sa grande découverte, un sujet digne de son attention. (Commissaires, MM. Flourens, J. Cloquet, Jobert.)

— M. le Secrétaire perpétuel présente au nom de l'auteur, M. L. Gaillard, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Poitiers, un opuscule intitulé *Un seul appareil pour toutes les fractures des membres inférieurs.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'importance des questions qui seront soumises au congrès d'ophthalmologie qui doit se réunir à Bruxelles au mois de septembre prochain, et l'utilité des résultats qu'il est appelé à produire, ne sont pas seulement appréciés par les hommes de l'art, dont les adhésions augmentent chaque jour, mais encore par les gouvernements. Les délégations officielles dont l'avis arrive au comité d'organisation, et l'éminence des personnages qui les composent, en sont une preuve évidente. (*Presse méd. belge.*)

— Un sieur Roussel, s'intitulant le *professeur* Roussel, et se disant inventeur d'une découverte pour la guérison des maladies chroniques et nerveuses par les appareils électro-galvaniques et magnétiques, a comparu le 15 juillet dernier devant le tribunal de police correctionnelle de Toulouse, à la suite d'un procès-verbal du commissaire de police de Cadours, où le *professeur* Roussel exploitait sa découverte.

A l'audience, le prévenu soutient et s'efforce de démontrer qu'il n'est pas en contravention avec la loi, qui exige un diplôme de médecin ou d'officier de santé pour débarrasser la faible humanité des maux qui l'affligent. Ces explications n'ont pas entraîné la conviction des juges, car il a été condamné à 50 fr. d'amende et aux dépens pour exercice illégal de la médecine et vente de médicaments sans autorisation. Le tribunal a ordonné, en outre, la destruction des médicaments saisis, quoique Roussel ait soutenu qu'il ne s'agissait que d'acides servant de conducteurs au fluide électrique dont l'emploi forme la base de son système.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance demain mercredi, 12 août, à huit heures très-précises du soir, à la mairie du douzième arrondissement, place du Panthéon.

L'ordre du jour se compose de : 1° Communications de MM. Loreau et Focillon sur l'organisation de l'enseignement médical dans les hôpitaux; 2° Communication du baron Heurteloup sur la lithotripsie; 3° Double communication de M. Sandras, *a*, sur une affection nerveuse singulière, *b*, à propos d'une pièce d'anatomie pathologique.

— La Société médico-psychologique, dans sa séance du 27 juillet, a décerné une médaille d'or à M. le docteur Niepce pour son mémoire *sur le crétinisme*. Le prix de cinq cents francs, offert à la Société par M. le docteur Ferrus, n'ayant pas été décerné cette année, la question a été remise au concours en ces termes :

« Examen comparatif du crétinisme, de l'imbécillité et de l'idiotie, » au triple point de vue de l'étiologie, de la symptomatologie et de » l'anatomie pathologique. »

Les mémoires devront être adressés au secrétaire général de la Société avant le 20 janvier 1859.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Collin, né à Bourmont (Haute-Marne) ; *Considérations sur la scrofule.*

Toutain, né à Elbeuf (Seine-Inférieure) ; *De l'emploi du chloroforme dans le traitement de l'éclampsie des femmes en couches.*

Dumas, né à Cette (Hérault) ; *De l'embryotomie et de l'opération césarienne comparées. Description d'un nouveau céphalotribe.*

Bondet, né à Coligny (Ain) ; *Du chlorure de sodium considéré au point de vue médical.*

Vincent, né à Vouziers (Ardennes) ; *Recherches sur la nature et les causes des affections utérines.*

Bévalet, né à Poligny (Jura) ; *Du spina bifida.*

Pingat, né à Dijon (Côte-d'Or) ; *Du catarrhe chronique de la vessie et de son traitement.*

Mercier, né à Bischwiller (Haut-Rhin) ; *Des convulsions chez les enfants.*

Piednoel, né à Rouen (Seine-Inférieure) ; *Des ulcères des fosses nasales.*

Bals, né à Paris (Seine) ; *Des signes de la grossesse utérine simple.*

Guillemin, né à Sainte-Ménéhould (Marne) ; *Des causes de l'avortement.*

Gallardo, né à San-Salvador (Guatemala) ; *De l'hématocèle péri-utérine.*

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » | POUR LA BELGIQUE : Un au 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux et les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête du 15 août, le Journal ne paraîtra pas samedi.

PARIS, LE 12 AOUT 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection d'un membre dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. Il était convenu que l'élection aurait lieu cette fois parmi les candidats naturalistes. C'était à ce titre, en effet, que les trois candidats présentés par la section avaient fait valoir leurs droits.

La place était assurée d'avance à M. Moquin-Tandon. Aussi le savant et élégant professeur de botanique de la Faculté a-t-il été élu au premier tour et à une grande majorité. L'Académie ne pouvait assurément faire un meilleur choix.

L'élection accomplie, la parole a été donnée à M. le docteur F. Hatin pour la lecture d'un mémoire qui est le complément d'un travail précédent, et qui attend lui-même son complément. Ce travail consiste principalement en une réponse aux objections qui ont été faites dans le temps, au sein de l'Académie, à un nouveau procédé d'application du forceps proposé par l'auteur. Nous ne sommes point en mesure en ce moment d'apprécier la portée de ces réponses ; nous ne pourrons le faire que lorsque ce travail nous sera connu dans son ensemble. Nous attendrons donc que M. Hatin ait donné la dernière partie de son mémoire.

L'Académie a terminé sa séance par un comité secret dans lequel la savante assemblée a eu à délibérer sur une liste de présentation de candidats au titre de membres associés nationaux. On sait que l'Académie, par une décision approuvée depuis par le ministre, a modifié les articles de son règlement relatifs à ses membres associés et correspondants. Il s'est agi dans le comité secret d'hier de faire la première application du nouveau système de recrutement des associés nationaux. Une élection de deux membres associés doit avoir lieu mardi prochain dans la section de chirurgie. Conformément aux termes du nouvel article, il a été présenté hier une liste double de trois candidats chacune. C'est sur cette double liste que devra porter le scrutin.

Si nous sommes bien informés, ces deux listes se composeraient comme il suit :

Première liste : MM. Sédillot à Strasbourg, Goyrand à Aix, Bonnet à Lyon.

Deuxième liste : MM. Pamard à Avignon, Gensoul à Lyon, Bouisson à Montpellier.

L'Académie n'aura, comme on le voit, que l'embarras du choix entre ces candidats, qui lui appartiennent tous déjà à titre de membres correspondants, et dont nous n'avons assurément pas besoin de rappeler ici les titres si bien connus de tous. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la fièvre scarlatine (1).

Toutes les fois qu'il s'agit du traitement des pyrexies exanthémateuses, le médecin doit se souvenir que ces maladies sont en quelque sorte fatales dans leur marche, soit qu'elles se développent à la peau, soit qu'elles se manifestent du côté des viscères internes, comme la fièvre putride par exemple, qui n'est autre chose qu'une affection éruptive du canal alimentaire. Je prétends par ces mots qu'elles ont des allures déterminées contre lesquelles nous ne pouvons pas prévaloir. Quoi qu'on en ait dit, l'art médical est insuffisant à faire rétrocéder une fièvre putride ou une variole ; aussi devons-nous ne point intervenir tant que les choses se passent bien, et nous faut-il rester le spectateur attentif de la scène pathologique, le ministre de la nature, *naturæ minister*, et rien de plus. S'il ne survient aucun accident grave, moins il fera, mieux il fera.

Lorsque les maladies éruptives deviennent menaçantes par quelque point, nos ressources, dans le plus grand nombre des cas, se montrent assez peu efficaces. Je tenais à vous dire cela tout de suite. Néanmoins, si l'intervention thérapeutique manque de puissance dans la fièvre putride et dans la variole, je veux vous faire voir qu'elle est parfois utile dans la rougeole et la scarlatine.

J'ai pris soin d'établir, vous vous en souvenez, que la scarlatine est une affection qui se ressemble peu à elle-même quant à sa gravité, et je vous ai cité le grand exemple de Sydenham, qui, à la fin de sa carrière, écrivait en parlant d'elle : *vix nomen morbi meretur* ; celui de Graves, qui de 1804 à 1834, n'avait pas vu mourir un seul scarlatineux, et celui de Bretonneau, qui avait joui du même bonheur depuis 1799 jusqu'à 1824. Mais les illusions de ces deux derniers praticiens tombèrent bientôt en face des cruelles épidémies de Dublin et de Tours !

Beaucoup d'entre vous pratiqueront l'art de guérir, soit au milieu des campagnes, soit dans les rangs de nos soldats ; eh bien, ils verront des épidémies de dyssenterie — qui dans quelques cas sont si meurtrières — ne tuer absolument personne. Ne prenez pas en ce cas une trop bonne opinion de vous-même et de votre thérapeutique, car vienne une plus grave épidémie, et votre amour-propre recevra une sévère leçon : la dyssenterie fera périr plus de monde que le choléra-morbus.

Les épidémies de scarlatine sont non-seulement dangereuses lorsqu'on les observe dans toute la population, mais elles empruntent encore dans les familles un caractère tout particulier. J'ai lu dernièrement dans les recueils scientifiques anglais l'histoire lamentable de cet ecclésiastique d'York, qui vit périr de la scarlatine ses six ou sept enfants dans l'espace d'une semaine. Ayez en général bon espoir quand la maladie fera une entrée convenable au sein d'une famille, mais défiez-vous toutes les fois qu'elle aura tué quelqu'un d'emblée.

Lorsqu'il s'agit du traitement de la scarlatine, il est un point sur lequel tous les épidémiographes sont d'accord : à savoir que le traitement antiphlogistique, les saignées, la diète rigoureuse et les purgatifs énergiques sont plus pernicieux qu'utiles. Et même, quand il survient dans le cours de la maladie des phénomènes réellement inflammatoires — je parle des phlegmasies locales qui frappent les amygdales, les ganglions lymphatiques et le tissu cellulaire — les antiphlogistiques échouent encore, probablement parce qu'il s'agit là d'un mal septique, d'une pyrexie de mauvais caractère, *mali moris*. Cependant les mêmes épidémiographes déclarent tous que certains minoratifs pris dans l'ordre des mercuriaux, ou dans celui des sels neutres, rendent d'éminents services, à la condition d'être administrés par une main un peu avare. Ils établissent ce fait positif que sous l'influence de laxatifs qui solliciteront chaque jour une, deux ou trois garde-robes, le mouvement fébrile se modérera ; mais ils n'ont jamais prétendu conjurer de cette façon-là les très-graves accidents qui peuvent se manifester.

J'ai dit que dans la période aiguë de la scarlatine, les malades semblaient mourir en proie à de grandes modifications nerveuses, soit que l'exaltation s'exerçât sur les centres de la vie organique et amenât cette chaleur si extraordinaire de la peau (due probablement à une modalité dans les nerfs splanchniques), soit qu'elle se traduisît par des vomissements violents et une diarrhée excessive, ou par le délire, le coma vigil, les soubresauts des tendons et les phénomènes cérébraux. Il existe dans ces cas une médication dont l'expérience a consacré l'utilité, et que les médecins n'abordent en général qu'en tremblant ; je veux parler des affusions froides de la médication que Currie a le premier formulée d'une manière positive. Enhardi par des premières tentatives heureuses, ce praticien insista beaucoup sur sa méthode, dont voici le mode d'emploi : Le malade est mis nu dans une baignoire, puis on lui jette sur tout le corps trois ou quatre seaux d'eau à la température de 20 degrés du thermomètre centigrade.

L'affusion dure de quinze à soixante secondes. On enveloppe immédiatement le patient dans des couvertures, sans l'avoir essuyé,

(1) Fin. — Voir les numéros des 16 juin, 7 et 23 juillet.

FEUILLETON.

Le nitroforme. — Conservation des viandes. — Impressions d'après nature. — Une ordonnance.

Vous connaissez l'iodoforme, le bromoforme et le chloroforme ; cette famille vient de s'enrichir d'un nouveau membre. Voici venir le *nitroforme*, que M. Léon Chichkoff présentait ces jours derniers à l'Académie des sciences.

Dans ses recherches sur la constitution de l'acide fulminique, ce savant chimiste avait déjà montré que l'on pouvait, dans l'acétonytrile ou éther cyanhydrique du méthylène, substituer trois molécules d'acide hyponitrique à trois molécules d'hydrogène, et donner ainsi naissance à l'acétonytrile trinitré $C^4(Azo^4)^3Az$. Ce corps se décompose en présence de l'eau et de l'alcool, engendre un nouveau produit ayant pour formule $C^2(Azo^4)3H,AzH^3$, qu'on doit regarder comme une combinaison d'ammoniaque avec l'hydrure de méthyle trinitré. En effet, traité à froid par la chaux, il donne un dégagement abondant d'ammoniaque, l'acide sulfurique concentré un dégage une substance acide qui, en présence de l'ammoniaque, régénère le sel ammoniacal dans toutes ses propriétés. Le corps ainsi éliminé présente la composition du trinitrométhylure d'hydrogène. M. Léon Chichkoff en a déduit la formule $C^2(Azo^4)3H$. C'est celle du nitroforme.

Si maintenant nous considérons que ce nouveau corps présente avec le gaz des marais les mêmes relations que le chloroforme, le bromoforme et l'iodoforme, nous aurons la justification du nom imposé au nouveau corps.

C^2H^3H. . . .	Gaz des marais.
C^2Cl^3H. . . .	Chloroforme.
C^2Br^3H. . . .	Bromoforme.
C^2I^3H. . . .	Iodoforme.
$C^2(Azo^4)^3H$. . .	Nitroforme.

Pour constater à première vue l'air de famille qui les caractérise, il suffit de rapprocher ces diverses formules. Le nitroforme dérive donc du gaz des marais ; le groupe Azo^4 s'est substitué à l'H, qui peut de même être remplacé par le chlore, le brôme et l'iode.

Le nitroforme est un corps incolore, solide à une température inférieure à 15°, cristallisable en cubes, solubles dans l'eau, lui donnant une teinte jaune très-foncée. Facilement inflammable, il possède une saveur amère et une odeur fort désagréable. Quand on le chauffe brusquement il détonne. Sous la pression ordinaire, il ne peut être distillé sans décomposition. — Les sels du nitroforme, crisallisables, d'un beau jaune, explosibles, se décomposent spontanément avec dégagement de gaz. Le nitroforme anhydre peut être conservé sans décomposition dans un endroit frais.

M. Léon Chichkoff propose deux modes de préparation du nitroforme. Le premier consiste à décomposer l'acétonytrile trinitre au moyen de l'eau ou de l'alcool, puis à traiter par l'acide sulfurique concentré le produit $C^2(Azo^4)^3H,AzH^3$ engendré par la décomposition précédente. Le nitroforme se rassemble à la surface sous forme d'une couche liquide très-fluide et se concrétant par le refroidissement. On peut le décanter facilement et le purifier par deux ou trois cristallisations, en ayant soin chaque fois de décanter la partie non solidifiée.

Dans le deuxième mode de préparation, on traite l'acétonytrile par une dissolution concentrée de potasse caustique, et l'on obtient un sel jaune cristallisé qui, à son tour, traité par l'acide sulfurique concentré, donne naissance au nitroforme.

Quels services ce nouveau corps rendra-t-il à la science? C'est ce qu'il appartient à M. Chichkoff de nous apprendre dans de nouvelles recherches.

— Il ne suffit point d'exister, il faut être utile ; et si nous ignorons encore le rôle auquel le nitroforme est appelé, nous sommes aujourd'hui suffisamment édifiés sur les services d'un autre membre de la grande famille chimique ; je veux dire l'acide sulfureux. Parmi les nombreuses applications qu'on a déjà faites de ce gaz, la conservation des substances végétales et animales occupe un rang assez honorable pour que nous arrêtions un instant notre attention sur un projet soumis à l'approbation du Conseil de salubrité.

M. Robert se propose de conserver à la viande non-seulement sa couleur, sa fraîcheur, mais encore toutes ses propriétés alibiles. Dans ce but, il n'a recours ni à la chaleur, ni à la compression, ni au jet ; il se borne simplement à l'exposer à la vapeur de soufre et à une couche d'un enduit particulier. Nous allons voir de quelle manière on procède à cette conservation.

Il est bon que les animaux n'aient pas été soufflés ; une fois qu'on a débarrassé du sang et des sérosités les diverses parties de l'animal, on les expose dans un courant d'air naturel ou artificiel. Cette première dessiccation au grand air opérée, M. Robert suspend la pièce de viande au moyen d'une corde qui la laisse isolée de tous côtés dans un vaisseau quelconque (tonneau, caisse, barque, chambre) hermétiquement fermé. L'air ne peut y pénétrer que par un tube de dégagement situé

on le couche dans un lit convenablement recouvert, et la réaction s'établit en général au bout d'un quart d'heure ou de vingt minutes. Ces affusions sont répétées une, deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, suivant la gravité des accidents, et elles sont instituées du moment où les phénomènes nerveux commencent à prendre une intensité qui fait redouter un péril imminent; on les cesse aussitôt que ces mêmes phénomènes sont arrivés à une phase décroissante.

Il faut avoir vieilli dans la pratique, et surtout n'avoir besoin ni de l'opinion publique ni de l'argent des familles, pour mettre en œuvre une médication aussi audacieuse que celle-là. Le médecin doit être mû par un bien puissant sentiment du devoir pour oser lutter contre le préjugé populaire, — le plus funeste que je sache, qui veut que les malades atteints d'affections éruptives boivent des infusions chaudes et soient beaucoup plus chargés de couvertures qu'ils ne le sont dans l'état de santé. Je dis qu'il n'y a pas de préjugé plus funeste, car je n'en connais point qui cause plus souvent la mort. Il y a deux cents ans que la grande autorité de Sydenham se brisa là contre, et chaque année les médecins professeurs et les médecins particuliers épuisent toute leur rhétorique dans leurs leçons publiques et dans les familles pour déraciner l'opinion vulgaire; mais ces efforts restent superflus!

Les affusions froides ne sont jamais appliquées dans les cas de scarlatine bénigne, puisque je vous ai dit que l'expectoration était la meilleure des médications, mais seulement quand la maladie menace d'être mortelle. Vous savez donc très-bien que sur trois enfants que vous allez ainsi traiter, il va en mourir deux. Depuis longtemps déjà j'ai expérimenté les affusions, d'abord dans ma pratique particulière, puis à l'hôpital, car je n'ai jamais rien fait dans ma vie sans l'avoir préalablement tenté à mes risques, périls et dépens.

Je vous déclare que je n'ai jamais employé ce traitement dans la scarlatine sans quelque bénéfice; non pas que je prétende avoir guéri tous les malades qui y ont été soumis — j'en ai trop laissé succomber pour cela — mais j'affirme que l'affusion froide n'a jamais fait de mal; qu'elle a, au contraire, tempéré les accidents, et peut-être retardé l'issue fatale. J'ai agi ainsi dans ma clientèle, et certes j'ai joué gros jeu. Souvent, je l'avoue, j'ai été mal récompensé pour avoir accompli mon devoir avec cette rigueur-là, mais enfin je l'ai fait, et je le fais encore aujourd'hui que je n'ai plus rien à craindre, que je suis vieux, que ma situation est établie et que j'assume sur ma tête une responsabilité qui ne m'effraye plus.

Je comprends cependant que vous soyez tous effrayés d'appliquer une pareille médication, non pas qu'intérieurement vous n'ayez la conviction qu'elle peut être utile, mais parce que c'est encourir une responsabilité qui peut tuer l'avenir d'un jeune médecin. Eh bien, quand on ne peut pas prendre le taureau par les cornes — ce qui souvent est un moyen périlleux — on l'attaque d'un autre côté.

Dans beaucoup de circonstances, lorsque notre conscience nous impose un traitement efficace et que nous le savons battu en brèche par d'absurdes préjugés, il faut avoir l'air d'obéir à la voix publique, tout en ne se départissant pas de sa tâche. Aussi, rien n'est plus simple que d'employer des affusions froides et de persuader aux familles que ce sont des affusions chaudes. La scarlatine, surtout quand elle est maligne, est, je vous l'ai dit, de toutes les maladies celle où la température de la peau s'élève le plus haut, à 41 degrés, sous l'aisselle, par exemple. Au lieu d'affusions, vous faites alors des lotions avec de l'eau à 25 degrés, ce qui est terriblement froid pour un scarlatineux, puisque la différence de température entre son corps et l'eau dont on le couvre est de 15 ou 16 degrés! Le malade est placé nu sur un lit de sangles, et vous passez une ou deux fois, mais très-rapidement, une éponge imbibée de cette eau à 25 degrés (que les parents croient brûlante) sur toute la périphérie; puis il est couché et recouvert comme je l'ai indiqué plus haut. Une heure après, si vous venez à toucher la peau, vous remarquez qu'elle est moins aride, que sa chaleur n'est plus aussi mordicante, qu'il y a un peu d'abaissement général de la température, et surtout que le pouls a diminué de fréquence. En même temps les phénomènes cérébraux-spinaux, les vomissements, la diarrhée et les accidents nerveux ganglionnaires tendent notablement à décroître; et au bout d'un temps très-limité, deux ou trois heures par exemple, le même groupe de symptômes reparaît quelquefois tout comme auparavant. C'est alors qu'il faut insister sur les lotions ou les affusions, et en faire deux, trois, quatre fois par jour, et pendant cinq ou six jours de suite.

Que se passe-t-il maintenant pour l'éruption? A peu près invariablement, quand le malade sort de l'affusion, la peau prend une coloration rosée plus intense, et l'éruption apparaît plus vive, si bien que les parents eux-mêmes en font la remarque, et que tant que dure le péril ils sont les premiers à solliciter la médication réfrigérante, témoins qu'ils ont été de l'amélioration obtenue.

Il est vrai d'ajouter que quand la mort a rendu son arrêt, ils ont bientôt perdu le souvenir des encouragements qu'ils ont pu donner au médecin.

Avec cela, quelques remèdes internes peuvent être employés, et en première ligne le carbonate d'ammoniaque, l'esprit de Mindererus et le musc. Le carbonate d'ammoniaque s'administre à la dose de 2 à 4 grammes par jour, et l'ammoniaque elle-même en quantité plus faible (de 15 à 20 gouttes).

Quant au musc, 20, 30 ou 40 centigrammes suffisent ordinairement, mais on peut en prescrire jusqu'à 1 gramme.

Nous avions au n° 17 de la salle Ste-Agnès un jeune garçon dont l'angine scarlatine s'accompagnait d'exsudation couenneuse, mais qui ne constituait pas un danger réel. Vous m'avez vu n'opposer aucun traitement; et cependant, après quatre ou cinq jours, les couennes et les taches pultacées avaient complétement disparu des amygdales. Dans le plus grand nombre des scarlatines malignes, nous ne pouvons rien contre les accidents qui se déclarent du côté de la gorge. J'ai successivement essayé l'application du nitrate d'argent, de l'acide chlorhydrique et du borax; j'ai donné à l'intérieur le chlorate de potasse; eh bien, je déclare que toutes ces médications sont restées inefficaces entre mes mains. Cependant, et de tous ces agents, l'acide chlorhydrique est celui qui m'a le moins mal réussi; mais il demande à être manié avec une extrême prudence. Lorsqu'on soutient de violentes luttes avec des enfants et qu'on vient à leur brûler la langue, les dents ou l'intérieur des joues, on détermine un surcroît d'inflammation et on cautérise imparfaitement. Servez-vous donc d'un abaisse-langue convenable, et faites maintenir le petit malade de telle sorte que toute résistance soit impossible; prenez ensuite un pinceau de blaireau bien imbibé d'acide chlorhydrique, touchez seulement les parties qui en ont besoin, et renouvelez l'opération deux fois par jour.

Je vous ai parlé d'une forme d'angine survenant tout à coup vers le neuvième ou le dixième jour de la scarlatine, et s'accompagnant d'abondante exsudation nasale, de surdité, d'otite, de fétidité de l'haleine, de fréquence considérable du pouls, de prostration des forces et de complications diphthériques. Oh! dans ce cas-là nous ne pouvons rien. Les injections dans les fosses nasales avec les liquides styptiques, les solutions de sulfate de cuivre, de sulfate de zinc, de nitrate d'argent, de ratanhia, de tannin, les cautérisations de la gorge, tout est inutile! Dans ces tristes occasions, il faut principalement avoir recours aux médications générales, à l'alimentation, aux excitants diffusibles, au café, et surtout au sulfate de quinine.

Quant à l'anasarque scarlatineuse, elle constitue une complication d'une gravité variable. Lorsqu'elle n'est pas très-étendue, quelques soins d'hygiène, le repos au lit, des boissons tièdes et une alimentation modérée suffisent, en général, pour tout mener à bonne fin. Si les urines sont sanglantes, les boissons acides, la limonade, la décoction d'uva-ursi mélangée au sirop de térébenthine, la digitale et quelques légers laxatifs font rapidement justice de cet état. Dans le cas où l'hémorrhagie est très-considérable, employez l'acide sulfurique à l'intérieur, sous forme d'eau de Rabel, à la dose de 2 à 6 grammes par jour; ajoutez-y de l'eau et du sirop de ratanhia, et vous ne tarderez pas à voir s'arrêter le flux sanguin.

Lorsque l'anasarque est très-développée et qu'elle est rapidement survenue, je vous ai dit qu'en général il arrivait des convulsions, et que la mort succédait souvent à ces accidents. Quelle conduite devez-vous tenir alors? Administrer des purgatifs énergiques qui feront pleuvoir à la surface de l'intestin une partie de la sérosité contenue dans le tissu cellulaire, et placer le malade de telle sorte que les jambes soient un peu pendantes sur le bord du lit et que la tête soit relativement très-élevée. Essayez encore les scarifications sur les extrémités inférieures, ou bien appliquez de larges vésicatoires sur les jambes.

Lorsque le médecin est surpris par la crise convulsive et qu'il en est le témoin, il doit immédiatement donner à l'intérieur le musc allié à de faibles proportions de belladone. Si cela se passe chez un enfant de huit à dix ans, le musc est prescrit à la dose de 25, 30 ou 40 centigrammes, et la belladone à raison d'un centigramme seulement dans une potion.

Faites usage en même temps d'un moyen que j'ai déjà préconisé il y a plus de vingt ans, et qui m'a rendu à moi et à beaucoup d'autres médecins les plus signalés services: j'ai nommé la compression des carotides. Lorsque la convulsion épileptiforme — car elle est toujours épileptiforme — est prédominante d'un côté, la compression des carotides doit être exercée d'une manière plus spéciale du côté opposé. Si la convulsion est à peu près équilatérale au lieu d'être unilatérale, la compression est alternativement faite sur les deux carotides, et lorsque la chose est possible et que cela ne gêne pas trop la respiration de l'enfant, sur les deux carotides à la fois; je parle, bien entendu, des deux carotides primitives. Cette compression est beaucoup plus simple qu'on ne se le figure: le médecin se place à la partie extérieure du malade, et dispose ses doigts de façon à pouvoir comprimer la carotide gauche avec la main droite et la carotide droite avec la main gauche; il enfonce ses doigts et écarte avec leur pulpe le muscle sterno-cléido-mastoïdien, tandis qu'avec les ongles il éloigne la trachée-artère. Sentant alors battre dans la profondeur la carotide primitive, qui est d'une mobilité considérable, il la saisit en dedans avec la pulpe de deux doigts, la ramène en arrière et l'écrase sur la colonne vertébrale. On s'aperçoit de suite qu'elle est comprimée, d'une part à ce qu'il n'y a plus de battements dans l'artère temporale correspondante, d'autre part à la décoloration parfois subite de la face, et, dans quelques cas, à la cessation immédiate de la convulsion éclamptique.

La compression est maintenue un quart d'heure ou vingt minutes sur l'artère de chaque côté. Comme ce travail est fort pénible, on se fait généralement secourir par un aide ou par une mère que la sollicitude rend bien vite intelligente.

L'éclampsie étant un accident très-fréquemment mortel, on est arrivé, en définitive, à un résultat très-heureux quand on a pu l'arrêter.

Aussitôt que les accidents aigus ont disparu, que l'éclampsie n'existe plus, que l'hématurie qui ordinairement précède ou accompagne l'anasarque scarlatineuse est également passée, il faut donner au malade quelques légers diurétiques, surtout le nitrate de potasse uni à la digitale, et on administre en même temps un remède que Graves a préconisé, l'iodure de potassium à doses élevées.

Mais l'anasarque et l'albuminurie scarlatineuse, qui le plus souvent sont guéries au bout de quinze jours ou de trois semaines, sont dans quelques circonstances le début d'une maladie de Bright;

à la partie supérieure. Un second tube, placé à la paroi inférieure, donne passage à des vapeurs sulfureuses que l'on fait dégager d'une mèche soufrée ou d'un foyer de soufre en ignition. Les deux tubes sont munis de robinets: on les ouvre d'abord tous deux, et l'on fait dégager l'acide sulfureux; à mesure que celui-ci entre par la paroi inférieure du vaisseau, le tube supérieur laisse sortir l'air; bientôt une certaine quantité d'acide sulfureux suit la même voie, on ferme alors le robinet supérieur, et la pièce de viande, suspendue dans le vaisseau, est plongée dans un bain de vapeurs pendant un temps plus ou moins long et qui varie, selon la grosseur des pièces, de 10 à 25 minutes. On sort alors la viande, on l'expose à l'air, où elle s'essore et se raffermit. C'est alors qu'avec un pinceau on la recouvre d'un enduit formé d'albumine animale du commerce, que l'on fait dissoudre à une faible température dans un litre de forte décoction de guimauve, additionnée de mélasse de canne. Cet enduit, qui a la consistance de la peinture, met complétement la substance à l'abri du contact de l'air. Lorsque l'enduit est sec, on place la viande dans des tonneaux enduits de graisse, ou on la suspend à l'air libre dans des magasins.

La viande soumise à ce traitement ne conserve aucune odeur ni saveur désagréables; elle reste pendant les plus grandes chaleurs, de vingt à vingt-cinq jours, sans rien perdre de sa valeur ni même de son aspect.

La même conservation peut s'appliquer au gibier, aux poissons, aux fruits, à tous les végétaux.

Le conseil de salubrité a pensé qu'il y avait utilité et avantage à laisser débiter ces viandes conservées, qui empruntent à l'enduit dont nous avons parlé ce que l'acide sulfureux, employé seul, n'avait pu donner jusqu'ici. Il paraît, en effet, qu'à faible dose, ce gaz ne conservait pas la viande, tandis que des accidents s'étaient produits sous l'influence d'une fumigation trop prolongée. Le tissu adipeux rancissait, se décomposait et tombait en poussière.

Ce nouveau procédé ira-t-il rejoindre toutes les tentatives faites dans le but de conserver le goût, la saveur et le facies de ces diverses substances? L'avenir prononcera.

— Il nous avait été donné récemment de voir un ouvrage, véritable chef-d'œuvre d'iconographie: c'était une collection de *fougères de la Grande-Bretagne*, rendues avec une vérité si frappante, une délicatesse de traits si grande, qu'on avait peine à se figurer que ces fougères fussent non une réalité, mais simplement une impression. Devant un si magnifique résultat, nous nous étions bien promis de faire des recherches sur ce nouveau mode de reproduction, lorsqu'une *lecture* faite à Londres par l'imprimeur de ce livre, M. Bradsbury lui-même, nous a mis au courant de cette *impression d'après nature*.

Un jeu d'enfants est le point de départ de cette remarquable invention. Il vous est peut-être arrivé de noircir à la fumée d'une lampe une feuille de papier huilée, puis au moyen de la pression, de recouvrir d'une certaine couche de noir la surface d'une fleur, d'une feuille d'arbre ou d'une dentelle, qui se reproduisait sur une feuille de papier blanc avec la plus grande exactitude. Le noir de fumée, comme le fusin, eût demandé un vernis pour ne point s'effacer; si vous le remplacez par de l'encre d'imprimerie, et si vous employez le rouleau d'imprimeur, vous avez déjà le procédé que recommande Linné, et que Kniphof d'Erfurth (1761) employa pour reproduire douze cents feuilles in-folio de figures de plantes dans son *Botania in originali, seu herbarium vivum*.

Au commencement de ce siècle, le professeur Hope, de Ratisbonne, publia ses *Ectypa plantarum Ratisbonensium* et *Ectypa plantarum sebetarum*, imprimés par le même procédé. Mais déjà ce premier pas avait montré des inconvénients fort sérieux: l'*encrage* des plantes avec le tampon demandait beaucoup de temps et de soin: le tirage était lent, et chose capitale, le nombre d'épreuves ne pouvait être que fort limité, à cause de la fragilité des plantes desséchées.

Ce fut alors qu'un orfévre de Copenhague donna une nouvelle direction à cette impression. Cet homme, observateur fort intelligent, avait été frappé d'un fait bien simple, mais qui pour lui était toute une révélation. Dans certaines maisons, les tapis d'escaliers étaient remplacés par des feuilles de plomb; or, maître Peter Kyhl — c'est le nom de notre orfévre — remarqua que ce plomb ne tardait pas, sous la pression des pieds, à prendre l'empreinte du bois qu'il recouvrait. Que ne devait-il espérer d'une pression plus forte et mieux réglée. Voici donc notre homme pensant à se servir pour son orfévrerie de ce qu'il avait remarqué. Une plante, une plume, une dentelle, une écaille de poisson, placée entre deux lames de métal et passée au laminoir, se reproduisait non-seulement sur du plomb, mais encore sur le zinc, l'étain et le cuivre. Peter Kyhl venait de publier un livre sur sa découverte; il avait noté ce que son invention laissait à désirer, la difficulté de nettoyer le plomb, cause de promptes maculatures, lorsqu'il mourut en 1833. Son ouvrage dormit plus de vingt ans dans les archives de l'Académie de Copenhague.

Il nous faut arriver à l'an 1851 pour voir de nouvelles tentatives. Le docteur Branson (de Sheffield) obtint au moyen de plaques de gutta-percha de fort belles épreuves; mais là encore se montraient les difficultés qui avaient arrêté Peter Kyhl, et de plus la malléabilité de la gutta-percha était un nouvel obstacle. Sans se décourager, le docteur Branson pensa à la galvanoplastie; il chercha à tirer des planches de cuivre sur sa gutta-percha à l'aide des procédés de fonte ordinaires. Ses ten-

les accidents aigus cessent, mais l'albuminurie continue. Défiez-vous donc toutes les fois que vous verrez se perpétuer l'albuminurie, car le rein commence à se convertir en tissu fibro-plastique; dans six semaines, il aura dégénéré en tissu graisseux, et quelques mois plus tard vos malades succomberont des suites de la maladie de Bright.

Enfin, il est encore quelques accidents très-graves qui surviennent précisément dans cette période de la maladie et qui se rencontrent en même temps ou à peu près en même temps que l'anasarque scarlatineuse : je veux parler des grands épanchements séreux qui se font dans la cavité du péricarde et du côté de la plèvre. L'application plusieurs fois répétée de vésicatoires et la ponction du péricarde ou de la plèvre pourront vous être très-utiles; mais, comme je vous l'ai dit, vous trouverez presque toujours, au bout de dix, de quinze ou de vingt jours, de la sérosité lactescente et quelquefois du pus dans la plèvre, par conséquent un empyème, accident d'une épouvantable gravité que vous pourrez guérir chez les jeunes enfants au moyen d'injections iodées, mais contre lequel vous lutterez inutilement chez l'adulte.

Dr Legrand du Saulle.

NOUVEAU CAS D'ABLATION TOTALE de la mâchoire inférieure exécutée avec succès

Par M. le docteur Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

(Note présentée à l'Académie des sciences le 10 août 1857.)

Il y a quelques années à peine, l'ablation totale de la mâchoire inférieure était considérée comme une entreprise tellement dangereuse, qu'aucun chirurgien français n'avait osé l'aborder.

Outre les difficultés extrêmes dont son exécution semblait entourée, outre la crainte qu'inspirait le voisinage des vaisseaux carotidiens, on était persuadé qu'après cette mutilation, la langue, privée de ses attaches antérieures, devait nécessairement se rétracter en arrière et produire la suffocation. On croyait surtout qu'en supposant la guérison, une semblable mutilation devait laisser le malade dans un état déplorable et le priver à jamais de la mastication et de la parole.

Telle était l'opinion générale à ce sujet, quand en 1853 j'eus l'honneur de présenter à l'Académie une jeune fille à laquelle j'avais récemment pratiqué l'ablation totale de la mâchoire, et chez laquelle aucun des accidents dont nous venons de parler ne s'était réalisé.

Cependant, comme cette opération avait été faite en deux temps, on pouvait croire, à la rigueur, que cette circonstance avait pu neutraliser une partie de ses inconvénients et de ses dangers.

Mais en 1856 j'eus l'occasion d'exécuter de nouveau cette opération chez un jeune homme que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie. Dans ce deuxième cas, l'opération avait été prompte et facile; aucun accident n'était venu entraver la guérison. Le visage avait conservé sa forme régulière. La phonation était intacte, et grâce à l'ingénieux dentier construit par MM. Fowter et Préterre, le jeune homme pouvait broyer facilement les aliments solides. (Il occupe aujourd'hui une position de contre-maître dans une usine en Espagne.)

Le nouveau fait que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie n'ajoute rien d'important à ceux que je viens de citer, mais il les confirme d'une manière complète, et ces trois faits réunis forment un faisceau d'où l'on peut déjà déduire des conséquences pratiques du plus haut intérêt.

Ostéosarcome de la mâchoire inférieure avec conservation du périoste. Ablation totale de cet os. — Guérison.

Le 23 juin 1857, une jeune fille de dix-huit ans, nommée Saumon (Mathilde), vint me consulter avec sa mère pour une tumeur volumineuse qu'elle portait à la mâchoire inférieure. Cette tumeur, dont l'origine, au dire de la malade, ne remontait qu'à dix ou onze mois, avait pris un développement rapide; elle envahissait déjà tout le côté droit de l'os maxillaire, jusques et y compris sa branche montante, et du côté gauche se prolongeait jusqu'au niveau de la première grosse molaire. Elle était le siége de douleurs lancinantes, qui ne se répétaient toutefois qu'à d'assez longs intervalles (5 ou 6 fois seulement par jour). Les dents étaient au complet, sauf la première grosse molaire gauche, qui avait été arrachée. Les parties molles étaient parfaitement saines.

Après un examen approfondi de l'état des choses, je fus d'avis que l'affection de cette jeune fille avait son siége dans le tissu osseux lui-même; qu'elle appartenait à la classe des ostéosarcomes; qu'il y aurait dès lors inconvénient grave, sous le point de vue de la récidive, à ménager la petite portion d'os qui paraissait encore saine du côté gauche, et sur laquelle on ne pourrait dans tous les cas conserver que deux dents. En conséquence, je proposai la désarticulation complète de la mâchoire, ce qui fut accepté par les parents et la jeune fille.

Cette opération eut lieu le 30 juin 1857.

1° La malade étant soumise au chloroforme, je fis sur la ligne médiane de la lèvre inférieure une incision verticale qui pénétrait jusqu'à l'os.

2° Au moyen d'une scie à chaîne, je divisai l'os au niveau de la symphyse du menton, ce qui me permit de constater immédiatement l'exactitude de mon diagnostic relativement à la nature de l'affection.

3° Avec la pointe du bistouri, j'incisai longitudinalement les gencives en dedans et en dehors de l'arcade dentaire.

4° Laissant de côté tout instrument, je séparai rapidement le périoste avec le bout de mon doigt; puis, arrivé aux insertions des muscles masséter et ptérigoïdien interne, je les déchirai violemment, ainsi que les nerfs et vaisseaux dentaires.

5° Avec la pointe de mes ciseaux courbes, je coupai l'insertion du crotophyte.

6° Enfin, par un mouvement brusque, j'arrachai l'os en déchirant les ligaments articulaires et l'insertion du ptérygoïdien externe.

Ce premier acte de l'opération accompli, je procédai à la désarticulation du côté gauche, qui fut exécutée rapidement et suivant les mêmes principes.

Chose remarquable, après cette opération je n'eus besoin de faire aucune ligature. Les artères dentaires, déchirées avec le doigt, ne donnaient pas une goutte de sang; les artères labiales, divisées par le histouri, cessèrent de saigner aussitôt que j'eus rapproché les deux moitiés de la lèvre par la suture entortillée. La langue, retenue par ses insertions au périoste, n'eut aucune tendance à se porter en arrière. Les mouvements de la déglutition s'opérèrent dès le premier jour; enfin aucun accident ne vint entraver la guérison, qui dès le quinzième jour était complète.

Aujourd'hui, six semaines se sont écoulées depuis l'opération, le visage a recouvré sa forme et sa régularité; et, sauf la mastication, qui, en attendant l'application d'un dentier artificiel, ne s'opère qu'avec la langue, toutes les fonctions de la bouche s'exécutent comme si la malade n'avait pas subi d'opération.



Ainsi donc, voici trois faits d'ablation totale de la mâchoire inférieure, tous les trois suivis de succès, et tous les trois parfaitement exempts, dans leur exécution, dans leurs suites et dans leurs résultats, de ces difficultés, de ces accidents et de ces difformités dont on s'était effrayé jusqu'alors. Aussi croyons-nous pouvoir sans témérité poser les conclusions suivantes :

1° L'ablation totale de la mâchoire inférieure peut être soumise à des règles précises;

2° Elle n'est ni plus difficile ni plus dangereuse qu'un grand nombre d'opérations usuelles;

3° Elle n'entraîne aucune difformité grave;

4° Elle ne compromet aucune fonction importante;

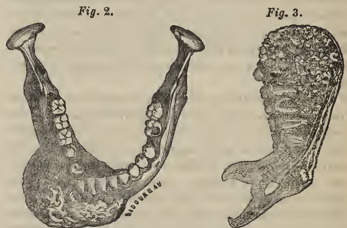
5° Elle se prête parfaitement à l'application d'un dentier artificiel;

6° Elle mérite à tous égards de prendre rang dans la science à titre d'opération régulière.

Nous ferons remarquer que nos trois opérations ont été pratiquées d'après la méthode sous-périostique, dont les principes émis et développés par M. Flourens trouvent chaque jour de nouvelles et précieuses applications dans la pratique chirurgicale, et nous n'hésitons pas à rapporter la plus grande part des heureux résultats de nos tentatives au soin que nous avons pris de nous conformer à ces principes.

Aucune autre méthode, en effet, n'aurait pu nous permettre une exécution si rapide et si sûre; aucune n'aurait pu nous mettre aussi complétement à l'abri de l'hémorrhagie; aucune surtout n'aurait permis de conserver à la langue et aux autres muscles un point d'appui aussi efficace, sans compter qu'il n'est pas impossible qu'un nouvel arc osseux ne vienne à se former entre les deux lames intactes de la membrane.

Fig. 2. *Fig. 3.*



Description de la pièce anatomique.

La pièce anatomique représente la mâchoire inférieure toute entière, dépouillée de son périoste. Du côté droit, l'os est altéré dans toute son étendue jusqu'au trou dentaire; à gauche, l'altération s'arrête à la première grosse molaire. L'altération consiste dans la présence d'un tissu fibro-plastique intimement mélangé avec les fibres osseuses, d'où résulte une sorte d'hypertrophie générale. Aucun noyau cancéreux n'a pu être reconnu avec le microscope.

Fig. 1. — Portrait au daguerréotype quatre semaines après l'opération.

Fig. 2. — Mâchoire entière.

Fig. 3. — Côté droit coupé dans sa longueur.

RÉSORPTION DES OS DU CRANE ET HERNIE DU CERVEAU.

Par M. le docteur Hawkins.

M. le docteur Hawkins a publié deux cas de résorption progressive des os du crâne, dans l'un desquels il y eut hernie du cerveau.

Le premier cas est celui d'un homme qui eut une carie des os du crâne et de nombreux abcès de voisinage. Ce cas est seulement remarquable par la rapidité de sa marche : en une dizaine de semaines plus de la moitié des os du crâne furent détruits par la carie, laquelle s'étendit aux cellules mastoïdiennes et à la cavité du tympan du côté droit. Au niveau de ces points cariés, le péricrâne et la dure-mère étaient altérés, décollés, épaissis; seulement la face

tatives, quoique assez heureuses, donnèrent encore des résultats bien inférieurs à la galvanoplastie.

C'était à l'imprimerie impériale de Vienne, dont les produits ont été si remarqués aux Expositions de 1851 et de 1855, qu'il était réservé de donner la solution de ce grand problème. M. André Worring — dans le magnifique ouvrage du chevalier Von Heufler: *Des mousses de Transylvanie*, 1853 — donna le premier chef-d'œuvre de l'impression d'après nature. Il soumet la plante aux cylindres d'un laminoir sur une plaque de plomb polie — jusque-là c'est le procédé de Kyhl—; mais alors, au moyen de cette galvanoplastie qui manquait à l'orfèvre de Copenhague, l'artiste de l'imprimerie impériale de Vienne tire de la plaque originale de plomb une plaque de cuivre *fac simile*, dont on peut se servir comme des planches de cuivre gravées ordinaires. Le problème était résolu; mais, disons-le à la gloire de Peter Kyhl, il avait fait tout ce qu'il pouvait faire avec les moyens dont il disposait.

Un des côtés importants de cette application — le chef-d'œuvre réservé — est la rapidité avec laquelle on peut éditer une de ces magnifiques collections. Dix-huit mois ont suffi pour faire paraître un gros volume de la *Flore autrichienne* de Van Ettigshausen et Pokorny, contenant 500 feuilles d'impression, et 30 planches in-4° représentant 600 espèces de plantes, souvent plusieurs en double.

Après les *Mousses de Transylvanie*, le second chef-d'œuvre du genre est celui que nous avons eu le plaisir d'admirer, les *Fougères de la Grande-Bretagne* de M. Bradshury. Les expériences auxquelles on a déjà pu se livrer ont montré combien les feuilles, et surtout les fougères, gagnaient à être ainsi reproduites; la moindre fibre, la moindre nervure est rendue avec l'exactitude la plus rigoureuse. Les fleurs qui ne présentent pas de nervures aussi saillantes gagnent moins à la reproduction; mais cependant le facies — que le langage est si souvent inhabile à reproduire — est, par l'impression d'après nature, rendu avec une vérité bien précieuse pour le botaniste.

Les couleurs qui entrent dans la coloration des fleurs, au nombre de trois ou quatre, varient selon les fleurs, les feuilles et les racines. Dans ce nouveau procédé, la teinte la plus foncée s'applique la première, puis les autres teintes successivement, et le tirage se fait d'un seul coup, tandis que dans la chromo-lithographie chaque couleur est imprimée séparément sur autant de pierres.

L'impression d'après nature donne aux plantes un aspect repoussé qui favorise beaucoup l'illusion, et qui fait prendre volontiers cette impression pour une plante naturelle. Cet effet de relief, qu'on ne retrouve pas dans les planches imprimées en couleur par d'autres procédés, est dû aux épaisseurs de couverture qu'on met derrière le papier de manière à le forcer dans les creux de la plaque de cuivre quand il passe sous la presse.

Telles sont les diverses phases par lesquelles a dû passer une invention à laquelle nous devrons de véritables chef-d'œuvres pour la reproduction du règne végétal.

— Un dernier mot. Il s'agit d'une ordonnance qui a dernièrement occupé la Société de pharmacie de France.

Un honorable pharmacien reçoit un jour l'ordonnance suivante :

Teinture de musc.	30 grammes.
Eau de menthe.	30 —
Sirop de quinquina.	80 —

Sans s'inquiéter de la valeur thérapeutique ni de l'opportunité de la dose de teinture de musc, il exécute l'ordonnance. La préparation est remise avec une petite note de 30 fr. d'honoraires. C'était cher, convenons-en. Aussi le client de se plaindre, de refuser le payement de la note, attendu que le même médicament ne lui avait coûté que 4 fr. dans une autre pharmacie! Sur ce, calomnie se dresse, siffle, s'enfle..... vous savez le reste. Et notre très-honorable pharmacien inquiet, quoique sûr de son honnêteté, demande à la Société un appui moral.

Or voici ce qui est résulté de la délibération. Trente grammes de teinture de musc représentent 7 grammes 50 centigrammes de musc. Celui-ci est porté dans tous les prix courants à 3 fr. 50 le gramme. L'opération est facile et le résultat bien clair. Vous aviez raison, bien honorable pharmacien.

Mais comment se fait-il que votre confrère se contente de 4 fr. pour cette même ordonnance? Se rattraperait-il sur la quantité?

Mais nous sommes bien indiscret! Dr E. Renaud.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Notice sur les eaux thermales sulfuro-salines de St-Gervais en Savoie, par le Dr J. F. Payen. In-8°. — **Carte topographique des environs des bains**, par le même. Une feuille in-f°. Paris, Jannet, rue Richelieu, 15.

De la contagion du choléra, par le docteur Boisseuil, de Bordeaux. Broch. in-8°.

Du seigle ergoté considéré au point de vue de l'hygiène publique, par le docteur Ch. Dubreuilh, de Bordeaux. Broch. in-8°.

interne de la dure-mère était intacte, et le cerveau était sain.

Dans le second cas, il y eut d'abord des douleurs céphaliques aiguës; quelque temps après, le malade constata une dépression au niveau des points douloureux, et plus tard l'existence d'une tumeur qui remplaça la dépression.

Un an après le début des accidents, un chirurgien reconnut que cette tumeur était pulsative; il la ponctionna, mais n'en fit sortir que du sang; la ponction, répétée à plusieurs reprises, ne donna toujours issue qu'à du sang. Huit semaines seulement avant l'entrée du malade à l'hôpital et plus de deux ans après le début des accidents, à la douleur de tête, qui d'ailleurs offrait des rémittences, se joignirent des étourdissements et des troubles des sens. A partir de cette époque, la tumeur augmenta rapidement de volume.

A l'entrée du malade à l'hôpital, cette tumeur, située à la partie postérieure et supérieure du côté droit de la tête, avait près de 15 centimètres de diamètre; elle était molle, élastique, parfaitement circonscrite et pulsative dans toute son étendue. On ne put déterminer si cette tumeur avait pour point de départ le périoste ou la dure-mère, on ne crut pas un instant à une hernie du cerveau: aussi plaça-t-on à plusieurs reprises des ligatures à la base de ce fongus, qui tomba en sphacèle, pour se reproduire bientôt après. Dix-neuf jours après la première application de la ligature, engourdissement de la jambe droite et du bras gauche, et trouble de la vue. Sept jours plus tard encore, engourdissement et paralysie incomplète du bras et de la jambe gauche, qui deviennent complétement paralysés deux jours après; la jambe droite l'est également en partie; en même temps, la tumeur, dont certaines portions tombent en sphacèle, ne cesse de s'accroître. Enfin le malade meurt dans le coma, le 16 mars 1852, trente-six jours après ces opérations téméraires.

A l'autopsie, on trouva qu'à leur partie antérieure les os du crâne étaient épaissis dans une grande étendue et comme éburnés, tandis qu'en arrière ils étaient très-amincis et ulcérés en un grand nombre de points, au niveau desquels la hernie du cerveau s'était opérée. En ces points, la dure-mère adhérait intimement au tégument externe. Quant au fongus, il avait beaucoup diminué de volume au moment de la mort; une ouverture creusée à son centre conduisait dans un abcès de dimension considérable situé au centre de l'hémisphère droit, presque aussi profond que le ventricule latéral, et dont le contenu purulent s'était évacué pendant la vie par l'intermédiaire de l'ulcération du fongus.

Autour de l'abcès et du fongus, la substance cérébrale était vasculaire, modifiée dans sa couleur, sans être autrement malade. Tout, dans l'examen nécroscopique, démontrait que la maladie avait débuté par l'os. Mais, s'il est très-rare d'observer la hernie du cerveau après la dénudation de la dure-mère consécutive à une nécrose du crâne, il l'est encore bien plus de voir cette hernie se produire quand les téguments sont intacts. (*Arch. gén. de méd.*)

GÉLATINISATION DE L'ÉTHER ET DU CHLOROFORME.

Le professeur Rusponi ayant obtenu la gélatinisation de l'éther en l'agitant avec le blanc d'œuf dans un récipient fermé, obtint le même résultat pour le chloroforme. La gelée de l'éther est semi-transparente; celle du chloroforme est blanche et opaque. Ces deux anesthésiques, réduits en gelée, ont la faculté de se dissoudre parfaitement bien dans l'eau. Ces substances peuvent s'étendre sur la toile en forme de cataplasme, et s'incorporer avec la morphine, la cantharidine, la conicine, etc., et, par conséquent, la forme nouvelle de ces anesthésiques peut être très-utile dans la thérapeutique. (*Florilegio médico.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 août 1857. — Présidence de M. Michel Lévy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet: 1° Cinq rapports définitifs sur les épidémies qui ont régné en 1856 et 1857 dans les communes de Villers-l'Hôpital, Pierremont, Humerenil, Beauvin et Éclimeux (Commission des épidémies);

2° Un rapport de M. le docteur Carrière, médecin des épidémies, sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de Casouls (Hérault);

3° Un rapport de M. le docteur Meyniol, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Aurillac, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans la commune de Leucamp. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Sémanas, de Lyon, adresse un pli cacheté concernant un traitement spécifique de la cholérine et du choléra. (Le dépôt est accepté.)

M. Henri Lespiau, médecin aide-major, adresse une note sur la constatation du sucre dans l'urine des diabétiques. (Commissaires, MM. Ségalas et Bouchardat.)

— M. L. Mathieu adresse la lettre suivante au sujet de la réclamation de priorité faite par M. Pouillien relativement à la canule à double courant qu'il a présentée dans le temps à l'Académie.

L'idée première sur laquelle se basent nos deux instruments est due à l'honorable professeur M. Cloquet: c'est là un fait incontestable.

La canule à double courant de M. Pouillien et la mienne reposent donc sur le même principe; mais elles diffèrent essentiellement, en ce que celle que j'ai fabriquée sur les indications de M. le docteur Aran est armée d'une tige injectrice pouvant s'allonger ou se raccourcir à volonté; cette nouvelle disposition permet ainsi de porter l'injection plus ou moins profondément sans changer la position de la douille qui oblitère complétement l'entrée vaginale, tout en faisant les fonctions de déverseur.

Plusieurs chirurgiens, parmi lesquels je citerai MM. Blatin et Boinet, s'inspirant de la donnée de M. Cloquet, ont tenté bien longtemps avant nous d'opérer avec des irrigateurs à double courant. Mon nouvel instrument n'est qu'un perfectionnement apporté à tous ces essais, et que je soumets à l'appréciation de l'Académie.

Nouveau cautère. — M. L. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie un nouveau cautère actuel. Le procédé sur lequel est fondé cet appareil lui a été suggéré par M. Masson, professeur de physique au lycée Louis-le-Grand. Il consiste à chauffer une partie métallique au moyen du gaz hydrogène et d'un courant d'air.

M. Mathieu a disposé son appareil, qui se compose d'une tige formée de deux tubes juxtaposés et se terminant par une douille. L'un des tubes se trouve circonscrit par l'extrémité de la douille, qui elle-même correspond avec l'autre tube. On met un des tubes en communication avec un réservoir de gaz d'éclairage, et le deuxième tube avec un ballon en caoutchouc vulcanisé préalablement rempli d'air au moyen d'une pompe, ou simplement d'un soufflet ordinaire. Une fois le gaz allumé, on ouvre le robinet de l'air, dont le gaz projette la flamme comme celle d'un chalumeau, et chauffe à blanc un hémisphère en platine qui surmonte l'instrument.

Cet appareil a déjà fonctionné dans les mains de MM. les professeurs Nélaton et Jobert (de Lamballe). M. Nélaton a proposé de se servir de la flamme projetée, afin de cautériser sans entamer la peau; la disposition de cet appareil permet de réaliser cette idée.

M. Jobert (de Lamballe) a pratiqué, à l'Hôtel-Dieu, avec le nouvel instrument, deux cautérisations du col de l'utérus.

M. le Dr Guérard, témoin des expériences de M. Mathieu, lui a conseillé, de remplacer le gaz hydrogène par un liquide combustible et volatile, tel que l'éther. Ce liquide peut être mis dans un flacon tubulé ou dans une boîte métallique contenant des éponges. Dans cette nouvelle disposition il faut deux courants d'air; l'un qui arrive directement au bout de la tige, et l'autre qui tarverse le liquide éthéré dont il entraîne une partie.

L'appareil ainsi modifié fonctionne d'une manière plus complète qu'avec le gaz.

M. GIBERT fait hommage à l'Académie, au nom de M. Bayle, du second volume de son *Traité de pathologie interne.*

— M. ROBINET lit une série de rapports sur les remèdes secrets et nouveaux, dont les conclusions négatives sont adoptées par l'Académie.

— M. J. CLOQUET présente un travail de M. le docteur Devilliers, médecin du chemin de fer de Lyon, intitulé: *Recherches statistiques et scientifiques sur les maladies des diverses professions du chemin de Lyon.*

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. La section a présenté à l'Académie la liste de candidature suivante:

En première ligne, M. Moquin-Tandon.
En deuxième ligne, M. Gubler.
En troisième ligne, M. Réveil.

Sur 60 votants, majorité 31; les voix sont ainsi réparties:

M. Moquin-Tandon obtient.	45 voix.
M. Gubler.	10
M. Réveil.	2
Billets blancs.	3

M. Moquin-Tandon ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé élu. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

LECTURES.

Application du forceps avec introduction d'une seule main. — M. le docteur FÉLIX HATIN lit un nouveau mémoire sur l'application du forceps avec introduction d'une seule main. Après avoir établi les avantages de la méthode et démontré que, contrairement à l'opinion émise par d'illustres accoucheurs, et notamment par M. Paul Dubois, elle était *moins douloureuse*, *plus facile* et surtout *plus sûre* que la méthode ordinaire, il cite à l'appui de ces propositions de nombreuses observations empruntées tant à de simples praticiens qu'à des professeurs d'accouchement, et qui toutes établissent sa supériorité. Il termine cette première partie en disant que, si, comme lui-même, ces praticiens et ces professeurs ne se sont point inclinés devant la parole du maître, c'est que l'autorité des faits, c'est que le respect de la vérité ont parlé plus haut encore que la vénération que nous lui portons tous.

Dans une seconde partie consacrée à défendre le précepte du choix facultatif de la main à laquelle est inhérente la simplicité du procédé, M. F. Hatin s'attache à faire ressortir tous les inconvénients du choix obligatoire: celui-ci charge la mémoire de détails difficiles à retenir; il impose à l'accoucheur l'obligation de se servir dans les cas les plus nombreux de la main dont il est le moins habile, ce qui donne à la manœuvre une incommodité de plus et une chance de succès de moins; il entraîne, avec l'obligation de connaître préalablement la situation de la tête, une perte de temps qui peut être irréparable, et quelquefois, en cas d'erreur, la nécessité de changer de main et de causer de nouvelles douleurs. Et tout cela pourquoi? pour éviter de porter la main dans une rotation qui n'a jamais rien d'exagéré, et ne saurait constituer une difficulté pour un instrument aussi parfait que la main humaine.

Il établit, en effet, que la facilité de l'opération, non plus que la régularité de la saisie de la tête, n'ont rien à souffrir de ce mode de faire et que le choix obligatoire de la main (la gauche pour les première et troisième positions; la droite, pour les deuxième et quatrième) n'est qu'une complication sans avantages, et ne saurait, du reste, constituer un procédé particulier; puisque, pour lui, le choix de la main et de la branche étant indifférent, on peut procéder ainsi sans sortir de sa manière, et que tous ces modes de faire sont contenus dans ses procédés comme la partie est contenue dans le tout.

M. Hatin réfute encore quelques assertions erronées de M. Hofman. Il démontre, par des citations de sa première communication et par les observations qui y sont jointes, que son procédé s'applique à toutes les hauteurs et dans toutes les situations.

Il démontre également qu'il n'est pas, comme on l'a dit, un partisan exclusif de la méthode allemande, et que s'il s'y résigne, c'est quand il ne peut atteindre à la méthode française, qui a ses préférences.

Quant à la priorité qu'il revendique, il la fait reposer sur la date de ses observations, dont une remonte à l'année 1833 et dont deux autres ont été publiées dans le numéro du journal *l'Esculape* (17 décembre 1839), tandis que les publications et les observations qu'on lui oppose sont de 1840 et de 1844.

Nous ne savons ce qu'il en sera de cette nouvelle croisade en faveur d'une méthode que M. Hatin nous semble à bon droit pouvoir revendiquer comme sienne. Ce que nous pouvons dire, c'est qu'en se faisant ainsi le champion de la vérité sans compter ni le nombre ni la puissance de ses adversaires, il s'est acquis des droits à la sympathie de tous ceux qui, comme lui, disent: Fais ce que dois... advienne que pourra. (Commissaires, MM. Moreau, Depaul et Cazeaux.)

— A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport relatif à la présentation des candidats aux places vacantes dans les trois sections des membres associés nationaux.

L'Académie aura à procéder dans une des prochaines séances à l'élection de deux membres pour la section de chirurgie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 4 août, une École préparatoire de médecine et de pharmacie est instituée dans la ville d'Alger.

L'enseignement est distribué entre huit professeurs titulaires, de la manière suivante:

Chaire d'anatomie et physiologie;
Chaire de pathologie externe;
Chaire de clinique externe;
Chaire de pathologie interne;
Chaire de clinique interne;
Chaire d'accouchements, des maladies des femmes et des enfants;
Chaire de chimie et pharmacie;
Chaire d'histoire naturelle médicale et matière médicale.

Quatre professeurs suppléants sont en outre attachés à ladite École.

Un des professeurs titulaires, désigné par le ministre de l'instruction publique, remplira les fonctions de directeur.

Celles de secrétaire agent comptable sont remplies par le secrétaire de l'Académie d'Alger.

Les traitements du personnel de l'École sont fixés ainsi qu'il suit:

Professeurs titulaires.	2,000 fr.
Professeurs suppléants.	1,500
Chef des travaux anatomiques. . . .	1,000
Prosecteurs.	600
Préparateur.	600

Le professeur nommé aux fonctions de directeur jouira, à ce titre, d'un supplément de traitement de 400 francs.

Le secrétaire de l'Académie d'Alger, secrétaire agent comptable de l'École, jouit, à ce titre, d'une indemnité annuelle de 300 francs.

L'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger est placée, quant aux sessions d'examen, dans la circonscription de la Faculté de médecine et de l'École supérieure de pharmacie de Montpellier.

Les certificats d'aptitude des diplômes délivrés par l'École d'Alger, vaudront pour toute l'étendue de la colonie, sans que ceux qui voudront changer de province soient tenus de subir de nouveaux examens et d'obtenir un nouveau certificat d'aptitude; mais cette condition sera imposée à ceux qui voudraient exercer dans un département de la métropole.

Les officiers de santé, pharmaciens et sages-femmes de deuxième classe reçus par cette école devront faire viser leur diplôme ou certificat d'aptitude à la préfecture de la province où ils entendent exercer leur profession; en cas de changement de résidence, ils devront obtenir un nouveau visa.

Les indigènes qui auront reçu l'enseignement du degré supérieur dans les écoles arabes françaises, seront admis à l'École préparatoire sur la production d'un certificat d'études visé par l'autorité administrative et sur l'attestation donnée, après examen, par le directeur du collége impérial arabe-français, qu'ils sont en état de suivre les cours.

Le diplôme spécial, délivré en vertu de l'article 21 du décret du 14 mars 1857 aux élèves indigènes du collége impérial arabe-français, dispensera de toute formalité quant à l'aptitude scolaire.

Les étrangers, chrétiens ou musulmans, seront également admis à l'École préparatoire en justifiant de leur aptitude à suivre les cours. Cette aptitude sera constatée et certifiée par le recteur de l'Académie d'Alger pour les étrangers chrétiens, et par le directeur du collége impérial arabe français pour les étrangers musulmans.

Les titres, délivrés par le jury d'examen de l'École aux élèves étrangers, ne seront valables, pour l'Algérie, qu'en vertu d'une autorisation spéciale du ministre de la guerre.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 96. — SAMEDI 15 ET MARDI 18 AOUT 1857. (30e ANNÉE.) N° 96. — SAMEDI 15 ET MARDI 18 AOUT 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

EXAMEN DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Les Académies ne nous font que de rares loisirs, et nous ne saurions nous en plaindre ; mais s'il arrivait que leur silence momentané se prolongeât ou se renouvelât plus souvent, nous éprouverions peu d'embarras pour y suppléer. Les nombreuses sociétés savantes libres qui gravitent autour des corps savants officiels nous fourniraient au besoin amplement de quoi occuper cette place.

Les sociétés savantes libres ne sont pas seulement des centres où aboutissent indistinctement des travaux de toute sorte dus à l'initiative individuelle de leurs membres ; quelques-unes constituent de vrais foyers scientifiques, ayant un caractère, un but, une direction déterminée et une utilité spéciale dans ce grand concours d'efforts collectifs vers un but commun, les progrès de la science. Celles-là sont généralement issues d'un besoin nouveau, et représentent une phase particulière de l'évolution scientifique. Telles ont été entre autres, à l'époque de leur fondation, la Société d'émulation, la Société anatomique, la Société médicale d'observation, qui ont répondu chacune à une idée ou à une impulsion actuelle des esprits. Telle est en particulier aujourd'hui la Société de biologie, qui, de toutes les sociétés nouvellement formées, est celle qui résume le mieux et le plus complétement à notre avis le mouvement scientifique actuel. C'est de cette société, de son origine, de ses travaux et de son influence, que nous nous proposons de dire quelques mots aujourd'hui.

Les doctrines qui avaient naguère remué de fond en comble la médecine, étaient tombées, laissant le champ libre à l'observation, devenue dès lors le mot d'ordre et le drapeau de la nouvelle école. Mais l'observation a besoin elle-même d'une base, et d'ailleurs, suivant l'expression d'un célèbre chimiste, dans les sciences, la *raison* est partout ; l'anatomisme était bientôt devenu, nous ne dirons pas la doctrine dominante, car l'anatomisme n'a jamais été et ne pouvait être une doctrine, mais le point de vue culminant de l'observation médicale.

La physiologie, disait-on dans le langage d'alors, n'était qu'une déduction de l'anatomie ; l'anatomie était la base fondamentale de la médecine, l'anatomie pathologique en était le flambeau. Nous n'avons assurément nulle envie de contester ici les services rendus à la médecine par l'école anatomique ; mais, il faut bien le reconnaître, elle tendait à un but impossible, la *raison* n'était pas là. Aussi son insuffisance en présence des innombrables problèmes soulevés tous les jours par l'observation clinique, ne tarda pas à devenir notoire. Un éminent physiologiste, amené à faire cette déclaration par les résultats même de l'expérimentation, avait déjà depuis longtemps assigné pour objet principal à la physiologie l'étude des forces. Un autre physiologiste dont les débuts alors annonçaient le futur professeur du collége de France, commençait à reconnaître et à proclamer dans ses leçons l'insuffisance de l'induction anatomique en physiologie, et montrait les erreurs nombreuses où cette voie aurait conduit si l'observation et l'expérimentation n'étaient venues les rectifier. Le savant professeur d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine de Paris, dans la préface de son bel ouvrage d'anatomie pathologique générale, assignait lui-même ses bornes à cette nouvelle branche de la science médicale, qu'il avait pour sa part si largement contribué à édifier, et la subordonnait à la considération des phénomènes généraux et des actes vitaux auxquels il restituait leur véritable rôle dans nos maladies.

Mais ce que l'anatomie, par cette réaction éclairée, perdait ainsi en importance au point de vue médical, elle le regagnait comme science propre ; le microscope, en passant des mains des naturalistes dans celles des anatomistes, avait ouvert des horizons nouveaux à l'observation et créé toute une branche nouvelle de la science.

D'un autre côté, l'étude jusqu'alors si négligée des modifications pathologiques des fluides de l'économie, reprise avec éclat, grâce au concours si utile de la chimie, venait d'élargir le champ de l'observation et de l'expérimentation, révélant des maladies nouvelles ou méconnues, et éclairant d'un nouveau jour un grand nombre de phénomènes physiologiques ou morbides dont l'ancien humorisme n'avait donné que des idées fausses ou incomplètes, et qui étaient restés lettre close pour le solidisme. Enfin la médecine comparée venait d'être signalée à l'activité de la nouvelle génération comme un nouveau but et une voie nouvelle de recherches.

Telles étaient les tendances et les dispositions générales des esprits, il y a une dizaine d'années environ, tel était alors le courant du mouvement scientifique, qui pourrait être résumé ainsi : absence de toute théorie et de toute systématisation générale reconnue actuellement impossible ou tout au moins prématurée ; — travail de constatation rigoureuse des faits et d'édification de théories partielles, basé sur le double témoignage de l'observation et de l'expérimentation, et sur la comparaison dont l'histoire naturelle et les sciences physico-chimiques fournissaient les éléments en même temps que le contrôle de leurs méthodes et de leurs procédés ; — tendance à éclairer les uns par les autres les résultats acquis par cette double voie dans chacune des divisions du règne organique, et dans chacun des ordres de faits qu'elles mettent plus particulièrement en relief.

De ce vaste programme, dont personne en particulier n'avait formulé les termes, mais auquel chacun dans les limites de son activité et de ses forces, apportait sciemment ou non son concours, résultait une foule de faits et de points de vue nouveaux qui n'avaient point encore leur place dans les programmes officiels de nos Académies, et qui ne pouvaient davantage l'y trouver dans les autres sociétés savantes. De là le plan conçu par un groupe de jeunes savants de se constituer en une société nouvelle qui embrasserait dans ses études tous les faits normaux ou pathologiques du règne organique tout entier, se proposant de concourir par là à la réalisation de ce but final de la science, savoir, la constitution de son unité fondamentale par la diversité même de ses parties.

Le nom de *biologie* introduit pour la première fois dans la science au commencement de ce siècle par Lamarck, résumait parfaitement le but et l'idée. Le choix du président n'eût pas une influence moins heureuse sur les destinées de la société. Placer à leur tête M. Rayer, c'était en effet s'assurer à la fois le concours et la direction de l'un des savants les plus sympathiques aux jeunes travailleurs, et le mieux à même de comprendre leur but et de diriger leurs efforts.

Mais laissons parler la Société elle-même par l'organe de l'un de ses membres fondateurs les plus distingués.

Voici en quels termes M. Ch. Robin, alors vice-président, traçait le programme des travaux que la Société de biologie se proposait d'entreprendre, et la direction qu'entendaient lui donner ses membres fondateurs pour répondre à ce titre :

« La biologie, au point de vue abstrait, considère les êtres organisés sous deux faces distinctes : sous le rapport *statique*, c'est-à-dire comme aptes à agir ; et sous le rapport *dynamique*, c'est-à-dire comme agissant.

» Sous le rapport statique, se rangent deux des quatre branches fondamentales de la biologie : l'*anatomie* et la *biotaxie*, qui étudie les lois de l'arrangement des êtres en groupes naturels, d'après la conformité de leur organisation.

Au point de vue dynamique se rangent les deux autres divisions fondamentales : la science, qui étudie l'influence du milieu ou des agents extérieurs sur l'être vivant, l'hygiène et la physiologie. »

La Société de biologie se proposait, dès son origine, d'envisager les végétaux aussi bien que les animaux, chacune des divisions ci-dessus se rapportant aux uns aussi bien qu'aux autres. Elle choisissait ce titre et les divisions qu'il comporte, pour faire sentir que si l'art médical a été primitivement la source de nos connaissances en physiologie, en pathologie, en anatomie, elle considérait que le temps était venu, par suite du développement de ces sciences, de les considérer indépendamment de toute idée d'application.

Ainsi, la Société de biologie ne devait être ni une société d'anatomie pathologique, ni une société de pathologie. Elle se proposait pour but, en étudiant l'anatomie et les classifications des êtres, d'élucider le mécanisme des fonctions ; en étudiant la physiologie, d'arriver à connaître comment les organes peuvent s'altérer, et dans quelles limites les fonctions peuvent dévier de l'état normal. Mais pour cela, ajoutait M. Robin, c'est d'abord la disposition naturelle des choses qu'il faut connaître ; et en appelant autant que possible les cas anormaux, c'était autant qu'ils étaient susceptibles, directement ou indirectement, d'éclairer l'état normal par l'étude des relations existant entre la structure normale et la fonction.

Ce but atteint, les applications directes à l'art médical devaient se présenter d'elles-mêmes, sans qu'il fût nécessaire de les astreindre à aucune direction spéciale, laissant à l'initiative de chacun le soin de les faire.

La Société choisissait encore ce titre pour faire sentir que l'art médical n'emprunte pas seulement à l'anatomie, la physiologie et la pathologie, mais de plus à l'histoire naturelle d'un grand nombre d'êtres, qui lui fournit à chaque instant des renseignements soit pour l'étude des médicaments, soit pour la connaissance des mœurs et des phénomènes vitaux des animaux et des végétaux parasites qui sont l'origine d'un grand nombre de nos maladies. Enfin, la biologie était présentée comme ayant la propriété de développer l'art des classifications.

Au point de vue concret, c'est-à-dire individuel, descriptif ou d'application, elle devait se diviser en deux branches : l'histoire naturelle proprement dite, qui envisage isolément chaque espèce d'êtres successivement sous les quatre points de vue, anatomique, biotaxique, de la science des milieux et de la physiologie, déjà étudiés d'une manière générale pour l'ensemble des êtres ; puis la pathologie, extension des précédentes sciences à des états accidentels et basée sur leur étude.

A côté de chacune de ces sciences, M. Robin montrait un art principal se développant d'une manière correspondante : la culture des végétaux et la démonstration des animaux à côté de l'histoire naturelle, l'hygiène à côté de l'étude scientifique des milieux, à côté de la pathologie l'art médical, l'objet le plus important des travaux de la Société, celui vers lequel devaient tendre naturellement toutes leurs études.

Tel était le but, telle a été l'origine de la constitution de la Société de biologie. Les travaux qu'elle a accomplis depuis sa fondation répondent-ils à ce but et à l'esprit qui a présidé à son inauguration ? L'opinion publique, qui a déjà placé depuis longtemps la Société de biologie au premier rang de nos sociétés savantes libres, a en partie répondu pour nous. Mais nous ne voulons pas nous borner à cette réponse sommaire. Un coup d'œil rapide sur ses travaux consignés dans les *Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie*, nous permettra de formuler ce jugement en termes plus précis, et de mettre les lecteurs à même d'en apprécier la justesse.

Ce sera l'objet d'un deuxième article. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

De l'état puerpéral.

Résumé de leçons recueillies par M. Alphée CONTESSE, élève du service.

M. Becquerel ayant essayé dans ces leçons de rattacher l'état puerpéral proprement dit et les phénomènes morbides nombreux par lesquels il se traduit à l'altération des liquides préparée et produite pendant la grossesse, nous avons pensé qu'il ne serait peut-être pas sans intérêt de reproduire ces idées, qui sont au moins nouvelles, et s'appuient sur des faits bien constatés de chimie pathologique.

L'état puerpéral est un état spécial caractérisé principalement par des modifications des liquides de l'organisme, et en particulier du sang, modifications appréciables, c'est-à-dire qui peuvent être déterminées dans de certaines limites.

Cet état commence à l'instant de la conception, et se prolonge jusqu'au trentième jour environ après l'accouchement : il comprend par conséquent trois périodes différentes :

1° La grossesse, que l'on peut appeler en quelque sorte état puerpéral préparatoire ;

2° L'accouchement, état transitoire et de peu de durée, qui mériterait le nom d'état puerpéral imminent ;

3° Les trente jours environ qui suivent l'accouchement, ou état puerpéral proprement dit.

GROSSESSE.

L'existence d'un organisme nouveau enté sur l'organisme de la mère est une première circonstance capitale qui permet jusqu'à un certain point d'expliquer tous les autres phénomènes. Le développement de cet organisme nouveau constitue un acte vital qui se compose de deux actes élémentaires :

1° L'absorption, et par suite l'assimilation, chez la femme d'une plus grande quantité de matériaux ;

2° La soustraction ou la désassimilation chez la femme d'un certain nombre de matériaux destinés au fœtus.

Ce double acte d'assimilation et de désassimilation produit quatre ordres de modifications physiologiques :

1° Un développement de l'utérus ;

2° Une série de modifications du sang ;

3° Des phénomènes congestifs ;

4° Des troubles sympathiques.

§ I. DÉVELOPPEMENT DE L'UTÉRUS.

Le fait physique du développement de l'utérus produit, par suite d'une gêne mécanique, quatre espèces de troubles, c'est-à-dire des troubles dans les quatre appareils de la vie organique.

A. *Troubles digestifs* : dyspepsie, difficulté de garder les aliments, constipation. Nous ne voulons pas ici parler des troubles digestifs du début, et en particulier des vomissements, mais seulement de ceux qui sont produits par la cause physique.

B. *Troubles de la respiration* : dyspnée habituelle.

C. *Troubles dans les appareils de sécrétion* : ainsi trouble dans l'émission des urines.

D. *Troubles circulatoires* : ces troubles sont de deux ordres :

1° La pléthore ;

2° Une hydropisie mécanique.

1° *Pléthore.* — La pléthore n'est pas due à l'augmentation de proportion des globules du sang ; la pléthore vraie, telle qu'elle a été étudiée par Galien, est le défaut de rapport entre la capacité des vaisseaux circulatoires et la quantité du liquide sanguin ; c'est la trop grande quantité de la masse sanguine pour la capacité de ses vaisseaux : ainsi l'état pléthorique peut exister même avec un sang plus pauvre, et en effet, dans le cas actuel, l'analyse nous montre que chez les femmes enceintes, qui sont en même temps pléthoriques, il y a diminution des globules sanguins.

Cette pléthore, que l'on pourrait peut-être appeler physiologique lorsqu'elle n'est pas exagérée, passe fréquemment chez la femme enceinte à l'état pathologique.

Elle passe surtout à l'état pathologique lorsque d'autres causes de pléthore viennent se joindre à cette gêne mécanique, qui consiste surtout dans l'obstacle apporté à la circulation artérielle des vaisseaux de l'abdomen : ces autres causes sont au nombre de trois principales :

1° L'existence naturelle d'un tempérament sanguin, c'est-à-dire la prédominance du système circulatoire ; un système circulatoire plus développé, plus ample.

2° L'excès de santé de certaines femmes pendant l'état de grossesse : cette santé florissante coïncide, en effet, avec un appétit insatiable qui augmente l'état pléthorique.

3° Le défaut d'exercice, qui est commun pendant l'état de grossesse.

La pléthore des femmes enceintes se manifeste par les signes ordinaires de cet état.

Céphalalgie habituelle : c'est un sentiment de pesanteur. Elle aboutit souvent à des troubles de la vue, vertiges, éblouissements, et à des bourdonnements d'oreilles. Les femmes sont plus lourdes, plus pesantes. Elles n'ont pas la lucidité d'esprit ordinaire ; elles sont portées au sommeil.

Le pouls est plein, plus développé, plus dur, plus résistant qu'à l'état normal ; mais il n'est pas plus fréquent. Pas d'augmentation de chaleur à la peau, mais des bouffées de chaleur à la face et à la poitrine. Il y a de la dyspnée.

Le diagnostic est rendu très-simple par l'état du pouls et la coloration de la face.

La pléthore des femmes enceintes ne réclame pas, en général, d'autre traitement qu'une légère émission sanguine : c'est, en effet, dans cet état morbide que l'on trouve indiquées ces petites saignées que les femmes demandent presque toujours d'elles-mêmes. La saignée est surtout nécessaire pour combattre la prédisposition à l'éclampsie que peut produire cet état pléthorique.

2° *Hydropisie mécanique.* — Le développement de l'utérus produit une hydropisie mécanique par son action directe, c'est-à-dire par la compression de la veine-cave et de la veine iliaque primitive. C'est la variété d'hydropisie la plus fréquente, car elle arrive dans les trois cinquièmes des cas. Sans doute que la cause mécanique est aidée dans son action par la désalbuminisation du sang, c'est-à-dire par la faible densité de son sérum ; mais on regarde l'hydropisie comme mécanique lorsque la diminution de l'albumine ne serait pas suffisante à elle seule pour produire l'infiltration des jambes.

Le caractère de cette hydropisie, c'est d'être bornée aux membres inférieurs : limitée ordinairement aux malléoles, elle monte rarement au-dessus du genou ; et lorsque exceptionnellement elle le dépasse, elle ne remonte pas jusqu'au bassin.

Comme traitement, la femme doit avoir les jambes étendues lorsqu'elle ne marche pas. L'hydropisie disparaît d'ailleurs d'elle-même, huit à quinze jours après l'accouchement.

§ II. MODIFICATIONS DU SANG.

Ces modifications du sang sont relatives à la quantité et à la qualité de ce liquide.

A. *Quantité.* — La quantité du sang contenu dans l'appareil circulatoire augmente-t-elle dans un certain nombre de cas de grossesses, et cette augmentation est-elle la cause de la pléthore que nous venons de décrire ; ou bien cette augmentation n'est-elle pas réelle, n'est-elle qu'apparente et due à la compression du système artériel abdominal, compression produite par le développement de l'utérus ? C'est ce qu'il est assez difficile de déterminer. Il est probable que ces deux causes agissent simultanément, et que la pléthore des femmes enceintes est due à la double action que nous venons de mentionner. Nous n'avons donc pas besoin de la décrire ici de nouveau.

B. *Composition du sang.* — Les éléments du sang, que nous devons successivement examiner, sont les suivants :

1° L'eau ;

2° Les globules ;

3° L'albumine ;

4° La fibrine ;

5° Les matières grasses ;

6° Les sels alcalins.

1° *Eau.* — La proportion d'eau contenue dans le sang est à peu près constamment augmentée : cet élément, au lieu d'être représenté par les chiffres 750 à 760, l'est par ceux de 800 à 820. On conçoit facilement, d'après cela, la moindre densité du sang chez toutes les femmes enceintes.

2° *Globules.* — Les globules sont toujours diminués dans l'état de grossesse, même chez les femmes les plus robustes, les plus fortement constituées, et qui se nourrissent le mieux. La première notion de ce fait est due à MM. Andral et Gavarret ; leurs analyses ont été non-seulement confirmées, mais surtout développées par celles de MM. Becquerel et Rodier ; puis par celles de M. Hersent, et enfin par celles de MM. Devilliers et Regnault. On peut admettre en principe que la proportion des globules diminue progressivement depuis le début jusqu'à la fin de la grossesse ; cette diminution est appréciable à partir du troisième mois, et elle est de plus en plus caractérisée : ainsi, en représentant par 127 le chiffre normal des globules chez la femme, on trouve qu'ils arrivent à celui de 100, à l'époque de l'accouchement ; à quatre mois et demi de la grossesse, il est déjà tombé à 110 : ainsi ce chiffre diminue de 10, depuis quatre mois et demi jusqu'à la fin de la grossesse. Remarquons que bien qu'il y ait diminution progressive il y a cependant des oscillations assez nombreuses, et qu'on trouve des différences très-grandes chez les différentes femmes.

Dans ces limites, on peut presque considérer cette anémie comme physiologique. Il est toutefois des cas dans lesquels elle peut s'exagérer et devenir anémie pathologique. On peut admettre cette dernière toutes les fois que le chiffre des globules tombe au-dessous de 100.

Anémie. — Les causes suivantes peuvent rendre compte du développement de l'anémie vraie dans la grossesse.

C'est d'abord l'exagération de la cause physiologique qui produit toujours un certain degré d'anémie chez la femme. Cette cause est, avons-nous dit, la modification survenue dans la nutrition interstitielle, modification qui consiste dans la désassimilation d'un certain nombre de matériaux destinés au fœtus ; or, cette désassimilation sera exagérée s'il y a, par exemple, excès de nutrition du fœtus, c'est-à-dire une disproportion entre le volume de l'enfant et le corps de la mère. Cette cause rend bien compte de ce fait, à savoir qu'un certain nombre de femmes, en apparence chétives, pâles et faibles, accouchent d'un gros enfant. Si on examine avec soin ces femmes avant l'accouchement, on est presque assuré de les trouver anémiques.

L'anémie peut encore passer à l'état pathologique, lorsque des causes, déjà capables à elles seules de produire une diminution des globules du sang, viennent s'ajouter à la cause physiologique : ce sont en particulier les suivantes :

1° Une alimentation insuffisante : elle tient tantôt à la misère, tantôt à ce dégoût pour les aliments, qu'il est si commun d'observer dans la grossesse ; tantôt à des vomissements répétés, quelquefois incoërcibles : c'est en particulier ce qui arrivera si ces vomissements ont lieu après le repas.

2° Une habitation malsaine, c'est-à-dire humide et mal aérée.

3° Des travaux exagérés.

L'anémie des femmes enceintes une fois produite, devient à son tour la source d'un certain nombre de symptômes. Parmi ces symptômes, il y en a qui lui sont communs avec la pléthore, et d'autres qui lui sont spéciaux.

Les symptômes communs sont : la céphalalgie, les vertiges, les éblouissements, les bourdonnements d'oreilles ; puis la dyspnée.

Les symptômes spéciaux consistent dans des troubles de la nutrition, de la motilité et de la circulation.

1° *Troubles de nutrition* : Il y a un peu d'amaigrissement ; la face, qui présente quelquefois un masque d'une coloration spéciale, offre en même temps une altération des traits, qui est également caractéristique. Bien que pouvant exister sans anémie, cette altération a lieu surtout chez les femmes dont le sang présente une diminution des globules.

2° *Troubles de motilité* : On observe un sentiment de faiblesse générale, bien différent du sentiment de pesanteur et de lourdeur générales de la pléthore. Puis, comme signe négatif, mais qui n'en a pas moins de valeur pour le diagnostic, l'intelligence a conservé toute sa force, toute sa vigueur, toute sa netteté.

3° *Troubles de circulation* : On observe d'abord une décoloration plus ou moins notable de la peau et de l'origine des membranes muqueuses, au lieu de la rougeur et de la turgescence qui appartiennent à la pléthore.

Il y a toutefois des signes beaucoup plus caractéristiques : ce sont les bruits de souffle qu'on trouve dans le système circulatoire. Comme ces bruits de souffle sont subordonnés aux degrés de diminution dans la proportion des globules du sang, nous établirons, sous ce rapport, trois degrés :

Premier degré. — Le chiffre des globules du sang est compris entre 120 et 100 : alors on entend un bruit de souffle très-doux, quelquefois ronflant, au premier temps, et à la base du cœur, se prolongeant dans l'aorte, et se prolongeant également avec plus ou moins d'intensité, dans les carotides où il se traduit par un bruit intermittent.

Deuxième degré. — Le chiffre des globules est compris entre 100 et 80 : même bruit de souffle doux au cœur ; toujours au premier temps et à la base ; mais en plus il se prolonge évidemment avec le caractère d'intermittence, dans l'aorte et dans les carotides.

Troisième degré. — On observe rarement dans la grossesse le chiffre des globules au-dessous de 80 : c'est la limite qui a été posée par M. Andral. Dans ces cas exceptionnels, on entend un bruit de souffle continu, ou bruit de souffle veineux, surajouté aux deux premiers bruits. Ce bruit de souffle veineux est tantôt doux, tantôt intense ; mais il n'est jamais le bruit musical de la chlorose.

On ne doit pas attacher à cette division en degrés plus de valeur qu'elle n'en mérite : ce ne sont que des approximations utiles à retenir, pour graver ces faits dans l'esprit : on passe en effet insensiblement de l'un à l'autre, et c'est aussi par degrés insensibles qu'on arrive du souffle doux au souffle intermittent, et du souffle intermittent au souffle continu.

On a beaucoup discuté pour savoir si ces symptômes étaient des signes de chlorose ou des signes d'anémie : cette question n'est pas difficile à résoudre. Les phénomènes qui se développent dans la grossesse sont les symptômes d'une anémie, et nullement d'une chlorose. En effet, la chlorose est une névrose dont la cause immédiate est fort obscure, et qui se traduit par des symptômes nerveux tout spéciaux, et des bruits de souffle continus, différents de ceux de l'anémie. L'anémie, au contraire, telle que nous la concevons, est une expression synonyme de diminution de proportion des globules du sang ; or cette diminution peut être le résultat, la conséquence de bien des causes différentes, et auxquelles il est presque toujours assez facile de remonter ; enfin, l'anémie se traduit spécialement par la pâleur, la décoloration des tissus et la production des bruits de souffle que nous avons étudiés plus haut, et qui sont proportionnels au degré de diminution des globules. Or dans la grossesse, c'est bien une véritable anémie dont la cause est évidente et qui se traduit par ses symptômes habituels.

Le traitement est assez difficile à déterminer : il y a là, en effet, une cause, la grossesse qui tend sans cesse à reproduire la diminution des globules, à mesure qu'ils se produisent : voici cependant ce qu'on peut essayer.

1° Si la cause présumable de l'anémie est un accroissement proportionnellement considérable de l'enfant, il faut essayer de donner une nourriture abondante et substantielle qui permette à la mère de réparer les pertes que le développement anormal de l'enfant produit dans ses matériaux organiques ;

2° S'il existe de mauvaises conditions hygiéniques, il faut essayer de les faire disparaître et de leur en substituer de bonnes ; ainsi le changement d'air, le séjour à la campagne, etc., constituent des moyens puissants ;

3° Le fer et le quinquina nous ont toujours semblé peu utiles dans la grossesse : ce résultat s'explique facilement en raison de l'influence toujours persistante de la cause. De plus on pourra craindre que ces agents ne provoquent le retour des règles, et n'amènent ainsi l'avortement.

3° *Albumine.* — L'albumine est un des éléments du sang, qui diminuent d'une manière à peu près constante dans la grossesse. Cette diminution est probablement, comme celle des globules, le résultat de la soustraction des matériaux organiques de la mère, opérée par le fœtus. La diminution de l'albumine paraît commencer avec la grossesse ; et elle continue d'une manière progressive pendant toute sa durée ; ainsi du chiffre normal 80, l'albumine tombe au chiffre 70, à quatre mois et demi ; et à l'instant de l'accouchement, ce chiffre est représenté par une moyenne de 65 ; quelquefois même le chiffre tombe à 62, et même 60. Ces moyennes ne sont pas rigoureuses, car il y a beaucoup de variations ; cependant on peut les considérer comme les chiffres que l'on observe le plus fréquemment.

Cette diminution de l'albumine, à laquelle on peut donner le nom de désalbuminisation, peut être considérée comme physiologique, tant qu'elle reste dans ces limites ; mais au delà, elle constitue un phénomène tout à fait pathologique. Ce passage de la diminution physiologique à la diminution pathologique s'opère, en général, sous l'influence des mêmes causes que nous avons vues produire l'anémie morbide. Quelquefois la cause en est complétement inconnue. — D'autres fois, cette désalbuminisation est due à ce que la femme qui en est atteinte, fournit au fœtus une somme de matériaux organiques trop forte pour son organisation et sa constitution. — Dans d'autres cas, cette albumine ne se perd pas, mais elle n'est pas réparée en raison des vomissements, de l'inappétence ou des mauvaises digestions des malades. Dans d'autres cas, l'albumine se perd par les vomissements incessants et incoërcibles, la diarrhée, etc. — La diminution de l'albumine peut encore être la conséquence de la misère, des privations, des travaux exagérés, des chagrins. — Des causes diverses peuvent enfin se combiner, et elles agiront alors avec plus d'énergie.

Lorsque l'albumine tombe au-dessous du chiffre 65, cette diminution constitue donc un état morbide, et alors elle se traduit par la production d'une hydropisie ; c'est la deuxième espèce d'hydropisie que nous rencontrons : *c'est l'hydropisie symptomatique d'une désalbuminisation du sang, par le fait même de la grossesse.*

Hydropisie. — Les caractères de cette espèce d'hydropisie sont au nombre de quatre principaux :

1° L'hydropisie symptomatique de cette modification du sang a de la tendance à se généraliser ; ainsi elle ne se produit pas seulement sur les membres inférieurs, mais elle tend à envahir tout le

corps. Cette généralisation est précisément le phénomène qui la distingue de l'hydropisie mécanique. On doit toutefois observer que sa production est favorisée par la gêne mécanique de la circulation dans les membres inférieurs, et qu'en conséquence, c'est dans ces parties que l'infiltration séreuse est de beaucoup la plus prononcée.

2° L'hydropisie de cette forme n'est jamais bien considérable.

3° L'hydropisie dont il s'agit s'accompagne, en général, d'un grand sentiment de faiblesse.

4° Enfin, cette infiltration séreuse est presque toujours combinée avec une anémie qui se manifeste par la décoloration de la peau, avec teinte jaunâtre, et par tous les autres symptômes qui lui sont propres et que nous avons étudiés.

Le pronostic de cette variété d'hydropisie est peu défavorable; en effet, elle ne prédispose pas plus à l'éclampsie que l'hydropisie mécanique elle-même. On doit noter cependant que le sentiment de faiblesse dont elle s'accompagne persiste presque toujours quelque temps après l'accouchement; or, cette persistance de la faiblesse empêche les nouvelles accouchées, qui présentent cette hydropisie, de se rétablir aussi rapidement que d'autres qui n'en ont pas été atteintes. On explique facilement, du reste, cette lenteur du rétablissement chez les femmes qui ont eu une désalbuminisation morbide du sérum du sang, par ce fait que l'albumine est un principe immédiat qui se refait plus difficilement et plus lentement que les autres éléments du sang, et en particulier que les globules, qui se refont quelquefois très-vite.

Pour combattre cette diminution de l'albumine, les meilleurs moyens sont, en général, peu efficaces lorsqu'on les emploie avant l'accouchement, parce que leurs effets sont sans cesse neutralisés par la cause même que l'on ne peut faire disparaître. Après l'accouchement, il faut insister sur les soins hygiéniques et donner les préparations propres à refaire l'albumine, telles que le vin et le sirop de quinquina, le sirop de gentiane, etc.

4° *Fibrine.* — La proportion de fibrine contenue dans le sang des femmes enceintes reste rarement à l'état normal; elle est presque toujours augmentée. Cette augmentation, qui commence probablement à l'instant de la conception, continue d'une manière incessante jusqu'au terme de la grossesse. Ainsi, de 2,5, qui est le chiffre normal chez la femme comme chez l'homme, elle monte insensiblement et arrive, au moment de l'accouchement, aux chiffres 3, 3,5, 4,0 et même 4,5. Le chiffre moyen est 4,0.

Il est assez difficile de se rendre compte de cette augmentation. Elle est probablement le résultat d'un travail spécial que détermine la présence du fœtus; travail que l'on peut en quelque sorte assimiler à un travail phlegmasique. Le fœtus, en effet, greffé sur l'organisme maternel, peut être considéré comme y déterminant un travail tout spécial assez analogue à celui que produit la greffe végétale sur le sujet sur lequel on l'a implantée.

Cette augmentation de fibrine ne se traduit, pendant la grossesse, par aucun phénomène particulier; elle exerce seulement une influence qui se fait sentir après l'accouchement; ce que nous développerons plus loin.

5° *Matières grasses.* — La proportion de matières grasses est presque toujours augmentée dans la grossesse. Cette augmentation est d'un tiers environ. Ainsi, de leur chiffre normal 2, elles montent à 2,5, 3,0 et jusqu'à 3,5 : en moyenne, 3.

6° *Sels alcalins.* — Ils sont également augmentés d'un tiers environ dans leur quantité. Ainsi, du chiffre normal 5, ils montent en moyenne au chiffre 7,5.

Ainsi, en résumant ces altérations du sang, nous voyons qu'il y a:

1° Diminution des globules et de l'albumine;

2° Augmentation de l'eau, de la fibrine, des matières grasses et des sels alcalins.

Remarquons que pour bien apprécier ces modifications il faut toujours les rapporter à l'état normal de la femme, que l'on considère, avant la grossesse. Cela est assez difficile; car pour avoir des résultats positifs, il faudrait avoir analysé le sang de la femme avant qu'elle fût devenue enceinte. Or, en raison de l'impossibilité d'avoir ce chiffre dans la très grande majorité des cas, il faut s'en rapporter aux moyennes ordinaires.

HOPITAL SAINT-GEORGES. — M. Hawkins.

Nouveau cas de mort pendant l'administration des vapeurs d'amylène.

Nous avons déjà eu le regret (numéro du 25 avril) d'enregistrer un accident fatal arrivé sous l'influence de l'amylène. Le *Medical Times and Gazette* nous apporte un nouveau cas de mort qui s'est produit encore cette fois pendant que M. Snow lui-même soumettait un malade aux inhalations de cet anesthésique.

Un tailleur âgé de vingt-quatre ans, petit, bien musclé, se trouvait depuis longtemps dans les salles de l'Hôpital, où il était venu se faire enlever trois tumeurs épithéliales. La dernière de ces opérations avait été pratiquée trois semaines auparavant. Il s'agissait, cette fois, d'une petite tumeur de même nature située sur le dos. L'inhalation d'amylène s'était faite sans difficulté; le malade, au bout de deux minutes, avait perdu connaissance; une minute de plus et les bords de ses paupières avaient presque perdu leur sensibilité. Je dis alors à M. Hawkins qu'il pouvait opérer.

Pour faciliter l'opération, le malade, qui était couché sur le côté, dut être retourné sur le visage. Nous cherchions à le mettre dans cette position, lorsque tout à coup, dans une sorte d'attaque d'hystérie, il se prit à partir d'un gros éclat de rire, et ce ne fut qu'avec peine qu'on put le maintenir sur la table. On ne fit rien pendant cette excitation, qui dura une minute. Lorsqu'elle fut calmée, j'administrai un peu plus d'amylène, quoique le malade ne fût pas revenu à lui, et M. Hawkins pratiqua l'opération, qui ne dura pas plus de deux minutes. Pendant ce temps le malade, tourné sur la face, reposait, je crois, sur les genoux et sur les coudes. Il laissait entendre des mots incohérents et faisait quelques efforts facilement répressibles. Je lui donnai à deux reprises un peu d'amylène, pour prévenir pendant l'opération son retour à la connaissance; et dans ce but, je lui tournai un peu la tête de côté, en la soulevant légèrement au-dessus de la table. Je pensai qu'il n'était plus besoin d'amylène, et je m'attendais à le voir se réveiller aussitôt que M. Hawkins aurait terminé la suture, lorsque les membres du malade se relâchèrent, et sa respiration, quoique assez libre, prit un caractère bruyant et ronflant.

Cet état, assez commun lorsqu'on emploie le chloroforme, n'inspire ordinairement aucune crainte; mais je sentis qu'il ne devait pas en être ainsi avec l'amylène, surtout quand on avait cessé de l'administrer. J'interrogeai donc tout d'abord le pouls au poignet; il était difficile à trouver, si même on pouvait le sentir. Je fis part de mon inquiétude à M. Hawkins, et nous plaçâmes immédiatement le malade sur le dos. Son visage était déjà livide, sa respiration pénible. Nous pratiquâmes alors l'insufflation des poumons bouche à bouche, et des actes spontanés de respiration, pendant lesquels l'air semblait pénétrer librement les poumons, se produisirent entre les insufflations. Au bout de deux minutes, les lèvres avaient repris leur couleur, et le malade avait tout l'aspect d'une personne ordinaire. Cependant le pouls ne pouvait se sentir au poignet.

Personne n'ausculta, de crainte d'interrompre la respiration artificielle. Après deux ou trois minutes, on eut recours à la méthode de respiration de M. Marshall-Hall, et les chirurgiens internes (house-surgeons), aidés par les assistants, exécutèrent fort bien les prescriptions de la *ready method* (1) une heure et demie durant, avec deux courtes interruptions dont nous allons parler. Durant trois quarts d'heure, il y eut des inspirations spontanées : alors l'air entrait dans les poumons en même temps que celui qui s'introduisait lorsqu'on retournait le malade. Vingt minutes après l'accident, on suspendit la respiration artificielle pendant un quart de minute pour me laisser ausculter le malade. Il me sembla entendre le cœur battre régulièrement, mais très-faiblement, et certainement il y avait un bon murmure vésiculaire, l'air semblait pénétrer le poumon par la propre respiration du malade, aussi librement qu'à l'état de santé. Après trois quarts d'heure, avec la permission de M. Hawkins, j'introduisis deux épingles à bec-de-lièvre, mises en communication avec une batterie électro-magnétique, dans l'intention de pratiquer la galvano-puncture du cœur. Les aiguilles furent plongées à une profondeur d'un pouce et demi entre les cartilages des côtes, immédiatement à gauche du sternum et au niveau du mamelon. On trouva plus tard qu'elles avaient traversé les parois du ventricule gauche, près de la cloison, mais sans entrer dans la cavité. A la première application des aiguilles, le muscle pectoral se contracta comme sous l'influence d'un frisson, mais aucun effet ne fut produit sur le cœur. Les aiguilles avaient probablement été entourées jusqu'à leur pointe d'une substance non conductrice. Alors il n'y eut plus d'efforts d'inspirations, mais probablement une simple coïncidence. La batterie électro-magnétique avait d'abord été employée, au moyen d'éponges appliquées de chaque côté de la poitrine, mais sans produire d'effet.

Nécropsie. — Le lendemain, M. Holmes, conservateur du musée de l'hôpital, pratiqua l'autopsie. Une grande quantité d'un sang noir s'écoula des cavités droites du cœur; les cavités gauches ne contenaient que peu de sang. Le cœur était pâle et un peu friable; mais l'examen microscopique n'accusa aucune dégénérescence graisseuse. Les poumons étaient modérément injectés et contenaient quelques petites tumeurs épithéliales de la même nature que celles qu'on enleva sur le dos. Un des reins contenait un grand kyste; les autres organes étaient sains. Les vaisseaux du cerveau n'étaient pas distendus, et cet organe était moins vasculaire qu'il ne l'est ordinairement après une mort subite. Le corps n'exhalait aucune odeur d'amylène.

Remarques. — M. Snow nie que la mort par l'amylène soit causée par l'asphyxie. Selon lui, les accidents ont le cœur pour point de départ. D'après ce qui a été publié sur le pouls, qui tantôt s'arrête et tantôt continue à marcher pendant l'inhalation de chloroforme, il est probable que beaucoup d'accidents où le cœur a été paralysé se sont produits et ont échappé à l'observateur en se dissipant d'eux-mêmes. Dans le cas qui nous occupe, le temps considérable que le malade a respiré est très-remarquable. M. Snow pense que le cerveau ne s'est jamais trouvé que partiellement sous l'influence de cet agent, et que sans nul doute son action fatale s'est exercée sur les nerfs du cœur.

... Donné sur un mouchoir ou une éponge, l'amylène présente plus de garanties que le chloroforme, son évaporation produisant un plus grand froid; mais je l'ai rarement employé ainsi, car je ne le pensais pas régulier dans son action, et quelques doutes sur ces points eussent contre-balancé les autres avantages.

... Si j'attribuais cet accident à quelques particularités ou quelque idiosyncrasie, je trouverais certainement beaucoup de médecins disposés à agréer cette explication; mais je suis porté à croire que le malade fit une ou deux inspirations de vapeur un peu plus énergiques que je ne le désirais, malgré mes efforts pour les régulariser. J'ai établi en principe que l'air respiré par le malade ne doit pas contenir plus de 15 pour 100 d'amylène; et pour parvenir à ce résultat, j'employais le même procédé que j'emploie depuis plusieurs années dans l'administration du chloroforme, que je cherche à limiter à 5 pour 100.

Malgré les bons résultats obtenus ainsi pour le chloroforme, je n'en conclus pas qu'ils soient assez exacts pour prouver que le malade dont nous venons de rapporter l'observation soit une exception aux règles qui gouvernent ordinairement l'action de l'amylène. Je crois encore que si l'amylène était administré en quantité mesurée dans un ballon ou un réservoir de capacité connue, un accident subit ne pourrait arriver que par une erreur de calcul. Mais j'avais toute raison de penser que le plan qui avait si bien réussi pour le chloroforme serait suivi des mêmes résultats pour l'amylène, et qu'il y aurait eu une faute à introduire pour un nouvel agent une méthode malaisée et gênante quand on n'en avait pas eu besoin pour un agent déjà employé.

M. Tourdes (de Strasbourg) conclut que les accidents ne proviennent point de l'amylène, parce qu'on peut le donner d'une manière indéfinie aux animaux sans déterminer d'accidents, tandis que l'administration prolongée de l'éther ou du chloroforme cause la mort. Cela serait vrai si les accidents s'étaient produits pendant une administration trop prolongée, et non pas subitement. En donnant l'éther sulfurique, on fait respirer une vapeur sept ou huit fois assez forte pour causer la mort, si on la donnait pendant une heure ou deux; le chloroforme représente une vapeur deux fois plus énergique, et donnerait le même résultat si on le continuait; mais lorsqu'on administre la vapeur d'amylène, pour éviter tout accident, il faut employer un amylène dont la force n'entraîne aucun malheur, même par une administration indéfinie. Selon mes calculs, le malade doit, pour devenir insensible, absorber 8 *minims* (gouttes) d'éther sulfurique par chaque livre de son sang; et le même effet est produit par une absorption de 2/3 de minim de chloroforme et d'un 10me de minim d'amylène. Cette circonstance permettrait d'expliquer comment les accidents subits arrivent plus facilement avec les deux derniers agents qu'avec le premier.

Malgré quelques lacunes regrettables, le défaut de précision d'un grand nombre de détails et les opinions très-contestables de l'auteur, nous avons cru devoir publier textuellement cette observation, à cause de l'importance du fait, et surtout pour prémunir ceux de nos confrères qui pourraient être désireux encore d'expérimenter l'amylène, contre les chances de danger dont ils auraient à encourir la responsabilité.

(1) Nous avons donné dans le numéro 82 de la *Gazette* de cette année les moyens que M. Marshall-Hall a nommés « *the ready method*, » et auxquels on eut recours dans cette observation.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 août 1857. — Présidence de M. Geoffroy St-Hilaire.

M. Andral, au nom de la commission des prix de médecine et de chirurgie, demande qu'un chimiste soit adjoint aux membres déjà nommés.

M. Chevreul est désigné à cet effet.

— M. Gendron adresse pour le concours Montyon (médecine et chirurgie) un mémoire ayant pour titre : *Observations pratiques sur la dysphagie, ses variétés et son traitement.* Il y joint, conformément à une des conditions imposées aux concurrents, une indication de ce qu'il considère comme neuf dans son travail. Un opuscule précédemment publié par lui sur les rétrécissements de l'œsophage et leur traitement par le cathétérisme et la cautérisation fait aussi partie de cet envoi. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. le secrétaire perpétuel appelle encore l'attention sur les ouvrages suivants : *Documents relatifs à l'histoire et à la pratique de la vaccine*, présentés au parlement britannique par le comité général de santé, précédés d'une introduction par M. le docteur John Simon, officier médical du comité; *Bulletin des séances du comité botanique d'acclimatation de Moscou; Journal de physiologie*, publié par M. Moleschott.

— M. Maisonneuve communique un nouveau cas d'ablation totale de la mâchoire inférieure exécutée avec succès. (Voir notre numéro du 13 août.)

— M. Goupil prie l'Académie de vouloir bien hâter le travail de la commission à l'examen de laquelle a été renvoyé un mémoire qu'il a précédemment présenté sur la phosphorescence des yeux des animaux et sur le phosphène de l'homme. L'auteur, dans cette lettre, ajoute quelques faits à ceux qu'il avait précédemment mentionnés, et entre autres les observations qu'il a faites sur lui-même relativement aux phosphènes d'un œil affecté de cataracte. (Renvoi à l'examen des commissaires précédemment nommés : MM. Flourens, Geoffroy Saint-Hilaire, Milne-Edwards.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 août 1857. — Présidence de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Enchondrome du doigt médius. — M. Larrey présente à la Société un officier des grenadiers de la garde entré récemment au Val-de-Grâce pour une tumeur située à la base du doigt médius de la main gauche, et paraissant de nature cartilagineuse. Voici l'origine et les caractères de cette tumeur.

M. S..., âgé de vingt-neuf ans, d'une bonne constitution, n'ayant jamais eu de maladie syphilitique, jouait, au mois d'août 1853, avec un de ses camarades qui lui serra violemment la main au niveau des articulations métacarpo-phalangienne. Cette pression, exercée par les deux mains réunies, détermina instantanément une très-vive douleur qui persista jusqu'au lendemain, vers le bord interne de la racine du doigt médius, sans crépitation appréciable et sans trace d'ecchymose. Mais dès le second jour de l'accident, et dans le point indiqué, apparut de la tuméfaction, avec douleur au contact. Ce gonflement, assez bien limité à l'étendue de la première phalange et de forme arrondie, n'inquiéta point M. S... qui continua son service; cependant, au bout de huit à dix jours, il s'aperçut de la formation d'une petite tumeur du volume et de la grosseur à peu près d'une noisette, d'une consistance

un peu dure et indolente, écartant le médius de l'annulaire et tendan à s'accroître insensiblement. Elle devint en effet, après quelques semaines, aussi forte qu'une grosse noix et resta ainsi stationnaire pendant plus de trois années.

Mais depuis le mois d'avril ou de mai dernier, cette tumeur parut s'accroître davantage, et le médecin aide-major du régiment, M. le docteur Perrin, voulant me la faire examiner, accompagna l'officier au Val-de-Grâce. M. Bégin s'y trouvait en ce moment par occasion, et d'après la cause et le siége de la tumeur, d'après son mode de développement, d'après sa consistance élastique, sa mobilité, séparable de la phalange, et son insensibilité complète, ainsi que d'après l'intégrité de la peau et l'absence de toute complication, nous pûmes admettre que c'était probablement un enchondrome, dont l'extirpation deviendrait nécessaire.

En attendant l'opération, et pour la faciliter, j'engageai M. S... à mobiliser sa tumeur autant qu'il le pourrait. Il consulta aussi quelque temps après un chirurgien civil dont il a oublié le nom, et qui lui fit deux ponctions exploratrices. Rien qu'un peu de sang s'écoula.

Le malade entra enfin le 24 juillet au Val-de-Grâce, où il fut examiné par MM. Lustreman, Mounier et Baizeau, plus particulièrement. M. Lhonneux, mon aide de clinique, a recueilli avec soin son observation, et de notre dernier examen il résulte, comme on peut le voir, que la tumeur, de forme irrégulièrement ovoïde, longue de 4 centimètres au niveau du doigt et saillante de 2 centimètres, se prolonge du bord interne de la première phalange à la face palmaire, au delà du pli cutané interdigital. Elle est un peu déprimée par la pression de l'annulaire, qui se trouve d'ailleurs assez fortement écarté du médius et gêné dans ses mouvements. Elle offre la consistance déjà indiquée, dure, élastique, fibro-cartilagineuse, et assez de mobilité pour ne paraître ni adhérente à la phalange, ni en rapport avec l'articulation, ni fixée enfin à la gaîne distendue. Les mouvements du doigt sont conservés, mais la flexion est limitée par le volume de la tumeur. La peau, quoique tendue est intacte, et nulle pression même assez forte ne provoque de douleur. Le malade nous assure que la grosseur était dans le principe beaucoup moins dure, et qu'elle a acquis une consistance plus ferme en augmentant de volume. Il désire en être débarrassé le plus tôt possible.

Telles sont, en définitive, les conditions dans lesquelles il se présente à nous. On voit là presque tous les caractères assignés aux enchondromes; et je me propose, ajoute M. Larrey, sauf l'avis de mes honorables collègues, de pratiquer l'extirpation de cette tumeur, en conservant le doigt.

M. AD. RICHARD. La nature de la tumeur me paraît claire : c'est une tumeur fibro-cartilagineuse, mais avec très-peu de cartilage, probablement quelques îlots disséminés. Il y a toutes les transitions possibles entre les enchondromes purs et les tumeurs analogues à celle qui nous est présentée ici. Elles ont du reste, dans tous les cas, je ne parle que de celles des doigts, la même marche, le même siége. Ce siége est le point capital du diagnostic et du traitement. Or, malgré la mobilité de cette tumeur, elle part de l'os; à quelle profondeur, dans quelle étendue? je n'en sais rien. Mais sa connexion intime avec la phalange me paraît une contre-indication formelle à ce que l'extirpation pure et simple, respectant l'os, soit tentée. Je ne dis pas qu'il faut amputer le doigt, rien n'y oblige absolument, bien que tôt ou tard on y sera forcé. Mais si l'on doit présentement agir, c'est la seule chose à faire.

M. HUGUIER. J'ai la même opinion que M. A. Richard sur la nature de la tumeur; mais mon pronostic est moins sévère. Dans deux cas semblables, j'ai respecté la phalange, et je crois qu'elle était saine, bien qu'elle fût déprimée en une partie de sa longueur. Quoiqu'il en soit, la guérison a eu lieu. Je dois pourtant dire que je n'ai pas revu ces malades. Pour moi, chez l'officier que vient de nous présenter M. Larrey, je ferais l'extirpation de la tumeur, quitte à désarticuler séance tenante, si la vue des parties m'en démontrait la nécessité.

M. LARREY. C'est là ce que je compte faire, et j'espère pouvoir ainsi conserver le doigt du malade.

Amputation à la base des malléoles. — M. A. GUÉRIN présente un jeune homme déjà montré à la Société. C'est celui qui, amputé à la base des malléoles, porte un moignon recouvert par toute la peau du talon, et marche à l'aide d'une bottine extrêmement simple, sorte de pied d'éléphant.

Chez ce jeune homme, la continuation de l'affection diathésique a déterminé une ostéite suppurée très-étendue de la moitié supérieure du tibia, et malgré cela le moignon est resté parfaitement sain.

M. VERNEUIL. On voit sur le malade de M. Guérin quel avantage il y a d'appliquer sur le moignon de grands lambeaux. Une fois je fus forcé de faire une amputation tibio-tarsienne au lieu d'une sous astragalienne que j'avais commencée. Mes lambeaux paraissaient démesurés; mais peu à peu tout s'est régularisé, et le résultat est devenu très-beau. Les lambeaux ne sont jamais trop grands.

M. LARREY croit devoir rappeler une distinction qu'il a proposée dans l'une des précédentes discussions sur les amputations de la jambe à son tiers inférieur. C'est de ne point confondre celles qui sont faites au-dessus des malléoles avec celles qui sont pratiquées dans l'épaisseur même de ces deux extrémités osseuses, et qu'il désigne sous le nom d'*amputations intra-malléolaires*. Il croit celles-ci, dans les cas indiqués, bien plus rationnelles que celles-là, eu égard surtout aux résultats définitifs de la cicatrisation et de la prothèse. On a bien moins à craindre l'ulcération et la conicité du moignon, l'ostéite et la nécrose dans l'amputation intra-malléolaire que dans l'amputation sus-malléolaire; et si les conséquences de l'une et de l'autre opération étaient bien observées dans un certain nombre de cas, on reconnaîtrait combien cette distinction est fondée.

M. GUÉRIN. Cela est vrai; mais le résultat que j'ai obtenu chez mon malade devrait toujours être cherché dans l'amputation sus-malléolaire; si elle était faite au lieu convenable, c'est-à-dire très-bas. Un grand lambeau emprunté à la peau du talon fournirait un moignon bien supérieur à ceux qu'on obtient généralement.

Mal perforant de la jambe. — M. AD. RICHARD présente une jeune fille de treize ans qui offre à la jambe une affection qui ne saurait être rapportée à rien de ce qui est généralement connu.

Il y a quatre mois, quand je pris le service de l'hôpital des Enfants, je trouvai cette enfant dans l'état suivant :

Santé générale parfaite. Aucune trace, aucun précédent de lymphatisme. Toute la face postérieure de la jambe droite, excepté ce qui avoisine les articulations du genou et du pied, est criblé de trajets fistuleux. Au nombre d'une dizaine, ces trajets sont remarquables par leur longueur, qui varie de 4 à 12 centimètres, et par l'aspect de l'ulcère qui les termine à la peau; l'ulcère est inégal, un peu serpigineux, sans granulations apparentes, sale et légèrement grisâtre.

Cette fille était depuis longtemps dans les salles. Une foule de médications générales et locales avaient été mises en usage inutilement : bains sulfureux, iodure potassique à l'intérieur; puis injections iodées très-persévérantes, applications d'eau chlorurée, etc.

La maladie n'a pas été précédée de phlegmon, ni d'aucun appareil inflammatoire; elle paraît s'être lentement établie. Le mollet est amaigri, le tissu cellulaire sous-cutané disparu presque partout, le derme plaqué sur le plan musculaire superficiel. Le stylet voyage sous la peau ou dans l'épaisseur de la masse charnue superficielle. Il ne touche jamais les os; il n'y a jamais issue d'aucune portion sphacélée.

Dans l'ordre des affections connues, on pourrait penser à deux choses :

1° A une sorte d'affection nécrosique d'une aponévrose de la jambe, ou aponévrose d'enveloppe, on portion large du tendon d'Achille, ou fascia médian d'implantation du soléaire. Mais au début, jamais rien de phlegmoneux n'a existé dans le membre, aucun détritus gangréneux; et comment expliquer, en pareil cas, l'aspect malin des ulcères, épanouissement des fistules?

2° Dans des occasions semblables, l'idée se présente toujours d'une affection syphilitique. Ici, ce serait l'affection tertiaire des muscles. Certes, cette curieuse et intéressante maladie ne s'offre pas avec ces caractères, même dans sa période la plus avancée. Mais enfin, il fallait en avoir le cœur net; et pendant trois semaines j'administrai à l'enfant 1, puis 2 grammes d'iodure potassique, et en même temps une cuillerée à dessert, puis deux de liqueur de Van Swiéten. Malgré ce traitement mixte, très-bien supporté par la malade et attentivement surveillé par la religieuse, aucun changement n'advint.

Enfin, l'introduction pendant dix heures dans toutes les fistules de trochisques au chlorure de zinc amenèrent la guérison. Aujourd'hui deux points reparaissent, et j'ai voulu vous montrer la maladie. Je l'appelle jusqu'à nouvel ordre *mal perforant* de la jambe. Je tiendrai la Société au courant de cette malade.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. LARREY fait hommage du discours qu'il a prononcé à la Faculté de médecine, au nom de la Société médicale d'émulation, pour l'inauguration de la statue de Bichat.

Bec-de-lièvre. — M. MIRAULT (d'Angers), récemment nommé membre correspondant de la Société, demande la permission de répondre à quelques-unes des objections qui ont été faites à son mémoire sur la suture du bec-de-lèvre. Il rappelle que les aiguilles dont il se sert sont plates, tranchantes de chaque côté de leur pointe, qui, longue de 8 à 9 centimètres, larges de 1 millimètre (et même moins pour la suture du petit lambeau lobulaire), sont faciles à tenir entre les doigts et à manœuvrer.

Il donne ensuite des explications sur certains détails opératoires qui n'ont pas paru suffisamment clairs à plusieurs membres de la Société. Il a donné la préférence au fil simple, parce qu'il lui paraît aussi efficace que le fil double, et que, à cause de son moindre volume, il est encore plus inoffensif. Quant aux aiguilles, il les place exactement de la même manière et dans la même situation que les épingles de la suture ordinaire.

On m'a objecté, continue M. Mirault, que j'avais exagéré les inconvénients des corps métalliques laissés à demeure au sein des tissus. Mais je n'ai jamais pensé que les aiguilles fussent nuisibles à cause de leur nature métallique; j'ai dit seulement qu'elles sont rigides, qu'elles soulèvent les tissus en manière de pont, et qu'elles exercent sur eux une traction assez forte qui tend à les couper promptement. Le fil, au contraire, grâce à sa flexibilité, s'accommode au trajet courbe que l'aiguille a parcouru, et maintient affrontés sans efforts les bords de la plaie. Il ne gêne pas notablement la circulation dans les parties qu'il embrasse; il ne les enflamme point. Son action sécatrice est très-faible et se borne d'elle-même, aussitôt que les chairs ont commencé à s'entamer, puisque par là même le fil se trouve relâché. D'ailleurs, le fil ne commence jamais à couper les tissus avant le cinquième ou le sixième jour après l'opération; c'est ce qu'ont démontré les observations que j'ai consignées dans mon travail.

On m'a objecté encore que je laissais trop longtemps les sutures en place; j'ai pourtant écrit dans mon mémoire que cinq jours, et même quatre, suffisent pour réunir solidement la plaie. Si sur mes opérés je n'ai retiré les fils qu'au bout de six et de huit jours, c'est que, n'y voyant pas d'inconvénients, je m'étais complu, pour ainsi dire, à les laisser longtemps, pour mieux prouver l'innocuité de la suture entrecoupée. Au demeurant, je partage l'opinion de M. Verneuil sur l'opportunité d'enlever aussitôt que possible les points de suture, quel que soit le procédé auquel on ait donné la préférence.

Quant à l'objection historique qui m'a été faite, je ne prétends pas que l'idée de traiter le bec-de-lièvre par la suture entrecoupée ne se soit jamais présentée à d'autres chirurgiens; mais aucune observation ne prouve que ce moyen ait été mis en pratique comme je l'ai fait moi-même. Quand on y a eu recours, ç'a été comme accessoire d'un autre moyen de synthèse. Au surplus, le procédé que j'ai cherché à faire prévaloir diffère assez de ce qu'on fait généralement aujourd'hui, pour que j'aie cru devoir en faire connaître les résultats.

M. VERNEUIL. J'avais mal compris qu'en laissant les fils aussi longtemps, M. Mirault, au lieu de poser un précepte, faisait un simple essai. Ma réflexion est donc comme non avenue, puisque M. Mirault pense, ainsi que moi, que la suture à fil doit être laissée le moins de temps possible. Je soutiendrai plus fermement un point historique. Louis, tout en protestant contre la suture, l'employait, et de la façon la plus profitable; car il mettait un point de suture à la partie inférieure de la ligne avivée, et nous savons qu'il suffit que la réunion ait lieu là pour entraîner celle du reste de la plaie.

M. MIRAULT. Depuis que j'emploie les fils je n'ai jamais échoué; et, m'en rapportant à ma seule pratique, je peux juger l'immense différence, pour les résultats, entre la suture entortillée et l'entrecoupée. Cette différence, un des membres de la Société, M. Richard, vous l'a fait voir sur un seul malade. Ayant mis deux épingles dans presque toute la plaie et un fil à la partie inférieure, les lèvres réunies par ces épingles se désunirent; mais au niveau du fil, la réunion avait eu lieu et suffit à une cicatrisation parfaite.

M. VOILLEMIER. Je ne suis pas convaincu par les raisons de M. Mirault. Dans toutes les régions du corps, ce que je ne saurais espérer réunir par des fils, je le réunis par les épingles, et le succès a presque toujours lieu.

Je comprends mal l'étranglement des tissus entre l'épingle et le 8 de chiffre des fils sur lequel insiste M. Mirault; mais j'affirme, au contraire, la striction très-forte des parties par l'anse de la suture à points séparés. Je n'ai pas vu que l'insuccès fût très-commun dans l'opération du bec-de-lièvre pratiquée comme le fait tout le monde, et j'ajouterai à quelque âge que cette opération soit faite.

— La Société se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial en date du 12 août ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. le baron Michel, médecin principal de 1re classe, en retraite.

Au grade d'officier : MM. Quesnel, premier médecin en chef de la marine; Villers, chirurgien principal de la marine, en retraite; Pingrenon, chirurgien principal de 1re classe, en retraite.

Au grade de chevalier : MM. Fonssagrives, second médecin en chef à Cherbourg; Théze et Lalluyeaux-d'Ormay, chirurgiens de 1re classe de la marine; Michel, Lajoux, Guérault, Girard, chirurgiens de 2e classe; Bisch, chirurgien de 3e classe; M. le docteur Jeanne, ancien chirurgien major de la marine, et M. de Rancé, médecin civil à la Martinique.

—Par décret impérial en date du 14 août ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Denonvilliers, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Calmeil, médecin en chef de Charenton; le docteur Boucherie, inventeur de procédés relatifs à la télégraphie.

Au grade de chevalier : MM. Pietra-Santa, médecin par quartier de l'Empereur; Dupré, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Richard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Caussade, médecin des hôpitaux de Bordeaux; Séguin; Raciborski, ancien chef de clinique; Baligue, chirurgien à Montpellier; Boinet, chirurgien-major de la garde nationale; Moreau (de Tours), médecin des aliénés de la Seine; Pinault, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Rennes; Saint-Yves, médecin adjoint de l'Hôtel-Dieu de Melun; Rodet, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon; Dubreuil, médecin sanitaire; Pégot, médecin à Bagnères de-Bigorre; Puyoo, médecin à Pau; Bouëy, médecin à Clairac.

— Le concours pour la place de chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Montpellier, ouvert depuis plusieurs mois, s'est terminé le 29 juillet dernier. Les candidats, au nombre de quatre, étaient MM. Bouliecb, Bourdel, Jacquemet et Moutet. Trois tours de scrutin successifs ayant donné quatre voix à M. Moutet et quatre voix à M. Jacquemet, le président du concours a déclaré voter pour ce dernier. En conséquence, M. Jacquemet a été nommé.

— Les épreuves du concours pour les prix de fin d'année à la même Faculté sont terminées. Si nos informations sont exactes, voici quel en est le résultat :

1re ANNÉE : *Prix*, M. Gignoux; 1re *mention honorable*, M. Pasqualini; 2e *mention honorable*, M. Figuier.—2e ANNÉE : *Prix*, M. Girard; *mention honorable*, M. Tristani.—3e ANNÉE : *Prix*, M. Magnan; *mention honorable*, M. Batigne. (Ces deux candidats avaient obtenu un nombre égal de suffrages; la voix prépondérante du président a fait accorder le prix à M. Magnan.) Le résultat du concours de quatrième année nous est encore inconnu. (*Revue thérap. du Midi.*)

— Un concours pour une place d'interne à l'asile public des aliénés de Montpellier doit s'ouvrir le lundi 23 novembre 1857. Les candidats devront se faire inscrire avant le 22 novembre. Ils devront être âgés de 21 ans au moins, avoir dix inscriptions en médecine, n'être pas docteurs et avoir fait six mois de service dans un hôpital, en qualité d'externe. Le candidat nommé sera logé, nourri, éclairé, chauffé, et aura 350 fr. d'appointements. La durée de ses fonctions sera de 3 ans.

— Le lundi 2 novembre prochain, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon un concours pour la nomination de neuf élèves internes, appelés à faire le service de médecine et de chirurgie dans les hôpitaux et hospices civils de Lyon, et dans l'hospice du Perron, à Oullins, près Lyon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal; par M. le docteur Al. MAGNE, chevalier de la Légion d'honneur. 2e édition. — A Paris, chez J. B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 97. — JEUDI 20 AOUT 1857. (30e ANNÉE.) N° 97. — JEUDI 20 AOUT 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

SOMMAIRE. — Sur la séance de l'Académie de médecine. — Des Associations médicales. — Hôtel-Dieu (M. Legroux). Des bons effets de la médication évacuante dans le traitement de la maladie de Bright. — Hôpital des Enfants (M. Ad. Richard). Sur la comparaison du bistouri et de l'amygdalotome pour la rescision des amygdales ; guérison de la leucorrhée des petites filles. — Considérations sur la lunette pupillaire. — Des plaies anatomiques et de leur traitement par des lotions d'eau chlorée. — De la mort apparente. — Académie de médecine, séance du 18 août. — Chronique et nouvelles. — Feuilleton. Cours de médecine du Collége de France.

Paris, le 19 aout 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a procédé hier à l'élection de deux membres associés nationaux dans la section de chirurgie. C'est la première application qu'elle fait du nouveau mode de recrutement et de répartition de ses membres associés et correspondants. La double liste de candidats soumise au choix de l'Académie comprenait l'élite des chirurgiens des départements. L'Académie n'avait que l'embarras du choix ; le scrutin l'a assez fait voir. Il a fallu, en effet, deux tours pour la première nomination, et trois pour la seconde. Les noms de MM. Bonnet (de Lyon), et Sédillot (de Strasbourg), sont sortis vainqueurs de cette lutte, et ces deux noms, qui brillaient depuis longtemps sur la liste des correspondants, vont figurer non moins honorablement désormais en tête de la nouvelle liste des associés nationaux.

La séance a été remplie ensuite par la lecture d'un important rapport de M. Jobert (de Lamballe) sur l'amylène. Nous avons fait assister nos lecteurs aux diverses péripéties de l'histoire de ce nouvel agent anesthésique. On se rappelle sur quel ordre de considérations s'appuyaient ses promoteurs pour chercher à en introduire l'usage dans la pratique. Inférieure sous plusieurs rapports au chloroforme, dont elle possède d'ailleurs plusieurs propriétés, l'amylène leur paraissait devoir lui être préférée à cause de son innocuité. C'était là sans doute un motif sérieux et qui était de nature à séduire; nous n'avions pas tout à fait échappé nous-même à cette séduction. Mais cette innocuité, un peu prématurément déduite de quelques expériences sur les animaux, n'a été malheureusement qu'une déception. Un premier accident mortel, survenu entre les mains même de l'inventeur, avait déjà profondément ébranlé la confiance ; le nouvel accident que nous avons rapporté il y a deux jours, ne doit plus laisser aucune illusion.

Ces deux faits seuls, alors même qu'ils seraient tout à fait isolés de toute autre considération ou de tout autre témoignage scientifique, suffiraient assurément pour faire tenir désormais l'amylène en grande suspicion. Mais ces faits ne sont pas isolés. Chargé par l'Académie de faire un rapport sur la communication de M. Giraldès, M. Jobert, prenant très-au sérieux ses devoirs de rapporteur, a institué une série d'expériences et d'observations dont il est venu exposer hier le résultat devant l'Académie. Ces expériences et ces observations, effectuées dans l'intervalle de ces deux accidents, viennent malheureusement ajouter encore à leur triste témoignage. C'était le dernier coup porté à l'amylène. M. Velpeau n'a plus eu qu'à prononcer son oraison funèbre, et personne n'a osé élever la voix pour atténuer l'effet de ces sévères paroles.

C'est ainsi que nous avons assisté hier, suivant toute probabilité, à la dernière péripétie de l'histoire de cet anesthésique. — Dr Brochin.

LES ASSOCIATIONS MÉDICALES.

Un grand mouvement se produit depuis quelque temps dans le monde médical français. De toutes parts il n'est question que d'associations, et il est déjà un grand nombre de départements où des réunions de ce genre se sont formées, à l'instar de cette belle association de prévoyance des médecins de la Seine, fondée en 1833 par Orfila, et qui restera comme un de ses plus beaux titres de gloire.

Nous avons déjà signalé la constitution d'un grand nombre de ces associations.

Aujourd'hui nous recevons le règlement de celle du département de l'Aube, qui vient d'être autorisée par décision préfectorale en date du 25 juin dernier. Nous avons principalement remarqué, dans le préambule de ce règlement, l'article 2, qui renferme l'exposé des motifs, et dont nous reproduisons les principales dispositions :

« Art. 2. L'Association a pour but de faire cesser un isolement préjudiciable aux intérêts de la société autant qu'au corps médical, de remplacer des préventions souvent mal fondées, des procédés peu convenables entre confrères ou collègues, par des sentiments de bienveillance et cette urbanité bienséante que ne peuvent manquer de faire naître des communications régulières et des rapports fréquents, de se soumettre à un contrôle moral mutuel, et de se prêter un appui collectif; d'augmenter l'expérience de chacun, et de féconder, par la vulgarisation, des faits importants qui seraient demeurés inconnus et stériles ;

» D'étudier en commun les questions qui se rattachent aux secours publics et à l'hygiène locale ;

» De dévoiler et de poursuivre l'exercice illégal et les abus de la profession médicale, si préjudiciables à la société, et de solliciter collectivement auprès des magistrats l'application des lois dans l'intérêt de la santé publique et de la dignité professionnelle.

» L'Association a encore pour but d'établir dans son sein une caisse de bienfaisance pour secourir ceux de ses membres dont l'infortune lui serait démontrée, ou pour venir en aide, dans la mesure de ses ressources, à la bienfaisance privée dans les cas de malheurs publics.

» L'Association, en un mot, a pour but de travailler sans relâche à développer le sentiment des droits et des devoirs du corps médical, de protéger ses intérêts scientifiques, moraux et matériels.

» Elle concourt, par tous les moyens dont elle peut disposer, à l'association générale des membres de la famille médicale en France... »

Dernièrement la Société de médecine de Rouen avait pris l'initiative d'une fondation pareille, et aujourd'hui une association des médecins du département de la Seine-Inférieure est constituée sur les mêmes bases et les mêmes principes.

A cette occasion, nous avons eu connaissance d'une lettre adressée au président par M. le docteur Magniaux (de Saint-Mesmin), dans laquelle se trouvent exposés les heureux résultats que ne peut manquer d'avoir par tout le pays le développement successif d'institutions pareilles, au point de vue des intérêts tant du corps médical que du corps social tout entier.

Nous ne saurions trop applaudir à cette tendance générale, et nous continuerons de nous faire les échos de toutes les nouvelles analogues que nous apporteront les organes de la presse médicale des départements.

HOTEL-DIEU. — M. Legroux.

Bons effets de la médication évacuante dans le traitement de la maladie de Bright.

M. le docteur Legroux a pu constater plusieurs fois depuis quelques années, soit à l'hôpital Beaujon, soit à l'Hôtel-Dieu, les bons effets de la médication évacuante dans le traitement de la maladie de Bright. Parmi les faits dont nous avons pu être témoin dans son service, en voici un qui nous semble plaider énergiquement en faveur de cette médication.

Crussière Norbert, âgé de quarante ans, raffineur, demeurant rue des Écluses, 41, entre à l'Hôtel-Dieu le 28 février 1857, où il est couché au n° 18 de la salle Saint-Louis, service de M. le docteur Legroux. Cet homme, grand, bien constitué, à peau colorée, à cheveux noirs, n'a jamais été malade. Son père est mort à cinquante-cinq ans, d'un cancer de l'estomac ; sa mère à soixante-sept ans, subitement. Il a des frères qui sont tous d'une bonne santé. Il fait remonter à trois jours le début de sa maladie ; il s'est aperçu du moins à cette époque de l'enflure des jambes. Il n'a pas eu de fièvre ni de frissons, ne s'est pas aperçu que ses forces baissassent, et n'a perdu un peu l'appétit que le jour qui a précédé son entrée à l'hôpital. Il n'a pas eu et n'a pas encore de douleurs lombaires spontanées ; la pression et la percussion ne développent non plus aucune douleur. Il a remarqué qu'il urinait moins souvent que d'habitude, mais il n'a pas examiné ses urines.

Cet homme se nourrit habituellement bien (de la viande tous les jours) ; il n'a pas d'habitudes d'ivrognerie et ne boit jamais de liqueurs alcooliques le matin. Depuis six mois, il travaille dans une cave depuis six heures du matin jusqu'à onze heures du soir.

BIBLIOGRAPHIE.

Cours de médecine du collége de France. — Leçons sur les effets des substances toxiques et médicamenteuses; par M. Claude Bernard, professeur de médecine au collége de France, membre de l'Institut, etc. (1).

Dans les sciences qui ont pour point d'appui l'expérience, qui consiste à modifier les conditions dans lesquelles s'accomplissent certains phénomènes afin d'en mieux découvrir le mécanisme habituel, il n'y a qu'une manière logique de faire une vérification réelle des travaux d'un auteur.

Elle consiste à considérer de prime-abord comme vraies les découvertes qu'il annonce, et à partir de là pour fonder sur elles de nouvelles expériences devant conduire à des faits nouveaux également, si vraiment les découvertes en question sont établies sur des bases positives. En partant ainsi de ces données, considérées comme conditions d'existence d'autres phénomènes à découvrir, on se trouve amené forcément, ou bien à mettre en évidence à l'aide des premiers d'autres faits restés inconnus, ou bien à mettre la vérité à la place de l'erreur, si réellement on arrive à d'autres résultats que ceux auxquels devaient conduire les applications des découvertes annoncées.

Ces remarques me sont suggérées par le nouveau volume de recherches expérimentales que vient de publier M. Cl. Bernard, car telle est la marche qu'il a suivie tant à l'égard des faits avancés par ses prédécesseurs qu'en ce qui concerne ses propres découvertes.

Or, dès les premiers chapitres de l'ouvrage, cette voie le conduit à des données des plus intéressantes sur le mode d'action des purgatifs salins et autres. L'expérience directe montre, en effet, que la manière d'agir de ces médicaments n'est point ce que les traités dits de chimie physiologique ont avancé d'après des hypothèses fondées sur la connaissance des propriétés physiques et chimiques seules de ces sels.

Lorsqu'au lieu de suivre la marche toute naturelle dont j'ai parlé en commençant, on veut se contenter de répéter purement les expériences du premier observateur, que l'on soit ou non guidé par une idée critique préconçue, il arrive toujours que l'on se place dans des conditions un peu différentes de celles qu'avait choisies celui-ci.

Or, dans des phénomènes comme ceux de l'économie vivante, sur lesquels influent tant de circonstances, il n'est pas de condition qui n'ait sa valeur, et trop souvent l'on voit ceux qui ne font que répéter ce qu'ont fait les autres considérer comme accessoires, et pouvant être négligées sans inconvénient, des particularités qui méritaient pourtant d'être prises en considération. Tel est le cas, par exemple, où l'on croit indifférent de répéter une expérience sur un jeune animal plutôt que sur un être adulte, sur un ruminant plutôt que sur un carnassier ou un rongeur ; tel est celui encore où l'on interprète la manière dont est digéré et absorbé un aliment sans connaître la structure intime et la composition immédiate des parties qui le composent.

On trouvera des exemples intéressants à l'appui de ce que j'avance dans la *cinquième leçon* de l'ouvrage de M. Bernard à propos des explications qui ont été données de l'action des sels de fer sur le sang et sur les sécrétions, hypothèses qui ont régné avant qu'il eût expérimenté ce sujet, et qui continuent à être admises encore par plusieurs auteurs auxquels ces recherches sont probablement encore inconnues.

Lorsque après avoir ainsi négligé quelque condition insignifiante en apparence, on arrive à un résultat un peu différent du premier expérimentateur, et alors il ne saurait en être autrement, on voit de suite ce qu'il en résulte. Pour peu que l'esprit du second observateur soit plus porté ou plus habitué à la critique qu'à la recherche du vrai, pour peu qu'il se place, à tort ou à raison, à un point de vue plus général ou plus restreint, il ne manque guère de croire qu'il a renversé ce qui a été fait avant lui ; or le temps montre bientôt qu'il n'y a au fond de tout cela qu'un fait secondaire de trouvé correspondant aux conditions nouvelles introduites dans l'expérience, ou une erreur de fait ou d'interprétation tenant à des circonstances négligées mal à propos.

Je ne puis reproduire ici les données expérimentales et complétement neuves qui dans l'ouvrage du professeur du Collége de France suggèrent involontairement ces remarques, car il faudrait en copier des pages entières ; mais je ne doute pas que le lecteur qui lira les expériences faites à l'aide des sels de mercure sur des animaux sains et malades comparativement (p. 403), ne pense comme moi. Rien de plus important encore à connaître pour le médecin qui veut apprendre à juger avec exactitude les différences réelles qui séparent le mode d'action d'un même médicament administré à des périodes plus ou moins avancées d'une maladie dans laquelle le tube digestif est en souffrance.

On verra, en lisant ces pages, que c'est bien dans les travaux de ceux qui ont voué leur vie à l'extension d'une science, neuve au point de vue des procédés et de la méthode, qu'il faut recourir pour savoir ce qui est. Alors seulement ceux qui ne peuvent voir que de loin cesseront de dire que la physiologie expérimentale ne présente que fluc-

(1) In-8° avec 32 figures intercalées dans le texte. Paris, 1857, chez J. B. Baillière et fils.

Nous constatons un œdème assez prononcé des malléoles. Les paupières sont très-légèrement infiltrées, et le malade se plaint d'éprouver parfois de la difficulté à ouvrir les yeux. Il n'y pas d'ascite; la langue est large, humide, blanchâtre. L'appétit a diminué, mais est encore assez bon. Les fonctions digestives n'ont éprouvé aucun trouble. Rien du côté des organes respiratoires. Le pouls est régulier, 68 pulsations. Rien au cœur; au cou, bruit de souffle doux, plus marqué à droite. La peau est plus sèche que de coutume; un peu de courbature ou plutôt de lassitude.

Les urines, peu abondantes, sont pâles et louches. L'acide nitrique et la chaleur y accusent la présence d'une grande quantité d'albumine.

Le 1er mars. — Tisane de reine des prés; potion avec infusion de polygala, 128 gr.; oxymel scillitique et sirop d'ipéca, de chaque, 16 gr.; tartre stibié, 0,05 milligr.; une portion d'aliments.

Le 3, le malade a gardé le repos au lit. Il a eu des vomissements et des évacuations alvines assez abondantes. L'œdème des malléoles a un peu diminué, mais est encore prononcé. Il urine davantage et plus qu'il ne boit, dit-il. L'urine est encore pâle et décolorée, et contient une grande quantité d'albumine. — Même prescription, même potion.

Le 4, le malade réclame une plus grande quantité d'aliments. — 2 portions; potion au polygala, etc.

Le 5, le malade est très-fatigué. On suspend la potion. L'état général est bon; l'infiltration des malléoles diminue; on la constate encore par la pression du doigt. Le malade urine beaucoup. La quantité d'albumine contenue dans l'urine semble avoir diminué, mais est relativement encore considérable.

Le même traitement est continué, sauf quelques jours de repos jusqu'au 16 mars. A cette date, l'œdème avait complétement disparu, et le malade, ne souffrant nulle part, réclamait sa sortie. Cependant l'urine, plus colorée, se troublait encore très-légèrement par la chaleur et par l'acide nitrique.

Le 20 mars, plus de traces d'albumine dans l'urine. On suspend tout traitement, et on garde le malade à grand'peine en observation jusqu'au 29 mars, qu'il sort de l'hôpital.

En résumé, vingt jours de traitement et quatorze potions stibiées ont suffi pour amener à bien ce malade. La guérison ne s'est probablement pas démentie depuis, car il devait revenir à l'Hôtel-Dieu dans le cas contraire. Nous lui avions conseillé, du reste, de ne pas reprendre immédiatement ses travaux, qui avaient été très-probablement la cause de sa maladie.

Cette guérison et plusieurs autres que nous avons pu observer dans le service de M. Legroux, nous paraissent devoir être attribuées à l'heureux emploi que fait cet habile et savant praticien de la méthode évacuante. Mais une petite part du succès doit être accordée, et c'est l'opinion de M. Legroux, à la tisane de reine des prés (spirée ulmaire), sur les effets diurétiques de laquelle on peut compter dans un certain nombre de cas. Je dis dans un certain nombre de cas, car ce médicament, en sa qualité de diurétique, est quelquefois infidèle. Cependant M. Legroux a eu à s'en louer le plus souvent, et il lui accorde une préférence marquée sur la plupart des autres tisanes diurétiques ou prétendues telles.

WARMONT.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. AD. RICHARD.

Sur la comparaison du bistouri et de l'amygdalotome pour la rescision des amygdales. — Guérison de la leucorrhée des petites filles.

Depuis que je remplace M. Guersant, vous m'avez vu enlever un grand nombre d'amygdales, tantôt avec l'instrument de Fahnestok, tantôt avec l'érigne et le bistouri. Il était bon de vous montrer d'abord que si cette petite opération peut être en quelque sorte escamotée par l'amygdalotome, elle est généralement aussi sûre, aussi rapide, aussi facile avec le bistouri. Puis, comme plusieurs enfants ont été opérés sous vos yeux, à droite d'une façon, d'une autre à gauche, nous avons pu juger lequel des deux modes est le moins pénible au petit patient.

Eh bien, sous ce rapport, l'avantage est décidément au bistouri. Je m'en suis assuré surtout sur des grandes personnes, dont le témoignage a plus de valeur. Le grand reproche que l'opéré fait à l'instrument, c'est l'angoisse que cause l'application énergique de son disque sur la paroi latérale du pharynx; la section aussi, bien que très-rapide, est accompagnée d'une sensation quelquefois atroce de déchirement.

Vous avez pu apprécier vous-mêmes des raisons plus décisives de choisir l'érigne et le bistouri. C'est que dans certains cas l'amygdalotome est ou complétement inapplicable, ou d'une application très-chanceuse ou difficile. C'est quand l'amygdale est ou énorme, ou très-inégalement développée dans un sens, ou emprisonnée, enchatonnée par les piliers, ou bien enfin extrêmement friable.

Dans des cas pareils, il faut avoir assisté aux tristes efforts du chirurgien qui s'acharne à l'application de l'amygdalotome, pour être singulièrement refroidi sur son emploi. Et à quoi aboutit-on souvent? A ébarber simplement la tumeur tonsillaire, ou même à ne rien retirer du tout.

Au contraire, l'emploi de l'érigne et du bistouri a pour avantage d'enlever ce que vous voulez et de couper où vous voulez, car votre érigne tend successivement l'amygdale dans le sens qui vous est le plus utile pour faire la section. Rappelez-vous, en effet, que le bistouri boutonné dans le fond de la gorge, comme du reste la petite guillotine de Fahnestok, forme un *plan* coupant, avec lequel il vous est impossible de faire une vraie dissection. Mais vous parvenez pourtant à énucléer une amygdale, à l'aller chercher derrière les piliers qui l'abritent et qu'il faut respecter; vous y parvenez, dis-je, un peu par l'inclinaison du plan du bistouri, mais beaucoup plus par la traction de votre érigne, variant incessamment de sens.

Pour l'opération elle-même, jugez d'abord votre petit malade. S'il est résigné et bien prêt à l'effort de courage que nécessite l'opération, placez-le vous-même et ne le faites tenir par personne, vos aides cependant surveillant les mains, qui seules pourraient vous gêner; car dès que votre érigne s'est implantée dans l'amygdale, vous êtes maître même des mouvements de la tête. Si l'enfant est effaré, ahuri, et à plus forte raison tout à fait résistant, faites-le tenir bien solidement, de façon à annuler entièrement ses efforts.

L'érigne est une érigne de Museux, chaque branche munie de deux dents latérales; le bistouri est boutonné, légèrement concave sur le tranchant à son tiers antérieur, mousse dans le reste de son étendue, très-long de lame et par conséquent de manche, afin que des mouvements de la main peu étendus suffisent pour couper.

Je n'ai jamais pu comprendre l'utilité de ces instruments de torture destinés à tenir la bouche ouverte. Dès qu'un enfant, même indocile, a entr'ouvert la bouche, l'érigne est sûre d'arriver à l'amygdale, et quand celle-ci est saisie, la bouche reste forcément ouverte. L'abaisse-langue lui-même est tout à fait inutile.

Le premier temps de l'opération consiste à saisir l'amygdale avec l'érigne. Il faut l'enfoncer profondément, promptement et avec force. Le bistouri courbe, tenu de l'autre main, est introduit derrière l'érigne, mais en même temps qu'elle, et immédiatement après la saisie de la tumeur, le deuxième temps, la section commence. Il vaut mieux la commencer par en haut, et elle s'achève d'habitude par deux ou trois mouvements rapides de scie. Tout cela dure deux secondes. Au moment où la section de l'amygdale va être terminée, n'ayez pas peur de couper la langue. Vous ne le pouvez pas, car, outre la forme du bistouri qui s'y refuse, dès qu'il n'y a plus de tonsille à couper, l'érigne devient libre, et instinctivement vous retirez vos deux instruments.

Pour nos enfants, j'adopte donc le bistouri pour la raison suivante, qui est capitale : je suis sûr du résultat, et cela dans tous les cas. Je ne voudrais pas pour cela proscrire l'instrument de Fahnestok, si commode et si brillant dans les cas ordinaires, si bien construit maintenant par nos fabricants. Il est surtout deux circonstances où je comprends qu'on le préfère : pour rassurer ou même tromper un enfant de dix à quinze ans, que l'idée de l'instrument tranchant effraye, et à qui l'aspect innocent de l'amygdalotome redonne un peu de courage; en second lieu, pour opérer un adulte ou un enfant que vous suivez depuis quelque temps, dont l'amygdale, de vous bien connue, est convenablement saillante, régulière, dure, d'un volume bien approprié à l'instrument qui vous est familier. Là vous êtes sûr de votre résultat, quelque instrument que vous preniez, et je comprends que vous choisissiez le Fahnestok : il sera peut-être plus rapide et à coup sûr plus brillant aux yeux des personnes étrangères à l'art. En dehors de cela, je pense que l'emploi de l'érigne et du bistouri doit être la règle générale pour l'enlèvement des tonsilles.

Vous savez combien la leucorrhée est une affection commune chez les petites filles : il est peu de consultations où nous n'en rencontrions quelques cas. Il faut suivre ces enfants pour avoir une idée de l'abondance extrême de l'écoulement. Rien aussi de plus rebelle, et notre digne religieuse de la salle Sainte-Thérèse nous disait qu'elle n'en avait jamais vu guérir. Nous avions dans les salles deux petites filles atteintes de cette maladie; malgré un séjour prolongé à l'hôpital et les médications les plus variées, employées par M. Guersant, puis par moi, les choses restaient dans le même état. Pour bien étudier le siége de l'écoulement, plutôt qu'en vue d'un traitement dont je désespérais, je fis entrer à l'hôpital trois autres petites filles atteintes de la même affection. Cela nous en fit cinq, que vous avez trouvées couchées aux nos 5, 21, 23, 29 et 34 de la salle Sainte-Thérèse. M. Trousseau a généralement considéré les leucorrhées des enfants comme de simples eczémas de la vulve. Nous avons pu nous assurer que s'il existe réellement un intertrigo de la vulve, il est simplement entretenu par l'écoulement qui vient du vagin lui-même. En quoi la muqueuse utérine participe-t-elle à la maladie; quel est l'état du col? Nous n'avons pu rien décider à ce sujet. Quoi qu'il en soit, nos cinq enfants ont été promptement guéries, au grand étonnement de la mère de la salle. Ce succès est dû aux lavements de coloquinte. Le docteur Claude, exerçant actuellement à Paris et précédemment à Verdun, est l'auteur d'un travail inédit, très-original et brillant d'un vrai talent pratique, sur la médication purgative en général, et en particulier sur l'emploi des lavements de coloquinte dans plusieurs formes d'affections strumeuses. Comme il m'avait été cité un cas où une leucorrhée rebelle chez une enfant avait cédé à ce dernier moyen, j'en fis usage chez nos malades avec un succès surprenant.

L'administration du médicament a eu lieu de la façon suivante : sur une pomme de coloquinte de volume ordinaire, on jette deux verres d'eau chaude et on laisse macérer vingt-quatre heures, en couvrant le vase. Le tiers de ce macératum bien exprimé est la dose pour une enfant de sept à huit ans. Après un grand lavement simple rendu, le lavement coloquinté est administré. Le temps pendant lequel l'enfant le conserve est très-variable : d'un quart d'heure à une heure; l'effet est en raison de ce plus ou moins de temps. Dans la journée même chaque enfant a eu de 7 à 30 selles, les dernières sanguinolentes; le lendemain, de 4 à 10; de l'eau de gomme est donnée abondamment en boisson. Si l'enfant demande à manger, on lui donne un peu de potage léger.

Le deuxième ou troisième jour, la santé est parfaite, l'appétit très-excité. Le cinquième ou sixième, on peut recommencer. De nos enfants, trois ont pris la coloquinte trois fois; les deux autres quatre. Chez toutes l'écoulement a été singulièrement diminué après la première administration; chez trois, complétement supprimé après la seconde. Toutes les cinq ont été observées une quinzaine de jours à l'hôpital après la guérison. Depuis, trois ont été revues à la consultation. Nous conservons les noms et les adresses de toutes les cinq.

---

tuation, indécision et contradiction. C'est à la physiologie non expérimentale, qui n'est qu'un jeu d'esprit, que peut s'adresser ce reproche; ou à ceux qui, croyant qu'on peut s'improviser expérimentateur, abordent le côté le plus difficile de la science, sans s'y être préparés par des recherches propres sur les sujets aptes à donner l'habitude de cet ordre de recherches. Alors seulement ils reconnaîtront que ce sont les intelligences qui varient, ainsi que les conditions dans lesquelles elles se placent pour juger ou pratiquer une expérience, mais non les résultats physiologiques dans l'étude desquels on a tenu compte de toutes les circonstances qui peuvent les modifier.

Je ne serai certainement pas contredit à cet égard par ceux qui liront les remarquables expériences de M. Bernard sur les différences du pouvoir dissolvant des globules sanguins par rapport à l'oxygène, selon qu'on prend le sang veineux ou le sang artériel, celui de la veine-porte ou celui des veines-caves; selon surtout qu'on prend les mêmes sangs chez un animal à jeun ou un animal en pleine digestion; selon que le sang et l'air sont à une température égale, supérieure ou inférieure à celle du corps.

Ceux qui se seront pénétrés de ces faits à leur source même comprendront vite comment, pour n'avoir pas tenu compte de ces faits élémentaires, les hypothèses sur la nature de la respiration ont dû varier nécessairement d'un expérimentateur à l'autre; il leur sera facile d'en faire application à l'étude de beaucoup de fonctions qui présentent des exemples analogues au point de vue de l'interprétation des expériences faites dans le but d'en connaître le mécanisme. Mais, par dessus tout, de ces expériences ressortent des applications directes à la thérapeutique, pour qui voudra chercher à se rendre compte de l'influence des climats froids et chauds sur la respiration, de l'influence de l'élévation de température sur la prolongation de la vie chez les animaux soumis à une abstinence prolongée, à une alimentation insuffisante, etc.

Le propre des esprits incapables d'agir par eux-mêmes, de se créer une voie neuve en s'appuyant sur les données de la science de leur époque, est de se mettre à la suite des découvertes des autres, pour glaner ou plus souvent critiquer, sans se préoccuper beaucoup de remplacer ce qu'ils ont cherché à détruire. L'auteur de l'ouvrage dont je m'occupe est l'opposé de ceux-là; chaque fois que chemin faisant il est amené à contredire quelqu'un de ses prédécesseurs, c'est uniquement pour mettre à la place des opinions qu'il montre fausses des faits nouveaux et empreints d'un cachet de vérité, que font ressortir les applications à la pratique de l'art qui en découlent.

C'est ce que pourront facilement vérifier ceux qui liront les différents chapitres consacrés par M. Bernard à l'influence de l'air confiné sur les différentes fonctions en particulier, et sur la durée de la vie en général. Rien de plus intéressant en outre, et même de plus neuf, que ses recherches, qui tiennent une large place dans ce livre, touchant l'action de l'oxyde de carbone et de la *vapeur de charbon* sur le sang d'une part, et les différents tissus de l'autre. L'hygiéniste, comme le praticien et le médecin-légiste, auront plus d'un emprunt à faire à ces chapitres. J'en dirai autant de la leçon qui traite de l'ozone, et en contient une histoire complète.

J'ai à peine signalé la moitié des sujets abordés dans cet ouvrage, que déjà l'espace me manque. Je ne puis maintenant qu'énumérer les noms des diverses substances médicamenteuses ou toxiques dont traite le reste de ce volume. L'acide cyanhydrique, le curare, le sulfocyanure de potassium, la strychnine, la nicotine, etc., sont étudiés longuement au point de vue de leurs effets physiologiques, thérapeutiques et vénéneux. Le curare surtout est l'objet d'une véritable monographie.

Enfin, trois chapitres sont consacrés à l'étude expérimentale des effets de l'éther et de l'alcool sur la digestion en général, et sur les diverses fonctions de l'intestin et de ses annexes en particulier. C'est encore là un sujet que l'on pouvait croire parfaitement connu, mais sur lequel vraiment on ne possédait que des hypothèses imparfaitement fondées. J'aurais voulu terminer ces courtes indications par le résumé des faits relatifs à ce sujet intéressant, mais faute d'espace je m'arrête en signalant aux anatomistes qu'eux-mêmes devront recourir à cet ouvrage malgré qu'il s'adresse plus particulièrement aux médecins. Ils ont en effet négligé un ordre de veines décrites et figurées par M. Bernard, qui a été conduit à leur découverte par ses expériences de physiologie, car ces veines sont importantes à connaître pour étudier sans cause d'erreur le sang de la veine-porte.

Les veines dont il s'agit correspondent dans le foie aux veines bronchiques du poumon; elles sont satellites de l'artère hépatique, et ramenant du sang du foie, elles vont le verser dans la veine splénique de telle sorte que la veine-porte fait rentrer ce sang dans le foie par un autre ordre de capillaires.

CH. ROBIN.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la grippe de 1837 et de ses transformations, concentrations et expansions vitales, ou de divers états morbides et de leur traitement, par le docteur HIARD. Paris, chez tous les libraires de médecine. Brochure in-8°. Prix, 30 c.

CONSIDÉRATIONS SUR LA LUNETTE PUPILLAIRE.

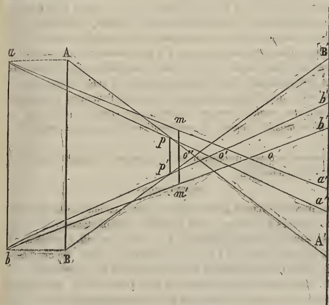
Principe et applications pratiques.

Par M. le Dr Massol.

L'année dernière, j'ai fait connaître à la consultation pour les maladies des yeux de M. le docteur Ducommun, mairie du deuxième arrondissement, une lunette panoptique semblable à celle que M. Serre (d'Alais) a récemment présentée à l'Académie de médecine (séance du 9 juin). L'invention n'est donc point nouvelle, et si depuis un an, je n'ai cessé d'en faire l'expérimentation sur un grand nombre de malades, n'ai-je point droit à la priorité ? J'ai dans ce même temps fait part à quelques-uns de mes confrères et à quelques personnes, dont le témoignage pourrait au besoin être invoqué, de ce nouveau moyen de vision comme pouvant être utile dans certaines circonstances.

Le nom que j'ai donné à cette lunette est celui de *pupillaire*, parce qu'en effet ce n'est qu'une pupille placée au-devant de celle de l'œil, et que c'est sur elle que repose toute la théorie de l'augmentation de vision qu'elle procure. L'explication qu'en donne M. Serre manque, suivant moi, d'exactitude. Celle que j'ai donnée est mathématique et fondée sur le principe de la chambre obscure, dont M. Serre semble n'avoir pas tenu compte.

En effet, soit ab un objet placé au-devant de l'œil nu. Les rayons lumineux qui en émanent, abstraction faite des convergences des surfaces et des réfractions des milieux, traversant la pupille en mm', se croisent au point o, et vont refléter l'image de l'objet sur la rétine en $a'b'$.



Si maintenant on place une nouvelle pupille pp' très-petite au-devant de la première, les rayons lumineux émanant de ab viendront se croiser en o' au-devant du point o, sous un angle $ao'b$ plus grand que aob, et iront reproduire sur la rétine une image $a''b''$ plus grande que la première $a'b'$.

Il résulte de là, que plus on rapprochera l'objet de l'œil, ou de la nouvelle pupille, en AB, par exemple, plus l'angle AO''B des rayons lumineux sera grand, et plus grande aussi sera l'image A'B' produite sur la rétine.

Quant à la netteté de l'image, elle est augmentée (les caractères d'imprimerie, par exemple, paraissent plus noirs), non point comme le dit M. Serre, « parce que les rayons divergents émanés de l'objet sont éliminés et arrêtés par le disque opaque et par la conservation du faisceau central réduit en quelque sorte à ce rayon unique qui passe par le trou de l'instrument, et produisant partout où il est surpris par la rétine dans sa marche, n'importe le lieu, une image de l'objet dont il est la fidèle représentation, avec une diminution notable dans l'éclairement, BIEN ENTENDU ; » mais simplement parce que la chambre obscure de l'œil n'étant plus éclairée par les rayons lumineux qui émanent de tous les autres points de l'atmosphère, l'image se dessine plus fortement sur le fond de la chambre obscure — ici — la rétine.

Si M. Serre avait pris le temps de se livrer à ces expériences, il ne se serait point jeté dans des explications aussi vagues que celles qu'il a données. Il aurait dû comprendre que l'œil n'est ici que la chambre obscure du daguerréotype. C'est pourquoi l'objet ne peut être bien perçu que lorsqu'il est fortement éclairé.

Il convient même d'intercepter les rayons latéraux par des écrans ou des soies noires adaptées aux branches de la lunette pupillaire.

Or, l'effet du grossissement étant le même pour tous les yeux et ne dépendant que du trou pupillaire, il en résulte que les myopes, les presbytes, les amaurotiques, les cataractés myopes ou presbytes, même dans un état avancé, éprouvent les mêmes effets, et perçoivent nécessairement, par le fait du grossissement, des objets qu'ils ne pouvaient distinguer à l'œil nu dans des dimensions plus petites.

Il suit de là que les indications ambiguës qu'a données M. Serre pour certains diagnostics sont insignifiantes ou erronées.

Ainsi, il n'est pas exact de dire qu'on distinguera une presbytie d'une amaurose ou d'une cataracte commençante par la simple accommodation de vision qu'éprouvera le presbyte et non point l'amaurotique ou le cataracté. Ces deux derniers l'éprouvent également : l'amaurotique, parce qu'il est débarrassé des rayons venant de l'atmosphère qui l'éblouissent; le cataracté, parce que sous le disque noir sa pupille se dilate et donne passage aux rayons lumineux émanés de l'objet à travers les parties du cristallin que l'opacité n'a point encore frappées. Les nombreuses expériences que j'ai faites dès le principe, et que j'ai suivies longtemps sur ces cas qui se présentent les premiers à la pensée, ne m'ont jusqu'ici nullement satisfait, et les assertions de M. Serre ne peuvent être justifiées.

C'est en redressant un certain usage de diagnostic que je fus amené *à priori* à trouver la lunette pupillaire.

Dans la mydriase, on se sert d'un trou pratiqué avec une épingle à une carte pour constater si la rétine participe de la paralysie ciliaire. Si le malade perçoit les objets plus nettement par le trou, on conclut pour la négative. Dans le cas contraire, il y a assurément paralysie de la rétine. Mais, dans le premier cas, comment la conclusion peut-elle être établie, puisque l'objet est grossi comme par une loupe ?

A l'expérience du trou de la carte, je préfère, me servant de la fonction physiologique de la pupille, faire porter au malade, placé latéralement au jour, son regard successivement sur un objet proche et sur un objet éloigné de lui.

Pour nous tenir dans les limites vraies, j'ai trouvé que la lunette pupillaire pouvait être de quelque utilité :

1° Aux personnes ayant une pupille artificielle dans de bonnes conditions, et lorsque l'opération n'a point amené de désordres;

2° A des personnes affectées d'amblyopies ou de cataractes, qui ne peuvent lire qu'avec la lunette pupillaire, n'en trouvant aucune autre accommodable à leur vue, ce qui est bien opposé au diagnostic de M. Serre;

3° Aux opérés de cataractes, lorsque l'opération est bien réussie; pour ceux-ci, je me suis livré à quelques modifications à l'aide d'objectifs lenticulaires adaptés à la lunette que je ferai connaître plus tard;

4° Elle peut servir à fortifier certaines presbyties commençantes ou prématurées, soit par l'abus des lunettes, soit par d'autres circonstances.

Dans ces cas, le malade doit faire usage de temps en temps de sa lunette pendant quelques minutes seulement. L'usage prolongé le fatiguerait pour plusieurs motifs : la fixité des yeux dirigés vers le même point, le trou pupillaire; la différence notable de la clarté des objets, suivant leur position dans l'ombre ou au soleil; la réfrangibilité des rayons solaires; leur réflexion sur les bords du trou pupillaire. Lorsque l'usage n'en est point prolongé, l'œil n'éprouve aucune fatigue. Avec les lunettes ordinaires, les muscles de l'œil sont obligés à des tensions, à des pressions sur le globe oculaire pour l'accommoder aux convergences ou aux divergences des verres. Dans la lunette pupillaire, il n'y a point de divergences ni de convergences étrangères, tant le phénomène dépend du trou pupillaire; aussi l'œil passe-t-il successivement de la lunette au dehors sans éprouver aucune différence instantanée dans sa vision.

C'est l'absence de ces convergences ou de ces divergences qui permet de porter l'objet aussi près de l'œil que possible.

Enfin, la lunette pupillaire peut être d'un grand secours aux personnes privées momentanément de leurs lunettes, puisqu'une carte percée d'un trou d'épingle suffira pour les remplacer.

Ces observations ont autant pour objet de réclamer la priorité de l'invention de la lunette pupillaire, que d'établir la théorie et de réduire à leur juste valeur les indications au moins exagérées que M. Serre (d'Alais) a données.

DES PLAIES ANATOMIQUES

et de leur traitement par des lotions d'eau chlorée.

Par M. Nonat, médecin de la Charité.

On sait que les plaies anatomiques ne sont pas toujours exemptes de dangers. On sait qu'en dehors des accidents qui peuvent succéder à toute plaie considérée d'une manière générale, il est des accidents qui leur appartiennent spécialement.

Ces accidents sont dus aux matières organiques putrides, qui, déposées à la surface de ces plaies, peuvent être absorbées et exercent une influence plus ou moins fâcheuse sur l'économie. C'est là ce qui établit une différence fondamentale entre les plaies simples et les plaies anatomiques. S'il en est ainsi, on conçoit de quelle importance il serait de neutraliser cette espèce de virus soit au moment où il est encore en contact avec la surface de la plaie, soit lorsque par absorption il a déjà pénétré dans le torrent circulatoire.

Nous pensons qu'il est possible de remplir cette double indication à l'aide d'un moyen dont l'emploi est d'une extrême facilité et que nous avons vu constamment réussir, toutes les fois qu'il a été mis en usage en temps opportun. Ce moyen consiste à laver la surface de la plaie infectée avec une solution de chlore liquide. Cette solution pénètre dans toutes les anfractuosités de la plaie, et partout où la surface est imprégnée de matières putrides, partout le chlore va les chercher et les détruire.

Mais cet agent pénètre encore plus avant ; il peut être absorbé, être porté dans la circulation : il peut se mêler à la lymphe et au sang, et là encore détruire les matières putrides qui ont été introduites. De cette façon, il prévient le développement des accidents ou arrête la marche de ceux qui se seraient déjà produits.

Ce mode d'action du chlore n'a rien qui doive nous étonner. Il est une déduction rigoureuse des données de la chimie élémentaire. Nous croyons inutile d'ailleurs d'insister davantage sur ce point. On connaît avec quelle promptitude le chlore détruit les matières en putréfaction. Il détruit les miasmes portés dans l'économie, de même qu'il y détruit les effets dus à l'acide sulfhydrique ou à l'acide prussique.

Comment doit-on employer le chlore?

La plaie est-elle récente, il convient avant toute chose de la soumettre à un lavage à grande eau. Si la plaie est large et saigne abondamment, ce lavage suffira le plus souvent pour empêcher le développement des accidents. Mais si la plaie est étroite, il ne suffira pas le plus souvent. Dans ces deux cas, les lotions avec l'eau chlorée ne manquent jamais de mettre à l'abri de tout accident. Une fois débarrassées des matières organiques putrides, les plaies anatomiques se comportent comme les plaies simples et se cicatrisent de la même façon.

La plaie date-t-elle de quelques jours? Est-elle enflammée et douloureuse comme s'enflamment et deviennent douloureuses les plaies anatomiques; existe-t-il déjà de la tuméfaction dans le voisinage de la plaie ; remarque-t-on ces cordons rougeâtres qui sont l'indice de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques ; les ganglions sont-ils gonflés et douloureux ! A ces phénomènes se joint-il quelques symptômes généraux, malaise, fièvre, etc. ? Si les symptômes généraux ne sont pas encore ceux de l'infection purulente, les lotions chlorées réussissent encore à enrayer la marche des accidents. Il est bon alors d'y associer des inspirations chlorées. Porté dans l'économie par la voie de la circulation et par la voie de la respiration, le chlore va détruire la matière putride dans le sang et la disparition des accidents se fait successivement. Le reste du traitement est celui des plaies simples.

Depuis 1830 jusqu'à ce jour, nous avons eu plusieurs fois et dans des cas très-sérieux, l'occasion de constater les heureux résultats obtenus par ce mode de traitement.

En présence des victimes si nombreuses que font, chaque année, les plaies anatomiques dans les rangs des médecins et surtout des élèves, en présence des accidents si graves dans le présent et dans l'avenir, qui succèdent aux plaies anatomiques qui n'ont pas entraîné la mort, en présence d'une médication aussi rationnelle que positive, n'est-il pas à désirer que du chlore liquide soit mis à la disposition des élèves dans les salles de dissection, et que cette simple prescription soit gravée sur les murs des ampithéâtres :

« Lavez le plus tôt possible vos plaies anatomiques avec l'eau chlorée. »

DE LA MORT APPARENTE.

Voici encore une de ces observations comme il en paraît plusieurs fois l'an dans les journaux politiques, d'où souvent elles passent sans critique dans les livres de médecine pour démontrer l'incertitude des signes de la mort et la possibilité d'un enterrement prématuré.

En la publiant, nous n'avons d'autre intention que de montrer jusqu'où peuvent aller l'ignorance et la crédulité publiques sur un sujet qui ne présente plus rien d'obscur ni de mystérieux, grâce aux découvertes de la science moderne. Nous n'avons pas besoin de le dire, ce récit est entièrement dénué de fondement, et il a été l'objet d'un démenti officiel de la part de l'autorité. Il ira prendre place à côté de toutes les historiettes du même genre rassemblées par Brubier et ses copistes.

Voici le récit des journaux :

« Un fait curieux s'est passé hier à la Morgue. Vers midi, un monsieur très-bien vêtu traversait la passerelle qui remplace le pont Saint-Michel, qu'on démolit en ce moment, lorsque tout à coup on l'entendit prononcer ces mots : « Ah ! mon Dieu ! » puis on le vit chanceler, tomber et rester inanimé. Des passants s'empressèrent de le relever et de le transporter dans la boutique de M. Alexandre Dumas.... le liquoriste. Des soins lui furent prodigués; on lui fit respirer des sels, mais il ne donna pas signe de vie ; un médecin, qui se trouvait dans la foule rassemblée par cet événement, s'approcha, palpa le corps, et se retira en disant : « Il est mort d'apoplexie ! » Le cadavre fut transporté aussitôt à la Morgue. On l'examina de nouveau ; il était froid, et présentait toutes les apparences de la cessation de la vie occasionnée par une congestion cérébrale.

» Une recherche opérée dans ses vêtements n'ayant fait découvrir aucun papier, et l'identité de cet individu étant inconnue, les employés le déshabillèrent, et, pour l'exposer aux regards du public, afin d'amener sa reconnaissance par sa famille, ils le placèrent sur une des dalles destinées à cette exposition. Les employés, leur besogne terminée, allaient se retirer pour rouvrir les portes de l'établissement au nombreux public stationnant au dehors, lorsque l'un dit à l'autre :

« — Tiens, il me semble que le mort vient de remuer un œil. »

» Et, en effet, ils virent l'œil droit grand ouvert et plein d'une vivante expression; puis tout à coup il se ferma; l'œil gauche s'ouvrit à son tour. Plusieurs fois les deux yeux s'ouvrirent et se refermèrent alternativement; ils restèrent enfin tout à fait ouverts, et leur expression suppliante semblait dire : Je suis vivant !... Un des employés se tenait penché sur le corps, cherchant à s'assurer si les voies respiratoires fonctionnaient; subitement le bras droit du cadavre se lève, se détend, se recourbe, entoure le cou de l'employé, et le tient ainsi serré si fortement, que ce n'est qu'avec peine qu'il parvient à se dégager.

» Plus de doute, cet homme vivait encore ! Aussitôt on l'enlève, on le transporte dans la salle, on le frictionne, et en quelques minutes ses membres perdent leur roideur, reprennent leurs fonctions; la voix revient au moribond; il parle, et fait connaître qu'il est sujet à des accès de stupeur cataleptique pendant lesquels il a conscience de ce qui se passe autour de lui. On sait que cette affection imprime au système musculaire une roideur comme tétanique, donnant au sujet qui en est atteint toutes les apparences d'un mort.

» Quelques instants après, le ressuscité sortait très-bien portant de

la Morgue, et montait dans une voiture de place pour se soustraire à la curiosité de la foule avide de le contempler. »

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 août 1857. — Présidence de M. Bussy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet : 1° Un rapport de M. Gremaud, médecin des épidémies de l'arrondissement de Poligny, sur une épidémie d'angine gangréneuse qui a régné dans la commune de Chateley (Jura). — Un rapport de M. Greverey, médecin des épidémies de l'arrondissement de Vesoul, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Traves (Haute-Saône). — Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Meurthe pendant l'année 1856. (Commission des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur Jaubert, médecin-inspecteur des eaux minérales de Gréoulx (Basses-Alpes), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1855. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur César Provençal adresse un mémoire sur le climat de Menton (Italie). (M. Robinet, rapporteur.)

M. le docteur Burcq adresse une note intitulée : *Interversion des sensations extrêmes de froid et de chaud humides dans l'anesthésie.* (M. Beau, rapporteur.)

M. Berthe envoie une note ayant pour titre : *Relevé de quelques observations sur l'action thérapeutique de la codéine, recueillies dans le service de M. Vigla à la Maison municipale de santé.* (Commissaires, MM. Guibourt, Bouchardat et Poggiale.)

M. Mance adresse une lettre dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture. L'auteur proteste, dans cette lettre, contre une assertion émise par M. Robert dans la discussion sur les anesthésiques, et de laquelle il résulterait que M. Mance est du nombre des praticiens qui ont eu le malheur de perdre des malades par l'emploi du chloroforme. M. Mance affirme n'avoir jamais perdu un seul malade soit en ville, soit dans les hôpitaux, par l'emploi des anesthésiques.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle la nomination de deux membres associés nationaux dans la section de chirurgie.

La section a présenté deux listes de trois membres.

La première liste comprend MM. Sédillot, Goyrand et Bonnet.

L'Académie est appelée à voter d'abord sur cette liste.

Premier tour de scrutin. — Sur 52 votants; majorité 27.

MM. Bonnet.	25 voix.
Sédillot.	16
Goyrand..	7
Bouisson..	2
Gensoul.	1
Renault (de Montauban). .	1
Bulletin blanc.	1

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité, on procède à un second tour.

Deuxième tour. — 53 votants; majorité, 27.

MM. Bonnet.	40 voix.
Sédillot.	10
Gensoul.	1
Bouisson..	1
Bulletin blanc.	1

M. Bonnet ayant réuni la majorité, est proclamé élu.

La deuxième liste porte MM. Pamard, Gensoul et Bouisson.

2e ÉLECTION. — *Premier tour.* — 48 votants, majorité, 25.

MM. Sédillot.	19 voix.
Bouisson..	10
Gensoul.	8
Pamard.	8
Bonnet.	1
Goyrand..	1
Bulletin blanc.	1

Aucun candidat n'ayant réuni la majorité, on procède à un second tour.

Deuxième tour. — 43 votants ; majorité, 22.

MM. Sédillot.	21 voix.
Bouisson..	12
Gensoul.	6
Pamard.	4

Aucun des candidats n'ayant encore la majorité, on procède à un scrutin de ballottage entre MM. Sédillot et Bouisson.

38 votants; majorité, 20.

MM. Sédillot.	26 voix.
Bouisson..	12

En conséquence, M. Sédillot est déclaré élu.

RAPPORT.

Amylène. — M. JOBERT (de Lamballe), au nom d'une commission composée de MM. Robert, Larrey et Jobert, rapporteur, lit un rapport sur un travail de M. Giraldès, ayant pour titre : *Études cliniques sur l'amylène.*

Dans ce travail, lu dans la séance du 19 mai 1857, M. Giraldès, se basant sur les résultats de 79 cas d'anesthésie obtenus chez les enfants, cherchait à établir que l'amylène a, comme le chloroforme, ses indications spéciales, et que, dans beaucoup de cas, il offre des avantages sur ce dernier. (Voir les numéros des 21 et 23 mai.)

Après avoir analysé le travail de M. Giraldès, rappelé les différentes propositions qui le résument, et rapproché les résultats qui y sont consignés de ceux qu'a constatés M. Robert dans un rapport sur le même sujet, M. le rapporteur fait ressortir les dissidences qui séparent ces deux chirurgiens sur quelques points essentiels. Dans le but de se rendre compte de la cause de ces dissidences, M. Jobert a institué un certain nombre d'expériences sur les animaux. La relation des résultats de ces expériences et d'observations faites dans son service de l'Hôtel-Dieu, constitue le fond de ce rapport.

Les expériences ont consisté à anesthésier des animaux avec l'amylène, d'abord à l'air libre, au moyen d'une éponge; puis au moyen d'un cornet, et enfin au moyen d'un appareil complétement clos, de manière à graduer et élever successivement l'état de concentration de l'amylène. Ces expériences ont été faites comparativement avec le chloroforme et par les mêmes procédés.

Les faits observés sur l'homme ont été divisés en trois catégories correspondant aux trois séries d'expériences que nous venons d'énoncer.

La première catégorie comprend les malades qui ont été soumis aux aspirations d'amylène à l'air libre au moyen d'une éponge. Les faits de la deuxième catégorie se rapportent à l'inhalation de l'amylène versée sur une éponge contenue dans un cornet en carton. Enfin, la troisième est relative aux inhalations faites à l'aide d'un appareil qui ne laisse perdre que peu ou pas d'amylène.

Voici, après avoir rapporté ces expériences et ces observations, en quels termes M. le rapporteur en résume les résultats :

Ce qui ressort avant tout de ces expériences et de ces observations, c'est l'énergique et dangereuse influence de l'amylène. Les expériences faites par M. Robert et par notre honorable confrère M. Debout tendaient cependant à démontrer que l'amylène est moins active que le chloroforme et l'éther. Mais il y a lieu d'observer que les agents anesthésiques agissent bien différemment, suivant qu'ils sont administrés à l'air libre ou concentrés dans un appareil.

A l'air libre, l'amylène et l'éther se volatilisent avec une promptitude extraordinaire, tandis que le chloroforme se disperse moins facilement dans l'atmosphère.

C'est ce qui explique comment l'amylène respirée à l'air libre sur une éponge pendant 9 et même 19 minutes ne produit d'autres troubles que de l'agitation et de l'accélération du pouls, et comment ses effets, en devenant plus prompts dans un cornet garni d'une éponge, ne se produisent cependant qu'en 5 ou 7 minutes et demie.

Mais ses propriétés anesthésiques deviennent singulièrement actives dès qu'on le concentre dans un appareil.

La démonstration est rigoureuse et décisive lorsqu'il est mis dans l'appareil Charrière; il a suffi alors de deux minutes, d'une minute, de quelques secondes pour modifier (voir les expériences 7, 8, 9, 11, 12 et 13) la circulation, l'innervation et la motilité.

L'amylène accélère la circulation; le pouls monte bientôt de 30, 40 pulsations. Il peut cependant être intermittent, et la face devient alors pâle, cadavéreuse, et se couvre d'une sueur froide et visqueuse. (Observation 3.)

L'amylène ne porte pas seulement son influence sur le cœur, sur le sang, qui change de couleur et qui le contient en suspension; mais il ébranle violemment le système nerveux, comme le prouvent l'agitation, les plaintes, les rêves, le cris (obs. 4, 5, 9, 10, 12), l'insensibilité, le coma, l'abolition de l'intelligence.

Les expériences et les observations sont-elles suffisantes pour décider la question de savoir si l'amylène exerce son action toxique sur différents appareils à la fois?

Les faits répondent par l'affirmative, et ce qui précède permet de croire à la simultanéité de son action sur les systèmes sanguins et nerveux.

M. Jobert termine ainsi son rapport :

Dans sa communication, M. Giraldès s'est proposé de démontrer que l'amylène était moins dangereuse que le chloroforme, et devait être employé de préférence ; mais nous ne trouvons pas qu'il ait donné des raisons suffisantes à l'appui de son opinion. Notre collègue M. Robert se borne à lui donner la préférence dans certains cas exceptionnels. Nous ne pouvons même adopter cette dernière manière de voir, parce que, suivant nous, l'amylène a les inconvénients du chloroforme sans en avoir les avantages. Le chloroforme, en pénétrant les vaisseaux, laisse au sang sa couleur rutilante; le chloroforme déprime, ralentit le pouls, et l'amylène l'accélère en congestionnant les organes. Sous le rapport du mode d'administration, l'amylène se manie difficilement, tandis que le chloroforme est d'un usage facile.

Après l'administration du chloroforme, les malades éprouvent ordinairement du calme ; il en est souvent autrement de l'amylène, dont les effets se prolongent sous forme de malaise, d'agitation, de céphalalgie, de titubation, d'incohérence dans les idées, d'hésitation dans la parole. Le chloroforme nous a fourni les mêmes résultats satisfaisants sur les vieillards, les adultes et les enfants de différents âges ; et nous croyons que son emploi n'est pas plus nuisible à cette première époque de la vie que dans les périodes plus avancées.

En résumé, bien que les conclusions présentées par le docteur Giraldès ne nous paraissent pas devoir être admises, sa communication n'en renferme pas moins des parties intéressantes, et nous avons l'honneur de proposer à l'Académie que des remercîments lui soient adressés, et que son travail soit honorablement déposé aux archives.

M. Velpeau demande la parole.

M. VELPEAU. Je demande la parole non point contre les conclusions du rapport, mais tout au contraire pour les appuyer et pour m'élever plus énergiquement encore que ne l'a fait M. Jobert, contre l'usage de l'amylène. Lors du rapport de M. Robert, j'avais fait déjà une opposition modérée ; aujourd'hui mon opposition est plus complète, elle est absolue. Il me paraît démontré, en effet, par les expériences de M. Jobert, que l'amylène n'a aucun avantage sur le chloroforme, qu'elle est plus difficile à manier, qu'elle remue plus profondément l'organisme, en un mot qu'elle est plus dangereuse. S'il avait pu d'ailleurs rester encore quelques doutes dans les esprits sur ces dangers, il ne serait plus permis de les conserver maintenant après le second malheur que les journaux de médecine viennent de nous faire connaître, et dont vous avez tous pu lire la relation aujourd'hui même. Pour la seconde fois, l'amylène a causé la mort, et cela pour une petite opération insignifiante qui eût pu être pratiquée sans le secours des anesthésiques, pour une petite tumeur carcinomateuse de la région du dos. Ici il n'y a pas à faire valoir de circonstances atténuantes, comme on a pu être fondé à le faire pour la plupart des malheurs arrivés avec le chloroforme. Ce nouveau malheur a eu lieu publiquement, dans un grand hôpital de Londres, et entre les mains de qui? entre les mains de M. Snow lui-même, l'inventeur de l'amylène !

Une substance pareille, qui en aussi peu de temps et sur un aussi petit nombre d'expériences a pu produire deux fois la mort entre les mains de celui-là même qui a cherché à en introduire l'usage dans la pratique, et qui en a le plus étudié les effets, doit être désormais proscrite d'une manière absolue. L'amylène ne peut rien faire de plus que le chloroforme ; elle n'a donc aucun avantage sur lui ; elle a de plus de nombreux inconvénients et elle est manifestement plus dangereuse. C'est donc, je le répète, un agent à repousser, à bannir absolument de la pratique. Je déclare, pour ma part, que je considérerais comme blâmables les chirurgiens qui persisteraient à en faire de nouveaux essais.

Il est bien entendu que mes paroles n'impliquent pas le moindre blâme pour M. Giraldès, dont l'Académie apprécie comme moi le mérite. Loin de là, j'appuie de toutes mes forces, en ce qui le concerne, les conclusions de M. le rapporteur.

M. LARREY appuie également le rapport et ses conclusions, et il est convaincu que M. Giraldès lui-même finira par se rendre à l'évidence, et appréciera l'amylène comme vient de le faire M. le rapporteur. Je ferai à cette occasion, ajoute M. Larrey, une remarque, c'est que jusqu'à présent aucun accident n'a eu lieu tant qu'on a employé l'amylène à l'air libre, et que dans les deux accidents mortels qui ont été publiés, on s'était servi d'appareils. C'est une circonstance qui m'a paru digne d'être signalée.

M. DEVERGIE fait remarquer, au sujet de l'observation de M. Larrey, qu'il n'est pas possible d'employer l'amylène sans appareils. Il n'y a donc pas d'assimilation possible, sous ce rapport, entre cet agent et le chloroforme.

M. JOBERT. Dans les expériences que j'ai consignées dans mon rapport, je me suis d'abord servi de l'éponge seulement, tant j'ai de répugnance à me servir des appareils; mais je n'ai pas tardé à reconnaître qu'on n'obtenait rien ou presque rien par ce moyen. Lorsque j'ai eu recours aux appareils, j'ai obtenu des effets prompts, mais avec des accidents plus ou moins graves; et j'ai pu constater alors cette différence entre l'amylène et le chloroforme, que tandis que le chloroforme produit l'anesthésie d'une manière graduelle et sans altérer le sang, alors même qu'elle est poussée assez loin; avec l'amylène, l'anesthésie a lieu d'une manière presque instantanée et vraiment effrayante, et elle s'accompagne toujours d'une altération plus ou moins notable du sang.

Après cette courte discussion, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

PRÉSENTATION.

M. DENONVILLIERS présente deux sujets, un homme et une jeune fille, auxquels il a pratiqué deux opérations autoplastiques pour la réparation de la paupière inférieure. L'opération remonte à près d'un an pour les deux opérés; il a cru devoir attendre ce délai, afin que l'Académie fût en état d'apprécier le résultat définitif de l'opération.

M. Jobert pose quelques questions à M. Denonvilliers; mais la discussion ne pouvant être engagée sur une présentation faite par un chirurgien étranger à l'Académie, le bureau invite M. Denonvilliers à remettre une note qui devra devenir l'objet d'un rapport. (MM. Jobert et Velpeau sont désignés à cet effet.)

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial du 11 août, M. le docteur Maire, adjoint au maire du Havre, ancien chirurgien de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret impérial du 17 août, M. Isidore Bourdon, membre de l'Académie de médecine, et M. Berg (Achille), chirurgien de 2e classe de la marine au Sénégal, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— Nous apprenons à l'instant la mort de Marshall-Hall, de Londres, l'un des plus illustres médecins et physiologistes de notre temps. Marshall-Hall a succombé dans un âge avancé à une longue et pénible maladie. Ses nombreux travaux, qui ont eu tant de retentissement et une si notable influence sur les progrès de la physiologie moderne, avaient rendu depuis longtemps son nom populaire en France et dans toute l'Europe. L'Académie des sciences et l'Académie de médecine de Paris se l'étaient associé dès longtemps comme l'un des représentants les plus illustres de la science.

Nous n'énumérerons pas ici tous ses titres et ses nombreux ouvrages, presque tous empreints d'une grande originalité; nous nous bornerons seulement à rappeler le dernier livre qu'il a publié en français, intitulé : *Aperçu du système spinal ou de la série des actions réflexes dans leurs applications à la physiologie et à la pathologie* (1). Cet ouvrage, dans lequel l'auteur a résumé les résultats de ses intéressantes recherches sur les actions réflexes, renferme la réalisation de l'une des applications les plus hardies de la physiologie à la thérapeutique, la trachéotomie appliquée au traitement de l'épilepsie. Quelque divers que soient les jugements portés sur cette opération, que l'on n'a peut-être pas appréciée encore à sa vraie valeur, ce dernier ouvrage restera certainement comme un des plus beaux monuments élevés à la science par l'illustre physiologiste anglais.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Marchal, né à Boulay (Moselle) ; *Des épanchements dans l'articulation du genou.*

Bottaro, né à Syra (Grèce) ; *Diagnostic différentiel des tumeurs de la glande testiculaire.*

(1) Un vol. in-12 ; chez Victor Masson, 1855.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 98. — SAMEDI 22 AOUT 1857. (30e ANNÉE) N° 98. — SAMEDI 22 AOUT 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des réactifs à employer pour déceler la présence du sucre dans les urines, et des diverses espèces de diabète.

Dans la *Revue clinique* du 6 juin dernier, à l'occasion d'une communication de M. le docteur Béhier à la Société médicale des hôpitaux, relative au *degré de confiance qu'il convient d'attribuer à la réaction du liquide de Barreswil et de la potasse sur les urines sucrées*, nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur les difficultés de ces sortes d'explorations, sur les causes qui peuvent en rendre les résultats incertains ou illusoires, et sur la nécessité de se prémunir contre toutes ces chances d'erreur, soit par l'exacte et minutieuse observation des précautions et règles connues, soit par des recherches nouvelles, en cas que ces règles soient insuffisantes. Déjà, dans la discussion qui suivit la communication de M. Béhier, et dont nous avons sommairement rendu compte, M. Gubler avait indiqué quelques-unes des précautions propres à faire éviter ces causes d'erreur, telles, par exemple, que l'utilité de détruire préalablement, par les moyens chimiques connus, les matières organiques dont on pouvait soupçonner l'existence, et surtout de prolonger l'ébullition au delà du degré où l'on a l'habitude de la porter; et il avait précisé la condition de ne pas s'en tenir uniquement à un changement de coloration, mais d'exiger la présence d'un précipité, etc. Dans l'une des dernières séances de cette Société, M. Becquerel, revenant sur ce sujet, s'est proposé de démontrer devant ses collègues que rien n'est plus facile que d'éviter cette cause d'erreur et que d'avoir à sa disposition un moyen sûr, prompt et facile de déceler la présence du sucre dans les urines; puis il a exposé les résultats cliniques intéressants qu'il a obtenus dans son service de la Pitié par l'application de ce procédé à l'examen des urines de ses malades.

Voici les préceptes et les faits énoncés par cet honorable confrère.

Le moyen le plus sûr, aux yeux de M. Becquerel, pour constater la présence du sucre dans les urines, est le procédé déjà ancien qui a été rappelé par M. Figuier. Il consiste à agir comme suit :

« On prend une quantité déterminée d'urine, par exemple, 30 grammes; on la traite par une petite quantité d'acétate de plomb solide et cristallisé, soit 2 grammes; on fait chauffer le mélange, et l'on a immédiatement un précipité abondant de couleur blanc sale; on filtre ce liquide, et une fois filtré, on le traite par le sulfate de soude en excès. Si, par exemple, on a mis 2 grammes d'acétate de plomb, on y ajoute 4 grammes de sulfate de soude; ce deuxième mélange opéré, on chauffe de nouveau, et le sulfate de plomb se précipite; on filtre de nouveau, et on a pour résidu un liquide clair, transparent, qui contient le sucre quand il y en a, de l'urée et quelques sels insignifiants. Ce nouveau liquide ne réduit les réactifs cupro-potassiques et ne brunit la potasse que lorsqu'il y a du sucre. Ces deux réactifs sont alors parfaitement fidèles, très-exacts, et ne donnent ces résultats que lorsque le sucre s'y trouve.

» Si l'urine dans laquelle on veut rechercher ce principe contient de l'albumine, l'acétate de plomb solide coagule ce principe immédiat, en même temps que les autres matières organiques; et l'on n'est plus embarrassé par lui lorsqu'on veut rechercher le sucre. »

Il résulte de là, ajoute M. Becquerel, que toutes les fois qu'on voudra déceler la présence du sucre dans une urine quelconque, albumineuse ou non, on aura dans les liquides cupro-potassiques et dans la potasse caustique deux excellents réactifs; mais à la condition qu'on aura préalablement traité cette urine par l'acétate de plomb solide et le sulfate de soude, dont la double réaction entraînera toutes les matières étrangères acides ou organiques qui pourraient réduire, décolorer ou verdir les liquides cupro-potassiques et brunir la potasse.

Voici maintenant les résultats que M. Becquerel a obtenus par l'emploi de ce procédé, depuis plus de deux ans qu'il a examiné avec soin les urines de tous les malades entrés dans ses salles, le jour de leur entrée et quelquefois même très-souvent pendant la durée de leur séjour (le nombre s'en élève à près de 2,000). Non-seulement cet examen a toujours été fait en prenant les précautions indiquées plus haut; mais encore, dès qu'on trouvait du sucre, on cherchait à déterminer, à l'aide du polarimètre, la quantité de ce principe immédiat contenu dans 1,000 grammes d'urine.

On doit admettre deux espèces de diabète : le diabète idiopathique, ou diabète proprement dit, et le diabète symptomatique.

1° Le diabète idiopathique, ou diabète proprement dit, est celui qui est caractérisé physiquement par la présence d'une très-notable quantité de sucre combiné à un flux urinaire plus ou moins considérable, et symptomatiquement par une soif et un appétit exagérés, ainsi que par un certain nombre de phénomènes morbides plus ou moins graves.

2° Le diabète symptomatique est le nom que M. Becquerel donne à un certain nombre de cas morbides dans lesquels est survenue, comme phénomène accessoire et consécutif, la présence d'une certaine quantité de sucre dans les urines.

C'est un symptôme qui, de même que l'albumine, est souvent commun à des maladies fort différentes. Le diabète symptomatique est un symptôme que rien ne ferait soupçonner, si on ne venait à étudier la nature chimique des urines.

Les caractères du diabète symptomatique sont les suivants :

1° La quantité de sucre contenue dans les urines n'est jamais très-considérable; cependant M. Becquerel dit en avoir trouvé plusieurs fois jusqu'à 25 à 26 grammes pour 1,000, ce qui est déjà un chiffre assez élevé, mais moindre que dans le diabète idiopathique, où l'on va souvent à 40, 50, 60, et même 80 grammes pour 1,000.

2° Dans le diabète symptomatique, l'urine n'est jamais augmentée de quantité, ou du moins ne l'est que très-peu; en un mot, il n'y a pas de flux urinaire concomitant;

3° La densité de l'urine, dans le diabète symptomatique, n'est jamais que très-peu augmentée, quand encore elle l'est;

4° Le sucre, dans le diabète symptomatique, n'exerce aucune modification sur les autres éléments chimiques contenus dans les urines;

5° Dans le diabète symptomatique, il n'y a aucun phénomène morbide que l'on puisse mettre sur le compte de la présence du sucre dans les urines; il n'y a ni augmentation anormale de l'appétit ni exagération de la soif, comme dans le diabète idiopathique.

Cette existence du diabète symptomatique admise, voici les circonstances dans lesquelles M. Becquerel l'a trouvé sur près de 2,000 cas :

Dans 5 cas de maladies du cerveau et de la moelle épinière, il a rencontré un diabète symptomatique bien caractérisé, et dont le sucre a été jusqu'à 25 à 26 grammes par 1,000.

Le diabète symptomatique a été également observé dans trois cas de maladies du foie, et dans plusieurs cas d'état puerpéral. Chez neuf femmes récemment accouchées, et sous l'influence de la sécrétion lactée, il y a eu du sucre dans les urines, de 5 à 12 grammes en moyenne.

Enfin, les urines ont été trouvées sucrées dans les deux cas suivants : chez une femme atteinte d'un cancer non ulcéré du col de l'utérus, et chez un homme atteint de diarrhée chronique et d'anémie profonde, suite de misère.

M. Becquerel s'attendait à trouver fréquemment du sucre chez des individus atteints d'emphysème pulmonaire, de bronchite chronique ancienne, de maladies du cœur, etc., etc., il n'en a pas trouvé un seul cas jusqu'ici. Il se propose de poursuivre ses recherches sur ce point.

EXPOSITION DES BEAUX-ARTS.

LANFRANC. — DESAULT. — M. MATOUT.

Nous venons de parcourir les galeries de l'Exposition, et notre curiosité a été singulièrement frappée par l'importance que le jury semble avoir accordée à deux toiles essentiellement médicales : l'*Enseignement oral* et l'*Enseignement clinique*, œuvres de M. Matout. Pourquoi donc ces tableaux se trouvent-ils ainsi à une place d'honneur, en face de l'entrée principale? Est-ce un hommage rendu au talent de l'artiste, ou bien un sentiment de respect pour les illustres personnages dont M. Matout s'est fait l'historien? Voilà ce qu'il nous faut examiner.

Que l'on ne s'étonne pas de nous voir conduire au Palais de l'Industrie le paisible lecteur de la *Gazette* pour agiter devant lui des questions d'art et le distraire ainsi de ses préoccupations habituelles. L'évangéliste saint Luc, que Raphaël nous a représenté comme le patron de la peinture, n'était-il pas médecin? Et comment refuser de puiser quelques enseignements à une source qui, statuaire ou peinture, emprunte si souvent ses principales notions aux sciences médicales? Je m'autorise donc de notre confrère saint Luc, non moins que du libre échange intellectuel, pour continuer ma conversation.

Je ne passerai pas en revue tous les tableaux dont on nous a ménagé le spectacle, il y aurait trop d'erreurs anatomiques ou physiologiques à signaler. Chez les uns, l'attitude musculaire ne saurait expliquer le mouvement figuré; les autres, trop soucieux d'une esthétique conventionnelle, oublient que le corps humain est composé d'une charpente osseuse dont on recherche toujours l'indication, et qui doit se retrouver partout avec son caractère immuable. Les arts, interprètes fidèles de la nature, ne sauraient, en effet, se soustraire à cette loi de l'organisation générale qui a donné aux sciences leurs classifications naturelles, et qui consacre d'une manière définitive la supériorité de ces travaux, où l'œil saisit de suite et sans effort la relation qui existe entre les différentes parties de l'édifice. Cette vérité se trouve nettement formulée dans les tableaux dont nous allons rendre compte.

Appelé à décorer le grand amphithéâtre de l'École de médecine, M. Matout avait à lutter contre de grandes difficultés inhérentes à l'emplacement qui lui était assigné. Loin de se laisser rebuter par de telles entraves, l'artiste a largement disposé sa composition. Un grand tableau destiné à la partie centrale de la voûte représente A. Paré pratiquant la ligature des artères, et deux tableaux triangulaires qui en forment les pendentifs nous montrent, d'un côté Lanfranc, et de l'autre Desault. Chacun se rappelle avoir vu au salon de 1853 le père de la chirurgie française, au milieu d'une fougueuse bataille, refuser le fer rougi à blanc et lier les artères, en dépit de l'incrédulité de ses aides, qui, le sourire sur les lèvres, suivent d'un œil inquiet la marche de l'opération. Cette toile, de la plus grande dimension, arrêta, comme il nous en souvient, maints observateurs, et non des moins consciencieux.

Une partie des visiteurs, il est vrai, incapable de comprendre des peintures de ce genre, tournait la tête et prétendait qu'on ne devait pas exposer aux regards du public des chairs palpitantes et des linges couverts de sang. Il s'agissait pourtant de ces critiques à qui il faut des batailles, des scènes militaires où le sol est jonché de cadavres et de mourants. Cependant il s'est trouvé des personnes dont l'appréciation était bien différente; familiarisés avec l'aspect de la souffrance, ces savants praticiens et ces laborieux jeunes gens qui peuplent nos hôpitaux ne craignaient pas un pareil spectacle; mais ceux-là, d'ailleurs, du jour où ils avaient pu assister sans pâlir à une opération, savaient que la France a eu un grand chirurgien qui s'appelait Ambroise Paré. C'étaient des juges sincères, sans idées préconçues comme sans prétentions artistiques, des hommes qui n'hésitent pas à donner leur approbation à ce qu'ils trouvent vrai et juste. Ils ne se lassaient d'admirer le dévouement du chirurgien et la tranquillité d'esprit avec laquelle il poursuit son œuvre au milieu de cette sanglante mêlée. Cette toile se recommande, d'ailleurs, à notre attention par sa portée philosophique; d'un seul regard on y voit se dérouler l'histoire entière de l'esprit humain, qui, toujours soupçonneux, hésitant sans cesse et niant souvent les faits de la plus complète évidence, continue, malgré l'exemple des siècles passés, à poursuivre de son scepticisme les génies qui se font les apôtres de la vérité. Car si la découverte de la circulation attira sur la tête d'Harvey toutes les fureurs de l'ignorance et de la jalousie, combien notre bon A. Paré n'eut-il pas à lutter, même parmi ses élèves, contre la critique la plus acerbe et la mauvaise foi la plus manifeste, ainsi qu'il nous l'apprend lui-même? « Vous aviez, disait-il à Gourmalin, son contradicteur le plus opiniâtre, les yeux fermés, tous les sens hébétés, lorsque vous avez voulu médire d'une si sûre méthode, et que ce n'est que par *ire* et par *mauvaise volonté*. » Cette polémique n'était sans doute pas inconnue de M. Matout, car il nous l'a retracée avec une habileté remarquable.

Mais les deux pendentifs que nous venons de voir au salon annoncent une étude plus consommée, et constituent la partie importante de cette trilogie. Le jury, avons-nous dit, a assigné une place d'honneur à ces deux tableaux, bien que l'auteur ait continué sa brillante épopée sans modifier son style. Si l'on voyait dans cette décision un hommage tacite rendu à la mémoire de Lanfranc et de Desault, ce serait commettre une erreur volontaire. Rencontre-t-on dans nos monuments publics une seule grande peinture consacrée à nos illustrations médicales? Il est certains héros qui n'ont pas manqué d'historiens; mais quelqu'un a-t-il jamais osé représenter un modeste *héros en tablier*? Vainement on le rechercherait, et nous assistons aujourd'hui au premier essai de ce genre. Il faut donc en savoir gré à M. Matout, qui a bien voulu, même au péril de sa réputation, continuer son apothéose de la médecine et forcer

Suite et fin de plusieurs observations de rétrécissements syphilitiques du rectum.

M. Gosselin a eu depuis quelque temps dans ses salles de l'hôpital Cochin deux des malades atteintes de rétrécissement syphilitique du rectum qu'il avait traitées à l'hôpital de Lourcine, et dont les observations avaient servi de base au travail qu'il a publié sur ce sujet en décembre 1854 dans les *Archives de médecine*. Ces deux femmes n'avaient pas reçu les soins locaux et généraux que leur état aurait réclamés incessamment. Obligées de travailler pour vivre, elles n'avaient pu mettre en usage les moyens de dilatation nécessaires pour faciliter la sortie du pus et des garde-robes, ni les moyens généraux propres à combattre l'affaiblissement produit par la déperdition du pus et le trouble des fonctions digestives. Elles n'avaient pas cessé de rendre du pus et quelquefois du sang par l'anus, d'avoir souvent du ténesme, de la diarrhée et des digestions difficiles. Le rétrécissement n'était pas devenu cependant très-étroit depuis la dernière opération, et laissait même passer le doigt indicateur. Mais depuis plusieurs mois des symptômes de phthisie pulmonaire s'étaient montrés; cette maladie a fait des progrès assez rapides, et a déterminé la mort des deux malades à quelques mois de distance.

Sur l'une et l'autre, M. Gosselin a constaté à l'autopsie : 1° du côté de la poitrine, des cavernes et des tubercules à tous les degrés de développement dans les deux poumons; 2° du côté de l'intestin, les lésions décrites dans son travail au niveau de l'anus et de la portion sphinctérienne du rectum, c'est-à-dire des condylômes, des indurations et un tissu cicatriciel inextensible; seulement la lésion de la portion sus-ampullaire ou supérieure du rétrécissement n'a pas été la même dans les deux cas.

La première de ces deux malades qui a succombé avait l'exulcération habituelle, remarquable par son étendue, moindre cependant que dans les autres faits publiés par M. Gosselin. La seconde n'avait pas cette exulcération considérable, mais le rectum et tout le gros intestin jusqu'à moitié de la hauteur du côlon ascendant étaient rouges, mamelonnés, couverts de pus, et présentaient çà et là des cicatrices d'ulcérations ou des ulcérations non encore cicatrisées. A partir du milieu du côlon ascendant, la muqueuse prenait brusquement son aspect normal, sa couleur ardoisée, et la conservait dans toute la hauteur de l'intestin grêle.

Dans ce cas comme dans les autres, il y avait donc maladie du gros intestin au-dessus du rétrécissement; mais cette maladie remontait plus haut qu'à l'ordinaire, et l'exulcération, au lieu d'être unique et très-étendue, se présentait multiple et disséminée.

Ces deux nouveaux faits prouvent donc que le rétrécissement syphilitique du rectum, quand les malades ne sont pas soignés continuellement, peut conduire à la phthisie pulmonaire, et par suite à la mort, en vertu d'une relation remarquable déjà signalée à propos des fistules à l'anus, entre les troubles fonctionnels de l'extrémité inférieure du rectum et ceux de l'appareil respiratoire.

Si les malades pouvaient recevoir tous les soins nécessaires, et surtout remédier par des toniques et un régime convenable aux inconvénients de la suppuration rectale, ne pourrait-on pas les préserver, sinon pour toujours, au moins pour longtemps, de la tuberculisation pulmonaire?

M. Gosselin ne peut répondre à cette question que par un seul fait, celui d'une des malades auxquelles il a déjà fait allusion dans son travail de 1854. Cette femme, qu'il avait d'abord traitée à l'hôpital de Lourcine en 1852 et 1853, n'a pas cessé depuis ce temps de prendre des ferrugineux, des vins fortifiants, surtout du vin de quinquina; sa position lui permet aujourd'hui de se nourrir de viandes rôties, d'occuper un appartement bien aéré, de se fatiguer peu. Trois fois depuis sa sortie de l'hôpital, M. Gosselin a combattu le rétrécissement par de nouvelles incisions, suivies de dilatation. La dernière opération, faite en décembre 1856, a été suivie, il est vrai, d'une péritonite, mais dont la malade s'est complétement rétablie. Depuis cette époque, la dilatation a été maintenue par l'introduction journalière pendant plusieurs mois, et ensuite trois et deux fois la semaine de divers corps dilatants, qu'on laissait quelques minutes dans le rectum. Cette introduction est faite par M. le docteur Manceaux, médecin habituel de la malade. Il est vrai de dire que cette petite opération serait impossible sans l'administration du chloroforme, et sous ce point de vue, l'observation est assez intéressante pour mériter une mention spéciale.

Aujourd'hui, huit mois après les dernières incisions, cette femme est assez bien portante, et surtout n'offre aucun symptôme de tuberculisation pulmonaire, quoiqu'elle rende encore une notable quantité de pus sanguinolent par l'anus. Les fonctions digestives sont d'autre part en bon état, il n'y a pas de diarrhée, et l'appétit est suffisant.

Anesthésie répétée un grand nombre de fois sur la même personne.

La malade dont il vient d'être question tout à l'heure a conservé une telle sensibilité du rectum, que l'introduction du doigt, d'un suppositoire, ou d'un corps métallique cylindrique, occasionne de très-vives douleurs. Elle a donc réclamé avec instance après la dernière opération l'administration du chloroforme, que M. Gosselin n'avait employé d'abord que pour les incisions. M. Manceaux y a consenti et l'a soumise à l'inhalation de cet agent anesthésique toutes les fois qu'il a dû lui faire la dilatation, c'est-à-dire plus de cent fois depuis huit mois, et en particulier tous les jours pendant les premiers mois. Or, MM. Gosselin et Manceaux ont constaté encore ces jours derniers que malgré cet usage fréquent du chloroforme, la malade y est aujourd'hui aussi sensible, et s'endort aussi vite que le premier jour. En deux ou trois minutes, le sommeil est complet et l'insensibilité assez grande pour que l'on puisse introduire le doigt, un cylindre de corne ou de métal, et le laisser pendant quelques minutes dans le rectum. Le chloroforme est administré d'ailleurs avec un petit tampon de charpie, placé dans l'excavation d'une compresse, conformément aux habitudes de M. Gosselin, qui continue à trouver dans ce mode d'administration la sécurité que ne lui donne aucun des appareils spéciaux.

Luxation complète du maxillaire inférieur réduite au quatre-vingt-septième jour, par l'application du procédé de M. Nélaton.

Les luxations anciennes de la mâchoire inférieure ont de tout temps fixé l'attention des chirurgiens; mais les opinions ont bien varié sur la conduite à tenir. Les plus prudents abandonnaient les malades à eux-mêmes, comptant sur ce que, avec le temps, la mâchoire inférieure se relèverait assez pour revenir au contact de la supérieure, et rendre ainsi possibles encore les mouvements de mastication. D'autres, plus hardis, voulant obtenir la réduction, avaient recours à des moyens puissants, tels que les coins de bois de Guillaume de Salicet, la fronde avec addition du garrot, les leviers, les pinces de Junk, d'Atti et de Stromeyer. Mais on était généralement d'accord pour rejeter de prime-abord les procédés les plus simples comme étant nécessairement insuffisants.

L'abaissement de la mâchoire par la simple pression avec les pouces présente cependant un avantage incontestable, car cette pression permet au chirurgien de se rendre un compte exact de ce qui se passe pendant les efforts de réduction et de mesurer la puissance à employer sur la résistance à vaincre. Cette puissance est, il est vrai, souvent insuffisante, et alors on peut avoir recours à des moyens plus énergiques; mais quelquefois aussi elle est suffisante, et on obtient, sans trop de peine, un résultat presque inespéré.

L'observation suivante, dont nous devons la communication à M. Charnal, interne distingué des hôpitaux, nous semble en être un exemple assez remarquable pour être rapportée.

Le 16 mai 1857, Mme F..., âgée de soixante-quatre ans, propriétaire à E... (Seine-et-Marne), traversant rapidement une chambre dans laquelle se trouvaient déposés des outils d'agriculture, s'accrocha le pied dans une corde et vint tomber quelques pas plus loin. La chute fut si violente que cette dame perdit immédiatement connaissance. Lorsqu'on la releva, on constata une large plaie de tête dans la région temporo-frontale gauche, et de plus une déformation notable des traits de la face.

Pendant huit jours, le médecin appelé à lui donner des soins eut à lutter contre des accidents cérébraux graves, qui cédèrent enfin. Quelques jours plus tard, la malade se trouvant mieux, voulut prendre quelques aliments solides, mais il lui fut impossible de rapprocher les mâchoires l'une de l'autre. Le médecin consulté à ce sujet répondit que cela n'était rien, et qu'il ne fallait pas s'en occuper.

Cependant le 6 août, Mme F... ne trouvant aucun changement dans sa situation, se décide à venir à Paris, et entre à la maison municipale de santé.

Dès le premier coup d'œil il est facile de reconnaître une luxation des deux condyles du maxillaire inférieur. Le menton porté en avant et en bas, l'impossibilité de ramener les deux mâchoires au contact, la gêne de la prononciation, la déformation spéciale des traits de la face, sont des signes suffisants. Les lèvres se rejoignant de façon à fermer exactement la bouche, il n'y a pas d'écoulement de salive.

La mâchoire inférieure n'a pas perdu complétement sa mobilité, et la malade peut à volonté augmenter l'écartement des deux arcades dentaires. Cet écartement est de 0,02 c. au minimum, et de 0,03 c. au maximum; de plus, au niveau des incisives, la mâchoire inférieure se trouve à près de 0,01 c. plus en avant que la supérieure. Enfin, les doigts portés dans la bouche font reconnaître les apophyses coronoïdes du maxillaire inférieur engagées sous l'os malaire.

La malade n'ayant aucun souvenir de ce qui s'est passé au moment de son accident, il nous est impossible d'indiquer par quel mécanisme s'est produite la luxation.

Dès l'entrée, c'est-à-dire le quatre-vingt-troisième jour après l'accident, M. Demarquay tente de réduire la luxation en pressant fortement avec les pouces sur les dents molaires, de façon à abaisser tout le maxillaire (procédé de M. Nélaton). Cette première tentative reste sans effet. La malade est soumise alors aux inhalations de chloroforme, et lorsque le relâchement musculaire est produit, M. Demarquay fait une seconde tentative. Sous l'influence de pressions assez fortes, quelques craquements se font entendre, le maxillaire s'abaisse légèrement; alors, en le reportant en arrière, on constate que le condyle droit est rentré dans la cavité glénoïde. M. Demarquay porte alors ses efforts sur le côté gauche; mais immédiatement la luxation se reproduit à droite; elle est réduite de nouveau avec la plus grande facilité.

La mâchoire est ensuite fixée dans cette position à l'aide d'une mentonnière.

Cette première séance a duré vingt minutes. La malade reste dans cet état pendant quatre jours sans que la luxation se reproduise à droite et sans qu'il se manifeste le moindre accident.

---

l'opinion publique à ne pas ignorer des noms dont la science s'honore.

Examinons ces deux tableaux : c'est d'abord l'*Enseignement oral*. On est sous les voûtes de Saint-Jacques la Boucherie; la lumière pénètre à travers les ogives de cette enceinte silencieuse, et Lanfranc, debout dans une chaire gothique, vêtu de la robe rouge, la tête couverte de la toque violette, un crâne dans la main gauche, indique de la main droite les divers objets dont il fait la démonstration. Un auditoire nombreux, en costume du treizième siècle, écoute attentivement la leçon, et justifie pleinement par son allure la nécessité d'un enseignement qui fut accueilli avec tant d'enthousiasme. Une harmonie sévère donne à cette scène un tel air de recueillement et de tranquillité qu'on croit y assister. Loin d'être une revue brillante des costumes de cette époque, ce tableau se recommande par la simplicité de son ordonnance, par l'heureux choix des physionomies qui caractérisent chacune une individualité ayant son type franchement accusé. La grande figure du réfugié italien se dessine largement, et nous rappelle l'ascétisme scientifique si commun au moyen âge.

Nous voici arrivé à Desault. M. Matout nous transporte dans une salle de l'Hôtel-Dieu. Debout devant un lit, Desault fait à ses élèves et en présence d'un malade la description de l'appareil qu'il a imaginé pour les fractures de la cuisse. Les rideaux du lit sont largement ouverts, et nous laissent apercevoir une scène d'une exactitude parfaite. Le patient, les regards fixés sur Desault, cherche à lire sur cette physionomie impassible l'arrêt qu'on prononce dans un langage auquel il n'est pas initié. On s'intéresse vivement à cet homme, et on partage volontiers la curiosité et l'inquiétude qui l'animent. Un sentiment analogue, dont le mobile seul est différent, se retrouve sur la figure des étudiants; les uns prennent des notes, tandis que les autres, légèrement penchés sur le lit, suivent du regard les lèvres de l'illustre chirurgien. La couleur locale de cette composition, l'exactitude des dessins, l'harmonie du coloris, l'attitude noble et hardie du grand clinicien, le naturel de ces physionomies empressées et qui contrastent si merveilleusement avec la figure calme de Desault, tout révèle dans ce tableau des qualités d'une exécution supérieure.

On s'étonne généralement que M. Matout soit arrivé à un tel résultat, alors que le moindre détail apportait avec lui des difficultés nouvelles; on signale la simplicité et en même temps la perfection qui ont présidé à cette peinture. C'est que les œuvres où se révèlent le moins la recherche, sont d'ordinaire celles dont l'exécution a exigé les plus grands efforts, et celles aussi qui annoncent un véritable talent. Nous ne faisons que reproduire par ces éloges mérités les opinions que nous avons entendu formuler de toutes parts.

L'idée qui semble avoir guidé M. Matout dans le choix de ses personnages doit nous arrêter encore quelques instants. A. Paré et Desault d'une part, poursuivis par leurs contemporains, l'un pour avoir vulgarisé la ligature des artères, l'autre pour n'avoir pas craint d'instituer un enseignement rival de celui des chirurgiens de Saint-Côme; d'autre part, Lanfranc, proscrit de sa patrie et accueilli avec enthousiasme par la Faculté de Paris. Si l'on réfléchit à ce rapprochement, on doit remercier l'artiste d'avoir retracé aux élèves de l'École de médecine une leçon à laquelle ils assisteront chaque jour; car chaque jour ne voit-on pas les hommes supérieurs indifférents aux clameurs dont ils sont obsédés, continuer avec dévouement leurs pénibles recherches pour arriver à la démonstration et au triomphe de leur idée? La Faculté de médecine ne pouvait donc recevoir une décoration qui fût mieux en harmonie avec la mission qu'elle remplit. Fidèle aux préceptes qu'elle a puisés dans la nature et rejetant toute hypothèse dont l'expérience et la raison ne sanctionnent pas la valeur, cette école exigeait une œuvre qui fût l'interprétation *réelle* de ce qui se voit et de ce qui s'observe constamment; ce but paraît avoir été atteint par M. Matout. Ses peintures sont en effet l'expression la plus pure du *réalisme*, et nous voulons parler ici de ce réalisme honnête, qui depuis Raphaël nous a été transmis par les pinceaux du Poussin et de David. C'est à ce dernier que s'arrêta la renaissance, dont Raphaël avait été la plus belle incarnation, et qui n'avait pu rencontrer de soutiens assez consciencieux dans la peinture éclectique et matérialiste des frères Carrache et de l'école bolonaise. Les tableaux que nous venons d'examiner forment donc une nouvelle étape dans cette voie du progrès.

On raconte que le Titien ne dédaigna pas de faire les planches du livre de Vésale, *De humani corporis fabrica*, et grandit encore sa réputation des sympathies du monde savant. La décoration du grand amphithéâtre de l'École de médecine de Paris, et l'illustration que M. Matout vient de répandre sur nos grands maîtres, ne lui assurent-elles pas des titres bien plus puissants encore à la reconnaissance de la famille médicale tout entière, chez laquelle les héros ont pour coutume d'ignorer la gloire et ses triomphes populaires?

Dr Frédéric Duriau.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Cause de la rage, et moyen d'en préserver l'humanité, par MM. les docteurs Bachelet, ex-médecin militaire, pharmacien-major chef à l'hôpital militaire de Valenciennes, et Froussart, médecin-major au 4e cuirassiers. Grand in-18. Valenciennes, imprimerie de E. Prignet.

De l'exercice illégal de la médecine (Association des médecins du département du Rhône), et des moyens de le réprimer. Brochure in-8°. Paris.

Traité du goitre et du crétinisme, par le docteur J. P. A. Fabre (de Meironnes). Un vol. in-8° avec planches. Paris, Labé, place de l'École-de-Médecine.

Enfin, le 10 août, 87e jour après l'accident, M. Demarquay, après s'être muni par précaution des pinces de Stromeyer, fait une nouvelle tentative en pressant avec le pouce sur les molaires gauches; bientôt un craquement assez fort se fait entendre, le maxillaire s'est abaissé; il est vivement reporté en arrière, et la réduction est complète. Aussitôt la malade peut écarter et resserrer ses arcades dentaires sans la moindre difficulté. La mâchoire est de nouveau fixée par une mentonnière. Cette seconde séance a duré dix minutes.

Le 11, on constate que les mouvements d'élévation et d'abaissement se font avec facilité; mais on constate, en outre, que l'arcade dentaire inférieure est sur un plan un peu antérieur au plan de l'arcade dentaire supérieure, phénomène presque constant à la suite des luxations anciennes, et qui tient à ce que les cavités glénoïdes étant remplies par des dépôts de lymphe plastique ou par du tissu cellulaire, les condyles ne peuvent reprendre immédiatement leur position normale.

Enfin, le 14 août la malade peut exercer sans inconvénient des mouvements de mastication, et quitte alors la Maison de santé.

Ce fait vient donc se placer à côté de celui de Donovan, qui réduisit par la seule pression des pouces, mais avec des efforts très-grands il est vrai, une luxation au 98e jour. Dans l'un et l'autre cas, nous voyons aussi la luxation se réduire d'abord d'un côté, et le second condyle n'être réduit qu'après quelques jours de repos.

Cette observation nous démontre donc que dans les luxations complètes de la mâchoire inférieure, datant même de trois mois :

1° Il ne faut pas perdre tout espoir d'obtenir la réduction et abandonner le malade à lui-même;

2° Qu'avant d'en arriver à l'usage des moyens violents, il faut toujours essayer les moyens les plus simples, qui donnent quelquefois des résultats inespérés;

3° Que le procédé de M. Nélaton peut être appliqué avec succès quelquefois;

4° Qu'enfin la réduction successive des condyles, comme le conseillent Monteggia et Hey, semble diminuer considérablement la force de résistance.

Pustule maligne.

Depuis la publication de la lettre de M. le docteur Raphaël (de Provins), relative à un cas de pustule maligne guérie par l'application topique des feuilles fraîches de noyer, dans le numéro du 25 juillet dernier, nous avons reçu plusieurs communications sur ce sujet, entre autres deux lettres, l'une de M. le docteur Froc (de Sermaises), et l'autre de M. le docteur Bourgeois (d'Étampes), qui engagent tous deux, sous des points de vue différents, une discussion sur l'objet de la communication de M. Raphaël. L'étendue de ces deux lettres ne nous permettant pas de les publier textuellement aujourd'hui, nous en renvoyons l'insertion à la *Revue clinique* prochaine.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Moreau (de Tours).

Lypémanie avec stupeur; tendance à la démence. — Traitement par l'extrait (principe résineux) de cannabis indica. — Guérison.

Suivant la doctrine qu'à diverses reprises nous avons entendu professer à M. le docteur Moreau, il en est de la folie comme de la plupart des grandes névroses : le genre de médication qui convient le mieux dans la période prodromique ou phase initiale de cette maladie perd toute ou presque toute son efficacité lorsque l'état chronique est déclaré.

Dès lors, cette médication (dérivatifs internes et externes, bains, affusions, etc.) doit être abandonnée, et reprise seulement dans les cas, heureusement assez fréquents, où l'affection recouvre momentanément une certaine acuité.

Dans l'état chronique confirmé, le médecin doit avoir recours, avant tout, sinon exclusivement, à l'emploi des médicaments capables de modifier profondément la vitalité de l'organe primitivement atteint, c'est-à-dire le cerveau. Les opiacés (utiles particulièrement dans l'alcoolisme *chronique*), l'extrait de chanvre indien, etc., remplissent parfaitement ce but. L'observation qui suit en est un exemple; à ce titre, nous avons pensé qu'elle intéresserait vivement nos lecteurs.

Le nommé Suzung (Louis), âgé de dix-huit ans, ouvrier compositeur, entre à l'hospice des aliénés (2e section) le 5 janvier 1857.

Le certificat d'admission est ainsi conçu :

« Malade depuis un mois seulement; affection fébrile; frissons; état » de stupeur; mélancolie; refus presque absolu de répondre. (Il a eu » la fièvre typhoïde ?) »

Cependant, on le voit, ce dernier renseignement fourni par le certificat est donné avec un point de doute; et en effet, si nous interrogeons la mère, elle nous dit bien tout d'abord que son fils a eu une fièvre typhoïde; mais pressée de répondre sur les symptômes qu'il a présentés dans le courant de cette maladie, il n'est plus possible de reconnaître là une dothinentérie, et d'ailleurs, en admettrait-on l'existence, on ne pourrait l'invoquer comme point de départ de l'affection mentale. Car voici ce que la mère nous rapporte : « Avant d'être malade alité, mon fils se perdait dans les rues; il ne pouvait retrouver son chemin, il n'avait pas sa raison habituelle. Il y avait huit jours que cet état durait quand il fut obligé de prendre le lit, et il est resté trois semaines couché, se plaignant d'une douleur au creux épigastrique, de céphalalgie intense, fièvre, etc.; mais pas de douleurs abdominales proprement dites, pas de diarrhée, pas de bourdonnements d'oreilles, pas d'épistaxis. » — Lui-même, lorsqu'il eut recouvré la raison, interrogé sur ce point, confirme pleinement ce que sa mère a raconté, et de plus il nous ajoute que c'est à la suite d'une querelle d'atelier qu'il fut obligé de prendre le lit, querelle ayant pour point de départ un motif futile, et due évidemment à son état mental.

Le père et la mère de Suzung vivent encore. Le père, étant jeune, se grisait; une fois marié, il mit de côté cette habitude, et ne prenait que de temps en temps quelques gouttes avec un ami, mais, au dire de la mère, il les renouvelle parfois jusqu'à la gaieté. Il a été dans ces derniers temps pris de douleurs sciatiques, et a eu une attaque d'apoplexie.

La mère a eu dans sa jeunesse une fièvre typhoïde; en 1833, une entérite. Depuis quatorze ans elle est en proie à des douleurs névralgiques à la tête, qui l'année dernière ont pris une intensité inaccoutumée. De plus, elle a un bras paralysé. De son mariage, elle a eu quatre enfants : deux garçons et deux filles. L'une d'elles est morte à l'âge de trois ans, dans les convulsions; l'autre est bien portante, et ne présente rien de remarquable; elle ressemble beaucoup à son père. Quant aux garçons, qui sont tout le portrait de la mère, l'aîné a été aliéné à l'âge de dix-huit ans, au même âge par conséquent que celui qui nous occupe en cet instant, et, d'après le dossier, nous voyons que la forme d'aliénation était la même : état de stupidité, refus de répondre, lypémanie, quelques moments d'agitation, etc. Il est resté à l'hôpital du 11 août au 23 novembre 1849. Parfois il présente encore quelques idées délirantes, nous dit la mère; il se grise, et depuis sa sortie de l'hôpital il a eu une sciatique.

Pour Suzung, qui fait le sujet de cette observation, le jour de son entrée, nous le trouvons assis sur son lit. Sa physionomie exprime l'abattement, l'anxiété; il regarde tout le monde avec crainte; il se plaint continuellement; il prononce quelques mots qu'il entrecoupe de gémissements, et dans lesquels il est question de *Dieu, d'offenses envers la Divinité, de châtiments mérités, de ver de terre*, etc. Il ne répond pas aux questions qu'on lui adresse; il répète quelques-uns des mots qu'il entend dire.

Le deuxième jour, un séton lui est posé à la nuque. « A la bonne heure, dit-il pendant l'opération, mon Dieu, punissez-moi, je suis bien coupable. » Le séton ne modifie en rien son état. Il s'agite, il a même quelques moments de violence pendant lesquels il cherche à frapper, et on est obligé de le fixer sur un fauteuil. Là il prend des poses extraordinaires, essaye de se frapper contre les montants du siége qu'il occupe ou le fer du lit qu'il avoisine, et s'il y parvient : « En voilà encore un de tué! » dit-il à chaque coup qu'il se donne. Puis il recommence ses gémissements, ses mots sans suite, et le récit de ses supplices imaginaires. Il refuse la nourriture, et ce n'est qu'après un long débat qu'on peut lui faire prendre un peu de potage. Enfin, un matin, n'étant pas fixé et ayant trompé la surveillance du garçon, on le trouve monté sur une fenêtre, et il est probable que son intention était mauvaise.

Après vingt jours, le séton n'ayant produit aucun résultat, on le supprime, et le malade est soumis au haschisch, qu'on lui donne en pilules, à la dose de 5 centigrammes pour commencer. Une demi-heure après la pilule prise, on lui donne une tasse de café noir. L'administration de ce médicament est continuée pendant quinze jours, à dose graduellement croissante, et on arrive à lui donner jusqu'à 30 centigr.

Ce moyen de traitement au premier abord ne semble avoir produit aucun changement dans l'état du malade. Ses plaintes, ses paroles, la forme de ses hallucinations n'ont pas changé; seulement il est plus abattu, il ferme les yeux comme d'une manière spasmodique; les manifestations psychiques du haschisch se confondent avec celles de la maladie, et l'état de Suzung semble considérablement aggravé.

On est forcé de le maintenir toujours fixé sur son fauteuil. Il ne veut accepter la nourriture que d'un seul garçon du service, qui parvient à lui faire avaler quelques cuillerées de potage; de toute autre main il refuse obstinément les aliments qu'on lui présente. Il maigrit beaucoup, de larges eschares se font au sacrum, aux trochanters, au coude; mais elles ont l'aspect de plaies de bonne nature; l'état général est très-grave et inspire des craintes sérieuses. Il est toujours tourmenté par ses visions, mais les mots par lesquels il exprime ses supplices ont changé : « La vis, holà! la vis, les pétrins, les coupoirs à cinq cents lames, etc. » Telles sont les paroles qu'il chuchote, puis il reprend ses continuels gémissements. Le malade est soumis aux toniques.

Cet état se prolonge ainsi jusqu'au mois d'avril, époque à laquelle ses plaies commencent à se cicatriser. Il accepte plus volontiers les aliments, quelle que soit la personne qui les lui offre. Sa maigreur est extrême, mais en somme l'état général est moins mauvais.

Après une quinzaine, les eschares sont complétement fermées; sa faiblesse est moins grande, et bien que toujours en proie aux mêmes idées on soit obligé de le maintenir avec la camisole de force, on peut, les jours de beau temps, le descendre dans la cour. Peu à peu on voit cet état général si grave s'améliorer; sa maigreur est un peu moindre. En même temps que cette amélioration physique se produit, bien que pour ainsi dire insensible, on observe quelque mieux dans l'état mental. Ainsi, on n'est plus obligé de le tenir camisolé; il mange à peu près seul; mais là se borne tout le progrès à constater.

Le plus souvent il reste dans la cour appuyé contre un arbre, et y prend les positions les plus grotesques; il fait le bossu, arrange ses bras d'une façon bizarre, reste à moitié fléchi sur ses jambes, on dirait qu'il va s'affaisser sur lui-même; il urine dans son pantalon, il néglige de se moucher, même quand le mucus nasal dépasse de beaucoup les orifices du nez. En un mot, c'est un véritable enfant de quelques mois dont il faut prendre soin, qu'il faut habiller, nettoyer, etc. Les gémissements sont les mêmes, et si on lui parle, ou bien il répète quelques-uns des mots qu'il entend, ou bien il chuchote : La vis, les pétrins, etc. Ses idées n'ont pas changé. A diverses reprises, M. le docteur Moreau l'a comparé à ces *santons* (idiots par l'abus du haschisch) que les Arabes promènent en Égypte. Selon ce médecin, la maladie primitive se trouvait presque complétement effacée par les symptômes propres à l'action du haschisch. Dès lors, il crut pouvoir porter un pronostic favorable.

Cet état dura les derniers jours d'avril et presque tout le mois de mai. Toutefois, on put remarquer que la santé générale était bien meilleure. La maigreur avait disparu, et sous le rapport physique Suzung est très-bien portant. La face, si maigre quelques mois avant, est pleine, et même ce rapide passage de l'état de maigreur pouvait inspirer des craintes.

Mais voici que dans les premiers jours de juin je remarquai à la visite du soir que lorsque je m'approchais avec précaution de Suzung, et sans qu'il me vît, il ne se plaignait plus; qu'aussitôt que je me présentais à lui, ses gémissements commençaient. Enfin un soir, le 5 juin, je pus obtenir de lui une réponse directe à la question que je lui adressai. Interrogé sur ses craintes imaginaires, il me répondit qu'à la vue de M. Moreau il avait peur.

Le lendemain, je pus pour ainsi dire suivre une conversation que je ne cherchai pas à prolonger, et le 7 au matin, revenu un peu de la crainte qu'il éprouvait, ce fut à M. Moreau qu'il répondit. C'était un pas immense.

Le 8, ses réponses étaient parfaitement exactes aux questions adressées. Interrogé sur sa vie passée, il rend très-bien compte de sa profession, des ateliers où il a travaillé, de ce qu'il a éprouvé depuis son entrée à l'hôpital, du numéro du lit où il était couché à l'infirmerie, etc., etc. La mémoire est revenue pour tout, excepté pour ce qui s'est passé pendant le temps qu'il a été malade alité chez sa mère. Cependant, au milieu de ce retour à la raison, il conserve encore quelques idées lypémaniaques, et répète par moments le mot guillotine. Comme il y avait concert ce jour-là, on lui demanda s'il voulait y assister; il y vint, mais il se plaignit au bout de quelques instants que la musique lui donnait mal à la tête, et il demanda la permission de se retirer.

Le 9, nous le trouvâmes au matin occupé à lire un feuilleton qu'un malade lui avait prêté, et le soir à la visite il se plaignit de céphalalgie, parfaitement explicable par l'assiduité qu'il avait mise à sa lecture (de 8 heures du matin à 5 heures du soir). — Bain de pied sinapisé.

Le 10, la tête était encore un peu lourde, mais la raison était revenue complétement. Pour lui, ce qui s'était passé dans ces derniers mois n'était plus qu'un long rêve dont il rendait un compte très-exact. La guillotine, dont il parlait encore il y a quelques jours, était une idée ridicule, il le disait lui-même; le souvenir de sa maladie chez sa mère lui était revenu. Il était complétement guéri.

De ce jour, Suzung n'a présenté aucun phénomène remarquable, si ce n'est la conservation parfaite de ses facultés mentales, et le 18 juin il put être rendu à sa famille. Homo, interne provisoire.

OBSERVATION D'UN CAS D'IMPERFORATION DE L'ANUS.

Opération suivie de succès.

Par M. le Dr Fenerly.

Le 30 mars dernier, on porta chez M. le docteur Archigène un enfant du sexe masculin, né à terme depuis vingt-cinq heures; il paraissait bien développé et bien portant. Les parents, ainsi que la sage-femme, ne s'aperçurent pas d'abord du vice de conformation pour lequel ils le faisaient visiter. Ce n'est que dix-huit heures après la naissance, et lorsque l'enfant commençait à s'agiter, à crier, que les parents découvrirent qu'il n'existait point d'ouverture anale.

Voici en quel état nous le vîmes pour la première fois :

Il était très-inquiet, poussait des cris et refusait de prendre le sein. La respiration, normale d'abord, devint bientôt courte et laborieuse; la peau était bleuâtre, le ventre gonflé, tendu et douloureux; l'enfant paraissait en proie à des coliques.

En examinant le périnée, nous avons constaté qu'il n'y avait aucune marque, aucun vestige d'orifice anal; le raphé existait, très-apparent; il commençait à l'extrémité inférieure du coccyx et se continuait dans la région périnéale; la peau n'y présentait aucun changement de structure. Aucune dépression n'existait au point correspondant à l'orifice anal; seulement, lorsque l'enfant faisait des efforts pour crier, on y voyait un léger soulèvement.

Le scrotum ne contenait qu'un testicule : le droit était encore engagé dans l'anneau; l'enfant avait déjà uriné plus fois.

L'imperforation bien constatée, nous procédâmes M. Archigène et moi, à l'opération. Après avoir placé l'enfant sur une table, les membres écartés et fléchis, j'explorai la région périnéale, et juste sur l'endroit qui se soulevait pendant l'effort, je pratiquai une incision. Je divisai d'abord la peau dans l'étendue de 12 lignes environ, puis successivement les couches les plus profondes jusqu'à la hauteur d'un centimètre et demi, en ayant soin de diriger le bistouri d'abord perpendiculairement, puis en l'inclinant graduellement du côté du sacrum afin de ne point toucher à la vessie, et de suivre le trajet habituel du rectum. L'indicateur qui dirigeait le bistouri en même temps qu'il explorait le fond de la plaie, sentit alors un point fluctuant, c'est sur ce point que le bistouri a été enfoncé, et aussitôt une grande quantité de méconium s'est écoulé. L'enfant en fut immédiatement soulagé, la respiration devint normale, le ventre diminua de volume. Après avoir évacué l'intestin et lavé le rectum, j'y plaçai une sonde élastique enduite de cérat. L'enfant teta avec avidité et reposa parfaitement bien.

Le troisième jour de l'opération, nous avons revu l'enfant; la coloration bleuâtre de la peau avait disparu; les évacuations sont normales, elles sont jaunâtres et en moins grande quantité; la santé générale de l'enfant est bonne. Nous continuons d'introduire une sonde élastique de gros calibre.

Au douzième jour de l'opération, l'enfant était bien, la plaie complétement cicatrisée sans rétrécissement. Notre sujet porte maintenant un anus dont l'ouverture est d'un centimètre et demi à peu près.

(*Gazette méd. d'Orient.*)

FRACTURE ET LUXATION DES VERTÈBRES CERVICALES

produites par cause légère. Mort immédiate;

Par le Dr Gascoyen.

Des hommes s'amusaient à boire dans un cabaret, quand l'un d'eux s'empare du chapeau d'un autre et défie qu'on le décoiffe. Cinq ou six coups du plat de la main sont donnés sur le fond de ce chapeau, quand notre homme s'élance sur un de ses compagnons et lui porte un coup

de tête dans la poitrine. Alors ce dernier saisit le chapeau par son bord et tord la tête de son agresseur avec force de côté et d'autre à plusieurs reprises, en le repoussant en arrière sur un banc. La tête du malheureux s'incline alors en avant, le menton sur la poitrine; il murmure ces mots : Un médecin ! glisse de dessus le banc sur ses genoux, et serait tombé si on ne l'eût soutenu par les bras. Il était mort.

Autopsie quatre jours après la mort. — Il y a du sang extravasé au milieu des muscles qui s'attachent aux vertèbres cervicales. On constate une fracture de l'arc postérieur de l'atlas, ainsi que des lames des seconde, troisième et quatrième vertèbres cervicales, immédiatement en arrière de leurs apophyses articulaires; la fracture est comminutive pour les lames des troisième et quatrième vertèbres. Le trait de la fracture passe obliquement de haut en bas et d'arrière en avant. La troisième vertèbre est luxée incomplétement en avant, et son apophyse articulaire repose dans le trou de conjugaison du quatrième nerf rachidien; tandis que l'apophyse correspondante du côté gauche est déplacée en haut et en avant; les deux ligaments capsulaires sont en partie tordus; le sommet de ces apophyses est brisé et reste fixé à la lame inférieure de chaque côté. La pointe de l'apophyse articulaire supérieure de la quatrième vertèbre est également rompue du côté droit.

Le ligament alloï-axoïdien postérieur est très-altéré et en partie désorganisé; le ligament jaune intermédiaire à la deuxième et à la troisième vertèbre est arraché de la lame de la deuxième.

Le tissu cellulaire interposé aux os du canal et aux enveloppes de la moelle de la première à la cinquième vertèbre inclusivement est plein de sang coagulé. Le canal rachidien ne contient pas de sang; la moelle n'est point comprimée, mais elle est violemment contuse au niveau de la troisième vertèbre, et du sang est épanché dans la substance nerveuse des colonnes antérieures et latérales.

Le ligament vertébral commun postérieur est très-allongé; il présente une fissure longitudinale, de 3 centimètres d'étendue, à gauche de la ligne médiane, au niveau des deuxième et troisième vertèbres; à travers cette fissure, fait hernie une substance qu'on reconnaît être la substance intervertébrale des troisième et quatrième vertèbres, qui est écrasée et mélangée d'esquilles. L'apophyse odontoïde et ses ligaments sont intacts; le ligament vertébral commun antérieur est également intact, mais fortement tiraillé.

Le cerveau et la moelle allongée ne présentent aucune lésion.

Les os n'offrent aucune trace de maladie antérieure.

Cette observation est très-importante au point de vue médico-légal, et il faut chercher à l'expliquer par d'autres causes que la violence mise en œuvre. Or, ces causes, l'auteur croit les trouver dans la rencontre, au niveau de la troisième vertèbre cervicale, de deux forces opposées, quand cet homme s'élança sur son adversaire; il y a eu fracture par contre-coup. Ce cas est encore remarquable en raison de la rareté même de la luxation de la troisième vertèbre cervicale, qui, l'atlas excepté, est la moins exposée à se luxer, d'après M. Malgaigne. (*Arch. gén. de méd.*)

NOTE SUR UN NOUVEAU PLESSIMÈTRE DE M. PIORRY.

Le plessimétrisme, tel qu'il se pratique aujourd'hui, permet de reconnaître les variations de sonorité et d'élasticité des organes superficiels ou profonds; de plus, si l'on percute un plessimètre *sans qu'il soit appliqué* sur un corps résistant et en le serrant fortement entre les doigts, on obtient des variations de son qui seront constamment en rapport avec les différents corps au-dessus desquels cet instrument est placé. La percussion médiate n'exige donc pas l'application immédiate du plessimètre sur l'organe que l'on explore; elle se pratiquera à travers une couche d'air plus ou moins considérable.

Pour démontrer la vérité de cette proposition, il suffit de renverser le plessimètre de manière que les auricules seules soient en contact avec la peau; la plaque d'ivoire reste alors séparée du corps percuté par une couche d'air dont la hauteur est représentée par la hauteur des auricules. Si l'on percute le plessimètre ainsi posé, on obtient des variations de sonorité et d'élasticité identiques à celles qui se manifestent quand on percute de la manière ordinaire. Mais ce procédé peut déterminer des douleurs par la pression que les auricules exercent sur la peau. C'est pourquoi M. le professeur Piorry a fait confectionner un plessimètre dont les auricules sont continuées à angle droit par une petite plaque. Cet instrument appliqué sur la peau est représenté par une ligne brisée; il n'a d'autre but que de contrôler tous les résultats obtenus jusqu'ici, et il démontre la possibilité de trouver un organe *profondément* situé. M. Piorry se réserve d'en faire connaître prochainement toutes les applications.

TEINTURE D'IODE

contre les vomissements qui accompagnent la grossesse.

Le docteur Eulenberg (de Coblentz) affirme que cette teinture, même à petites doses, est un des meilleurs agents à mettre en usage pour faire cesser les vomissements qui tourmentent si souvent et si péniblement les femmes enceintes.

Il prescrit cette teinture très-étendue :

Teinture d'iode. . . .	1 gramme.
Alcool rectifié.	5,40 centigr.

Mêlez.

On fait prendre pendant le jour 3 gouttes de ce mélange dans un peu d'eau. La cardialgie qui accompagne cet état morbide se calme promptement sous l'influence de ce moyen.

L'auteur ajoute que les irritations sympathiques, comme les névroses des nerfs de l'estomac, sont également soulagées par ce traitement. Il n'a pas obtenu dans ces affections les mêmes services de l'iodure de potassium. (*Gaz. méd. étrang.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 août 1857. — Présidence de M. BOUVIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeur de la voûte du crâne. — M. GUÉRIN présente un homme âgé de vingt-neuf ans qui porte à la voûte du crâne une tumeur dont le diagnostic est douteux. Cette tumeur a paru il y a dix-neuf ans; elle est venue spontanément, au dire du malade, et elle s'est accrue d'abord avec une assez grande lenteur. Il y a douze ans, un médecin crut devoir pratiquer une application de caustique au sommet de la tumeur; cette opération, dont les traces sont aujourd'hui encore très-apparentes, eut un résultat très-désavantageux, puisqu'elle exaspéra la marche de la tumeur, et que celle-ci en peu de temps doubla de volume. Depuis lors, elle est restée à peu près stationnaire.

Aujourd'hui cette tumeur a presque la grosseur du poing; elle est située au-dessus de l'oreille droite, vers l'union des os pariétal, temporal et occipital; elle est indolente, très-régulièrement arrondie, presque hémisphérique, à base large; elle est très-dure, et paraît adhérente au squelette. Il n'y a du reste aucun phénomène du côté du cerveau, et l'état général est excellent. Le malade insiste pour être opéré, mais M. Guérin est décidé à ne pas se prêter à ce désir. Sans se prononcer sur la nature du mal, M. Guérin est disposé à croire qu'il s'agit d'un enchondrome; il fait remarquer que si ce diagnostic était exact, ce serait un fait fort exceptionnel, car l'enchondrome de la voûte du crâne n'a pas été observé jusqu'ici.

M. CHASSAIGNAC dit avoir recueilli, il y a quelque temps, une observation qui offre quelque analogie avec la précédente. Une tumeur tout aussi dure que celle-ci, de même forme et presque de même siége (elle était toutefois un peu plus en arrière), s'était formée sans cause connue chez une jeune fille âgée de neuf ans. Au bout d'un certain temps, cette tumeur devint moins dure, et on sentit qu'elle était située au-dessous d'une coque osseuse mince et flexible, qui se laissait déprimer comme une lame de parchemin. Enfin, le sommet de la tumeur s'ulcéra; une parcelle de tissu fut détachée et placée sous le microscope, et on reconnut que la production accidentelle était composée de tissu fibro-plastique. Du reste, l'état général était excellent; il n'y avait aucun accident du côté du cerveau, et la tumeur paraissait tout à fait indépendante de la dure-mère. M. Chassaignac diagnostiqua une tumeur fibro-plastique du diploé.

Ce fait, continue M. Chassaignac, m'est revenu en mémoire à l'occasion du malade de M. Guérin; mais je m'empresse de dire qu'il y a entre ces deux cas une différence considérable, surtout au point de vue de la gravité, car sur la jeune fille que j'ai examinée, la tumeur a présenté une marche maligne, tandis que dans le cas actuel la tumeur, très-ancienne et depuis longtemps stationnaire, est évidemment bénigne. C'est ou bien une exostose, ou bien un enchondrome des os du crâne. En tous cas, il n'y a pas lieu de pratiquer une opération.

M. HOUEL ne croit pas que la tumeur soit un enchondrome. Il pense que c'est plutôt une exostose. Il annonce, comme M. Guérin, qu'il ne connaît aucun exemple d'enchondrome développé dans cette région. Il ajoute qu'il y a dans le Musée Dupuytren une pièce d'exostose du crâne qui paraît tout à fait semblable, par son siége, sa forme et son volume, à la tumeur actuelle. Ce qu'il y a de plus remarquable peut-être, c'est que, sur la pièce du Musée, il y a, outre la tumeur extérieure, une tumeur rentrante presque aussi volumineuse qui refoulait le cerveau; on sait pourtant que le malade, pendant sa vie, avait été exempt d'accidents cérébraux.

M. GUÉRIN pense que les phénomènes observés à la suite de la cautérisation qui a été essayée il y a douze ans sont difficiles à concilier avec l'idée d'une exostose. En effet, la tumeur, par suite de cette cautérisation, a doublé de volume en très-peu de temps.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

Enchondrome du doigt médius. — M. LARREY. J'ai l'honneur d'informer la Société que trois jours après lui avoir présenté le malade atteint d'enchondrome du doigt médius de la main gauche, je l'ai opéré de la manière suivante : Une incision semi-lunaire contournant la tumeur, de son bord interne à la face palmaire, forma un lambeau facile à relever pour recouvrir ensuite la plaie; la tumeur, enveloppée d'un kyste cellulo-fibreux, se détacha sans peine par énucléation jusqu'au niveau de la phalange à laquelle elle se trouvait adhérente. Mais les adhérences furent détruites assez vite par dissection et par arrachement. La surface de l'os dénudé ainsi était rugueuse dans une partie de sa diaphyse, sans aucune communication avec l'articulation métacarpo-phalangienne. Le tendon correspondant du fléchisseur superficiel du médius se trouvait dénudé aussi dans une étendue d'un centimètre environ, mais sans offrir aucune altération dans sa texture.

L'extirpation de la tumeur ne donna lieu à aucune hémorrhagie; le lambeau rabattu sur la plaie fut maintenu en place par le seul affrontement de ses bords, sans sutures, sans bandelettes, et par un simple bandage. La position méthodique de la main et une irrigation continue d'eau froide n'empêchèrent point un peu de gonflement le soir même de l'opération.

La réaction inflammatoire fut même assez vive, et nécessita une saignée, ainsi que l'application de la glace dans la paume de la main, en même temps que l'irrigation froide était continuée sur la face dorsale.

L'amélioration s'est déjà déclarée, la suppuration commence, et, sous toute réserve, on peut espérer la guérison sans amputation du doigt.

Quant à l'examen anatomique et microscopique de la tumeur, il a confirmé le diagnostic, en démontrant surtout, de la manière la plus nette, et d'après une note précise de M. Ch. Robin lui-même, que la nature de cette tumeur est exclusivement cartilagineuse.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend un mémoire manuscrit de M. Tavignot sur la *méthode autodermique*. (Commissaires, MM. Guérin, Morel et Forget.)

La Société a reçu, outre les journaux de la semaine, la *Table générale du Bulletin de la Société anatomique*, pour les 30 premières années, par M. le docteur Jules Bouteiller, de Rouen.

M. ALTENFELD présente une jambe artificielle, accompagnée d'un mémoire explicatif. Après quelques observations de MM. Giraldès et Larrey, l'examen du travail de M. Altenfeld est renvoyé à une commission composée de MM. Larrey et Verneuil.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 12 août 1857, ont été nommés :

Médecins principaux de 1re classe. — MM. Mounier et Champouillon, l'un et l'autre professeurs à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Médecins principaux de 2e classe. — MM. Magail, de l'hôpital de Lyon; Varlet, de l'hôpital de Valenciennes; Perier, de l'hôpital de Vincennes, détaché à celui de Châlons; Molard, de l'hôpital du Gros-Caillou; Marit, des hôpitaux de la division d'Alger.

Médecins-majors de 1re classe. — MM. Marturé, des hôpitaux de la division d'occupation en Italie; Lassaigne, du 13e d'artillerie monté; Tholozan, professeur agrégé à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires; Dupont, du 9e de ligne; Fropo, de l'hôpital de Lille; Delmas, attaché au secrétariat du conseil de santé des armées; Martenot de Cordoue, du 13e bataillon de chasseurs à pied; Tellier, attaché à l'hôpital de Neufbrisach; Prudhomme, des hôpitaux de la division d'Alger; Pallier de l'hôpital de Sedan; Busschaërt, du 41e de ligne.

Médecins-majors de 2e classe. — MM. Worbe, de l'hôpital de Versailles; Thiéhaut, des hôpitaux de la division d'Alger.

Médecins aides-major de 1re classe. — MM. Bernard, du 7e de ligne; Morel, du régiment de dragons de la garde impériale; Bertherand, du 9e d'artillerie monté, détaché en Algérie; Meige, du 1er de spahis; Michot, du 21e de ligne; Grazietti, du 2e de zouaves.

— Par décret impérial du 13 août ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Baudens (Ed.-A.), médecin principal de 1re classe; Tripier, pharmacien principal de 1re classe; Girardin, directeur de l'École des sciences de Rouen.

Au grade de chevalier : MM. Payer, membre de l'Académie des sciences; Molins, doyen de la Faculté des sciences de Toulouse; Deguin, doyen de la Faculté des sciences de Besançon; Maillefer, Pauli, Thierry de Maugras, médecins-majors de 2e classe; Besnard, médecin aide-major de 1re classe.

— La chirurgie de la marine vient encore d'éprouver une perte qui sera vivement sentie dans ses rangs. M. Mère, chirurgien de 1re classe, chargé du service de santé dans nos possessions de Madagascar, est mort à son poste d'une fièvre pernicieuse. Nous ne voulons pas enregistrer cette douloureuse nouvelle sans payer notre tribut d'admiration à l'un des plus nobles représentants du corps des officiers de santé de la marine française.

Seul soutien de son père, qui était simple commis de marine, de six sœurs et d'un jeune frère qu'il parvint à faire entrer à l'École navale, M. Mère se dévoua durant de longues années au service le plus actif, toujours embarqué ou toujours attaché au service colonial (cette position lui assurait des appointements plus considérables et de moindres dépenses personnelles qui lui permettaient de venir d'une manière plus fructueuse au secours de sa nombreuse famille.) Mais toujours éloigné des ports de France, il se fermait ainsi la porte de l'avancement, qui ne s'obtient que par concours. Aussi le voyons-nous, dans son dévouement à sa famille, longtemps végéter dans les grades inférieurs, et n'obtenir celui de chirurgien de 1re classe qu'à l'âge de 43 ans, et après une lutte des plus énergiques contre de bien plus jeunes adversaires. Tant d'énergie et de dévouement n'ont pas reçu leur récompense, car M. Mère a succombé dans la force de l'âge et ayant la douleur de laisser après lui une veuve et deux jeunes filles sans autres ressources que la modeste pension de 500 francs !

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Examen des travaux de la Société de biologie. — HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. Becquerel). De l'état puerpéral. — HÔPITAL DE LA MATERNITÉ DE STRASBOURG (M. Stoltz). Méningite cérébro-spinale, congénitale, idiopathique. — Note sur un cas d'affection hydatique du foie, suivie d'un abcès ouvert dans le poumon. — Description du squelette d'un fœtus rachitique. — Chronique et nouvelles.

EXAMEN DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE (1).

Dans un premier article, nous avons dit quelles étaient les conditions du milieu scientifique, et les tendances d'où a surgi l'idée de la fondation de la Société de biologie. Nous avons raconté son origine, dit quel était son but, et par quels moyens elle espérait y arriver. On a vu comment un groupe de savants, réunis en vue d'étudier la biologie, et d'arriver par cette étude à l'avancement et au perfectionnement de la médecine qui en est une des parties essentielles, avaient pensé que la meilleure manière de réaliser cette vue était de se constituer avec des éléments de connaissances très-diverses, mais toutes susceptibles de s'entr'aider et de s'éclairer par leurs reflets réciproques. De là cette réunion de zoologistes, d'anatomistes, d'histologistes, de physiologistes, de botanistes, de vétérinaires, de pathologistes et enfin de médecins proprement dits qui représente assez bien, par cette composition hétérogène en apparence, mais homogène en réalité, l'image de la science ellemême, tendant, comme nous l'avons déjà dit, à l'unité par la variété même. On connaît son programme.

Ce que nous nous proposons par ce deuxième article, c'est de voir comment ce programme a été suivi et exécuté jusqu'ici ; c'est après avoir apprécié le but de la Société, de la juger par son œuvre.

Huit beaux et gros volumes grand in-8°, contenant les comptes rendus des séances et les mémoires de la Société, avec de nombreuses gravures à l'appui, sont là, sous nos yeux, pour témoigner de son activité. C'est en compulsant ces huit volumes que nous allons tâcher de résumer ses travaux et d'en faire connaître l'esprit et la portée.

La première chose qui frappe en jetant les yeux sur l'énoncé et les titres de cette nombreuse collection, c'est la variété infinie des matières qui y sont traitées et qui répond bien à la composition de la Société. Toutes les branches des sciences physiques et naturelles y sont représentées et traitées par les 40 membres qui la constituent. Quant au but commun vers lequel doivent converger toutes ces recherches individuelles si diverses en apparence, la biologie, l'étude de la vie ou des êtres vivants, il est évident que ce n'est pas en partant de l'idée ou du fait abstrait de la vie, comme d'un principe initial ou d'une loi connue, pour éclairer ensuite à la lumière de cette abstraction les faits particuliers, que la Société de biologie a entendu procéder. C'est la marche inverse qu'elle a adoptée, celle qui consiste à partir, au contraire, des faits de détail les mieux connus, ou les plus accessibles à nos moyens d'investigation, des données les plus simples, de celles-là même qui semblent les plus éloignées en apparence du but, et qui formeront en réalité les premières assises de l'édifice.

« La matière, base de tout organisme, ainsi que le disait l'un de ses membres les plus familiarisés avec les connaissances physicochimiques, ne saurait échapper aux lois immuables qui la régissent dans la création entière. Démêlez dans ce problème complexe les données de la science faite, et procédant du connu à l'inconnu, vous verrez la lumière dans ce monde de chimériques théories *à priori*. Les forces qui se manifestent dans la matière inanimée ne sauraient disparaître par l'animation des corps vivants ; mais les plus infimes d'entre ceux-ci ne sauraient être comparés même aux plus savantes créations de l'art et de la science. »

Et ailleurs : « Un sel n'est plus ni un acide ni une base, mais nombre de ses propriétés dépendent de celles de ses deux éléments (propriétés physiques). Il en est quelques-unes cependant qui naissent du contact intime des molécules, et celles-là il faut les étudier pour elles, sans se préoccuper de l'origine des molécules combinées, car ces propriétés naissent au contact et n'étaient point avant : ce sont les propriétés chimiques. »

Voilà l'image dont se servait M. Hiffelsheim (*Considérations sur les principes immédiats des êtres organisés*), pour montrer où commence et où finit l'application des sciences exactes à la physiologie.

Cette pensée correspond à une idée qui domine la plupart des travaux les plus importants de la Société, celle du *relatif* dans les phénomènes, substituée à l'idée de l'*absolu*. C'est de là, en effet, que s'est élevée la plus énergique protestation contre les abus de la chimie moderne. C'était surtout aux membres de la Société de biologie qu'il appartenait, après avoir reconnu l'utilité indispensable des sciences physico-chimiques dans la science de l'organisation, de montrer où doit s'arrêter leur intervention. Toutes ces formules du travail respiratoire, de la calorification ; ces équations qui constataient l'entrée et la sortie des matériaux pour faire comprendre, tentative malheureuse, tous les actes de la vie, la Société les a vues tomber une à une, par les travaux de ses membres.

C'est encore dans les travaux de la Société de biologie qu'on trouve le plus d'éléments et de matériaux utiles pour la détermination chimique des produits pathologiques sans nombre, liquides ou solides, que recèle le corps de l'homme et celui des animaux. Ici ce n'est plus à la recherche du corps simple que le médecin convie le chimiste, c'est le principe immédiat qu'il s'agit de trouver, c'est la matière qui sous ce groupement complexe, constitue un organe vivant, groupement qui naît de la vie et cesse avec elle, pour rentrer ensuite sous les lois de la matière inorganique.

Cet ordre de recherches, qui constitue une branche nouvelle de la science, née des travaux de M. Chevreul, et que l'on a désignée sous le nom de *chimie anatomique*, est l'un des objets dont la Société s'occupe avec le plus de zèle. C'est toujours de l'anatomie, mais une anatomie dans laquelle les réactifs ont remplacé le scalpel, une anatomie qui isole par des dissolvants les éléments de nos tissus sans les détruire, et qui conduit à envisager les humeurs ellesmêmes comme des dissolutions d'un certain nombre de corps simples ou d'éléments primitifs, qui, par leur action mutuelle et réciproque, ont acquis des propriétés que l'on peut ainsi en quelque sorte analyser, décomposer une à une en soustrayant chacun des corps constituants.

On trouvera à chaque page des comptes rendus des exemples d'analyse du sang, du pus, des urines, des calculs, des tumeurs, etc., faites d'après ce mode d'investigation.

C'est d'après des vues semblables et des méthodes analogues que la physique intervient dans les travaux de la Société, non point comme on l'a fait trop longtemps, de même que pour la chimie, en transportant de toutes pièces les lois, les théories et les faits physiques dans le domaine de la vie, mais en recherchant dans les phénomènes mixtes et complexes de l'organisme vivant, ceux qui sont susceptibles d'être éclairés par les lois de la physique, et en ne perdant jamais de vue, dans ces applications de la science des corps bruts à la science des corps vivants, la considération de la vie et des conditions de variété et de mutabilité qui lui sont inhérentes, ainsi que la nécessité de subordonner les résultats de l'expérience au contrôle de l'observation.

Parmi les travaux de physique médicale les plus dignes d'attention qui ont été présentés à la Société de biologie, nous devons signaler au premier rang les importantes recherches de M. Hiffelsheim sur la circulation et sur le mécanisme des battements du cœur, recherches que nous avons plusieurs fois déjà signalées à l'attention de nos lecteurs, et qui viennent ici on ne peut mieux à propos pour étayer les principes que nous rappelions tout à l'heure et en montrer une des plus heureuses applications.

L'anatomie générale ou l'anatomie des tissus, l'histologie, comme on l'a appelée dans ces derniers temps, a largement défrayé les séances de la Société. C'est là que M. Ch. Robin a présenté toute la série de ses travaux si remarquables d'anatomie générale, qu'il a exécutés tantôt seul, tantôt avec le concours de ses collègues.

Si l'on voulait citer tous les noms de ses collaborateurs, ceux qu'il a associés à ses recherches comme ceux qui ont fait appel à ses lumières pour éclairer quelque point difficile d'histoire naturelle, d'anatomie pathologique ou d'anatomie générale, il faudrait nommer la Société presque tout entière. C'est là, en effet, l'un des traits distinctifs de la Société de biologie ; bien que les membres dont elle se compose soient, comme nous l'avons déjà dit, presque tous voués à l'étude de l'une des spécialités qui correspondent aux grandes divisions de la science biologique, chacun d'eux est assez familier avec la spécialité de son voisin, sinon pour être toujours à même de coopérer efficacement à son œuvre, au moins pour en comprendre et en apprécier les résultats. De là ces associations fréquentes, ces coopérations en commun, qui, sans rien enlever à l'originalité et à l'unité des recherches, en assurent l'exactitude ; de là, cette facilité de contrôle, cette sévérité de discussion et cette rigueur d'examen qui sont autant de garanties de la valeur et de la solidité des travaux de la Société.

Nous venons de prononcer le nom et de rappeler les travaux de l'un des premiers anatomistes de notre temps. Nous devons saisir cette occasion de signaler ici une méprise de l'opinion à son égard, qui nous a paru assez commune parmi les personnes qui n'ont pas suivi d'un peu près la série de ses travaux, pour qu'il soit utile de la relever. M. Robin n'a jamais étudié la micrographie pour ellemême, comme un assez grand nombre de personnes semblent le croire ; toutes ses œuvres protesteraient au besoin contre une pareille idée. La micrographie n'a jamais été entre ses mains que ce qu'elle est en réalité, c'est-à-dire un moyen, un instrument et jamais un but. L'étude des éléments des tissus qu'il a tant propagée et à laquelle il a tant concouru, est pour lui une manière d'étudier la vie organique dans ce qu'elle a de plus essentiel, de plus fondamental, la nutrition. Toutes les lésions qu'il décrit sont présentées comme autant de perturbations dans la propriété nutritive des tissus. Il a montré ensuite comment tous les caractères extérieurs des lésions organiques sont grossiers, et fait voir que, sous les apparences les plus identiques à l'œil nu, l'on pourrait rencontrer des altérations de l'ordre le plus varié.

L'un des membres fondateurs les plus laborieux, à côté de M. Robin, qui, par l'actif concours qu'il a apporté aux travaux de la Société pendant les premières années de son existence, autant que par la nature même de ses recherches, s'identifiait également bien à son esprit, M. Lebert a aussi apporté là les prémices de ses nombreux travaux. Les divergences des points de vue ou des résultats de ces deux habiles micrographes ont été l'occasion de fréquentes discussions aussi savantes qu'approfondies sur un grand nombre de points d'histologie. On connaît la grande distinction des tumeurs et produits pathologiques en homéomorphes et hétéromorphes, que M. Lebert a cherché à introduire dans la science. Cette distinction, qui réunit d'abord de nombreuses adhésions, a été l'un des sujets les plus vivement contestés. M. Robin, guidé par l'embryogénie et l'anatomie comparée, en est arrivé depuis à montrer qu'il n'y avait pas d'éléments hétéromorphes, et que tout ce qui paraît dans l'ordre des tumeurs n'est qu'une perturbation de lieu, de temps, de quantité, de dimensions dans les éléments anatomiques propres à l'espèce ; que les éléments anatomiques de petite dimension accumulés avaient tous une tendance à s'ulcérer, d'où une analogie entre toutes les tumeurs dites cancéreuses ; que dans leur formation ces éléments se développaient d'une manière parallèle mais indépendante, idée confirmée depuis par des études de M. Broca.

La tumeur ainsi envisagée apparaît à notre esprit comme une sorte d'espèce minérale, empruntant, suivant le milieu, l'âge et une foule de circonstances inconnues, au terrain même sur lequel elle se forme, les matériaux variés qui en deviennent les éléments constituants. De là l'extrême complexité de la tumeur ; de là l'impossibilité de la déterminer sans un examen complet. Que de contradictions tombent devant ce fait si simple !

Nous voudrions pouvoir signaler encore les beaux travaux de M. Robin sur le développement des éléments anatomiques en général, et sur celui des os particulièrement, travaux qui témoignent à chaque page du plus rare talent d'observation ; mais le temps presse, et nous avons à mentionner encore la part si large qu'a prise la Société aux progrès de la physiologie.

Le premier nom qui se présente à l'esprit quand il s'agit de physiologie est celui de M. Cl. Bernard. M. Bernard, par ses importants travaux, qui ont presque tous passé sous les yeux de la Société de biologie avant d'arriver à l'Institut, a marqué une ère nouvelle dans la physiologie, et, par la méthode à laquelle il obéit si invariablement, il a préparé la voie à toute une génération d'expérimentateurs.

Nous ne rappellerons pas ici une à une toutes ces belles expériences, si connues d'ailleurs de tous, sur le sucre du foie et sur la propriété émulsive du suc pancréatique, qui sont devenues depuis la base de ces théories si vivement débattues en ce moment de la glycogénie hépatique et des fonctions du pancréas ; sur l'absorption élective de la veine-porte et des vaisseaux chylifères ; sur les conditions du passage dans l'urine des substances qui sont habituellement gardées dans le sang ; sur l'influence du nerf grand sympathique par rapport à la sensibilité et à la chaleur animale ; sur les fonctions de la portion encéphalique de ce même nerf ; sur les phénomènes d'absorption qui s'effectuent à la surface des conduits des glandes salivaires, sur les salives, sur l'action de certains poisons, etc., etc. Mais ce qu'il importe de signaler ici pour caractériser l'apport scientifique de M. Cl. Bernard à la Société de biologie, c'est l'esprit même de sa méthode, ce sont les principes de l'expérimentation physiologique qu'il y a introduits.

Nous avons dit dans notre premier article que c'était à M. Bernard surtout que l'on devait d'avoir secoué le joug de l'anatomie, en montrant l'insuffisance de l'induction anatomique en physiologie, et en signalant les nombreuses erreurs où cette voie exclu-

(1) Fin. — Voir le numéro du 18 août.

sive pouvait conduire. Personne assurément n'est mieux pénétré que lui de l'utilité indispensable pour la physiologie expérimentale de connaissances précises en anatomie et surtout en anatomie comparée, et il n'est peut-être aucun physiologiste aujourd'hui qui possède ces connaissances aussi profondément que lui. Mais l'anatomie n'est pour l'esprit du physiologiste qu'un renseignement et un guide sûr pour la main de l'expérimentateur. La forme et la texture des organes en feraient rarement deviner les usages, si l'on n'avait d'autres données. C'est dans l'observation qu'il puise presque toujours les premières inspirations qui le mettent sur la voie d'un but ou d'un moyen fonctionnel à déterminer et d'une série d'expériences à entreprendre.

Au lieu de procéder de l'organe à la fonction, il procède au contraire de la fonction à l'organe, et en suivant cette voie qui est la vraie voie physiologique, il a été plus d'une fois conduit à découvrir par l'induction, c'est-à-dire par la nécessité de leur existence, des organes qui avaient échappé jusque-là au scalpel de l'anatomiste. C'est ainsi qu'il a découvert les voies d'une circulation spéciale entre la veine-porte et le rein.

L'un des principes les plus importants de la physiologie expérimentale sur lesquels insiste le plus M. Bernard, et qui ressortent de tous les travaux qu'il a mis sous les yeux de la Société, c'est la nécessité de tenir compte de toutes les conditions de l'expérimentation, de ne donner jamais aux résultats constatés qu'une signification relative, et de se tenir par là en garde contre ces contradictions malheureusement si fréquentes et qui ont presque toujours leur origine et leur source dans des conditions d'expérimentation le plus souvent essentiellement différentes.

C'est là un principe de logique expérimentale d'une importance extrême, surtout dans les circonstances actuelles, et que nous n'aurons garde de négliger lorsqu'il s'agira de démêler au milieu des contradictions si flagrantes dont la physiologie nous montre en ce moment le triste exemple, — nous ne dirons pas la vérité absolue qui ne saurait en ressortir, — mais la part qu'il faudra faire à chacune des vérités relatives qui y sont certainement contenues, mais obscurcies et voilées par la controverse.

M. Brown-Séquard, l'infatigable expérimentateur, a fourni à lui seul à la Société de biologie autant d'expériences que tous les expérimentateurs de cette société ensemble. La plus grande partie de ces expériences est relative aux fonctions de la moelle épinière. Tout le monde connaît la doctrine radicale de cet habile et ingénieux vivisecteur touchant les fonctions du système nerveux spinal; mais on sait aussi combien est vive la contradiction sur ce point et quelle réserve nous est commandée à cet égard avant d'accepter comme définitivement démontrée et acquise à la science, telle ou telle des deux doctrines en opposition. Quel que soit d'ailleurs l'avenir réservé à la doctrine de M. Brown-Séquard, ses travaux que nous nous sommes plu, dans une autre circonstance, à défendre contre un injuste dénigrement, n'en resteront pas moins comme un témoignage de l'actif concours que ce dévoué physiologiste a apporté à la Société.

M. Rayer, à qui aucune des nombreuses spécialités de la biologie n'est étrangère, qui s'intéresse aux progrès de chacune d'elles, et qui y a constamment coopéré en inspirant souvent des sujets de recherches sur les points les plus divers, en s'y associant quelquefois, en les encourageant toujours, M. Rayer ne s'est pas borné à ce rôle déjà assez beau et digne de sa haute influence scientifique; il a concouru directement aux travaux de la Société, à laquelle il a ineffaçablement attaché son nom, par un grand nombre de communications et de recherches personnelles qui ont principalement pour objet la tératologie et la pathologie comparées. Il a été secondé dans ces recherches par un grand nombre de ses collègues; mais celui d'entre eux qui lui a constamment prêté le concours le plus actif est l'infatigable anatomiste d'Alfort, M. Goubaux.

On peut pressentir, mais il serait impossible de dire dès à présent tout ce qui pourra surgir un jour d'enseignements utiles et de lumières, pour la pathologie et pour la médecine elle-même, de ce rapprochement de l'anatomie générale, de la physiologie expérimentale, de la physiologie et de l'anatomie pathologique humaine et comparée.

A ces travaux qui, joints aux recherches physico-chimiques que nous avons mentionnées plus haut, forment les deux grands groupes principaux de la biologie, il nous faut ajouter encore les nombreux travaux de botanique de MM. Germain de Saint-Pierre, Gubler, et les études micrographiques si connues de M. Montagne, pour compléter dans sa généralité le cadre scientifique des travaux de la Société.

Mais, ainsi que nous l'avons dit en commençant, la médecine ne figure pas seulement dans le programme de la Société de biologie comme le but ultime et éloigné de ses travaux, comme l'objet principal dont le perfectionnement serait l'aboutissant et le résultat des efforts isolés et des perfectionnements individuels de chacune des branches de l'arbre biologique. La médecine y figure également, et dans quelques-unes de ses parties principales, la pathologie, par exemple, et comme art proprement dit, pour son propre compte, et en tant que constituant elle-même l'une des spécialités de la biologie. Aussi la Société compte-t-elle dans son sein plusieurs pathologistes et cliniciens, médecins, chirurgiens ou accoucheurs, qui lui apportent souvent aussi le tribut de leurs observations et de leur expérience clinique, remplissant ainsi, pour leur part, et le but spécial de la Société de biologie et le but commun de toutes les sociétés médicales indistinctement.

Il serait trop long d'énumérer ici les nombreuses communications qui ont trait à quelques points de pathologie, de clinique ou de thérapeutique. Il nous suffira pour en donner une idée seulement de citer quelques-uns des mémoires qui figurent dans ces huit volumes : le mémoire de M. Cazeaux sur la mort apparente des nouveau-nés; le travail de M. Sédillot sur la nature et les causes des suppurations bleues; le travail de M. Gosselin sur l'oblitération des voies spermatiques; les recherches de M. Rayer sur le trichiasis des voies urinaires; la relation d'une épidémie de suette par M. Verneuil, et ses mémoires sur les névromes et sur les kystes multiples résultant de la dilatation des glandes sudoripares; les mémoires de M. Gubler sur une nouvelle affection du foie liée à la syphilis héréditaire chez les enfants du premier âge; de M. Charcot sur les kystes hydatiques du petit bassin et sur la cachexie exophthalmique; de M. Davaine sur la paralysie générale ou partielle des deux nerfs de la septième paire; de M. Desgranges sur le traitement de la chute de l'utérus; de M. Bouchut sur les fistules pulmonaires cutanées; de M. Laboulbène sur diverses productions morbides non décrites; de M. Lorain sur les kystes congénitaux du cou; de M. Isambert sur l'action physiologique et thérapeutique du chlorate de potasse, etc.

Nous n'avons pu avoir la prétention de faire ici une histoire complète des travaux de la Société de biologie; à côté des noms et des travaux que nous avons cités, il en est un grand nombre que nous avons omis et qui eussent figuré avec non moins d'honneur dans cette nomenclature; mais notre but, en citant quelques exemples dans le nombre, a été de chercher à caractériser l'ensemble des travaux de la Société de biologie et montrer où ils tendent, en même temps qu'à justifier la haute opinion que nous en avons conçue et que nous avons tâché d'inspirer à nos lecteurs. Si nous n'y étions pas parvenu, ce serait sans doute notre faute. Mais si parmi eux il s'en trouvait d'assez indifférents aux progrès général des sciences ou assez servilement attachés aux seules nécessités actuelles de la pratique, pour nous reprocher de les en avoir distraits un instant en appelant leur attention sur des travaux scientifiques, dont quelques-uns peuvent passer pour spéculatifs, ne laissant pas toujours apercevoir au même degré un but et une application prochainement utile, nous leur répondrions que ce qui est la *science* aujourd'hui sera peut-être de l'*art* demain; et si ce lendemain devait se faire trop attendre, il faudrait bien s'en consoler encore, à supposer que la science pure n'eût par elle-même aucun attrait, en se rappelant que tôt ou tard toute découverte, comme toute vérité nouvelle, porte son fruit.

Qu'on nous permette de terminer à ce sujet par une citation qui n'est rien moins que neuve, mais qui, pour avoir été bien souvent reproduite n'a rien perdu de sa force et de sa vérité, et qui trouve ici son actualité :

« Le matelot, qu'une exacte observation de longitude préserve du naufrage, dit Condorcet dans son *Tableau des progrès de l'esprit humain*, doit la vie à une théorie qui, par une chaîne de vérités, remonte à des découvertes faites dans l'école de Platon et ensevelies pendant vingt siècles dans une entière inutilité. »

D[r] Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

De l'état puerpéral (1).

§ III. Phénomènes congestifs.

La grossesse a pour effet, dans un certain nombre de cas, de déterminer, comme résultat consécutif, des phénomènes de congestion vers quelques organes. Les congestions qui sont le plus communément observées, sont la congestion du col de l'utérus et la congestion des reins, et, plus rarement, la congestion du foie et des poumons.

1° *Congestion du col utérin.*

Cette congestion constitue un des phénomènes les plus constants et les plus caractéristiques de la grossesse. Elle a surtout été bien étudiée par James-Henri Bennett, qui a bien fait connaître son mode de développement et son influence sur les phénomènes de l'accouchement. Nous nous bornons à la mentionner, sans l'étudier ici d'une manière spéciale.

2° *Congestion des reins.*

La congestion des reins, qui survient dans un certain nombre de cas de grossesse, est toujours un phénomène pathologique, un accident plus ou moins sérieux. Cette congestion des reins, qui se produit ainsi chez la femme enceinte, détermine dans ces organes deux espèces d'altérations différentes.

La première est un effet concomitant de la congestion : elle est son résultat immédiat; c'est la desquamation épithéliale des *tubuli* des reins. Cette desquamation est la conséquence de l'infiltration granuleuse des cellules de ces tubuli; infiltration qui les gonfle, les tuméfie et finit par les faire éclater. Cette altération élémentaire, coïncidant avec la congestion, constitue ce qu'on appelle la *maladie de Bright aiguë.*

Le deuxième résultat de la congestion sanguine est une altération consécutive ou postérieure. Elle est déterminée par la répétition fréquente de la desquamation épithéliale; elle constitue alors la *maladie de Bright chronique*, qui est caractérisée par l'infiltration albumino-graisseuse du tissu intertubulaire, l'oblitération et la disparition des canalicules sécréteurs, et finalement la transformation de la matière albuminoïde en tissu fibroïde.

La congestion des reins (maladie de Bright aiguë) est beaucoup plus fréquente que l'infiltration albumino-graisseuse (maladie de Bright chronique); et même pour cette dernière, on est toujours en droit de se demander si elle n'est pas antérieure à la conception.

Voici donc deux altérations qui se développent comme complications chez les femmes enceintes, et qui se traduisent par un phénomène commun : *la présence d'une certaine quantité d'albumine dans les urines.*

Il est une conclusion que l'on peut également tirer des deux séries de faits dont nous venons de parler, et qui est la suivante :

Toutes les fois qu'il existe de l'albumine dans l'urine d'une femme enceinte, et que cette albumine n'est due ni à la présence du sang, ni à la présence du pus, elle est toujours le résultat de l'existence d'une des deux lésions rénales sus-mentionnées, et plus spécialement d'une congestion sanguine de ces organes. Nous disons qu'elle ne peut être due à une autre cause, parce que toutes les fois que des femmes ont succombé pendant leur grossesse à une maladie quelconque (éclampsie ou autre), et qu'elles ont eu en même temps de l'albumine dans les urines, on a toujours trouvé soit une congestion sanguine des reins, avec desquamation épithéliale, soit la décoloration avec teinte jaunâtre (desquamation épithéliale survivant à la congestion), soit une infiltration albumino-graisseuse. M. Becquerel possède trois cas de ce genre; M. Robin en a également observé plusieurs. C'est donc une pure hypothèse de croire que la présence de l'albumine dans les urines, chez les femmes enceintes, peut avoir lieu les reins restant dans une intégrité parfaite, ou bien d'admettre qu'elle est le résultat d'une altération préalable du sang. Aucun fait ne peut être cité en faveur de ces deux hypothèses.

Ceci posé, examinons les conséquences de ces deux états morbides survenant comme complication chez les femmes enceintes.

Congestion sanguine des reins (desquamation épithéliale.) — D'abord quelle est la fréquence de cette complication? Si on lui attribue tous les cas d'albuminurie observés chez les femmes enceintes, on arrive à la trouver à peu près dans la proportion d'un cinquième à un septième des cas; ainsi, d'après M. Blot, 41 fois sur 205 cas; d'après M. Becquerel, dans le septième des cas.

L'existence de cette albumine dans les urines peut coïncider avec les divers états suivants :

1° S'il y en a une petite quantité, elle peut passer inaperçue, et ne se traduire par aucun phénomène morbide, tout en prédisposant néanmoins les femmes à l'éclampsie.

2° S'il y a une proportion plus considérable d'albumine, la déperdition de ce principe fait passer la désalbuminisation du sang de l'état physiologique à l'état pathologique; et la conséquence est une production plus facile de l'hydropisie mécanique des membres inférieurs, hydropisie qui acquiert des proportions plus étendues que celles qu'elle aurait conservées sans cela. — Même prédisposition à l'éclampsie.

3° Enfin, lorsque la quantité d'albumine est plus considérable encore, la désalbuminisation du sérum devient plus forte, et c'est une hydropisie générale qui se produit. La prédisposition à l'éclampsie est alors plus grande que dans les cas précédents.

On peut admettre que dans ces divers états l'albuminurie est due à une lésion passagère des reins (congestion sanguine), et non à une maladie de Bright chronique, en se fondant sur les caractères suivants :

1° L'hydropisie n'est jamais aussi considérable que dans la maladie de Bright chronique.

2° Elle ne s'accompagne pas de la teinte jaunâtre de la peau, propre à cette dernière affection.

3° L'hydropisie présente souvent des variations journalières assez grandes.

4° Les urines, sauf la présence de l'albumine, sont en général à l'état normal sous le rapport de leur quantité, de leur densité et de leur composition : c'est un principe immédiat nouveau qui s'y est seulement surajouté.

5° La quantité d'albumine présente souvent des variations quotidiennes, qu'on ne retrouve pas dans la maladie de Bright chronique;

6° Fréquemment, au début de la congestion des reins, on trouve dans les urines, soit du sang en nature, soit quelques-uns de ses éléments, tels que globules, etc.

7° Quelquefois, à la même époque, on rencontre les débris des cellules des reins, soit isolément, soit réunis sous forme de cylindre dans la gaîne épithéliale des tubuli.

La congestion rénale des femmes enceintes peut disparaître avant le terme de la grossesse, soit spontanément, soit sous l'influence d'une médication appropriée. Mais une fois cette congestion ainsi disparue, les femmes restent singulièrement prédisposées à être reprises de la même affection.

D'autres fois, la congestion rénale persiste, et néanmoins la grossesse peut arriver sans accident à son terme; il est rare alors qu'après l'accouchement la lésion des reins ne disparaisse pas spontanément; dans quelques cas exceptionnels seulement, elle conduit à l'infiltration albumino-graisseuse de ces organes.

Enfin, une femme enceinte, atteinte de congestion rénale, est par cela même, ainsi que nous l'avons dit, prédisposée à l'éclampsie, sans toutefois que cet accident en soit la conséquence nécessaire.

Il serait d'un grand intérêt de pouvoir faire disparaître l'albu-

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 août.

mine, dès qu'on la trouve chez une femme enceinte : on ferait ainsi disparaître cette fâcheuse prédisposition à l'éclampsie que produit la congestion rénale ; mais la chose est loin d'être toujours facile.

D'abord on n'est pas maître de faire disparaître aussi vite que l'on veut cette altération; ensuite ce qu'on ne peut toujours faire à son gré, en dehors de la grossesse, offre encore beaucoup plus de difficulté et de lenteur dans ce dernier cas, par suite de la persistance de la cause ; et de l'impossibilité où l'on est de faire usage de la plupart des moyens qu'on eût employés dans l'état de vacuité de l'utérus, et notamment des purgatifs et des bains de vapeur.

Voici cependant ce qu'on pourrait tenter :

1° Employer quelques laxatifs doux, tels que la rhubarbe, la magnésie, qu'on répéterait de temps en temps;

2° Ventouses sèches sur les deux régions lombaires ;

3° Frictions stimulantes sur la peau, et spécialement sur la peau des membres inférieurs ;

4° Quelques bains d'infusion aromatique ;

5° Enfin soutenir l'état général par les préparations toniques, telles que le vin de quinquina.

Maladie de Bright chronique. — La maladie de Bright chronique est une des complications que l'on rencontre chez les femmes enceintes. Son existence est toute exceptionnelle, il est vrai, et cependant elle nous offre un assez grand intérêt, parce que l'infiltration albumino-graisseuse peut être le résultat de la congestion rénale sanguine qui, elle, survient si souvent dans les cas de grossesse. Son histoire ne nous arrêtera pas longtemps; nous nous bornerons ici à consigner quelques faits qu'il est important de ne pas oublier.

La maladie de Bright chronique peut survenir dans les circonstances suivantes : elle peut d'abord précéder la conception; elle peut se produire d'emblée pendant la grossesse; enfin, elle peut être, ainsi que nous venons de le dire, l'aboutissant d'une congestion rénale, produite elle-même par la grossesse, et passant à l'état chronique. Dans ce dernier cas, cette transformation de la congestion en infiltration albumino-graisseuse a lieu tantôt avant l'accouchement, tantôt, et non moins souvent, après l'accouchement.

La maladie de Bright chronique chez les femmes enceintes se traduit par ses symptômes habituels, symptômes sur lesquels il est inutile d'insister ici. Nous notons seulement le caractère des urines, qui sont pâles, limpides, peu denses, et contenant une quantité d'albumine toujours assez considérable et offrant peu de variations. C'est dans la maladie de Bright chronique que, chez les femmes enceintes, la désalbuminisation du sérum du sang atteint son maximum.

De même que la simple congestion rénale, et peut-être d'une manière un peu plus certaine, l'infiltration albumino-graisseuse prédispose à l'éclampsie. Cette prédisposition n'étant pas infaillible, on voit quelquefois des femmes atteintes de maladie de Bright chronique, accoucher sans accident sérieux, et l'altération des reins suivre ensuite sa marche habituelle.

ÉCLAMPSIE.

Nous avons déjà parlé de l'éclampsie. Cet accident redoutable peut non-seulement se manifester à l'instant de l'accouchement, mais encore pendant la grossesse. Il eût été plus simple de l'étudier à l'instant où le premier de ces phénomènes s'accomplit; mais, tout en constatant ce fait, l'ordre logique des idées nous oblige d'en parler ici.

Pour bien saisir la pathogénie de l'éclampsie, il nous semble rationnel d'adopter l'ordre suivant :

1° Étudier le phénomène en lui-même, la maladie appelée éclampsie; en d'autres termes :

La définir;

Rechercher les causes qui favorisent le plus habituellement sa manifestation ;

Constater ses symptômes.

2° Dans une deuxième section, nous étudierons la pathogénie;

3° Enfin, nous exposerons le traitement.

§ Ier. NOSOLOGIE.

Définition. — L'éclampsie est une névrose complexe, portant sur l'intelligence, la sensibilité et le mouvement, se manifestant sous forme d'accès convulsifs, et affectant la plupart des muscles de la vie de relation et quelques-uns de ceux de la vie de nutrition.

Causes. — Nous ne rechercherons point ici quelle peut être la cause immédiate, c'est-à-dire la nature de l'éclampsie; nous nous bornerons à mentionner les circonstances qui paraissent avoir quelque influence sur sa production, en un mot, les seules causes qui fussent étudiées par les auteurs avant que les notions de chimie eussent été appliquées à l'étude de cette maladie.

Les causes de l'éclampsie ont été divisées en prédisposantes et occasionnelles.

Les principales causes prédisposantes qui aient été notées sont :

1° L'hérédité;

2° Un tempérament nerveux, soit congénial, soit accidentellement développé par le fait même de la grossesse;

3° L'existence antérieure d'affections convulsives, hystérie, épilepsie, chorée, etc. ;

4° L'existence d'attaques d'éclampsie dans les grossesses antérieures; ainsi M. Becquerel a donné des soins, pour une éclampsie, à une femme qui avait eu déjà des attaques de cette affection dans trois grossesses antérieures ;

5° D'après MM. Velpeau et Moreau, un état pléthorique habituel ou consécutif à la grossesse;

6° L'existence d'une anémie ;

7° La primiparité. La primiparité paraît jouer un rôle assez important dans la production de l'éclampsie; ainsi en réunissant les statistiques faites par Merriman, par M. Velpeau, et à l'hôpital des Cliniques, nous trouvons 69 primipares dans 91 cas d'éclampsie, c'est-à-dire près de 76 pour 100 ;

8° Les cinq derniers mois de la grossesse : l'éclampsie, extrêmement rare pendant la première moitié de la grossesse, ne se montre guère qu'à partir du cinquième mois; et encore la proportion en est très-faible d'abord, elle va progressivement en augmentant pendant les septième, huitième et neuvième mois ;

9° La distension excessive de l'utérus dépendant soit d'une grossesse multiple, soit de la grande quantité du liquide amniotique.

Pour les causes occasionnelles, parfois une émotion vive ou un refroidissement a paru expliquer l'arrivée de l'éclampsie; mais le plus souvent, on ne trouve aucune cause occasionnelle appréciable.

Symptômes. — L'étude des causes nous conduit naturellement à l'étude des phénomènes par lesquels se révèle l'éclampsie. Voyons successivement le mode de début, puis les phénomènes de la maladie confirmée.

Le début est le plus ordinairement marqué par des phénomènes d'invasion, ou phénomènes précurseurs : ce sont des troubles dans la sensibilité, l'intelligence, la circulation et la digestion.

1° Les troubles de la sensibilité sont constitués principalement par la céphalalgie; elle est vive, poignante et accompagnée de vertiges, d'éblouissements et de tintements d'oreilles. Quelquefois c'est un trouble profond de la vision ou de l'audition. C'est ainsi que dans un cas, M. Becquerel a vu survenir l'amaurose à l'approche de l'éclampsie. D'autres fois, le trouble de la vue n'affecte que l'un des deux yeux.

2° Les troubles de l'intelligence peuvent se résumer par le mot d'hébétude. La femme est en effet un peu au-dessous de son état normal; elle semble ne pas comprendre d'abord ce qu'on lui dit, ou bien elle fait tout à coup une singulière question. L'intelligence n'a pas sa lucidité; elle est paresseuse pour rassembler les idées; les yeux hagards semblent par leur incertitude être l'image des troubles de la pensée.

3° Le pouls est plus développé, plus dur, plus fréquent et plus fort. Il y a un peu d'augmentation de chaleur de la peau.

4° Enfin, des nausées et même des vomissements accompagnent fréquemment la céphalalgie.

Ces prodrômes ont une durée qui varie de quelques instants à deux ou trois jours. Leur existence, qui est presque constante, est d'une importance extrême pour le traitement; car elle permet au praticien attentif d'employer des moyens souvent efficaces pour conjurer un mal qui, une fois déclaré, peut résister au traitement le plus énergique.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ DE STRASBOURG.

M. Stoltz.

Méningite cérébro-spinale, congénitale, idiopathique.

L'observation qui va suivre est très-intéressante au point de vue du diagnostic et surtout des altérations anatomiques, car elles rappellent complétement celles que l'autopsie révéla dans les méninges des malades enlevés par l'épidémie de méningite qui fit tant de victimes à Strasbourg il y a quelques années.

M. B..., femme de trente-sept ans, servante, entre à la Maternité le 28 décembre 1856. Taille moyenne, cheveux noirs, tempérament sanguin, constitution forte. Accouchée à l'âge de vingt-cinq ans d'un garçon qui vit encore et qu'elle a allaité pendant deux ans. Grossesse sans phénomènes sympathiques. Au début, fièvre intermittente tierce combattue facilement par l'usage du sulfate de quinine.

Le 21 janvier, sans causes appréciables, la femme perdit une grande quantité de liquide amniotique, fortement chargé de méconium. Presque en même temps, la femme déclara qu'elle ne percevait plus aussi clairement les mouvements de son enfant. Les battements redoublés s'entendaient néanmoins.

En présence de ces phénomènes, l'habile professeur de la Maternité, Mlle Laugel, diagnostiqua une affection congénitale du fœtus.

L'enfant se présenta en première position et fut promptement expulsé le 23 janvier à dix heures du soir. On constata sur lui tous les symptômes de la mort apparente par asphyxie pure : pâleur, mollesse des chairs, etc. La respiration s'établit avec une grande difficulté et d'une manière imparfaite. A minuit, l'enfant se mit à pousser de légers cris plaintifs, sa peau se réchauffa et se colora insensiblement.

Le 25, l'enfant ne tète pas, n'avale pas même à la cuiller, et rend tout ce qu'il prend. Il est continuellement assoupi; sa face est colorée, jaune. Il n'a pas encore poussé un seul cri, et ne fait entendre que de petits gémissements. Il rend du méconium.

La respiration est courte et fréquente ; l'auscultation ne révèle rien d'anormal.

L'enfant est généralement roide ; le tissu cellulaire est plutôt mou que dur; peau uniformément rouge, chaleur conservée.

Le 26, l'enfant n'a pas encore tété et avale même très-difficilement à la cuiller; loin de crier, il gémit à peine. Il se réveille difficilement. La respiration est presque imperceptible ; cependant la coloration de la peau est naturelle; aucun signe de contracture ni de paralysie. On lui ouvre facilement la bouche ; pas de trismus. Les chairs sont plutôt flasques que roides.

Le 27, l'enfant n'a fait que gémir pendant toute la nuit, n'a pas pris le sein, n'a pas même avalé à la cuiller et a rendu très-peu de méconium. On ne remarque toujours pas de contractures ni de paralysie. On est frappé de la petitesse du crâne, qui est aussi légèrement déprimé au-dessus des temporaux. Les yeux sont légèrement convulsés, mais mobiles ; la tête renversée en arrière, la colonne vertébrale courbée en arc de cercle, et, en saisissant l'enfant par la tête, on le relève d'une seule pièce sans que la colonne vertébrale se redresse (*opisthotonos*).

Deux sangsues à la hauteur des épaules, de chaque côté de la colonne vertébrale; huile d'olives, 40 grammes; chloroforme, 2 grammes. Agitez; de demi-heure en demi-heure une friction le long de la colonne vertébrale.

Le 28, l'état de l'enfant est resté le même; gémissements fréquents pendant la journée. Deux évacuations alvines jaunâtres ; les sangsues ont été bien supportées.

Ce matin la colonne vertébrale est moins roide, mais il y a du trismus et de la contracture des extrémités supérieures et inférieures. Par moment, un tremblement nerveux, des secousses comme électriques. Les yeux sont moins convulsés, mais hagards. La respiration est presque complétement abdominale, la déglutition est presque impossible. Quelques gouttes seulement de liquide filent dans l'estomac.

Point d'œdème,

Musc, 0,05; potion gommeuse, 30 grammes par cuillerée à café. Cataplasmes aux jambes. Frictions avec le liniment chloroformé.

L'enfant n'a pas avalé la potion; il est resté dans le même état tétanique et est mort à sept heures du soir.

Autopsie, 30 *janvier*. — Roideur cadavérique très-prononcée; les doigts sont fortement fléchis dans la paume des mains, le pouce caché par les autres doigts. La face palmaire des mains présente à considérer une empreinte profonde déterminée par la pression des extrémités digitales.

Les pieds sont fortement fléchis sur les jambes avec lesquelles ils forment un angle très-aigu; les orteils sont également fortement fléchis.

Nulle part l'on n'observe de sclérème ou d'infiltration du tissu cellulaire.

Crâne. — Un trait de scie circulaire enlève la calotte du crâne; on observe :

Outre une certaine quantité de sérosité jaunâtre entre la pie-mère et l'arachnoïde, un exsudat comme gélatineux, abondant, de chaque côté et le long du sinus longitudinal supérieur. Les veines qui aboutissent à ce dernier sont gorgées de sang, ainsi que les veines émissaires. Le même exsudat s'observe en grande abondance à la face interne des hémisphères cérébraux; il existe aussi, mais moindre, vers les bords externes de ces hémisphères.

Les ventricules sont dilatés par de la sérosité limpide; les plexus choroïdes sont recouverts de dépôts pseudo-membraneux parfaitement organisés, dans lesquels le microscope ne découvre pas de pus.

L'exsudation signalée plus haut existe également sur les lobes moyens et les lobes postérieurs. On la retrouve beaucoup plus abondante, et rappelant le pus par sa couleur et sa consistance, sur les lobes du cervelet et principalement le long du vermis. Elle se prolonge en avant sur le pont de varole et les nerfs qui partent de la face inférieure du cerveau, en bas le long du bulbe jusqu'au-dessous de la queue de la moelle allongée.

Le microscope fait voir une grande quantité de globules de pus dans la matière qui recouvre le vermis cérébelleux.

Les veines de la base du crâne, le pressoir d'Hérophyle et les veines émissaires sont gorgés de sang noir.

La substance cérébrale est beaucoup plus dense qu'elle ne l'est d'habitude chez les jeunes enfants.

Rachis. — En incisant les méninges rachidiennes, on constate une vascularisation anormale de la pie-mère; les sinus veineux rachidiens rappellent par leur volume les veines de la base du crâne.

Dans la partie cervicale de la moelle, il n'y a pas d'exsudat inflammatoire; il n'apparaît qu'à la partie inférieure de la région dorsale, et se prolonge de là, très-abondant, jusqu'à la queue de cheval. Les viscères des cavités thoracique et abdominale n'offrent rien de particulier. Les poumons sont roses, un peu d'hyperémie dans les parties déclives. Hyperémie de la même nature au bord inférieur du foie, à l'extrémité inférieure de la rate et des reins.

Rien à noter dans les autres organes.

La maladie était primitive congénitale, bien que la dépression des temporaux et la petitesse du crâne eussent fait penser à une compression du cerveau par la boîte crânienne. La maladie a débuté dans le sein maternel; nous avons assisté à ses débuts, marqués par le départ prématuré du liquide amniotique chargé de méconium. Ce que nous avons observé après la naissance de l'enfant, n'a été qu'une espèce d'agonie.

On trouve dans les ouvrages des observations d'enfants qui présentaient au moment de leur naissance le scléreme, l'érysipèle, la péritonite, la pleurésie; il est des cas de méningites consécutives à l'opération du spina-bifida, par exemple, mais nous ne croyons pas qu'il ait été question de méningite cérébro-spinale, idiopathique, spontanée, aussi nettement caractérisée par les symptômes et surtout par les lésions nécroscopiques.

Ce cas est le seul qui se soit présenté dans la pratique si étendue de M. le professeur Stoltz.

NOTE SUR UN CAS D'AFFECTION HYDATIQUE DU FOIE, suivie d'un abcès ouvert dans le poumon.

Par M. le Dr J. Bourgeois.

La note sur les affections hydatiques du foie en Islande, communiquée par M. le docteur Guérault à la Société de chirurgie (voir la *Gazette des hôpitaux* du 18 avril dernier), me rappelle un fait très-curieux d'abcès hépatique de même nature, qui s'est fait jour par le poumon, et que j'ai observé il y a bien longtemps déjà. Si

ce genre de mal avait été aussi commun chez nous qu'en Islande, je n'aurais assurément pas songé à en entretenir les lecteurs de la *Gazette;* mais puisque dans nos climats cette affection est assez rare pour que des auteurs aussi éminents que MM. Cruveilhier et Hawkins n'en aient pu colliger qu'une dizaine d'observations, je vais faire connaître ce fait.

Dans l'hiver de 1833, je fus appelé chez le nommé X..., âgé d'une trentaine d'années, assez fort, et ordinairement bien portant, mais adonné aux boissons alcooliques. Cet homme avait depuis quelque temps des douleurs dans le côté droit, survenues sans cause connue; il s'y était bientôt ajouté une toux quinteuse, fatiguante, sans expectoration notable, de la fièvre et de l'inappétence. A ma visite, je le trouvai couché sur le dos, le tronc élevé; facies tiré, exprimant la souffrance, teinte sub-ictérique des téguments et de la sclérotique, langue couverte d'un enduit jaunâtre, rapports nidoreux, douleurs s'étendant de l'hypochondre à une partie du côté droit de la poitrine, toux fatiguante; urines rouges et claires, constipation. La pression sur la partie douloureuse augmente la souffrance. Le flanc paraît distendu à l'œil: il est mat dans une assez grande étendue. L'auscultation et la percussion du thorax ne forment aucun signe remarquable.

Cet état dura plusieurs semaines, sans changement bien appréciable; toutefois, pendant ce temps, l'hypochondre droit avait pris un développement notable, la matité avait gagné en étendue, les quintes de toux se rapprochaient et étaient suivies d'expectoration muqueuse assez abondante. Des ronchus gras et sibilants s'entendaient à la base du poumon. C'est alors qu'un jour on vint me chercher en toute hâte, me disant que le malade se mourait, et qu'il avait vomi un dépôt d'humeur.

Arrivé chez lui, je le trouvai assis sur son lit; il était couvert d'une sueur froide, et il rejetait par larges gorgées, dans une cuvette qui en était presque pleine, une matière purulente, de teinte jaunâtre évidemment biliaire, dans laquelle je reconnus de nombreuses enveloppes gélatiniformes, provenant évidemment d'hydatides plus ou moins volumineuses; elles offraient une belle teinte safranée. La toux était incessante, et les quintes accompagnées d'une fusée du liquide dont je viens de parler.

L'exploration du côté malade me fit reconnaître une sonorité moindre qu'à gauche, et de nombreux râles muqueux à très-grosses bulles, bien plus marqués qu'ils ne l'avaient été jusque-là. Le flanc était toujours aussi proéminent.

Suivant le dire du malade et des assistants, la quantité de matière vomie pouvait être évaluée à trois quarts de litre environ, ce qui ne me parut pas s'éloigner beaucoup de la vérité.

Les jours suivants il y eut une amélioration sensible, la toux devint moins continuelle, l'expectoration de moins en moins purulente et jaune; enfin, après une quinzaine, elle était redevenue purement muqueuse, l'appétit reparaissait, et le pouls, assez étoffé, ne dépassait guère que de 10 à 15 pulsations son état habituel; c'est alors que les douleurs du côté se réveillèrent, et qu'après des quintes redevenues très-vives, il rendit une nouvelle quantité de pus bilieux mêlé de débris hydatiques, moins pourtant que la première fois.

Deux ou trois jours après, il redevient mieux, puis au bout d'un couple de semaines, une nouvelle éjection de même nature se manifeste pour cesser de nouveau. Trois ou quatre de ces retours eurent encore lieu à des intervalles variant de dix à vingt jours. Il est à noter qu'ils furent de moins en moins pénibles, et que les débris membraneux safranés furent de plus en plus rares, sans qu'ils cessassent jamais de se montrer.

Enfin, après plusieurs mois de souffrances des plus vives, séparés par quelques moments de soulagement, la toux devient supportable, les quintes s'éloignent, l'expectoration incolore se teint peu à peu, les bruits respiratoires anormaux cessent, l'hypochondre s'affaisse, n'est plus douloureux à la pression, et toutes les fonctions se rétablissent normalement. Tout cela nécessita près d'une année, mais à partir de ce moment, on vit la taille de X... s'infléchir à droite, le dos se voûta, et cette incurvation bien notable de la colonne vertébrale et du tronc mit encore au moins une nouvelle année pour atteindre le point où elle s'est fixée depuis, et qu'elle n'a pas dépassé.

Aujourd'hui, cet homme, qui a cinquante-deux ou cinquante-trois ans, a pris de l'embonpoint et jouit d'une bonne santé depuis cette époque. Tout au plus tousse-t-il un peu plus que dans sa jeunesse; mais il est très-déjeté, ce qui ne l'empêche pas de travailler activement.

DESCRIPTION DU SQUELETTE D'UN FOETUS RACHITIQUE.

Par M. L. Duménil.

Le fœtus auquel appartient ce squelette ne présentait, dans ses parties molles, aucune particularité autre que deux hernies inguinales. Il était à terme, et lorqu'il m'a été remis, j'ai constaté l'existence de nombreuses fractures.

Longueur	350	millim.
Longueur du tronc	200	—
Membres inférieurs	80	—
Membres supérieurs	130	—

L'ossification de la tête est très-incomplète : les deux moitiés du frontal sont formées par deux plaques osseuses de 4 cent. de diamètre, très-minces, très-fragiles, parcourues dans toute leur étendue de lignes jaunâtres, irrégulières, moins apparentes à l'état sec que sur les os frais, mais bien distinctes néanmoins, et semblant accuser autant de fractures. Ces os sont très-poreux à leur surface, criblés d'une foule de pertuis obliquement dirigés, orifices très-dilatés des canalicules osseux. La voûte orbitaire est incomplètement ossifiée; on y remarque des îlots membraneux. Le pariétal droit est représenté par une écaille osseuse de 4 cent. de diamètre, très-mince aussi, également poreuse à sa surface, la région pariétale gauche présente deux écailles un peu plus petites, complétement séparées; la portion écailleuse des temporaux n'existe pas. L'écaille de l'occipital est formée par deux plaques : une inférieure, qui est la portion la mieux développée de la voûte du crâne; l'autre au-dessus de la précédente et beaucoup plus mince. Toutes ces parties ont leur aspect radié normal; les fibres qui forment ces os se prolongent sur leurs bords en s'isolant dans la partie membraneuse sous forme de dents de peigne plus ou moins allongées; toutes ces plaques osseuses sont séparées par des parties membraneuses très-larges, surtout au niveau des fontanelles et de la portion écailleuse des temporaux. Ces lacunes membraneuses sont parsemées d'une foule de petites plaques osseuses très-irrégulièrement distribuées, formées elles-mêmes de fibres divergement disposées, mais généralement radiées; sur quelques parties même, l'ossification est encore moins avancée, et l'on ne trouve plus que des petits points et une espèce de lacis formé par des traînées de dépôt osseux. C'est surtout entre les deux parties du frontal et les pariétaux, entre ceux-ci et l'occipital, ainsi qu'au niveau de la suture sagittale, qu'on trouve ces petites plaques, ces points et ces traînées en lacis; il n'y en a pas au niveau des fontanelles.

La face est ossifiée, mais les os sont plus petits, plus minces, plus fragiles qu'à l'état normal. Le rocher est également ossifié, les cavités de l'oreille interne et moyenne bien formées, ainsi que les osselets de l'ouïe et le cercle tympanal; ces parties sont néanmoins un peu plus fragiles que chez un fœtus sain.

La colonne vertébrale paraît assez bien développée; mais si on enlève la couche fibreuse qui revêt la face antérieure du corps des vertèbres, on voit que la substance compacte ne forme qu'une couche très-mince au-dessous de laquelle on trouve un tissu osseux très-raréfié, formant un noyau spongieux qui ne remplit qu'incomplétement la coque du tissu compacte.

Dans le sternum, on trouve trois noyaux osseux occupant la moitié supérieure de l'os, et situés sur la ligne médiane.

Les côtes sont très-irrégulières; elles présentent un grand nombre de nodosités interrompues par des étranglements. Ces nodosités avaient, sur les os frais, une couleur jaunâtre; elles manquent sur la partie antérieure des côtes.

Les os des membres sont généralement courts et déformés, et cette déformation n'est nulle part plus apparente qu'aux fémurs. Très-courts et relativement très-volumineux, courbés de manière à tourner leur concavité en dedans, ils présentent des renflements annulaires de couleur jaunâtre; on trouve aussi de ces renflements sur les cubitus, mais il n'en existe pas sur les humérus, les radius, les tibias et les péronés, les métacarpiens, les métatarsiens, ni sur les phalanges. Les os des jambes présentent une courbure à concavité postérieure, les humérus une courbure à concavité interne.

La pesanteur spécifique de ces os est très-faible, tous sont formés d'une lamelle de tissu compacte extrêmement mince, et d'un tissu spongieux très-raréfié; sur les os frais, ce tissu spongieux était imbibé d'un liquide sanguinolent.

Un des fémurs, fendu dans sa longueur, ne présente pas de trace de canal médullaire.

Les os métatarsiens, métacarpiens et ceux des phalanges ne sont formés que par une lamelle osseuse très-mince; l'intérieur sur les os secs paraît complétement vide.

Les cartilages épiphysaires sont parfaitement sains.

Le point osseux de l'extrémité inférieure du fémur existe; il se présente au milieu du cartilage sous forme d'une cavité où se pourrait loger un pois; les parois de cette cavité sont formées par par un dépôt osseux très-raréfié.

A l'exception du crâne, l'ossification s'est faite partout où elle existe à l'état normal, mais elle s'est faite avec des modifications profondes dans le travail qui la constitue. A la voûte du crâne, il y a bien réellement arrêt dans l'ossification, mais là seulement, car nulle part ailleurs le dépôt osseux ne manque là où il doit se trouver à l'époque la naissance. La meilleure preuve en est dans la présence du point d'ossification de l'extrémité inférieure du fémur; ce point ne se développant que dans la dernière quinzaine de la vie intra-utérine, s'il y avait véritablement arrêt dans l'ossification, on ne devrait pas le rencontrer. Pour nous encore, les os ne sont pas devenus malades après un développement normal, mais ils se sont développés dans l'état d'imperfection où nous les trouvons. Le point d'ossification de l'extrémité inférieure du fémur, en effet, présente les mêmes altérations que le reste du système osseux, et cependant son existence ne doit pas remonter à plus de quinze jours.

Cette altération, désignée sous le nom de *rachitisme congénital,* nous paraît mériter un autre nom.

Nous avons signalé sur ce squelette un particularité que nous n'avons vu indiquée dans aucune autre observation de ce genre : c'est la présence sur le frontal de lignes jaunâtres qui, pour nous qui avons vu les os à l'état frais, sont certainement de même nature que les nodosités des fémurs et des côtes. Ces lignes qui, sur les os secs, traduisent bien évidemment des fractures, nous semblent mettre hors de doute que les renflements annulaires des os des membres signalés sur ces sortes de squelettes sont bien des fractures consolidées. Il ne nous répugne nullement d'admettre que des os si fragiles se fracturent dans le sein de la mère, et que la nature opère un travail de consolidation qui reste nécessairement très-imparfait comme toute l'ossification.

Nous croyons encore que ce sont des fractures, parce que les particularités que nous remarquons nous sont offertes surtout par les os qui sont le plus exposés aux effets des violences extérieures dans l'attitude du fœtus. Le thorax, en effet, ne s'applique-t-il pas exactement, par ses parties postéro-latérales, sur les parois de l'utérus? Et qu'on veuille bien remarquer la multitude de nodosités que présentent les parties postérieures et latérales des côtes; leur partie antérieure, au contraire, et la plus grande partie des membres sont protégées par la concavité que l'incurvation du fœtus ménage sur son plan antérieur.

Les fémurs nous paraissent aussi, dans l'attitude ordinaire du fœtus, être de tous les os des membres ceux qui sont le plus exposés aux fractures.

Enfin, notons que la courbure des os des membres est en rapport avec leur position dans l'utérus. (*Bullet. de la Soc. de méd. de Rouen*; 1857.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le ministre de l'instruction publique vient de déclarer nul et non avenu l'examen de pharmacien subi devant l'Ecole de pharmacie de Strasbourg par un élève qui avait fait usage de certificats qui lui attribuaient faussement un stage qu'il n'avait pas accompli.

— L'inauguration d'une *salle d'inhalation d'eau gazeuse froide pulvérisée* vient d'avoir lieu à Marlioz, près d'Aix, dans une charmante villa sur le territoire de laquelle cette source d'eau thermale a été découverte. Cette inauguration, à laquelle assistaient toutes les notabilités du pays, ainsi que notre honorable confrère M. Caffe, qui est né dans la province du Chambéry, a été l'occasion d'une fête toute patriarcale.

La nouvelle source a reçu le nom de Source *Bonjean*, du nom d'un habile chimiste de Chambéry, très-connu dans le monde médical par ses travaux sur l'ergotine.

— Déjà à différentes reprises nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur le projet conçu par le comité de rédaction des *Annales d'oculistique* de réunir à Bruxelles, au mois de septembre prochain, un congrès d'ophthalmologie.

Nous avons sous les yeux une liste des médecins qui se sont engagés à prendre part à ses travaux; le nombre s'élève déjà à plus de cent cinquante. Nous y voyons figurer les noms de presque toutes les notabilités françaises et étrangères qui se sont fait une réputation par leurs travaux en ophthalmologie, et, entre autres, ceux de MM. Von Ammon, Coccius, Graefe, Jüngken, Langenbeck, Ruete, pour l'Allemagne; Bowman, White Cooper, Crischett, Dixon, Mackenzie, pour l'Angleterre; Arlt, Gultz, Jaeger, Stellway von Carion, pour l'Autriche; Melchior, Benolz, pour le Danemark; Ancelon, Desmarres, Bonnafont, Furnari, Larrey, Jules Guérin, Pamard, Pétrequin, Serre (d'Uzès), Sichel, Stoeber, pour la France; Stromeyer et Müller, pour le Hanovre; Bonders Tilanus, pour la Hollande; Cappelletti, Fario, Gioppi, Yanzetti, Quadri, Quaglino, Spérino, Borelli, pour l'Italie; Kabath, Matuschenkow, Pélican, pour la Russie, etc., etc.

Avec de pareils éléments, on peut espérer que les travaux du congrès amèneront d'utiles résultats pratiques.

— Une mort prématurée vient d'enlever à notre profession un de ses dignes et honorables membres. M. le Dr Le Peytre (J. B. Louis), chargé du service de santé de la maison d'aliénés de la Cellette, vient de succomber à une longue et douloureuse maladie. M. Le Peytre a laissé en mourant une veuve et six enfants en bas âge, qui n'avaient d'autre soutien que lui, et que ce cruel événement plonge dans la plus pénible position.

Nous appelons sur cette malheureuse famille, si digne d'intérêt, toute la bienveillance de nos confrères.

Une souscription a été ouverte parmi les membres de la Société médico-psychologique, dont quelques-uns se sont empressés déjà de verser leur obole. Nous ouvrons également une souscription dans nos bureaux, espérant que nos abonnés voudront bien concourir au soulagement d'une aussi respectable misère.

— Le corps médical de Saint-Pétersbourg vient de perdre son doyen. M. le docteur Bimberg, médecin en chef de l'hôpital Sainte-Marie et conseiller d'État actuel, a succombé à l'âge de 92 ans.

— M. le docteur Andrieu, membre du conseil municipal de la ville d'Agen, vient de mourir en cette ville.

— On annonce aussi la mort de M. le professeur Huter, directeur de l'institution des sages-femmes et de l'hospice de la Maternité de Marbourg, et de M. le docteur Cbr. Schreeber, qui, après avoir joui d'une certaine réputation littéraire et avoir été l'ami de M. de Staël, a succombé à Eisenach dans un âge fort avancé.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Lacroze, né à Paris (Seine); *De la paralysie des nerfs moteurs oculaires communs et moteurs oculaires externes.*

Mathieu, né à Saint-Chely (Lozère); *De l'état puerpéral et des soins que réclame la femme en couches.*

Phelipeau, né à Vouvant (Vendée); *Du sclérème des nouveau-nés et de son traitement.*

Berville, né à Cayenne (Guyane française); *Remarques sur les maladies du Sénégal.*

Favenc, né à Montauban (Tarn-et-Garonne); *Etudes sur l'enchondrome.*

Catinaud, né à Limoges (Haute-Vienne); *De l'examen des malades.*

Monot, né à Moux (Nièvre); *Du chloroforme considéré comme agent anesthésique dans la pratique chirurgicale.*

Notice sur les eaux minérales de Contrexeville (Vosges), par le docteur Legrand du Saulle. Paris, 1857, brochure in-8°; chez T. Viat, libraire, cour du Commerce, 12, faubourg Saint-Germain.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 26 aout 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Trousseau a lu un rapport sur les procédés de M. Loiseau pour le cathétérisme et la cautérisation du larynx. Nous avons vu le moment où, de ces ingénieux procédés que le laborieux praticien de Montmartre a déjà eu le bonheur d'appliquer plusieurs fois avec succès au traitement de l'une des affections les plus graves et les plus meurtrières, il n'allait rien rester, rien dont on pût lui attribuer l'invention ou lui rapporter l'honneur. M. Depaul a revendiqué pour lui la priorité de l'idée et de l'application du cathétérisme laryngien; M. Velpeau a restitué à Chaussier la sonde laryngienne, à Dieffenbach l'anneau destiné à protéger le doigt explorateur contre les contractions instinctives ou volontaires des mâchoires. Nous n'avons nullement la pensée de contester les droits de priorité invoqués par M. Depaul, ni même d'aller à la recherche de leur légitimité; il suffit pour nous de sa parole pour croire à ses droits. Quant à la réclamation de M. Velpeau en faveur de Chaussier et de Dieffenbach, elle paraît tout aussi fondée. — Que reste-t-il donc à M. Loiseau? — M. Velpeau l'a dit, il lui reste l'introduction du procédé dans la pratique, sa vulgarisation.

C'est déjà quelque chose. Peut-être M. Loiseau se tiendra-t-il pour satisfait de cette concession. Mais, pour nous, ce n'est pas assez.

Que l'idée du cathétérisme laryngien ne soit pas nouvelle, ce n'est pas douteux ; que des procédés plus ou moins analogues à celui de M. Loiseau aient été indiqués, décrits, que cette opération ait été pratiquée, nous admettons tout cela, — et comment ne pas l'admettre, puisque cela est? — Mais nous demanderons à notre tour pourquoi cette opération, dont on ne conteste pas l'utilité et même les avantages notables dans certains cas, n'était point admise dans la pratique ; pourquoi en présence d'un sujet atteint de croup et dont la mort est imminente, les praticiens ne connaissent aujourd'hui encore d'autre alternative que d'abandonner les malades aux chances presque certaines de mort qui pèsent sur eux, ou — ce qui vaut mieux assurément — de leur pratiquer la trachéotomie, qui est loin de donner dans la pratique civile les résultats heureux qu'on en obtient dans les hôpitaux spéciaux.

Il y avait probablement des raisons pour cela. Et si ces raisons étaient l'imperfection ou l'insuffisance des procédés et des instruments proposés jusqu'ici ; si M. Loiseau, tout en partant d'une idée déjà émise, en imitant même les procédés décrits et en se servant d'instruments usités dans la pratique, a rendu plus facile et plus usuelle l'exécution de ces procédés en combinant heureusement l'emploi de ces instruments et en leur en associant de nouveaux ; s'il a ainsi fécondé par là une idée restée jusqu'alors à peu près stérile, n'aura-t-il donc rien fait? et faudra-t-il lui refuser quelque petite part de l'honneur qui revient à tout inventeur ou propagateur d'une chose utile?

M. Trousseau a défendu peut-être un peu mollement les intérêts qui lui étaient confiés. En prenant de trop haut ses exemples, en citant les découvertes de MM. Bright et Bouillaud, qui ne seraient point des découvertes non plus, si on voulait leur appliquer les procédés de revendication opposés aux prétentions beaucoup plus modestes de M. Loiseau, M. Trousseau a affaibli involontairement la portée de son argument.

Si nous insistons un peu sur cet incident de la séance, c'est qu'il y a là d'abord une question d'équité, et qu'avant de laisser peser sur un praticien honorable un soupçon de plagiat par ignorance ou mauvaise foi, il eût été plus sage, ce nous semble, d'y regarder de plus près et de bien chercher à se rendre compte s'il n'y avait eu ici en réalité qu'imitation pure et servile de ce qui avait été fait auparavant, ou s'il n'y avait pas plutôt dans les procédés soumis à l'examen de l'Académie un perfectionnement qui rendait désormais réalisable une idée jusqu'alors inféconde. Nous y insistons en outre parce qu'il y a encore là-dessous une question de principe, et que s'il fallait admettre la jurisprudence de M. Velpeau en matière d'invention, les découvertes, déjà assez rares, seraient à l'avenir toutes frappées à l'avance d'interdit; il n'y aurait plus ni inventions ni inventeurs possibles.

Après la lecture du rapport de M. Trousseau, après la petite discussion qui l'a suivi, et dont nous venons de résumer l'esprit et de faire ressortir la moralité, M. Depaul a lu successivement un rapport sur une observation intéressante d'opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant, et une description anatomique d'un cas de monstruosité dont les pièces avaient déjà été mises par lui sous les yeux de l'assemblée il y a sept à huit mois. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Tumeur hydatique du muscle grand dentelé.

Les exemples de tumeurs hydatiques des muscles se présentent assez rarement à l'observation pour que nous nous empressions de mettre au jour le fait suivant, qui a trait à cette affection, dont le diagnostic est souvent environné d'obscurité :

Victorine Renault, jeune fille de vingt-deux ans, bonnetière, entre le 7 juillet 1857 dans le service de M. Velpeau (salle Sainte-Catherine, n° 8).

Elle éprouve depuis six mois dans le côté droit de la poitrine, au-dessous de la région axillaire, des douleurs vagues et passagères, séparées quelquefois par plusieurs jours d'intervalle, se montrant de temps à autre plus aiguës, au point de devenir de véritables élancements qui se propagent jusque vers la mamelle correspondante en suivant à peu près la direction des espaces intercostaux. Cependant il n'y a que 3 ou 4 jours, dit-elle, qu'elle s'est aperçue, en portant la main dans cette région, de la présence d'une petite tumeur qu'il nous est, en effet, très-facile de constater. Son siége précis est immédiatement en avant du bord axillaire de l'omoplate et à peu près à la hauteur du mamelon ; elle est à peine appréciable à la vue, car elle ne fait presque aucun relief à l'extérieur ; au toucher, on reconnaît qu'elle est mobile, à la manière d'un ganglion, sous une couche assez épaisse de parties molles, que sa forme est ovoïde, son volume comparable à celui d'un œuf de pigeon, sa surface égale et régulière, sa consistance ferme comme celle d'un tissu fibreux, et qu'elle ne présente ni fluctuation ni élasticité appréciable. Par la pression on n'y détermine aucune douleur, et cependant on est naturellement conduit à attribuer à sa présence celles que la malade éprouve de temps à autre, car on ne trouve ni dans le sein ni dans les parties voisines, rien qui puisse en donner une autre explication.

Cette jeune fille est d'une bonne santé, du reste, et n'a jamais eu d'affection ayant quelque rapport avec celle qu'elle porte aujourd'hui ; cependant, nous avons appris depuis l'opération qu'elle était sujette, dans son enfance, aux affections vermineuses; qu'elle a rendu souvent alors, et même encore il y a deux ans, une grande quantité de vers lombrics, soit par les selles, soit par le vomissement.

La tumeur ne présentait pas de caractères assez tranchés pour asseoir un diagnostic précis ; aussi M. Velpeau se contenta-t-il d'émettre l'idée qu'il s'agissait d'une tumeur concrète, et très-probablement d'une tumeur fibreuse, ou adénoïde, ou fibro-plastique, ou peut-être

---

FEUILLETON.

Le silicium et les siliciures métalliques. — Le bœuf musqué. — Les Aquaria d'eau de mer et d'eau douce.

Tous les métaux et certains métalloïdes (charbon, bore, silicium) jouissent de la propriété de se dissoudre mutuellement et de donner naissance à des alliages. Ces combinaisons se comportent comme de véritables dissolutions d'un métal dans un autre, et on peut, comme dans les solutions aqueuses, en extraire par évaporation ou changement de température, soit une combinaison hydratée, soit le métal lui-même à l'état de pureté. On savait déjà que le silicium pouvait cristalliser dans l'aluminium, et il semblait peu probable que ce métal fût le seul qui pût dissoudre le silicium. MM. Sainte Claire Deville et Caron se mirent donc à l'œuvre, et eurent bientôt le bonheur de trouver un nouveau dissolvant : c'était le zinc, qui, par sa volatilité, présentait de nouvelles conditions de succès. En effet, les corps simples dissous dans ce métal peuvent en être extraits par la dissolution du zinc dans les acides, si le corps simple est inattaquable par ces agents, et par l'évaporation du zinc, s'il est fixe.

Cette préparation du silicium par le zinc n'offre pas de difficultés, et permet d'obtenir à peu de frais des quantités considérables de beaux échantillons. On fait rougir un creuset de terre, dans lequel on verse un mélange de trois parties de fluo-silicate de potasse, une partie de sodium en petits fragments, et une partie de zinc grenaillé. On chauffe alors au rouge, on maintient le creuset à cette température jusqu'à ce que la scorie soit fondue, mais en évitant la volatilisation du zinc. Le creuset est alors abandonné au refroidissement, puis on le casse et on en retire un culot de zinc pénétré dans toute sa masse de longues aiguilles de silicium. Pour les extraire, il suffit de dissoudre par l'acide chlorhydrique le zinc qui sert de gangue, et de les faire bouillir avec l'acide nitrique. On obtient ainsi de très-beaux et très-volumineux cristaux de silicium.

Si l'on chauffe le zinc silicé à une température bien plus élevée que celle de la vaporisation du métal, le silicium reste à l'état d'une matière fondue, entièrement dépouillée de zinc. Ce silicium pur peut se fondre et se couler dans des moules.

MM. Sainte-Claire Deville et Caron ne bornent point là leurs recherches, ils veulent étudier les combinaisons du silicium avec les principaux métaux; et déjà ils ont établi que le silicium et le fer donnaient plusieurs sortes de fonte et d'aciers extrêmement fusibles, et dans lesquels le silicium joue le rôle du charbon. Sur la demande du directeur de l'atelier de précision au comité de l'artillerie, ils ont coulé deux petites pièces de canon en siliciure de cuivre. Cet alliage contenant 4,8 pour 100 de silicium, est d'une belle couleur bronze clair : moins dur que le fer, il se comporte, à la lime, à la scie et au tour, exactement comme le fer; tandis que le bronze ordinaire graisse les outils. Sa ductilité est parfaite; sa ténacité est au moins égale à celle du fer, et il est aussi fusible que le bronze.

Dans tous les siliciures, le silicium est distribué d'une manière uniforme dans toute la masse, si bien que, toujours homogènes, ils ne sont pas susceptibles de liquation.

Quand on prépare le silicium avec du chlorure de sodium ou de silicium dans des nacelles de cuivre, celles-ci se recouvrent d'une couche de métal blanc, assez dure pour résister à la lime. C'est le siliciure de cuivre qu'on prépare en grand de la manière suivante : On fait fondre ensemble 3 parties de fluosilicate de potasse, 1 partie de sodium et 1 partie de tournure de cuivre, à une température telle que le bain métallique se recouvre d'une scorie très-liquide. Le cuivre s'empare d'une forte proportion du silicium mis à nu, et reste sous la forme d'une matière blanche, plus fusible que l'argent.

MM. Sainte-Claire Deville et Caron se proposent de continuer ces recherches ; nous tiendrons nos lecteurs au courant de leurs travaux.

— Un lieutenant de vaisseau de la marine française, M. E. de Bray, attaché à l'expédition arctique anglaise envoyée à la recherche de sir John Franklin (1852, 1853, 1854), tuait, il y a quatre ans, dans l'île Melville, un de ces animaux que les Esquimaux nomment *oomingmak*, et que nous connaissons sous le nom de bœuf musqué. Rentré en France, M. de Bray offrait au Muséum le squelette de cet animal. La note qu'il vient de lire à l'Institut sur la nature, et les habitudes de ce ruminant nous semble présenter quelque intérêt.

Le bœuf musqué habite les latitudes élevées de l'Amérique du Nord ; il étend son domaine jusqu'au delà du cercle arctique. De petite taille, il semble cependant fort gros, à cause de son énorme quantité de laine et de poils. Il est d'un brun noirâtre, à l'exception d'une mèche blanchâtre sur le dos (la selle); sur 12 à 1,500, M. de Bray n'en vit qu'un d'une blancheur éclatante. Pendant l'hiver sa laine est fine et serrée, et le préserve parfaitement du froid. Ses cornes, larges et aplaties à la base, semblent lui couvrir le front d'un casque. Ses oreilles et sa queue, extrêmement courtes, sont complétement cachées par les crins.

Cet animal fréquente de préférence les lieux incultes et sauvages, se nourrissant d'herbes, de mousses ou de lichens, suivant les saisons. Quoique pourvu de membres courts, il galope avec une grande vélocité et gravit des pentes escarpées qui semblent défier l'homme.

Les bœufs musqués n'émigrent pas, mais ils se rassemblent pour se défendre contre les loups.

Lorsque les chasseurs viennent les attaquer, ils se réunissent tous et forment une phalange très-compacte. Ils placent au centre les jeunes animaux, le train de derrière dirigé vers ce centre, et présentant ainsi

même d'une tumeur tuberculeuse dont il était prudent de pratiquer l'extirpation, sans rejeter pourtant complétement la possibilité d'un petit abcès froid symptomatique, à parois épaissies; car la tumeur paraissait annexée profondément à une sorte de pédicule dirigé vers les côtes.

Le 15 juillet, M. Velpeau procède à l'extirpation de la tumeur à l'aide d'une incision transversale de 7 à 8 centimètres. La tumeur, accrochée à l'aide d'une érigne, s'affaissa en grande partie pendant que l'on cherchait à l'isoler par une dissection assez pénible. Située sous le bord interne du grand dorsal et sous les faisceaux contigus du grand dentelé, on fut obligé d'exciser une partie de ces muscles pour l'enlever complétement.

La plaie, anfractueuse et profonde, ne fut réunie que vers ses extrémités à l'aide de quelques serres-fines, et pansée simplement. Cependant la réunion se fit à la surface, et l'on fut obligé de la détruire avec le doigt dès le deuxième jour, et d'appliquer des cataplasmes pour remédier à la douleur et à la réaction fébrile que déterminait la rétention des liquides.

A partir de ce moment, la cicatrisation marcha régulièrement. Le 8 août elle était complète, et la malade quitta l'hôpital parfaitement guérie.

Description de la pièce. — La tumeur, singulièrement affaissée après l'opération, ainsi que je l'ai déjà dit, se trouve fixée à la face profonde de la portion excisée du grand dentelé. Son aspect blanchâtre, son état flétri, permettent de reconnaître au premier coup d'œil qu'il s'agit d'une tumeur hydatique, et par une dissection attentive il est aisé de s'assurer qu'elle affecte avec le muscle lui-même des rapports intimes. Elle se trouve constituée à l'extérieur par un kyste fibreux, à parois très-minces et transparentes, adhérent par sa moitié externe aux fibres musculaires, qui prennent ainsi à sa surface des points d'implantation, et paraissent avoir été écartées les unes des autres par le développement progressif de la tumeur. Ce kyste, à vrai dire, n'est plus renfermé aujourd'hui dans l'épaisseur du muscle, puisqu'il fait presque entièrement saillie à sa face interne; mais son adhérence intime par une grande partie de sa surface ne permet guère de douter qu'il n'y ait pris naissance. Sa cavité, qui pourrait à peine contenir une petite noix, est lisse, régulière, et se trouve entièrement remplie par l'hydatide qu'on apercevait déjà par transparence, et qui se trouve si bien caractérisée par ses parois stratifiées, blanches, épaisses, friables, élastiques, tremblottantes, tout à fait comparables à de l'albumine cuite, et constituées au microscope par une substance amorphe finement granuleuse. C'est une hydatide solitaire qui se trouve un peu dénaturée dans sa forme; car pendant l'opération elle a été fractionnée en deux moitiés hémisphériques dont les bords sont recoquillés en vertu de leur extrême élasticité, et le liquide a été évacué par le fait de la rupture. A la surface interne de cette poche hydatique, on ne remarque aucun de ces corpuscules analogues à de petits grains de semoule que l'on constate habituellement dans les hydatides du foie, et qui représentent autant d'échinocoques. On ne retrouve non plus au microscope aucun vestige de ces entozoaires dans le peu de liquide que l'on s'efforce de recueillir.

C'est une particularité curieuse, qui semble appartenir aux hydatides des muscles, que cette absence d'échinocoques dans leur intérieur; car M. Robin m'a assuré lui-même n'en avoir jamais rencontré dans les cas qu'il a eu occasion d'examiner, et si cette loi venait à se trouver confirmée par des faits ultérieurs et plus nombreux, ce serait là un point intéressant de l'histoire de ces entozoaires, dont le mode de développement est d'ailleurs si mal connu.

Pour en revenir au point de vue clinique de la question, rappelons que M. Velpeau, dans ces trois dernières années, a eu occasion d'observer et d'opérer dans le voisinage de cette même région deux tumeurs hydatiques plus volumineuses que celle-ci, dont l'une siégeait dans la région scapulaire, l'autre tout auprès de l'aisselle; mais la consistance de ces deux tumeurs, leur fluctuation manifeste, avaient permis de soupçonner d'avance la présence d'un kyste, et même d'un kyste hydatique; tandis que pour celle-ci, avec sa consistance de tumeur concrète, l'idée ne lui en est pas même venue à l'esprit. Il le regrette d'autant plus qu'alors il aurait pu se borner à un traitement beaucoup plus simple, et au lieu de s'évertuer à enlever toute la tumeur, au risque de mutiler les muscles du voisinage, il se serait contenté d'inciser cette tumeur, et de bourrer avec de la charpie l'intérieur de sa cavité, afin de la faire suppurer.

La rareté des hydatides des muscles, jointe à l'absence de signes suffisants, empêche le plus ordinairement de reconnaître et de préciser la nature des tumeurs qu'elles constituent; cependant leur rareté n'est peut-être pas aussi réelle que le silence des traités classiques semblerait devoir le faire supposer : bon nombre de chirurgiens en ont rencontré des exemples en différentes régions; M. Demarquay entre autres m'a dit en avoir observé dans sa pratique deux ou trois cas, dans le biceps brachial, dans les muscles internes de la cuisse et ailleurs; de sorte que la science aurait certainement à gagner à connaître l'histoire détaillée de chacun de ces cas particuliers qui ont été presque tous et presque nécessairement autant d'erreurs de diagnostic.

Eug. Nélaton,
interne du service.

HOPITAL ST-ANDRÉ DE BORDEAUX. — M. Gintrac.

Apoplexie nerveuse.

M..., âgé de quarante-six ans, terrassier, est porté à l'hôpital le 10 avril 1857. Les personnes qui l'accompagnent racontent que le 8 mars, M..., qui mène une vie très-régulière et qui se nourrit fort sobrement, fut pris le matin, subitement, sans phénomène précurseur, d'une perte absolue de connaissance. Il tomba sur le côté droit du corps et ne put pas se relever. Pendant plusieurs heures il perdit l'usage de ses sens. Un médecin, appelé sur-le-champ, constata une paralysie des membres supérieur et inférieur du côté droit. Une saignée du bras fut pratiquée, des sangsues furent mises derrière les oreilles, et des vésicatoires placés aux jambes. Plus tard, quelques purgatifs, le calomel entre autres, furent administrés; il n'y eut aucune amélioration. Le malade ne pouvait ni tirer la langue ni parler; les membres étaient dans la même immobilité.

Admis à la clinique, M... offre les phénomènes suivants : paralysie complète du mouvement et du sentiment dans les membres supérieur et inférieur droits. Soulevés, ils retombent de leur propre poids; ils ne peuvent exécuter aucune espèce de mouvement; les piqûres les plus fortes ne provoquent aucune sensibilité.

La station est impossible; les membres du côté gauche jouissent de leur mobilité naturelle, les traits de la face ne sont pas déviés, la parole est toujours très-embarrassée, l'intelligence fortement obtuse. Du côté des organes respiratoires ou digestifs, on ne trouve aucun symptôme particulier; mais il existe une eschare considérable au sacrum. La peau, le tissu cellulaire, sont fortement corrodés; la suppuration qui en résulte entraîne la perte des forces du sujet. Les pansements réguliers ne peuvent arrêter ce désordre. Le malade meurt le 16 mai, ayant toujours les symptômes de l'hémiplégie.

Nécropsie. — Le crâne ayant été enlevé avec beaucoup de soin, les méninges n'offrent aucune trace d'altération, pas même la plus légère injection. Il n'y a aucun vestige d'infiltration. Cette intégrité parfaite des méninges s'observe aussi bien au sommet qu'à la base du crâne. Le cerveau, examiné dans toute son étendue avec la plus scrupuleuse attention, offre une consistance normale; il n'y a ni pointillé rougeâtre, ni ramollissement. Les ventricules contiennent une faible quantité de sérosité limpide, c'est-à-dire celle que l'on retrouve chez les sujets dont le cerveau n'a jamais été le siége de lésion. Les couches optiques, les corps striés, le septum lucidum, la voûte à trois piliers, ont leur densité et leur couleur ordinaires. Les vaisseaux artériels et veineux qui rampent à la surface de l'encéphale, ou qui s'y distribuent, ne sont point engorgés et ne présentent aucune modification de structure. La moelle épinière est dans une intégrité parfaite. Les poumons, le cœur et les organes digestifs ne sont le siége d'aucune altération. L'eschare du sacrum offre 4 centimètres de longueur sur autant de largeur. Les muscles et le tissu cellulaire voisin sont dans une putréfaction complète et se détachent par lambeaux grisâtres.

L'existence d'une apoplexie ne saurait être mise en doute. La perte subite de connaissance, la paralysie permanente et complète du côté droit du corps, la faiblesse de l'intelligence, me paraissent des symptômes bien caractéristiques; et cependant, malgré l'attention la plus soutenue et les investigations les plus minutieuses, aucune lésion n'a été constatée dans l'appareil cérébro-spinal. Peut-on croire que l'hémorrhagie cérébrale ait été résorbée? mais il faut, pour l'accomplissement de cet acte, un temps qui n'a pas existé. Une congestion, si légère qu'on la supposerait, mais suffisante cependant pour amener des troubles aussi graves, aurait dû laisser certainement des traces évidentes de son passage; elle ne pouvait pas du moins être considérée comme la cause actuelle des phénomènes paralytiques. Il existait donc une apoplexie sans caractères anatomiques appréciables. Peut-être un jour découvrira-t-on des altérations qui nous échappent aujourd'hui. En attendant des recherches ultérieures, on est obligé d'admettre une apoplexie nerveuse, c'est-à-dire avec absence de toute lésion anatomique de l'encéphale et du prolongement rachidien.

AIGUILLE AVALÉE. — MORT. — AUTOPSIE.

Par M. le docteur Bouteiller fils.

Le 9 janvier 1854, Mlle C..., âgée de vingt-cinq ans, aveugle depuis longtemps, avala par mégarde en montant un escalier une aiguille qu'elle tenait à sa bouche. Cette aiguille était du n° 5, qualité inférieure; elle avait presque 4 centimètres de longueur.

Je fus appelé sur-le-champ, ainsi qu'un confrère, M. le docteur Haulon, et mon père, médecin de la famille depuis de longues années. Je fis, mais en vain, les explorations les plus minutieuses pour voir ou sentir le corps étranger. M. Haulon fit plus, il chercha à l'extraire à l'aide d'une éponge enfoncée dans l'œsophage au bout d'une baleine flexible. Enfin, mon père chercha, quoiqu'il ne sentît pas l'aiguille, à l'extraire avec une pince courbe poussée à l'entrée de l'œsophage. Tout fut inutile et ne fournit même aucune indication sur le lieu occupé par le corps étranger.

Dans les premiers jours, la malade accusa un sentiment de piqûre à gauche du larynx, puis tout le cou devint douloureux; la douleur accusée à gauche détermina les parents à placer sur le cou un fort aimant. La malade ressentit une douleur vive chaque fois qu'on l'y plaça; mais l'aiguille ne vint pas, comme on l'espérait, percer la peau.

On la fit alors entrer à l'Hôtel Dieu de Rouen à titre de pensionnaire, dans le service de M. A. Flaubert, le 25 janvier.

Les accidents augmentèrent, la fièvre s'alluma, et dans les premiers jours de février une tumeur apparut à la partie supérieure du cou, au-dessous de la région parotidienne droite.

Le 6, M. Flaubert perçut une légère fluctuation en ce point, et il devait le lendemain pratiquer une incision; mais le 7, avant la visite, la malade succomba subitement.

Autopsie. — Le 8 février, nous nous bornâmes à rechercher l'aiguille, M. Flaubert et moi, la famille ayant refusé une autopsie complète. La dissection nous a fait rencontrer une foule de foyers purulents au-dessous de la région parotidienne droite, entre tous les organes du cou de ce côté, notamment dans les scalènes, autour de la veine jugulaire et de l'artère carotide. La veine jugulaire ouverte nous a paru présenter un commencement d'inflammation, à cause de petits caillots adhérents et d'une sérosité trouble que nous y avons constatés. Dans la carotide, il y avait de petits caillots et beaucoup de sérum.

A droite, l'apophyse mastoïde était dépouillée de son périoste; il en était de même des apophyses transverses cervicales.

---

la tête à l'ennemi dans toutes les directions. Les mâles labourent la terre de leurs cornes et de leurs pieds, comme pour se préparer au combat. Alors l'un d'eux, le plus vieux de la troupe et le plus expérimenté, sort des rangs, examine le terrain, et revient en surveillant les moindres mouvements des chasseurs. L'aspect de cette phalange est terrible; mais ces bœufs, stupides ou trop confiants en leur force, se laissent approcher à une très-petite distance. Au premier coup de feu, tous se mettent à fuir, laissant morts et blessés. Cinq ou six chasseurs peuvent détruire une vingtaine de bêtes. M. de Bray n'a jamais vu qu'un seul de ces animaux charger. La pauvre bête avait douze balles dans le corps et voulait vendre chèrement sa vie.

— Les *aquaria* d'eau de mer et d'eau douce ont rendu de si grands services à l'étude de la pisciculture, qu'on ne saurait suivre sans intérêt la communication que M. le comte de Valmer vient de faire à leur sujet devant la Société zoologique.

Un aquarium est un réceptacle de formes diverses, depuis le bassin, le rocher, la fontaine, jusqu'au simple globe de verre de l'amateur, où l'on tient dans des conditions favorables à l'observation les poissons de mer ou d'eau douce. Une glace placée à la surface permet de suivre les mouvements de cette classe si intéressante et si peu connue d'animaux, et en même temps d'assister au développement des plantes qu'on doit y entretenir. Nous allons d'abord voir la manière dont on établit un aquarium d'eau de mer.

Longtemps on a cru qu'il était impossible de conserver des animaux marins sans renouveler souvent l'eau de l'aquarium, mais on a reconnu qu'avec quelques précautions on pouvait fort bien atteindre ce résultat. Dans le réceptacle destiné à recevoir les poissons, on commence par introduire l'eau de mer dépouillée de toutes les matières animales qui pourraient s'y corrompre; puis on a le soin de placer au fond de l'eau de petits fragments de rocher sur lesquels sont implantées des plantes marines. La présence de ces plantes dans l'eau est de première nécessité, et on le comprendra facilement en se rappelant le rôle qui leur a été assigné.

Les poissons, comme tous les animaux, ont besoin d'oxygène pour vivre, et ce sont les plantes qui doivent le leur procurer. Par un beau jour d'été, il n'est pas que vous n'ayez vu sous un rayon brûlant de soleil se détacher des plantes qui tapissent le fond d'une pièce d'eau, de légers globules venant éclater à la surface, et alors les poissons courir et happer en quelque sorte ces bienheureuses bulles, qui ne sont autre chose que de l'oxygène pur. A leur tour, les poissons rendront à ces plantes l'acide carbonique dont elles ont besoin. Ce que la nature fait chaque jour en grand dans les Océans comme dans les petits cours d'eau, il faut le répéter dans l'aquarium, sous peine d'y voir mourir les poissons qu'on y retient.

On place dans l'eau des algues (Coraline rose, Rhodymenia pourpre, et surtout l'Ulva verte) qu'on maintient au fond du bassin au moyen de petits cailloux, et on commence alors à les peupler. L'aquarium doit représenter, autant que possible, la manière d'être de l'eau où vivait primitivement le poisson qu'on veut pour ainsi dire domestiquer. Aussi commence-t-on à s'adresser aux polypes, aux mollusques qui peuvent le garnir, et ici c'est, bien entendu, aux variétés les plus gracieuses que l'amateur s'adresse de préférence. On voit alors s'épanouir ces fleurs vivantes qu'on nomme anémones de mer, l'actinia et le mesembrianthemum, les crassicornes aux couleurs les plus variées et qui se développent en gracieux dalhias. Je ne ferai que signaler encore la marguerite de mer, et cette gelée rose, olive ou blanche (dianthus) qui s'attache aux coquilles d'huître, et qui s'épanouit en fleurs pareilles aux riches diamants.

Voici maintenant les ennemis qu'il faut combattre : les animaux microscopiques pullulent très-vite, mais on peut y remédier par des petits crabes bruns qui s'en nourrissent, et qui de plus font disparaître la semence que les plantes répandent en assez grande abondance pour envahir en peu de temps le bassin et gêner l'observation. Quelques coquillages (*Nérites*) se chargent d'en couper les herbes, et d'éclaircir les endroits trop touffus. La poussière qui recouvre l'eau fait l'office de la glace, et empêche l'air d'y pénétrer, il faut donc empêcher son accumulation. Reste enfin le soleil lui-même, qui, par trop d'ardeur, peut nuire à la colonie; aussi doit-on toujours abriter suffisamment l'aquarium, pour que l'eau soit toujours fraîche à la main.

Le plus souvent, on peut au lieu de l'eau de mer naturelle, employer l'eau de mer de M. Mialhe, ou toute autre composition équivalente. Enfin, il faut avoir soin d'enlever tous les poissons, mollusques et autres habitants de l'aquarium qui, passés de vie à trépas dans l'eau, en pourraient altérer la pureté.

L'aquarium d'eau douce demande beaucoup moins de soin à établir. Les mêmes principes doivent du reste présider à sa construction. Dans le réceptacle, on place quelques pouces de bourbe de mare, qu'on empêche de remonter à la surface au moyen de petits graviers. C'est dans cet aquarium qu'on peut semer les *Vallisneria spiralis*, et toutes les gracieuses plantes que fournit la famille des Hydrocharidées, les Nayadées et les Nymphéacées.

Des tritons, grillons et limaces d'eau compléteront la famille accessoire de cet aquarium. M. de Valmer recommande aussi comme sujet de cette curieuse observation une punaise, le notonecte, dont les mœurs sont fort singulières. Renversée sur le dos tout le jour, elle se laisse glisser à la dérive pour surprendre les animalcules assez imprudents pour se confier à cette dangereuse nacelle; puis, lorsque la nuit vient, cette punaise fait la culbute, et déployant ses ailes, s'envole à la poursuite des moucherons, pour revenir ensuite, au point du jour, se placer de nouveau dans son décubitus dorsal attendre une proie nouvelle.

Tels sont ces réceptacles auxquels nous devrons la connaissance parfaite des mœurs intimes, des besoins et des habitudes de ces poissons, que la pisciculture nous laisse entrevoir comme une source de richesses.

Dr E. Renaud.

Derrière l'œsophage et à gauche, s'étaient formés aussi des clapiers purulents, mais dans une moins grande étendue.

L'œsophage ayant été ouvert, nous avons aperçu à la paroi postérieure, sur la ligne médiane, une ulcération arrondie, de 1 centimètre de diamètre, ayant entièrement perforé ce conduit; il a suffi d'y poser le doigt pour sentir la pointe de l'aiguille. Il est important de noter qu'elle ne faisait point saillie dans l'œsophage : en tirant sur cette pointe on a extrait l'aiguille, qui était dirigée de dedans en dehors et de droite à gauche, et fixée dans les parties fibreuses et tendineuses qui recouvrent en avant la colonne vertébrale. L'aiguille était donc sortie de l'œsophage par sa grosse extrémité, et s'était portée horizontalement de la partie médiane vers le côté gauche.

Cette ulcération était située à la hauteur du disque qui sépare les quatrième et cinquième vertèbres cervicales, elle répondait lors de l'autopsie à l'orifice supérieur du larynx ; cependant elle n'avait été accessible ni à mon doigt, ni à celui de mon père, qui du reste arriva après l'introduction de l'éponge, tandis que moi j'avais exploré sur-le-champ.

On le voit, la mort était inévitable dans ce cas. L'opération que M. Flaubert voulait faire n'aurait pas amené la sortie de l'aiguille, et n'aurait même pas vidé tous les clapiers du cou.

Quant à la mort subite, faut-il l'attribuer à la phlébite? Je suis tenté de le croire; cependant, on ne peut rien affirmer, puisqu'on n'a pas poussé l'autopsie assez loin. Faut-il penser que le canal vertébral a été ouvert par le pus et la moelle attaquée, comprimée? Je ne saurais m'arrêter à cette idée; l'inflammation était trop récente pour cela.

Enfin, comme dernière circonstance, nous avons trouvé l'aiguille, il est vrai, mais du côté du chas il manquait presque 1 centimètre. Je pense que cette fraction eût été trouvée en avant de la colonne vertébrale, si l'on avait beaucoup plus disséqué; toutefois le doigt n'a pu rien sentir. Ce fragment, au contraire, a-t-il fui ailleurs, et n'est-ce pas à lui que serait due la mort subite? Cela restera toujours ignoré. Enfin, on peut supposer que la malade se trompait quand elle disait avoir avalé l'aiguille entière; peut-être a-t-elle cassé l'aiguille dans sa bouche et en a-t-elle rendu sur-le-champ une partie.

D'un autre côté, en admettant que l'aiguille fût entière quand elle a perforé l'œsophage, on peut se demander si ce ne sont pas les manœuvres de l'éponge qui l'ont cassée.

Quoi qu'il en soit, cette observation est très-intéressante à plus d'un titre, et la seule conclusion que je veuille en tirer, sans incriminer, bien entendu, la conduite d'un honorable confrère qui a agi comme bien d'autres avant lui, est celle-ci : « Dans le cas d'une aiguille avalée, je ne ferais aucune tentative avant d'avoir *bien nettement senti* ce corps étranger. »

(*Bulletin de la Société de méd. de Rouen*, 1857.)

CAS DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

ne donnant lieu à aucun accident pendant dix ans, et permettant plusieurs grossesses normales.

Par le docteur Will.

Une femme de trente-neuf ans, de faible constitution, fut atteinte dix années auparavant et pendant sa première grossesse, d'une affection hypogastrique inflammatoire : à l'étonnement de son médecin, l'avortement n'eut pas lieu. Au terme voulu de cette grossesse survinrent de fortes douleurs, lesquelles diminuèrent sensiblement après des pertes peu abondantes de mucosités sanguinolentes par le vagin, et bientôt cessèrent entièrement, ainsi que les mouvements du fœtus.

En 1850 eut lieu une deuxième grossesse dont le cours fut tout à fait normal, et en 1851 elle accoucha d'une fille bien portante. En février 1854, elle accoucha d'un garçon en bon état, mais le troisième jour elle ressentit du frisson, et plus tard des douleurs à l'hypogastre; il y eut fièvre, constipation, vomissements de matière verdâtres, et trois mois après l'accouchement, cette femme mourut dans un état d'émaciation considérable.

A l'autopsie, on trouva dans la cavité abdominale un fœtus d'une couleur jaune clair, occupant un espace compris entre la région ensiforme (*Processus ensiformis*) jusqu'à la région vaginale, ayant la tête dirigée vers le haut et le dos tourné du côté droit de la mère. Ce fœtus était contenu, flottant, dans un kyste adhérent en avant aux parois abdominales, en arrière sur plusieurs points, avec la masse intestinale. Ce kyste contenait aussi des matières fécales qui, par trois ouvertures, s'y étaient versées du canal intestinal.

L'utérus se trouvait placé directement sous ce kyste, sans avoir aucun rapport avec lui. Du reste, l'utérus, comme l'ovaire droit, et les trompes de Fallope étaient dans un état normal. L'ovaire gauche manquait.

Dans le courant des deux grossesses, comme aussi en dehors d'elles, la tumeur non-seulement ne réveilla aucune douleur; mais elle ne causa même pas la moindre incommodité à cette femme.

(*Montly Journal.*)

DES MOUVEMENTS DE L'IRIS.

Budge attribue la sensibilité de l'iris à la cinquième paire exclusivement, et met en doute l'influence des nerfs optique, oculo-moteur commun et sympathique. L'irritation de la troisième paire, chez les mammifères et les oiseaux, entraîne la contraction de la pupille, et celle du grand sympathique la dilatation de cet organe; l'électricité appliquée directement sur l'iris produit, chez les oiseaux, une contraction générale et rapide, qui est plus lente chez les mammifères. L'action réflexe qui cause la contraction de la pupille, par suite de l irritation du nerf optique, a lieu par l'intermédiaire des tubercules quadrijumeaux, après l'ablation desquels cette action réflexe ne s'observe plus. La section du nerf de la cinquième paire, avant comme après celle du ganglion de Gasser, produit la contraction de la pupille correspondante. Budge en conclut que la branche ophthalmique du trijumeau contient des filets moteurs pour le sphincter de l'iris.

L'auteur décrit dans la moelle deux organes centraux pour l'iris:

1° Le centre cilio-spinal inférieur, situé, chez les lapins, entre la sixième vertèbre cervicale et la quatrième dorsale, et dont l'extirpation entraîne la contraction de la pupille, tandis que son irritation en produit la dilatation; l'irritation de l'une des moitiés latérales, séparées l'une de l'autre par une division longitudinale, produit la dilatation de la pupille correspondante; les fibres auxquelles est attribuée cette influence abandonnent la moelle par son faisceau antérieur.

2° Le centre supérieur de ce que Budge appelle l'*iris sympathicus* siége près du point d'émergence de la neuvième paire, et est en relation avec le ganglion cervical supérieur par les fibres anastomotiques qui relient la neuvième paire au grand sympathique. Budge refuse au pneumogastrique toute influence sur l'iris.

Quant à l'influence de la distance des corps lumineux sur la largeur de la pupille, les expériences de Budge démontrent que le degré de contraction de l'iris n'est point exactement proportionnel à cette distance. Ainsi, ces derniers étant comme 1 : 2 : 3, les diamètres de la pupille étaient comme 1 : 1,096 : 1,165. De semblables expériences relativement à l'influence qu'exerce sur la largeur de la pupille une intensité variable de la lumière ont donné pour des intensités entre elles comme 30 : 9 : 4 : 2, des diamètres de la pupille entre eux, comme 3 : 3,47 : 3,94 : 4,73. — (Brunswick, 1855.)

UN MOT

à propos de l'exfoliation de la muqueuse utérine,

Par M. le Dr Raciborski.

M. le docteur Eugène Giraudet, professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de Tours, a publié dans le numéro du 6 août de la *Gazette des Hôpitaux*, plusieurs faits empruntés à la médecine comparée, qu'il considère comme exemples d'exfoliation pathologique de la muqueuse utérine. Dans un travail que je viens de publier (1), je crois avoir démontré que l'exfoliation physiologique de la muqueuse utérine est particulièrement propre à l'espèce humaine, et que, contrairement à l'opinion de la plupart des physiologistes, il n'y a point de *caduque* proprement dite chez les animaux domestiques.

La manière dont M. Giraudet envisage les faits rapportés dans l'article que je viens de citer pouvant faire supposer le contraire, je tiens, dans l'intérêt de la science, à constater qu'il y a eu évidemment erreur de la part de ce médecin distingué dans l'appréciation des lésions dont il donne la description.

L'exfoliation de la muqueuse utérine est un acte par lequel cette membrane se sépare physiologiquement des tissus sous-jacents sous l'influence de la fécondation, et doit être remplacée par une membrane de nouvelle formation. Ceux qui, à l'exemple du professeur Simpson (d'Edimbourg), avaient admis l'*exfoliation pathologique* de la muqueuse utérine chez la femme, ne l'avaient admise qu'aux mêmes conditions. Dans l'un comme dans l'autre cas, il devait y avoir toujours une nouvelle muqueuse remplaçant l'ancienne exfoliée. Or il n'y a rien de semblable dans les observations de M. Giraudet, qui constituent tout bonnement des exemples, fort curieux d'ailleurs, d'une altération spéciale de la muqueuse utérine paraissant pouvoir régner quelquefois d'une manière épidémique. Que la muqueuse ainsi altérée, surtout après une longue macération dans des collections liquides dont l'utérus était distendu, s'enlève par lambeaux, que les cotylédons se détachent chez les herbivores spontanément ou à une très-légère traction, tout cela n'est que fort naturel. On voit de la même manière la muqueuse utérine de nouvelle formation s'enlever, tomber en putrilage, et laisser le tissu musculaire à nu chez beaucoup de femmes à la suite de fièvre puerpérale. Mais ce que je tiens à constater, c'est que toutes ces altérations sont entièrement étrangères à l'exfoliation. L'exfoliation de la muqueuse utérine n'existant pas chez les animaux à l'état physiologique, nous n'avons aucune raison de l'admettre chez eux dans des conditions morbides.

Toutefois, si quelqu'un prétend nous en faire connaître des exemples, il faut que l'on soit averti que nous réclamons toujours comme preuve, la démonstration de la muqueuse de nouvelle formation, caractère *sine quâ non* de l'exfoliation proprement dite.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 août 1857. — Présidence de M. Michel Lévy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet à l'Académie une caisse contenant des échantillons d'eau minérale provenant d'une source, dite source Volot, située dans la commune de Fontaine-Bonneleau (Oise), avec demande d'avis. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

MM. Bonnet (de Lyon) et Sédillot (de Strasbourg) écrivent à l'Académie pour la remercier de leur nomination aux places de membres associés.

— M. Landouzy (de Reims), membre correspondant, demande à être porté sur la liste des candidats aux places de membres associés nationaux pour la section de médecine. Il joint à sa lettre la liste de ses titres à l'appui.

— M. Mathieu adresse une note sur un nouveau traitement du choléra, dont il a eu, dit-il, l'occasion de vérifier l'efficacité dans son service de l'hôpital de la Charité (Nièvre). (Commission du choléra de 1854.)

— M. Bourguet, chirurgien en chef de l'hôpital d'Aix, adresse un travail sur les injections d'iode combinées aux ponctions préalables, dans le traitement des kystes volumineux, des grandes collections purulentes et hématiques, des hydropisies articulaires étendues, etc. (Commissaires, MM. Velpeau et Longet.)

Amylène. — M. GIRALDÈS adresse la lettre suivante :

Je viens solliciter l'Académie de vouloir bien me permettre de lui soumettre quelques remarques (car je n'ose parler de rectification) au rapport de M. Jobert (de Lamballe) sur une note (*Etudes cliniques sur l'amylène*) que j'avais eu l'honneur de lire devant l'Académie.

« Dans sa communication, dit M. le rapporteur, M. Giraldès s'est proposé de démontrer que l'amylène était moins dangereuse que le chloroforme et devait être employée de préférence »; mais nous ne trouvons pas qu'il ait donné des raisons suffisantes à l'appui de son opinion. (*Gazette médicale*, 23 août 1857.)

Dans ma communication à l'Académie, je me suis proposé, non point comme le dit M. le rapporteur, de démontrer que l'amylène était moins dangereuse que le chloroforme et qu'elle devait être employée de préférence, mais bien de montrer, d'après 79 observations, que chez les enfants en bas âge, et dans les conditions que j'ai eu soin de préciser, l'amylène était préférable au chloroforme.

Sans doute je n'ai pas donné assez de raisons à l'appui de mon opinion; j'ai fait mieux..... j'ai donné le résumé de 79 observations, dont plusieurs sont des exemples d'anesthésie produite cinq et six fois chez le même enfant sans *le moindre accident*.

C'est après avoir pendant longtemps constaté les effets quelquefois nuisibles et parfois dangereux du chloroforme chez des enfants, après avoir essayé dans 79 cas les effets de l'amylène, que j'ai formulé cette conclusion que je me crois en droit de maintenir, à savoir que, dans les conditions indiquées dans ma note, l'amylène est préférable au chloroforme. Au 1er juin de cette année, 100 observations d'anesthésie donnaient pleine confirmation à cette conclusion.

Il est vrai de dire que si on donne l'amylène dans des appareils vicieux, si on y verse surtout de grandes quantités de cet agent, on change complétement les conditions de l'expérimentation, et rien d'étrange dès lors de voir quelquefois des phénomènes graves se produire.

L'Académie me permettra, en terminant cette lettre, de lui rappeler que l'éther, agent beaucoup moins dangereux que le chloroforme, change en noir la coloration du sang chez les individus soumis à ses inhalations.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la présence de MM. Weiss (de Saint-Pétersbourg), Neumann (de Bonn) et Ehrenberg (de Berlin).

— L'ordre du jour appelle à la tribune M. Trousseau pour la lecture d'un rapport.

RAPPORT.

Traitement du croup. — M. TROUSSEAU lit en son nom et au nom de M. Blache un rapport sur un mémoire de M. Loiseau ayant pour titre : *Procédé simple et facile à l'aide duquel on pénètre dans les voies aériennes pour les cautériser, en extraire les fausses membranes, dilater la glotte, y introduire toutes les substances liquides ou pulvérulentes qui servent au traitement du croup, afin de suppléer à la trachéotomie lorsqu'elle n'est pas acceptée.*

S'étant trouvé dans la cruelle situation de voir périr des malades pour lesquels on avait refusé le secours si utile de la trachéotomie, M. Loiseau a imaginé dès l'année 1840 un procédé simple et facile, à l'aide duquel il peut, dans quelques cas, suppléer à cette opération.

Le but qu'il s'est proposé est d'aller porter dans le larynx et jusque dans la trachée les remèdes topiques, qui seuls lui paraissent à bon droit jouir d'une efficacité incontestable dans le traitement de cette maladie. D'autres avaient vainement tenté d'atteindre ce but. Le docteur Green (de New-York), entre autres, avait imaginé de pénétrer dans le larynx à l'aide d'une baleine rigide recourbée et armée d'une petite éponge; mais cette opération ne se fait qu'avec une difficulté extrême, et le plus souvent le chirurgien, qui croit avoir pénétré dans le larynx, a tout simplement pénétré dans l'œsophage. Pour ne pas manquer son but, M. Loiseau a recours à un manuel opératoire d'une grande simplicité. Le voici tel qu'il le décrit lui-même :

Pour opérer avec sécurité, deux aides et un tube laryngien proportionné à l'âge de l'enfant suffisent. Un instrument destiné à maintenir la bouche ouverte paraît tout d'abord indispensable; mais l'expérience m'a démontré qu'il est à peu près impossible de manœuvrer dans la bouche de l'enfant quand elle contient tout à la fois cet instrument, le doigt de l'opérateur et le tube laryngien. Je préfère donc armer la phalange métacarpienne du doigt indicateur de la main gauche d'un anneau métallique de 2 à 3 centimètres de largeur. Le doigt ainsi protégé, l'opérateur fait maintenir l'enfant assis sur les genoux d'un des aides, tandis que l'autre, placé derrière celui-ci, saisit la tête du malade et la fixe solidement sur l'épaule du premier.

La bouche du malade étant ouverte à l'aide d'une cuiller, l'opérateur plonge rapidement son doigt aussi profondément que possible jusqu'au fond du pharynx; puis, saisissant le tube laryngien, en même temps qu'il fait glisser l'extrémité du doigt indicateur sur la base de la langue, jusqu'à ce qu'il rencontre la glotte et qu'il parvienne à tenir l'épiglotte soulevée, il fait glisser le tube le long du doigt qui le dirige de manière à atteindre son extrémité. Là il redresse son instrument et le fait pénétrer à travers la glotte avec la plus grande facilité.

Ceci fait, on comprend qu'il est facile de faire pénétrer dans le larynx telle quantité de matières liquides ou pulvérulentes qu'on juge convenable, de faire glisser dans l'intérieur du tube une baleine ou une sonde de gomme élastique, armée de curettes chargées de causti-

(1) *De l'exfoliation physiologique et pathologique de la membrane interne de l'utérus*, avec de nouvelles considérations sur les avortements au début de la grossesse. Paris, 1857, chez J. B. Baillière.

ques, d'éponges destinées soit à porter le liquide, soit à détacher les fausses membranes qui tapissent le conduit aérien.

Les instruments dont M. Loiseau se sert sont des tubes laryngieus tenant tout à la fois du tube de Chaussier et de la sonde de Belloc.

M. le rapporteur fait passer sous les yeux de l'assemblée les instruments en question, ainsi que quelques autres que l'auteur a joints à cet appareil, tels que des pinces analogues aux pinces à polypes, longues et convenablement recourbées à leur extrémité, au moyen desquelles il va chercher jusque dans le larynx les fausses membranes qui l'obstruent, et un dilatateur destiné à faciliter le manuel opératoire.

L'un des commissaires a été témoin de plusieurs opérations de ce genre faites par M. Loiseau, et il a été émerveillé de la promptitude et de la facilité avec laquelle il agissait.

M. le rapporteur rappelle qu'un procédé analogue avait déjà été imaginé en 1839 par Dieffenbach; mais lorsque pour la première fois M. Loiseau a conçu l'idée de son procédé, il n'avait eu aucune connaissance de celui du chirurgien de Berlin.

Les observations rapportées par l'auteur sont au nombre de 26, sur lesquelles il cite 12 cas de guérison. (Nous reviendrons plus tard sur quelques points de l'analyse de ces faits.)

En résumé, dit M. le rapporteur, cet ingénieux et simple procédé doit être pris en considération, sinon comme devant remplacer désormais la trachéotomie, du moins, comme le dit M. Loiseau lui-même, pour suppléer à cette opération lorsqu'elle n'est pas acceptée.

Quant au mérite de l'invention, s'il ne lui revient pas tout entier, si M. Loiseau doit le partager avec Dieffenbach, il restera toujours au praticien de Paris le mérite d'avoir vulgarisé ce procédé simple et ingénieux à l'aide duquel on pourra tenter la guérison du croup avant d'avoir recours à la trachéotomie, du moins à l'aide duquel on pourra chercher à suppléer cette dernière opération, lorsque les circonstances empêchent le médecin d'y recourir.

M. le rapporteur examine ensuite et discute la seconde partie du travail de M. Loiseau, qui est relative à l'emploi du tannin substitué à la cautérisation dans le traitement de l'angine couenneuse; et il termine en proposant pour conclusions de remercier M. Loiseau, et de renvoyer son mémoire au comité de publication.

M. DEPAUL revendique pour lui-même la priorité du procédé de cathétérisme des voies aériennes que M. Trousseau vient de décrire comme appartenant à M. Loiseau. Il fonde sa réclamation sur un texte écrit; ce procédé a été publié par lui et décrit presque textuellement tel qu'on vient de l'entendre dans le *Journal de chirurgie* il y a environ une quinzaine d'années, et il a été reproduit depuis dans le *Manuel de médecine opératoire* de M. Malgaigne. C'était à cette époque, dit M. Depaul, un moyen à peu près nouveau, très-peu connu du moins et très-rarement mis en pratique, lorsque je le signalai l'un des premiers à l'attention des médecins. Je ne vois qu'une chose nouvelle peut-être dans le procédé de M. Loiseau, c'est l'anneau qu'il se met au doigt pour se garantir contre les dents de l'enfant. Mais ce moyen me paraît peu utile. On n'en a nul besoin chez les enfants nouveau-nés, et chez les sujets plus âgés on a une foule de moyens connus de tout le monde et qui sont suffisants. Je ne puis, en outre, ajoute M. Depaul, laisser passer sans observation ce que vient de dire M. Trousseau concernant la prétendue difficulté qu'il y a à introduire une sonde dans le larynx. Rien n'est plus aisé, au contraire, chez un nouveau-né. Enfin, je ne crois pas que le procédé dont il s'agit puisse remplacer la trachéotomie.

M. TROUSSEAU. Je n'ai pas prétendu dire que le procédé de M. Loiseau fût quelque chose de tout à fait nouveau. Son tube est le tube de Chaussier, que nous avons tous dans nos trousses. Ce qu'il y a de nouveau, c'est l'ensemble des moyens que notre confrère a très-heureusement combinés pour atteindre le but qu'il s'est proposé; c'est surtout cet anneau, cette virole dont il arme son doigt, et qui lui permet d'exécuter avec une grande facilité des manœuvres qui seraient sans cela très-difficiles. J'admets avec M. Depaul qu'on arrive très-aisément chez de très-jeunes enfants à relever l'épiglotte et à entr'ouvrir les replis aryténo-épiglottiques pour introduire une sonde dans le larynx. Mais je maintiens que chez les enfants de quatre à cinq ans et au delà, ainsi que chez les adultes, cela est très-difficile, et il s'en faut qu'un bouchon mis entre les dents, un morceau de bois ou un mouchoir fasse surmonter ces difficultés aussi bien que le fait la virole de M. Loiseau.

M. PIORRY saisit cette occasion pour dire qu'on a trop exalté la trachéotomie, qui rend d'ailleurs de si grands services. Dans la plupart des maladies du larynx, le larynx n'est pas seul malade, il ne l'est même souvent que consécutivement; on néglige trop dans ce cas de tenir compte des autres éléments de diagnostic. D'un autre côté, en se préoccupant de l'état du larynx, il ne faut pas oublier les mucosités de la trachée-artère qui constituent souvent un danger aussi grand et plus persistant que la lésion même du larynx. Il convient d'ailleurs que dans quelques cas le procédé de M. Loiseau peut être utile, et il peut l'être notamment pour aspirer les mucosités qui encombrent la trachée.

M. TROUSSEAU. Il n'est question dans le travail de M. Loiseau et dans mon rapport que du croup, et non pas de toutes les maladies du larynx. Nous savons tous, depuis les belles recherches de M. Louis, que la phthisie laryngée s'accompagne toujours de tuberculisation pulmonaire. Mais la question n'est pas là. Pour ce qui est du croup, il suffit d'avoir ausculté dans ce cas pour savoir qu'il est très-rare de trouver de l'écume bronchique.

M. VELPEAU. Il me semble facile ici de mettre tout le monde et la vérité d'accord, ce qui n'est pas commun. M. Loiseau n'a pas grand chose à revendiquer ici. La sonde appartient à Chaussier, l'anneau à Dieffenbach, et le procédé à M. Depaul..., d'où il semblerait résulter qu'il ne reste rien pour M. Loiseau. Tel n'est pas cependant mon avis. M. Loiseau a droit à quelque chose, ce qu'il a fait va ressortir de cette discussion même; il aura prouvé qu'il est possible de guérir le croup sans la trachéotomie, et cela par un procédé qui n'est pas de son invention, mais qui était peu connu et presque pas mis en pratique, et qu'il aura eu le mérite de faire connaître et de vulgariser. Voilà ce qui revient à M. Loiseau et pas autre chose.

M. TROUSSEAU. M. Velpeau est un peu démolisseur; ce n'est pas la première fois qu'il en donne des preuves. Il y a peu de personnes qui possèdent aussi bien que lui la chirurgie et même la médecine, et cependant M. Velpeau ignorait le procédé en question; il admettra bien que M. Loiseau, modeste praticien de Montmartre, ait pu ignorer aussi qu'il existât quelque chose de semblable à ce qu'il a cru inventer. La situation dans laquelle se trouve M. Loiseau à cet égard est celle de presque tous les inventeurs; voyez l'histoire des inventions, et dites combien il y en a qui n'aient pas eu quelques précédents analogues à ceux que l'on rappelle ici. M. Bouillaud n'en est-il pas moins l'inventeur de l'endocardite rhumatismale, et Bright l'inventeur de la maladie albuminurique qui porte son nom, parce que ces deux faits avaient été vus avant eux!

M. VELPEAU. Le démolisseur n'est pas moi, mais M. Trousseau lui-même (on rit); il dépouille, en effet, le véritable inventeur pour donner son invention à un autre. Il faut cependant bien s'habituer, en matière scientifique, à rapporter toute invention à celui qui a le premier découvert un fait ou émis une idée, et non à ceux qui, reprenant plus tard ce fait ou cette idée, s'en emparent et se l'approprient sous le prétexte qu'ils la font mieux connaître et la vulgarisent.

M. DEPAUL dit encore quelques mots pour appuyer ses prétentions à la priorité de l'invention, mais en ajoutant qu'il n'entend pas du tout infirmer par là les conclusions du rapport de M. Trousseau.

Cette petite discussion terminée, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Opération césarienne. — M. DEPAUL lit en son nom et au nom de MM. P. Dubois et Gimelle un rapport sur une opération césarienne pratiquée à la Maternité de Tulle par le docteur Pauquinot (observation rédigée par le docteur Borie).

L'opération a été faite par le procédé ordinaire, sans faire intervenir aucune des modifications proposées dans ces derniers temps.

Selon lui, le succès doit être rapporté : 1° à l'étendue considérable donnée à l'incision de l'abdomen et à la partie de l'utérus qui a été ouverte (la supérieure), ce qui a permis aux liquides de s'écouler par les voies ordinaires; 2° à la constitution de la femme, qui était habituée aux travaux pénibles de la campagne; 3° au moment choisi pour l'opération, aucune manœuvre n'ayant été tentée d'abord; 4° aux bonnes conditions hygiéniques de l'établissement et aux soins intelligents donnés à l'opérée; 5° à la température douce et constante qui a régné à cette époque (en février dernier); 6° enfin, à l'action du chloroforme, qui n'a permis aucune appréhension et qui a soustrait la malade à toute douleur.

L'auteur de cette communication trouve dans ce fait une nouvelle objection contre l'avortement provoqué et contre la céphalotripsie qui sacrifie l'enfant, dit-il, sans toujours sauver la mère.

M. le rapporteur termine en ces termes :

En vous rendant compte de ce fait intéressant, votre commission n'a pas pensé que le moment fût opportun pour renouveler une discussion dont le souvenir est encore présent dans l'esprit de chacun de vous. Un succès de plus n'est pas de nature à changer les termes de la question. Ils restent tels qu'ils étaient il y a quelques années; car, à côté d'un succès nouveau, il me serait facile de grouper plusieurs cas de mort, et de vous montrer que des arguments puissants militent encore en faveur de l'avortement provoqué ou de l'embryotomie dans certains cas déterminés.

Quoi qu'il en soit, l'observation que je viens de vous faire connaître offre un véritable intérêt; elle a été recueillie avec soin par M. le docteur Borie; mais il est juste que l'approbation que mérite cette communication se reporte aussi sur M. Pauquinot, qui a pratiqué l'opération, et sur MM. les docteurs Venvejoul et Duval qui l'ont aidé de leurs conseils.

En conséquence, la commission propose : 1° d'adresser une lettre de remercîments à ces quatre confrères; 2° de renvoyer leur observation au comité de publication. (Adopté.)

LECTURES.

Monstruosité. — M. DEPAUL fait une deuxième lecture qui a pour objet de compléter la communication qu'il a faite en son nom et au nom de M. Simonot dans la séance du 10 février dernier. On se rappelle que dans cette séance, M. Depaul a présenté au nom de M. Simonot un fœtus acéphale, produit d'une grossesse gémellaire, parvenue au septième mois. Il complète aujourd'hui la relation de ce fait intéressant, en faisant connaître les particularités anatomiques qu'une dissection attentive lui a permis de constater. Il résulte de ces détails anatomiques, beaucoup trop longs pour être rapportés ici, que ce monstre doit être rangé dans la famille des acéphaliens et dans la classe des péracéphales, d'après la classification de M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire.

— La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Paris, le 25 août 1857.

Mon cher rédacteur,

Dans votre course rapide à travers les publications de la Société de biologie, vous parlez en passant des nouvelles opinions de M. Robin sur la signification des éléments microscopiques des tumeurs et autres produits morbides. Ces opinions sont celles que j'ai professées depuis bien longtemps, et je suis heureux de voir qu'elles obtiennent l'adhésion d'un homme si compétent. Il appartient à mon savant collègue, plus qu'à aucun d'entre nous, de fortifier ces idées par l'autorité de son nom. Et si, comme je le vois dans votre article, M. Broca s'y convertit lui-même et prête à leur publicité le concours de sa plume habile, elles ne manqueront pas d'être bientôt universellement acceptées. Ce n'est pas toutefois une raison suffisante pour que je m'abstienne de contribuer à leur succès dans la limite de mon pouvoir.

Je viens aujourd'hui vous rappeler mes efforts et revendiquer ma part dans la propagation de la doctrine philosophique qui va s'établir sur les ruines de l'erreur naguère florissante au sein de ce qu'on était convenu d'appeler l'école micrographique de Paris. Dès 1849, j'ai énoncé devant la Société de biologie, au grand scandale des micrographes, cette opinion, que les globules caractéristiques du pus ne sont d'ordinaire autre chose que des cellules d'épithélium avortées.

Au mois d'octobre 1851, à l'occasion d'un fongus de la dure-mère présenté par M. Rayer, une discussion, dont le souvenir est toujours présent à ma mémoire, s'est engagée sur la question de savoir si cette tumeur appartenait au tissu fibro-plastique du cancer, et m'a fourni l'occasion de développer complétement ma manière de voir sur les éléments histologiques morbides. Plusieurs de mes collègues, dont la réputation comme micrographes était justement établie, parmi lesquels il me suffira de citer MM. Lebert et Robin, après avoir jeté un coup d'œil sur les dessins de M. Rayer, n'hésitèrent pas à déclarer qu'ils représentaient une variété de cellules du cancer. M. Gosselin vint leur prêter l'appui de son expérience clinique en disant que cette forme des cellules cancéreuses lui paraissait appartenir aux tissus fibreux. Seul contre tous, je soutins alors l'identité de nature entre les produits pathologiques et normaux, et j'affirmai que les productions en litige étaient du tissu fibro-plastique dont les éléments hypertrophiés offraient quelque analogie, sous ce rapport, avec les grosses cellules épithéliales de l'encéphaloïde, et révélaient de même une mauvaise disposition de l'économie.

A cette époque je parus avoir tort. Cependant M. Jules Guérin, qui assistait à la séance, m'engagea à publier mes idées; je rédigeai donc avec soin le procès-verbal de la discussion, je commençai même la rédaction d'une note, puis, paresse ou autre chose, mon mémoire en resta là. Pourtant je sentais que j'avais la vérité, et je continuai les études microscopiques et cliniques propres à en faire éclater l'évidence. D'ailleurs l'assentiment des cliniciens et des physiologistes n'avait jamais été acquis à la doctrine opposée. D'un autre côté, des opinions analogues aux miennes étaient soutenues par mon ami M. le professeur Courty (de Montpellier) et par M. le docteur Amédée Forget.

A différentes reprises des observations conformes étaient produites dans la science par MM. Ricord, Demarquay, Lucien Corvisart, Richet, etc. Plus récemment, dans la mémorable discussion engagée à l'Académie de médecine, la doctrine, que j'appellerai philosophique, triompha par le concours de plusieurs hommes éminents, surtout de MM. Delafond et Velpeau; l'un parlant au nom du microscope, l'autre au nom de la clinique. Plusieurs membres distingués de la presse médicale se déclarèrent contre les micrographes purs, et quelques savants étrangers, entre autres le célèbre Virchow, nous firent connaître à cette occasion des opinions confirmatives.

Pendant ce temps je ne cessais de mon côté de revenir sur l'idée de l'homologie dans mes conférences avec mes élèves. Je pourrais citer en témoignage tous mes internes, que j'ai successivement édifiés sur la valeur des doctrines rivales. En 1855, j'ai même fait une série de leçons sur ce sujet à l'hôpital Beaujon, et j'ai développé cette thèse : « *Les éléments dits hétéromorphes et hétérologues ramenés aux types histologiques normaux par les lois de la pathologie et de la tératologie.* »

Enfin, je puis le dire, puisque M. Luys m'en rapporte l'honneur dans son mémoire sur la question de l'*utilité du microscope*, mise au concours par l'Académie, lequel a partagé le prix; ce jeune savant s'est inspiré de mes idées, souvent exposées à la Société de biologie ou développées dans des conversations particulières.

Vous voyez, mon cher rédacteur, que si la doctrine philosophique de l'homologie ne m'appartient pas exclusivement, je suis du moins fondé à dire que l'un des premiers, le premier même à Paris, je l'ai proclamée et défendue; c'est un mérite auquel j'attache le plus grand prix, et dont je tiens à me prévaloir auprès des lecteurs de votre estimable journal.

Agréez, etc. A. GUBLER.

Nous sommes heureux du concours que M. Gubler vient apporter aux opinions que nous avons développées au nom de M. Ch. Robin, sur l'homologie des tissus pathologiques, et heureux surtout d'avoir pu lui fournir l'occasion d'énoncer ici sa manière de voir sur cette importante question de pathologie générale et philosophique. Notre honorable et savant confrère nous excusera d'autant plus de n'avoir pas cité son nom à cette occasion et d'avoir ignoré les titres qu'il invoque aujourd'hui à la priorité de l'idée doctrinale qui a toutes nos adhésions, qu'il convient lui-même n'avoir rien publié jusqu'à présent sur ce point. — Dr Brochin.

La nouvelle plusieurs fois répétée et toujours démentie de la mort du célèbre voyageur, le docteur Vogel, est malheureusement confirmée par voie officielle, si l'on en peut croire le *Times*. « On vient de recevoir, dit le journal anglais, la confirmation officielle de l'assassinat du docteur Vogel. Il a été décapité par ordre du sultan, à Wara capitale du royaume de Wadaï. Dans le pressentiment d'un danger, il avait écrit quelques mots au crayon à notre vice-consul à Mourzouk, pour le prier de payer, dans le cas où il mourrait, quelques petites sommes dues à ses gens. Ces tristes accidents semblent confirmer l'opinion qu'il ne pourra être établi de relations commerciales avec l'Afrique centrale par la voie de Tunis ou de Tripoli à travers le désert. La vraie route commerciale, ce sont les grands fleuves, tels que le Niger, le Nil et le Zambese. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De l'exfoliation physiologique et pathologique de la membrane interne de l'humérus, avec de nouvelles considérations sur les avortements au début de la grossesse, par M. A. RACIBORSKI. Broch. in-8°. Paris, 1857, chez J. B. Baillière et fils.

Cure radicale des rétrécissements du canal de l'urètre. Critique des doctrines contemporaines, par M. le docteur DEBENEY. Broch. in-8°. Paris, 1857, chez Chamerot.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 101. — SAMEDI 29 AOUT 1857. (30e ANNÉE.) N° 101. — SAMEDI 29 AOUT 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Gastralgie avec vomissements incoercibles ; efficacité de la teinture d'iode. — De la valeur comparative du traitement par l'alun et l'acide sulfurique et du traitement par les purgatifs contre la colique de plomb. — Traitement de la pustule maligne par l'application topique des feuilles fraîches de noyer. — HÔPITAL DES ENFANTS. Luxation incomplète de l'avant-bras en dedans. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 19 août. — Les Associations médicales. — FEUILLETON. Bibliographie.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Gastralgie avec vomissements incoercibles. Efficacité de la teinture d'iode.

Nous avons rapporté récemment, d'après un journal étranger, la formule d'un traitement annoncé comme très-efficace contre les vomissements incoercibles, et préconisé par M. le Dr Eulenberg (de Coblentz). Ce traitement consiste dans l'usage de la teinture d'iode en potion.

Ayant eu connaissance de ce fait, précisément au moment où il se trouvait en présence d'un cas grave de gastralgie avec vomissements, dans lequel on avait épuisé toute la série des indications ordinaires, M. Becquerel a eu recours à cette nouvelle méthode. Les résultats qu'il en a obtenus dans cette circonstance permettent de bien augurer de l'avenir de cette médication.

Voici le fait, qui a été recueilli par M. Chalvet, l'un des élèves du service.

Marie P..., âgée de vingt-six ans, d'une forte constitution, avec prédominance du tempérament lymphatique, est entrée le 20 mai à l'hôpital de la Pitié, où elle a occupé jusqu'au 25 juillet le lit n° 21, salle Sainte-Geneviève.

Les antécédents morbides sont surtout ici de la plus haute importance pour se faire une juste idée de l'action du traitement auquel on s'est adressé.

Placée comme orpheline, à l'âge de six ans, dans l'hospice de Chaumont (Haute-Marne), elle avait tout au plus une dizaine d'années lorsqu'elle commença à perdre en blanc et à éprouver des accidents de gastralgie.

Les digestions se faisant de plus en plus mal, on pensa que le séjour à la campagne lui serait favorable, et on l'envoya travailler aux champs, mais à des travaux, il faut le dire, qui n'étaient point en rapport avec l'état de ses forces; aussi des vomissements et des migraines périodiques ne tardèrent pas à compliquer les douleurs d'estomac.

Établie à dix-huit ans, la menstruation n'a jamais été bien régulière. Vers cette même époque Marie reçut à l'épigastre un coup de pied de cheval, qui fut suivi de gastrorrhagie avec hématémèse. Cet accident ne parut pas aggraver son état antérieur; les vomissements de sang s'arrêtèrent spontanément.

Ici se place encore un incident assez malheureux. Sachant qu'elle devait passer à l'entrée de la nuit près d'un cimetière, un mauvais plaisant de l'endroit se fit un jeu de lui faire peur ; il s'enveloppa dans un drap de lit et alla se placer sur la route que devait suivre la jeune fille. A la vue de ce fantôme improvisé, elle tomba sans connaissance et ne revint à elle que trois heures après. Rien que le souvenir de ce qu'elle avait cru voir a suffi longtemps pour renouveler ces attaques, qui ont été depuis en diminuant d'intensité et de fréquence. Elle éprouve encore par intervalle de légers troubles nerveux, qu'elle fait remonter à cette cause.

A peine convalescente de la fièvre typhoïde, elle fut atteinte du choléra en 1849 : on la transporta à l'hospice de Chaumont, d'où elle ne sortit que pour entrer dans une communauté religieuse à Mirecourt, et vint à Paris avec les sœurs du même ordre en 1853.

C'est ici le moment de faire remarquer que, au milieu de ces modifications extrêmes de santé et de genre de vie, les vomissements après chaque repas se sont toujours montrés avec une régularité désespérante, malgré tout ce que l'on a tenté pour les arrêter.

Son médecin finit par lui conseiller de quitter pour quelque temps la maison des sœurs, afin de changer un peu de régime et d'occupations. Elle suivit ce conseil, et entra comme fille de pharmacie à l'hôpital Necker. Là, elle reprit la série des médicaments qui avaient déjà échoué, et tout échoua de nouveau.

Se sentant plus malade, elle s'imagina que l'odeur de la pharmacie lui était contraire, et se retira en ville, où elle a travaillé pour vivre jusqu'à son entrée à la Pitié.

Voici ce qui fut constaté à la visite du 21 mai, lendemain de son arrivée à l'hôpital : céphalalgie habituelle médiocrement intense; douleurs vagues dans les membres, dans la région lombaire et les parois thoraciques, surtout du côté droit : douleur profonde et presque continue à l'épigastre, douleur souvent calmée, quelquefois éveillée par la pression ; éructations fréquentes; renvois acides; parfois rejet d'eaux amères et filantes le matin; vomissements, après chaque repas, d'une partie des aliments qui viennent d'être pris. Ce phénomène se manifeste depuis une douzaine d'années, et la malade évalue à deux mois de temps à peu près la somme des rémissions. La langue est blanchâtre, la muqueuse buccale décolorée ; la bouche est pâteuse, saburrale; l'appétit est peu marqué; la soif paraît un peu plus vive qu'à l'état normal. Le ventre est souvent distendu par des gaz ; la diarrhée alterne avec la constipation. Faiblesse générale, et parfois sentiment de défaillance et d'oppression; palpitations incommodes; bruit de souffle doux au premier temps à la base, se propageant d'une manière continue dans les vaisseaux du cou. Le pouls est normal ; la peau très-blanche.

Il existe un peu de leucorrhée ; la menstruation est irrégulière, mais elle l'a toujours été.

Ajoutons que la malade accuse des frissons erratiques suivis de sueurs froides assez abondantes pour avoir nécessité de changer de chemise jusqu'à trois fois en vingt-quatre heures.

Voici le traitement auquel cette malade a été soumise :

Le 21 mai, régime lacté et opiacé, continué jusqu'au 2 juin sans résultat. Dès lors substitution de la poudre de columbo, un cautère à la région épigastrique. Plus tard, sous-nitrate de bismuth.

Le 4 juillet, ces divers médicaments n'avaient pas encore amené le moindre signe d'amélioration. C'est à dater de ce jour que M. Becquerel prescrivit sous la forme suivante la teinture d'iode récemment préconisée comme anti-émétique :

Prendre tous les jours, soir et matin, en deux fois, dans de l'eau sucrée, la potion suivante :

Excipient.	120 grammes.
Teinture d'iode.	10 gouttes.
Iodure de potassium. . . .	0,50 grammes.
Sirop.	30 grammes.

Nous ferons remarquer ici que M. Becquerel a ajouté à la formule de M. Eulenberg 0,50 d'iodure de potassium, comme dissolvant.

Durant les cinq premiers jours qui suivirent, aucune modification.

A partir du 10 juillet, la régularité des vomissements fut interrompue; la malade commença à ne plus vomir qu'à un seul repas, puis à deux jours d'intervalle.

Le 20, cessation complète des vomissements ; la potion fut supprimée le 21, la malade quitta la salle le 25.

M. Becquerel a eu occasion de recevoir depuis des nouvelles de cette malade tous les huit jours ; sa santé ne saurait être meilleure. Le rétablissement des fonctions de l'estomac a fait cesser les autres troubles généraux, qui n'étaient sans doute que sympathiques. Elle n'accuse que quelques crampes d'estomac, à des intervalles éloignés.

Cette cessation des phénomènes morbides nerveux consécutifs et sympathiques est tout à fait conforme aux faits constatés par le médecin de Coblentz.

L'influence spéciale qu'exerce l'iode sur les glandes en général, permet jusqu'à un certain point de se rendre compte de son efficacité dans les cas semblables à celui que nous venons de rapporter. On avait en effet affaire à une hypersécrétion de sucs gastriques, caractérisée par le regorgement d'eaux amères et limpides. On sait avec quelle rapidité les substances médicamenteuses *solubles* ou rendues solubles, sont absorbées par l'estomac ; la médication employée offrait donc ici le double avantage d'agir pour ainsi dire localement d'une manière spéciale, et *sans avoir besoin de la tolérance prolongée* qu'exigent la plupart des autres médicaments.

Enfin, ce fait rapproché de ceux de M. Eulenberg aide à comprendre comment les vomissements incoercibles de la grossesse, si

---

BIBLIOGRAPHIE.

Du sommeil, des rêves et du somnambulisme dans l'état de santé et dans l'état de maladie ; par M. le docteur MACARIO, directeur de l'Institut hydrothérapique de Serin, près Lyon (1).

Qu'est-ce que le sommeil?

Faut-il dire avec Broussais que c'est la cessation des fonctions des sens, de celles des muscles soumis à la volonté, et l'abolition des facultés intellectuelles et affectives? avec Burdach, que c'est, chez l'homme, la racine de la vie animale et la fusion de la vie morale et de la vie physique? avec Maine de Biran, que c'est la suspension de l'état d'effort, c'est-à-dire de l'action présente d'une volonté ou force motrice sur les organes qui lui sont soumis ? Enfin, comme on l'a dit et répété de bien des manières, que c'est le repos des organes de la vie de relation, une des manifestations les plus évidentes de la loi d'intermittence qui préside aux fonctions du système nerveux en général et du cerveau en particulier?

Certes, dans cette dernière définition, il y a quelque chose de vrai, à n'en pas douter. Mais n'y a-t-il que cela dans le sommeil? N'est-il qu'une interruption de fonction, une inaction momentanée? ou bien est-il une fonction lui-même, une opération active, mais d'une autre nature, et déterminant d'autres effets que ceux qui se produisent pendant la veille? Cette dernière manière de voir est celle qui se rapproche le plus de celle de M. Macario.

(1) Un vol. in-8°. — A Lyon, chez Perisse frères.

Il est enclin à considérer (avec M. Longet) le sommeil comme un état dans lequel l'homme vit pour ainsi dire en lui-même, isolé de ce qui l'entoure. Il pense, avec M. Cerise, que c'est une fonction nerveuse dans toute la force du mot. « Au milieu de ce repos apparent, de ce silence qui fait du sommeil l'image de la mort, le système nerveux vit et agit toujours. Il semble n'avoir brisé les liens du monde extérieur que pour mieux déployer, au profit du monde intérieur, une énergie sans partage ;... il déserte, en un mot, les opérations animales pour se recueillir dans une grande opération vitale. » (Cerise.)

Le sommeil est donc, suivant M. Macario, le repos des organes des sens et des mouvements volontaires, le réparateur nécessaire de la sensibilité ; ce n'est pas un état purement passif de l'organisme, mais un fait de création, un travail de réparation, et pendant son cours les fonctions organiques acquièrent un haut degré d'activité, s'augmentent et s'accroissent de toute l'inertie des organes de la vie de relation.

Pendant que s'accomplit cette fonction physiologique, le sommeil, que devient l'âme? Maine de Biran dit qu'elle dort; Jouffroy, qu'elle veille; M. Lélut, qu'elle ne dort ni ne veille, mais qu'elle se repose; M. Cerise, avec une réserve que nous approuvons et sous laquelle nous croyons démêler une pensée qui se rapproche de notre manière de voir, ne veut pas se prononcer. Mais M. Macario, dominé par des croyances plus fermes, soutient que l'exercice des facultés de l'âme n'est pas complètement suspendu, même dans le sommeil le plus profond, et il trouve dans les rêves la preuve de son assertion, en même temps qu'il s'en sert pour démontrer la *dualité* de l'homme, et l'activité permanente de quelques-unes de ces facultés de l'âme.

Pour M. Macario, il n'y a pas de sommeil sans rêves; les rêves ne manquent jamais; seulement les sens, plongés dans un engourdissement profond, sont incapables de traduire d'une manière appréciable les opérations de notre âme. Une condition indispensable pour que les rêves soient sensibles, c'est un sommeil léger; sans cela point de rêves, ou pour parler, dit-il, d'une manière plus conforme à nos idées, les rêves sont comme non avenus pour celui qui les a faits. L'intensité du sommeil est en raison inverse de l'intensité des rêves.

Notre dessein n'étant nullement de suivre l'auteur dans les raisonnements à l'aide desquels il essaye de prouver le rôle que jouent les facultés de l'âme dans la production des rêves, passons rapidement à la division qu'il établit des songes. Pour l'instituer, il rattache chaque espèce de rêves à l'un des trois grands systèmes ou appareils de l'organisme nerveux de l'homme, représentant les trois éléments fonctionnels de la vie morale et intellectuelle.

Aux appareils des sensations spéciales représentant les apparences générales du monde physique, les propriétés sensibles des corps et constituant l'élément sensorial, il rattache les rêves sensitifs, qu'il divise en rêves sensoriaux intra-crâniens, ou rêves hallucinations, et extra-crâniens, ou rêves illusions.

Du système nerveux ganglionnaire viscéral, représentant les conditions générales de l'organisme, les besoins et les penchants, et constituant l'élément affectif, dépendent les rêves affectifs, ceux dans lesquels les émotions prédominent, où les sentiments jouent le principal rôle.

Enfin, à l'appareil psycho-cérébral, représentant les données générales de l'enseignement, les idées et les raisonnements, constituant, en un mot, l'élément intellectuel, se rattachent les rêves psychiques ou intellectuels, ceux dans lesquels prédomine l'élément intellectuel ou l'idée, et qui correspondent à ce que, dans un remarquable mémoire inséré aux *Annales médico-psychologiques* il y a une dizaine d'années, l'auteur nommait les hallucinations intuitives. Nous signalerons dans ce chapitre un grand nombre d'histoires merveilleuses que l'on croirait plutôt extraites des élucubrations de Valère Maxime que d'un livre sérieux, si l'auteur n'en étayait pas un bon nombre sur les témoignages authentiques de personnes graves, dont plusieurs sont ou de sa famille ou de ses amis les plus dignes de foi.

Après avoir étudié les rêves sous le point de vue physiologique et psychologique, M. Macario les considère sous le rapport pathologique,

souvent liés à un état muqueux de l'estomac, ont pu être favorablement modifiés par le même moyen. Bien que la permanence de la cause déterminante semble ne permettre que difficilement d'espérer une guérison durable, on comprend cependant la possibilité d'un pareil résultat du moment où l'on parvient ainsi à faciliter les digestions chez des femmes déjà affaiblies. Ce résultat est assez précieux pour mériter toute l'attention des praticiens.

De la valeur comparative du traitement par l'alun et l'acide sulfurique et du traitement par les purgatifs contre la colique de plomb.

La *Gazette des Hôpitaux* a fréquemment eu l'occasion, depuis plusieurs années, de signaler à ses lecteurs les bons résultats que plusieurs praticiens de Paris, MM. Gendrin et Rayer notamment, ont obtenus dans le traitement de la colique de plomb, de l'usage du traitement dit *chimique*, consistant comme on le sait dans l'administration de l'acide sulfurique étendu et de sulfates acides, mis en opposition avec le traitement empirique et classique par les purgatifs, dit *de la Charité*. Cependant, malgré l'autorité des médecins qui ont préconisé le traitement chimique, cette méthode n'a pas été généralement adoptée; elle est restée comme méthode exceptionnelle, restreinte à quelques préférences individuelles, et le traitement par les purgatifs a continué à être la méthode usuelle. Cependant, celle-ci pouvant dans quelques circonstances particulières être inapplicable ou contre-indiquée, il était bon d'être fixé sur la valeur de la méthode chimique, et de savoir jusqu'à quel point elle pourrait être admise à se partager, au moins à titre d'égalité, avec la méthode ancienne, le choix des praticiens. M. Briquet s'est livré à cette étude comparative, et les résultats auxquels il est arrivé pour la méthode chimique, résultats tels qu'ils justifient précisément cette latitude du choix, méritent d'être consignés ici.

Voici dans quelle circonstance et par quels motifs M. Briquet a été conduit à expérimenter la méthode chimique. Le rappel de cette circonstance n'est pas lui-même sans intérêt, comme on va le voir, car il implique l'une des indications les plus importantes de la médication dont il s'agit. M. Briquet s'était jusque-là servi habituellement du traitement de la Charité modifié, lorsqu'en 1849, au moment où sévissait l'épidémie cholérique, se présentèrent dans ses salles plusieurs malades atteints de coliques saturnines. Les traiter par les vomitifs et les purgatifs répétés lui parut chose dangereuse; il pensa alors au traitement par l'acide sulfurique et l'alun; et, comme ce traitement lui réussit dès le commencement et que le succès ne s'est pas démenti depuis entre ses mains, il y a eu exclusivement recours depuis 1849 jusqu'à présent, c'est-à-dire pendant un laps de huit années.

C'est le résultat de cette longue expérience clinique que M. Briquet vient de résumer dans une note publiée dans le dernier fascicule du *Bulletin de thérapeutique*, auquel nous empruntons ces détails.

Le traitement qu'il a soumis à l'épreuve a été le suivant : tous les jours deux litres d'eau sucrée acidulée avec 4 grammes d'acide sulfurique par litre pour tisane; dans le cours de la journée, une potion gommeuse additionnée de 4 grammes et, dans quelques cas rares, de 6 grammes d'alun, prise par cuillerées à bouche; le soir, une pilule de 5 centigrammes d'extrait aqueux d'opium. A partir du premier jour du traitement, un bain sulfureux renouvelé tous les deux jours, tant que la peau se couvre d'une couche noire de sulfure de plomb. Quelquefois, et pour céder aux obsessions des malades, on donnait un lavement à la décoction de séné ou à la solution de sel marin. La diète était observée tant que l'appétit ne se faisait pas nettement sentir. Tel est l'ensemble des moyens qui ont été régulièrement et constamment employés chez chacun des 57 malades qui ont été reçus dans les salles pour la colique saturnine sans complication et à tous les degrés. Parmi ces cas, il s'en trouvait de graves, d'autres qui étaient légers, et cela dans la proportion où on l'observe d'habitude dans les hôpitaux.

Voici les résultats de ce traitement :

Tous les malades ont guéri, ce qui n'a rien de bien extraordinaire, puisque tous avaient la colique de plomb sans complication grave. Les douleurs ont cédé quelquefois le premier jour, plus souvent le second et le deuxième jour. Ce n'est que dans des cas rares que les douleurs ont persisté d'une manière notable après le quatrième jour du traitement. Deux malades seulement n'ont point été soulagés, et il a fallu pour eux recourir au traitement purgatif après six jours de traitement infructueux par les acides, et chez eux la guérison a été lente.

L'absence ou la présence des garde-robes n'a pas eu d'influence appréciable sur la disparition de la douleur.

Le plus habituellement, les malades sont restés constipés et n'ont eu de selles qu'au bout de trois, quatre et même cinq jours de traitement, et cela n'a pas empêché les douleurs de ventre de disparaître.

Cette disparition de la douleur a paru différer peu de ce qui arrive après le traitement par les purgatifs. En mettant les choses au pis, il y a au plus un jour de retard dans la disparition complète de la douleur, avec les acides.

Dès la seconde nuit du traitement, le sommeil est assez généralement revenu.

Les douleurs sympathiques des membres se sont constamment dissipées en même temps que les douleurs abdominales.

La constipation a persisté le plus souvent plusieurs jours après la disparition complète des douleurs. Le plus ordinairement l'appétit s'est fait sentir du troisième au quatrième jour du traitement, et on accordait alors des aliments dont la digestion se faisait très-bien.

La tisane acidulée avec l'acide sulfurique a toujours été prise avec plaisir par les malades; quelques-uns seulement l'ont vomie, mais seulement dans des circonstances rares où tous les ingesta étaient rejetés.

Le sulfate d'alumine à 4 grammes dans une potion gommeuse n'a jamais paru agacer les dents, comme on serait porté à le croire; les malades ont trouvé leur potion âcre ou amère, mais ils ne se sont jamais plaint de son acidité désagréable. Ce sel n'a jamais paru donner aucun signe qui indiquât de l'irritation dans la bouche ni dans le tube digestif. Enfin, peu de malades se sont plaint de douleurs d'estomac, et la potion n'a été vomie qu'exceptionnellement.

En général, l'usage de cette potion a été continué pendant cinq ou six jours.

Les forces des malades sont toujours revenues de bonne heure, et comme le traitement ne les fatiguait point, beaucoup d'entre eux ont quitté le lit du troisième au cinquième jour.

L'état cachectique s'est en général dissipé, comme dans le traitement par les purgatifs, du quatrième au septième jour.

Aucun incident particulier au traitement n'est survenu pendant son cours.

Il importait d'établir la durée moyenne du traitement. D'après un tableau statistique de ces 57 cas de colique de plomb, dressé par M. Briquet, on trouve en tout 515 jours, c'est-à-dire 9 jours par malade; et comme la sortie n'a eu généralement lieu que plusieurs jours après la guérison, M. Briquet évalue en définitive la moyenne de la durée du traitement à 6 ou 7 jours environ. C'est à peu près la même moyenne constatée dans l'ouvrage de M. Tanquerel des Planches pour un grand nombre de malades atteints de colique de plomb simple et traités par la méthode des purgatifs.

Dès lors, quel serait l'avantage que l'on pourrait invoquer en faveur du traitement par l'acide sulfurique et l'alun, dit traitement chimique, sur le traitement empirique par les purgatifs? Le voici : M. Briquet accorde que le traitement par les purgatifs paraît abréger d'une journée la durée des douleurs abdominales; mais, ajoute-t-il, ce que ce dernier gagne d'un côté, il le perd de l'autre, car les malades traités par l'alun, moins fatigués que ceux qui sont traités par les purgatifs, ont une convalescence plus courte que les autres. — C'est une considération qui n'est pas sans valeur, même dans les conditions habituelles; mais en admettant que la méthode chimique n'eût aucune supériorité réelle sur les purgatifs, dans les conditions ordinaires, elle emprunterait surtout ses avantages aux circonstances qui rendraient l'administration des purgatifs difficile ou même dangereuse.

Traitement de la pustule maligne par l'application topique des feuilles fraîches de noyer.

Nos lecteurs ont encore présente à l'esprit la relation d'un cas de pustule maligne guérie par l'application topique des feuilles fraîches de noyer, que nous avons publiée dans le numéro du 25 juillet dernier. Ils se rappellent sans doute l'expression d'incrédulité avec laquelle M. le docteur Raphaël (de Provins), l'auteur de cette relation, déclarait avoir accueilli l'annonce des merveilleux effets thérapeutiques des feuilles de noyer dans l'affection dont il s'agit, incrédulité qui n'était tombée devant le fait dont il a été témoin que pour faire place au doute; ils doivent également se rappeler les réserves que nous avons faites nous-même au sujet de cette dernière observation, tout en ne mettant pas en doute l'exactitude du diagnostic formulé par notre confrère. Enfin, en faisant appel à l'expérience des médecins placés le plus favorablement pour étudier en toute connaissance de cause les questions relatives au traitement de la pustule maligne, nous avions l'intention et l'espérance de provoquer une sorte d'enquête sur l'observation de M. Raphaël et un contrôle expérimental du moyen thérapeutique en question, — enquête et contrôle pour lesquels les médecins de Paris sont moins aptes que tous autres, la pustule maligne n'étant que très-rarement observée dans la capitale. — Le temps n'a pas permis encore à l'expérience de se faire, si tant est que les médecins qui sont à même de traiter des pustules malignes soient disposés à la tenter, au risque de perdre peut-être sans compensation les chances de guérison qu'ils sont habitués à attendre de la cautérisation. Mais l'enquête a été engagée; et c'est du jugement porté sur l'observation de M. Raphaël par quelques-uns de nos confrères les plus compétents en cette matière, que nous allons nous entretenir.

M. le docteur Froc, de Sermaises (Loiret), qui exerce dans une contrée (la Beauce) où les affections charbonneuses sont fréquentes, nous écrit à ce sujet qu'il ne lui paraît pas suffisamment prouvé que M. Raphaël ait eu affaire à une pustule maligne.

« Je cherche vainement, dit-il, dans sa description, l'appareil symptomatique que nous rencontrons à chaque pas dans la Beauce. Depuis plus de dix ans que j'exerce dans cette contrée féconde en affections charbonneuses, je n'ai jamais vu de *pustules* dans cette maladie si improprement nommée *pustule maligne*; des vésicules, des bulles, des phlyctènes sur une peau qui se sphacèle, voilà ce que nous sommes habitués à constater dans cette gangrène spéciale. Mais ce que nous cherchons encore chez le sujet de l'observation, ce que l'auteur y a cherché lui-même, mais en vain, c'est la *pustule maligne elle-même*; c'est cette eschare centrale assise sur

---

convaincu, dit-il, que ce n'est que par la comparaison de l'homme sain et de l'homme malade qu'il est possible d'approfondir et d'étudier la question sous toutes ses faces, et qu'une telle étude doit évidemment tourner au profit de la science.

Aux rêves morbides, il a rattaché le cauchemar sous toutes ses formes et les différentes espèces de somnambulisme. Parmi elles, figure en première ligne le somnambulisme artificiel, question très-épineuse et très-délicate, qui, suivant l'auteur lui même, n'est pas encore parvenue à prendre droit de domicile dans la science, et à laquelle nous aurions désiré, pour nous servir d'une spirituelle expression de M. Cerise, que l'auteur eût été assez imprudent pour ne pas craindre de s'y brûler les doigts.

Tout d'abord, l'auteur exprime la répugnance qu'il a eue à s'engager dans ce dédale mystérieux, dans ce monde féerique qu'on appelle somnambulisme. Cependant, appuyé sur l'autorité de quelques-uns des représentants les plus illustres de la science et de la philosophie, voire de l'Église, il n'hésite pas à penser que tout n'est pas chimère dans le magnétisme animal et dans le somnambulisme artificiel; qu'il y a réellement une forme singulière de la vie, un mode d'existence, un état dynamique du système nerveux qui comporte des facultés et des phénomènes sans analogues dans la vie normale; que l'on voit dans certaines circonstances se produire une action directe et immédiate de l'homme sur l'homme; qu'il y a un état somnambulique qui n'est pas plus contestable que l'état hystérique ou l'état cataleptique; enfin qu'à ce titre, le somnambulisme est une branche de la physiologie, et mérite d'être étudié par les savants comme toute autre branche de la science.

Transmission de la pensée, vue à travers les corps opaques, pressensation organique, prévision de l'avenir, M. Macario examine, admet tous ces points comme le plus fervent adepte. A l'appui de chacune de ces facultés, il apporte des récits empruntés autant que possible à des écrivains dont les noms lui ont semblé présenter le plus de garanties. Enfin, il est facile de reconnaître en lui un des hommes les plus convaincus de la vérité des faits qu'il expose.

Et cependant, chose singulière et que nous avons peine à comprendre de la part d'un homme sérieux, d'un homme d'intelligence comme nous connaissons M. Macario! rien de ce qu'on lui a fait voir, rien de ce qui s'est passé sous ses yeux, M. Macario n'a pu le répéter lui-même. « J'ai bien essayé, dit-il, d'expérimenter par moi-même sur plusieurs personnes qui me paraissaient susceptibles de recevoir l'impression magnétique; mais, je dois l'avouer, je ne suis jamais parvenu, malgré mes efforts répétés, à endormir les sujets qui voulurent bien se prêter à mes expériences. C'est que probablement je ne suis doué d'aucune puissance magnétique, et que je manque de cette foi robuste qui transporte les montagnes. J'ai dû m'en rapporter pour la rédaction de cet article, aux écrits et aux assertions d'hommes instruits et dignes de foi qui se sont occupés de magnétisme animal et de somnambulisme artificiel. »

Nous sommes loin de partager les convictions de M. Macario quant à la réalité des merveilles qu'il rapporte, tout comme nous nous refusons à croire à ce manque de puissance magnétique derrière lequel il se retire avec trop de modestie et d'humilité pour expliquer l'inanité de ses efforts. Si cette puissance existe, elle doit être chez tous les hommes bien organisés physiquement et intellectuellement, et nous croyons que sous ces deux rapports l'auteur n'a rien à désirer. Pourquoi n'admettrait-il pas avec nous, chose bien plus vraisemblable, qu'il a été, pour les quelques faits insignifiants dont on l'a rendu témoin, dupe d'adroits et peu honnêtes mystificateurs; et que pour ceux qu'il aurait bien désiré voir, mais que l'on n'a pas produit sous ses yeux, on l'a jugé trop clairvoyant pour ne pas découvrir la *ficelle*, qu'on nous passe le mot, de ces jongleries?

Dans un dernier chapitre, M. Macario esquisse la théorie des facultés de l'âme; pour lui, il y a trois forces ou puissances dans l'âme humaine : la sensibilité, par laquelle l'homme apprend les *sensibles*, c'est-à-dire les qualités et les effets; la raison, par laquelle il aperçoit les intelligibles, c'est-à-dire l'être, les substances, les causes et les rapports; enfin, la surintelligence, faculté nouvelle découverte par Vincent Gioberti, et par laquelle il croit à la réalité des puissances inconnues. Ceci fait, l'auteur signale les modifications qu'éprouve chaque faculté dans le sommeil, et cherche à démontrer que l'esprit est passif dans les rêves, tandis qu'il est actif dans la veille. Là est la différence entre rêver et penser.

Telle est, bien incomplète en raison de la nature des questions qui s'y trouvent traitées, l'analyse du traité de M. Macario. Il sera lu avec intérêt par les hommes habitués aux études sérieuses et qui se sont occupés de l'analyse de l'entendement humain. Mais nous eussions aimé, nous le répétons, et les sentiments d'affection que nous portons à l'auteur nous font espérer qu'il ne nous en voudra pas de notre franchise, nous eussions aimé à ne pas trouver dans son livre le chapitre du somnambulisme artificiel, que l'on aurait quelque peine à croire sorti de la plume d'un véritable savant.

Dr A. Foucart.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Mémoire de médecine pratique sur l'angine couenneuse, gangreneuse, épidémique et endémique, sur sa forme croupale secondaire, accompagné de considérations sur le croup aigu, par le docteur Fulgence Fiévée de Jeumont. Paris, chez J. Hamel, libr., 10, rue Racine.

De l'exfoliation physiologique et pathologique de la membrane interne de l'utérus, avec de nouvelles considérations sur les avortements au début de la grossesse, par M. A. Raciborski. Broch. in-8°. Prix, 3 fr. Paris, 1857, chez J. B. Baillière et fils.

son tubercule, couronnée de son aréole vésiculaire, et autour de laquelle rayonnent tous les autres accidents (tuméfaction, phlyctènes, etc.). Elle n'y est pas. Il est vrai que l'auteur dit que la pustule a probablement commencé par un œdème malin de la paupière; mais le malade ou sa famille ont dû éclairer sur les débuts du mal. Dans l'œdème malin, la paupière est seule malade pendant plusieurs heures; elle se recouvre de *vésicules* avant que le gonflement se soit étendu. Au point où était le mal, elle devait porter des eschares; mais elle était seulement très-gonflée, et, ainsi que la joue, portait des *pustules*. Je ne trouve donc pas ici tous les signes de la *pustule maligne;* et je ne suis pas assez édifié par ce seul fait, pour oser aborder en face une affection aussi dangereuse avec un traitement aussi.... anodin. »

Telle est sur ce fait l'opinion de notre confrère de Sermaises. Notre pensée, raffermie d'ailleurs par l'opinion de M. Nélaton, avec qui nous avions étudié et commenté l'observation de M. Raphaël, était qu'en effet le médecin de Provins avait eu affaire à cette espèce ou cette variété de pustule maligne qui commence par l'*œdème malin des paupières*, et que M. le docteur Bourgeois (d'Etampes), si compétent en cette matière, a si bien décrite sous cette dénomination. C'est ce que M. le docteur Bourgeois a pris la peine de confirmer par une lettre qui renferme sur ce sujet des renseignements pleins d'intérêt et que nos lecteurs nous sauront gré de mettre sous leurs yeux.

Pour lui, il s'agit bien là d'une belle et bonne pustule maligne ayant très-probablement débuté, comme le pense M. Raphaël, par un œdème malin des paupières. Mais ce fait n'est autre chose, à ses yeux, qu'une guérison spontanée de la maladie dont il s'agit. « Ce n'est pas la première fois, dit notre confrère, que je suis témoin d'une terminaison de ce genre. Dans mon mémoire, j'établis même en principe qu'il peut en être ainsi dans quelques cas, malgré l'opinion d'un certain nombre de médecins.

» Quant aux nombreux charbons du docteur Pomayrol, le fait est plus extraordinaire, et, bien que nous en observions des séries qui sont évidemment plus bénignes les unes que les autres, je crois pouvoir affirmer que chez nous, sur 40 pustules malignes dans les circonstances les moins désastreuses, nous avons eu encore un grand nombre de morts à déplorer, en nous contentant des feuilles de noyer. Il faut nécessairement qu'il s'agisse là d'une forme de l'affection charbonneuse différente de celle de nos localités, d'une *pustule non maligne*, en un mot. »

Jugeant avec raison la matière assez importante, M. Bourgeois, après avoir ainsi énoncé son opinion sur le fait qui a été le sujet de sa lettre, entre sur le fond de la question dans les détails suivants.

« Semblable sous certains rapports au virus rabique et au venin de beaucoup de serpents, la substance qui engendre la pustule maligne a besoin comme ceux-ci de pénétrer dans l'économie du dehors en dedans pour y produire ses désordres; mais avec cette différence toutefois que cette substance n'a besoin pour s'y infuser ni de plaie ni de dénudation de l'épiderme, et que, de plus, il lui faut de la part de l'organisme humain une certaine élaboration sur place, consistant dans la formation d'un *bouton caractéristique*, d'où s'échappent pendant un certain nombre de jours, et, à chaque instant, de nouvelles particules topiques qui vont contaminer l'économie. Ce n'est certainement pas, comme paraissent l'avoir cru Enaux et Chaussier, par les désordres locaux, quelque étendus qu'ils soient, que ce mal tue, mais bien par l'empoisonnement des sources de la vie au sein de la constitution elle-même.

» Je le répète, l'observation prouve qu'on peut guérir sans traitement, au moins sans traitement significatif, des pustules charbonneuses même très-graves. Donc, le venin qui les constitue essentiellement n'est pas absolument mortel, tel que celui de la rage par excellence, ou celui de la morve, qui ne paraît guère moins fatal. Dans ces cas heureux, après un appareil de symptômes dépressifs, comme faiblesse générale, lypothimie, syncopes, vomissements, petitesse extrême du pouls, refroidissement, etc., l'organisme rassemble toutes ses forces, lutte avec plus ou moins d'énergie contre le principe septique, et une sorte d'état inflammatoire général et local vient arracher le malade à la mort. De là, fièvre plus ou moins vive, pouls large et fréquent, céphalalgie, soif, rubéfaction et endolorissement des parties tuméfiées, qui étaient auparavant pâles et indolentes; l'inflammation va même quelquefois jusqu'à produire des abcès au sein des tissus gonflés, et plus particulièrement dans les ganglions lymphatiques correspondants.

» Mais il s'en faut malheureusement de beaucoup que les choses se passent toujours ainsi; parfois, après des efforts réactionnaires incomplets, le malade n'en succombe pas moins, quoiqu'un peu plus tard. Dans le plus grand nombre des cas, la maladie, abandonnée à elle-même, entraîne la mort dans un laps de temps qui varie de 4 à 15 ou 20 jours, à partir du commencement du bouton malin. C'est encore ce qui a lieu lorsque le médecin est appelé tardivement auprès du malade; il a beau alors détruire le foyer d'infection, la quantité de venin qui a pénétré son organisme est trop considérable pour que ses forces jointes à une médication interne appropriée puissent en triompher.

» Ainsi donc, dans la pustule maligne il y a constamment élaboration locale du virus charbonneux, absorption d'une plus ou moins grande quantité de ce dernier, et enfin imprégnation et lutte de l'organisation pour son expulsion, lutte qui peut être, mais qui malheureusement n'est favorable que dans des circonstances trop rares, lorsqu'un traitement approprié ne vient pas au secours du patient.

» D'après les données qui précèdent, on a pu déjà voir que pour combattre l'affection charbonneuse, il y a surtout trois indications à remplir : 1° Détruire sur place le point d'où rayonnent les particules morbides, c'est le fait de la cautérisation; 2° neutraliser et éliminer autant que possible, par des moyens appropriés, l'action du venin sur la constitution : toniques, anti-septiques, vomitifs; 3° enfin, modifier l'état local et y substituer une inflammation phlegmoneuse par des pansements excitants convenables.

» Un mot maintenant sur la division de la marche de la pustule maligne en quatre périodes. Admise pour la première fois par Énaux et Chaussier, elle a été conservée par le plus grand nombre des auteurs modernes. Cette manière d'envisager le développement du mal qui nous occupe me semble très-irrationnelle. D'après cela, on serait tout disposé à croire qu'il ne s'agit ici que d'une simple affection locale, dont le développement successif finirait par amener la mort; et que s'il survient des symptômes internes, cela tient simplement à l'envahissement de plus en plus prononcé de la lésion extérieure. De là ces descriptions où on finit par voir toute l'épaisseur des parties molles jusqu'aux os frappée de mortification, des membres entiers complétement gangrenés. Bien que j'aie vu succomber un grand nombre de malades, je n'ai jamais observé rien de semblable. Le gonflement peut, il est vrai, être énorme, mais les eschares, qui n'envahissent guère que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, sont rarement plus larges qu'une pièce de deux francs, si ce n'est aux paupières, à cause de la délicatesse des téguments de ces voiles membraneux; parfois même la mort arrive et l'eschare n'est guère plus large qu'un centime. On n'a que trop souvent pris les énormes destructions de tissus, occasionnées par une cautérisation trop peu ménagée, pour les résultats spontanés de la maladie.

» Il n'y a logiquement, et en bonne observation, que deux périodes dans le charbon :

» 1° Période locale; on pourrait, il est vrai, la diviser en deux temps : temps d'incubation et temps d'éruption;

» 2° Période interne, ou d'intoxication, pendant laquelle se produit toute la gravité du mal. Ces deux périodes se succèdent fort irrégulièrement. Quelquefois le bouton est à peine apparu que des accidents généraux se manifestent; d'autres fois les désordres locaux les plus considérables se sont déjà produits, sans que le moindre retentissement organique ait eu lieu.

» Je terminerai en disant que l'étude des faits analogues à celui de notre confrère de Provins m'a depuis bien longtemps conduit à ne détruire par la cautérisation que le bouton central, et à ne faire ni ces larges incisions, ni ces énormes brûlures dont le moindre inconvénient est d'amener de hideuses difformités. Je ne m'effraye pas non plus de ces bulles souvent très-volumineuses qui environnent à une distance plus ou moins éloignée la pustule elle-même, le moindre attouchement produisant de larges eschares; et enfin il est bien rare que j'en vienne à une cautérisation secondaire. »

HOPITAL DES ENFANTS.

Luxation incomplète de l'avant-bras en dedans.

Jules-Louis Barra, âgé de onze ans et demi, charpentier, rue de Sèvres, 254, est entré à l'hôpital le 16 juillet 1855, salle Saint-Côme, n° 25.

Le 15 juillet, il était monté sur un âne; un de ses camarades excita l'animal, qui fit un élan, et l'enfant tomba sur le coude gauche serré contre le corps, et non pas sur la main, affirme-t-il. Douleur vive, pas de craquement au moment de l'accident.

Le jour même, M. Richard a diagnostiqué une fracture du bras voisine de l'article, avec gonflement considérable. Appareil à attelles de carton pendant vingt-quatre jours.

L'appareil enlevé, je constate ce qui suit :

Mouvements. — Avant-bras dans une position moyenne, entre la flexion et l'extension. Mouvements d'extension et de flexion très-libres, mais très-bornés, le poignet ne décrivant pas un arc de plus de quatre travers de doigt; encore les mouvements volontaires sont abolis.

Déformation. — Le coude est déformé en arrière. Les saillies et dépressions normales font place à une roideur presque uniforme. On ne trouve sur la partie inférieure de l'humérus aucune trace de la fracture, les arêtes qui s'élèvent au-dessus des tubérosités étant restées dans leur plan normal. Au coude même, malgré un gonflement assez notable, on constate que le cubitus, facile à suivre dans toute sa longueur, est déplacé en dedans au point que le bord interne de l'olécrâne dépasse l'épitrochlée de plus de 1 centimètre, ce dont on s'assure parfaitement en faisant mouvoir cet os en même temps qu'on enfonce le doigt en arrière sur le côté interne.

Sur le bord externe de la partie supérieure de l'avant-bras, dépression, où le doigt enfoncé à une certaine profondeur, malgré le gonflement, ne trouve pas le radius, qu'il sent tourner à peu près à la partie moyenne de la rondeur qui représente aujourd hui le coude. Sa cupule offre une résistance très-nette au toucher dans un point qui paraît être sous la trochlée à sa face postérieure, ce que l'on sent mieux en faisant fléchir le coude qu'en faisant exécuter à l'avant-bras des mouvements de rotation.

Le haut de cette cupule se trouve juste, dans l'état actuel du bras, au niveau de l'épicondyle; quant à ses rapports avec l'épitrochlée, ils sont impossibles à apprécier, car l'épitrochlée se trouve comme coiffée par la cavité sigmoïde du cubitus.

Le bec olécrânien, très-distinct aussi, surtout dans les mouvements de flexion, se trouve, dans l'attitude actuelle du bras, environ à 0,01 au-dessus de la ligne horizontale, qui est au niveau de la pointe de l'épicondyle.

Quant à la cavité olécrânienne et tendon du triceps, l'empâtement, et surtout l'absence de contraction suffisante pour ce dernier, empêche de les distinguer.

En avant, au pli du coude, l'engorgement consécutif à la région primitive, ainsi que la présence d'une ulcération causée par des morsures de sangsues appliquées en ville, empêchent d'apprécier les signes du déplacement.

Mesures. — 1° Dans l'attitude actuelle de l'article, la distance du sommet de l'olécrâne à l'angle postérieur de l'acromion est de 0,21 du côté malade et de 0,23 et demi du côté sain.

2° La distance de l'extrémité du pouce à l'épicondyle est de 0,27 du côté malade et de 0,28 du côté sain.

3° La distance de l'apophyse styloïde du radius à l'épicondyle est de 0,18 et demi du côté malade; du côté sain, un peu plus de 0,19.

4° Distance transversale de l'épicondyle à l'olécrâne (bord interne), 0,07 du côté malade, 0,05 du côté sain.

5° Circonférence du membre au pli du cou, 0,21 et demi du côté malade; du côté sain, 0,18.

Il résulte de ce qui précède :

1° Que la fracture a dû se consolider avec une régularité remarquable;

2° Qu'elle était compliquée d'une luxation de l'avant-bras en dedans dans une disposition telle que l'apophyse sigmoïde du cubitus embrasse l'épitrochlée, ce qui explique la présence de l'olécrâne en dedans, son ascension, d'où le raccourcissement de l'avant-bras, sa disparition au toucher;

3° Le radius se trouvant dans ses rapports ordinaires de contiguïté avec le cubitus, paraît l'avoir suivi en dedans en plaçant sa cupule au-dessous et un peu en arrière de la trochlée.

L'épicondyle est distant de l'extrémité externe de la clavicule de 0,22 du côté malade; même distance du côté sain.

Voilà l'observation telle que je l'ai dictée aux internes du service; mais pour dire toute ma pensée, ainsi que M. Richard en a lui-même exprimé le désir, je suis convaincu que la fracture n'a pu exister, et qu'il s'agissait d'une luxation seulement; luxation que le degré du gonflement a rendue d'abord méconnaissable, malgré le talent du chirurgien. C'est d'ailleurs l'opinion de tous les membres de la Société qui ont examiné le petit malade. Ce serait une complication encore sans exemple, au coude, qu'une fracture si voisine de l'article luxé. Deux points me paraissent encore dignes de remarque dans ce fait :

1° L'attitude de la chute sur le coude serré contre le corps; attitude, en effet, bien favorable à la production de la luxation en dedans;

2° La facilité plus grande de sentir et même de voir la cupule radiale en fléchissant l'avant-bras, qu'en lui imprimant des mouvements de pronation et de supination.

C'est un exemple-type de la luxation incomplète de l'avant-bras en dedans.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 août 1857. — Présidence de M. BOUVIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. MOREL-LAVALLÉE présente un jeune garçon atteint depuis trente-cinq jours de luxation postéro-interne incomplète du coude. (Voir l'observation ci-dessus.)

Au surplus, ajoute en terminant M. Morel, je pense qu'il serait indiqué de faire des tentatives de réduction lors même que l'humérus aurait été fracturé, comme le pense notre collègue M. Richard. En effet, une fracture simple du tissu spongieux sans déplacement, chez un garçon de cet âge, doit être au bout de trente-cinq jours suffisamment consolidée pour que le cal soit capable de résister à des tractions même assez fortes.

M. HOUEL demande à M. Morel quel procédé de réduction il se propose d'employer.

M. MOREL. Je commencerai, suivant les préceptes de M. Lenoir, par faire exécuter au membre des mouvements passifs de flexion et d'extension, de flexion surtout, afin de relâcher, d'allonger les ligaments anormaux. Ces manœuvres doivent être faites avec quelques précautions, afin de ne pas fracturer l'olécrâne. Lorsque les ligaments seront suffisamment relâchés, je ferai faire des tractions sur l'avant-bras légèrement fléchi, et je repousserai directement avec mes mains les surfaces osseuses en sens inverse. Peut-être cela ne suffira-t-il pas. Alors j'aurai recours à un procédé qui m'a réussi dans un cas de luxation du coude, où Gerdy avait échoué. Ce professeur avait même sans résultat coupé sous la peau le tendon du triceps. Il me parut que l'obstacle à la réduction venait de l'enclavement des os, de leur engrénement. Je fis donc appliquer sur l'extrémité inférieure du bras et sur l'extrémité supérieure de l'avant-bras deux serviettes en sens contraire, et tout en faisant continuer les tractions suivant l'axe du membre, je fis exécuter au niveau du coude deux tractions opposées perpendiculaires à l'axe du membre, l'une postéro-antérieure, sur l'extrémité inférieure de l'humérus; l'autre, antéro-postérieure, sur l'extrémité supérieure des os de l'avant-bras. Par ce moyen, les surfaces engrénées s'écartèrent; les tractions longitudinales devinrent efficaces et la réduction fut obtenue.

M. HOUEL rappelle que M. Malgaigne considère également la méthode de l'extension en ligne droite comme un mauvais procédé, et que ce professeur propose surtout de réduire les luxations du coude par l'impulsion directe des os.

M. CHASSAIGNAC a adopté depuis longtemps cette méthode de réduction par impulsion directe des os du coude. Il a même publié une modification du procédé ordinaire. Au lieu de pousser sur l'olécrâne avec les deux pouces, en embrassant la partie antérieure du coude avec les huit autres doigts, il pousse sur l'olécrâne avec le talon de la main droite, en retenant l'humérus avec l'autre main. Il lui paraît que cela lui donne plus de force.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Aldenfeld adresse un nouveau mémoire, plus détaillé que le premier, sur le membre artificiel qu'il a présenté dans la dernière séance. (Renvoi à la commission déjà nommée.)

Outre les journaux de la semaine, la Société a reçu les ouvrages suivants :

Raciborski. *De l'exfoliation physiologique et pathologique de la membrane interne de l'utérus*, in-8°.

Gallard. *Qu'est-ce que la fièvre puerpérale?* in-8°.

Gressy. *Des imperforations et atrésies congéniales de la face*, thèse inaugurale ; Paris, 1857, in-4°.

M. VERNEUIL donne une analyse rapide de cette dernière thèse, dont il fait ressortir l'importance.

Hypospadias accidentel et oblitération de l'urètre. — M. DEMARQUAY communique l'observation d'un homme âgé de quarante-six ans, qui est atteint d'une oblitération complète de la partie antérieure de l'urètre. Cet homme, ayant eu dans sa jeunesse trois blennorrhagies, vit survenir peu à peu un rétrécissement qui fit des progrès tels, qu'un jour l'émission des urines devint tout à fait impossible. Le malade avait alors vingt-huit ans. Il se trouvait à Caen, et fut soigné par Lesauvage, qui, après avoir fait de vaines tentatives de cathétérisme, se décida à pratiquer l'opération de la boutonnière périnéale. Depuis lors l'émission des urines s'est faite entièrement par cette boutonnière, et pendant dix-huit ans il n'est survenu aucun accident nouveau. Mais il y a quelque temps, l'orifice de la boutonnière a commencé à se rétrécir ; la miction est devenue de plus en plus difficile ; enfin, ces jours derniers, le malade, ne pouvant plus uriner, a été obligé de se remettre entre les mains des chirurgiens. A la place de la boutonnière périnéale M. Demarquay ne trouva qu'un pertuis assez étroit, où il introduisit d'abord une petite sonde ; puis il dilata l'ouverture, et enfin il agrandit la boutonnière en bas et en arrière avec un lithotome pour faire un hypospadias, suivant le précepte de M. Ricord. Une sonde à demeure fut ensuite introduite dans la vessie. Elle est encore en place, et on pourra bientôt l'enlever.

Depuis cette opération, M. Demarquay s'est assuré que l'urètre est complétement oblitéré à partir du méat dans une étendue d'environ 6 centimètres. On reconnaît aisément, en examinant le méat, que l'urèthre est oblitéré à ce niveau. Quant à la limite postérieure de l'oblitération, on la découvre en introduisant à travers la boutonnière urétrale une sonde à l'aide de laquelle on pratique un cathétérisme récurrent. Ainsi il est bien certain que depuis longtemps la totalité des urines s'écoulait par l'ouverture périnéale. Il en était de même du sperme. Le malade, qui avait eu plusieurs enfants avant d'avoir subi l'opération de la boutonnière, est depuis lors resté inféconde.

Dans peu de jours, continue M. Demarquay, la plaie de cet homme sera guérie ; mais il est à craindre que les bords de l'incision ne se rétractent de nouveau, et que la boutonnière ne se rétrécisse comme la première fois. Si cette éventualité fâcheuse se présente promptement, que faudra-t-il faire? M. Demarquay ne pense pas qu'on doive songer à rétablir la perméabilité de l'urètre, ce canal étant oblitéré dans une étendue trop considérable. Il n'est pas éloigné de croire qu'on pourrait faire une sorte de vulve, c'est-à-dire inciser profondément sur le raphé périnéal, disséquer l'urèthre dans une certaine étendue, l'isoler entièrement, le couper transversalement au niveau de la boutonnière actuelle et l'attirer à l'extérieur, où on le fixerait en suturant la muqueuse avec la peau ; on obtiendrait ainsi une ouverture dont les bords ne seraient pas inodulaires, et on aurait toute chance d'empêcher la récidive.

M. VERNEUIL. Il y a dans la science un assez grand nombre de faits semblables ou analogues à celui de M. Demarquay. On en trouve dans les auteurs anciens à l'article *hypospadias ;* et dans le fait, il y a bien quelque analogie entre les boutonnières accidentelles ou chirurgicales et l'hypospadias naturel.

Il y a trois variétés de ces hypospadias d'après leur siége :

1° Sous le gland ;

2° A la racine de la verge, au niveau de l'angle péno-scrotal ;

3° Au périnée.

Dans l'un et l'autre cas, lorsque la fistule est assez large, la portion d'urètre située en avant peut s'oblitérer d'une manière complète.

Les chirurgiens anciens ont fait des opérations très-hardies pour remédier à ce pénible et fâcheux accident. Galien, Albucasis, et plusieurs chirurgiens de la Renaissance jusqu'au seizième et même au dix-septième siècle, ont osé pratiquer l'urétrogénie complète, c'est-à-dire qu'ils ont, avant de refermer la fistule, creusé un nouveau canal dans toute l'étendue de l'oblitération. Cette opération, abandonnée après eux, a été retrouvée seulement de nos jours par M. Ricord.

On a encore cherché à obtenir le même résultat au moyen d'une incision longitudinale et médiane, pratiquée sur la face inférieure de la verge, dans toute l'étendue de l'oblitération. Cette incision, destinée à remplacer la partie oblitérée de l'urètre, était transformée en canal au moyen d'une suture faite sur une sonde. On trouve dans la science plusieurs observations de ce genre, et M. Verneuil sait de bonne part qu'un chirurgien français a dernièrement pratiqué cette opération.

M. Verneuil toutefois ne conseille rien de semblable pour le malade de M. Demarquay. Il pense que, si l'ouverture de la boutonnière s'est déjà rétrécie une première fois, cela tient à la longueur du trajet de la boutonnière, longueur au moins égale à la distance qui sépare la peau de l'urètre, c'est-à-dire à l'épaisseur du périnée. Si donc la récidive survenait encore, il serait avantageux de transporter la boutonnière dans un point où l'urètre est superficiel, et par exemple de transformer l'hypospadias périnéal en hypospadias péno-scrotal. Pour cela on n'aurait qu'à faire au niveau de la racine de la verge, sur la face inférieure de l'urètre, une incision longitudinale ; on pourrait même coudre la muqueuse avec la peau. L'hypospadias péno-scrotal a sur l'hypospadias périnéal l'avantage considérable de permettre la projection en avant de l'urine et du sperme. La fécondation est donc à la rigueur possible, et en outre les hommes atteints de cette infirmité peuvent uriner dehors, sans se déshabiller et sans s'accroupir. Dans le cas d'hypospadias, au contraire, l'émission des urines exige les mêmes précautions que la défécation.

M. CHASSAIGNAC a donné des soins à un malade atteint depuis plusieurs mois de rétention complète d'urine, avec infiltration dans le tissu cellulaire du périnée. Un rétrécissement absolument infranchissable était la cause de ces accidents. Il fallut pratiquer la boutonnière périnéale. L'urètre fut fort difficile à trouver. Enfin la portion membraneuse fut incisée, et une sonde fut poussée jusque dans la vessie.

Quant au cas particulier d'hypospadias ancien, dont M. Demarquay vient d'entretenir la Société, M. Chassaignac pense qu'on pourrait le traiter par la création d'un urètre artificiel. Il a fait cette opération de la manière suivante sur un avocat atteint d'hypospadias congénial avec absence complète de la partie antérieure de l'urètre. Une incision médiane et longitudinale fut d'abord pratiquée jusqu'à l'urètre, à trois travers de doigt en arrière de l'ouverture. On obtint ainsi une fistule auxiliaire à travers laquelle on introduisit d'arrière en avant un trocart qu'on poussa dans l'épaisseur des tissus, dans toute la longueur de la verge et jusqu'à son extrémité. On creusa ainsi un canal artificiel. Une sonde fut placée aussitôt à la place du trocart ; elle pénétrait par la boutonnière et ressortait à l'extrémité du gland. Une seconde sonde fut poussée à travers la même ouverture jusque dans la vessie.

Pour terminer l'opération, M. Chassaignac attacha ensemble les deux sondes par celles de leurs extrémités qui correspondaient à la plaie, puis, tirant sur la sonde antérieure, il attira jusque dans le nouveau méat urinaire la sonde vésicale qu'il laissa seule en place. Quant à la boutonnière auxiliaire, elle se referma aisément. M. Chassaignac répète en terminant qu'une opération de ce genre pourrait être pratiquée sur le malade de M. Demarquay.

M. LABORIE demande à M. Chassaignac ce que son opéré est devenu après la guérison, et si le nouveau canal est resté perméable.

M. CHASSAIGNAC répond que son opéré n'est pas à Paris, et qu'il en attend des nouvelles.

M. DEMARQUAY n'est nullement disposé à suivre le conseil de M. Chassaignac ; l'opération qui consiste à creuser un nouveau canal est loin en effet d'être sans gravité. Un jeune homme à qui Blandin pratiqua cette opération vers 1843, mourut d'infection purulente au bout de quelques jours.

M. LARREY confirme l'importance des distinctions établies par M. Verneuil entre les diverses espèces d'hypospadias, tant congénial qu'accidentel. Il insiste en outre sur une autre distinction, applicable surtout à l'hypospadias congénial. Tantôt, en effet, il existe en avant de l'ouverture urinaire un canal simplement oblitéré ; tantôt, au contraire, il n'existe aucun vestige de canal, l'urètre s'arrêtant tout à fait au niveau de l'hypospadias. M. Larrey a pu également s'assurer, ainsi que M. Verneuil, que l'hypospadias de la portion pénienne de l'urètre permet aux individus qui en sont atteints de projeter l'urine en avant ; en relevant légèrement leur verge, ils peuvent uriner comme tout le monde. Cette infirmité, moins rare qu'on ne le croit généralement, est toutefois considérée comme un cas de réforme. Il n'y a d'exception que pour l'hypospadias glandaire, qui est d'ailleurs beaucoup plus commun que l'autre.

M. HUGUIER, revenant sur le malade de M. Demarquay, pense que l'opération proposée par M. Verneuil, et consistant à transporter l'hypospadias au niveau de l'angle péno-scrotal, aurait plus d'inconvénient que d'utilité. Lorsqu'une fistule existe en ce point, la peau, souvent mouillée par l'urine, s'enflamme et devient le siége d'une sorte de sécrétion muqueuse fort gênante. Une boutonnière périnéale est préférable. Quant à l'avantage de projeter le sperme en avant et de rendre le coït fécondant, on ne doit pas beaucoup s'en préoccuper ici, puisque le sujet approche de la cinquantaine, et qu'il a déjà plusieurs enfants âgés d'une vingtaine d'années au moins.

M. CHASSAIGNAC, répondant à l'objection de M. Demarquay, ne conteste pas la possibilité d'accidents, même assez graves, à la suite de l'opération qui consiste à creuser un urètre artificiel ; mais il pense que ces accidents doivent être rares, et qu'il vaut la peine de les affronter, vu l'importance du but qu'on se propose d'atteindre. Il s'agit en effet de délivrer les malades d'une infirmité déplorable, de leur rendre la possibilité d'uriner en avant comme tout le monde, et surtout de leur rendre la fécondité. Pour obtenir un pareil résultat, on peut bien courir les chances d'une opération, qui d'ailleurs est le plus souvent tout à fait inoffensive. Une autre objection beaucoup plus sérieuse est tirée de la possibilité de la récidive. On doit craindre, en effet, que le trajet accidentel ne s'oblitère consécutivement d'une manière plus ou moins complète ; cela arrive quelquefois. Mais puisque les chirurgiens rencontrent parfois des trajets accidentels qui persistent malheureusement en dépit de tous les efforts de l'art, il n'y a vraiment pas de raison pour que l'urètre artificiel s'oblitère nécessairement. Il est donc permis de croire que la guérison obtenue doit être quelquefois durable.

M. VERNEUIL regrette que les observations de malades soumis à l'opération de l'urétrogénie soient pour la plupart si incomplètes. On sait bien que les opérés ont survécu, et que quelque temps après ils urinaient librement, mais les dates manquent aussi bien que les détails ; on peut dire que les observations probantes font complétement défaut. Il est donc bien difficile de savoir si la création d'un urètre artificiel est susceptible de donner un résultat définitif.

LES ASSOCIATIONS MÉDICALES.

A l'occasion de notre dernier article sur les associations médicales (voir la *Gazette des Hôpitaux* du 20 août), nous avons reçu de M. le docteur L. Sandras, une lettre qui renferme une proposition sur laquelle il voudrait appeler l'attention du corps médical. Nous reproduisons sans commentaires les principaux passages de cette lettre, dont nous laissons la responsabilité à son auteur, tout en nous réservant le droit, si besoin était, de présenter quelques observations sur le projet en question.

Paris, le 22 août 1857.

Monsieur le Rédacteur,

Depuis quelque temps, le monde médical semble en proie à un malaise, à une agitation particulière ; les sociétés cherchent à se mettre en rapport les unes avec les autres, et pourtant il est facile de prévoir que tout ce mouvement ne produira pas les résultats qu'on avait d'abord espérés. En effet, chacune des sociétés médicales aujourd'hui existantes ayant été instituée pour répondre à un besoin spécial ou parfois même purement local, ne peut s'occuper des questions traitées par les autres, sans s'écarter plus ou moins du but qu'elle se propose. Il ne peut y avoir entre ces sociétés communauté d'idées, et par conséquent pas d'unité d'action, et partant pas de force.

C'est pour cela que, sans rien changer à ce qui existe, nous voudrions voir tous les médecins de France former une vaste association qui, sous le nom de *Société médicale de France*, réunirait enfin tous les membres de cette grande famille, et leur donnerait l'unité et par suite la puissance d'action, dont le besoin se fait sentir chaque jour davantage.

Cette immense Société aurait son siége à Paris et s'occuperait de questions professionnelles ; mais tous les ans, à l'imitation des Sociétés entomologique et botanique de France, elle se réunirait en session extraordinaire dans une des principales villes de l'Empire, où l'on traiterait quelque sujet scientifique.

Ce congrès aurait l'avantage de mettre en rapport les membres de la famille médicale, et d'établir entre eux l'union qui fait la force.

Reste la question d'argent? Pauvres et riches pourraient également faire partie de cette Société, du moment où ils prouveraient qu'ils exercent légalement l'art de guérir.

Suivant nous, la fondation de la Société médicale de France répond à un besoin de l'époque, à la tendance générale du monde médical ; elle pourrait rendre de grands services par l'influence morale qu'elle exercerait.....

La *Gazette médicale de Strasbourg* annonce que M. Coze, doyen et professeur de matière médicale à la Faculté de médecine de cette ville, et M. le docteur Kayser, bibliothécaire de la même Faculté, ont demandé à M. le ministre de l'instruction publique à être admis à la retraite.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Maurel, né à Paris (Seine) ; *Des hémorrhagies utérines pendant et après l'accouchement.*

Hernandez, né à la Havane (île de Cuba) ; *Etude sur l'ascite, l'anasarque et l'œdème.*

Chapin, né à Neuillé (Maine-et-Loire) ; *Hygiène de la première enfance.*

Delouc, né à Latour (Puy-de-Dôme) ; *De l'hémorrhagie puerpérale utérine.*

Catala, né à la Havane (île de Cuba) ; *Essai sur l'hygiène des gens de lettres.*

Rubio, né à Guano (île de Cuba) ; *Des abcès dentaires.*

Crenet, né à Sourans (Doubs) ; *Des kystes folliculaires de l'utérus.*

Lallemant, né à Pont-de-l'Arche (Eure) ; *De l'autoplastie par la méthode indienne.*

Lelièvre, né à Ballon (Sartbe) ; *Des ulcérations de la cornée.*

Gressy, né à Carnac (Morbiban) ; *Des imperforations et atrésies congénitales de la face.*

Japin, né à Billy-sous-Manziennes (Meuse) ; *De l'hypertrophie de la prostate.*

Meynet, né à Saint-Just en Chevalet (Loire) ; *Epidémie d'érysipèle et d'ulcération de l'ombilic chez les nouveau-nés*, observée à *l'hospice de la Charité de Lyon.*

Guide du médecin et du touriste aux bains de la vallée du Rhin, de la Forêt-Noire et des Vosges, par le docteur Aimé ROBERT. 1 vol. in-12 avec 6 gravures. Strasbourg, C. F. Schmidt, libraire-éditeur, et Paris, L. Hachette et Cie, rue Pierre-Sarrazin, 14.

Manuel de gymnastique hygiénique et médicale du gymnase de chambre Pichery. Broch. in-12. Paris, 1857, chez J. B. Baillière et fils.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Retour des saisons à l'état normal. — HOPITAL DE LA PITIÉ (M. Gendrin). Quelques réflexions sur les altérations des organes dans l'hémoptysie et sur le traitement de cette maladie. — Traitement de la blennorrhagie. — Croup ; trachéotomie. — Tumeur érectile de l'oreille traitée par la ponction avec broiement. — Eclat de pierre logé dans l'œil pendant quatre ans. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 24 août. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE, séance du 4 juin. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 31 AOUT 1857.

RETOUR DES SAISONS A L'ÉTAT NORMAL.

Parler de la pluie et du beau temps passe généralement pour n'avoir rien à dire. Grande erreur ! Et de quoi pourrait-on parler qui eût un intérêt plus constant et plus actuel? Quelle chose au monde exerce une plus grande influence sur notre bien-être, sur l'état de notre santé et de notre humeur que les divers états de notre atmosphère, que le chaud et le froid, la pluie et le beau temps?

Or si la météorologie, cette science encore si peu faite, et à laquelle depuis tant de siècles la médecine demande en vain la cause et l'explication de nos épidémies et de nos constitutions médicales annuelles ; si la météorologie, disons-nous, venait à être constituée sur des bases plus certaines et plus stables ; si des lois découvertes et édictées par un esprit de patiente et sagace observation permettaient désormais de prédire le temps et d'annoncer les perturbations atmosphériques, qui ne voit ce qu'après l'agriculture, l'hygiène et la médecine elle-même pourraient puiser d'utiles renseignements dans cette science !

Or voici un pronostic météorologique porté l'année dernière à pareille époque à peu près, qui a reçu jusqu'ici une si éclatante confirmation, que nous ne saurions laisser passer l'occasion de la signaler à nos lecteurs. Pour n'être point passée par la filière des communications académiques, qui en laisse passer si peu par ce temps de vacances (témoin le compte rendu de ce jour), la note que nous allons reproduire n'en mérite pas moins la place d'honneur que nous lui assignons ici. Il suffira de dire d'ailleurs que cette note est de M. Babinet, qui, récemment encore, nous est venu si à propos en aide pour dissiper les folles terreurs qu'inspirait alors la trop fameuse comète.

Voici ce qu'écrivait il y a peu de temps ce savant physicien dans le *Journal des Débats :*

« Au mois d'août 1856, ayant été désigné par l'Académie des sciences pour le discours public à la séance des cinq Académies, j'annonçai hardiment un changement dans la constitution météorologique du climat de la France. J'établis que les inondations ne se renouvelleraient plus de longtemps, et que le cours des saisons reprendrait son état normal. Je suis heureux de voir mon annonce solennelle confirmée jusqu'ici, et j'avoue qu'il me semble qu'il y avait dans cette prévision météorologique plus de mérite que dans cette assertion astronomique, savoir : que des astres d'une légèreté spécifique incompréhensible ne pouvaient occasionner à notre globe aucun accident sérieux. Je pense que le lecteur suivra avec intérêt les déductions qui conduisent à expliquer les saisons de cette année et à en espérer une série d'autres pareilles.

» Dans l'état météorologique normal de la France et de l'Europe, le vent d'ouest, qui forme le contre-courant des vents alizés qui entre les tropiques soufflent constamment de l'est, le vent d'ouest, dis-je, après avoir abordé la France et l'Europe par les rivages occidentaux, redescend par Marseille et la Méditerranée, par Trieste et l'Adriatique, par Constantinople et l'Archipel, enfin par Astrakhan et le bassin de la mer Caspienne et du lac Aral, pour aller compléter le grand circuit des vents généraux et se mêler de nouveau au courant équatorial. Toutes les fois que ces masses d'air, devenues humides par leur trajet au-dessus de l'Océan, rencontrent un obstacle, par exemple une chaîne de montagnes, elles s'élèvent le long de leurs flancs qui dominent les plaines voisines, et alors elles n'ont plus au-dessus d'elles qu'une quantité moindre d'air. Elles sont donc alors déchargées d'une partie du poids qui pesait sur elles. Elles se dilatent par leur élasticité. Cette dilatation entraîne un froid considérable, et par suite une précipitation d'humidité sous forme de brouillard, de nuage, de pluie ou même de neige. Le voyageur placé au sommet d'une montagne voit quelquefois par un jour du plus beau soleil levant pousser l'air transparent de la plaine vers les hauteurs qui la bornent. A une certaine hauteur, cet air commence par se troubler : plus haut, c'est un nuage ; plus haut encore, c'est un nimbus qui donne de la pluie ; enfin, si la hauteur de la montagne est suffisante, le froid atteint la congélation, et les sommités sont couvertes d'une neige éclatante produite subitement.

» Ajoutons que l'ascension des colonnes d'air qui résulte de l'obstacle d'une montagne se produit également quand le courant d'air est arrêté ou même ralenti par une cause quelconque, parce qu'alors les parties postérieures du courant s'élèvent au-dessus de celles qui les devançaient et qui deviennent alors immobiles en formant un obstacle tout pareil à celui des flancs d'une montagne. Or, voici ce qui s'était produit peu à peu avant 1856.

» Par une cause sans doute liée à l'ensemble des courants de l'atmosphère, le courant chaud du vent d'ouest était d'année en année remonté vers le nord, en sorte qu'au lieu de passer sur la France, il arrivait par la Baltique et le nord de l'Allemagne, troublant ainsi momentanément la loi ordinaire des températures européennes. Mais en 1856, une rechute subite s'opéra. Le courant d'ouest accosta comme précédemment la France par le milieu. Il éprouva un obstacle dans l'air des contrées qui n'avait pas pris encore vers l'ouest et le sud son écoulement ordinaire. De là arrêt, obstacle, élévation, dilatation, refroidissement, pluies extraordinaires et inondations. Aujourd'hui, que le régime naturel s'est rétabli, rien ne pronostique de pareils désastres ; mais si on voyait le courant d'ouest d'année en année remonter vers le nord, on pourrait s'attendre à des effets météorologiques pareils à ceux de l'année 1856.

» Ainsi que je le disais en avril dernier, les saisons normales semblent donc établies en France pour plusieurs années. Les importantes communications météorologiques que l'Observatoire impérial établit de proche en proche avec les divers pays de l'Europe, et l'établissement d'appareils pour la mesure de la vitesse des courants aériens ou vents dominants, donneront dans un avenir peu lointain des pronostics assez sûrs pour mettre en garde tout pouvoir éclairé qui veillera au bien-être de la société qu'il gouverne. »

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Quelques réflexions sur les altérations des organes dans l'hémoptysie et sur le traitement de cette maladie.

Nous avons ouvert récemment le cadavre d'une fille de vingt-huit ans qui nous avait présenté les symptômes d'une phthisie pulmonaire très-peu avancée, et qui succomba le cinquième jour d'une hémoptysie très-abondante contre laquelle tous nos efforts ne nous conduisirent qu'à une suspension des accidents pendant une journée. Les bronches du poumon droit, depuis leur origine trachéale jusque dans les ramifications du troisième ordre seulement, étaient remplies de sang vermeil demi-coagulé. La muqueuse bronchique était d'un rouge peu foncé ; les vaisseaux capillaires sanguins, qui rampaient dans l'épaisseur des tuyaux bronchiques et qui sont surtout évidents sur la surface externe, étaient très-gorgés de sang. Le sommet des deux poumons contenait une assez grande quantité de tubercules, la plupart disséminés, d'un très-petit volume, et tous crus ; quelques-uns seulement offraient un commencement de ramollissement. Les vésicules pulmonaires, et même les petites bronches au-dessous des tuyaux aérifères du troisième ordre, contenaient une assez grande quantité de sérosité à peine colorée. La base du poumon droit conservait un volume considérable, et laissait suinter par la pression un peu de liquide séreux ; elle était évidemment œdémateuse. Le cœur, les gros vaisseaux étaient sains, mais presque vides de sang.

Nous crûmes, quand cette malade devint hémoptysique, que l'hémorrhagie provenait d'un vaisseau ouvert dans quelque petite excavation tuberculeuse dont la présence nous semblait présumable, bien qu'il nous fût impossible d'en constater les signes directs ; mais c'était par exhalation sur la muqueuse aérifère que le sang s'était extravasé. Sa présence à la surface de cette membrane, l'injection prononcée des vaisseaux bronchiques, la teinte rougeâtre de la muqueuse, l'infiltration œdémateuse de la base des poumons à un degré prononcé, telles étaient les lésions anatomiques qui caractérisaient cette maladie après la mort. On ne peut douter que la diminution du volume des poumons, par suite de la dégénérescence tuberculeuse de leur sommet, n'ait contribué à rendre la mort facile.

Toutes les fois que nous avons examiné les bronches de sujets morts après avoir eu très-récemment des hémoptysies qui n'étaient pas le plus souvent la cause de la mort, nous avons remarqué les mêmes désordres ; mais nous n'avons jamais reconnu de vaisseaux variqueux sur la muqueuse des voies bronchiques.

Le sang extravasé dans les bronches d'un certain volume ne pénètre pas dans les rameaux aérifères inférieurs, c'est vers les grosses bronches que ce fluide versé se répand. L'œdème pulmonaire peut s'expliquer par le degré de congestion considérable de tout l'appareil vasculaire du poumon droit.

L'hémoptysie est très-fréquemment liée à des maladies du parenchyme des poumons ou à des affections qui produisent des obstacles à la circulation dans le cœur ou les gros vaisseaux ; les ouvertures de cadavres révèlent l'existence de ces lésions. Mais les désordres qui se lient immédiatement à l'extravasation du sang sur la surface de la muqueuse bronchique sont comme après l'hémoptysie idiopathique, l'injection des capillaires de cette membrane, sa teinte rouge plus ou moins prononcée, la présence du sang coagulé dans les bronches, l'existence d'une grande quantité de sérosité sanguinolente dans les dernières ramifications aérifères correspondant aux bronches qui sont le siége de l'hémorrhagie, et un certain degré d'infiltration séreuse du poumon.

Il est très-rare que l'hémoptysie ait son siége dans les bronches des deux poumons : on conçoit qu'alors elle soit rapidement mortelle ; elle n'affecte même le plus souvent pas la totalité des bronches d'un poumon, l'auscultation le fait reconnaître pendant la vie.

La partie des voies aériennes par où s'opère l'hémorrhagie a servi à établir une division de l'hémoptysie, selon qu'elle provient du larynx, de la trachée-artère ou des bronches.

Nous rappellerons les signes spéciaux qu'on a assignés à ces diverses hémorrhagies ; mais on ne trouve point dans les auteurs dignes de foi, et nous n'avons point eu occasion d'en recueillir, des faits appuyés sur des observations décisives, qui permettent de considérer cette division comme bien établie.

De la question qui précède à la thérapeutique des hémoptysies, il n'y a qu'un pas ; franchissons-le dans cette même conférence.

L'hémorrhagie bronchique étant toujours une maladie grave, comme hémorrhagie et à cause de l'importance de l'organe qu'elle compromet, il n'y a jamais pour cette affection, comme pour les épistaxis, lieu d'examiner s'il convient de la guérir.

Dès qu'on reconnaît les prodromes d'une hémoptysie, les voies aériennes sont le siége d'une congestion plus ou moins prononcée, qu'il faut directement combattre. Si cette congestion est liée à un état pléthorique général, il est indiqué d'avoir immédiatement recours aux émissions sanguines, qu'il faut pratiquer avec hardiesse et porter assez loin pour ramener l'activité augmentée de l'appareil vasculaire sanguin à son état normal. Lorsque l'hémorrhagie bronchique est une fois déclarée et qu'il existe des symptômes de pléthore bien manifestes, il faut se hâter d'ouvrir largement la veine. Le même moyen est encore indiqué lorsque la face est décolorée, le pouls petit, les extrémités froides et l'anxiété du malade considérable, pourvu que l'on ait à traiter un sujet dans la force de l'âge, et que la quantité de sang déjà rejeté ne soit pas telle, qu'elle ait dû nécessairement entraîner une véritable olighémie immédiatement dangereuse ; car alors les symptômes graves ne sont que l'effet de la terreur que l'expuition sanguine inspire au malade, ou que le résultat de la gêne qu'apporte à l'accomplissement de l'hématose la présence du sang dans les bronches. Il importe de seconder l'effet immédiat de l'émission sanguine par les moyens adjuvants suivants, qui ont une grande part dans les bons effets du traitement : débarrasser le malade de tous les vêtements qui peuvent gêner la circulation ; le tenir couché sur un plan incliné, la tête et la poitrine élevées ; le couvrir très-modérément ; établir dans la chambre un courant d'air frais et insister pour que le malade garde un repos absolu.

Lorsque tous ces moyens ne diminuent pas rapidement la perte de sang de manière à annuler ou au moins à affaiblir le danger qu'elle peut faire courir immédiatement au malade, on a quelquefois réussi à assurer leur efficacité par l'application de la glace sur la poitrine. Ce tonique ne doit être employé qu'avec réserve ; il détermine une anxiété et une douleur constrictive du thorax des plus pénibles ; il fait pâlir les vaisseaux des parois thoraciques et il réagit sur la circulation profonde, en quelque sorte par l'extension de proche en proche de l'action sédative qu'il exerce d'abord extérieurement. On court le risque avec ce topique de refouler ainsi le sang dans les vaisseaux profonds, et d'ajouter encore à la congestion sanguine.

Nous n'avons jamais vu recourir à ce moyen sans que l'hémor-

rhagie bronchique ait été suivie d'une véritable bronchite et même d'une pneumonie aiguë, ou au moins d'un état de congestion sub-inflammatoire sur les organes thoraciques.

Dans une hémoptysie grave, et même dans une hémoptysie d'une intensité modérée, mais rebelle, on pourrait avoir recours avec avantage à l'inspiration de l'air refroidi, suivant le procédé du docteur C. Drake (de New-York). On placerait le malade dans un lit très-chaud, on stimulerait la peau des membres, du corps et des parois de la poitrine avec des épispastiques, en y promenant des ventouses, et pendant ce temps-là on ferait respirer par un tube de l'air, que l'on extrairait de l'extérieur dans la saison froide, ou auquel on ferait traverser un réservoir rempli de glace. Il résulterait des essais de ce médecin qu'en appliquant ce traitement dans la bronchite il serait parvenu, en faisant inspirer pendant une heure de l'air refroidi à 4 ou 5° cent., à abaisser le pouls de 10 à 20 pulsations par minute, et à calmer notablement la toux. Autant nous aurions de répugnance à avoir recours à ce procédé thérapeutique dans la bronchite, autant il nous semblerait rationnel dans le cas qui nous occupe. Au surplus, nous ne l'avons pas soumis à l'épreuve de l'expérience clinique.

Tant que l'hémorrhagie bronchique continue, et même lorsqu'elle est suspendue, aussi longtemps que les voies aériennes restent le siége d'une congestion sanguine ou d'une irritation résultant elle-même de la présence plus ou moins prolongée de cette congestion, il faut insister sur les moyens de traitement indiqués pour les accidents précurseurs de l'hémoptysie.

On a conseillé comme moyens de traitement des hémoptysies quelques médicaments que l'on considère comme plus particulièrement appropriés à la curation de cette maladie; tels sont le sulfate acide d'alumine et de potasse, la gomme kino, le sulfate de fer, etc. Ces médicaments sont tous toniques et stimulants; il n'y faut recourir qu'après que l'on a affaibli autant que possible par des émissions sanguines l'action exagérée des organes de la circulation.

On a préconisé avec beaucoup de confiance contre l'hémoptysie le nitrate de potasse administré à dose élevée. Ce médicament a d'abord été conseillé par Thomas Dickson, qui l'administrait à petites doses très-fréquemment répétées et jointes à la conserve de roses rouges. Il a été ensuite recommandé par Bury, qui le regardait comme un sédatif rafraîchissant qui tempérait l'hémorrhagie, en modérant l'énergie de l'appareil circulatoire. M. Devilliers a aussi préconisé de nos jours ce moyen dans les mêmes circonstances et d'après les mêmes opinions sur ses effets immédiats. Ce médecin cite à l'appui de ce conseil l'heureux résultat qu'il a obtenu de ce médicament uni, à la vérité, à la conserve de roses, pour terminer une hémoptysie grave dont il était lui-même affecté. Nous faisons un grand usage en médecine du nitrate de potasse administré habituellement à doses élevées; nous n'en avons jamais retiré contre l'hémoptysie proprement dite aucun effet plus utile que celui qu'on obtient de tous les autres diurétiques actifs dans quelques cas d'hémorrhagies chroniques, par l'influence qu'exerce évidemment sur les congestions sanguines l'excès d'action imprimé aux reins.

Nous avons été plus heureux contre la pneumo-hémorrhagie, en sorte que nous pensons que ce sont réellement des hémorrhagies de cette espèce que ces auteurs ont traitées utilement par le nitrate de potasse.

On a considéré le nitrate comme agissant par une action sédative qu'on lui attribue sur la circulation. Cette même vue a guidé dans l'administration de la digitale, dont l'effet sédatif sur le cœur et les gros vaisseaux est bien connu. Schmidtmann dit avoir obtenu dans ces cas de bons résultats de ce médicament, qui a l'avantage de pouvoir être donné sans inconvénient dans presque toutes les périodes de la maladie.

Les acides minéraux ont aussi été conseillés contre les hémoptysies, surtout lorsque ces maladies tendent à se prolonger. Le plus grand nombre des médecins n'osent cependant y avoir recours à cause de la propriété qu'ils croient leur reconnaître de provoquer la toux. Cette opinion nous semble sans fondement. Nous n'avons jamais vu la toux provoquée ou aggravée par l'administration de ces remèdes. Dans presque toutes les hémoptysies, même dans celles qui sont évidemment symptomatiques des tubercules pulmonaires, nous administrons le plus souvent l'acide nitrique étendu. Nous avons souvent eu à nous applaudir de l'emploi de ce moyen, par la rapidité avec laquelle nous l'avons vu faire cesser des hémorrhagies peu considérables, mais qui se prolongeaient, malgré les moyens de traitement auxquels on avait eu recours.

Nous n'avons jamais eu recours contre l'hémoptysie à l'administration du sel de cuisine. Ce médicament a été préconisé par Michaëlis, à la dose de 2 à 4 grammes toutes les deux heures.

Schmidtmann rapporte qu'il a quelquefois arrêté d'une manière en quelque sorte merveilleuse, au moyen de ce remède, des hémorrhagies bronchiques désespérées.

Le traitement préservatif de cette maladie consiste dans le régime approprié à la prophylactique de la pléthore sanguine, et dans l'usage des moyens de l'hygiène les mieux entendus pour soustraire les organes pulmonaires à toutes les causes excitantes qui peuvent appeler sur eux des fluxions sanguines. C'est ainsi qu'il faut conseiller d'abord aux malades de se soustraire à toutes les influences qui ont pu favoriser ou déterminer en eux la production de l'hémorrhagie. Il faut aussi leur prescrire l'habitation dans un climat qui ne soit pas trop sec, et qui ne soit pas trop agité par les vents, dans des lieux sains mais peu élevés, dans des maisons chaudes, non humides en hiver et maintenues froides en été. On doit leur conseiller de parler le moins possible, et de ne point lire longtemps à haute voix; de ne jamais chanter ni faire usage des instruments de musique à vent, et des instruments à cordes qui exigent une action soutenue et prolongée des bras, ou dont les vibrations sonores répondent aux parties contenues dans le thorax; d'éviter l'équitation et l'usage des voitures mal suspendues.

Il faut absolument interdire aux personnes menacées d'hémoptysie les aliments de digestion difficile, les liqueurs fermentées, et leur recommander la plus excessive modération dans les plaisirs de l'amour. Ces moyens préservatifs, joints à l'habitude d'une vie tout à fait exempte de vives émotions, et, selon l'opportunité, à l'emploi de quelques émissions sanguines, motivées par l'imminence de la pléthore ou des congestions pulmonaires, suffisent ordinairement pour prévenir le retour de l'hémoptysie.

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE,

Par M. le Dr Jules CHAMPOUILLON, médecin a.-major au 58e de ligne.

On désigne indifféremment sous le nom de *blennorrhée*, de *suintement habituel*, de *goutte militaire*, toute blennorrhagie rebelle ayant perdu les caractères de l'acuité. Cet écoulement résulte presque toujours de la phlegmasie subaiguë de la muqueuse urétrale, soit dans la région prostatique, soit au voisinage de la fosse naviculaire. Ce dernier cas est le plus rare; il coïncide assez souvent avec l'étroitesse congéniale du méat urinaire. Si la blennorrhagie dégénère si fréquemment en un écoulement rebelle, cela tient au choix mal entendu des moyens de traitement, et plus encore à l'indocilité du malade, qui se néglige dès qu'il cesse de souffrir.

Quoi qu'il en soit, la *goutte militaire* constitue l'un des états morbides les plus difficiles à guérir. Les émollients, les révulsifs, les toniques, les astringents, tout s'épuise contre la ténacité de cette affection. Comme le dit M. Ricord, le meilleur moyen pour un malade de ne plus voir sa *goutte*, c'est de ne plus la regarder. Il y a dans ce jeu de mots l'aveu d'une impuissance bien propre à nous décourager, si nous n'étions tous plus ou moins enclins à la poursuite d'un succès thérapeutique. Il est naturel toutefois d'obéir à cet entraînement quand on entre dans la lutte avec des moyens d'action sur lesquels on croit pouvoir compter.

J'ai souvent constaté, comme beaucoup d'autres médecins l'ont fait, que les individus étroitement percés, quand ils viennent à contracter une blennorrhagie, la conservent plus longtemps que les sujets ayant le canal d'un diamètre normal. Cette persistance de l'écoulement se remarque surtout dans les cas où l'étroitesse a son siége au niveau ou en avant de la fosse naviculaire. En arrière de cet obstacle, le canal, dilaté en forme d'ampoule, devient un réceptacle pour l'urine et pour la matière de la blennorrhagie. Il m'est arrivé une fois, en sondant un malade, de briser un dépôt lithique, cupuliforme, composé d'acide urique.

J'ai eu l'occasion, il y a quelques années, de donner mes soins à un officier russe qui depuis quatorze mois colportait une écoulement rebelle, demandant vainement aux chirurgiens éminents de l'Europe de l'en débarrasser. En explorant le canal de ce malade, je rencontrai à 1 centimètre de l'orifice du méat un rétrécissement annulaire d'une rigidité invincible. J'espérais néanmoins en triompher et passer outre au moyen de la dilatation forcée. Je me servis pour cela d'une bougie en étain terminée en forme de coin. A la quatrième tentative d'introduction, je sentis se rompre sous l'effort imprimé à mon instrument, cet anneau que j'ai supposé être de nature fibreuse et d'origine inflammatoire. Il s'ensuivit une hémorrhagie insignifiante et un peu de douleur, éveillée par la miction seulement. Après m'être assuré qu'il n'existait point d'autre rétrécissement, j'établis à demeure, en manière d'embauchoir, un fragment d'algalie dans la portion du canal déchirée. Au bout de douze jours la cicatrisation était complète; il ne restait plus qu'un léger suintement blennorrhagique qui disparut promptement avec quelques injections d'eau de Brocchieri modifiée dans sa composition. Le malade m'a informé plusieurs fois depuis lors de la solidité de sa guérison.

Ce résultat m'a porté à employer sous une autre forme le moyen qui l'avait produit, n'appliquant d'ailleurs ici que le procédé usité contre les rétrécissements de la région prostatique.

Voici quelques observations succinctement rendues, mais qui peuvent donner une idée de l'efficacité de cette méthode.

OBS. I. — F..., sergent, porte depuis dix-huit mois une urétrite compliquée de catarrhe vésical, datant de quatre mois seulement. L'application des sangsues, puis d'un séton au périnée, les bains de siége, l'usage intérieur des balsamiques, des injections astringentes, caustiques, etc., ont amené un peu de détente dans la gravité des symptômes, mais rien de plus.

Le 13 août 1854, j'explore le canal de cet homme; le méat n'admet qu'une bougie de 4 millimètres de diamètre; aucun indice d'ailleurs de rétrécissement dans les autres régions de l'urètre. Incision du point rétréci; guérison de la plaie au bout de trois jours. Bains de siége pendant trois semaines. A la suite de ce traitement, les symptômes du catarrhe sont réduits à fort peu de chose; mais la blennorrhée persiste sous forme d'un léger suintement, dont l'abondance augmente toutefois après quelques heures de marche. Résultat incomplet.

OBS. II. — M. X..., officier au 58e. Urétrite dont l'invasion remonte à six mois; symptômes évidents de catarrhe vésical. Le traitement employé a été le même que celui qui a rapport à l'observation précédente, avec cette différence pourtant que le séton au périnée a été remplacé par un emplâtre stibié appliqué sur la région lombaire.

Le 16 juillet 1854, je pousse dans la vessie des injections au sous-carbonate de soude d'abord, puis au nitrate d'argent, lesquelles modifient très-avantageusement l'état catarrhal.

Le 25 juillet, j'incise deux brides fibreuses situées, l'une à l'entrée du méat, l'autre immédiatement en arrière de la fosse naviculaire. Les injections dans la vessie sont reprises avec de l'eau tiède, remplacée bientôt par de l'eau froide. Quinze jours après, le catarrhe a totalement disparu, le jet d'urine a doublé de volume; mais l'écoulement persiste sous la forme d'une goutte blennorrhagique qui apparaît le matin et ne se montre plus dans le cours de la journée.

Résultat incomplet comme pour le cas précédent.

OBS. III. — L..., caporal au 58e, atteint d'urétrite depuis quatre mois, a combattu l'écoulement au moyen du copahu et d'injections d'eau tanninée. Ce traitement ayant complétement échoué, je constate au niveau de la fosse naviculaire un rétrécissement, que j'incise le 17 février 1857.

Le 3 mars suivant, tout écoulement a cessé, et depuis cette époque la guérison s'est parfaitement maintenue.

OBS. IV. — Muller, soldat au 3e dragons, m'ayant offert le même état que le malade précédent, a été traité de la même manière et avec le même succès.

OBS. V. — Hérault, caporal, voyait depuis un an l'urétrite dont il était atteint passer alternativement de l'état indolent à l'état aigu. A chaque recrudescence, le malade prenait 15 grammes de copahu, médicament qu'il abandonnait aussitôt que l'urétrite redevenait un simple écoulement sans douleurs. Même état, même traitement et même succès que pour le cas qui précède.

OBS. VI. — Mouret, jeune soldat, atteint d'urétrite sub-aiguë, a vainement employé contre cette affection le copahu, ainsi que les injections astringentes. Le 1er novembre 1856 je scarifie le méat urinaire, qui n'offre guère que 3 millimètres de diamètre. Les injections au tannin sont reprises; vingt jours après cette opération, l'écoulement cesse immédiatement et la guérison ne s'est pas démentie depuis lors.

OBS. VII. — Depuis trois mois, Chabert, sous-officier au 58e, combattait sans succès un écoulement chronique, lié à une extrême étroitesse de l'orifice du méat. Le 17 juin 1857, cet homme se présente à ma visite, je l'opère immédiatement; quelques injections astringentes suffirent ensuite pour mettre fin à la blennorrhée.

OBS. VIII. — M. Z..., lieutenant dans la marine suédoise, avait contracté au Havre une blennorrhagie qui résistait depuis quatre mois au copahu et aux injections avec le sulfate de zinc. Je sonde cet officier le 10 décembre 1856 et je constate un rétrécissement du méat. Après les scarifications, une bougie de 5 millimètres pénètre sans difficulté dans cette portion du canal. Je prescris de nouvelles injections avec le tannin; le 28, le malade quitte Marseille et s'embarque complétement guéri.

Le procédé opératoire auquel j'ai recours est fort simple. Je fais d'abord uriner le malade; j'introduis ensuite un bistouri boutonné dans le canal, à 1 centimètre de profondeur environ, le tranchant tourné en bas, le dos incliné, appuyant contre la paroi supérieure de l'urètre. Je ramène l'instrument en avant en suivant le plancher du canal de façon à inciser la bride dans toute son épaisseur. Une petite mèche de charpie cératée est placée entre les lèvres de la plaie pour en empêcher la réunion. Il est bien entendu que cette mèche, ou une mèche nouvelle, doit être remise en place après que le malade a satisfait au besoin d'uriner.

La coarctation sénile de l'urètre n'admet guère d'autre traitement médical que l'incision ou l'excision de la bride. Dans les rétrécissements aigus accompagnés de suintement rebelle, on peut espérer de guérir du même coup ces deux accidents, soit à l'aide de la cautérisation comme méthode substitutive, soit par la compression, qui exprime et aplatit la membrane muqueuse boursouflée par l'inflammation. Quant à l'incision, elle dégorge tout d'abord les tissus congestionnés; elle favorise ensuite, en rétablissant la circulation capillaire, la résolution de l'état inflammatoire; son résultat final est la cessation de l'écoulement. Y a-t-il place encore pour une autre interprétation? Cela est possible. Quant à moi, je suis de ceux qui se préoccupent moins des explications que des résultats.

CROUP. — TRACHÉOTOMIE.

Par M. le docteur DUJARDIN, chirurgien de l'hospice général de Lille.

Le malheur arrivé dernièrement au docteur Salle, de Châlons-sur-Marne, qui est mort victime de son dévouement (voir la *Gazette des Hôpitaux* du 5 mai), pour avoir aspiré avec la bouche le sang qui s'était épanché dans la trachée d'un enfant atteint de croup, auquel il pratiquait la trachéotomie, m'engage à faire connaître le moyen que j'ai employé avec succès dans un cas semblable et qui n'expose pas le chirurgien au danger de contracter cette terrible affection.

M. Warembourg, rue des Tanneurs, 46, à Lille, me fit appeler le 12 mars dernier pour donner des soins à son fils, âgé de vingt mois, qui était atteint du croup depuis quelques heures seulement. Je constatai la présence de fausses membranes sur les amygdales et le gonflement de quelques ganglions sous-maxillaires. La toux était rauque, croupale; la voix avait conservé son timbre ordinaire. Je cautérisai immédiatement les amygdales, le pharynx et la partie supérieure du larynx, au moyen d'une dissolution à parties égales d'azotate d'argent et d'eau distillée; j'administrai ensuite un vomitif composé de sirop d'ipéca, 100 gr., et de poudre d'ipéca, 0,50, et je prescrivis une potion au chlorate de potasse, contenant 4 grammes de sel dans 120 grammes de liquide. Cette triple médication cautérisante, vomitive et altérante, fut continuée avec toute la vigueur possible pendant deux jours sans procurer d'amélioration. L'enfant prit pendant ces deux jours 12 gr. de chlorate de potasse. L'insuccès du chlorate de potasse dans ce cas

et d'autres semblables prouvent qu'il ne faut pas avoir dans ce médicament une confiance illimitée.

Le 14 mars, le petit malade avait la voix et la toux complétement éteintes, la respiration sifflante, la face pâle et bouffie, et des accès de suffocation et d'agitation qui allaient toujours en augmentant d'intensité et qui annonçaient que sa fin était très-prochaine.

La trachéotomie fut alors proposée et acceptée. Je la pratiquai en présence de M. le docteur Binaut. Lorsque la peau et le tissu cellulaire sous-cutané furent incisés, je trouvai un lacis de veines gorgées de sang, au milieu desquelles je devais me frayer un passage pour arriver dans la trachée.

Je cheminai avec toute la prudence possible à travers le lacis veineux thyroïdien; mais bientôt un flot de sang noir inonda la plaie. La compression à l'aide des doigts et l'abstersion au moyen d'une éponge ne pouvant pas parvenir à l'étancher, je continuai l'opération en manœuvrant un peu au hasard au fond de la plaie, d'où le sang ruisselait en très-grande abondance. Deux circonstances rendirent la fin de l'opération assez pénible. En raison de l'âge de l'enfant (vingt mois), les cerceaux cartilagineux de la trachée étaient très-peu consistants et n'étaient pas facilement sentis par la pulpe de l'indicateur gauche qui servait de guide au bistouri. Ensuite, lorsque la trachée fut ouverte, je perdis beaucoup de temps pour parvenir à y introduire le dilatateur ordinaire, c'est-à-dire celui dont les extrémités des branches sont recourbées en dehors sous forme d'éperons. Ce malencontreux dilatateur, qui est avec raison généralement remplacé aujourd'hui dans les boîtes à trachéotomie par un dilatateur sans éperons, offrant à son extrémité une largeur de 3 à 4 millimètres, était peu propre à pénétrer facilement dans une fente linéaire cachée au fond d'une mare de sang. Je parvins cependant, à force de tâtonnements, à placer le dilatateur et la canule.

Mais tout le temps que j'avais perdu en tâtonnements avait été employé par le petit opéré à aspirer et à faire pénétrer dans ses bronches une quantité considérable de sang. Aussi, en même temps que la canule pénétrait dans la trachée, la respiration, qui s'était affaiblie et ralentie graduellement, s'arrêta-t-elle complétement. L'indication était évidente; il fallait, à l'exemple de Roux et de quelques autres chirurgiens, aspirer avec la bouche le sang qui s'était épanché dans les voies aériennes.

J'avoue que je ne sus pas me décider à prendre ce parti. Mais, ne voulant pas rester spectateur inactif auprès de mon opéré mort en apparence, et faisant d'ailleurs ce raisonnement que de l'air poussé avec force traverserait facilement le sang épanché dans les bronches pour arriver dans les vésicules pulmonaires et ranimer la respiration, je pratiquai une insufflation en appliquant mes lèvres sur l'orifice externe de la canule.

Lorsque la poitrine fut remplie d'air, M. le docteur Binaut la comprima pour produire une expiration artificielle. Nous répétâmes cinq ou six fois la même manœuvre, après quoi la respiration naturelle se rétablit, à notre grande satisfaction. Alors quelques accès de toux chassèrent par la canule tout le sang qui s'était accumulé dans la trachée et les bronches.

L'enfant porta une canule pendant vingt-trois jours. La voix et la toux étaient encore éteintes; la dyspnée était toujours très-grande quand on bouchait sa canule.

Il mourut vingt-trois jours après l'opération d'une pneumonie qui ne paraissait pas liée à l'affection diphthéritique.

— Le 17 mars dernier, je pratiquai la trachéotomie sur Angéline Rossol, rue des Bouchers, 7, à Lille, en présence de MM. les docteurs Godefroy et Olivier.

Cette enfant, âgée de cinq ans, était atteinte du croup depuis cinq jours, et était arrivée à la période ultime de l'asphyxie. L'opération ne présenta rien de particulier à noter.

Angéline Rossol est guérie, mais elle fut obligée de porter une canule pendant trente-sept jours. En présence de ces deux faits, dans lesquels la canule dut être portée beaucoup plus longtemps qu'elle ne l'est ordinairement, je me demande s'il n'y avait pas chez ces deux enfants autre chose que des fausses membranes dans le larynx, s'il n'existait pas en même temps un peu d'œdème de la glotte.

TUMEUR ÉRECTILE DE L'OREILLE

traitée par la ponction avec broiement;

Par M. le Dr Martin (de Tonneins).

Les nombreux moyens de traitement des tumeurs érectiles se divisent en deux grandes classes. Les uns ont pour but d'imprimer au tissu morbide une modification capable d'amener l'oblitération des vaisseaux; les autres ont pour effet d'enlever ou de détruire la production accidentelle.

Dans la première classe se trouvent la compression, préconisée par Boyer et Roux; les réfrigérants astringents, par Abernethy; la ligature des vaisseaux, par J. Hunter et Physick; le séton, par MM. Macilvain, Velpeau, Rigal, etc.; les incisions, les injections, l'inoculation de la vaccine, le tatouage, etc.

Dans la deuxième classe se rangent la ligature de la tumeur, proposée par White, Bell, M. Gensoul; la cautérisation, par Dupuytren, Maunoir, Wardrop; les injections caustiques, l'excision, etc. Suivant que telle ou telle indication se présente, la chirurgie possède donc des moyens importants et variés.

Mais il est un procédé en faveur duquel l'expérience n'a pas encore, je crois, prononcé, et qui, dans certains cas, me paraît destiné à rendre de grands services; je veux parler de la ponction avec broiement. Voici un cas dans lequel je viens de l'employer avec un succès complet.

Anna B..., ouvrière à la manufacture des tabacs, âgée de vingt-six ans, d'une bonne constitution, n'ayant jamais été malade, mais présentant ce teint jaune terreux particulier aux ouvriers qui travaillent à la fabrication du tabac, remarqua pour la première fois, il y a environ quatre ans, une tache rouge foncé, régulièrement circulaire, située derrière le pavillon de l'oreille gauche, à la hauteur du conduit auditif. Pendant longtemps elle ne changea ni d'aspect ni de forme; mais il y a environ trois mois la malade s'aperçut de l'augmentation de volume de cette petite tache, qui prit bientôt une forme arrondie et se développait considérablement, paraissant se fixer par son fond. Elle était molle, parfaitement sphérique, douce et onctueuse au toucher, peu douloureuse, ne cédait guère à la pression, presque irréductible, de couleur plus foncée que ne l'avait été la tache primitive. Elle se trouvait fixée à l'oreille par un pédicule assez fort, assez large, mais bien circonscrit.

Quelque temps après on put percevoir une fluctuation obscure; il n'existe pas de frémissement particulier. Lorsque la malade fait des efforts, qu'elle se penche en avant, baisse la tête, qu'étant assise elle se lève brusquement, par exemple, elle éprouve des élancements; alors la tumeur se développe, se colore en rouge, et le doigt perçoit des battements isochrones à ceux de l'artère radiale, lesquels cessent quand on comprime les vaisseaux qui se rendent à la tumeur. D'après ces symptômes, je conclus à l'existence d'une tumeur érectile.

Interrogée sur les causes qui avaient pu produire cette tumeur, la malade, mère de deux enfants, me répondit qu'elle n'avait jamais reçu aucun coup sur la région auriculaire, ni supporté de compression longtemps prolongée. Le pronostic, sans être grave actuellement, pouvait cependant le devenir par suite de l'extension que prenait la tumeur dans les derniers jours.

Je songeai d'abord, eu égard à la forme pédiculée de la tumeur, à la lier vers la base. Ce moyen de traitement me paraissait le plus rationnel; la malade y consentit. Mais elle éprouva bientôt des douleurs violentes, et me dit qu'elle voulait être débarrassée à tout prix. Elle était très-agitée, fort inquiète; elle avait le pouls plein et élevé. J'enlevai aussitôt la ligature et je résolus d'opérer immédiatement par la ponction avec broiement. Muni d'une aiguille courbe à cataracte, je la plongeai à quelques lignes en arrière du pédicule jusqu'au delà de l'axe de la tumeur. Alors, par plusieurs mouvements de bascule et en ramenant peu à peu l'instrument vers moi, je rompis successivement les vaisseaux, tout en éprouvant par intervalles une certaine résistance occasionnée par un tissu plus dense interposé aux vaisseaux. Au bout de quelques jours la tumeur se flétrit et s'affaissa. Je l'enlevai avec des ciseaux, cautérisai légèrement, et fis un pansement simple. Aujourd'hui la malade est très-bien guérie.

Le tissu de la tumeur était très-vasculaire; mais au milieu se trouvaient des faisceaux blancs, tenaces, difficiles à déchirer, à isoler, et unis entre eux par une espèce de matière amorphe. C'était évidemment du tissu fibreux.

ÉCLAT DE PIERRE

logé dans l'œil pendant quinze ans.

Par M. le Dr Rennes (de Bergerac), membre correspondant de l'Académie de médecine.

La *Gazette des Hôpitaux* a donné, dans son numéro du 18 juillet, l'observation remarquable d'un corps étranger (grain d'avoine germé) extrait de la conjonctive tuméfiée, après six mois de séjour. Ce cas, assez rare, appelle de ma part la publication d'un fait bien plus remarquable, qui s'est présenté à moi en 1850. Voici la note que j'en ai recueillie.

Un vieillard de la commune de Cannes, à trois lieues de Bergerac, vient chez moi en consultation un dimanche soir, par une forte chaleur de juin, après un séjour au cabaret qui, sans altérer ses facultés, avait déterminé un premier degré d'ébriété.

Seize ans auparavant, en taillant une pierre à moulin du plus beau silex, un éclat l'avait frappé à l'œil gauche avec une extrême violence. Une inflammation s'ensuivit immédiatement et occasionna les plus vives douleurs: « Pendant trois mois, dit-il, il courut les champs. » Pendant près d'une année, il éprouva de cruelles souffrances. La vision était perdue dès le premier moment, mais, après une année écoulée, l'œil, parfaitement trouble, était indolore; le malade avait repris toutes ses occupations.

Quinze ans après, la douleur a reparu dans l'œil, très-profonde, de plus en plus vive, atroce même; deux mois après, la cornée s'est perforée au centre, pour donner jour à une sorte de suppuration lente et continue, accompagnée d'un grand soulagement. Quinze jours encore, et il s'est présenté à l'ouverture un morceau de pierre irrégulier, qui, lorsque j'ai vu le malade, faisait saillie de deux millimètres et se voyait entre les bords écartés de la plaie ulcéreuse, de la largeur de l'ongle du petit doigt. Cette saillie déchirait les paupières enflammées et déterminait un écoulement de sang.

Le consultant était venu chez moi dans l'idée que j'allais extraire cette pierre. J'en étais grandement tenté en effet; mais dans les circonstances que j'ai fait connaître, je crus mieux faire de le renvoyer à son domicile, et de l'adresser à un chirurgien de son voisinage, en qui j'avais toute confiance. Mal m'en a pris. Ce chirurgien n'a jamais vu mon homme, et je n'ai pu avoir de renseignements ultérieurs sur son compte.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 août 1857. — Présidence de M. Despretz.

Remède contre la rage. — M. GUÉRIN-MÉNEVILLE, à l'occasion d'un article imprimé dans le *Moniteur* du 17 août, sur les heureux effets d'un remède employé en Russie contre la rage, rappelle qu'il a lui-même communiqué à l'Académie des cas de guérison obtenus dans d'autres parties de ce vaste empire au moyen de la *cétoine dorée*. Il est disposé à croire que les nombreuses guérisons mentionnées dans l'article du *Moniteur*, et obtenues au moyen d'un remède tenu secret, sont dues à l'emploi de la poudre de cétoine: il pense donc qu'il conviendrait d'essayer ce spécifique contre une maladie à l'égard de laquelle la médecine ordinaire a été forcée jusqu'à ce jour de confesser son impuissance, et il souhaiterait que les essais pussent être faits sous les auspices de l'Académie des sciences. Il envoie, à l'appui de cette demande, trois numéros de sa *Revue de zoologie*, où il a fait paraître des articles sur la cétoine dorée, considérée au point de vue de la thérapeutique.

La lettre et les pièces à l'appui sont renvoyées à l'examen d'une commission composée de MM. Dumas, Milne Edwards, Velpeau.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance, deux opuscules de M. Jaeger: des observations d'ostéologie comparée, et un mémoire sur une défense d'éléphant, remarquable par des cercles indiquant des périodes successives d'accroissement.

Sur l'invitation de M. le président, M. Flourens fera de cette dernière publication l'objet d'un rapport verbal.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente encore, au nom de l'auteur, M. Kolliker, deux opuscules récemment publiés: des recherches d'hystologie comparée, et une note sur l'organe lucigène des Lampyres.

— M. BERTHIER, au nom de la section de minéralogie et de géologie, a présenté (en comité secret) la liste suivante des candidats pour la chaire de minéralogie vacante au Muséum d'histoire naturelle par suite du décès de M. Dufrénoy:

En première ligne. . . . M. Delafosse.
En seconde ligne. . . . . M. Descloiseaux.

Les titres de ces candidats sont discutés. L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 juin 1857. — Présidence de M. P. Dubois.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. DUPERTUIS lit un rapport sur un travail du docteur Henri Vincent, d'Ay (Marne), relatif au *traitement du choléra par le chloroforme*.

Sur les conclusions du rapporteur, la Société procède au vote, dont le résultat est la nomination de M. Vincent, membre correspondant.

— La Société a voté, il y a quelque temps, une somme de cent francs pour la souscription au monument de Geoffroy Saint-Hilaire à Étampes. Sur la demande de M. Magne, cette souscription est ratifiée, et M. le trésorier devra y pourvoir.

Gestation anormale. — M. PAUL DUBOIS a examiné avec soin la malade de M. Dubamel dont il a été question dans les deux séances précédentes. Cette femme avait eu ses règles pour la dernière fois en mars 1856; après une interruption de six semaines, elles ont reparu faiblement, mais pendant assez longtemps, et ont disparu de nouveau jusqu'au mois de janvier dernier. Cette femme affirme avoir senti les mouvements de l'enfant; les mamelles se sont gonflées et ont sécrété du lait, le ventre a notablement augmenté de volume.

La main, appliquée sur l'abdomen, dit M. Dubois, donne la sensation d'une tumeur bien manifeste et limitée. Le toucher fait reconnaître dans l'excavation du bassin cette tumeur ronde, solide, avec inégalités, représentant les sutures et les fontanelles du crâne d'un enfant à terme; l'utérus, compris entre la partie postérieure du pubis et la tumeur, est pressé, aplati; l'orifice de l'utérus est ouvert, et l'on peut y introduire la première phalange du doigt; le cathétérisme utérin indique que la tumeur est entourée d'un liquide. Il s'agit, pour moi, d'une grossesse extra-utérine abdominale, la seule qui persiste longtemps.

J'ai observé un cas analogue à celui-ci, il y a une dizaine d'années environ; les antécédents étaient exactement les mêmes. J'eus l'idée de faire avec le bistouri une incision sur la partie la plus déclive de la tumeur, et je reconnus avec désappointement que la paroi incisée y adhérait; forcé d'attendre, je fis maintenir la plaie ouverte, et peu à peu le corps solide que j'avais senti se sépara; une portion du crâne s'engagea d'abord, puis toutes les parties constituant le squelette, moins un tibia. La malade retourna chez elle, et reprit ses travaux; six semaines après, je la vis revenir, m'apportant un petit paquet: « Voilà, me dit-elle, ce qui vous manquait. » C'était en effet le tibia en question.

Chez la malade de M. Duhamel, la délivrance me semble devoir être plus facile, eu égard à la couche de liquide dont on constate l'existence. Du reste, cette femme peut vaquer à ses affaires, ne se plaint pas, ne demande pas à être opérée; les choses pourront en rester là pendant longtemps encore.

M. MATTEI rappelle que, dans la dernière séance, il avait, à l'occasion de cette malade, hésité à se prononcer sur la question de savoir s'il s'agissait d'une tumeur fibreuse avec coïncidence de kystes à la partie supérieure de l'utérus ou aux ovaires, ou bien d'une grossesse extra-utérine interstitielle.

M. Dubois s'est prononcé en faveur de cette dernière opinion, et je le remercie d'avoir fixé les idées sur ce point. Je sens cependant le besoin de justifier le doute dans lequel j'étais resté.

Les signes présentés par cette femme sont ceux d'une grossesse; mais comme parmi eux il n'y en a pas un seul qui soit infaillible, j'ai dû m'en défier un peu. Le palper abdominal m'a donné des renseignements douteux, et le volume du ventre, au lieu d'être celui d'une grossesse de plus de neuf mois, semble en indiquer une de sept tout au plus. Le toucher vaginal fait bien sentir une tumeur dure qui ferait corps avec la poche de l'épigastre; mais je n'ai pu y constater les saillies et les enfoncements que l'on rencontre quand il s'agit d'un fœtus mort depuis longtemps. M. Dubois dit avoir senti des sutures et des fontanelles, ce qui tient à une plus grande finesse dans le toucher, ou à ce qu'un mois d'intervalle entre nos deux examens a aminci les tissus qui recouvrent la tumeur.

J'ai cru que s'il y avait grossesse, c'était dans la paroi postérieure de l'utérus, parce qu'une couche de liquide sépare la tumeur de la paroi postérieure du vagin; la portion vaginale du col est complétement effacée, et la lèvre postérieure est tellement grossie qu'elle bouche le museau de tanche et le réduit à la forme d'une ligne courbe transversale à convexité antérieure. Je me suis assuré à plusieurs reprises que cette lèvre épaissie fait partie intégrante de la tumeur qui remplit le petit bassin, et que cette tumeur ne peut être ballottée sans

faire mouvoir toute la masse qui remplit l'hypogastre. Enfin, j'ai pu croire à une grossesse interstitielle, parce que les mouvements partiels que j'ai imprimés à la tumeur et à la lèvre antérieure de l'utérus ne m'ont pas permis d'isoler ces parties l'une de l'autre. Le toucher vaginal combiné avec le palper au-dessus du pubis ne m'a pas permis non plus de limiter séparément l'utérus entre les deux mains.

Cette fusion de l'utérus avec la tumeur, la déformation du col et les hémorrhagies légères qui avaient eu lieu à diverses reprises m'avaient porté à dire que, s'il n'y avait pas grossesse interstitielle, il y avait une tumeur fibreuse dans la paroi postérieure de l'utérus. Il est vrai que je n'ai pas éclairé ces doutes par le cathétérisme utérin, et ce moyen a aidé M. Dubois dans la détermination de son diagnostic.

M. BOSSU. M. Dubois a parlé de l'incision qu'il a pratiquée ; je désirerais savoir quels ont été les tissus incisés; existe-t-il en pareil cas une poche, une matrice artificielle?

M. PAUL DUBOIS. Quand l'œuf passe dans la cavité abdominale, il y vient toujours avec ses membranes propres. Il se forme alors autour de lui une exsudation plastique qui le rend adhérent, une sorte de sac accidentel qui enveloppe l'œuf lui-même; on a donc à inciser la paroi postérieure du vagin, puis la poche accidentelle, puis les membranes, le chorion et l'amnios, et l'on arrive au liquide amniotique et au fœtus.

A une question de M. Mattei, qui voudrait savoir pourquoi M. Dubois a dit que les grossesses extra-utérines abdominales sont les seules qui persistent longtemps, M. Dubois répond qu'il en est ainsi parce que ce sont les seules qui n'exposent pas à des accidents rapidement mortels. En effet, les grossesses tubaires sont promptement suivies d'une hémorrhagie funeste; il en est de même des grossesses interstitielles; l'œuf développé dans le tissu de l'utérus proémine en un point; il y a amincissement, déchirure et mort par suite d'hémorrhagie avec épanchement.

Cas de mort subite dans l'état puerpéral. — M. DUHAMEL. Les cas de mort subite sont assez fréquents à cette époque ; je viens d'en rencontrer un dans ma pratique. Il s'agit d'une femme grosse pour la onzième fois. Les douleurs de l'enfantement étaient régulières, le travail marchait bien; la malade venait de me demander combien de temps elle avait encore à souffrir, et à peine lui avais-je répondu qu'elle serait délivrée dans un quart d'heure, qu'elle s'écria : J'étouffe. Un violent accès de toux se manifesta; la malade devint d'un rouge violacé et la mort fut instantanée. Je pense que cette funeste terminaison est due à la rupture d'un vaisseau, triste coïncidence avec la parturition, qui n'est pour rien dans ce résultat. Du reste, l'autopsie n'a pas eu lieu. D'un autre côté, je n'ai pas songé à pratiquer l'opération césarienne ; car j'étais seul et sans aucun des instruments nécessaires, étant loin de prévoir une issue foudroyante.

M. DUBOIS. On s'est occupé souvent de la question des morts subites dans l'état puerpéral. On a cité des cas incompréhensibles ; plus d'une fois la cause de la mort est restée méconnue faute d'autopsie. Mais la plupart du temps on doit attribuer la mort, non à l'état puerpéral, mais à une fâcheuse coïncidence, comme chez la malade de M. Duhamel.

Il y a quelques années, une jeune femme accouchait à la Clinique de son troisième enfant; les choses s'étaient passées comme d'ordinaire, quand la malade, éprouvant le besoin d'aller à la garde-robe, demande un vase de nuit, s'assied, tombe à la renverse; on la relève, elle était morte. L'autopsie révéla la présence d'hydatides dans l'épaisseur des parois de l'oreillette gauche; les parois, amincies, avaient donné passage aux hydatides dans le péricarde.

M. FOUCART. Je pense que l'on trouverait bien plus souvent la cause de ces morts subites si on voulait se donner la peine de la chercher. Je demande à la Société, ajoute-t-il, la permission de lui raconter un fait dont il a été question dans le monde médical lorsqu'il est arrivé, et dont on a donné une interprétation peu exacte.

Il y a six ans, une jeune femme de vingt-cinq ans accouche pour la seconde fois, et de la façon la plus heureuse. Elle se rétablit assez promptement. Le douzième jour, elle était assise dans sa chambre, sur sa chaise longue, lorsque sa première enfant, âgée de deux ans, qui trottinait dans l'appartement, fait un faux pas et manque de tomber. La frayeur de la mère fut extrême, et elle fut prise peu après de battements de cœur violents. L'accoucheur, appelé le lendemain, tâte le pouls, déclare que les palpitations sont purement nerveuses, et recommande seulement un peu de repos. Pendant trois jours, les palpitations continuent; cependant la malade se lève chaque jour, et, sans prendre beaucoup d'exercice, fait quelques pas dans sa chambre. On ne change rien au régime.

Le quatrième jour, après cette émotion vive, la malade se lève comme à l'ordinaire, s'habille tranquillement ; au moment où, sa toilette terminée, elle se lève de son fauteuil pour passer dans la salle à manger, elle retombe tout à coup sur son siége en disant : J'étouffe. Elle était morte... Appelé sur-le-champ près d'elle, je la trouve inanimée sur son lit; pendant une demi-heure, notre regrettable confrère Levaillant et moi, nous essayons les révulsifs les plus énergiques, sans obtenir le moindre résultat. La mort avait été instantanée, foudroyante.

Le surlendemain, 25 mai 1851, l'autopsie fut faite par un confrère, médecin habituel de la jeune femme, et par moi, en présence du commissaire de police et du frère du mari.

Nous trouvâmes tous les organes parfaitement sains, sauf les parties périphériques de l'appareil circulatoire. Le péricarde contenait 60 grammes environ d'un liquide transparent, jaune, légèrement rosé; le feuillet externe du péricarde était fortement injecté, présentait un réseau vasculaire très-fin, d'un rouge vif, bien développé, et dû à un travail phlegmasique ou au moins congestionnaire récent. Quant au feuillet viscéral, il offrait à la face antérieure du cœur un réseau vasculaire encore plus développé peut-être que le feuillet externe ; l'arborisation était tellement intense à la pointe que le tissu graisseux de l'organe, très-abondant chez la jeune femme d'un fort embonpoint, était devenu lui-même d'un rose vif, presque d'un rouge cerise.

La conclusion que mon confrère et moi tirâmes de cette autopsie fut la suivante : que la mort devait être rapportée à un état syncopal prolongé, déterminé par la péricardite et par l'épanchement séreux qui l'accompagnait.

Si j'insiste sur ce fait, c'est que dans une discussion soulevée dans une autre enceinte, on l'a présenté comme un exemple de mort subite survenue dans l'état puerpéral, sans cause connue, et qu'on a cru devoir l'attribuer avec un auteur anglais, à l'*état gras* du cœur, circonstance qui aurait lieu d'être surprenante. Il est évident que la cause de la mort a été une péricardite, dont la première manifestation a été une violente palpitation, et que l'on eût peut-être découverte et pu combattre si on l'eût cherchée pendant la vie.

Je dis *peut-être*, car je suis de ceux qui pensent que, même avec les progrès qu'a faits de nos jours l'auscultation, on n'est guère plus avancé pour le diagnostic de la péricardite qu'à l'époque où Laënnec écrivait : J'ai vu quelquefois *deviner* des péricardites, et j'en ai *deviné* moi-même.

M. RAMON demande si la malade était sujette aux rhumatismes?

M. FOUCART. Cette dame était de ma famille, et bien que je ne fusse pas son médecin, je connaissais parfaitement ses antécédents. Elle n'avait jamais eu, depuis plusieurs années du moins, aucune affection rhumatismale ; mais je puis signaler, comme causes possibles de la production de la péricardite, certaines circonstances ; par exemple, qu'au troisième jour après son accouchement, on lui permettait de boire de la solution froide de sirop de groseilles, qu'à la fin de la première semaine, elle mangeait plusieurs fois par jour de pleines jattes de fraises, etc. ; enfin, elle accumulait imprudences sur imprudences.

M. BOSSU. J'ai été témoin d'une mort subite dans l'état puerpéral en 1835. C'était dans la Nièvre : une femme de trente-cinq ans venait d'accoucher pour la seconde fois, assistée d'une sage-femme, d'un confrère et de moi. A midi, nous quittâmes la malade délivrée heureusement; à une heure, on nous envoie chercher à la hâte, l'accouchée avait pâli subitement d'une manière extraordinaire, et avait expiré.

Nous crûmes à une hémorrhagie utérine ; le toucher et le palper nous démontrèrent qu'il n'y avait pas de sang épanché. L'autopsie ne fut pas faite.

M. TERRIER. J'ai été dernièrement témoin d'un cas identique. Quelle a été la cause de la mort? je ne saurais le dire. Quelques heures après la parturition, on sentait l'utérus mou et flasque. Le doigt introduit dans le vagin ne fit reconnaître aucune trace de caillot. Un de nos confrères, appelé en même temps que moi, supposa que l'utérus était peut-être rempli de sang. Cette opinion ne pourrait s'expliquer qu'en admettant que, lorsqu'il y a perte de connaissance, il existe une certaine résolution de l'utérus.

M. DUBOIS. C'est, en effet, une opinion accréditée dans presque tous les ouvrages, que dans les hémorrhagies l'utérus peut être mou et flasque et qu'on n'en distingue pas les parois. Je ne nie pas la possibilité de ce fait, mais je ne l'ai jamais observé. Il est très-rare que l'utérus contienne beaucoup de sang, même dans les hémorrhagies internes. L'utérus constitue en effet une cavité contractile, et le sang passe dans le vagin, où il s'accumule, parce que le vagin ne jouit pas de la contractilité de la matrice. L'exploration avec la main démontre toujours la présence d'une grande quantité de sang dans le vagin, l'utérus n'en contenant que fort peu. Des hémorrhagies internes de l'utérus doivent être fort rares, car cet organe ne se laisse pas distendre après l'accouchement, eu égard à son orifice qui verse dans le vagin le sang épanché.

Croup. — Chlorate de potasse. — M. DUHAMEL. J'ai observé dernièrement deux cas de croup dans lesquels j'ai employé le chlorate de potasse. La première observation est relative à une jeune fille de six ans, chez laquelle la diphthérite avait débuté par les parties génitales; il survint promptement de la toux et de l'aphonie ; la gorge et les amygdales, d'un rouge vif d'abord, se couvrirent de fausses membranes. Le traitement consista en l'application de 4 sangsues au cou, un vomitif, des cautérisations et l'usage du chlorate de potasse à la dose de 4 grammes dans 125 grammes de liquide, à administrer par cuillerées toutes les demi-heures. Les fausses membranes s'étant reformées, je réitérai les cautérisations et le vomitif, et le quatrième jour la malade entrait en convalescence; aujourd'hui elle est entièrement guérie. Le chlorate de potasse m'a sans doute rendu service dans le cas dont il est question, mais je dois cependant faire cette réserve, que s'il a aidé à la guérison de la jeune malade, il ne s'est pas opposé à la réapparition des fausses membranes.

La seconde observation est relative à une camarade de ma petite malade et fréquentant la même pension. Ici je ne fus appelé que lorsque le croup existait depuis quelques jours et avait été traité rationnellement par un de nos confrères; je prescrivis encore le chlorate de potasse, mais la suffocation était imminente, j'adressai la malade à M. Trousseau, et elle succomba dans la soirée, malgré l'opération de la trachéotomie. Les fausses membranes obstruaient les bronches.

Diphthérite de la conjonctive. — M. MAGNE. La première observation dont M. Duhamel vient de nous entretenir prouve que la diphthérite constitue un état général. Chez sa jeune malade, en effet, les fausses membranes existaient aux parties sexuelles en même temps qu'à la gorge. Que la diphthérite affecte plus particulièrement les muqueuses de la bouche, des gencives, du pharynx et des voies aériennes, rien de plus exact; mais la muqueuse des paupières est loin d'être exempte de cette grave affection; et pour ma part, je me propose d'essayer le chlorate de potasse concentré pour combattre localement les conjonctivites pseudo-membraneuses, en même temps que j'administrerai à l'intérieur le même sel étendu.

Mais ce que je tiens à constater, c'est que la diphthérite n'est pas une maladie purement locale ; la masse du sang participe à la disposition particulière qui engendre ces fausses membranes. Il y a quelques années je fus appelé, conjointement avec notre savant confrère et ami M. Cerise, à donner des soins à une jeune fille atteinte de diphthérite des paupières. Un petit vésicatoire fut appliqué derrière l'oreille gauche, du côté de l'œil le plus malade. Ce vésicatoire devint douloureux ; la plaie s'étendit, se couvrit de couennes molles et grisâtres et laissa suinter une sérosité fétide. Malgré tout le soin que nous eûmes d'enlever les fausses membranes à mesure qu'elles se formaient, et de cautériser chaque fois à l'aide de l'azotate d'argent, le vésicatoire, triplé de volume, mit près de deux mois à guérir et laissa une cicatrice analogue à celle des brûlures qui ont détruit le derme.

M. TERRIER. J'ai employé le chlorate de potasse aux mêmes doses que M. Duhamel pour combattre l'angine couenneuse, notamment chez une jeune fille de 15 ans. Du matin au soir de fausses membranes s'étaient formées, qui menaçaient de s'étendre vers l'épiglotte. J'appliquai des sangsues et prescrivis le chlorate de potasse à l'intérieur, et surtout en gargarisme ; car, pour moi, le chlorate de potasse agit localement. La fièvre ne fut pas vive, il n'y eut pas d'anxiété. Comme je bornai mon traitement au chlorate de potasse, je pus juger de son action. Il n'a pas, comme on l'a dit, fondu les fausses membranes; celles-ci se sont détachées et en ont laissé entrevoir de nouvelles, demi-transparentes, qui se sont détachées peu à peu à leur tour. En cinq jours la guérison avait lieu.

Dans ce cas, le chlorate de potasse a agi comme topique ; on a prétendu qu'il faisait fondre et disparaître les fausses membranes, ce n'est pas mon avis. Cependant je dois dire que si le chlorate de potasse n'a pas empêché les pseudo-membranes de se reproduire, il en a favorisé le détachement.

Le secrétaire annuel, Dr AL. MAGNE.

Un étudiant en médecine, M. A. Naudeau, nous communique un projet né d'une bonne pensée et qui ne peut rencontrer qu'un accueil favorable. Il s'agirait de fonder pour les étudiants en médecine une caisse de secours destinée à venir en aide aux étudiants malades, qui, faute de ressources suffisantes, se voient dans la nécessité d'aller demander un lit à l'hôpital. Une très-faible cotisation annuelle suffirait probablement pour assurer le succès de cette entreprise.

Voici la lettre de M. Naudeau, à qui nous laissons le soin d'exposer lui-même les motifs de son projet, que nous appuyons pour notre part de toutes nos sympathies :

Monsieur le Rédacteur,

Ces jours derniers, assistant à la visite de M. Nonat, je remarquai, au n° 19 de la salle Saint-Félix, un jeune étudiant en médecine, convalescent d'une fièvre typhoïde pour laquelle il avait sollicité son entrée à l'hôpital.

A la vue de ce jeune homme, recevant de ses nombreux collègues les soins que souvent il avait prodigués lui-même à de malheureux malades couchés dans la même salle, et peut-être même au lit qu'il occupe aujourd'hui, une pensée s'est présentée à mon esprit. Pourquoi dans un temps où toutes les sociétés ont une caisse de secours, les étudiants en médecine n'auraient-ils pas, eux aussi, la leur ?

La plupart des étudiants en médecine ont assez de fortune, ou au moins assez d'aisance, pour suffire aux dépenses quelquefois extraordinaires qu'entraîne une longue et pénible maladie. Leurs ressources, celles de leurs parents les dispensent d'aller occuper dans les hôpitaux un lit destiné à un ouvrier, à un père de famille. Mais si la plupart sont favorisés à cet égard, il en est quelques-uns qui, n'ayant que le nécessaire durant tout le temps de leurs études, se trouvent sans ressource aucune au jour de la maladie. Pourquoi, en présence de pareils faits, les élèves de la Faculté de Paris ne se réuniraient-ils pas pour soutenir les quelques nécessiteux de cette nombreuse famille, l'espoir de la médecine française? Une faible somme, apportée par chaque membre de la nouvelle société, suffirait certainement pour répondre à tous les besoins.

Voilà, Monsieur, cette idée telle qu'elle s'est présentée à moi; à vous, il appartient de la féconder et de faire voir ce qu'elle a de réalisable. Il y a loin assurément, très-loin même, de la naissance d'une idée à sa réalisation; mais quels obstacles l'homme a-t-il rencontrés jusqu'ici, quand il a su se retrancher dans le cercle des choses possibles ?

J'ai l'honneur, etc. A. NAUDEAU, étudiant en médecine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial du 26 août, M. Douillot, médecin aide-major au 8e régiment de chasseurs à cheval, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Larrey, sous-directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce, l'un des médecins de l'Empereur, vient de partir pour le camp de Châlons. Il est attaché au quartier impérial.

— On se rappelle qu'un décret du 8 mars 1855, rendu sur la proposition de M. le ministre de l'intérieur, a prescrit l'établissement, sur le domaine de la couronne, à Vincennes et au Vésinet, de deux asiles pour les ouvriers convalescents ou qui auraient été mutilés dans le cours de leurs travaux.

Le 14 août 1855, la première pierre de l'asile de Vincennes a été posée, et les travaux viennent d'être terminés sous la direction de M. Eugène Laval, architecte. L'inauguration de cet utile établissement a eu lieu le 31 août. Toutes les corporations ouvrières, toutes les industries en vue desquelles il a été fondé, avaient été conviées à cette intéressante cérémonie.

— On lit dans la *Gazette médicale de Strasbourg* :

Beaucoup de sous-aides passent en ce moment leurs examens devant la Faculté de Strasbourg. Les conférences et les exercices pratiques auxquels ces élèves ont assisté ont évidemment produit d'heureux résultats ; car, à part quelques-uns qui ont dû être ajournés, ces candidats ont mieux répondu qu'on n'aurait pu l'attendre de la part de jeunes gens qui, enlevés à leurs études encore incomplètes, ont passé une ou deux années en Orient ou en Afrique.

— Feu M. le docteur Pauli, médecin à Wissembourg, vient, par son testament olographe, de léguer une somme de 100 fr. à l'Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité d'hygiène publique et privée, par M. Michel LÉVY. Troisième édition. 2 vol. in-8°. Paris, 1857, chez J. B. Baillière et fils.

Essai sur le bonheur, par le docteur PINGAULT fils, de Poitiers. Broch. in-8°.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 103. — JEUDI 3 SEPTEMBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 103. — JEUDI 3 SEPTEMBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 SEPTEMBRE 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance de l'Académie a eu deux parts, une publique et une privée. La séance publique a été consacrée à deux lectures : un rapport de M. Huguier, sur plusieurs communications de M. le professeur Heyfelder (d'Erlangen), relatives à l'ablation totale du maxillaire inférieur ; et un mémoire ou une note de M. Chauveau (de Lyon), sur les fonctions de la moelle épinière. Il pourrait y avoir beaucoup à dire sur ces deux lectures, qui touchent, l'une à un point important de médecine opératoire, l'autre à une question physiologique du plus haut intérêt. Mais les éléments d'appréciation nous manquent également des deux côtés. Nous nous bornons donc à en prendre acte pour le moment.

La partie privée de la séance a été consacrée à la présentation d'une liste de candidats aux places d'associés nationaux pour la section de médecine, et à la discussion de leurs titres. Le secret a été très-rigoureusement gardé cette fois ; nous ignorons complétement les noms des candidats inscrits sur la liste. L'élection aura lieu mardi prochain. Nous apprendrons en même temps les noms des candidats et ceux des élus. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

De l'état puerpéral (1).

ÉCLAMPSIE.

Phénomènes de la maladie confirmée. — Une attaque d'éclampsie ne se compose parfois que d'un seul accès ; mais le plus souvent ils sont multiples : ainsi nous devons étudier :

1° L'accès :

2° Les intervalles qui les séparent.

Accès. — L'accès est essentiellement caractérisé par des mouvements convulsifs. Ils sont parfois d'une telle intensité que toute la force d'un homme ne saurait les maîtriser, et que dans quelques cas même ils ont pu occasionner des fractures.

Ils se présentent sous deux formes différentes : ce sont des convulsions cloniques ou des convulsions toniques : cloniques, lorsqu'elles sont constituées par des secousses répétées, c'est-à-dire par les deux faits alternatifs de contraction et de relâchement des muscles : c'est la forme de beaucoup la plus fréquente ; elles sont toniques, lorsqu'une contraction permanente des muscles en forme le caractère.

Voici la série des phénomènes qui frappent le plus vivement l'observateur placé en face de cette affreuse maladie.

L'intelligence se perd tout à coup ; la malade tombe ; le corps est un instant immobile ; puis les traits s'altèrent profondément ; la figure grimace d'une façon horrible ; les lèvres convulsées semblent exprimer des souffrances étranges ; puis elles sont entraînées d'un côté de la face ; la bouche s'entr'ouvre, la langue s'échappe entre les arcades dentaires; souvent une contraction subite rapproche les dents, et les enfonce profondément dans la langue ; souvent une salive écumeuse et quelquefois sanglante recouvre les lèvres ; le globe de l'œil roule d'abord de tous côtés dans son orbite, puis convulsivement, la pupille immobile se fixe du même côté que la commissure des lèvres, pour ne laisser voir que le blanc de l'œil qui forme le trait le plus frappant de cet effrayant tableau.

Les muscles du cou, d'abord agités de mouvements désordonnés, finissent par fléchir la tête vers l'une ou l'autre épaule. Tout le corps est convulsé ; puis il devient roide, sous l'influence de la contraction de ses muscles extenseurs et surtout de la masse des sacro-lombaires. Tous les membres sont convulsivement étendus ; le pouce est d'ordinaire fléchi dans la paume de la main, et les autres doigts le recouvrent.

La respiration est plus ou moins entravée par la contraction du diaphragme et des muscles thoraciques qui servent à cette fonction. La circulation subit l'influence des troubles de la respiration ; le pouls est plus fort, plus fréquent, et souvent irrégulier ; le sang, qui ne subit plus qu'une hématose incomplète, reste plus ou moins noir, et donne aux parties où abondent les capillaires, et surtout à la face et aux mains, une coloration violette, et même parfois une coloration noire.

Mais un phénomène plus intéressant peut-être, c'est l'influence de l'éclampsie sur les contractions de l'utérus : lorsque les accès convulsifs se déclarent pendant la grossesse, ils ont le plus souvent pour effet de provoquer les contractions utérines ; et si l'éclampsie survient pendant le travail, elle a d'ordinaire pour résultat de rendre ces contractions très-intenses, presque incessantes, et par conséquent de déterminer l'expulsion du fœtus avec la plus grande rapidité. Tous ces mouvements convulsifs affectent en général l'ensemble des muscles ; mais on peut observer dans certains cas des convulsions partielles ; et alors les mouvements sont bornés soit à une moitié du corps, soit à un seul membre, soit même à une seule partie d'un membre ; on a également vu les globes oculaires être seuls affectés de mouvements convulsifs.

Au milieu de cette perturbation profonde de la motilité, l'intelligence ne se manifeste par aucun signe. La sensibilité générale et la sensibilité spéciale, c'est-à-dire la vue et l'audition, paraissent également suspendues; cependant nous devons noter que pendant les contractions de l'utérus, la femme témoigne encore par son air et ses gémissements des souffrances qu'elle éprouve. La durée de l'accès est, en moyenne, de trois à quatre minutes.

Intervalle des accès. — En général, ainsi que nous l'avons dit, l'attaque d'éclampsie se compose de la réunion de plusieurs accès. Leurs intervalles sont caractérisés par l'absence des troubles du mouvement. L'intelligence et la sensibilité, qui restent parfois suspendues, sont ordinairement recouvrées, mais incomplétement ; ainsi, la malade semble avoir perdu la mémoire ; elle garde un air singulier; elle demeure étrangère aux personnes et aux choses qui l'environnent, ou bien elle reste dans l'assoupissement. Le pouls garde sa fréquence.

Terminaison. — La terminaison peut se faire par la mort ou par la guérison.

La mort arrive de plusieurs façons. Tantôt c'est au milieu de convulsions violentes perturbant jusqu'à des limites extrêmes les fonctions respiratoires ; c'est alors la mort par asphyxie; tantôt c'est dans un coma profond, c'est-à-dire au milieu de la suspension complète de l'intelligence, de la sensibilité et des mouvements volontaires. Ici encore la mort paraît être le plus souvent le résultat de l'asphyxie.

Enfin, dans quelques cas, la mort paraît avoir été le résultat d'une syncope.

La terminaison par asphyxie nous explique la congestion de tout le système veineux que l'on trouve ordinairement après la mort : système veineux cérébral, spinal, thoracique et abdominal. Dans quelques cas, on rencontre de la sérosité dans les ventricules cérébraux, et dans le poumon la congestion va quelquefois jusqu'à l'apoplexie.

Lorsque la guérison doit avoir lieu, on voit les accès s'éloigner et perdre de leur durée et de leur intensité ; leurs intervalles se rapprochent de plus en plus de l'état normal, et enfin la femme rentre à la vie comme si elle sortait d'un long et pénible sommeil. La guérison toutefois n'est pas toujours entière : on voit dans certains cas subsister une paralysie plus ou moins complète, ou bien une espèce d'aliénation que l'on a appelée *folie puerpérale*.

FORMES DE L'ÉCLAMPSIE.

On aurait tort de croire que tous les phénomènes que nous venons de réunir en un tableau se montrent d'une manière constante et avec une intensité toujours la même; les symptômes, en se groupant diversement, donnent à la maladie des physionomies différentes, c'est-à-dire constituent des formes variées. Nous suivrons pour ces formes Friericht, dont les idées nous paraissent importantes pour le diagnostic.

Friericht admet quatre formes de la maladie :

1° *Forme convulsive simple.* — On l'observe assez rarement. Elle est caractérisée par de simples mouvements convulsifs; l'intelligence et la sensibilité restent intactes.

Ces mouvements convulsifs sont variables sous un triple rapport; sous le rapport de la généralisation : ainsi ils se montrent sur tous les muscles, ou sur quelques-uns seulement ; sous le rapport de l'intensité : tantôt ce sont des secousses très-violentes, tantôt elles sont très-petites, à peine sensibles; enfin, ils varient par le mode d'enchaînement : tantôt ils se montrent sous forme d'accès, tantôt sous forme de convulsions presque continues.

2° *Forme comateuse simple :* elle est plus fréquente que la première. Ici la motilité n'est pas altérée; mais on voit parallèlement s'engourdir, diminuer peu à peu, pour finir par une perte complète, les deux autres fonctions de la vie de relation; d'une part, l'intelligence; de l'autre, la sensibilité soit générale, soit spéciale, c'est-à-dire la vue et l'audition. En même temps, la respiration est gênée, stertoreuse, c'est-à-dire haute et bruyante; elle fait entendre un râle trachéal, à l'approche de la terminaison funeste.

3° *Forme comato-convulsive*, ou combinaison des deux premières formes : c'est la plus fréquente. Les phénomènes précurseurs sont suivis de l'engourdissement de l'intelligence et de la sensibilité; et en même temps que cet engourdissement a lieu, des mouvements convulsifs se manifestent par accès. En général, l'intelligence et la sensibilité sont plus complétement suspendues pendant les mouvements convulsifs que dans leurs intervalles.

4° *Forme typhoïde.* Nous signalons cette forme, tout en déplorant qu'on lui conserve le nom d'éclampsie. On y retrouve tous les symptômes qui caractérisent la forme adynamique de la fièvre typhoïde : il y a de la fièvre manifestée par un pouls plein, dur et fréquent, par une peau chaude, par une langue desséchée; il y a un aspect violacé de la face; en même temps l'intelligence s'engourdit, sans que la sensibilité et la motilité soient sensiblement altérées; avec l'engourdissement de l'intelligence existe, mais non constamment, un subdélirium.

Friericht nous a donné là une forme vraie. Il est même allé plus loin : par un rapprochement qui n'est peut-être fondé que sur des idées théoriques, il a admis que la réaction typhoïde du choléra n'était autre chose que cette quatrième forme d'éclampsie. On voit en effet, après la période algide, dans un certain nombre de cas de choléra, se manifester une réaction typhoïde; et alors la peau se réchauffer et le pouls devenir fort, tandis que l'intelligence s'engourdit et que la face reste violacée. Mais cette généralisation de l'auteur allemand n'est point démontrée, et l'on ne saurait encore se prononcer là-dessus.

Parmi ces quatre formes, celle qui se montre le plus ordinairement est la forme comato-convulsive ; puis vient, mais sur un plan bien inférieur, la forme convulsive; pour les deux autres formes, elles sont très-rares.

Pronostic. — L'éclampsie est un des plus graves accidents qui puissent survenir chez les femmes enceintes ou en couches ; il est grave et au point de vue de la mère et au point de vue de l'enfant.

1° Pour la mère, la proportion des morts est de près de moitié; en effet :

Sur 26 cas observés à la Clinique, il y a eu 12 décès;

Sur 42 femmes éclamptiques, Mauriceau en a perdu 19 ;

Sur 21, M. Velpeau en a perdu 8.

D'où nous trouvons une moyenne de près de 44 morts 0/0.

2° Pour l'enfant, la proportion des morts est encore plus effrayante ; ainsi :

Sur 16 cas d'éclampsie observés par M. Jacquemier, il y a eu 10 enfants morts ;

Sur 51 cas cités par Mettman, il y a eu 34 morts; en moyenne, un peu plus de 65 morts 0/0.

Diagnostic. — Le diagnostic n'est pas en général difficile. Le doute ne pourrait guère porter que sur l'hystérie, l'épilepsie ou la catalepsie. Mais d'abord deux circonstances viennent donner de grandes probabilités pour l'éclampsie :

1° Le fait de la grossesse ou de l'accouchement;

2° La présence de l'albumine dans les urines, fait constant dans l'éclampsie, et sur lequel nous reviendrons dans l'étude de la pathogénie, mais que nous ne pouvons nous empêcher de constater ici pour le diagnostic.

Cependant un accès d'une de ces trois maladies peut se montrer comme simple coïncidence chez une femme enceinte et présentant de l'albumine dans les urines; mais alors on trouvera des lumières dans les caractères des phénomènes nerveux eux-mêmes : ainsi, dans l'hystérie et l'épilepsie, l'intelligence revient après l'accès; dans l'éclampsie, l'intelligence reste anéantie ou ne revient qu'incomplétement.

La morsure de la langue et l'écume à la bouche, qui se montrent parfois dans l'éclampsie, sont les deux phénomènes qui pourraient le plus facilement induire en erreur en faisant croire à une

(1) Suite. — Voir les numéros des 18 et 25 août.

attaque d'épilepsie ; mais, dans l'éclampsie, il n'y a pas cette coloration livide et hideuse que présente la face de l'épileptique.

Du reste, s'il a pu rester quelque doute pendant l'accès, la marche rendra bientôt le diagnostic certain. Dans les trois névroses que nous comparons avec l'éclampsie, les accès se répètent rarement dans un même jour; tandis qu'il est de règle de voir plusieurs accès d'éclampsie non-seulement dans une même journée, mais même dans l'intervalle d'une seule heure.

§ II. PATHOGÉNIE DE L'ÉCLAMPSIE.

Pour se rendre compte de la pathogénie de l'éclampsie, il faut s'appuyer sur des faits positifs, et sur des hypothèses basées elles-mêmes sur des faits qui sont loin d'avoir la même certitude que les premiers.

Faits positifs. — Toute femme atteinte d'éclampsie, à l'instant de l'accouchement ou pendant la grossesse, présente de l'albumine dans les urines.

C'est un fait acquis maintenant incontestablement à la science : M. Dubois et M. Depaul, qui ont observé un grand nombre d'éclampsies, n'ont pas trouvé d'exceptions. M. Becquerel lui-même, dans un certain nombre de cas qu'il a étudiés avec soin, n'a pas constaté non plus un seul fait contraire à cette loi.

Cette albumine peut être le seul phénomène morbide. Elle peut dépendre d'une simple congestion rénale, ou d'une maladie de Bright véritable. Enfin, elle peut s'accompagner ou non dans l'un et l'autre cas d'une désalbuminisation plus ou moins prononcée du sérum du sang, et d'une hydropisie plus ou moins étendue.

Ajoutons pour terminer que l'on peut regarder comme vraie la proposition suivante : *Toute femme enceinte ou en travail d'accouchement atteinte d'éclampsie est nécessairement albuminurique, tandis que toute femme enceinte ou en travail d'accouchement et en même temps albuminurique n'est pas nécessairement atteinte d'éclampsie : elle y est seulement prédisposée.*

Voici pour les faits positifs; en voici maintenant qui sont plus ou moins hypothétiques, et qu'on a été obligé d'invoquer pour expliquer la liaison de l'albuminurie avec l'éclampsie; cinq opinions existent pour se rendre compte de cette filiation :

1° L'albuminurie est une simple coïncidence, constante il est vrai, mais dont on ne peut expliquer le mécanisme : telle est l'opinion que professent en particulier M. Dubois et M. Depaul : ils admettent le fait, mais ils reculent devant toute explication.

2° L'éclampsie est due à une congestion cérébrale, qui est elle-même le résultat d'une altération spéciale du sang, inconnue dans sa nature, mais produite par l'albuminurie.

Nous sommes loin de nier l'influence de cette congestion cérébrale, car elle joue un grand rôle; mais est-elle cause ou effet? Puis, pourquoi cette supposition d'une altération spéciale et inconnue du sang, tandis qu'il en est une bien connue et bien déterminée qui est produite d'une manière à peu près constante par l'albuminurie?

3° Les éclampsies dans cette troisième hypothèse s'expliqueraient de la manière suivante : L'albumine qui sort par les urines appauvrit le sang, le désalbuminise, et produit des hydropisies; parmi ces hydropisies, il en est une possible, c'est l'épanchement ventriculaire, et c'est lorsqu'elle se produit qu'apparaissent les accidents cérébraux qui constituent l'éclampsie.

Cette explication serait rationnelle si elle était vraie; mais elle n'est vraie qu'en tant que fait exceptionnel. Oui, quelquefois les choses se passent ainsi, mais très-souvent aussi on ne trouve aucune trace d'épanchement ventriculaire aigu chez les femmes qui succombent dans une attaque d'éclampsie.

4° Les accidents de l'éclampsie sont dus à l'empoisonnement du sang par l'urée.

Il est incontestable que toutes les fois qu'il existe une altération des reins susceptible de déterminer le passage de l'albumine dans les urines, il se produit un phénomène concomitant : *la concentration de l'urée dans le sang*; or c'est cette concentration de l'urée qui produit des effets toxiques, lorsqu'elle a lieu à un certain degré.

Cette explication, émise pour la première fois par Wilson, a subi bien des vicissitudes, et maintenant encore les esprits sont loin d'être fixés à cet égard.

D'abord, l'urée se concentre-t-elle dans le sang dans les cas d'albuminurie? La concentration de l'urée, démontrée par MM. Prevost et Dumas dans le cas d'extirpation des reins, a été signalée dans le cas d'albuminurie par MM. Bostock, Christison, Guibourt et bien d'autres. Ce fait, nié d'abord par MM. Andral, Becquerel, Quévenne, Pelouze, qui ne l'avaient pas retrouvé, a de nouveau été constaté, et les moyens d'extraction indiqués par M. Hervier, et d'autres chimistes, l'ont mis aujourd'hui hors de doute. Il y a donc incontestablement augmentation d'urée dans le sang des albuminuriques.

Maintenant, cette augmentation d'urée, cette concentration peut-elle empoisonner? C'est la question à laquelle un travail récent de M. Gallois permet de répondre. Voici le résultat de ses expériences très-intéressantes.

L'urée, introduite dans l'estomac ou injectée dans le sang d'animaux, passe en grande partie dans les urines, après avoir traversé le sang, bien entendu.

L'urée, introduite en trop grande quantité chez ces mêmes animaux, ne repasse plus en totalité dans les urines : il n'en passe qu'une certaine partie; la plus forte proportion reste dans le sang et produit des accidents d'empoisonnement. Ces accidents d'empoisonnement chez les animaux (lapins) se traduisent par les symptômes suivants : *accélération de la respiration, affaiblissement des membres, tremblements avec soubresauts, convulsions générales, puis tétanos et mort.* Or, qu'y a-t-il de plus ressemblant à l'éclampsie que ces phénomènes que nous venons d'énumérer?

Nous avouons que dans l'état actuel de la science, cette explication d'empoisonnement par l'urée, empoisonnement qui porte le nom d'urémie, rend parfaitement compte des faits.

5° Dans cette dernière hypothèse, ce ne serait pas l'urée seule et concentrée qui intoxiquerait le sang et produirait les phénomènes convulsifs, ce serait la transformation de l'urée, qui est en excès dans le sang, en carbonate d'ammoniaque.

Ce serait donc le carbonate d'ammoniaque, résultat de cette décomposition de l'urée, qui produirait l'empoisonnement auquel on donnait le nom d'urémie. Frierichs et Wohler sont les auteurs de cette théorie, qui a eu un grand retentissement et a soulevé bien des critiques.

Pour prouver que leur théorie est vraie, voici les expériences qu'invoquent MM. Wohler et Frierichs. Ayant injecté 40 grammes d'urée à des animaux néphrotomisés, ils n'obtinrent, disent-ils, d'accidents cérébraux qu'au moment où ils purent constater la présence de carbonate d'ammoniaque dans le produit de l'expiration. — De plus, Frierichs a également trouvé du carbonate d'ammoniaque dans les produits de l'expiration chez les sujets arrivés à la dernière période de la maladie de Bright. Schottin de Katritz a nié ces résultats. Pour lui, l'expiration de l'ammoniaque, signalée par Frierichs, chez les albuminuriques, à la dernière période, se retrouve aussi chez les typhoïques, chez les personnes qui ont la bouche malpropre, dans l'agonie de diverses maladies. Pour d'autres, c'est aussi dans le choléra, la scarlatine, etc.

Pour répondre à ces objections, Frierichs ajoute que l'injection de l'urée dans les veines d'un animal, ne produit aucun accident; tandis que l'injection du carbonate d'ammoniaque produit des phénomènes nerveux très-graves.

Schottin répète ces expériences et affirme que l'injection de sulfate de potasse et de sulfate de soude produit les mêmes accidents que l'injection du carbonate d'ammoniaque.

Bouling fit également des expériences qui contribuent à mettre en doute les résultats de Wohler et de Frierichs.

Enfin, M. Gallois, dans les expériences dont il vient d'être question, a fourni des faits qui permettent de nier les résultats des deux auteurs allemands.

Chez les animaux sur lesquels il expérimentait, et qui mouraient empoisonnés rapidement par l'urée, il n'y avait en aucune manière expiration d'une quantité notable de carbonate d'ammoniaque; leur sang ne contenait non plus aucune proportion, même faible, de carbonate d'ammoniaque, provenant de la décomposition de l'urée.

M. Gallois en a conclu avec raison, à notre avis, qu'après une injection d'urée, à dose toxique, dans le sang d'un animal, la portion qui n'est pas éliminée par les reins, et qui reste dans le sang, empoisonne en tant qu'urée, et sans avoir besoin de se transformer au préalable en carbonate d'ammoniaque.

Comme d'ailleurs les accidents d'empoisonnement produit par l'urée ont beaucoup de ressemblance avec les symptômes de l'éclampsie, il est probable que la cause est la même, et nous sommes tout porté à croire que l'éclampsie est due à l'urémie (empoisonnement par l'urée en nature), résultat elle-même de la préexistence d'une albuminurie.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. LARREY.

Tumeur fibro-plastique du genou.

Le malade dont il s'agit avait été soumis autrefois à l'examen de la Société de chirurgie par M. Larrey, qui lui fit voir également les tumeurs enlevées, en se réservant de lui communiquer le résultat définitif de ce fait remarquable. L'observation en a été recueillie avec soin et résumée de la manière suivante par M. Rémy, aide-major stagiaire au Val-de-Grâce.

M. G..., officier dans un régiment d'infanterie, âgé de quarante ans, d'une forte constitution, est atteint, en 1840, dans un combat en Afrique, par une balle morte au côté externe du genou droit. Le projectile ne détermine qu'une contusion assez légère pour lui permettre de continuer son service.

Trois mois après, une petite tumeur dure, mobile, incolore, indolore, de la grosseur d'une noisette, se développe dans cet endroit. Cette tumeur reste stationnaire pendant quatre ans; en 1844, le chirurgien-major du régiment en fait l'extirpation partielle. La matière, contenue dans une sorte de kyste, offre l'aspect d'une concrétion sanguine. La cicatrisation a lieu assez vite et sans accident.

Deux ou trois mois après, il se développe dans le même point une tumeur semblable à la première. Elle reste dans le même état pendant dix ans.

Vers le milieu de 1854, M. G... reçoit d'un camarade, par inadvertance, un coup de pied assez violent sur la petite tumeur, et il en ressent une douleur si vive qu'il chancelle et perd connaissance. A la suite de cet accident il cesse son service, et la tumeur augmentant d'une manière sensible, il entre au Val-de-Grâce dans le courant de novembre.

La tumeur offre alors le volume d'une orange; elle est arrondie, lisse à sa surface, marbrée, d'une teinte bleuâtre, mobile dans presque toute sa circonférence, adhérente vers sa base, semi-fluctuante et à peu près insensible au toucher. L'articulation du genou est intacte, et exécute librement ses mouvements naturels.

L'extirpation, devenue nécessaire, est pratiquée au Val-de-Grâce le 23 novembre 1854 par M. Larrey. Cette tumeur, d'après ses caractères physiques, est regardée par lui comme fibrineuse.

Le malade sort de l'hôpital en voie de guérison à peu près définitive dans le courant de janvier 1855. Mais deux mois après, la cicatrice, devenue nette et solide, laisse sentir au-dessous d'elle une sorte de noyau douloureux au toucher, assez consistant d'abord, plus mou ensuite, à mesure qu'il se développe davantage.

Le malade entre une seconde fois au Val-de-Grâce le 21 octobre 1855. La tumeur offre le même volume et les mêmes caractères que l'année précédente. M. Larrey présente M. G... à la Société de chirurgie le 24 du même mois, et il pratique une nouvelle extirpation de la tumeur le lendemain même, au Val-de-Grâce, en présence de plusieurs de ses collègues. On reconnaît comme la première fois que la tumeur siége en dehors de l'articulation, mais envoie des prolongements dans l'épaisseur du muscle vaste externe. Elle est formée de concrétions fibrineuses à divers degrés; au milieu se trouve implantée à l'aponévrose une ostéophyte qu'il faut réséquer.

Cette opération est suivie d'une hémorrhagie qui se renouvelle à chaque pansement et nécessite l'emploi de la glace, puis du perchlorure de fer. L'examen de la tumeur au microscope fait reconnaître la structure dite fibro-plastique.

Pendant deux mois, la cicatrisation marche avec une rapidité notable; et le 31 décembre, bien qu'elle ne fût pas complète, l'opéré sort de l'hôpital. Trois mois après, il est présenté encore par M. Larrey à la Société de chirurgie. La cicatrisation est demeurée stationnaire depuis sa sortie de l'hôpital, et offre un point d'ulcération superficielle réfractaire à toute espèce de pansement.

Un noyau de l'apparence d'un gros bourgeon charnu s'est développé depuis quelque temps vers l'extrémité antérieure de la cicatrice. Ce noyau paraît être une nouvelle récidive; et la tumeur ayant fait des progrès, le malade est forcé d'entrer une troisième fois au Val-de-Grâce, le 24 juin 1856.

Cette tumeur, située sur la cicatrice, est inégale, bosselée, du volume d'une orange. La peau, à sa surface, est bleuâtre, amincie, adhérente, à peine douloureuse; mais elle s'ulcère; elle est détruite par le cautère actuel, et au moment où elle se cicatrise une nouvelle tumeur se développe à côté d'elle, s'ulcère également et donne lieu à des hémorrhagies successives.

Cette seconde tumeur étant cautérisée comme la première par le feu (2 cautérisations par semaine), l'ulcération commence à se cicatriser; il semble même qu'après cette évolution la maladie va se terminer; mais déjà d'autres bosselures poussent en dessous et commencent à faire saillie. Une certaine portion de ces tumeurs est examinée par M. Robin, qui reconnaît du tissu fibro-plastique.

A partir de cette époque (novembre 1856), le mal, au lieu de rétrograder, fait chaque jour des progrès. On trouve alors deux tumeurs : la supérieure, du volume d'un œuf de poule; l'inférieure, du volume d'une orange; elles sont molles, pâteuses, à base large; la tumeur inférieure est ulcérée à sa partie postérieure. Les tumeurs sont peu sensibles au toucher; elles sont seulement de temps en temps le siége d'élancements douloureux. Survient alors un œdème assez considérable de la jambe, sans engorgement des ganglions inguinaux.

A la fin de décembre, les deux tumeurs augmentent de volume et se ramollissent considérablement. L'élimination gangréneuse de la tumeur supérieure laisse à sa place une ulcération concave, inégale, présentant des bords renversés en dehors, durs et très-douloureux à la pression. La tumeur inférieure acquiert le volume de la tête d'un enfant; la peau est fortement tendue, lisse et marbrée de noir, avec ulcération centrale.

A la fin de mars 1857, l'élimination gangréneuse de cette tumeur est remplacée par un vaste ulcère, formant au côté externe du genou une saillie considérable. Il est rougeâtre avec des tons d'un blanc jaunâtre; il présente des fongosités du volume d'un œuf de poule et des portions considérables de tissu mortifié; il sécrète en abondance un pus rougeâtre, mal lié, très-fétide, et saigne au moindre contact.

A cette époque, l'état général, qui était déjà depuis longtemps atteint, devient de plus en plus inquiétant; l'affaiblissement est extrême; l'appétit diminue; les digestions se troublent; un mouvement fébrile se déclare le soir; la peau prend une teinte jaunâtre très-prononcée; l'amaigrissement fait des progrès rapides; les membres et l'abdomen s'infiltrent; le malade peut à peine se remuer dans son lit; les douleurs sont très-vives; en un mot, il présente tous les symptômes de la cachexie cancéreuse, et pendant quatre mois il reste à peu près dans le même état.

La constitution s'altère enfin de plus en plus; l'appétit devient nul; l'infiltration augmente; tous les sens s'affaiblissent, et le 5 août le malade succombe.

Autopsie. — L'habitude extérieure du corps ne dénote rien de particulier, autre que la teinte pâle-jaunâtre de la peau dans toute son étendue. L'examen des viscères ne fait découvrir aucune altération organique. Il existe seulement une infiltration graisseuse générale; le foie est augmenté de volume et a subi la dégénérescence graisseuse. On trouve partout, dans le mésentère, sous le péritoine, dans le tissu cellulaire des membres, des amas considérables de graisse, mais rien de plus.

Quant à la tumeur, elle présente l'aspect qu'elle offrait pendant la vie; c'est un amas de détritus noirâtre avec des masses dures, vasculaires, comme des parties de cancer non ramollies.

En enlevant ce détritus par la macération, on peut voir qu'il repose sur un tissu fibreux, lisse, encore nacré, faisant suite au tissu fibreux qui enveloppe le genou. L'articulation est nettement séparée de la tumeur par ce tissu fibreux; la synoviale articulaire ne présente aucune trace d'injection et rien d'anormal. La tumeur envoie dans l'épaisseur du vaste externe de la cuisse des prolongements qui feraient croire que là fut son point de départ; en effet, l'aponévrose de ce muscle n'existe plus dans sa partie inférieure. Les os paraissent avoir subi une altération particulière, le canal médullaire est plus large qu'à l'état normal; le tissu osseux est enfin plus friable et plus mou.

L'examen microscopique de la tumeur ne fait encore cette fois reconnaître que du tissu fibro-plastique.

M. Larrey, en relatant cette observation, pense qu'elle pourra se

joindre utilement à toutes celles du même genre déjà soumises à l'examen de la Société de chirurgie.

Quelques considérations SUR LE TRAITEMENT DE L'APOPLEXIE,

Par M. le docteur L. Hamon (de Fresnay).

Je viens de lire les intéressantes considérations de M. Trousseau sur l'hémorrhagie cérébrale. Sans me prononcer aussi catégoriquement que l'éminent professeur contre la pratique de la saignée, je suis heureux de me trouver sur quelques points en communauté d'idées avec lui. Il n'est que trop commun, en effet, de voir survenir à la suite de la phlébotomie une résolution immédiate, incurable. Mes convictions, toutefois, relativement à l'opportunité d'un traitement actif prescrit en vue de favoriser la résolution de l'épanchement ou de combattre la phlegmasie cérébrale, diffèrent un peu des siennes. Je crois qu'il est toujours bon de venir en aide à la nature lorsque les moyens que l'on emploie joignent à une efficacité manifeste une complète innocuité. Or, le traitement que je mets en usage dans les cas dont il s'agit m'a paru jusqu'ici présenter les avantages des émissions sanguines, sans en offrir les inconvénients. Malgré quelques essais qui ont été tentés avec l'une des substances dont je fais usage, je crois qu'on peut le considérer comme nouveau, aucun praticien, que je sache, n'ayant prêté aux agents dont il est question le mode d'action que je leur attribue, et n'en ayant fait surtout un emploi exclusif.

Je ne parlerai point ici des apoplexies de cause gastrique, dans lesquelles la pratique de la saignée est justement proscrite. J'ai eu plusieurs fois déjà, dans ce journal, l'occasion d'en signaler les dangers. Il ne sera ici question que des apoplexies idiopathiques. Or, dans ces deux dernières années, j'ai eu à traiter sept malades affectés d'hémorrhagie cérébrale ou de ramollissement aigu du cerveau.

Trois d'entre eux, chez lesquels la pulpe cérébrale a été vraisemblablement exempte de déchirure, ont été traités avec succès par la médication dont je vais bientôt parler.

Chez deux autres, elle fut instituée au début des accidents. Elle donna lieu à une amélioration sensible qui se maintint seulement trois heures chez le premier sujet, douze heures chez le second, que je croyais déjà hors de tout danger. Ce ne fut qu'alors que, convaincu de l'inefficacité de ce traitement, et en vue de satisfaire aux exigences du préjugé, je me décidai à pratiquer la phlébotomie. Dans les deux cas mes malades restèrent perclus aussitôt après l'ouverture de la veine. Le premier d'entre eux succomba trois jours après l'accident; le second a survécu, frappé d'hémiplégie.

Deux autres sujets gravement affectés ont été largement saignés et ont succombé quelques jours après l'accident, sans avoir recouvré une lueur de connaissance.

Les faits qui précèdent ne sont point, on le voit, favorables à la saignée, que, considérant comme une *ultima ratio*, je n'emploie que dans les cas les plus graves, et pour mettre ma responsabilité à couvert.

Pour ce qui est des trois cas heureux, je vais retracer succinctement la position des malades, et indiquer la ligne de conduite que j'ai tenue à leur égard.

Obs. I. — Bourdon, soixante-cinq ans, a déjà eu une attaque d'hémiplégie du côté gauche. Depuis ce moment, la sensibilité des membres de ce côté est restée émoussée.

Le 14 octobre, seconde attaque caractérisée par les symptômes suivants : contractions cloniques violentes et presque permanentes du bras et surtout de la jambe gauches. Les battements du cœur sont intermittents; le pouls dur et fréquent; céphalalgie nulle. La veille, il avait ressenti quelques vertiges. Libre de mes actions, je prescrivis une potion avec 30 gouttes d'ammoniaque à 25°. Le lendemain, le malade m'apprend qu'il s'est trouvé soulagé dès la seconde cuillerée de sa potion. Il n'a eu depuis qu'un seul spasme clonique. Seconde potion avec 20 gouttes d'ammoniaque.

Le 16 et le 17, l'amélioration va croissant. Toutefois, quelques convulsions se produisent encore, de moins en moins violentes, et à des intervalles de plus en plus éloignés. — Deux potions contenant chacune 10 grammes de bicarbonate de soude.

Le 20 octobre, le malade vient à pied de cinq kilomètres de distance me consulter. A part un peu de faiblesse et d'incertitude dans la démarche, son état est très-satisfaisant. Il n'a point eu depuis de nouvelle attaque.

Obs. II. — Larose, quatre-vingt-trois ans. Le 7 juin 1856, parole très-embarrassée; il ne peut saisir même un bouton avec la main droite. — Potion avec 25 gouttes d'ammoniaque.

Le 8 juin, la parole est moins embarrassée, la main plus libre. — Julep gommeux avec 15 grammes de bi-carbonate de soude. Guéri son.

Obs. III. — Le 15 octobre 1856, Mme Lambert, âgée de soixante ans, tombe subitement en ville, hémiplégiée du côté droit. Deux hommes la transportent chez elle, privée de sentiment, à dix heures du matin. J'arrive auprès d'elle à onze heures et demie. La connaissance est revenue; la parole est difficile; insensibilité, perte du mouvement du bras droit. Mêmes symptômes, à un plus faible degré, dans le membre pelvien du même côté. (Julep avec 10 grammes de bi-carbonate de soude.) A quatre heures du soir, la malade commence à pouvoir marcher, bien qu'avec beaucoup d'hésitation; la parole est moins embarrassée. — Deuxième potion *ut suprà*.

Le 16, la malade va beaucoup mieux; elle peut marcher, mais avec l'appui d'un bâton. Elle se plaint d'un fourmillement dans le bras et la jambe droits. — Deux frictions par jour avec un liniment excitant.

Le 17 et le 18, j'insiste sur les mêmes moyens, et j'administre en outre, chaque jour, une potion avec 4 grammes de bi-carbonate de soude.

Le 19, la malade n'accuse plus qu'un peu de fourmillement dans la main droite. — Eau de Sedlitz, 50 grammes. Guérison.

Bien que dans ces trois cas la rapidité de la guérison fasse croire à l'absence de toute lésion grave du cerveau, les symptômes n'en étaient pas moins assez alarmants pour commander une thérapeutique active ; car il était impossible, au premier moment, de prévoir quelle serait l'évolution ultérieure de la maladie. Il y avait assurément lieu, pour se conformer aux idées reçues, de recourir immédiatement aux émissions sanguines. Quelle eût été l'influence comparative de cette dernière thérapeutique sur la marche et la terminaison de l'affection? C'est ce que je n'essayerai point de discuter ici. Je me contente d'enregistrer les faits tels que je les ai observés, dans le seul but de démontrer que, dans les affections hémorrhagiques du cerveau, les émissions sanguines ne sont pas aussi indispensables qu'on le pense généralement, et qu'il est parfois possible de leur substituer des agents thérapeutiques d'un autre ordre.

Le nombre des observations qui précèdent est assurément trop limité pour qu'il soit possible d'en tirer des déductions formelles. Je formulerai, toutefois, les conclusions suivantes, que je poserai par conséquent avec quelque réserve :

1° La médication alcaline donne lieu à des effets avantageux dans le traitement des affections hémorrhagiques du cerveau. Elle constitue d'ailleurs, dans mon opinion, le meilleur traitement préventif de ces mêmes affections. On a pu se convaincre que, dans les cas dont il s'agit, j'emploie indifféremment l'ammoniaque et le bi-carbonate de soude ; je ne fais uniquement appel qu'aux vertus altérantes de ces substances.

2° Quand cette médication se montre impuissante, les évacuations sanguines ne produisent point un meilleur effet.

3° Avant de recourir à ces dernières, les faits qui précèdent autorisent, lorsque la haute gravité des accidents ne contraint point à user immédiatement du traitement le plus énergique, à faire usage de la médication alcaline, sauf à pratiquer les émissions sanguines aussitôt que l'on constate l'inefficacité des premiers agents.

4° La médication alcaline n'est applicable aux apoplexies de cause gastrique, que lorsqu'un vomitif a préalablement débarrassé le ventricule, et qu'il y a lieu de combattre les désordres cérébraux persistants.

5° Les alcalins agissent selon moi en diminuant la masse générale des fluides, ce qui a pour effet, pour me servir de l'expression de M. Trousseau, d'affamer les vaisseaux, et, partant, de favoriser la résolution. Comme agents de déplétion vasculaire, les alcalins sont également de puissants antiphlogistiques.

6° Voici les raisons en vertu desquelles je préfère la médication alcaline aux émissions sanguines : par elle, les pertes organiques sont graduées, sans secousses, incessantes ; elle n'enlève point sans retour au sang ses éléments les plus réparateurs ; l'économie y participe tout entière. Il est très-facile de régler à son gré la somme de la déperdition, et, partant, de n'imposer au malade que les pertes indispensables.

7° Si la saignée détermine souvent une résolution complète, instantanée, irrémédiable, cela tient vraisemblablement à la déplétion trop rapide du système vasculaire, qui prive trop brusquement le cerveau de stimulation. La médication alcaline n'a jamais donné lieu entre mes mains à un semblable effet, qui s'est au contraire manifestement produit deux fois, ainsi que je l'ai signalé plus haut, consécutivement à la saignée pratiquée en désespoir de cause.

8° Pour que le succès du traitement, soit par les émissions sanguines, soit par les alcalins, soit possible, il faut que la substance cérébrale ne soit point le siége de dégâts trop considérables, condition à laquelle ne saurait le plus souvent remédier aucune déplétion, quelle que soit sa nature.

9° Les alcalins sont doués d'un mode d'action identique dans ses effets à celui des émissions sanguines ; c'est pour cette raison que, lorsque les premiers sont restés impuissants, les dernières se montrent également inefficaces.

10° Dans les affections cérébrales dont il s'agit, la déplétion vasculaire, de quelque façon qu'on l'effectue, doit toujours avoir des limites ; car, imposer à l'organisme des déperditions trop considérables, c'est enlever au cerveau une stimulation indispensable pour la résolution.

CROUP TRAITÉ PAR LE CHLORATE DE POTASSE. — GUÉRISON.

Par M. le docteur Ernest Legendre, de Bléneau (Yonne).

Dans le numéro du 18 juillet dernier de la *Gazette des Hôpitaux*, M. le docteur Simyane fait le récit d'une épidémie d'angine couenneuse, et constate l'inefficacité du chlorate de potasse dans cette affection.

« Sur 22 à 24 cas, dit notre honorable confrère, observés par » lui et le docteur Aucaigne, le chlorate de potasse employé seul » ou aidé de la cautérisation, n'a produit aucun amendement sen» sible, tant des phénomènes généraux que des phénomènes lo» caux. Une fois le larynx envahi par l'inflammation diphthériti» que, la mort était la règle. »

Je viens de traiter par le chlorate de potasse une enfant atteinte d'un croup bien caractérisé, et l'article de M. le docteur Simyane m'impose le devoir de publier ce cas, dont le succès est dû à cet agent thérapeutique.

Le 6 juin 1857, à huit heures du matin, P... (Félicie), âgée de six ans, m'est amenée par sa mère. Depuis cinq ou six jours, cette enfant, habituellement bien portante, quoique maigre et pâle, se plaint d'un mal de gorge assez violent; elle est tourmentée par une toux rauque; son appétit est perdu; son sommeil est agité. A ma visite, la fièvre est intense, les ganglions cervicaux sont engorgés et forment un chapelet de chaque côté du cou; la gorge, examinée avec soin, n'offre aucune rougeur; les amygdales présentent cinq ou six petits pertuis où étaient probablement implantées des fausses membranes expulsées sans doute par les efforts de toux. Cette toux est rauque et sourde; la parole est un peu voilée; la respiration est rude à l'auscultation. Je préviens la mère de la gravité que pouvait revêtir cette affection, et je prescris un bain de pieds sinapisé; 4 grammes de chlorate de potasse dissous dans un verre d'eau d'orge miellée, à prendre par cuillerées d'heure en heure.

Le soir, à huit heures, la fièvre a redoublé; le pouls a 160 pulsations; la toux conserve sa raucité; la voix est complétement éteinte; la respiration est pénible. Dans la journée, il y eut un vomissement et rejet d'une fausse membrane frangée, peu épaisse, de la longueur du petit doigt environ. — Potion, 0,15 centigr. de sulfate de cuivre; continuation du chlorate de potasse après les vomissements. Je demande que les matières vomies soient conservées.

Le 7 juin, la potion au sulfate de cuivre prise hier a produit trois vomissements et le rejet de deux fausses membranes semblables à la précédente; la fièvre est la même; rien au pharynx; les amygdales ont toujours les petits pertuis qui existaient hier; la respiration s'effectue mieux; la voix est toujours éteinte. L'enfant me montre qu'elle souffre dans la gorge, derrière le cartilage thyroïde. — 4 grammes de chlorate de potasse, onctions mercurielles à la partie antérieure du cou.

Le 7 au soir, aucune amélioration : 3 grammes de chlorate de potasse pour la nuit; bain de pieds sinapisé; quelques cuillerées de bouillon gras coupé d'eau. Je ferai remarquer que l'enfant n'éprouve aucune répugnance pour le chlorate de potasse.

Le 8, la fièvre a un peu diminué, 148 pulsations; la peau est humide; le mal de gorge est le même; les ganglions sont toujours engorgés; la respiration est moins libre, la voix est toujours éteinte; plaque diphthéritique de la largeur d'une lentille sur le pilier postérieur gauche du voile du palais : cautérisation de cette plaque avec le nitrate d'argent, 4 grammes de chlorate de potasse à prendre dans la journée, onctions mercurielles, bouillon gras. Ce même jour, un effort de toux, qui a perdu un peu de sa raucité, détermine un vomissement aqueux et le rejet de quatre fausses membranes toujours peu épaisses, frangées et longues de 3 ou 4 centimètres.

Le 9, la fièvre a encore diminué, 140 pulsations; la nuit a été assez bonne, la plaque diphthéritique a disparu, la voix est toujours éteinte, la douleur de gorge ne varie pas, elle est toujours située derrière le cartilage thyroïde; la toux est plus molle, la respiration est plus libre, l'enfant demande à manger. Je prescris : — Potion 0,20 sulfate de cuivre; onctions mercurielles; le chlorate de potasse n'a pas été tout pris la veille; on continue à le donner ce jour. Bouillon gras.

Le 10, le sulfate de cuivre pris la veille a produit plusieurs selles et cinq vomissements, dans lesquels il n'y a pas de fausses membranes; la fièvre a toujours baissé, 120 pulsations. La malade réclame encore à manger. Je ne permets que du bouillon gras, et je prescris encore le chlorate de potasse à la dose de 4 grammes pour les vingt-quatre heures; on cesse les frictions mercurielles. Ces dernières n'ont pas produit de salivation.

Le 11, la journée du 10 s'est bien passée. Je trouve l'enfant assise sur son lit et jouant. Le pouls est à 108, le mal de gorge est le même, la déglutition n'a jamais été gênée et ne l'est pas encore; les ganglions ont considérablement diminué de volume, mais la voix est toujours éteinte. Je cesse le chlorate de potasse pour ce jour-là, et j'accorde un léger potage et du bouillon.

Le 12, la malade va bien; le pouls est à 90-92. Les ganglions cervicaux peuvent à peine être sentis, les amygdales sont tout à fait normales, le mal de gorge persiste ainsi que l'extinction de la voix; la malade joue sur son lit, et a recouvré sa gaieté habituelle. Je lui permets deux potages au tapioca, à condition qu'elle prendra encore de temps à autre un peu de chlorate de potasse (4 grammes en quarante-huit heures, toujours dans son eau d'orge miellée, qui lui sert de tisane.

Je continue de visiter Félicie P... jusqu'au 17 juin; elle va toujours de mieux en mieux. C'est à partir du 13 seulement que sa voix commence à être entendue. Le 17, quand je cesse mes visites, la voix n'est pas encore claire, son timbre est toujours un peu voilé, et ce n'est guère que huit jours après que la voix est tout à fait normale. Depuis, j'ai revu cette enfant, et elle est dans un état de santé parfait.

Comme on le voit par cette observation, le croup avait probablement débuté par des plaques diphthéritiques déposées sur les amygdales. L'affection avait gagné la trachée, envahi les cordes vocales et les ventricules du larynx, et si elle n'est pas allée plus loin, c'est grâce, je crois, au chlorate de potasse, qui l'a arrêtée dans sa marche. Je veillais attentivement sur cette enfant, et à la moindre menace de suffocation ou d'asphyxie lente, je n'aurais pas hésité à cautériser le larynx, en introduisant dans ce conduit une éponge fixée à une baleine et imbibée d'une solution de nitrate d'argent. Comme chacun sait, c'est le moyen ultime employé par M. Bretonneau, moyen qu'il qualifie lui-même de barbare, mais qui a produit des résultats merveilleux dans les mains de notre savant maître. Si ce moyen eût échoué dans les miennes, j'aurais pratiqué la trachéotomie en dernier ressort, quoique je sois bien convaincu que cette opération réussirait plus souvent encore qu'elle ne le fait si on ne la pratiquait pas aussi tardivement.

Le chlorate de potasse m'a servi merveilleusement dans le cas que je viens de rapporter, en empêchant les fausses membranes expulsées de se reproduire; et je l'emploierai chaque fois que j'aurai à traiter des affections diphthéritiques. Est-ce à dire que le chlorate de potasse doive toujours réussir ? Il existe malheureusement des preuves du contraire. Son action est peut-être plus lente, peut-être nulle quand les fausses membranes sont très-épaisses et

tout à fait organisées. C'est alors que les onctions mercurielles lui viendront en aide ainsi que les cautérisations, et si ces moyens échouaient, on aurait alors recours à la trachéotomie.

OBSERVATION DE BLENNORRHAGIE NASALE.

Par M. EDWARDS (d'Edimbourg).

Une dame de soixante et un ans vint réclamer mes soins au dispensaire dans les conditions suivantes :

Toute sa face, et surtout les paupières, le nez et la lèvre supérieure, était le siége d'une tuméfaction considérable. Il existait une légère congestion des conjonctives et un abcès à la commissure gauche des lèvres. Le nez, douloureux à la moindre pression, était rouge, tendu, brillant et parsemé de papilles enflammées. La lèvre supérieure était excoriée à sa surface cutanée, état évidemment déterminé par l'action irritante du liquide purulent qui s'écoulait en abondance des deux narines. La sensibilité de ces parties était si grande que cette pauvre femme n'osait faire aucun effort pour faire sortir ce pus, et tenait seulement sa tête penchée en avant pour faciliter sa sortie. Elle avait perdu beaucoup de sa force pendant cette maladie, ce qu'elle attribuait au dégoût de tout aliment, qui prenait chez elle l'odeur infecte de son écoulement nasal.

Frappé de son état d'émaciation extrême, je crus d'abord, comme l'avaient fait les confrères auxquels elle s'était d'abord adressée, que j'avais affaire à une affection maligne ; mais, après un examen approfondi, je parvins à obtenir des renseignements qui ne devaient plus laisser de doute sur la nature de la maladie.

Six mois auparavant, elle avait reçu la visite d'un de ses fils, qui, atteint d'une blennorrhagie, soutenait ses bourses au moyen d'un mouchoir. Celui-ci tomba par hasard dans la chambre de la bonne vieille, qui le prit et s'en servit deux ou trois jours. Bientôt, cinq jours après, elle sentit une chaleur inaccoutumée dans la narine gauche, puis de la sécheresse, de la démangeaison, et un écoulement jaune se déclara. Peu après, la narine droite fut prise à son tour, et les yeux s'enflammèrent. Ces symptômes s'accompagnaient de céphalalgie et de lassitude. Notre malade crut d'abord être sous le coup d'un coryza ; mais, le mal faisant chaque jour de nouveaux progrès, elle consulta plusieurs médecins, qui la soumirent à divers traitements infructueux.

La nature de la maladie bien établie, ma ligne de traitement était toute tracée. J'ouvris le petit abcès ; je pansai, ainsi que la lèvre supérieure et le nez, avec de la glycérine ; j'ordonnai des injections d'eau tiède, et du citrate de fer et de quinine en pilules de 2 grains, deux fois par jour.

Sous l'influence d'un traitement aussi simple, les symptômes cédèrent peu à peu, et une lotion de myrrhe dans les narines, quand l'inflammation eut disparu, fit cesser tout écoulement.

Le fils souffre encore d'une blennorrhée.

Malgré la fréquence de la blennorrhagie et le manque de propreté des classes inférieures, ces cas d'infection sont excessivement rares. J'ai souvent rencontré dans ma pratique des blennorrhagies nasales chez des individus affectés de blennorrhagie urétrale ; j'ai trouvé des malades présentant des ophthalmies ayant ce même point de départ ; mais c'est la première fois qu'il m'a été donné d'observer cette affection frappant le nez d'une personne complétement saine d'ailleurs. — Vidal (de Cassis) ne paraît pas avoir eu connaissance d'aucun cas de blennorrhagie nasale, car dans son *Traité des maladies vénériennes* il dit : « Je ne sais s'il existe une blennorrhagie nasale chez l'adulte. » Il rapporte seulement le fait d'un enfant dont la muqueuse nasale fut le siége d'un écoulement blennorrhagique.

Aussi l'observation de M. Edwards tirera du peu de fréquence de la maladie un intérêt puissant, qui nous a engagé à la publier.

(The Lancet.)

TOPIQUE CONTRE LES DARTRES RONGEANTES,

Par M. le Dr HÉBRA (de Vienne).

Iode	4 grammes.
Iodure de potassique	4 —
Glycérine	8 —

Ce topique s'applique tous les deux jours au moyen d'un pinceau ; son application est douloureuse pendant plus d'une heure ; mais elle a le grand avantage de guérir le lupus sans cicatrices difformes.

INJECTION VÉSICALE AU NITRATE D'ARGENT,

Par M. GROS.

Eau distillée	120 grammes.
Nitrate d'argent	20 à 40 centigr.
Teinture de jusquiame	6 grammes.

F. S. A. contre la cystite chronique et le catarrhe vésical.

(Répert. de pharmacie.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 1er septembre 1857. — Présidence de M. MICHEL LÉVY.

A l'ouverture de la séance M. le président lit une lettre de M. Depaul, secrétaire annuel, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance et de n'avoir pu envoyer le procès-verbal de la dernière séance.

En l'absence de M. le secrétaire perpétuel, M. Roche est invité à prendre sa place et à donner lecture de la correspondance.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie :

1° Une ampliation d'un décret autorisant l'Académie à accepter le legs de 2,000 fr. de rente 3 p. 100 qui lui a été fait par le baron Barbier ;

2° L'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Moquin-Tandon dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

Après la lecture de la lettre du ministre et de l'ampliation du décret, M. le président invite M. Moquin-Tandon, présent à la séance, à prendre place parmi ses collègues.

— M. le ministre du commerce transmet : 1° Un rapport de M. Devraud, médecin-adjoint des épidémies pour l'arrondissement de Dôle, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Vaudrey, depuis le 20 octobre 1856 jusqu'au 25 janvier 1857 ;

2° Un rapport de M. le docteur Bach, médecin inspecteur des eaux minérales de Soultzmat, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1855 (Commission des eaux minérales) ;

3° Plusieurs recettes de remèdes secrets et des états de vaccination.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Traitement du croup. — M. LOISEAU (de Montmartre) adresse la lettre suivante :

« Je crois devoir faire observer à l'Académie qu'en lui soumettant mon mémoire sur le traitement du croup, je ne m'étais proposé qu'une chose : prouver qu'il était possible de guérir cette terrible maladie sans opération sanglante ; mais puisqu'il résulte des réclamations et de la discussion de mardi dernier, que la priorité n'a été réclamée qu'en faveur de l'anneau et du procédé attribué à Dieffenbach, de la baleine du docteur Greve (de New-York), du tube et du procédé de Chaussier, je crois à mon tour devoir réclamer la priorité pour tous les instruments que j'ai présentés comme propres à cautériser les différents points de l'arbre aérien, ainsi que les pinces et dilatateurs propres à extraire ou faciliter l'expulsion des corps étrangers qui pourraient se trouver dans les voies aériennes ; en un mot, de l'ensemble des procédés et instruments que j'ai présentés, et pour la priorité desquels nulle réclamation n'a été faite. »

— M. LE PRÉSIDENT annonce que l'Académie se formera en comité secret à quatre heures et demie pour entendre la lecture du rapport sur la présentation des candidats aux places d'associés nationaux dans la section de médecine.

RAPPORT.

Ablation totale du maxillaire inférieur. — M. HUGUIER lit en son nom et au nom de M. Larrey un rapport sur un travail de M. le docteur Heyfelder (d'Erlangen) ayant pour titre : *Mémoire sur l'ablation totale de la mâchoire inférieure*. Ce mémoire se compose d'un certain nombre d'observations (cinq ou six) d'ablation totale du maxillaire inférieur pratiquée pour des cas de lésions diverses de cet os.

La conclusion que M. Heyfelder a tirée de ces faits, c'est que cette opération est d'une exécution facile, dépourvue de dangers sérieux, et qu'elle ne laisse à sa suite qu'une mutilation peu apparente.

M. le rapporteur est entré à ce sujet dans une longue discussion que nous regrettons de ne pouvoir reproduire, son manuscrit n'ayant point été laissé dans les bureaux de l'Académie. Nous nous trouvons donc dans la nécessité de nous borner aux conclusions, qui sont formulées en ces termes :

La commission propose :

1° D'adresser une lettre de remercîments à M. le docteur Heyfelder pour sa communication ;

2° De déposer honorablement son mémoire aux archives ;

3° La commission, ajoute M. le rapporteur, verrait avec plaisir que le nom de M. Heyfelder fût placé sur la liste des futurs correspondants étrangers.

Après quelques explications échangées entre MM. Moreau, Londe, Cazeaux et le rapporteur, ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

LECTURE.

Fonctions de la moelle épinière. — M. CHAUVEAU, chef du service d'anatomie et de physiologie à l'Ecole vétérinaire de Lyon, lit une note sur l'étude des fonctions de la moelle épinière.

L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de combattre les idées nouvelles émises par M. Brown-Séquard sur la physiologie de la moelle épinière.

L'interprétation des faits a conduit M. Chauveau à formuler les conclusions suivantes :

1° Les impressions sensitives ne se croisent pas en arrivant à la moelle.

2° Ce n'est pas par la substance grise médullaire centrale qu'elles sont conduites au cerveau. L'auteur fait observer que si les principes posés dans ces conclusions sont opposés à ceux de M. Brown, la plupart des faits observés par cet habile expérimentateur n'en restent pas moins exacts et dignes du plus haut intérêt. Seulement ces faits étaient plus complexes que ne l'a cru M. Brown. Grâce à une étude neuve à plusieurs égards des phénomènes réflexes, M. Chauveau a pu décomposer ces faits en leurs éléments et en montrer la véritable signification. (Commissaires : MM. Longet, Bérard et Bouley.)

— Il est quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

CORRESPONDANCE.

Sur l'exfoliation de la muqueuse utérine.

Nous recevons de M. le docteur E. Giraudet (de Tours) la lettre suivante, en réponse à la note de M. Raciborski insérée dans le numéro du 27 août. Nous espérons que les explications données de part et d'autre sur le sujet en litige suffiront pour mettre les lecteurs à même de juger entre les deux opinions adverses.

Monsieur le Rédacteur,

Dans votre numéro du 27 août, je lis une note de M. le docteur Raciborski à propos de mon mémoire sur l'*Exfoliation de la muqueuse utérine*, présenté à l'Académie de médecine en octobre 1856. Ce travail, dont vous avez bien voulu communiquer quelques extraits aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*, contient plusieurs faits de pathologie comparée qui sans doute sont en opposition avec ceux que mon savant confrère doit avoir indiqués dans l'ouvrage qu'il vient de faire paraître sur le même sujet.

M. Raciborski annonce au public médical que, contrairement à l'opinion de la plupart des physiologistes, il CROIT avoir démontré qu'il n'y a point de caduque chez les animaux domestiques. Ceci posé, les faits rapportés par moi « *pouvant faire croire le contraire*, il est évident qu'il y a eu erreur de ma part dans l'appréciation des lésions dont j'ai donné la description. » Cette erreur, que mon honorable contradicteur « *tient à constater dans l'intérêt de la science*, » provient de ce que, selon lui, j'ai considéré comme des cas d'exfoliation des altérations spéciales de la muqueuse utérine se détachant spontanément, s'enlevant par lambeaux ou cédant à une légère traction, selon que la macération de cette membrane, de ces lambeaux, de ces cotylédons, aurait été plus ou moins longue et les collections de liquide plus ou moins abondantes. A ces faits supposés, ma réponse sera simple et péremptoire :

1° J'ai trouvé des utérus d'animaux domestiques dont les cornes ne contenaient que des fragments membraneux, peu ou point de liquide, et ces fragments, sans traces d'altération aucune, ont été soumis à l'observation attentive de quelques-uns de mes confrères, d'un grand nombre d'élèves et de plusieurs vétérinaires.

2° J'ai rapporté dans mon mémoire un fait bien constaté de reproduction de la muqueuse utérine chez un herbivore, mais sans cotylédons. Depuis cette époque, grâce à l'obligeance de M. Rosselin, vétérinaire, directeur de l'abattoir de Tours, il m'a été permis de recueillir un autre fait de même nature et plus concluant encore. Je ferai remarquer ici que si le nombre de ces exemples n'est pas plus considérable, cela tient à ce que la plupart de ces animaux sont abattus pendant la période d'exfoliation, d'après les conseils des vétérinaires.

Que mon très-estimable confrère me permette de lui dire, et cela sans arrière-pensée, il est très-facile de nier des faits lorsqu'on ne peut ni les expliquer ni les voir ; on prononce le mot « erreur », et la théorie n'a plus à souffrir.

Je laisse aux physiologistes, à ceux surtout qui font autorité dans la science, le regret de ne plus croire désormais à la présence d'une caduque chez les animaux domestiques ; que n'avaient-ils, comme quelques rares auteurs de notre époque, l'admirable privilége de ne pouvoir se tromper ni d'être trompés.

Agréez, etc.

Dr Eugène GIRAUDET,
Professeur, chef des travaux anatomiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les épreuves du concours pour les prix de fin d'année à la Faculté de Montpellier sont terminées. En voici le résultat :

1re ANNÉE : *Prix*, M. Gignoux ; 1re *mention honorable*, M. Pasqualini ; 2e *mention honorable*, M. Figuier. — 2e ANNÉE : *Prix*, M. Girard ; *mention honorable*, M. Tristani. 3e ANNÉE : *Prix*, M. Magnan ; *mention honorable*, M. Batigne. — 4e ANNÉE : *Prix*, M. Romain ; *mention honorable*, M. Sapin.

— Les examens de fin d'année, ouverts le 10 août à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, ont été clos le 13.

Les prix ont été décernés comme suit :

1re ANNÉE : 1er *Prix*, M. Picard ; 2e *prix*, M. Ygonin. — 2e ANNÉE : 1er *Prix*, M. Noack ; 2e *prix ex æquo*, MM. Bouchard, Lachat. — 3e ANNÉE : *Prix unique*, M. Fier.

Le prix de pharmacie a été décerné à M. Guigue.

— M. le docteur Bajard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, est mort presque subitement dans cette ville d'une attaque d'apoplexie cérébrale.

Ceux d'entre nous qui ont pu connaître et apprécier M. Bajard, regretteront en lui le chirurgien consciencieux, habile, souvent heureux, jamais téméraire, dont ils ont mis à profit les exemples et les leçons.

(Gaz. méd. de Lyon.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Torino, né à Jujuy (république Argentine) ; *Des causes de la permanence des luxations latérales externes de la rotule, et de leur irréductibilité consécutive.*

Van Gaver, né à Tunis (Afrique) ; *Réflexions sur l'herpès tonsurant observé chez l'enfant.*

Apostolidès, né à Constantinople (Turquie) ; *Quelques études philosophiques et cliniques sur la nature, la classification et le traitement de la folie.*

Guillermin, né à Louhans (Saône-et-Loire) ; *Étude sur la manie épileptique.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité thérapeutique des eaux minérales de France et de l'étranger, et de leur emploi dans les maladies chroniques, telles que les scrofules, les maladies de la peau, les affections catarrhales, la phthisie, le rhumatisme, la goutte, la dyspepsie, la gastralgie, l'entérite, les maladies du foie, les calculs biliaires, la gravelle, le catarrhe vésical, les maladies de la matrice, les paralysies, la syphilis, la chlorose, les fièvres intermittentes, l'albuminurie, le diabète, etc. (Cours fait à l'École pratique de Paris), par M. le docteur DURAND-FARDEL, médecin-inspecteur des sources d'Hauterive à Vichy, secrétaire général de la Société d'hydrologie de Paris, etc. 1 vol. in-8° de 774 pages, avec une carte col. Prix, 8 fr. Paris, chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du cataplasme anti-arthritique et de l'emploi du calorique en excès dans le traitement de certaines inflammations chroniques des articulations.

M. Trousseau, dans l'une de ses dernières leçons cliniques, signalait à l'attention de son auditoire une femme couchée au n° 4 de la salle Saint-Bernard, dont l'histoire présente un grand intérêt au point de vue de la thérapeutique.

Récemment accouchée, cette malade vint à l'hôpital pour s'y faire traiter d'une arthrite du genou droit. L'articulation était notablement gonflée, sans que l'on pût constater d'épanchement synovial ; mais le gonflement portait sur les condyles du fémur, sur l'extrémité supérieure du tibia. Ces deux os et la rotule semblaient soudés ensemble ; la jambe était à demi-fléchie sur la cuisse, et la malade ne pouvait essayer de faire exécuter à son membre le moindre mouvement sans éprouver d'intolérables douleurs. Ces douleurs se produisaient d'ailleurs spontanément, empêchant la pauvre femme de dormir ni jour ni nuit ; et cette affection datait déjà d'un mois.

Reconnaissant là une ostéite grave, d'autant plus grave qu'elle était survenue dans l'état puerpéral, dans des circonstances par conséquent déplorables, M. Trousseau prévoyait dès lors que, dans ces conditions, on aurait à craindre la suppuration et le développement complet d'une de ces tumeurs blanches qui nécessitent presque fatalement l'amputation du membre.

Pendant quelques jours il se borna à prescrire des applications locales de sangsues et des cataplasmes sur le genou, et comme les accidents continuaient, il eut recours à une médication plus efficace et qui lui a procuré les plus heureux résultats dans de semblables affections ; nous voulons parler du *cataplasme anti-arthritique*, dont on trouve depuis longtemps la formule dans le *Traité de Thérapeutique*. Depuis vingt-cinq ans déjà M. Trousseau l'emploie, et il ne se passe pas d'années qu'il ne l'applique à l'hôpital devant les élèves. Cette médication, quelque utile qu'elle soit, est loin cependant d'être vulgarisée ; il sera donc utile d'en donner encore une fois la formule détaillée.

Ce cataplasme doit être fait d'une façon particulière ; ce *modus faciendi* est d'une importance telle aux yeux de M. Trousseau, qu'il insiste extrêmement sur ce point.

Lorsqu'il doit être appliqué sur une grande articulation comme celle du genou, on prend un *kilogramme et demi de pain*. Ce pain est cuit dans l'eau jusqu'à ce qu'il soit réduit en une bouillie ayant la consistance de ce gâteau que les Anglais appellent *le plum-pudding*, et que tout le monde connaît. Ce détail est important ; car si le cataplasme n'a pas cette consistance, s'il s'étale, si, jeté hors du poêlon où il a été cuit, il n'en conserve pas la forme, *il n'est pas bien fait*. Lorsque cette pâte est à peu près arrivée au degré convenable de consistance et de cuisson, on y ajoute 100 à 150 *grammes d'alcool camphré*, et on laisse cuire encore jusqu'au degré de consistance voulue. Ce degré est essentiel à obtenir ; en voici la raison : Si le cataplasme est trop mou, s'il s'étale naturellement lorsqu'on l'aura appliqué, il couvrira inégalement la partie malade, coulant dans le linge qui le renferme vers les parties déclives, laissant les parties supérieures pour tomber sur le genou au lieu de le couvrir. Si, au contraire, il a la consistance indiquée, on pourra le mouler sur l'articulation dont il enveloppera également toute la surface.

La pâte ainsi préparée est étalée sur un linge, puis on étend sur ce cataplasme une mixture composée de :

Camphre en poudre. . }	āā.	10 grammes.
Extrait de belladone. . }		
— d'opium.		5 —
Alcool.		Q. S.

Pour donner aux extraits une mollesse convenable.

Enfin, pour empêcher le cataplasme de se dessécher sur les bords pendant le temps qu'il restera appliqué, on oint ces bords d'une légère couche de glycérine.

On nous permettra de suivre encore ici le professeur dans certains détails d'économie en fait de prescriptions pharmaceutiques qui, s'ils ne sont pas du domaine de la science, n'en ont pas moins un grand intérêt dans la pratique, surtout pour les médecins appelés auprès de malades pauvres ou dans une position de fortune médiocre. Nous voulons parler du prix que coûtera le cataplasme. Ce cataplasme est cher ; car il sera difficile qu'il coûte moins de 5 fr. ; mais il faut dire aussi qu'en réalité il est moins cher que ne le serait un cataplasme de farine de graine de lin, et voici comment : ce cataplasme anti-arthritique reste en place pendant huit à neuf jours, et la durée de l'application est une condition essentielle de son succès. Or, si l'on compare le prix de cette médication à celui du traitement par la farine de graine de lin — à supposer même que ce traitement ne dure que huit jours —, l'avantage restera à la première. En effet, il faudra employer chaque jour 1 kilogr. au moins de farine de graine de lin, et au bout de huit jours on en aura employé 8 kilogr. En mettant cette farine à 1 fr. le kilogr., on voit de suite que le cataplasme de graine de lin est réellement plus cher que celui qui tout d'abord paraît si coûteux.

On s'effrayera peut-être de la durée que M. Trousseau fixe au temps pendant lequel le cataplasme doit rester en place, et l'on pourrait craindre qu'il ne s'altérât ; il n'en est rien, et ceux qui l'ont vu appliquer savent aussi que lorsque l'appareil est levé, le cataplasme a conservé son humidité et n'a subi aucune espèce de fermentation. Il est d'ailleurs soigneusement enveloppé d'un grand morceau de taffetas ciré et de bandes de flanelle, qui servent en même temps à maintenir l'articulation immobile.

Chez la malade qui a été l'occasion de cette leçon, on a renouvelé trois fois le cataplasme. Dès la première application on a pu constater une amélioration notable que la malade reconnaissait elle-même ; ses douleurs étaient modérées. Après la troisième application, c'est-à-dire après vingt-cinq jours de traitement, le mieux était remarquable ; la jambe, jusqu'alors forcément fléchie sur la cuisse, pouvait s'étendre, et l'articulation n'était plus douloureuse, même à la pression, qu'en un seul point fixé à la partie interne du genou.

La jambe fut alors placée dans une gouttière, et pendant quinze jours on se borna à maintenir sur la partie malade des cataplasmes de farine de graine de lin sur lesquels on étendait la mixture de belladone et d'opium. L'état de l'articulation restant stationnaire, on eut alors recours à une autre médication d'une extrême simplicité, mais dont les bons effets sont connus dans ce service. On appliqua sur le genou des sachets de *sable chaud* à une température voisine de celle qui produirait la brûlure ; et après deux jours de cette application, qui fut renouvelée deux fois dans les vingt-quatre heures, l'amélioration avait repris sa marche. Le mouvement était devenu possible à ce point que, d'elle-même, la malade pût soulever la jambe hors de l'appareil et la croiser sur l'autre.

Quelques jours après, cette femme se levait, marchait avec des béquilles, et si le genou était encore malade, s'il était encore à demi ankylosé, si cette ankylose devait subsister, du moins le mieux avait été rapide et incontestable, après un traitement qui n'avait pas duré deux mois.

Dans ce traitement, deux médications ont été mises en usage ; l'une par le *cataplasme*, qui, dans des cas analogues, a produit des effets semblables, entre autres entre les mains de M. le professeur Négrier (d'Angers) ; l'autre médication a consisté dans l'application du calorique. Déjà, à propos de certaines céphalées, M. Trousseau, s'appuyant sur des faits cliniques, a vanté l'application des sachets de sable brûlant sur la tête : à cette occasion, il préconisait leur emploi dans le traitement des arthrites semblables à celle dont il vient d'être question. Suivant ce professeur, quelques eaux minérales d'une efficacité si merveilleuse dans le traitement de certaines phlegmasies chroniques, telles que Néris et Plombières, devraient une partie de leurs succès non à leurs principes minéralisateurs, soufre ou sodium, mais au calorique qu'elles renferment en excès. L'efficacité de ces eaux tient surtout à la manière dont les médecins chargés d'en diriger l'action savent les appliquer. Il en est de même d'Aix-en-Savoie et d'autres eaux thermales encore. Sans nier en aucune façon l'action que ces eaux empruntent incontestablement aux principes minéralisateurs qu'elles contiennent, parmi ces principes minéralisateurs le calorique en excès joue le rôle le plus important.

Le sachet de sable chaud agit suivant le même principe ; à défaut de sable, l'avoine peut le remplacer. Les sachets d'avoine chaude constituent même un moyen empirique fort employé dans les campagnes contre les vieilles maladies des articulations.

A l'aide du sachet de sable chaud, certaines hydarthroses, qui avaient résisté aux moyens les plus divers et réputés les plus utiles, disparaissent avec une remarquable rapidité. Dernièrement encore, dit M. Trousseau, le chef d'une des maisons de photographie les plus renommées de Paris me consulta pour une hydropisie du genou qu'il portait depuis plusieurs semaines, et qu'il avait eue déjà plusieurs fois. Deux jours suffirent pour faire disparaître cet épanchement, qui certes se fût renouvelé si le moyen n'avait été continué avec la même persévérance.

RÉFLEXIONS SUR LES MALADIES CHARBONNEUSES.

Une place pour chaque chose, et chaque chose à sa place.

A quelqu'un qui voudrait nier les bienfaits de l'école anatomique, il faudrait opposer l'état pitoyable dans lequel se trouve encore de nos jours le *diagnostic vrai* des maladies charbonneuses.

Pourquoi les formes matérielles, si utiles à connaître dans les affections spécifiques, sont-elles encore ignorées en ce qui touche ces maladies ?

C'est parce qu'on ne les rencontre pas dans les grands hôpitaux, et qu'étant éparpillées dans certaines contrées seulement, il ne s'y est pas trouvé encore un homme pour en faire la *véritable histoire*.

Qui ! on a décrit depuis des siècles la pustule maligne, et depuis Enaux et Chaussier on a toujours répété les mêmes litanies avec des exemples de guérisons par les traitements les plus divers et même sans traitement ; c'est la *Gazette fédérative de Toscane* qui nous propose l'application de l'encens avec un peu de salive ; le docteur Régnier, dans un traité *ex professo* sur la pustule maligne écrit en 1829, prétend à des cures au moyen des antiphlogistiques ; M. Bourgeois (d'Etampes) cite des guérisons spontanées ; puis aujourd'hui encore voici venir notre cher confrère et voisin le docteur Raphaël (de Provins) qui prétend avoir vu céder le mal aux applications topiques des feuilles de noyer.

Règle générale sans exception : quand une maladie très-grave comme le charbon est censée s'être guérie par tant de moyens si divers et si simples, défions-nous du diagnostic.

En effet, en présence de ces assertions trop victorieuses, M. le docteur Froc (de Sermaises), qui exerce dans une contrée de la Beauce où les affections charbonneuses sont fréquentes, s'écrie :

« Je cherche vainement dans la description de M. Raphaël l'appareil » symptomatique que nous rencontrons à chaque pas dans la Beauce ; » je n'ai jamais vu de pustule dans cette maladie si improprement ap» pelée pustule maligne. »

Voyons si d'autres praticiens bien placés et bons juges en cette matière pensent, oui ou non, comme le docteur Froc.

C'est d'abord M. Larchez, médecin pendant vingt ans à Sancheville, dans la pleine Beauce, qui m'a affirmé lui-même, sur plus de *cinq cents* maladies charbonneuses, ne jamais avoir rencontré la pustule maligne des livres.

Je ne puis dire qu'il en soit de même de M. le docteur Girouard (de Chartres) ; mais jamais, dans les entretiens que j'ai eus avec ce praticiens, le plus habile que je connaisse dans le traitement des maladies charbonneuses, il n'a pu être question de la pustule maligne des livres par la raison que je vais dire tout à l'heure.

Quant à moi, après avoir exercé deux années dans la Beauce, y avoir rencontré et traité une trentaine de charbons, et peut être vingt depuis que je suis dans le département de Seine-et-Marne, j'affirme *n'avoir jamais rencontré la pustule maligne des auteurs.*

Qu'est-ce donc que ce chaos, comment s'y entendre ? Nous ressemblons aux constructeurs de la tour de Babel, je crois qu'il y a ici confusion des langues. Tâchons, cependant, de nous expliquer :

1° *La pustule maligne n'existe pas*, voici pourquoi : c'est parce que *nul n'a jamais vu un bouton purulent charbonneux*, attendu que pus et charbon ne peuvent se rencontrer ensemble, puisque justement c'est l'apparition du pus qui est le signe positif de la modification spécifique qui disparaît pour faire place à l'inflammation phlegmoneuse... ce qui signifie guérison. *Ainsi, pas de pustule maligne*, tout bouton purulent étant essentiellement bénin. Rayez ce mot, la chose n'existe pas.

2° Quant au charbon, qu'est-ce ? Je connais des médecins qui, ne croyant pas à la pustule maligne, nient l'existence des affections charbonneuses ; ils sont à plaindre, car, un jour ou l'autre, ils auront le malheur de perdre tout d'un coup plusieurs malades. Qu'ils veuillent bien lire ceci avec attention, et je leur affirme que ça pourra leur servir...

J'ai déjà dit, dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 17 mai 1853, que c'était une expression morbide spécifique, se traduisant sous plusieurs formes et quelquefois presque sous forme extérieure.

A. Quand vous verrez sur une partie découverte du corps un gonflement devenant en quelque temps *monstrueux*, donnant aux parties un aspect éléphantiasique aigu, avec un point dur comme du bois, le tout accompagné de petitesse du pouls, d'envies de vomir, de synco-

Enfin, par une coïncidence étrange que l'on observe souvent dans les hôpitaux, la malade couchée au n° 4 de la salle Saint-Bernard sortait pour être remplacée par une autre jeune femme récemment accouchée, et portant une inflammation extrêmement violente de toutes les petites jointures de la main gauche et de l'articulation radio-carpienne. Le mal durait depuis un mois. Le régime antiphlogistique, le calomel, le sulfate de quinine, les applications topiques d'extrait de belladone et d'opium échouèrent successivement. La tuméfaction ne se modifiait pas, les douleurs restaient intolérables. Deux applications de cataplasmes anti-arthritiques firent cesser la tuméfaction et la douleur dans le carpe, le poignet cessa d'être douloureux lorsque la malade ne faisait pas de mouvements. Une semaine d'application d'un sachet de sable chaud, mis trois fois par jour pendant une demi-heure chaque fois, a complété la guérison.

De l'état anatomo-pathologique des éléments du foie dans l'ictère grave ou malin.

L'attention des cliniciens a été appelée depuis quelque temps sur l'ictère grave ou malin. Quelques tentatives ont été faites depuis peu soit pour compléter l'histoire symptomatique ou purement phénoménale de cette affection, soit pour en rechercher la cause, le mécanisme, le siége et la lésion caractéristique. Nous avons rapporté nous-même dans le courant de l'année dernière et au commencement de celle-ci plusieurs exemples nouveaux de cette affection, et nous avons saisi cette occasion pour esquisser les traits principaux de son histoire. Mais nous en sommes resté au point le plus intéressant de cette histoire, savoir : quel est dans l'ensemble des phénomènes pathologiques qui se déroulent sous les yeux de l'observateur pendant le cours d'un ictère grave, celui qui constitue plus spécialement cette gravité ou cette malignité particulière qui est le caractère de cette variété de l'ictère? Faut-il, avec les anciens et avec quelques-uns des pathologistes contemporains qui se sont le plus occupés de l'étude de cette question dans ces derniers temps, renonçant à chercher la cause de la gravité de l'ictère malin dans des lésions organiques appréciables des solides ou des liquides, admettre qu'elle provient d'une sorte de lésion vitale profonde, indéfinie, et que l'on exprime par les mots d'*ataxie*, de *malignité?* Faut-il, au contraire, avec les anatomo-pathologistes et les histologistes modernes, s'éclairant des résultats les plus récents des recherches micrographiques, voir dans une modification moléculaire de la texture du foie et dans les perturbations physiologiques qui en résultent la cause de cette gravité ?

Nous ne pensons pas que cette question puisse encore être considérée comme résolue ; mais les tentatives qui ont été faites pour la résoudre dans ce dernier sens méritent d'être prises en grande considération, et par conséquent nos lecteurs nous sauront gré de mettre les résultats connus sous leurs yeux.

On sait que l'école de Vienne regarde l'ictère malin comme une atrophie du foie et lui donne le nom d'*atrophie aiguë jaune du foie*; cette atrophie résulterait de l'imbibition de cet organe par la bile qui dissout les cellules hépatiques. M. Lebert, à qui l'on doit l'importation en France des travaux et des idées des médecins allemands sur ce sujet, admettant l'existence de cette lésion, mais sans la considérer comme constante dans ce cas, et ne lui accordant pas, par conséquent, l'importance que lui ont donnée les médecins de Vienne, se borne à ranger l'ictère malin dans les intoxications indéterminées du sang, ce qu'il exprime par la dénomination, assez impropre d'ailleurs, d'ictère typhoïde.

M. Ch. Robin, qui depuis longtemps s'est occupé aussi de cette question, a exposé récemment dans une communication faite à la Société de biologie les résultats de ses recherches sur un certain nombre de foies provenant de sujets morts d'ictère malin.

Ces résultats sont d'un grand intérêt au point de vue qui nous occupe, ainsi qu'on va en juger.

M. Ch. Robin a examiné cinq fois l'organe hépatique dans des cas d'ictère grave. Or dans ces cinq cas, il a trouvé d'une manière si constante la même altération des cellules du foie, qu'il lui a paru incontestable que si l'on avait cherché la lésion où elle est, l'on se serait gardé de dire que souvent il y a absence de lésion du foie dans l'ictère grave.

Dans deux de ces cas, le foie offrait une mollesse particulière et s'affaissait en quelque sorte sur lui-même, lorsqu'on le posait sur une table. Les tranches de l'organe avaient une flexibilité qui contrastait avec la consistance de celle qu'on coupe sur l'organe sain. Ces deux organes étaient faciles à écraser à la pression du doigt, et leur déchirure, bien qu'irrégulière, n'était pas granuleuse comme à l'état normal. Certains points du tissu étaient véritablement pulpeux, et se réduisaient en une matière presque diffluente par le raclage. Cet état était surtout tranché dans l'un des cas où le foie était d'un jaune orangé assez vif, tout particulier, avec des traînées ou marbrures se rapprochant de la couleur normale. Dans celui-ci la pulpe, obtenue par l'action de racler, montrait de très-petites gouttes d'huile apercevables à sa surface à l'œil nu. Dans l'autre, la couleur était plus analogue à celle du foie normal, mais pourtant tirant à la fois sur le jaune d'ocre et le jaune verdâtre de l'ictère, avec les mêmes traînées ou marbrures d'un rouge brun analogue à la teinte habituelle du tissu hépatique. Dans celui-ci existaient de nombreuses suffusions sanguines sous le péritoine et de petites infiltrations ecchymotiques dans l'épaisseur de l'organe, qui tranchaient sur la coloration précédente.

Ces deux foies étaient manifestement un peu plus petits qu'à l'état normal, et plus petits également que ceux dont il sera question tout à l'heure.

Mais ce que la structure intime offrait de particulier et de commun aux deux cas, c'est qu'en portant des fragments de tissu sous le microscope, après avoir fait la préparation comme pour étudier les cellules hépatiques, tant à l'état d'isolement que de juxtaposition, il était impossible d'en trouver une seule.

Toutes les portions de tissu examinées, au lieu de présenter des cellules polyédriques régulières, n'offraient plus qu'une trame ou gangue amorphe finement granuleuse, transparente, demi-solide, assez facile à écraser, parsemée d'une quantité considérable de fines granulations d'aspect graisseux.

Dans les portions des foies malades qui offraient encore une teinte analogue à celle de l'état normal et qui se présentaient sous forme de traînées ou marbrures, les cellules hépatiques étaient détruites comme dans le reste du foie. Seulement la trame ou substance amorphe finement granuleuse était plus facile à observer ici qu'ailleurs, parce que les granulations graisseuses y étaient plus fines, d'un volume plus uniforme et manifestement moins nombreuses.

En résumé, la lésion commune aux deux cas précédents consistait en une disparition complète des cellules hépatiques. Cette disparition était due elle-même à un passage par une sorte de demi-liquéfaction ou de dissociation de la substance des cellules et des noyaux de celles-ci en une matière amorphe, homogène, finement granuleuse, constituant la trame ou gangue signalée plus haut, matière amorphe dans laquelle restent les granulations graisseuses qui préexistaient dans les cellules.

Ce qui a frappé le plus l'attention de M. Robin dans l'étude de cette lésion, c'est le remplacement des cellules régulièrement polyédriques par cette substance amorphe, et c'est pour lui le fait capital dans la question anatomo-pathologique dont il s'agit.

Un autre foie a présenté à l'examen une consistance un peu moindre qu'à l'état normal, et se déchirait facilement. Son volume n'était point diminué. Malgré la teinte ictérique de tout l'organe, on distinguait facilement de petites stries jaunâtres analogues à la substance jaune normale du foie, mais irrégulières. On remarquait çà et là des plaques ou petites portions du foie, qui offraient une couleur d'un jaune d'ocre très-franc et uniforme. Le tissu du foie était un peu plus mou à leur niveau qu'ailleurs.

Dans la portion rougeâtre du foie, comme dans les taches jaune d'ocre, il était impossible d'y retrouver une seule des cellules hépatiques. Leur destruction était aussi complète que dans les deux cas précédents.

Dans les plaques de couleur jaune d'ocre, les fragments de tissu examinés n'offraient également plus qu'une trame ou gangue amorphe finement granuleuse, transparente, demi-solide, assez facile à écraser.

Enfin, M. Robin a eu entre les mains le foie d'un malade, mort avec des symptômes d'ictère grave compliqués de vomissements noirs et bilieux, ainsi que de melæna. L'organe hépatique dans son entier était de volume normal et plutôt un peu plus gros qu'atrophié. A la coupe, il s'échappait une certaine quantité de bile des conduits hépatiques, mais la teinte ictérique des tissus, reconnaissable dans le péritoine, et une portion du diaphragme adhérent au foie était à peine prononcée dans le parenchyme de ce dernier. Il était au contraire ferme, rougeâtre, mais sa déchirure n'était pas granuleuse. Sa couleur rougeâtre un peu foncée le rapprochait un peu de la coloration du tissu de la rate, et on n'y voyait presque pas de *substance jaune.*

Ici encore on a constaté comme fait constant la destruction des cellules hépatiques :

L'étude de ces cinq foies de sujets morts d'ictère grave a conduit en définitive M. Robin à distinguer deux ordres fondamentaux de lésions anatomiques directement perceptibles par l'œil. Ces deux ordres de lésions sont les altérations des éléments anatomiques et celles des tissus. Parmi les premières il en est qui portent simplement sur quelques détails de structure des cellules, des fibres, peuvent exister seules, indépendamment des secondes. Mais dès que la forme, le volume des éléments viennent à être modifiés, elles s'accompagnent nécessairement de modifications de texture qu'elles entraînent.

Ces dernières consistent en changements variés survenus dans l'arrangement réciproque normal des fibres et des cellules par suite des lésions indiquées ci-dessus, ou par suite de l'interposition à ces éléments de matières amorphes, sans qu'ils soient altérés en eux-mêmes au point de vue de la structure et de la forme.

Or, dans le cas de l'ictère grave on voit comme lésion constante une altération des plus remarquables ; c'est-à-dire la destruction des cellules hépatiques en tant que cellules, en tant qu'éléments anatomiques figurés, par suite de leur réduction en une substance amorphe plus ou moins granuleuse.

On comprend dès lors toute la gravité de cette lésion dès qu'elle arrive à porter sur la totalité ou la plus grande partie des cellules hépatiques. Elle doit, en effet, avoir pour résultat, suivant M. Robin, la cessation des phénomènes essentiels qui se passent dans le foie ; elle rendrait compte ainsi des symptômes graves et de la marche souvent rapide offerts par cette maladie, ainsi que des altérations consécutives du sang, et par suite de la nutrition de tous les tissus.

Mais nous laissons parler ici M. Robin lui-même, qui résume en ces termes les résultats de ses recherches :

« Cette destruction, par une sorte de dissociation de la substance des cellules hépatiques, est un exemple unique dans l'économie, mais dont rend compte la délicatesse que présente la constitution des cellules hépatiques et leur texture particulière.

» Partout se retrouve ce fonds commun d'altération, la destruction des cellules, et cette lésion spéciale des éléments entraîne fatalement un changement considérable dans la texture du foie.

» Selon qu'il se forme en même temps plus ou moins de granulations graisseuses en un point ou dans tout le foie, selon que les cellules contenaient ou non déjà des gouttes graisseuses, le tissu est plus ou moins jaune et offre plus ou moins de mollesse.

» On observe en outre, ici, un exemple d'un fait assez général dans l'économie animale à l'état morbide. Ce fait consiste en ce que lorsqu'il arrive aux éléments essentiels et caractéristiques d'un tissu de s'atrophier, de disparaître par suite d'une altération quelconque, on voit fréquemment ces éléments être remplacés, à mesure qu'a lieu leur disparition, par des fibres du tissu cellulaire, que l'on rencontre naturellement à des phases diverses de leur évolution. De telle sorte que si le tissu propre d'un organe disparaît en réalité aussi bien que ses qualités physiologiques spéciales, l'organe même qu'il formait ne disparaît pas, remplacé qu'il est de la sorte au point de vue de la forme et du volume, par le développement du tissu précédent et parfois du tissu adipeux.

---

pes, etc., de tous les autres symptômes dépressifs d'un empoisonnement septique, vous aurez affaire à une affection charbonneuse *type.*

Hâtez-vous alors d'agir comme je vais vous le dire, car sans cela votre malade n'a pas deux jours à vivre.

B. Vous serez loin de rencontrer toujours ce groupe de symptômes; les maladies charbonneuses *sont malignes* de leur nature, et elles rusent sans cesse ; l'ataxie, qui est l'exception dans les autres circonstances pathologiques, *est ici la règle.*

Or, vous trouverez un simple œdème, un peu de gonflement, rien ou presque rien, qui en quelques heures vous mettra aux abois; ce qu'il ne faut jamais perdre de vue, ce sont : 1° les accidents généraux; 2° la dureté de bois. Je recommande ces symptômes, quoiqu'ils puissent manquer à la rigueur. Ainsi on voit d'énormes désordres locaux avant l'arrivée des symptômes généraux; et dans d'autres circonstances, presque rien de local, et déjà un formidable appareil de désordres généraux.

Le charbon peut-il être de cause interne ? Morand et Duhamel citent des faits qui sont de nature à rassurer sur l'usage des viandes provenant d'animaux charbonneux. Mais Coillot cite un fait qui prouve le contraire.

Voici ce que j'ai vu :

Il y a dix ans je fus appelé pour un homme et une femme âgés de plus de soixante ans, qui mangeaient depuis un mois des viandes de moutons morts du sang de rate ; cet homme et cette femme portaient à la peau des élevures avec la dureté du bois ; ils avaient des faiblesses, et tous les symptômes adynamiques de l'empoisonnement septique ; j'opérai ces tumeurs par la cautérisation, et les deux malades moururent.

Deux garçons, leurs fils, qui habitaient avec eux, et qui avaient fait le même usage des viandes charbonneuses, furent malades, ils eurent des symptômes de faiblesse et d'empoisonnement ; mais sous l'influence des toniques, et l'alimentation ayant été changée, ils ne moururent point.

M. Reydellet, dans le grand *Dictionnaire des sciences médicales*, cite une observation de Viricel (de Lyon), qui aurait trouvé une pustule maligne dans le côlon d'un individu qu'il avait opéré d'une maladie charbonneuse externe par la cautérisation, et qui avait néanmoins succombé.

Nous n'avons jamais rien observé de pareil, par la raison qu'il ne nous est pas arrivé de faire d'autopsie après la mort des sujets qui avaient succombé à ce genre de maladie.

On rencontre la fièvre charbonneuse chez l'homme; les médecins vétérinaires l'observent très-souvent chez les animaux. J'ai vu un cas de fièvre pernicieuse charbonneuse, qui m'a enlevé une femme qui touchait à sa guérison.

Il est aisé de voir la distance qui sépare tout cela de la pustule maligne.

J'avoue que mes études sont encore fort incomplètes sur ce point ; mais parmi les aveugles les borgnes sont rois. Voici comment j'ai appris ces choses. L'art précède souvent la science, et la tradition existe toujours avant l'impression et la publication, surtout quand la nécessité presse et pousse l'homme à se faire industrieux pour se procurer ce qui lui manque ou éviter le danger. Or, comme les maladies charbonneuses surgissent surtout loin des écoles, les pâtres et les autres hommes qui sont en contact avec les animaux, et qui en ont souvent été frappés, ont dû s'occuper des moyens de les combattre.

Ce que je sais sur ces matières, je le tiens tout entier de mon laborieux confrère le docteur Girouard (de Chartres), qui me l'a enseigné franchement et cordialement après l'avoir appris et surpris des guérisseurs de la Beauce, désignés en ce pays sous le nom de *charbonniers.* Je me plais à rendre justice à ce grand travailleur, parce qu'il lui a fallu une patience et une abnégation admirables pour soutirer petit à petit à ces hommes grossiers ce qui est leur secret.

Il a ainsi appris à connaître :

1° Les formes locales, et les accidents qui les accompagnent.

2° Le traitement qu'il convient de leur opposer.

On comprend que les charbons de cause interne tenant à un empoisonnement général précédant les symptômes locaux, il n'y a rien à faire pour nous.

Mais dans les affections externes, quelle que soit *la monstruosité* des parties, quelle que soit la gravité *des symptômes généraux, il faut opérer ;* il suffit d'avoir présent à l'esprit le cas rapporté par Boyer, où lui et Larrey sauvèrent une femme dans le plus extrême danger.

Quels sont les modes opératoires?

I. Si l'affection externe est légère et que la dureté soit très-circon-

» Or, dans le foie, nous voyons ici avec la disparition des cellules hépatiques réduites à l'état de matière amorphe plus ou moins granuleuse, se produire parfois un fait analogue. Tantôt, en effet, le phénomène précédent se manifeste seul; il coïncide alors avec un certain degré de ramollissement et d'atrophie de l'organe dont il est la cause, ainsi que le montrent les deux premiers cas dont il vient d'être parlé.

» Le plus souvent, au contraire, et lorsque peut-être la maladie a duré plus longtemps, on voit la lésion des éléments anatomiques propres du foie s'accompagner de la production de fibres lamineuses dans la matière amorphe résultant de la destruction des cellules. C'est sans doute à ce fait qu'est due la conservation assez fréquente du volume et de la consistance du foie.

» Il résulte, en outre, de ce qui précède, que le nom d'*atrophie jaune aiguë du foie* appliqué à ces lésions n'est pas exact, et a pu tromper quelques lecteurs sur la nature des altérations réellement observées. En effet, ce passage des cellules hépatiques à l'état de matière amorphe avec production plus ou moins abondante de granulations graisseuses n'est pas l'*atrophie*. De plus, comme on vient de le voir, cette destruction des cellules hépatiques peut avoir lieu sans qu'il y ait diminution de volume ni de consistance de l'organe, et sans que sa couleur ait changé. Cette destruction reste le fait constant, mais avec de notables différences d'un foie à l'autre au point de vue du volume, de la consistance ou de la couleur des organes examinés; ce dont rend compte la présence ou l'absence des fibres lamineuses, de la plus ou moins grande quantité des granulations graisseuses. » Mais ce sont là des faits tout à fait secondaires au point de vue de la constance auprès du fait précédent, qui est ici le fait capital.

Traitement des vomissements incoercibles par les préparations iodiques.

A l'occasion de la double publication que nous avons faite récemment de la note de M. le docteur Eulenberg et de la relation d'un cas de gastralgie avec vomissement, guéri par l'iode, dans le service de M. Becquerel, M. le docteur Bacarisse, de Garlin, nous communique les résultats qu'une circonstance fortuite d'abord, dit-il, et l'observation ensuite l'ont mis à même de constater depuis plusieurs années, relativement à l'efficacité de l'iodure de potassium contre les vomissements des femmes enceintes.

Nous transcrivons les détails suivants de la lettre de M. Bacarisse :

« Dans le courant de l'année 1853, une jeune femme, dont les deux premiers enfants étaient morts atteints de syphilis congéniale, devint enceinte pour la troisième fois. Pour préserver du même sort celui qu'elle portait en ce moment, je résolus de lui faire subir un traitement anti-syphilitique. En conséquence, dès le second mois de la grossesse, elle prit chaque jour 0,40 à 0,50 centigr. d'iodure de potassium en deux ou trois doses dans un verre d'eau sucrée. Or, à sa grande surprise, elle remarqua que les vomissements dont elle était tourmentée tous les matins à son lever, cessèrent dès les premiers jours. Je fis suspendre le traitement dans l'intention de constater la part qui lui revenait dans ce résultat inattendu; les mêmes phénomènes morbides se reproduisirent aussitôt pour disparaître de nouveau, lorsque nous revînmes à l'usage de l'iodure de potassium.

» L'année suivante, j'eus occasion de prescrire le même moyen à une autre femme dans des conditions identiques sous le double rapport de l'infection syphilitique et des vomissements, et j'obtins exactement les mêmes résultats.

» Je ne pouvais douter que la cessation des vomissements ne fût dans ces deux cas l'effet de l'administration de l'iodure de potassium, et, d'un autre côté, la rapidité avec laquelle cette cessation avait eu lieu ne me permettait pas de l'attribuer à l'action spécifique qu'il était destiné à exercer, mais plutôt à une action toute locale de laquelle était résultée une modification spéciale du système nerveux de l'estomac. Depuis cette époque, en effet, j'ai prescrit ce médicament à plusieurs femmes enceintes non syphilitiques, et toujours les troubles gastriques, vomissements ou autres, ont été supprimés ou avantageusement modifiés. Dans quelques cas, il a suffi de l'administrer pendant quatre ou cinq jours pour les faire cesser définitivement; dans d'autres, il a fallu le continuer plus longtemps, les vomissements se reproduisant lorsque la médication était suspendue. Je dois ajouter que je n'ai point eu affaire à quelqu'un de ces cas de vomissements incoercibles qui font le désespoir des malades et des médecins.

» Le docteur Eulenberg prescrit la teinture d'iode; quant à moi, je n'ai employé jusqu'ici que l'iodure de potassium, n'ayant eu aucune malade à traiter depuis la première publication de la note du médecin de Coblentz; M. Becquerel, de son côté, a associé les deux composés. Je ne ferais pas remarquer cette différence (puisque, après tout, il s'agit toujours de préparations d'iode) si le docteur Eulenberg ne terminait sa note en disant qu'*il n'a pas obtenu les mêmes services de l'iodure de potassium*. Les bons effets que j'en ai retirés moi-même me portent à penser qu'il y a lieu de rechercher encore quelle peut être leur efficacité relative. Et, quoi qu'il en soit à cet égard, l'une et l'autre préparation m'inspirent dès ce moment une telle confiance que dans l'occasion elles seraient le premier moyen auquel j'aurais recours.

» La dose d'iodure de potassium a toujours été de 0,50 centigrammes à 1 gramme, en plusieurs doses dans la journée, dissous dans l'eau; au moment de la prendre, cette solution était elle-même mêlée à de l'eau sucrée. »

HERNIE FÉMORALE ÉTRANGLÉE CHEZ L'HOMME,

et de l'emploi des purgatifs après la herniotomie.

L'emploi des purgatifs après une opération de hernie étranglée n'est pas toujours sans danger. Telle est la proposition que M. Canton émettait, il y a quelques mois, devant la Société médicale de Londres, et qu'il appuyait de l'observation suivante :

Un homme, âgé de quarante-trois ans, était sujet depuis quelque temps à de la diarrhée et à des accès de toux, quand tout à coup une petite tumeur parut dans l'aine droite, et il fut bientôt pris de vomissements. Admis trois jours après à l'hôpital de Charing-Cross, M. Canton constata l'existence d'une hernie fémorale du côté droit; la tumeur était dure, tendue, et présentait plusieurs ecchymoses dues à des tentatives de taxis. La violence des symptômes défendait tout délai. On ouvrit donc le sac. L'intestin était brun, mais conservait son poli habituel. Le malade vécut encore une semaine. Le cinquième jour, on lui avait inutilement administré des lavements d'eau tiède.

A l'autopsie, on trouva que le point d'étranglement était situé à 52 pouces du cæcum. Immédiatement à l'extérieur de l'étranglement, les tuniques de l'intestin étaient si profondément ulcérées, qu'une légère traction nécessitée pour leur examen les rompit et donna issue à des fèces liquides. D'autres ulcérations de diverses grandeurs, d'ancienne date, étaient visibles entre l'étranglement et le côlon.

La question des purgatifs après l'opération de la hernie étranglée est une des questions les plus controversées. Un médecin distingué d'Angleterre nous a communiqué dernièrement une brochure (1) dans laquelle il examine les diverses opinions et formule en quelques propositions son idée sur les purgatifs après la herniotomie. Nous voyons, d'un côté, M. Velpeau conseiller l'emploi des purgatifs comme devant prévenir l'inflammation; de l'autre, Dupuytren les repousse à cause de leur tendance évidente à exciter et aggraver cette inflammation. MM. Lawrence et Hancock professent également des opinions opposées. Un fait singulier ressort de ces diverses appréciations, c'est que toutes ont le même point de départ pour arriver à une conclusion opposée.

Deux camps sont en présence : Dupuytren, Liston, Miller, Hancock repoussent l'emploi des purgatifs; tandis que Louis, Samuel et Astley Cooper, Hey, Lawrence, Richter, Velpeau, Syme, pensent qu'il est de l'intérêt du malade de favoriser les évacuations.

(1) Joseph Sampson Gamgee, *Reflections on petit's operations, and on purgatives after herniotomy*. London, H. Baillière, 1855.

M. Gamgee, sans vouloir ni jeter de la défaveur sur ceux qui repoussent la purgation, ni approuver ceux qui la recommandent toujours, a cru devoir prendre un juste milieu et formuler en trois préceptes la marche à suivre par le praticien.

1° Lorsque l'intestin est sain et qu'il n'y a pas ou peu de péritonite, on administrera un lavement huileux, une ou deux heures après l'opération; si l'on n'obtient pas l'effet désiré, on pourra en donner un second trois ou quatre heures après, ou faire prendre par la bouche un purgatif doux;

2° Si l'inflammation péritonéale est intense, même lorsque les intestins sont sains, il faudra persévérer dans l'emploi des antiphlogistiques. Après avoir donné un ou deux lavements dans les six premières heures, il faudra ne donner aucun lavement plus énergique et aucun purgatif par la bouche avant le lendemain;

3° Enfin, dans le cas de mortification intestinale, on aura seulement recours à l'opium, laissant de côté lavements et purgatifs jusqu'à ce que le danger d'une perforation soit passé.

POTION CONTRE LA BRONCHITE.

Par M. Berthel.

Tanin.	20	centigrammes.
Extrait de belladone. . .	5	—
Extrait de ciguë	15	—
Infusion de séné. . . .	90	grammes.
Eau de fenouil.	50	—
Sirop de guimauve. . .	50	—

M. S., à prendre par cuillerées à bouche, de deux en deux heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 août 1857. — Présidence de M. Bouvier.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. Huguier, à l'occasion du cas d'hypospadias présenté à la Société, répète que ce qui l'empêcherait d'agir dans ce cas, c'est l'âge du malade. Mais je suis loin de blâmer, dit-il, ce qui pourrait être tenté.

« A l'hôpital Beaujon, un jeune homme de vingt ans me fut adressé, et me supplia instamment de l'opérer. L'ouverture hypospadiaque était très-étroite et le canal aussi singulièrement rétréci. Il fallut donc s'occuper d'abord de dilater la fistule et le canal. Quand ce fut fait, je pris une sonde de gomme volumineuse, dont une portion était taillée en bec de flûte et dirigée vers le gland. Je plongeai un bistouri au centre même de cette partie jusqu'à ce que la pointe de l'instrument pénétrât dans la cavité de la sonde. Une sonde d'égal volume fut ensuite introduite par cette incision jusque dans le méat urinaire. L'incision eut lieu juste sur la ligne médiane pour ménager les vaisseaux.

Cette opération ne fut suivie d'aucun accident; mais le malade conserva toujours une petite fistule; les deux tiers seulement de l'ouverture primitive s'étaient obturés. Je fis une autoplastie nouvelle, et malgré cela il conserva une fistulette. Il sortit ainsi, et je n'ai pu malheureusement le suivre.

M. Verneuil. Puisqu'il est question ici d'hypospadias, j'aurais aimé à en présenter un cas fort curieux à la Société. Mais le jeune homme est retenu à l'hôpital par une ophtbalmie blennorrbagique.

Voici son observation :

Torsion congénitale du pénis avec hypospadias. — V..., garçon coiffeur, est entré à l'Hôtel-Dieu, le 18 août 1857, pour une ophthalmie blennorrbagique de l'œil gauche, causée, suivant lui, par une inoculation directe. Je passe rapidement sur les détails de cette affection, dont on triompha heureusement par la saignée, le calomel à doses fractionnées, le collyre au nitrate d'argent à parties égales, etc.

J'insiste sur l'affection générale. Une première blennorrbagie a été contractée autrefois. Elle a été traitée par les injections saturnines et la tisane de salsepareille. Elle a persisté quatorze mois, mais sans complications.

Il y a cinq semaines, nouvelle blennorrhagie aiguë, qui n'est pas encore terminée, et qu'on traite actuellement par les balsamiques.

Les organes génitaux présentent un singulier aspect : le scrotum et

scrite, on se contentera de tailler un morceau de diachylon, d'y pratiquer un trou et de placer dessus de la poudre de sublimé corrosif, puis de recouvrir le tout avec un autre morceau de diachylon, comme quand on fait un cautère avec la potasse caustique.

II. Si l'affaire est un peu plus grave, on fera de même, mais il faudra piquer la dureté, avec une épingle ou une aiguille, de beaucoup de petits trous, et agir du reste comme dans le cas précédent.

III. Dans les cas graves, il convient de ne plus rien ménager; il faut une ou plusieurs incisions cruciales avec le bistouri, pénétrer plus ou moins profondément selon le besoin, et, après l'écoulement du sang, bourrer la plaie avec du sublimé corrosif en petits morceaux comme des grains de millet, ou même comme des grains de blé. Je ne connais pas un seul accident arrivé par l'absorption du deuto-chlorure de mercure.

Dans tous les cas, on recouvre le tout d'un cataplasme fait avec de la mie de pain et du vin rouge; d'autres ne mettent qu'un simple emplâtre d'onguent de la mère. (Girouard.)

En même temps on relève les forces du malade par du vin, du café, des bouillons de bœuf, de poule, etc. M. Semen (de Chartres) ordonnait à ses malades du punch au rhum ou à l'eau-de-vie.

Douze heures après l'opération, il faut examiner la plaie. Si l'on voit apparaître du pus sur les bords de l'eschare, et si du reste les symptômes généraux ont disparu, tout va bien, et alors on doit substituer aux excitants locaux et généraux le régime et les soins qui conviennent au traitement des affections phlegmoneuses simples; il y a alors de la réaction, le pouls est fort; la sueur est bonne, halitueuse, etc.

Ordinairement, à partir de ce moment, tout danger a cessé; mais il faut encore avoir l'œil ouvert, car j'ai vu quelquefois des retours offensifs qui m'enlevaient mes malades.

Un article tel que celui-ci, déjà trop long peut-être, ne peut comporter plus de détails; sans cela, je démontrerais, par la relation de cas particuliers, comment on se trompe dans le diagnostic des affections charbonneuses, comment plusieurs en ont traité qui n'en étaient pas, et comment un bon nombre d'autres en ont laissé passer inaperçues qui en étaient réellement.

Nos lecteurs voyent combien il y a loin de tout ceci à ce qu'il y a dans les livres; ils comprennent déjà les raisons pour lesquelles l'affection dite pustule maligne a été si souvent guérie par tant de moyens divers.

D'autres causes que la confusion tendent encore à retarder les études positives sur le charbon; c'est, d'une part, l'exercice des charbonniers et l'effroi qu'en ont les populations.

Toutes les fois qu'un Beauceron a un bouton ou une affection locale aiguë sur une partie découverte du corps, il va chez l'homme spécial, qui, ayant grand bénéfice à trouver et à guérir des charbons de bon ou de mauvais aloi, cautérise tout, non pas sans discernement, mais sans exception.

Pour éviter ces erreurs et ces fraudes, l'Académie de Dijon avait proposé un prix en 1780, pour être accordé au meilleur écrit sur cette matière; il fut remporté par Chambon et Thomassin.

Bayle avait donné une description fort remarquable de la pustule maligne des Basses-Alpes.

On trouve dans Ambroise Paré le passage suivant, bien digne d'être médité : « On a vu des tumeurs charbonneuses qui ont la couleur de » la peau naturelle et semblent être un œdème qui toutefois font mou- » rir le malade aussi bien que celles d'autres couleurs; c'est pourquoi » il ne s'y faut fier. »

Je m'arrête, désirant que, pour mettre un terme à tant de variantes et de tergiversations, il soit envoyé sur les lieux des savants qui feraient une monographie sérieuse des maladies charbonneuses, laquelle, répandue dans la classe des médecins peu éclairés en cette matière, avouons-le entre nous, servirait de flambeau à l'avenir et d'égide aux populations agricoles, si souvent éprouvées par ce redoutable fléau.

Dr Amédée Joux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Recherches statistiques et scientifiques sur les maladies des diverses professions du chemin de fer de Lyon, avec un Essai de topographie et de géologie médicales des chemins de fer, par M. le docteur Devilliers. 1 vol. in-8°. Paris, chez Labé, place de l'École-de-Médecine.

la verge, assez bien développés, sont tigrés de larges taches pigmentaires, qu'on retrouve d'ailleurs sur toute la surface du corps et surtout au visage; le ligament pénien est décoloré, comme si le pigment y manquait complétement. Ces taches noires sur un fond d'un blanc mat produisent un aspect tout à fait singulier. Ce qui frappe au premier abord, c'est la conformation du gland. Il n'existe qu'un prépuce très-rudimentaire, qui manque tout à fait en avant et à gauche. De ce côté, le gland est aplati; il présente une gouttière longitudinale bien marquée, qui occupe toute sa face urétrale et s'étend depuis le collet jusqu'au point où devrait se trouver le méat : celui-ci manque; à 3 ou 4 millimètres en arrière de l'extrémité postérieure de la gouttière, on voit un orifice arrondi de 2 à 3 millimètres de diamètre, qui n'est autre que l'ouverture antérieure de l'urètre bordé par la muqueuse. Il y a donc hypospadias rétro-glandaire avec atrophie de la région urétrale du gland, et absence de réunion de la gouttière urétrale à sa terminaison antérieure.

Jusqu'ici rien d'extraordinaire; mais voici en quoi consiste l'anomalie : la gouttière et l'orifice dont je viens de parler s'offrent tout d'abord à la vue, parce qu'ils paraissent situés à la face antérieure du gland ; mais, lorsqu'on examine les choses de plus près, on reconnaît que ce dernier organe est renversé, car ce qui représente sa face dorsale regarde vers le scrotum, tandis que sa face urétrale regarde en avant et un peu à gauche. C'est pour cela que l'hypospadias s'aperçoit sur-le-champ. Pour bien faire comprendre cette déviation, on dirait que la verge a été tordue sur son axe jusqu'à ce que la face inférieure du gland regardât en avant.

L'urètre a subi une déviation correspondante; on s'assure par le cathétérisme qu'à partir de son orifice antérieur il se porte de droite à gauche et d'avant en arrière, contourne en spirale la face latérale du corps caverneux gauche, pour venir reprendre sa position inférieure et médiane normale au niveau de la racine des bourses.

Cette anomalie pourrait peut-être être rapprochée de quelques cas où l'on a décrit l'urètre comme s'ouvrant sur le dos du pénis.

Voici du reste comment l'organe fonctionne :

Malgré la position vicieuse de l'orifice urétral, l'urine et le sperme sont projetés à une distance convenable et dans le prolongement de l'axe de la verge toutefois. La torsion de l'urètre dirige ce jet un peu latéralement vers le côté droit, ce qui se comprend aisément. Tout ce qu'on a dit sur la direction vicieuse de l'urine et du fluide séminal chez les hypospades de cette variété est aussi erroné dans ce cas que dans tous les autres. Ici pas plus qu'ailleurs, on ne pourrait justifier une opération ayant pour but de prolonger artificiellement l'urètre jusqu'au bout du pénis. La verge n'est point tirée en bas vers le scrotum comme cela s'observe assez fréquemment dans l'hypospadias, et, au dire du sujet, les érections sont très-convenables.

L'ouverture très-large du méat urinaire est considérée comme une circonstance favorable à la contagion blennorrhagique. L'étroitesse très-grande de l'orifice anormal n'a pas préservé notre malade d'une double contamination.

Chez lui, du reste, il n'y a rien à faire; il urine bien et facilement. Je crois, au contraire, que dans d'autres cas on est autorisé à agir, et que pour chacune des variétés les indications doivent être fort différentes. Par malheur, tout ce qui a été fait jusqu'ici n'est guère encourageant.

J'ose même dire, en réservant toutefois un fait de M. Ripoll (de Toulouse), qu'il n'existe pas jusqu'ici une seule observation concluante d'urétrogénie par perforation. Je dis concluante, parce que vous connaissez certainement les faits de Dupuytren, de M. Bégin, etc. ; mais les opérés n'ont pas été suivis, et ces prétendus succès sont illusoires. Il y a, du reste, outre le succès thérapeutique à constater, à démontrer un point bien important de physiologie pathologique : Peut-on établir dans l'épaisseur des tissus un canal et le maintenir indéfiniment perméable? J'en appelle, du reste, à l'expérience de M. Guersant, duquel je tiens que jamais il n'a pu maintenir un urètre artificiel.

M. GUERSANT. Ce que dit M. Verneuil n'est que trop vrai. En recueillant mes souvenirs, je crois que j'ai opéré dix hypospadias : chez la plupart, l'ouverture siégeait à la base du gland ; dans deux cas, derrière les bourses. Sans doute j'ai pu renvoyer à leurs parents les enfants munis d'un canal artificiel ; mais dès qu'on négligeait la sonde, le canal se fermait. Et bien que je n'aie pu suivre tous mes petits malades, je ne pourrais dire avoir constaté un seul succès réel et durable.

M. LARREY. A propos du fait singulier cité par M. Verneuil, je ferai une observation à la Société, connue d'un bon nombre de chirurgiens militaires : l'hypospadias s'accompagne presque toujours d'une innervation très-marquée du bout de la verge, et quand on examine des conscrits, sans retourner le membre viril, à l'innervation du gland on peut deviner qu'il existe un hypospadias.

CORRESPONDANCE.

M. MOREL remet à M. le président un paquet cacheté.

M. MARJOLIN offre de la part de M. Prescott Hewett la photographie du portrait de J. Hunter ; — un exemplaire du grand travail publié en Angleterre sur l'histoire de la vaccine. M. Danyau est chargé d'en rendre compte; — *Recherches sur quelques points de l'anatomie du foie*, par M. le docteur Lionel Beale. M. Giraldès est chargé d'en rendre compte.

M. LE PRÉSIDENT charge M. Marjolin d'adresser des remercîments à M. Prescott Hewett.

Discussion à propos du rapport de M. Danyau sur le travail de M. Blot.

M. LABORIE. Vous avez écouté avec la plus grande attention l'intéressant rapport de notre savant collègue M. Danyau. En prenant la parole après cette communication, je n'ai et ne puis avoir la prétention d'y rien ajouter. C'est l'œuvre d'un maître, et nous avons été trop heureux d'entendre une parole autorisée aborder un sujet aussi délicat.

Aussi mon intention est-elle de ne faire, pour ainsi dire, qu'un rappel des opinions de notre honoré confrère, en forçant peut-être un peu plus ses conclusions. Vous avez, sans aucun doute, l'idée d'enrichir vos Mémoires par l'insertion du rapport de M. Danyau, et dès lors la publicité qu'il recevra sera restreinte, il ne faut pas se le dissimuler. Si nos Bulletins sont répandus et lus par un grand nombre de médecins, il n'en est pas de même de nos Mémoires. Aussi tout en renvoyant le travail de M. Danyau au comité de publication, est-il à désirer que la trace de cette importante communication se retrouve dans vos Bulletins.

On peut dire qu'il n'est pas en obstétrique une question qui ait été plus souvent agitée que celle qui nous occupe, et il n'y a pas lieu de s'en étonner. Quoi de plus saisissant, en effet, que le spectacle qui s'offre aux yeux des assistants et à la méditation des praticiens, lorsqu'il y a issue du bras de l'enfant au dehors des parties de la mère, surtout lorsque cette procidence existe depuis longtemps ?

Le médecin en présence de cet accident, en le supposant même vieilli dans la pratique obstétricale, ne peut se défendre d'une appréhension bien concevable. Aussi voyez combien de procédés imaginés pour remédier à cette présentation anormale. Chacun a voulu apporter le tribut de son ingéniosité dans cette lutte qui doit le plus souvent se terminer au moins par la mort de l'enfant. Tous s'acharnent après ce malheureux membre; les plus modérés se contentent d'appliquer de la glace dans la main, de la chatouiller, de la pincer, s'adressant à l'instinct de l'enfant, qui, pour se soustraire à ces excitations, fera peut-être un effort pour faire rentrer son bras. D'autres le veulent refouler soit avec la main, soit à l'aide d'instruments spéciaux.

Après ces innocentes tentatives se présentent les actions plus violentes, les scarifications, les tractions poussées jusqu'à l'arrachement; puis enfin, l'amputation, et chacun apporte son procédé, Philumius, Aétius, et jusqu'à Ambroise Paré, qui propose une amputation régulière.

La question à ce point présente son summum de difficulté. Permettez-nous d'y limiter le champ de la discussion. Nous ne voulons parler, en effet, que de ces cas dans lesquels les tentatives régulières et rationnelles ont été épuisées; l'utérus vide de liquide, absolument appliqué sur le fœtus, reste contracté, non pas seulement à son col, mais dans toute l'étendue de son corps; toute tentative pour pratiquer la version est inadmissible. La vie de la mère est menacée; si alors on se décide à faire la brachiotomie, que peut-on espérer de cette mutilation? M. Danyau vous l'a dit, rien ou fort peu de chose, et si un praticien aussi expérimenté émet une opinion aussi grave; si tout en admettant la possibilité de la brachiotomie, il fait des réserves pour ne la laisser qu'aux mains des plus habiles, j'ose dire qu'il vaut mieux la proscrire tout à fait. Cette opération que Burtow appelait une scélératesse, que Laënnec qualifiait d'atroce barbarie, est bien faite pour effrayer même les plus hardis ; et pour comprendre une telle répulsion, on n'aura qu'à lire les résultats obtenus par quelques opérations ; rappeler l'observation citée par Peu, d'un enfant qui, après avoir eu les deux bras coupés, vécut huit jours chez son assassin où on l'avait porté; celle de Picard, où la vie persista également après une double amputation, n'est-ce pas suffisant pour juger la question ?

M. Danyau vous a dit que la mort de l'enfant, autrefois si difficile à reconnaître, pouvait aujourd'hui, à l'aide de nos récentes conquêtes dans l'art des accouchements, être diagnostiquée avec certitude. Mais, Messieurs, ces conquêtes sont-elles devenues tellement usuelles que chacun puisse en tirer profit? On ne saurait répondre affirmativement, personne ne nous contredira, M. Danyau moins que personne, puisqu'il établit des catégories pour les opérateurs aptes ou inaptes à pratiquer la brachiotomie.

Aussi, Messieurs, n'aurions-nous que cette crainte d'amener au monde un malheureux enfant mutilé présentant un reste de vie qui ne tardera pas à s'éteindre sous les yeux des assistants, que, sans hésiter, nous mettrions en pratique une toute autre opération, et, croyez-le bien, vous tous qui pratiquez les plus graves opérations, il n'est pas une seule de ces grandes luttes dans lesquelles vous vous engagez chaque jour, qui puisse vous donner une idée des appréhensions cruelles éprouvées par l'accoucheur, lorsque plein de conviction dans la marche qu'il va suivre, il se trouve dans la nécessité, pour sauver la mère, de faire le sacrifice d'un enfant, et rien de plus cruel que le spectacle qui s'offre à ses yeux si ce sacrifice, commencé dans l'utérus, vient s'achever sous ses yeux.

Nous avons assisté à une opération terrible, qui a laissé dans notre esprit un souvenir ineffaçable, et cependant rien n'avait été négligé pour éviter un tel malheur. Un enfant vivant encore, devait payer de sa vie le salut de sa mère ; on se décida à faire la céphalotripsie, et on eut le soin d'introduire dans le crâne les ciseaux de Spellin. Le cerveau fut lacéré; des injections vigoureusement poussées chassèrent au dehors la plus grande partie de la pulpe cérébrale, le céphalotribe saisit et écrasa la base du crâne, et malgré toutes ces précautions on amena un enfant encore vivant.

Après un tel exemple, vous concevez, Messieurs, les motifs qui me font insister sur la répulsion que doit inspirer la brachiotomie.

Ou l'enfant est encore vivant, et vous le tuez alors en deux fois, ou il est mort, et ce que vous avez tenté comme opération reste le plus souvent inutile. Pour mon compte, en présence d'un tel dilemme, je ne conçois plus l'hésitation. Il faut recourir à une opération plus radicale, dont les suites pour la mère sont plus sûres ; je veux parler de la détroncation.

C'est à elle que nous donnerons la préférence, et si elle présentait trop de difficulté, nous aurions recours à l'éviscération, ou encore à la section du tronc en deux parties, d'après le procédé de Davis, procédé dont, suivant notre savant confrère M. Cazeaux, M. Payan (d'Aix) s'attribue à tort l'idée.

Ainsi, Messieurs, pour me résumer, et n'engageant en cela que ma propre responsabilité, je propose de repousser la brachiotomie, pour lui substituer les opérations plus radicales et plus sûres que je viens de citer. Le praticien devra lutter par tous les moyens connus contre la rugosité du corps et du col de l'utérus, si cette contraction mettait obstacle à l'introduction de la main dans la matrice. La brachiotomie ne resterait que l'*ultima ratio* du chirurgien, et ne devrait être appliquée qu'en désespoir de cause et seulement lorsque la mort de l'enfant aurait été positivement reconnue.

Posées dans ces termes précis, les indications de cette opération pourront être comprises et acceptées par tous, et vous n'aurez pas alors à vous enquérir du plus ou moins d'aptitude de l'opérateur. C'est en effet, Messieurs, une bien dangereuse position que vous faites au praticien isolé, auquel vous déniez l'autorité suffisante pour agir suivant sa conscience. Cette suspicion partant de si haut, pourra porter ses fruits dans un moment donné, et la conséquence forcée sera de ne plus considérer le diplôme que nous avons tous conquis au même titre comme couvrant également la responsabilité de tous ceux qui l'ont obtenu.

M. CAZEAUX. Dans son travail, M. Blot a fait une part trop large à la brachiotomie, et M. Danyau l'a restreinte, mais pas encore assez à mon sens. Il n'a pas assez dit que la brachiotomie n'est qu'une ressource extrême. Si dans des cas très-rares, cette opération a donné un résultat satisfaisant, bien plus souvent elle a été inutile, et a dû être suivie d'une autre intervention opératoire pour délivrer la mère. Or, je ne connais aucun signe, et je crois qu'il n'en existe aucun capable de faire prévoir que peut-être cette opération sera utile. Sur quelle base alors y aura-t-on recours, et qui peut porter l'accoucheur à tenter cette chance, quand il a une autre ressource, celle-là certainement radicale? Il est évident que l'enfant est mort, malgré les doutes qu'émettait tout à l'heure M. Laborie. Eh bien, l'éventration sans doute est aussi effroyable comme spectacle que l'amputation du bras, mais elle est plus facile et elle est certaine.

Je crois donc que cette question doit être tranchée tout à fait catégoriquement; il faut dire : La brachiotomie est mauvaise, il faut la rejeter, il faut la proscrire; il faut dire dans une leçon aux jeunes médecins : Vous n'aurez jamais à la faire, vous ne devrez jamais la tenter, qu'autant que toute autre opération serait impossible, et je ne prévois guère le cas. Je diffère donc de notre collègue en ceci, que je ne voudrais pas de concessions.

M. DANYAU. Je ne vois guère en quoi mon opinion diffère de celle de M. Cazeaux. La brachiotomie peut convenir à un cas extrême, voilà tout ce que j'ai dit, et M. Cazeaux le répétait tout à l'heure ; mais j'ai reconnu que dans la pratique il vaut mieux commencer de suite par une opération radicale. Je n'ai pu nier que l'extirpation du bras a paru quelquefois faciliter la version. Il ne peut pas aller contre les faits; mais en principe, j'ai été loin d'adopter, de conseiller même la brachiotomie. M. Cazeaux, du reste, n'a pas été, je crois, sur ce sujet, aussi carré que tendraient à le faire penser les paroles que vous venez d'entendre.

M. CAZEAUX. J'ai eu tort si je n'ai pas tranché résolûment la question dans mon livre. Non-seulement je voudrais rejeter la brachiotomie de la pratique, mais encore j'ai les doutes les plus grands sur l'efficacité de cette opération dans les cas où elle a paru utile. Ne sait-on pas que certaines fois la version est d'abord déclarée impossible; une ou deux heures se passent, et, au grand avantage du dernier consultant appelé, la manœuvre se termine aisément. Savons-nous si la brachiotomie est utile autrement que par le dégorgement du fœtus? M. Blot, suivant moi, s'est un peu monté la tête sur un moyen dont il a cru voir d'heureux effets ; votre rapporteur ajoute de nouveaux succès aux siens, de manière à consolider l'édifice de M. Blot. De cette façon, malgré votre critique, le lecteur sera tenté d'essayer la brachiotomie. Et pour moi, si j'ai écrit quelque part qu'en certains cas la brachiotomie pouvait être pratiquée, j'aurai soin de le faire disparaître.

M. DANYAU. Une nuance seule me sépare de M. Cazeaux. Je suis au fond aussi radical que lui ; mais peut-être un jour pourra-t-on distinguer les cas où la brachiotomie a toute chance d'être utile. J'ai tout simplement réservé l'avenir.

M. BROCA. Je ne veux dire qu'un mot, bien qu'ici je décline toute compétence ; mais la question capitale me paraît celle-ci : Peut-on toujours distinguer si l'enfant est mort ou vivant? Si on est sûr que l'enfant est mort, comment hésiter à entreprendre de suite l'opération radicale, l'éviscération, qui n'offre aucun doute dans ses résultats?

M. LABORIE. MM. Cazeaux et Danyau distingueront toujours à coup sûr si l'enfant est mort ou vivant ; mais peut-on en dire autant de tous les praticiens, et, dans le cas d'erreur, qui ne voit les horribles effets de la brachiotomie?

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Foucaud de l'Espagnery vient d'être nommé membre correspondant de la Société médico-chirurgicale des cantons de Zurich et de Berne.

— La prochaine séance de la société médicale du Panthéon aura lieu le mercredi, 9 septembre, à huit heures très-précises du soir, à la mairie du 12e arrondissement, place du Panthéon.

Ordre du jour. — 1° Dépouillement de la correspondance et compte rendu d'ouvrages imprimés, par le secrétaire général; — 2° double communication du baron Heurteloup : *a*, sur la lithotripsie; *b*, sur l'*éthérisation;* — 3° communications diverses.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Devers, né à Saint-Jean d'Angely (Charente-Inférieure) ; *Sur le dépôt par épanchement d'urine, ou collection d'urine enkystée dans l'aponévrose périnéale inférieure, à la suite d'une solution de continuité du canal de l'urètre chez l'homme.*

Portalier, né à la Canourgue (Lozère) ; *De la cirrhose du foie.*

Barbier, né à Sauvilliers-Mongival (Somme) ; *De l'hémorrhagie cérébrale.*

Suquet, né à Sisteron (Basses-Alpes) ; *De quelques affections du sein chez les nourrices.*

Combes, né à Naves (Corrèze) ; *Des fièvres intermittentes.*

Duprat, né à Mont-de-Marsan (Landes) ; *De la paralysie générale avec démence.*

Bartin, né à Ambert (Puy-de-Dôme) ; *De la fièvre paludéenne observée à Pérignat ès-Allier (Puy-de-Dôme).*

Brion, né à Buzancy (Ardennes); *Sur la gangrène spontanée.*

Faguet, né à Hautefort (Dordogne) ; *Des abcès des grandes lèvres et de la glande vulvo-vaginale.*

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Nº 105. — MARDI 8 SEPTEMBRE 1857. (30e ANNÉE.) Nº 105. — MARDI 8 SEPTEMBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 7 septembre 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie n'a reçu dans cette séance qu'une seule communication anatomo-physiologique, mais l'importance de cette communication rachète ce qui peut manquer à cette séance du côté du nombre. M. Jacubowitsch, professeur à Saint-Pétersbourg, occupé depuis plusieurs années de recherches historiques sur le système nerveux en général, en a exposé les résultats dans plusieurs publications étrangères, et notamment dans le *Bulletin de l'Académie des sciences de Saint-Pétersbourg* et dans un ouvrage publié cette année même à Breslau (1). C'est le résumé de ces divers travaux qui fait le sujet de la communication de M. Jacubowitsch à l'Académie des sciences de Paris.

« Dans cet ordre de recherches, a dit M. Flourens en présentant cet ouvrage à l'Académie au nom de l'auteur, il est peu de travaux qui puissent lui être comparés pour leur importance. » Il suffira, en effet, de jeter un coup d'œil sur l'extrait que nous reproduisons textuellement dans le compte rendu de la séance, pour se convaincre de l'immensité des recherches auxquelles l'auteur a dû se livrer, et de l'extrême importance des déductions anatomiques, physiologiques et pathologiques qu'il en a tirées.

Une multitude de coupes microscopiques faites systématiquement, depuis le fil terminal des nerfs jusqu'à la périphérie externe des hémisphères, dans différentes directions et chez différents animaux, l'ont mis à même de déterminer, avec une précision qu'aucune recherche de ce genre n'avait atteinte jusqu'ici, les divers éléments histologiques dont se compose le système nerveux. Il a reconnu ainsi que la moelle épinière, la moelle allongée, le cerveau, le cervelet et tout le système ganglionnaire ont fondamentalement la même composition, c'est-à-dire qu'ils renferment les mêmes éléments, mais combinés dans des proportions diverses, non-seulement dans chacune de ces grandes divisions, mais encore dans les diverses parties dont chacune d'elles se compose ; de telle manière que, d'après la prédominance relative de tel ou tel élément, l'anatomiste peut guider déjà *à priori* le physiologiste dans la détermination des fonctions dévolues à telle ou telle partie du système nerveux. Il est digne de remarque que presque tout ce que l'observation et l'expérimentation physiologique avaient déjà établi, sinon comme une certitude, du moins comme une grande présomption, sur les origines des nerfs et sur leur triple division, se trouverait confirmé et établi maintenant sur preuves par les belles préparations anatomiques de M. Jacubowitsch.

D'un autre côté, la diversité de structure d'un même organe dans les divers points de son étendue explique à la fois et la multiplicité de ses fonctions et la divergence des opinions émises jusqu'ici à ce sujet par les physiologistes. Ainsi, par exemple, en constatant que la moelle épinière offre une structure qui varie dans ses diverses parties, quant au nombre et à la disposition des éléments nerveux essentiels, l'auteur montre que ces différences de structure sont en rapport avec les différences fonctionnelles des nerfs qui tirent leur origine de certaines régions déterminées de la moelle, et il laisse aisément pressentir les applications pratiques que l'on peut faire, à la pathologie, au diagnostic, et même à la thérapeutique, de la détermination exacte des régions de la moelle épinière.

Nous ne nous arrêterons pas ici sur les nombreux et intéressants détails anatomiques par lesquels l'auteur montre les connexions qui relient entre elles toutes ces parties si diverses du système nerveux, les moyens d'union des divers éléments nerveux entre eux, et l'importance toute nouvelle du rôle qu'il assigne au tissu conjonctif ou cellulaire dans l'anatomie comme dans la physiologie de ces organes ; nous renvoyons pour tous ces détails le lecteur au Compte-rendu. Mais nous ne pouvons pas terminer cette rapide analyse sans signaler encore à l'attention les faits curieux que M. Jacubowitsch a constatés relativement à l'action de certains poisons, les poisons narcotiques, et les alcaloïdes en particulier, sur le système nerveux. Cet habile et ingénieux observateur paraît avoir pris la nature sur le fait, et donne de la soudaineté de cette action une explication qui saisit l'esprit par sa clarté.

Si, comme nous ne saurions en douter après avoir vu les préparations si délicates et les magnifiques planches de M. Jacubowitsch, le contrôle auquel le savant anatomiste russe fait appel vient confirmer l'exactitude de tous les faits qu'il annonce, « il aura fait faire, c'est M. Flourens qui s'exprime ainsi, un pas immense à la connaissance de ce mystérieux centre des opérations si complexes de l'organisme humain. » — Dr Brochin.

(1) *Mittheilungen über dei feinere Structur des gehirns und Rückenmarks*, von prof. Dr N. Jacubowitsch, Breslau, 1857.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. Bouvier.

Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur.

(Recueillies par M. Moilin, interne du service.)

DES COURBURES PATHOLOGIQUES DU RACHIS.

Le pied bot et le rachitisme, qui ont fait l'objet de mes leçons de 1856, me conduisent assez naturellement à vous entretenir cette année des courbures pathologiques du rachis.

J'ai parlé en 1855 des courbures symptomatiques du mal vertébral. Ce n'est pas de celles-là qu'il s'agit maintenant.

Les courbures vertébrales dont nous allons nous occuper se produisent sans érosion du tissu des vertèbres ou des ligaments intervertébraux. Cet état du rachis est moins une maladie dans le sens ordinaire de ce mot qu'un simple vice de conformation, qu'une difformité comparable jusqu'à un certain point au pied bot.

Division des courbures. — Les courbures pathologiques du rachis dérivent en grande partie de ses courbures physiologiques. Or celles-ci sont de deux sortes. Les unes sont le produit du mouvement réciproque des vertèbres, et disparaissent avec ce mouvement ; ce sont les *inflexions normales fonctionnelles* du rachis. Les autres sont permanentes, et résultent de la conformation même de cette tige osseuse ; ce sont les *courbures normales* proprement dites.

De là aussi deux genres de courbures pathologiques : 1° la courbure que j'appellerai *par flexion*, produite par l'inclinaison réciproque des vertèbres, dont la mobilité est simplement mise en jeu ; 2° la courbure *par déformation*, résultant de la forme particulière des pièces du rachis.

Dès le temps d'Hippocrate, on a divisé les courbures de l'épine en plusieurs espèces, selon le sens dans lequel elles ont lieu. Trois noms grecs nous ont été transmis par l[illegible] trois genres de courbure ; ce sont les noms de *kuphosis*, *lordosis* et *scoliosis*, ou *cyphose*, *lordose*, *scoliose*, c'est-à-dire courbures en arrière, en avant et sur le côté.

Je ne sais pourquoi ces dénominations, très-usitées à l'étranger, le sont encore peu chez nous, quoique déjà, au seizième siècle, Daléchamps et Ambroise Paré les aient rappelées dans des ouvrages écrits en langue vulgaire, comme on disait alors. C'est peut-être parce qu'elles sont de pure convention, et que chacune d'elles aurait pu avoir un sens contraire, aussi bien que le sens qu'on lui a attribué. Et, en effet, ce sens paraît avoir varié chez les Grecs mêmes : Σκολίωσις désigne quelquefois une courbure vertébrale quelconque, même dans les œuvres hippocratiques ; Λόρδωσις signifiait, dans le langage ordinaire, non une courbure à convexité antérieure, comme dans les écrits d'Hippocrate et de Galien, mais l'inclinaison de la partie supérieure du corps en avant. C'est ce qu'on voit par certains passages d'Aristophane, du scoliaste de Théocrite, de Procope, qui dit de l'impératrice Théodora, femme de Justinien : « *Sæpe, cum vestes inter mimos exuisset, in mediis stabat lumbos incurvata* (λορδουμένη). » Aussi, dans les temps modernes, Sauvages, et, après lui, Palletta ont-ils étendu le nom de *lordose* à toute espèce de courbure des os, ce qui pourtant n'est pas à imiter.

FEUILLETON.

De la vitalité des graines transportées par les courants marins. — Nouveau système de moulage du plâtre. — Pile du docteur Miergues. — La législation sanitaire russe.

Parmi les moyens admirables dont la nature dispose pour assurer la dissémination des graines, on a longtemps admis *à priori* l'action des eaux et des courants marins. Ainsi s'expliquait l'apparition sur le bord des fleuves et de la mer d'une certaine quantité de plantes originaires des montagnes et l'existence sur les rives lointaines des fleurs de pays situés au delà des mers. Cette opinion, assez généralement adoptée, n'avait jamais reçu la sanction expérimentale ; il appartenait au savant M. Ch. Martins de chercher jusqu'à quel point l'opinion publique était fondée, et nous allons voir comment il a procédé à ces curieuses recherches.

Deux questions se présentaient tout d'abord à l'esprit : beaucoup de graines sont-elles spécifiquement assez légères pour nager à la surface de l'eau salée ? et ces mêmes graines, après avoir longtemps flotté, conservent-elles encore leurs facultés germinatives ?

Pour résoudre la première question de son intéressant problème, le professeur de Montpellier choisit dans le catalogue du Jardin des plantes de cette ville des graines récentes, dont la germination ne fait presque jamais défaut. Il s'adressa de préférence aux graines de grande dimension, pourvues d'un épisperme dur et épais, et surtout aux plantes littorales ; c'était se placer dans les meilleures conditions : l'épaisseur de l'épisperme présentant plus de résistance à l'action de l'eau salée, et l'origine littorale laissant plus de chances à la germination, si la graine venait à échouer sur une plage sablonneuse.

Le premier essai consistait à connaître le degré de flottaison de la graine ; sur 98 espèces, 55 surnagèrent, 39 au contraire étaient spécifiquement plus lourdes que l'eau de la Méditerranée, dont la densité devant Cette, théâtre des expériences, est de 1,0258. Enfin 4 graines se tenaient entre deux eaux et accusaient ainsi une pesanteur spécifique sensiblement égale à celle de l'eau de mer : ce sont les *Nelumbium speciosum, Datura stramonium, Juglans nigra*, et *Gingko biloba*. On peut donc conclure que sur un certain nombre de graines prises au hasard, les deux tiers peuvent surnager.

Il s'agissait maintenant d'étudier l'action de l'eau sur la graine flottante ; M. Ch. Martins plaça dans ce but 98 espèces de graines dans une boîte carrée en tôle, ayant 0,30 de côté et 0,03 d'épaisseur. Cette boîte, divisée en cent compartiments égaux, renfermait dans chaque case 20 graines de chaque espèce : les semences trop grosses n'étaient qu'au nombre de 18, 12 et même 6, tandis que les plus petites avaient été déposées dans la boîte par fortes pincées. Le réceptacle ainsi rempli, le couvercle en fut soudé, et de petits trous pratiqués dans les parois permirent à l'eau de mer de circuler librement dans son intérieur.

Ces dispositions prises, la boîte fut attachée à l'une des bouées du port de Cette, et abandonnée six semaines aux diverses épreuves de l'immersion et de l'émersion alternative de la bouée. Le 1er avril 1856 la boîte fut ouverte, et l'on put constater que sur 98 espèces, 41 étaient complètement pourries. Les autres, au nombre de 57, furent immédiatement semées dans des pots remplis de terre de bruyère et placés sous bâche. Sur ces 57 espèces en apparence non altérées, 35 seulement ont germé, et il faut encore en retrancher 17, qui, spécifiquement plus lourdes que l'eau salée, n'auraient pu surnager. Nous restons donc en présence de 18 espèces de graines (les *species maritimæ* des *Cakile, Linum, Eryngium, Scabiosa, Pancratium* ; les *Nelumbium speciosum, Paliurus aculeatus, Cucurbita pepo, Xanthium macrocarpum, Asclepias Cornuti, Rumex aquaticus, Salsola Kali, Beta vulgaris, Euphorbia paralias, Ricinus communis, R. africanus, Gingko biloba, Ephedra dystachia, Asphodelus cerasiferus*), qui, après six semaines de flottaison, auraient eu quelques chances de s'établir sur le rivage.

Mais six semaines sont un temps bien court comparé à celui que doivent prendre les graines qui traversent les Océans ; aussi M. Ch. Martins résolut de remettre à la mer les 34 graines qui avaient germé après six semaines de séjour à la vague et de les y laisser pendant trois mois. La boîte qui contenait les graines, au nombre de 20 chacune, fut amarrée sur la bouée du 17 juin 1856 au 18 septembre (93 jours). Au bout de ce temps, 11 graines étaient réduites en putrilage ;

Je distinguerai les courbures pathologiques du rachis en celles qui sont comprises dans un plan antéro-postérieur et celles qui se font d'un côté à l'autre.

§ 1er. COURBURES ANTÉRO-POSTÉRIEURES.

Courbures physiologiques. — Le rachis du fœtus décrit dans l'utérus une courbe à concavité antérieure, mais il est droit lorsqu'on le pose sur un plan horizontal. Les courbures antéro-postérieures normales ne se forment que lentement après la naissance. Elles sont dues à l'action combinée de plusieurs causes, qui presque toutes se rattachent à l'état de station propre à l'homme.

L'équilibre de la colonne vertébrale dans la station est un problème de mécanique que je ne puis exposer ici; je me bornerai à rappeler les points suivants : cet équilibre résulte d'une égalité d'action entre deux puissances placées au-devant du rachis, la pesanteur, l'action des fléchisseurs de la tête et du tronc, et deux résistances placées en arrière, la résistance passive ou élastique des ligaments, la contraction des extenseurs. Pour être complet, je devrais ajouter aux forces situées en arrière la pesanteur se contre-balançant elle-même en grande partie dans l'équilibre de la tête sur la colonne vertébrale.

Cet équilibre est le mieux assuré quand les principales sections du squelette sont placées directement les unes au-dessus des autres, et un instinct admirable, guidé par la sensation du poids des parties et par la perception de l'action musculaire, apprend à l'enfant lui-même à leur donner cette situation. L'attitude droite, attribut de notre espèce, est la plus convenable pour la station, la progression, ainsi que pour l'exercice d'une foule d'autres actes des organes des sens et du mouvement. Il suit de là que, de même que dans cette ligne brisée que vous avez sous les yeux, s'il se produit un angle dans une des brisures du squelette, il se formera un angle opposé dans une autre brisure pour corriger l'inclinaison qui en résulte et pour conserver les mêmes conditions d'équilibre. Cependant dans plusieurs circonstances nous adoptons de préférence une équilibration anormale vicieuse tendant à déformer le squelette. Je ne parle pas encore des cas où nous pouvons être forcés de recourir à une équilibration semblable.

C'est par ce mécanisme des compensations des courbures que s'expliquent les inflexions physiologiques du rachis, et notamment la courbure à convexité antérieure de sa région lombaire, qui est surtout déterminée par la situation du bassin.

On a cru longtemps le bassin autrement situé dans la station qu'il ne l'est réellement. On lui a attribué une inclinaison telle que son articulation avec le rachis se trouvait plus en arrière que ses articulations avec les fémurs. C'était une erreur. Déjà, dans sa thèse inaugurale, mon bien regrettable maître Béclard avait établi le contraire. Nægele et MM. Weber ont mis depuis ce fait hors de doute, et ils ont démontré que, dans la station droite, le milieu de l'articulation sacro-vertébrale correspond directement au-dessus d'une ligne qui joindrait les deux têtes des fémurs.

Or, dans cette attitude du bassin, la base du sacrum s'incline fortement en avant, et elle entraînerait le rachis dans le même sens si les vertèbres lombaires n'étaient reportées en arrière afin de rester dans le prolongement de la verticale élevée sur la ligne inter-fémorale. De là la courbure lombaire, qui relève les vertèbres sur le sacrum en formant un angle avec la courbe inverse décrite par les vertèbres sacrées.

Cet angle et la courbure lombaire elle-même sont peu marqués chez l'enfant, parce que le bassin est encore très-peu développé et le sacrum presque vertical. En même temps que se prononce l'ampliation de la cavité pelvienne, l'action des muscles résiste de plus en plus à la tendance produite par la direction du sacrum, et la courbure lombaire devient de plus en plus manifeste.

La courbure en sens contraire de la région dorsale augmente d'ailleurs manifestement la courbure lombaire en exagérant l'inclinaison en arrière des premières vertèbres des lombes.

Il est difficile, malgré l'opposition de Bichat, reproduite par M. Hirschfeld, de ne pas attribuer la courbure dorsale au poids des membres supérieurs, de certains viscères et de la tête elle-même, agissant dans la station sur les vertèbres dorsales supérieures de manière à les attirer en avant. Les muscles postérieurs n'ont pas, en effet, une action tellement constante que le poids porte toujours également sur les parties antérieure et postérieure des vertèbres dorsales et des ligaments intervertébraux.

L'action musculaire courbe la région cervicale dans le même sens que la région lombaire, et par une raison semblable, pour ramener le centre de gravité de la tête dans la verticale avec laquelle doit coïncider l'axe du tronc.

Les trois courbures normales, dans le sens antéro-postérieur, ne sont d'abord que des flexions passagères que subissent les parties flexibles de la colonne vertébrale. Elles disparaissent avec leurs causes, quand l'état de station vient à être remplacé par le décubitus horizontal, à moins qu'elles ne soient maintenues ou reproduites par la seule action musculaire. Mais à la longue, ces courbures deviennent permanentes; les pressions constantes exercées par l'action musculaire au cou et aux lombes, par la pesanteur au dos, modifient la nutrition du côté concave des courbures; les os et les ligaments prennent moins de hauteur dans ce sens, et le rachis devient flexueux par sa propre conformation, après l'avoir été uniquement par l'effet de sa mobilité.

Cette déformation physiologique, qui augmente avec l'âge, est pour ainsi dire un commencement de l'état pathologique. Nous l'avons trouvée le moins prononcée chez des nègres, qui, plus que nous, se rapprochent de la nature primitive.

On a fait des recherches intéressantes pour déterminer dans ce cas l'état anatomique des pièces du rachis. MM. Weber ont reconnu qu'au dos, c'étaient surtout les corps vertébraux qui perdaient un peu de leur hauteur en avant ou du côté concave de la courbure; tandis qu'au cou et aux lombes, ce sont principalement les disques ligamenteux qui s'affaissent en arrière. C'est ce que vous pouvez constater, quant aux corps vertébraux, sur cette moitié de rachis scié longitudinalement. Cette figure de MM. Weber montre l'exactitude de leurs assertions, quant à l'état des ligaments. Elle a été faite d'après une pièce enveloppée de plâtre coulé et sciée avec son enveloppe, afin qu'il ne pût y avoir le moindre changement dans la disposition des parties.

D'après les expériences de M. Ludovic Hirschfeld, les ligaments jaunes jouent ici un rôle actif, dont on ne s'était pas douté : resserrés sur eux-mêmes au cou et aux lombes, ce sont eux principalement qui maintiennent les vertèbres de ces régions inclinées en arrière les unes sur les autres. Sépare-t-on par un trait de scie la série des corps vertébraux de la série des arcs formés par les lames et les apophyses, on voit les convexités cervicale et lombaire s'effacer en grande partie par le ressort des ligaments intervertébraux, jusqu'alors comprimés par l'action des ligaments jaunes.

Même après que le rachis a définitivement contracté ses trois courbures alternatives, il subit encore dans la station l'influence de la pesanteur et de l'action musculaire, qui ajoutent un surcroît de courbure *par flexion* à la courbure *par conformation*, devenue inhérente à l'épine dorsale. On peut en effet déduire des expériences de M. Chassaignac, que les courbures normales du rachis augmentent par la pression de haut en bas, qui agit sur lui dans la station, et qu'elles diminuent lorsqu'il est soustrait à cette pression par l'effet de la position horizontale. Ainsi s'expliqueraient la diminution de la taille le soir et son augmentation le matin, observées dès le commencement du siècle dernier et étudiées avec un soin particulier par l'abbé de Fontême.

Courbures pathologiques. — Les courbures antéro-postérieures pathologiques sont le plus souvent l'exagération des courbures normales; plus rarement elles ont lieu dans une direction opposée et résultent du renversement des courbures physiologiques.

Trois conditions sont nécessaires pour que le rachis conserve sa direction naturelle :

1° L'intégrité de l'organisation et des propriétés de ses parties constituantes;

2° L'activité normale des muscles qui le meuvent;

3° L'état physiologique des autres sections du squelette, qui concourent avec la colonne vertébrale à l'équilibre de la station.

C'est en détruisant l'une ou l'autre de ces conditions qu'agissent toutes les causes de courbures anormales.

I. *Cyphose.* — L'une des courbures les plus fréquentes, si ce n'est même la plus commune parmi les antéro-postérieures, c'est l'exagération de la courbure dorsale physiologique. On peut la regarder comme le type de la cyphose ou courbure en arrière, dont nous allons nous occuper.

Il faut ici prévenir une équivoque. Je désigne chaque courbure par le sens de sa convexité. Delpech faisait le contraire; pour lui, la cyphose était une courbure en avant. Cette manière de rapporter les déformations à leurs centres de courbure n'est pas moins correcte; cependant le langage opposé a prévalu, et je m'y conformerai, quoiqu'il soit peut-être moins exact. Il n'en est pas de même pour le mot *flexion*, que l'on détermine par le côté de la concavité, par le centre de flexion.

Au lieu de cyphose, quelques-uns disent excurvation. Pravaz, Delpech, à l'imitation des auteurs anglais, ont introduit cette expression. Elle nous fournira un synonyme. Mais je ne puis accepter le mot *incurvation*, opposé à *excurvation*, et désignant la lordose. Il en résulterait de la confusion, ce mot, de même que le latin *incurvatio*, se prenant depuis longtemps dans le sens plus général de *courbure*, sans qu'on ait égard à la direction.

La cyphose est encore appelée *voussure*, *dos voûté*, lorsqu'elle est étendue et d'un degré moyen. Est-elle circonscrite et très-prononcée, c'est une bosse, une gibbosité. Mais cela se dit de toute saillie analogue, quels que soient son siége et sa direction, de même que le ὕβος des Grecs, et le *gibbus* des Latins, dont on voit tout de suite la ressemblance avec les mots français correspondants.

Je distinguerai une cyphose spontanée, et une cyphose symptomatique.

Eu égard à l'âge où elle se manifeste, la cyphose est encore : 1° infantile; 2° juvénile; 3° sénile.

A. *Cyphose infantile.* — Elle est presque toujours symptomatique du rachitisme quand elle ne dépend pas du mal vertébral. J'ai parlé de ces courbures, et j'en ai montré des exemples dans mes leçons sur le rachitisme. Déjà, dans mes leçons de 1835, j'avais parlé de la cyphose rachitique, en la comparant à celle que produit le mal vertébral. J'ajouterai donc ici peu de chose à ce sujet.

Le siége spécial de cette cyphose rachitique est à la réunion des régions dorsale et lombaire. Cela tient à plusieurs causes : 1° c'est, après la région cervicale, le point le plus mobile du rachis; 2° il a à supporter plus de poids que les parties situées au-dessus; 3° cet inconvénient n'est pas encore compensé, chez l'enfant, par l'augmentation du volume des vertèbres lombaires, comme cela se voit chez l'adulte; 4° les courbures physiologiques sont alors peu marquées; la région dorsale n'a pas la même tendance que chez l'adulte à s'infléchir en avant, et la région lombaire ne présente pas, par sa conformation, la même résistance à se fléchir dans le même sens. On pourrait admettre que le ramollissement rachitique est plus prononcé dans les vertèbres infléchies que dans les autres; mais je ne crois pas, d'après mes observations, qu'il en soit ainsi.

Comme je l'ai montré dans mes leçons de 1856, la cyphose rachitique n'est d'abord qu'une courbure par flexion; plus tard, quelques corps vertébraux, quelques disques intervertébraux perdent de leur épaisseur en avant, et il s'établit une courbure par déformation. On distingue le premier cas du second à ce que la flexion disparaît complétement, tandis que la déformation persiste au moins en partie, quand on renverse avec précaution le bassin en arrière. Cet enfant, qui a une cyphose rachitique, n'est encore qu'à la première période, et vous voyez qu'à l'aide de cette manœuvre j'ai pu faire disparaître la convexité du rachis, et même produire un commencement de lordose.

Chez cet autre enfant, la lésion est plus avancée, et la même manœuvre ne peut réduire entièrement la déformation.

La faiblesse des muscles sacro-spinaux concourt, avec la lésion rachitique, à la production de cette forme de cyphose. Ces muscles sont incapables de maintenir la rectitude du tronc, surtout dans la

---

les 23 graines restant furent semées sous bâche : 9 germèrent; mais de ces 9 il faut en ôter 2 (*Acacia julibrissin* et *Canna gigantea*), qui ne surnagent pas à l'eau de mer. Restent donc sept espèces (*Cucurbita pepo*, *Xanthium macrocarpum*, *Rumex aquaticus*, *Beta vulgaris*, *Ricinus communis*, *Ricinus africanus* et *Ephedra dystachia*) qui auraient pu flotter trois mois sans perdre leurs facultés germinatrices. C'est donc un quatorzième seulement du nombre total de graines sur lesquelles on a opéré.

Si l'on songe maintenant aux mille circonstances qui peuvent s'opposer à la germination, on sera fort étonné qu'on ait admis comme très-favorable à la dissémination l'action des courants marins. Les géologues, surpris de l'uniformité de la végétation des grands archipels répandus sur l'immensité des mers antédiluviennes, étaient encore plus disposés à admettre l'effet de ces courants. Mais après ce travail de M. Ch. Martins, il semble difficile de ne pas partager l'opinion de M. Alph. de Candolle, que ce mode de transport si souvent invoqué a dû avoir une part bien minime à la dispersion des végétaux des époques géologiques et de l'époque actuelle; et, pour expliquer ce nombre considérable d'espèces identiques séparées par de vastes mers et que les seuls courants marins auraient pu transporter d'un continent à un autre, on se trouve peu à peu amené à l'idée de la multiplicité des centres de création, qui chaque jour acquiert plus de probabilités.

— Tous ceux qui ont quelquefois à se servir du plâtre pour un moulage — et je sais de nos confrères fort habiles amateurs de sculpture — se sont souvent pris à regretter que cette substance si commode présente à côté d'avantages incontestables de sérieux inconvénients, et au premier rang une si grande fragilité, qu'on ne peut l'exposer aux intempéries des saisons. Pourquoi le plâtre offre-t-il si peu de consistance, et peut-on corriger ce défaut?

Ces deux questions si intéressantes ont été dernièrement l'objet d'un travail de M. Abate (de Naples). Déjà on avait cherché à rendre le plâtre plus consistant; et dans ce but, l'alun, la colle forte avaient été ajoutés au plâtre; mais, outre que ces corps étrangers ne remplissaient pas complétement le but, ils faisaient revenir le plâtre à un prix plus élevé. — Le problème n'était donc pas résolu.

M. Abate a repris la question, et s'est livré à des recherches sur les gypses. Il a bientôt reconnu qu'il existe des gypses de la dureté du marbre; que la différence de dureté du gypse tient moins à sa constitution chimique qu'aux circonstances naturelles et accidentelles qui ont présidé à l'agglomération de ses molécules, et que dans la cuisson des sulfates de chaux pour en faire du plâtre, il n'y a qu'un passage de l'état hydraté à l'état anhydre.

Il faudrait donc, pour avoir un plâtre se rapprochant du gypse dur, donner au plâtre une quantité d'eau se rapprochant de celle qu'on trouve dans la pierre naturelle, et non pas le gâcher avec une aussi grande quantité d'eau qu'on le fait journellement; car alors il arrive qu'une *prise* se produit, que l'eau s'évapore par le dessèchement et qu'il ne reste plus qu'un corps poreux absorbant l'humidité, et, sous l'influence des changements de température, présentant bientôt la désagrégation des molécules; puis, exercer une pression suffisante pour rapprocher ces molécules et favoriser leur force de cohésion.

M. Abate propose donc de placer le plâtre dans un tambour cylindrique tournant horizontalement sur son axe, et de mettre le tambour en communication avec un générateur de vapeur. Le plâtre absorbe ainsi une quantité voulue d'eau; puis, à l'état pulvérulent, on le place dans des moules et on le soumet à une puissante presse hydraulique. Au bout de quelques instants, le plâtre est devenu dur, très-compact, et prend le poli du marbre. Les bas-reliefs les plus délicats, ceux des médailles, se reproduisent avec la plus grande perfection. Soumis à l'air, il a résisté, et voici trois ans que M. Abate fait l'expérience. Le savant de Naples espère obtenir que ce plâtre puisse servir aux constructions. En attendant que l'épreuve en soit faite, on ne peut que se féliciter des heureux résultats déjà obtenus.

— Les études physiques font de continuels progrès, et nos confrères eux-mêmes payent leur dette de travaux de recherches et d'inventions. M. le Dr Miergues propose dans la *Gazette médicale de l'Algérie* une nouvelle pile d'une grande simplicité. En voici la description :

Chaque couple de cette pile se compose de deux verres à boire, contenant, l'un une solution de sulfate de cuivre, l'autre du sel marin, et de deux demi-cylindres parallèles, l'un de zinc, l'autre de cuivre, réunis par une bride métallique de cuivre en U renversé.

Pour faire fonctionner cet appareil, on plonge le côté cuivre d'un

position assise; car alors le bassin bascule facilement en arrière, et pour que l'équilibre soit maintenu, il faut que le corps se fléchisse en avant, ce qui augmente la cyphose. La position horizontale, au contraire, rétablit plus ou moins la rectitude.

Cette attitude du tronc, dans la cyphose rachitique, est une des causes qui gênent les mouvements de progression; elle diminue l'espace occupé par les viscères et contribue ainsi au volume du ventre, au peu d'amplitude de la respiration. Elle peut laisser à sa suite une difformité incurable; souvent elle s'efface d'elle même à mesure que les os reprennent plus de consistance, les muscles plus de puissance contractile. Il importe seulement dans ce cas de placer le tronc le plus possible dans la position horizontale. Les autres indications thérapeutiques ont été développées à propos du rachitisme.

Cyphose juvénile. — Elle n'est souvent que l'exagération de la légère voussure dorsale qui s'établit dans la période d'accroissement du corps. Cette déformation reconnaît une seule cause générale, la flexion du rachis en avant, qui détermine une pression plus considérable sur la partie antérieure des vertèbres et des disques intervertébraux, et met plus fortement en jeu l'extensibilité des ligaments postérieurs du rachis. Or, cette flexion antérieure du cou et du dos, ou seulement d'une de ces régions, est une attitude qu'une foule de causes tendent à produire chez l'enfant et surtout chez l'adolescent.

La plus fréquente est la faiblesse de constitution primitive ou acquise, qui dispose les muscles extenseurs du rachis à se fatiguer promptement, surtout si la croissance est rapide, la stature élevée, le corps mince et grêle. La simple convalescence d'une maladie aiguë *à fortiori*, la débilité qu'entraîne une maladie chronique, peuvent avoir le même résultat. La constitution moins robuste des filles les expose plus que les garçons à subir l'effet de ces influences.

Dans tous ces cas, la déformation est favorisée par un manque de tonicité musculaire, et est causée par le poids du corps. D'autres fois, la déformation est active, et dépend de contractions musculaires. Ceux qui ont la vue courte baissent la tête pour regarder les objets de plus près; d'autres le font par un excès de timidité. Un sentiment exagéré d'humilité produit le même effet dans quelques maisons religieuses. Certaines occupations trop prolongées, telles que l'écriture, le dessin, la broderie, etc., peuvent faire contracter aux enfants l'habitude de cette voussure.

Quelquefois, c'est une disposition héréditaire, qui, soit par une conformation particulière du squelette, ou par un mode spécial de l'action musculaire, développe la cyphose juvénile.

Une souffrance viscérale, même légère, peut amener à tout âge, lorsqu'elle se prolonge, une déformation persistante du rachis.

Comme la courbure normale, comme la courbure rachitique, la voussure des jeunes gens commence par une simple flexion physiologique. Elle peut ne pas aller plus loin et disparaître avec le retour des forces, le développement naturel du sujet, le changement de ses habitudes. Mais si les causes morbides persistent, la déformation se produit, la partie antérieure des vertèbres et des disques intervertébraux s'amincit, s'atrophie, et c'est alors une véritable difformité, ce qu'on a appelé le dos voûté.

Cette cyphose porte spécialement sur la région dorsale; les vertèbres cervicales et cervico-dorsales y participent rarement; la région lombaire y participe plus rarement encore; sa courbure physiologique s'exagère même quelquefois pour rétablir l'équilibre.

L'aspect de tout le tronc se trouve lui-même changé; en arrière, tout le dos décrit de haut en bas une convexité assez régulière, symétrique, plus marquée dans le haut au voisinage du cou. Les épaules sont élevées, portées en avant à leur partie supérieure, saillantes et soulevées vis-à-vis l'angle inférieur des omoplates. Elles sont, comme l'on dit, ailées.

A la région antérieure, le cou est tendu obliquement en avant; le menton est rapproché du sternum; les moignons des épaules sont saillants; ils tendent à se rapprocher, ce qui fait paraître la poitrine comme rentrée et plus étroite; le ventre est reporté en arrière ou en avant, suivant la direction qu'affecte la région lombaire. On voit des enfants rejeter le tronc en arrière, tout en inclinant sa partie supérieure en avant de manière à présenter à la fois la saillie abdominale de la lordose et la voussure de la cyphose.

Cette conformation est disgracieuse; de plus, elle est peu favorable au jeu du cœur, des poumons, de l'estomac, et en tous cas elle tend à s'accroître avec l'âge et à atteindre un degré peu compatible avec l'exercice régulier des fonctions.

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAL MILITAIRE DE TENIET-EL-HAD.

M. PÉRET.

Angine laryngée œdémateuse, asphyxie imminente. Trachéotomie suivie de guérison.

Le nommé Mohammed Ben Zian, de la tribu des Beni-Meida, est amené au bureau arabe de Teniet-el Hâd sous la prévention d'un crime. Il s'évade et passe une partie de la journée du 7 février dernier à courir la campagne pour se soustraire aux poursuites des spahis. La température très-froide (8 degrés au-dessous de zéro), une neige glacée et abondante ont déterminé chez cet homme la congélation des deux pieds, et par suite, de larges ulcères gangréneux assez graves. Repris et réintégré dans sa prison, je suis appelé à le visiter, le 12 au soir. Il entre à l'hôpital le 13 au matin et y reçoit les soins que réclame son état. Vers le 20, l'état des pieds s'était sensiblement amélioré, les eschares étaient tombées, les plaies de bonne nature, et la guérison paraissait prochaine.

Le 22, à la visite du matin, ma surprise fut grande en trouvant Ben-Zian dans l'état suivant : face grippée, anxiété inexprimable, suffocation extrême, le malade est debout sur son lit; dès mon entrée, il s'accroche à mes vêtements en poussant des sons inarticulés, rauques, et en me montrant la bouche et la gorge. L'arrière-gorge examinée au moyen d'une cuiller, j'aperçois la luette, les amygdales, les piliers du voile du palais considérablement tuméfiés : la nature et la gravité des symptômes, la rapidité de l'invasion et de la marche me font présumer que l'infiltration séreuse a déjà envahi le larynx et ses replis; je vois, en un mot, que j'ai affaire à une angine laryngée œdémateuse. Une médication prompte et énergique allait être employée, lorsque, devant moi, Ben-Z an est pris d'un accès de suffocation tel, que la mort devient imminente, si je n'ouvre immédiatement la trachée, car le pouls est inappréciable, les lèvres sont bleues, le coma se déclare.

Je pratiquai l'opération, séance tenante, au lit du malade. Le patient couché sur le dos, la tête renversée en arrière, je fis une incision s'étendant du cartilage cricoïde au sternum, et divisai l'aponévrose, écartant à droite et à gauche les muscles et les vaisseaux à mesure qu'ils se présentaient. J'arrivai ainsi sans encombre à la trachée, qui fut ouverte entre les deuxième et troisième anneaux; une sonde creuse en caoutchouc me servit de canule, faute d'autre. Après l'avoir courbée, je la fis pénétrer à 3 centimètres environ dans la trachée, et l'y maintins à l'aide de deux épingles à suture, embrassées par fils en 8 de chiffre. — Pansement simple. L'opération terminée, non sans quelques difficultés, vu l'état de suffocation et d'agitation du sujet, par suite aussi de l'absence d'aides suffisamment habitués à leurs fonctions, la médication interne a été appliquée autant que possible, et corroborée par des vésicatoires sur les côtés du cou; sinapismes aux extrémités, gargarismes, etc. Régime.

Du 22 au 24, inflammation locale très-prononcée. Le malade, dans ses efforts d'expuition, dérange l'appareil, que je rétablis immédiatement. Je prescris des fomentations émollientes. Le 25, l'inflammation est moins vive : pansement simple, continué jusqu'au 28. Le 1er mars, toute trace d'infiltration a disparu; la canule étant bouchée, la respiration se fait par les voies normales. Le 2, la canule est enlevée ainsi que les épingles; un pansement simple est continué. Tous les jours la cicatrisation marche, et Mohamed Ben Zian, aujourd'hui guéri, va partir pour Blidah où il a à rendre compte, devant le conseil de guerre, d'un assassinat commis sur un enfant de quinze ans qu'il a froidement étranglé. *(Gazette médicale de l'Algérie.)*

NOTE SUR L'EFFICACITÉ DE LA TEINTURE D'IODE dans les cas de vomissements et de gastralgie,

Par M. le docteur L. MASSON d'Ardres.

Depuis que la *Gazette des Hôpitaux* a publié le traitement nouveau préconisé par M. le docteur Eulenberg (de Coblentz) contre les vomissements incoercibles et les gastralgies, j'ai vu cette méthode réussir dans ma pratique six fois sur six essais, dans des cas où les autres moyens étaient restés impuissants.

Il serait superflu de rapporter *in extenso* les six observations auxquelles je fais allusion : cinq d'entre elles concernent les vomissements causés par le commencement de la grossesse, vomissements incoercibles; la sixième constate un succès dans un cas de gastralgie fort ancienne. Chez les six malades le traitement a été identique :

Teinture d'iode. . . . . 1 gramme.
Alcool rectifié. . . . . 5,40 centigr.
Mêlez.

Prendre tous les matins trois gouttes de ce mélange dans un quart de verre d'eau sucrée.

Là s'est bornée toute la manœuvre thérapeutique : bien entendu que les moyens généraux étaient appropriés à la circonstance; au bout de trois ou quatre jours au plus, nous avons eu partout une amélioration réelle; je ne me suis vu forcé qu'une seule fois de faire renouveler la potion. La guérison avait toujours eu lieu avant l'entière absorption de la petite fiole.

De tout ceci il résulte bien clairement pour moi, que si l'on doit s'attendre encore à échouer dans certaines conditions particulières, vu les succès déjà connus de la méthode du docteur Eulenberg, les praticiens n'ont plus à hésiter pour employer le moyen que nous venons leur recommander une fois de plus aujourd'hui. »

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 août 1857. — Présidence de M. DESPRETZ.

Mort de M. Marshall Hall. — M. FLOURENS annonce dans les termes suivants le décès de M. Marshall Hall :

« J'ai la douleur d'annoncer à l'Académie la mort de M. Marshall Hall, l'un de ses correspondants les plus regrettables, et l'un des physiologistes les plus célèbres de notre époque. La science perd en cet homme rare un observateur habile, un penseur d'un esprit fin, et qui a enrichi la physiologie de théories et d'expériences ingénieuses. »

Histologie du système nerveux. — M. JACUBOWITSCH présente un mémoire ayant pour titre : *Recherches sur l'histologie du système nerveux.* Voici le résumé de ce mémoire :

I. Tout le système nerveux cérébro-spinal (la moelle épinière, la moelle allongée, les corps quadrijumeaux, le cerveau et le cervelet) et tout le système nerveux ganglionnaire consistent, d'une façon générale, en trois espèces d'éléments nerveux : les cellules du mouvement, les cellules de la sensibilité, les cellules ganglionnaires; et il faut y joindre les cylindres d'axe de toutes ces cellules.

Le système nerveux ganglionnaire ne constitue pas un système à part; il appartient essentiellement au système cérébro-spinal.

II. Un élément histologique non moins important entre pour beaucoup dans l'édifice et dans la construction du système nerveux; c'est le système du tissu cellulaire : non-seulement il réunit, à la façon d'un ciment, les éléments nerveux isolés, en forme des groupes qu'il relie aux différentes subdivisions du système nerveux, mais il a encore une autre importance essentiellement fonctionnelle, attendu qu'il contient les vaisseaux sanguins, et sert par conséquent à la condition de vie la plus importante, c'est-à-dire à la nutrition. Peut-être contribue-t-il par l'enveloppe plus ou moins forte qu'il fournit aux cylindres axes (fibres nerveuses à double contour, fibres nerveuses à simple contour avec et sans moelle) aux fonctions de ces mêmes cylindres.

III. La moelle épinière offre une structure qui varie dans ses diverses parties, quant au nombre et à la disposition des éléments nerveux essentiels. Ces différences de structure sont en rapport avec les différences fonctionnelles des nerfs qui tirent leur origine de certaines régions déterminées de la moelle (par exemple, les renflements cervicaux et lombaires).

IV. La détermination exacte des régions de la moelle épinière doit nécessairement trouver une application pratique en pathologie et en thérapeutique, et elle est appelée à acquérir de l'influence sur le diagnostic des maladies nerveuses en général et de celles de la moelle épinière en particulier, ainsi que sur le traitement de ces maladies.

V. La moelle allongée doit être considérée comme une continuation

---

couple dans la solution de sulfate de cuivre et le côté zinc dans la solution de chlorure de sodium. On réunit plusieurs couples ensemble au moyen d'une lanière de drap mouillé dont chaque moitié plonge dans une solution différente, en observant l'ordre suivant : cuivre, zinc, réunis par leur conducteur métallique, lanière mouillée; — cuivre, zinc, lanière, etc. La lanière fait ici l'office de diaphragme poreux.

Avec deux couples on obtient très-vite un dépôt d'argent du plus beau mat sur du cuivre décapé, en se servant d'une solution de cyanure d'argent dissous dans le cyanure de potassium. Trois ou quatre couples, et le multiplicateur de Delarive muni de son commutateur suffisent pour constituer un appareil de faradisation à la portée de tous les praticiens.

La simplicité de cette pile nous a engagé à en reproduire la description; rien ne sera plus facile que d'en reconnaître la valeur par quelques applications.

— Toutes les questions qui se rattachent à l'exercice de notre profession ne peuvent manquer d'exciter notre intérêt; c'est à ce titre que je vais emprunter à M. Jay une feuille d'un travail fort intéressant qu'il vient de publier dans la *Revue de Paris*. Il s'agit de l'organisation sanitaire et médicale de la Russie.

Comme toutes les administrations et tous les corps de cet Etat, cette organisation est réglementée et hiérarchisée d'un bout à l'autre de l'empire. Il existe d'abord une administration centrale au ministère de l'intérieur. Elle se compose du *département médical*, de celui des *approvisionnements médico-pharmaceutiques* et du *conseil médical*.

Dans chaque chef-lieu de gouvernement, il y a un comité local chargé de *tout ce qui se rapporte à la santé publique*. Ces comités sont composés d'un inspecteur, médecin gradé et ayant au moins dix ans d'exercice, il préside; d'un chirurgien opérateur, d'un accoucheur, et de plus, au Caucase et en Sibérie, d'un vétérinaire.

Le comité de Saint-Pétersbourg se nomme *physicat*, celui de Moscou *comptoir national*. Leurs inspecteurs s'intitulent physiciens de la ville; ils ont tout à la fois un droit de protection et de surveillance (ce dernier allant vis-à-vis des personnes jusqu'à la suspension) sur les hommes et les choses se rattachant à l'art de guérir. Ces comités doivent propager la vaccine, prévenir les épidémies et les épizooties, dresser une statistique médicale, physico-topographique de leurs gouvernements; veiller sur la qualité des comestibles, constater les cas d'aliénation mentale, et *donner les secours de l'art à tous ceux qui les réclament.*

L'exercice de la médecine est soumis à l'autorisation préalable des facultés de l'empire, et cette mesure s'étend aux oculistes, dentistes, sages femmes et vétérinaires.

Les *devoirs* du médecin, comme ceux de tout sujet russe, sont tracés par la loi.

Le principal devoir du médecin, dit-elle, est le dévouement à son semblable et l'empressement de porter un secours efficace partout où il est nécessaire, sans distinction de personnes.

Les ordonnances doivent être écrites *lisiblement.*

Tout charlatan sera chassé s'il est étranger, frappé d'amende et d'une peine corporelle s'il est Russe. L'amende atteindra ceux qui auront employé ses services.

L'ordonnance qui entraîne la mort du malade soumet le médecin, même en l'absence de toute préméditation, à des poursuites criminelles.

Les médecins sont des fonctionnaires publics répartis par gouvernements et districts; ils reçoivent un traitement, outre le droit des honoraires pour lesquels ils sont taxés. En revanche, ils doivent traiter gratuitement les employés de leurs départements ministériels, et de plus ils doivent, dans les villes, donner des soins gratuits aux officiers de tous grades, blessés dans les campagnes de 1813 et 1814.

Un chapitre curieux est celui qui réglemente l'homœopathie. La législation russe trace autour d'elle un cordon sanitaire; sans lui défendre l'entrée des frontières, elle prend des précautions comme si elle était suspecte à ses yeux d'empoisonnement permanent. C'est ainsi qu'elle exige qu'un double soit conservé, non-seulement des ordonnances (la règle est générale), mais encore des préparations du médecin homœopathe, afin qu'il puisse toujours être puni s'il commet une imprudence, estropie ou tue son malade.

La pharmacie est officiellement organisée comme la médecine.

Nous abandonnons ces dispositions à la méditation de ceux qui réclament la révision de nos institutions médicales, persuadés que si quelques-unes de ces ordonnances peuvent paraître très-favorables à notre exercice professionnel, il en est bien d'autres qui nous feraient regretter notre *tout pacifique soliveau.* Dr E. RENAUD.

de la moelle épinière provenant d'un développement considérable des cornes postérieures et des cellules de sensibilité que contient la moelle épinière (les olives, les olives latérales, la masse grise dans les faisceaux grêles et cunéiformes), ainsi que des cellules ganglionnaires de la moelle épinière (généralement situées dans le voisinage du canal central et de la fin du quatrième ventricule). La moelle allongée se distingue de la moelle épinière par une absence presque totale de cellules de mouvement.

VI. Les corps quadrijumeaux forment une continuation immédiate de la moelle épinière, avec laquelle ils sont unis par la moelle allongée; et c'est la dernière région où tous les éléments nerveux se présentent ensemble dans leurs rapports spéciaux, soit entre eux, soit avec les origines des nerfs. Les corps quadrijumeaux se distinguent par la grande commissure en formé de fer à cheval, dans laquelle se trouve par exception la première espèce de cellule ganglionnaire.

VII. La commissure en fer à cheval envoie ses rameaux de fibres nerveuses dans les couches optiques jusqu'aux corps striés. On les poursuit facilement en pratiquant des sections horizontales. Pour cette raison, la commissure doit être considérée comme un moyen essentiel d'union entre la moelle épinière et la moelle allongée d'une part, et, d'autre part, le cerveau et le cervelet.

VIII. Le cervelet doit être regardé comme une subdivision du système nerveux formé :

1° Par une partie du faisceau antérieur et des cornes antérieures de la moelle épinière qui pénètrent pour la plupart dans le pédoncule de la moelle allongée vers le cervelet, avec leurs cellules de mouvement et leurs rameaux de fibres nerveuses ;

2° Par une partie des faisceaux nerveux postérieurs et de leurs éléments (cellules de sensibilité), qui se trouvent aussi dans les corps restiformes ;

3° Par des cellules ganglionnaires qui, groupées en grandes masses, forment, avec les éléments nommés précédemment, la masse de la substance médullaire (substance blanche) du cervelet : celui-ci est mis en rapport avec le pont de Varole et les corps quadrijumeaux par les pédoncules de la moelle allongée vers le cervelet et par les pédoncules des corps quadrijumeaux ;

4° Par une substance grise qui constitue la couche d'enveloppe du cervelet et qui se distingue par ses cellules en forme de poire.

IX. Les hémisphères, de même que les portions qui en font partie, consistent essentiellement en cellules de sensibilité avec une couche périphérique qui est formée, comme dans le cervelet, par des ramifications de cylindres-axes terminées en baguettes. (Je nomme cette couche: *couche en baguettes*.)

X. La substance de Rolando doit être considérée comme une masse nerveuse pure, réelle, consistant en cylindres-axes, avec ou sans substance médullaire, qui existent non-seulement dans les cornes postérieures de la moelle épinière, mais aussi dans le cerveau, le cervelet, et les corps quadrijumeaux, avec leurs réseaux fibreux et leurs couches apparentes de petits grains (anneaux à contours simples et doubles, coupes de fibres nerveuses).

XI. On ne peut déterminer d'une manière absolue les corpuscules du tisssu conjonctif ou cellulaire que l'on rencontre dans le système nerveux central. Le réseau cellulaire apparaît plutôt partout sous forme de grains très-fins et se dessinant dans certains endroits comme un réseau. Le réseau cellulaire surtout présente dans le voisinage du canal central un dessin en forme de filet ; il en est de même au niveau de l'aqueduc de Sylvius et partout où les vaisseaux sont fortement entassés. Souvent, et surtout dans les endroits où les cylindres d'axe se trouvent cimentés, il se transforme en une membrane homogène transparente, vitreuse, à grains fins de dimensions si petites, qu'il est presque impossible de les mesurer, et se trouve extrêmement réduit dans le système nerveux central eu égard à sa quantité.

XII. Tous les éléments nerveux s'unissent de trois manières différentes :

1° Par des commissures qui mettent en rapport par les cylindres-axes deux groupes situés symétriquement. Ici vient se placer la commissure antérieure et postérieure de la moelle épinière, la commissure du cervelet et la commissure en forme de fer à cheval dans les corps quadrijumeaux ; enfin, aussi les commissures des cellules sensibles et ganglionnaires dans la moelle allongée;

2° Par des unions qui ont lieu entre des cellules nerveuses de groupes cellulaires situés très-loin ou très-près du même côté et de la même espèce : la première union a lieu dans les groupes de cellules du mouvement, de la sensibilité et des cellules ganglionnaires, partout où ils ne se présentent que par groupes ; la seconde union a lieu dans le cervelet et dans les corps quadrijumeaux ;

3° Par la couche que j'ai nommée couche en baguettes, qui se trouve à la périphérie du cerveau et du cervelet, et où viennent se réunir plusieurs éléments nerveux (cellules nerveuses de mouvement, de sensibilité, et cellules ganglionnaires avec leurs ramifications), comme je crois l'avoir trouvé.

XIII. Les rapports visibles et mesurables, relatifs et absolus de grandeur et d'étendue, ainsi que le poids de la masse nerveuse en général et des parties isolées du système nerveux en particulier, n'indiquent pas l'importance de la totalité ou des parties de ce système, ni chez certains animaux, ni dans l'espèce humaine. La grandeur absolue et relative des trois éléments nerveux essentiels constitue le critérium de cette importance. De tous les genres et de toutes les espèces d'animaux, c'est chez l'homme qu'ils sont relativement et absolument les plus petits; c'est pour cela qu'en raison de l'espace qu'ils occupent, ils sont le plus nombreux chez lui. Comme selon toutes les apparences les cellules nerveuses sont susceptibles de multiplication, de même que tous les éléments histologiques, il me semble probable qu'une augmentation numérique des éléments nerveux a lieu en même temps qu'une diminution d'une partie du tissu conjonctif durant le développement intellectuel, et cela sans que la masse du cerveau devienne en même temps plus grande.

La pathologie a suffisamment prouvé que dans le cas contraire, dans la démence et dans les différentes formes de crétinisme, le développement des éléments nerveux reste stationnaire, ou même qu'il y a substitution de tissu conjonctif aux cellules nerveuses.

XIV. Les différentes couleurs ou plutôt les nuances que l'on rencontre dans le domaine du système nerveux et que l'on a admises comme caractéristiques en anatomie pour certaines régions, les nuances grises, gris-rouge, brunes, jaunâtres, violettes et bleues, n'ont aucune relation avec des conditions correspondantes soit des cellules nerveuses, soit de leurs cylindres-axes; mais elles dépendent uniquement des vaisseaux sanguins, des artères, des veines; de leur nombre, de leur épaisseur ou de leur finesse, et d'autres particularités de même ordre.

XV. Quant à ce qui a rapport à l'origine des nerfs issus du cerveau et du cervelet, ainsi que de la moelle allongée et de la moelle épinière, je maintiens l'opinion que j'ai émise à ce sujet dans ma dernière publication, que tous les nerfs sont, d'après leur origine, de nature mixte. Des recherches nombreuses et incessantes m'ont conduit à cette conviction : je me borne ici à la communication des résultats suivants de mes investigations :

1° Les racines antérieures et motrices consistent en filaments qui proviennent des cellules de mouvement, des cellules ganglionnaires et des cellules de sensibilité. Le nombre des filaments provenant des cellules ganglionnaires et de sensibilité est différent dans les différentes régions de la moelle épinière (par exemple dans les régions lombaires cervicales et dorsales).

2° Les racines postérieures consistent principalement en filaments qui proviennent des cellules de sensibilité et ganglionnaires, et en moins grande partie en filaments des cellules de mouvement.

3° Les nerfs de la moelle allongée consistent surtout en filaments naissant des cellules ganglionnaires et en filaments provenant des cellules de la sensibilité. Quelques-uns, très-peu nombreux (ceux qui prennent leur origine au passage de la moelle épinière dans la moelle allongée), contiennent aussi des filaments de cellules de mouvement.

4° Tous les nerfs du cerveau, excepté les nerfs des trois principaux sens qui consistent seulement en filaments provenant de cellules ganglionnaires et de sensibilité, sont formés de filaments qui proviennent de cellules motrices, sensibles et ganglionnaires de la deuxième espèce.

XVI. Enfin, je dois encore ajouter une observation qui s'est produite dans le cours de mes recherches. J'ai souvent essayé de tuer subitement par les narcotiques (acide prussique, nicotine, conine, etc.) les animaux destinés à mes préparations. Dans tous ces cas, les préparations du cerveau et de la moelle épinière devenaient tout à fait inutiles pour mes recherches histologiques, parce que les éléments nerveux et cellulaires se trouvaient entièrement détruits, les membranes en étaient déchirées, les cylindres d'axe séparés des cellules et mis en pièces, et le contenu des cellules était racorni et diminué. Je ne puis m'empêcher d'attribuer ces changements remarquables, dans tous ces cas, à une interruption soudaine de la nutrition qui est produite par l'action du poison. Ces observations donnent l'unique explication saisissable de l'action mortelle et soudaine des narcotiques en général et des alcaloïdes en particulier.

Tous ces faits, tous ces résultats d'expériences sont fondés sur une multitude de coupes microscopiques que j'ai faites systématiquement, depuis le fil terminal jusqu'à la périphérie externe des hémisphères dans différentes directions et chez différents animaux.

Ils se fondent surtout sur 25,000 coupes analogues qui sont bien conservées, susceptibles d'être transportées et qui ne laissent rien à désirer sous le rapport de la précision et de la clarté.

XVII. Les observations démontrent que l'épaisseur différente de la moelle épinière et de ses deux renflements, et l'augmentation de volume de la moelle allongée, dépendent du nombre différent et de la disposition particulière et locale des éléments nerveux. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 19 août 1857.

M. GOSSELIN a dans son service un malade dont on peut rapprocher l'histoire de celle que M. Larrey vient d'exposer. Il portait autrefois à l'avant-bras gauche une tumeur qui fut enlevée par M. Nélaton, et dont on constata la nature fibro-plastique. La récidive eut lieu avant la cicatrisation complète par de gros bourgeons charnus élevés autour de la plaie. M. Maisonneuve attaqua le mal avec le caustique ; des morceaux de chlorure de zinc en forme de flèches furent implantés dans la tumeur. Ce traitement causa des douleurs très-vives, et n'eut pour résultat que d'agrandir beaucoup l'ulcération. Une nouvelle tumeur se montra vers la région deltoïdienne; elle fut attaquée avec le caustique, et cette fois avec succès; car depuis douze mois il n'y a pas eu de récidive sur ce point.

Cependant, l'ulcère de l'avant-bras s'agrandissant toujours, il avait acquis une énorme étendue et était le siége de douleurs horribles. Le malade était amaigri, très-faible, épuisé par les souffrances et la diarrhée ; l'état général était très-mauvais. Une troisième tumeur analogue aux deux précédentes faisait saillie au-dessus du coude, à la partie antérieure et inférieure du bras. L'examen attentif des cavités splanchniques ne faisant pas soupçonner l'existence de tumeurs profondes, M. Gosselin se décida à opérer. Il aurait pu, à la rigueur, amputer le bras à sa partie supérieure ; mais pour s'éloigner davantage du siége du mal, il préféra désarticuler l'épaule. La cicatrisation était presque complète au bout de cinquante-cinq jours. Aujourd'hui l'opéré a quitté l'hôpital. Il sera nécessaire de le suivre et de continuer son histoire ; mais en ce moment l'état général est excellent; l'embonpoint est revenu et le malade peut gagner sa vie en travaillant.

La tumeur de la partie inférieure du bras était constituée par du tissu fibro-plastique mêlé de cavités kystiques. Il s'agit donc d'une production fibro-plastique bornée à un seul membre, mais qui a déjà envahi plusieurs points de ce membre.

M. DEMARQUAY rappelle à ce propos deux observations dont les détails sont déjà connus de la Société, et dans lesquelles l'issue a été funeste. Dans un de ces faits, il s'agit également d'une tumeur du bras qui adhérait au périoste de l'humérus et qui a nécessité la désarticulation du membre. M. Lebert lui-même a étudié la pièce avec soin. La guérison de l'opération s'effectua, mais la mort eut lieu six mois après, accompagnée de symptômes cachectiques. Des tumeurs secondaires s'étaient développées dans les reins.

Le second malade était de la Rochelle. Il présentait à la partie supérieure et interne de la joue une tumeur venant des fosses nasales. L'ablation fut pratiquée avec beaucoup de soin. La guérison eut d'abord lieu. Une autoplastie fut faite consécutivement ; mais au bout de six mois la maladie repullula, et le malade mourut dans son pays avec tous les signes de la cachexie. La tumeur était formée par les éléments glandulaires de la pituitaire.

M. CHASSAIGNAC. La récidive sur place et la généralisation des tumeurs fibro-plastiques sont aujourd'hui hors de doute ; mais il y a deux points qui doivent fixer l'attention, savoir: l'amputation et l'autoplastie. On peut espérer sauver la vie en sacrifiant le membre qui porte la tumeur fibro-plastique ; et cependant ce résultat n'est point assuré, témoin ce malade présenté autrefois à la Société, et qui avait subi l'amputation de la jambe dans ces conditions. Des tumeurs fibro-plastiques nombreuses se sont développées ultérieurement et ont amené l'infection générale et la mort.

Quant à l'autoplastie après l'extirpation, elle paraît avoir une influence manifeste sur la récidive locale, qu'elle retarde considérablement dans certains cas. Si l'opération des tumeurs fibro-plastiques n'amène pas sûrement la guérison radicale, ajoute M. Chassaignac, on ne peut contester qu'elle ne rende de grands services en prolongeant la durée de la vie et en rendant au moins d'une manière temporaire la santé à ceux qui la subissent.

Un arrêté ministériel, en date du 19 août, réglemente l'agrégation des Facultés. Voici les dispositions générales de cet arrêté :

Les agrégés près les Facultés de médecine, des sciences et des Ecoles supérieures de pharmacie sont divisés en deux classes :

1° Agrégés en activité pour un temps déterminé, lesquels ont seuls droit à un traitement.

2° Agrégés libres dont les fonctions sont expirées.

Le ministre peut, par un arrêté spécial, maintenir un agrégé dans son titre ou dans ses fonctions après l'expiration de son temps légal d'exercice, ou même le rappeler temporairement à l'activité si les besoins du service l'exigent.

Dans chaque concours, il y a deux sortes d'épreuves: épreuves préparatoires, épreuves définitives. Le jury, après le résultat des épreuves préparatoires, dresse la liste des candidats admis aux épreuves définitives.

Facultés de médecine. — Dans ces Facultés, les agrégés institués après le concours font un stage de trois ans avant d'entrer en activité de service. La durée des fonctions des agrégés admis, après le stage, à prendre part aux examens et au remplacement des professeurs absents ou empêchés, est fixée à six ans pour la Faculté de médecine de Paris, à neuf ans pour celles de Montpellier et de Strasbourg.

Tous les trois ans, les agrégés en exercice sont renouvelés : par moitié pour la Faculté de Paris, par tiers pour celles de Montpellier et Strasbourg.

Il y a quatre sections d'agrégés :

1° Pour les sciences anatomiques et physiologiques;

2° Pour les sciences physiques;

3° Pour la médecine proprement dite et la médecine légale;

4° Pour la chirurgie et les accouchements.

Faculté des sciences. — Le ministre détermine, suivant les besoins, le nombre des agrégés en exercice dans les Facultés des sciences. Ce nombre ne peut dépasser seize. Les agrégés de ces Facultés sont nommés pour dix ans et renouvelés par moitié tous les cinq ans.

Ils sont partagés en trois sections : section des sciences mathématiques pures et appliquées, section des sciences physiques, section des sciences naturelles.

Agrégation aux Ecoles supérieures de pharmacie. — Les candidats au concours de cette agrégation doivent être pourvus du diplôme de docteur ès sciences physiques ou naturelles, et de celui de pharmacien de 1re classe.

Le nombre des agrégés en exercice dans chaque Ecole supérieure de pharmacie est égal à celui des professeurs titulaires. Ils sont nommés pour dix ans et renouvelés par moitié tous les cinq ans.

Ils sont partagés en deux sections : section de physique, de chimie et de toxicologie, section d'histoire naturelle médicale et de pharmacie.

Les agrégés institués antérieurement au 20 décembre 1855 continuent à jouir des avantages que leur assurent les anciens règlements.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Le lundi 5 octobre 1857, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'ampbithéâtre de l'administration, rue Neuve-Notre-Dame, n° 2, pour la nomination à deux places de pharmacien dans les hôpitaux et hospices de Paris.

Sont admis à concourir les élèves en pharmacie ayant exercé pendant trois années au moins, en cette qualité, soit à la pharmacie centrale, soit dans les hôpitaux et hospices de Paris.

Pourront aussi être autorisés à concourir tous autres élèves en pharmacie ou pharmaciens qui présenteraient les garanties convenables.

L'inscription des concurrents aura lieu au secrétariat de l'administration depuis le samedi 5 septembre jusqu'au samedi 19 du même mois inclusivement, à trois heures de relevée.

Le secrétaire général, Signé L. DUBOST.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Dans notre numéro du 30 juin dernier, nous reproduisions un article de la *Presse médicale belge* qui signalait à la justice et à la commission médicale un charlatan se disant *guérisseur de maladies incurables.*

Ce même journal nous annonce aujourd'hui que la chambre des vacations du tribunal de première instance de Bruxelles vient de condamner cet industriel à une amende de 53 francs, pour exercice illégal de la médecine.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 106. — JEUDI 10 SEPTEMBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 106. — JEUDI 10 SEPTEMBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Paris. Sur la séance de l'Académie de médecine. — Hôpital de la Pitié (M. Becquerel). De l'état puerpéral. — Maladies des yeux (M. Desmarres). Opérations des cataractes capsulo-lenticulaires adhérentes. — Observation d'un fragment d'os avalé et extrait cinq jours après de l'extrémité inférieure de l'œsophage et peut-être de l'estomac à l'aide de l'instrument de Graeffe. — Imperforation de l'anus. — Académie de médecine, séance du 8 septembre. — Chronique et nouvelles.

Paris, le 9 septembre 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

Deux fois à quelques mois de distance la question de la transmissibilité de la fièvre jaune se présente devant l'Académie; la première fois, elle passe sans discussion, et la seconde fois elle n'est qu'incidemment abordée et à l'occasion seulement d'une proposition qui n'y touchait que par un point.

L'Académie est évidemment peu empressée de remettre cette question à son ordre du jour. Mais, à en juger par les quelques mots échangés hier et par le silence non moins significatif qui a accueilli il y a plusieurs mois une proposition qui eût été jadis très-vivement contestée, il est très-présumable que la discussion, si elle venait à se rallumer, trouverait les esprits dans une disposition un peu différente de celle où ils étaient il y a une vingtaine d'années, et que l'opinion de la majorité de l'Académie serait aujourd'hui beaucoup moins absolue probablement à cet égard qu'elle l'était alors.

Voici à quel propos ces réflexions.

Dans la séance d'hier, après la lecture d'un bon rapport de M. Gérardin (lu par M. Depaul) sur un excellent mémoire de M. Dutroulau, médecin en chef de la marine, relatif à la fièvre jaune, M. Londe, à qui apparemment ce travail a plu beaucoup moins, a exprimé le regret que le rapporteur fût absent, et qu'il ne lui fût par conséquent pas permis de relever les nombreuses erreurs soutenues par l'auteur de ce mémoire. Une de ces erreurs, entre autres, était celle qui consistait à nier l'origine paludéenne de la fièvre jaune.

Si M. Gérardin était absent, M. Trousseau était là, et il a relevé les quelques mots de M. Londe, en lui opposant les faits dont il a été témoin avec M. Louis en 1828 à Gibraltar, avec une telle précision de souvenir, qu'il semblait parler d'un événement d'hier, et avec une telle force d'argumentation et une telle chaleur de langage, que M. Londe n'a pu trouver un mot à y répondre.

C'est à l'occasion de ce point très-circonscrit des nombreuses et vastes questions examinées dans le travail de M. Dutroulau, qu'a été incidemment effleurée la question de la contagion; et dans le peu de mots qui ont été échangés à ce sujet entre MM. Londe, Trousseau et Bouchardat, les lecteurs pourront voir, comme nous l'avons vu nous-même, que si M. Londe ou tout autre cherchait de nouveau à soutenir devant l'Académie les doctrines de Chervin, les contradicteurs ne lui manqueraient point.

L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection d'un membre associé national dans la section de médecine. Les trois candidats portés sur la liste de présentation étaient MM. Denis à Commercy, Gintrac à Bordeaux, et Gendron à Château-sur-Loir. M. Gintrac, après deux scrutins, a obtenu la majorité et a été déclaré élu.

A la fin de la séance, M. Marcé a présenté un sujet qui présente un exemple des plus remarquables de polysarcie. On trouvera quelques détails intéressants sur ce sujet dans le compte rendu de la séance. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Becquerel.

De l'état puerpéral (1).

Traitement de l'éclampsie.

Le traitement de l'éclampsie a donné lieu à peu de discussions, et les idées médicales sont assez bien fixées à cet égard.

Nous supposons ici que cet accident se produit pendant la grossesse, en dehors du travail proprement dit de l'accouchement; voici ce qu'il y a à faire :

On commencera d'abord par une saignée du bras de trois à quatre palettes, et on peut même y recourir une deuxième fois. C'est là un excellent moyen. Assez souvent on a vu une attaque d'éclampsie céder après l'emploi de cette médication. Il est probable que l'émission sanguine exerce une influence sur la congestion cérébrale, qui joue un si grand rôle soit comme cause, soit comme phénomène concomitant, soit au moins comme conséquence de l'éclampsie.

Si la saignée n'a pas fait cesser l'attaque, si la connaissance n'est pas recouvrée, si enfin le pouls est encore fort et plein, on doit appliquer des sangsues derrière les oreilles. Voici la méthode que préfère M. Becquerel : on en prescrit douze, par exemple; on commence par en appliquer deux, une derrière chaque oreille; puis, dès qu'elles sont tombées, on en applique deux autres, et ainsi de suite jusqu'à ce que le nombre prescrit soit épuisé.

En même temps, on prescrit les moyens suivants :

1° Sinapismes répétés sur diverses parties du corps;

2° Vésicatoires aux cuisses, quelquefois un vésicatoire à la nuque;

3° Lavements purgatifs.

M. Becquerel a souvent eu à se louer de l'emploi du musc prescrit jusqu'à la dose de 0,50, 0,60, 0,75, et même 1 gramme dans une potion.

Enfin, après la disparition de l'attaque, il faut insister sur la continuation de moyens propres à en prévenir de nouvelles : on emploiera de préférence :

Les bains prolongés;

Les applications froides sur la tête;

Les antispasmodiques, et spécialement le musc;

Les lavements purgatifs.

§ IV. Phénomènes sympathiques de la grossesse.

Les phénomènes sympathiques de la grossesse sont de plusieurs espèces, et l'on pourrait même presque dire qu'ils varient comme chaque femme.

Voici cependant les principes généraux auxquels il nous semble possible de rattacher leur histoire :

Les phénomènes sympathiques sont le résultat des quatre grandes causes suivantes :

1° La modification quelconque, inconnue dans sa nature, mais réelle, incontestable, imprimée à l'organisme de la femme par le développement même du produit de la conception;

2° L'état d'appauvrissement du sang;

3° La débilité relative du système nerveux, produite spontanément, ou sous l'influence de la déglobulisation du sang;

4° L'idiosyncrasie des femmes.

Telles sont les quatre circonstances qui peuvent être invoquées comme capables d'en expliquer l'infinie variété.

On ne peut avoir la prétention, dans ce court résumé, de signaler tous les troubles sympathiques; nous nous bornons à en présenter le résumé général et rapide.

Appareil digestif. — Du côté du tube digestif, nous trouvons à signaler les modifications suivantes :

Les appétits bizarres et désordonnés que présentent beaucoup de femmes enceintes; la variation incessante de l'appétit; la soif exagérée; la gastralgie, avec tout son appareil si varié de symptômes; l'accumulation de gaz dans le tube digestif; les variations qui se produisent d'un jour à l'autre dans le mode suivant lequel s'accomplit la digestion.

Appareil respiratoire. — Ici l'on observe peu de troubles sympathiques. On a bien signalé une toux nerveuse qui se développerait chez certaines femmes enceintes, cesserait après l'accouchement pour se reproduire pendant une nouvelle grossesse. Mais il s'agit de savoir si on ne s'est pas trompé; si cette toux était bien un phénomène nerveux, ou n'était pas plutôt le résultat d'une bronchite chronique ou d'une tuberculisation au début. Nous restons dans le doute sur cette question.

Appareil circulatoire. — Parmi les phénomènes sympathiques qui sont souvent observés, nous citerons en particulier les deux suivants :

1° Les palpitations nerveuses, qui deviennent, chez quelques femmes, un symptôme des plus incommodes, et qui sont beaucoup plus intenses que ne le comporte le degré d'anémie existant chez ces mêmes femmes;

2° Les syncopes qui s'observent quelquefois, mais moins fréquemment que les palpitations.

Appareil de sécrétions. — Il est dans les sécrétions un trouble sympathique qu'il est très-fréquent d'observer chez les femmes enceintes; c'est le ptyalisme, qui peut acquérir des proportions considérables. Ce ptyalisme est souvent incessant et fatigue beaucoup les femmes; il contribue à les épuiser et à augmenter la déglobulisation du sang.

Les urines, dans certains cas, sont modifiées dans leur quantité et dans leurs propriétés physiques pendant tout le cours de la grossesse; elles deviennent plus abondantes, plus claires, plus limpides, moins denses; ce qu'elles doivent exclusivement à l'augmentation de la quantité d'eau. Ces urines sont tout à fait semblables aux urines dites anémiques.

Appareil nerveux. — C'est principalement du côté de cet appareil qu'on observe les troubles sympathiques les plus nombreux et les plus variés chez les femmes enceintes; et c'est pour ces phénomènes surtout qu'il faut invoquer l'idiosyncrasie des femmes.

Sensibilité. — L'exagération de la sensibilité générale est un fait qu'il n'est pas rare d'observer. Nous signalons, sous ce rapport, les diverses espèces de névralgies et de névroses qui s'observent fréquemment; l'hyperesthésie, la céphalalgie habituelle qui est accusée par un grand nombre de femmes. La perversion de la sensibilité spéciale des yeux, de l'ouïe, du goût et de l'odorat, se montre encore souvent comme trouble sympathique de la grossesse.

Myotilité. — Chez quelques femmes, on remarque une tendance à l'agitation, un besoin de mouvement. Mais un phénomène contraire plus fréquent, c'est l'apathie, la nonchalance, la fatigue, les courbatures faciles; la difficulté de la locomotion, en un mot.

Intelligence. — L'intelligence n'est pas toujours conservée intacte chez les femmes enceintes. La plupart ont au moins un changement dans le caractère : ainsi elles sont bizarres, plus faciles à émouvoir, et il est quelquefois difficile de reconnaître leur humeur habituelle.

Cette modification de l'intelligence peut aller plus loin, et conduire à une perversion réelle. Qui ne connaît les penchants irrésistibles, et parfois les monomanies, et mêmes les véritables aliénations mentales qu'il n'est pas extrêmement rare d'observer chez les femmes enceintes!

Chapitre II. — *Accouchement.*

En partant de l'acte de la conception, et en suivant la succession des faits qui en sont la conséquence et qui constituent la grossesse, nous sommes arrivés à un deuxième acte, celui de l'accouchement, qui vient s'accomplir à l'instant où le produit de la conception a acquis un développement suffisant pour vivre de la vie extérieure.

Ainsi, dans cette deuxième phase de cette unité, qu'on appelle *état puerpéral*, il est indispensable d'étudier à part deux ordres de faits : 1° les uns sont la conséquence des modifications survenues chez la femme par suite du développement du fœtus; 2° les autres sont le résultat de l'acte de l'accouchement.

A. *Modifications de la femme au moment de l'accouchement.* — Ces modifications sont les trois modifications de la grossesse, portées à leur maximum; ainsi :

1° Développement maximum de l'utérus, en rapport avec le développement correspondant du fœtus;

2° Altérations du sang, également à leur summum, et pouvant être représentées par les chiffres moyens suivants :

Eau.	820
Globules.	100
Albumine.	65
Fibrine.	4
Matières grasses. . . .	2,5
Sels alcalins.	8,5

3° Urines albumineuses dans une proportion variant de un cinquième à un septième des cas.

Toutes ces modifications sont donc dans ce moment les plus propres à produire les mêmes accidents que pendant la grossesse. Mais, en présence de l'acte important et transitoire de l'accouchement, tous les accidents de longue durée, la gêne mécanique, la pléthore, l'anémie, l'hydropisie, n'occupent plus le premier rang; un seul, par sa marche rapide, sa gravité et sa fréquence, doit nous arrêter encore : c'est l'éclampsie.

Peut-être aurions-nous dû ne décrire l'éclampsie qu'en nous occupant de l'accouchement proprement dit, car c'est alors que cet accident sévit avec beaucoup plus de fréquence. Si nous ne l'avons pas fait, c'est que nous nous sommes laissé entraîner par la

(1) Suite. — Voir les numéros des 18, 25 août et 3 septembre.

filiation des faits, et par la nécessité d'exposer les rapports intimes de cet état morbide avec l'albuminurie.

Puisque nous connaissons déjà cet accident, il nous suffira de signaler sa grande fréquence au moment de l'accouchement. La cause première est, comme dans les cinq derniers mois de la grossesse, l'altération du sang, conséquence de l'altération des reins. Quant à la plus grande fréquence, elle trouve son explication non-seulement dans le maximum des altérations du sang, mais aussi dans les circonstances de l'accouchement, qui deviennent probablement autant de causes occasionnelles.

Parmi les influences invoquées par les auteurs, comme déterminant cette fréquence plus grande de l'éclampsie, au moment de l'accouchement, on peut citer en particulier les suivants :

1° Le fait unique de l'accouchement : Dans la majorité des cas, en effet, les phénomènes de l'éclampsie éclatent au moment de l'accouchement; ainsi dans une statistique de 200 cas d'éclampsie, on l'a observé 140 fois pendant l'accouchement; ce qui fait une moyenne de 70 pour 100.

2° La primiparité.

3° La longueur et la difficulté du travail.

4° La rétention trop prolongée du placenta.

5° Les émotions vives survenant à l'instant de l'accouchement.

Telles sont les principales circonstances qui ont été notées.

L'avortement, sous le rapport de son influence sur la production de l'éclampsie, peut être placé à côté et immédiatement après l'accouchement : l'avortement est une cause d'autant plus puissante, que cet accident est plus rapproché de l'accouchement normal.

B. *Acte de l'accouchement.* L'acte de l'accouchement a deux résultats : 1° un affaiblissement; 2° des désordres physiques ou mécaniques.

1° *Affaiblissement.* — L'acte de l'accouchement est un travail, et un travail douloureux; or, par ce double caractère, il doit déterminer un affaiblissement : tout travail, en effet, et toute douleur s'accompagnent d'une perte de forces.

2° *Désordres physiques ou mécaniques.* — Ils se résument par le mot de déchirure. Cette déchirure vient du détachement du placenta, détachement qui n'est pas un simple décollement, mais une véritable rupture plus ou moins étendue siégeant à la surface de la muqueuse de l'utérus.

A cette déchirure, que l'on pourrait appeler physiologique, viennent souvent se joindre d'autres lésions accidentelles du même genre, et produites soit par le passage de l'enfant, soit par la main ou l'instrument de l'opérateur.

La déchirure de l'utérus ne produit pendant la période de l'accouchement qu'un seul accident, c'est l'hémorrhagie.

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître la rupture des vaisseaux sanguins, comme le point de départ de l'hémorrhagie; mais tous ne le sont pas pour expliquer le mode d'action de cette cause : trois opinions ont été émises à ce sujet.

Première opinion. — L'hémorrhagie est produite par l'exagération des lésions physiques.

Deuxième opinion. — D'après M. Blot, les désordres physiques ne produisent l'hémorrhagie qu'à la condition d'une albuminurie agissant comme cause prédisposante.

Troisième opinion. — D'après la plupart des auteurs, la rupture des vaisseaux ne produit l'hémorrhagie que dans le cas où elle se combine avec l'inertie de l'utérus : l'utérus, ne se contractant pas, laisse les vaisseaux béants, et permet ainsi l'écoulement sanguin.

Nous passerons sous silence les signes et le traitement de cette hémorrhagie; nous remarquerons seulement qu'elle détermine un affaiblissement s'ajoutant à celui qui est causé par le travail douloureux de l'accouchement.

(*La fin à un prochain numéro.*)

MALADIES DES YEUX. — M. DESMARRES.

Opérations des cataractes capsulo-lenticulaires adhérentes.

On désigne sous le nom de cataractes adhérentes l'opacité du cristallin et de sa capsule, compliquée d'adhérences entre cette membrane et l'iris.

Dans toute cataracte adhérente, l'iris a été enflammé à divers degrés, et le chirurgien doit toujours tenir compte de cette complication. On examinera donc, avant de choisir le procédé, l'état de cette membrane et les causes générales, spécifiques et autres, sous l'influence desquelles le mal s'est développé.

On recherchera surtout avec le plus grand soin l'époque depuis laquelle l'œil malade n'est plus atteint d'inflammation, et l'on aura soin d'ajourner toute manœuvre opératoire s'il ne s'est pas passé six mois, une année même de tranquillité parfaite. On devra, en outre, reconnaître s'il n'y a pas de complication amaurotique, et dans ce but on fera toutes les recherches nécessaires au jour ordinaire et surtout à l'aide de la lumière artificielle. Le commémoratif sera étudié avec attention, parce que le malade, qui aura conservé encore une sensation vive de la lumière, pourra apprendre au médecin, en lui racontant ce qu'il a éprouvé au début des accidents ou plus tard, qu'une complication grave existe ou a existé du côté des membranes profondes, par exemple une hydropisie sous-rétinienne, etc. Aussi, si l'œil atteint d'une cataracte adhérente, a cessé tout à coup, avant l'apparition de ce mal, de voir les objets dans leur totalité et ne les a perçus seulement que dans une moitié; qu'en outre le malade raconte qu'il a conservé quelque temps la faculté de voir seulement par le côté interne de la rétine, on a la certitude qu'un décollement de cette membrane a préexisté et que l'opération de la cataracte n'aura qu'un résultat très-incomplet, etc.

On aura ensuite à peser la valeur des procédés opératoires, en n'oubliant pas que les yeux ayant été enflammés à diverses reprises, on ne doit songer que le plus exceptionnellement possible à ceux dans lesquels le cristallin opaque sera abandonné dans la chambre postérieure. L'extraction, d'après les résultats de ma pratique, est ici la règle; et si l'on réfléchit que le moyen le plus favorable pour arrêter les irido-choroïdites chroniques consiste à exciser l'iris, on ne devra pas craindre d'enlever d'abord un large lambeau de cette membrane pour faire place à la cataracte, et plus tard à la lumière, car cette perte de substance dans le diaphragme est un excellent moyen de prévenir l'inflammation traumatique du globe.

Les symptômes de la cataracte complétement adhérente sont faciles à reconnaître : la pupille est immobile, ordinairement étroite, frangée à ses bords, et elle ne se dilate pas ou ne s'ouvre que très-incomplétement sous l'influence des instillations d'atropine. La pupille est blanche, blanc-jaunâtre, remplie d'une matière exsudative qui caractérise la cataracte pseudo-membraneuse, et dans quelques endroits où la capsule est transparente, on constate les caractères ordinaires de la cataracte lenticulaire. Quelquefois cependant ces interstices n'existent pas, et l'on peut alors distinguer la cataracte capsulo-lenticulaire adhérente d'une fausse membrane pupillaire, ce qui n'a aucune importance, parce que dans toute opération ayant pour but de détruire la cataracte adhérente ou de remédier aux fausses membranes pupillaires, on doit d'abord, par prudence, exciser l'iris sans toucher au cristallin.

Les symptômes de la cataracte incomplétement adhérente sont très-nets : tantôt c'est un simple point de la marge pupillaire faisant corps avec la capsule ou plusieurs synéchies à peu près régulièrement distantes les unes des autres ; tantôt c'est une bandelette exsudative qui fixe une petite partie de la pupille à la cataracte, que l'on distingue aisément à travers les parties encore libres et extensibles de cette ouverture.

La cataracte peut encore être compliquée de synéchie antérieure partielle sans aucune adhérence à la capsule ou avec adhérence à cette membrane.

Dans le premier cas, la cornée a été blessée et ulcérée, et l'iris a fait une hernie partielle qui s'est guérie en déviant plus ou moins la pupille. En pareille circonstance, le chirurgien tiendra compte de la direction et du rétrécissement de la pupille : il aura donc soin, si cette ouverture est convenable encore, de se borner à l'opération simple de la cataracte ; mais si elle est rétrécie ou trop oblique, il sera indispensable d'ouvrir une pupille artificielle soit en déchirant l'adhérence iridienne antérieure, soit en excisant seulement l'iris dans sa partie libre, suivant la nécessité et le point de la cornée qui sera devenue opaque.

Dans le second cas, outre une ulcération ou une blessure de la cornée, il y a aussi une iritis sous l'influence de laquelle la partie de la pupille non engagée dans la cornée est devenue adhérente à la capsule, et l'on a ainsi affaire à une cataracte adhérente à l'iris et compliquée encore de synéchie antérieure partielle. Là on sera rarement conduit à déchirer la portion d'iris qui est adhérente à la cornée ; cependant cette nécessité pourrait se rencontrer quand la synéchie antérieure est assez large et directement en bas. Dans la majorité des cas, il suffira de pratiquer une pupille artificielle sur la portion d'iris adhérente à la capsule, puis d'extraire la cataracte pour rétablir la vision.

Les procédés d'extraction varient suivant que l'on a affaire à des cataractes complétement ou incomplétement adhérentes à l'iris; nous ne nous occuperons ici que des premières.

L'extraction des cataractes complétement adhérentes est une combinaison de l'opération de la pupille artificielle et de l'extraction ordinaire. On en exécute les deux temps principaux soit dans la même séance, soit à une distance plus ou moins éloignée, suivant que l'on juge que l'œil est ou non capable de résister à une manœuvre prolongée et aux accidents qui peuvent en être la suite. Dans le premier cas, on pratique l'opération de la pupille artificielle et de la cataracte en même temps ; dans le second, on exécute d'abord une pupille artificielle, et plus tard on détruit la cataracte.

Opération simultanée de la pupille artificielle et de la cataracte. Après qu'on s'est assuré que l'iris ne présente plus aucune trace de l'inflammation qui a produit les adhérences, et que celles-ci sont si étendues qu'il serait impossible ou dangereux d'essayer de les diviser et d'abaisser le cristallin, on dispose le malade à subir l'opération dont voici le manuel :

Premier procédé. — Le patient est couché sur un lit et tout est disposé pour le premier temps, de la même manière que s'il s'agissait d'exécuter l'opération de la pupille artificielle par le procédé du déchirement à la partie inférieure de la cornée. Il n'y a aucune modification dans la manœuvre, sinon qu'il est indispensable de tenir l'incision de la cornée un peu plus longue afin que l'iris excisé dans une plus grande étendue laisse un passage suffisant pour le cristallin. L'ouverture, du reste, sera plus grande chez l'homme âgé que chez les jeunes sujets, le noyau du cristallin ayant après quarante ans une densité plus grande. On la pratique avec le couteau à cataracte, ou, s'il y a quelque difficulté, avec le couteau lancéolaire, en ayant l'attention de la tenir très-rapprochée de la sclérotique.

Ce premier temps exécuté, on saisit l'iris avec la pince, et après l'avoir déchiré, on l'excise. S'il y a du sang dans la chambre antérieure, on se hâte de l'en faire sortir en écartant doucement les lèvres de la plaie de la cornée, afin de juger en dernier ressort si l'on a affaire à une fausse membrane pupillaire seulement, ou à une cataracte lenticulaire adhérente. Le cristallin, dans le premier cas, est conservé puisqu'il est transparent, tandis que dans le second, il doit être extrait.

Si l'on a reconnu que le cristallin est opaque, la capsule est ouverte aussitôt avec le kystitome de la manière accoutumée, et la cataracte facilement extraite si l'incision de la cornée est suffisante et la perte de l'iris assez grande. Mais si ces conditions n'ont pas été remplies, ou que la cataracte demeure fixée dans l'œil par l'épaississement de la capsule, on s'arme de la même pince qui a servi à l'excision de l'iris, et l'on tient prêts le kystitome et la curette. Avec la pince on saisit la capsule, et on essaye de la déchirer sur un ou plusieurs points, et avec le second on divise le cristallin, et on l'attire à soi en le traversant d'arrière en avant dans son épaisseur. Si ces manœuvres ont réussi à le fragmenter, la curette, introduite autant de fois que cela est nécessaire, amène les débris au dehors, et l'on finit ainsi par avoir une pupille suffisamment étendue et noire. Dans ce cas, la moitié supérieure de la lentille, celle qui reste cachée derrière l'iris, est généralement conservée sans danger ; cependant, si la manœuvre nécessaire n'est pas trop laborieuse, il vaut mieux l'extraire, dans la crainte qu'en produisant du gonflement elle n'entraîne des accidents capables d'entraver la réunion de la plaie de la cornée. Mais si, malgré la manœuvre de la pince, celle du kystitome et de la curette, le cristallin demeure toujours adhérent, on essaye d'un crochet approprié, et l'on parvient souvent à terminer l'opération avec facilité au moyen de cet instrument, et à extraire ensemble la capsule tout entière et la lentille.

Toutes ces manœuvres doivent être faites lentement avec la plus grande précaution, et avec l'attention, tout en fixant l'œil, de ne pas exercer sur lui la moindre pression capable d'ouvrir ou de faire sortir le corps vitré. Dans quelque cas où l'on peut reconnaître que la cataracte adhérente est molle, on doit modifier le procédé de la manière suivante : La ponction est faite avec le couteau lancéolaire et agrandie au besoin avec un petit couteau mousse, mais tenu cependant au-dessous de la grandeur de la section nécessitée pour l'extraction ordinaire. La réunion de la plaie est ainsi plus certaine. L'iris étant excisé et la capsule ouverte, on glisse la curette derrière le cristallin, de manière à pénétrer jusqu'au bord supérieur du noyau. Arrivé là, on le brise en deux avec la curette, que l'on ramène fortement vers la cornée, et on l'extrait avec facilité en deux parties.

Le pansement est le même qu'après l'opération de la cataracte.

Voici deux faits dans lesquels cette opération a été pratiquée avec le succès le plus complet :

Premier fait. — M. le général Lopez, des îles Baléares, vint me trouver pour la première fois en 1854; il avait souffert depuis de longues années déjà de fréquentes iritis, sous l'influence desquelles les pupilles étaient devenues adhérentes aux capsules. L'œil gauche donnait encore assez de lumière au malade pour qu'il pût se conduire, mais la lecture était depuis longtemps impossible. L'œil droit était, à peu de chose près, dans le même état. On voyait de ce côté, sans qu'il pût rester le moindre doute, une cataracte lenticulaire incomplète.

Dans la situation malheureuse où il se trouvait, je lui proposai d'opérer ce dernier œil d'une pupille artificielle par excision, et je lui rendis ainsi assez de vue pour qu'il pût lire avec quelque difficulté et à l'aide de verres très-grossissants. Satisfait de ce résultat, il retourna en Espagne.

En 1855, il vint me retrouver; sa vue avait considérablement baissé dans l'œil opéré, et dans l'autre œil elle avait tout à fait disparu. Des exsudats épais masquaient la pupille, et de ce côté il n'était pas possible de savoir s'il existait ou non une cataracte.

Une pupille artificielle par déchirement fut pratiquée sur cet œil, comme elle l'avait été sur l'autre; mais j'eus le regret de constater qu'il y avait là une cataracte lenticulaire assez avancée. La vue fut cependant assez améliorée pour que le général retournât encore une fois chez lui. Mais depuis l'an dernier, la cataracte s'est complétée, et la pupille artificielle que j'avais pratiquée dans l'œil droit s'est oblitérée à ce point que la vue est complétement éteinte. Du reste, aucun noyau, aucune inflammation depuis l'année dernière.

Le 29 août 1856, je pratique l'opération suivant le procédé que je viens d'indiquer. Une ponction assez large est faite à la partie inférieure de la cornée avec le couteau lancéolaire ordinaire. Puis l'iris est excisé à droite et à gauche de la pupille artificielle en partie oblitérée, la capsule ouverte et le cristallin extrait en deux moitiés avec la curette sans grande difficulté. La pupille devient tout aussitôt très-noire; mais nous remarquons, les docteurs de la Calle (de la Havane), Hesse (de Mayence), Delgado (de Venezuela), Morican (de Genève) et moi, que la coaptation de la plaie kératique est impossible, parce que le corps vitré y fait hernie. Après quelques tentatives infructueuses de réduction, et un certain temps d'attente pendant lequel l'œil fut doucement comprimé, je pris la résolution d'ouvrir l'hyaloïde, et tout aussitôt un tiers environ du corps vitré très-ramolli ayant été expulsé, l'œil fut fermé. La plaie étant dans les conditions voulues, la guérison ne se fit pas attendre, et après quelques semaines le malade pouvait lire avec les verres à cataracte ordinaires, n° 9, de Jæger.

Deuxième fait. — Mme la baronne de F... (de Lisbonne) m'est amenée, le 22 août 1856, complétement aveugle; elle a souffert d'iritis qui se sont répétées très-fréquemment, et les deux pupilles, comme dans le cas précédent, sont devenues adhérentes à la capsule. Du côté gauche, une exsudation très-épaisse remplit la pupille, et la malade ne perçoit de ce côté qu'avec la plus grande difficulté la lumière d'une bougie approchée de 30 à 40 centimètres de son visage. Dans l'œil droit, il y a, indépendamment des synéchies postérieures, une cata-

racte lenticulaire incomplète. La malade peut suivre de ce côté la bougie dans la chambre à plusieurs mètres de distance, et compte, bien difficilement il est vrai, mais enfin peut compter les doigts quand on les rapproche à 3 ou 4 centimètres de la cornée. Les yeux sont d'ailleurs parfaitement nets de toute injection.

La cécité date de quatre ans, et malgré ce laps de temps, la malade est encore affligée au plus haut point, et son état est tel sous ce rapport, que dans la crainte de la voir se livrer au désespoir, on est obligé d'établir autour d'elle une surveillance active.

Après avoir bien étudié l'état local et l'état général, qui a présenté quelques complications actuellement éloignées, je me décide à conseiller sur l'œil droit seulement une opération, et j'engage au préalable les parents et la malade elle-même à consulter plusieurs personnes.

M. Cruveillbier est d'avis que l'œil gauche seulement peut être soumis à l'opération; mais il ajoute, dans sa consultation, que « l'opération lui paraît offrir bien peu de chances de succès, et qu'il préférerait la dépression à l'extraction; que l'œil droit ne doit pas être opéré, etc. »

M. Nélaton craint, au contraire, la dépression, qui exposerait à des accidents inflammatoires névralgiques semblables à ceux qui ont existé autrefois; puis il conseille la kératonyxis avec perforation centrale du cristallin. « Cette opération, dit-il, présenterait-elle quelques chances de succès? Je dois dire que je ne l'ai jamais vue réussir dans les conditions où nous nous trouvons. Je ne connais aucun cas de guérison obtenue par d'autres chirurgiens, et je ne saurais donc engager Mme la baronne à s'y soumettre. »

Un oculiste a été également consulté. « Dans l'œil droit, dit-il, l'opération de la cataracte est indiquée, impossible par abaissement et par extraction à cause des adhérences, du volume du cristallin et de sa consistance demi-molle; elle ne pourra être pratiquée que par le broiement avec abaissement des fragments du cristallin morcelé. » Puis il prescrit un traitement général, préparation qui devra retenir la malade à Paris pendant cinq à six mois au moins, après quoi il verra si l'opération est ou non possible.

Si j'insiste sur ces détails, c'est dans le but de mettre en relief une opération qui a une très-grande valeur pratique, et qui jusqu'ici n'a pas été suffisamment abordée, à cause des difficultés que l'on suppose à son exécution régulière.

La malade n'a été soumise à aucun traitement préalable. Dans les quatre dernières années, des moyens convenables avaient été employés, et je l'ai opérée de l'œil droit le 11 septembre 1856, avec l'aide de MM. les docteurs de la Calle (de la Havanne), Hesse (de Mayence), Delgado (de Venezuela), Morican (de Genève) et quelques autres encore.

Les paupières étant écartées et l'œil fixé comme à l'ordinaire, la cornée fut ponctionnée tout près de la sclérotique avec le couteau lancéolaire. L'incision terminée pouvait être évaluée aux deux tiers de l'incision à lambeau tout au plus. L'iris fut saisi le plus largement possible à l'aide d'une pince courbe, déchiré, entraîné au dehors et excisé sans difficulté. Une belle pupille artificielle fut le résultat immédiat de l'opération, et l'on put reconnaître alors que le cristallin était opaque dans une très-grande partie de son noyau, ce qui d'ailleurs avait déjà été constaté par tous les consultants.

Armé d'une curette et d'un kystitome, je divisai d'abord la capsule en plusieurs points; puis, introduisant la curette la concavité en avant, derrière la lentille, et suivant une ligne perpendiculaire, je tournai contre ce corps le bord tranchant de la curette en la faisant pivoter sur son axe et en la ramenant fortement en avant vers la cornée. Je pus diviser ainsi en deux moitiés latérales le cristallin; extraire la moitié externe, puis l'interne, fut l'affaire d'un instant, et tout aussitôt la malade put compter les doigts à la distance de 60 à 80 centimètres, et reconnaître facilement plusieurs personnes de sa famille. On lui montra aussi quelques objets qu'elle nomma facilement. La plaie fut fermée, l'œil soumis pendant quarante-huit heures environ à l'action du froid, et le quatrième jour il fut entièrement découvert.

Le 3 octobre, vingt-six jours après l'opération, la malade se conduisait très-aisément, et à l'aide du nº 4 à cataracte distinguait le nombre et la forme des personnes qui passaient dans la rue (elle logeait au premier étage. Avec le nº 2, elle voyait à choisir des étoffes et de menus objets de toilette de couleurs différentes.

Jusqu'ici elle ne peut pas encore lire avec ces mêmes verres.

OBSERVATION D'UN FRAGMENT D'OS AVALÉ

et extrait cinq jours après, de l'extrémité inférieure de l'œsophage et peut-être de l'estomac, à l'aide de l'instrument de Graeffe.

Par M. le docteur PILLORE.

Un homme de trente ans environ avala, le 22 septembre 1854, en mangeant de la soupe, un fragment d'os de bœuf qui lui occasionna immédiatement de vives douleurs à la partie inférieure de l'œsophage. Terrifié et tourmenté de vomissements incessants, il présentait un visage fortement coloré, sillonné de larmes dues aux efforts qu'il faisait pour vomir. Il indiquait que le corps étranger était arrêté à la hauteur de l'appendice xyphoïde du sternum du côté gauche. Ses patrons et les assistants lui conseillèrent tantôt d'introduire plusieurs doigts dans l'arrière-bouche afin de solliciter de nouveaux vomissements, tantôt d'avaler de la mie de pain mâchée, ou de l'huile et de l'eau-de-vie, etc. Lorsque l'estomac eut rejeté tous les aliments et les ingesta qui venaient d'être pris, on se décida, à bout de ressources, à envoyer chercher le docteur Grout. Ce médecin, considérant le point où se manifestait la douleur, et attribuant les nausées dont était tourmenté le malade bien plus aux tentatives qui avaient été faites qu'à la présence du corps étranger, exprima l'opinion que l'os allait bientôt descendre de lui-même dans l'estomac, et que les douleurs ne tarderaient pas à cesser.

Cette promesse ne tranquillisant pas le patient, le médecin, dépourvu d'instruments, essaya, à l'aide d'une tige plate de baleine garnie d'abord d'un peu de linge huilé, ensuite d'un petit morceau d'éponge imbibée du même liquide, de déplacer le corps étranger et de le précipiter dans l'estomac; mais le volume de ces appareils extemporanés, tout petit qu'il était, fut cause de l'impossibilité de leur introduction à l'isthme du gosier; le voile du palais, la base de la langue, les muscles du pharynx, par leurs contractions synergiques, s'opposant à leur pénétration.

Alors il introduisit la tige plate de baleine seule, et pénétra aisément jusque dans l'estomac, rencontrant toujours latéralement le corps étranger qui paraissait assez mobile, et ne pouvant jamais l'attaquer du bout de sa tige. La profondeur à laquelle il était descendu, et qui correspondait bien à l'appendice xyphoïde, le confirma de plus en plus dans son opinion, et le détermina à cesser toute nouvelle tentative.

Mais le malade, continuant de souffrir et de vomir de temps à autre, prit le parti de s'en aller par le chemin de fer à son village, où le médecin, qui l'avait soigné pendant toute sa jeunesse, recommença, à diverses reprises, des recherches analogues aux précédentes et aussi infructueuses. En présence de l'inutilité de ses efforts et du désespoir de son client, ce praticien conseilla de retourner à Rouen et de s'adresser à M. le docteur Pillore, qui possédait des instruments convenables à l'extraction de ce corps étranger.

Quoique affaibli par cinq jours de diète, par des efforts innombrables de vomissements, par l'insomnie et par la peur, le jeune homme suivit cet avis, et vint à Rouen, le 26 septembre, trouver M. Pillore.

Pressé d'agir, et sans se dissimuler le peu de confiance qu'il avait en ses instruments et en son adresse, celui-ci essaya l'instrument de Graeffe. L'introduire de presque toute sa longueur dans l'œsophage et loger fort heureusement le fragment d'os dans le petit panier mobile qui le termine, fut l'affaire d'un instant; mais lorsqu'il fallut ramener au dehors l'appareil ainsi chargé, les difficultés se déclarèrent; il y eut un moment où l'on désespéra de pouvoir en venir à bout, et l'effort nécessaire pour remonter jusqu'au haut de l'œsophage fut tel, que la crainte de briser soit l'attache du panier, soit son anse, préoccupa tous les esprits. Enfin, on arriva à la hauteur du larynx; le malade fit alors un effort considérable de vomissement qui rejeta le corps étranger au dehors de la bouche.

Cette portion d'os de bœuf, aplatie, triangulaire, représentait assez bien un triangle équilatéral; chaque côté mesurait 24 millimètres; son épaisseur était de 4 millimètres; elle était constituée par une lame de tissu compact, dont une des faces était lisse et l'autre bérissée de plusieurs lignes entrecroisées de tissu celluleux.

On s'est demandé si le corps étranger était situé, au moment de son extraction, à l'extrémité inférieure de l'œsophage, ou s'il était engagé à l'entrée de l'estomac. Il a été dit, en faveur de cette dernière opinion, que la diète prolongée, les efforts nombreux de vomissements, avaient dû faire contracter l'estomac et lui donner la forme d'un intestin, dont la capacité, toutefois, était supérieure à celle de l'œsophage.

Or, comme ce viscère est placé transversalement à la direction du conduit œsophagien, l'esprit saisissait bien la disposition respective de l'instrument de Graeffe et du fragment d'os, et se rendait compte de la facilité de leur coaptation et des difficultés de l'extraction.

Mais le corps étranger n'eût-il été situé qu'à la fin de l'œsophage, le succès n'en est pas moins beau et l'observation moins curieuse. (*Bull. de la Soc. méd. de Rouen.*)

IMPERFORATION DE L'ANUS.

En 1821, M. Miller avait pratiqué une opération sur un sujet qui présentait une imperforation de l'anus; quelques détails de cette observation ont été consignés en 1829 dans le *Edinburg medical and surgical Journal.* C'était au mois de janvier. M. Miller avait accouché une jeune femme d'un enfant mâle. Trente heures après la naissance, on s'aperçut que l'enfant ne présentait pas d'anus; rien n'indiquait la place que devait occuper l'orifice de l'intestin. Le méconium passait par l'urètre. M. Miller fit dans le point où se trouve ordinairement l'anus, une incision d'un pouce de longueur et de profondeur, puis introduisit un trocart volumineux, celui qu'on emploie dans la paracentèse abdominale; et à la seconde tentative, après avoir enfoncé l'instrument jusqu'à la *garde*, il pénétra dans l'intestin et donna cours aux matières.

Ce qui se passe ordinairement se présenta encore ici; grande fut la difficulté de maintenir l'anus ouvert, et avant que l'enfant eût atteint son huitième mois, il fallut pratiquer dix incisions avec le bistouri. A peine commençait-il à marcher qu'il se montra très-friand de fraisils, qui, s'arrêtant dans le rectum, nécessitaient de fréquentes opérations. Dans une de ces dernières, il fallut tourner le bistouri de manière à détruire la bride antérieure; dans ce mouvement la vessie fut atteinte, et depuis ce temps l'urine passa en petite quantité par le rectum, mais sa presque totalité suivit la voie de l'urètre. Les laxatifs et de nombreux lavements permirent aux garde-robes de se faire avec assez de facilité.

L'enfant avait quatre ans, lorsqu'un jour sa mère éprouva quelque difficulté à introduire la canule de la seringue dans le rectum; il lui sembla sentir un corps dur et résistant. Elle n'avertit pas M. Miller de cet accident. Mais trois ans après survint une obstruction complète de l'intestin avec des douleurs atroces. On découvrit alors dans le rectum un calcul assez volumineux.

L'anus était si rétréci qu'on pouvait à peine y introduire une plume d'oie; M. Miller l'élargit assez pour y introduire son doigt, et il reconnut que la concrétion était assez volumineuse pour remplir la face excavée du sacrum. La dureté de cette pierre fit penser qu'on ne pourrait l'extraire que par fragments. Dans ce but, il construisit un foret à l'aide duquel il put facilement pratiquer un trou d'un quart à 5/8es de pouce de diamètre. Pour maintenir la pierre pendant son forage, il glissa une pince dont les deux branches, introduites séparément, furent ensuite reliées entre elles.

L'anus fut alors élargi en avant et en arrière d'une manière suffisante, et on fit agir le foret jusqu'à ce que la pierre fût traversée de part en part. On fit pénétrer dans cette ouverture une forte pince à polypes; et en écartant violemment les deux branches, la pierre éclata en deux ou trois fragments, qui furent à leur tour forés, brisés et extraits. L'opération dura deux heures trois quarts. Tous les fragments enlevés, le malade fut mis dans son lit. Au bout de dix jours il put se lever, l'anus était revenu à ses dimensions naturelles.

Le calcul était du volume d'un très-gros œuf de dinde, très-dur, très-rugueux à l'extérieur, et comme formé de matières terreuses. L'extérieur ressemblait aux concrétions intestinales. La matière calcaire s'était déposée autour d'un noyau fort dur.

M. Miller quitta quelques années le pays et perdit son malade de vue. Mais ayant entendu parler de deux cas malheureux de vice de conformation de l'anus (dont l'un présentait un anus s'ouvrant dans la vessie), et dans lesquels on ne pratiqua aucune opération, la jugeant complétement inutile, il fit des recherches pour savoir ce qu'était devenu son malade. Il existait encore. M. Miller a pu se rencontrer avec lui. Il se porte bien, ne s'est jamais plaint depuis que sa pierre a été enlevée, et il est aujourd'hui un fort et actif fermier. A l'âge de douze ans, une seconde pierre molle, de la grosseur d'une châtaigne, passa sans douleur avec les fèces, mais on l'a perdue. Les fonctions vésicales et rectales s'exécutent parfaitement bien.

(*The Lancet.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 septembre 1857. — Présidence de M. ROCHE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet : 1º Compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Pas-de-Calais et dans le département de la Somme pendant l'année 1856; 2º le rapport final de M. le docteur de Crevoisier, médecin des épidémies, sur une épidémie de fièvre scarlatine qui a régné à Briey et dans les localités voisines pendant le premier semestre de 1857; 3º un rapport de M. Girault, médecin des épidémies de l'arrondissement de Rambouillet, sur une épidémie de fièvre intermittente qui a régné dans la commune de Clairefontaine. (Commission des épidémies.)

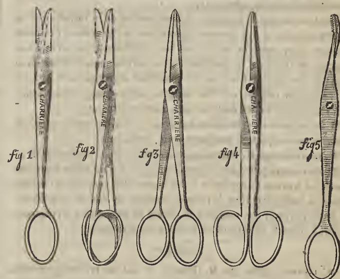
CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Pellagre des aliénés. — M. E. Billod, médecin de l'asile d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire, adresse un mémoire sur une variété de la pellagre propre aux aliénés, à propos d'une endémie de cette affection, observée à l'asile départemental de Maine-et-Loire. (Commissaires, MM. Ferrus, Baillarger et Gibert.)

Nouveau modèle de ciseaux et de pinces. — M. Jules Charrière présente à l'Académie un nouveau modèle de ciseaux et de pinces, disposés de manière à tenir très-peu de place dans les trousses et dans les boîtes d'instruments; ces instruments conservent toute la puissance de levier qui est le caractère des ciseaux à branches écartées et reliées au milieu des anneaux.

Pour remédier au défaut de puissance des ciseaux à branches rapprochées, M. Charrière a fait de nombreux essais. Autrefois, pour satisfaire au désir de Roux, il a essayé de courber légèrement les branches, mais les résultats l'ont engagé à chercher une modification plus avantageuse, et il l'a trouvé, surtout en ce qui regarde la simplicité et la solidité; ces modèles ne tiennent dans la trousse que la place d'un seul anneau de ciseaux.

En supprimant l'épaulement des entablures, selon le principe employé par lui depuis de longues années pour toutes les pinces et ciseaux à branches croisées et décroisées, il a pu, par leur élasticité, faire glisser les deux branches et les deux anneaux l'un sur l'autre, de manière à les superposer; l'épaisseur des deux anneaux réunis n'excède en rien celle de la partie moyenne des branches au point d'union ordinaire du tenon. Cette manœuvre s'opère également pour les ciseaux à branches serrées, ainsi qu'on le voit fig. 1 et 2; et si l'on ne veut pas les croiser, ces deux genres de ciseaux restent dans leur forme ordinaire, voir fig. 3 et 4. Si on ne veut pas avoir d'écartement des lames, on désassemble les ciseaux ou les pinces, comme quand on veut les nettoyer, et on les réassemble en sens inverse, de manière à superposer les deux branches. Il est bien entendu que ce dernier système ne peut être appliqué qu'aux ciseaux droits et aux pinces articulées, à l'aide du tenon qui permet de nettoyer si complétement ces instruments, voir fig. 5.



Il en résulte que l'on a tous les avantages des ciseaux à branches écartées sans en avoir les inconvénients; au contraire, ces instruments présentent encore moins de volume que ceux de Percy, puisqu'on peut réduire leur largeur à celle d'un seul anneau.

On comprendra toute l'importance d'une aussi grande réduction de

largeur pour les plus petites boîtes à cataractes, et surtout pour les trousses dans lesquelles il est si important de réduire les surfaces.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre associé national dans la section de médecine.

La liste de candidature proposée et arrêtée dans le comité secret de la séance dernière est composée comme suit :

1° M. Denis (de Commercy);
2° M. Gintrac (de Bordeaux);
3° M. Esprit Gendron (de Château-du-Loir).

Le nombre des votants est de 35; majorité, 18.

M. Gintrac obtient. . . .	13 suffrages.	
M. Denis.	9	—
M. Gendron.	9	—
Un billet blanc.		

Aucun candidat n'ayant obtenu la majorité, on procède à un second scrutin :

Nombre des votants, 32; majorité, 17.

M. Gintrac obtient. . . .	17 suffrages.	
M. Gendron.	9	—
M. Denis.	5	—
Un billet blanc.		

M. Gintrac ayant réuni la majorité, est proclamé membre associé.

RAPPORTS.

M. BOUCHARDAT fait un rapport verbal sur une note de M. Boutigny (d'Evreux) relative à la destruction des miasmes par les fumigations.

Fièvre jaune. — M. DEPAUL lit pour M. GERARDIN, absent, un rapport fait au nom d'une commission composée de MM. Louis et Gérardin, relatif à un mémoire sur la *fièvre jaune*, par M. le docteur Dutroulau, premier médecin en chef de la marine.

Le mémoire qui est l'objet de ce rapport résume les observations de M. Dutroulau pendant les années d'épidémie qui viennent de s'écouler de 1851 à 1855 à la Martinique et à la Guadeloupe. L'auteur, recherchant si la maladie qui se présentait à son étude était analogue à celle qu'il avait traitée à d'autres époques ou qui a été décrite par les auteurs, conclut à son identité avec la fièvre jaune de tous les temps et de tous les lieux.

Le véritable caractère anatomique de la fièvre jaune est une altération du sang (qui est noir, diffluent, sans plasticité, et contient en notable proportion les principes de la bile et de l'urine), et qui à elle seule explique la généralité des lésions ainsi que les symptômes observés pendant la vie.

La fièvre jaune présente suivant les épidémies ou successivement pendant le cours d'une même épidémie la prédominance ou l'absence de certains symptômes, modifications dans lesquelles les auteurs ont cru reconnaître des formes particulières de la maladie (fièvres jaunes congestives, inflammatoires, gastriques, hémorrhagiques, cérébrales, etc.). Ces divisions ne sont pas fondées; ce sont des caractères passagers qui se généralisent probablement par des changements survenus dans la série épidémique, mais qui ne constituent pas des types constants.

Le mode de transmission de la fièvre jaune, si débattu naguère encore, a été soumis par M. Dutroulau au contrôle le plus attentif des faits. L'observation la plus attentive lui a démontré que les malades développent autour d'eux une atmosphère morbide transmissible de la fièvre jaune : la transmission s'établit également et par l'infection des malades et par celle des localités. Il signale des faits remarquables d'importation épidémique par des navires infectés, dont les malades avaient été envoyés dans les hôpitaux militaires; là, comme à bord des vaisseaux, il a pu constater rigoureusement des exemples de transmission limitée d'un malade à ses voisins de lit, en dehors de toute influence épidémique.

Toutefois, en mentionnant ces faits, M. Dutroulau est bien loin de les formuler comme loi générale : il reconnaît la difficulté de préciser la fréquence de ces deux modes de transmission. La fièvre jaune est subordonnée, pour la transmission, à l'influence des localités : jusqu'à présent cette maladie ne s'est déclarée et propagée que dans la zone isotherme assignée aux pays chauds : hors de cette limite, elle n'a plus donné que des cas de transmission individuelle.

De la discussion à laquelle l'auteur se livre sur le traitement, il résulte qu'il n'existe pas encore de traitement d'une efficacité bien constatée contre la fièvre jaune. Mais si la thérapeutique n'a pas encore révélé sa puissance, la prophylaxie a fait ses preuves; et il n'est plus douteux pour personne dans les Antilles, qu'on ne puisse se préserver de la fièvre jaune épidémique en s'éloignant en hauteur et en distance pendant toute la durée de l'épidémie, des bords de la mer où sont concentrés ses foyers infectueux.

Quant au moyen de s'opposer à l'importation de la maladie par les navires infectés, si des mesures quarantenaires rigoureuses paraissent illusoires et oppressives au delà des bords isothermes qu'on n'ont jamais franchis les invasions épidémiques, elles sont justement légitimées en deçà de ses bords. L'évacuation immédiate et complète de la partie de l'équipage menacé sur des lieux de préservation, et la purification radicale du navire sont les seuls moyens de salut.

M. le rapporteur, après avoir fait ressortir ces diverses propositions, termine son rapport en proposant pour conclusions :

1° De remercier M. Dutroulau de son importante communication;

2° De recommander à la future commission des membres correspondants les travaux scientifiques et les honorables services qui ont mérité à ce confrère le titre de premier médecin en chef de la marine;

3° De renvoyer son mémoire au comité de publication, et transmettre une copie de ce rapport au ministre de la marine.

DISCUSSION.

M. LONDE regrette que M. Gérardin ne soit pas présent pour défendre son rapport; le travail de M. Dutroulau renferme une infinité d'assertions reconnues inexactes. Ainsi, par exemple, il n'est douteux pour personne aujourd'hui que la fièvre jaune ne soit d'origine paludéenne.

M. TROUSSEAU. Je ne puis m'empêcher de relever le mot que vient de prononcer M. Londe au sujet de l'origine palustre de la fièvre jaune. Je me permettrai de parler, non pas d'après l'expérience des autres, mais d'après celle qui m'est commune avec notre honoré collègue M. Louis. Lorsque nous fûmes envoyés, en 1828, dans le sud de l'Espagne, pour observer la fièvre jaune, nous arrivâmes tout d'abord à Gibraltar, ville bâtie sur une roche calcaire, où l'on ne trouve ni eau ni terre. Il a fallu faire venir à grand frais de la terre d'Espagne, pour les jardins et les promenades. L'eau est aussi apportée du dehors, car il n'y a pas une source sur le rocher. On se procure encore de l'eau en recevant l'eau pluviale dans de petites citernes. Est-ce donc là un de ces marais nécessaires au développement de la fièvre jaune d'après M. Londe.

A deux kilomètres de Gibraltar, les habitants se réfugiaient à San Roque, où l'on n'a pas observé un seul cas de fièvre jaune, ni dans l'invasion de 1804, ni dans celles qui l'ont suivie; il en a été de même lors de l'invasion de 1828.

On ne peut pas dire qu'il y ait à Gibraltar aucune des conditions qui puissent la placer parmi les localités palustres accidentelles. La ville est située au fond de la baie de Gibraltar, sur la mer Méditerranée; il n'y a pas par conséquent de terrain successivement découvert et recouvert par l'eau, puisqu'il n'y a pas de marée. Maintenant, la ville est construite sur le roc de Gibraltar, qui a deux kilomètres et demi de longueur, sur un kilomètre et demi de largeur, et 1350 pieds de hauteur. Ce rocher est un véritable pain de sucre, ou, si l'on aime mieux, une pyramide à arêtes très-vives et à angles très aigus, d'un côté sur la Méditerranée, et de l'autre sur la terre ferme. A Gibraltar il y a deux rues seulement qui puissent mériter ce nom; les autres sont de véritables escaliers, où les ânes peuvent tout au plus monter. Par conséquent, je ne puis accepter qu'on regarde comme des conditions palustres celles où se trouve Gibraltar. La fièvre jaune s'est aussi montrée dans des villes situées à une grande altitude, à Puerto Santa Maria, à Cadix, à Algésiras, à Alcalo los Gazulès, qui se trouve sur un pain de sucre plus élevé que le rocher de Gibraltar. A Xérès de la Frontera, qui se trouve dans des conditions à peu près semblables, la fièvre jaune a fait aussi des victimes, et comme nous nous étonnions, M. Louis et moi, de la sécheresse du sol, Chervin nous faisait remarquer, dans un ruisseau creusé par des charrettes, 4 centimètres d'eau fangeuse, et voulait voir dans cette ornière une cause de miasmes palustres.

Je ne conteste pas que la fièvre jaune ne règne le plus souvent là où se rencontrent les conditions palustres; mais il ne faut pas ériger ceci en règle absolue, puisqu'elle se montre dans des villes où tout est au rebours des conditions palustres. Je reviens à Gibraltar : Le roc s'élève à pic au-dessus d'une langue de sable; les parois sont si perpendiculaires que des rats n'y pourraient pas monter. Au-dessous se trouve le *Champ-Neutre*, plage sablonneuse, qui se trouve quelquefois recouverte par l'eau. La population entière de Gibraltar s'est réfugiée sous des tentes, dans le *Champ-Neutre*, à une portée de pistolet de la Porte de mer, depuis le mois d'août jusqu'au commencement de janvier. Il n'y a eu d'atteints de la fièvre jaune, parmi cette population campant au *Champ-Neutre*, sous des tentes, que ceux qui venaient dans le jour à Gibraltar ou qui avaient l'imprudence d'y coucher la nuit. L'homme chargé de la vigie habite, avec sa famille, dans le point culminant du roc, à plus de 1300 pieds au-dessus du niveau de la mer, et cette famille fut envahie par la fièvre jaune. Il n'est pas possible de laisser dire à M. Londe que la fièvre jaune exige pour se développer des terrains placés dans des conditions palustres.

M. BOUCHARDAT. L'influence palustre est très-considérable pour le développement des foyers d'épidémie de la fièvre jaune; mais, une fois le foyer développé, la fièvre jaune, maladie spécifique, se transmet très-bien de l'homme à l'homme. Tous les médecins qui ont traité cette question sont parfaitement d'accord à cet égard. J'aurais désiré que dans son rapport M. Gérardin n'eût pas omis de rappeler les travaux des autres médecins de la marine qui sont arrivés aux mêmes conclusions que M. Dutroulau, par rapport à l'étiologie et au traitement de la fièvre jaune.

M. LONDE. Je nie qu'il y ait un seul cas bien prouvé de propagation de la fièvre jaune par la transmission directe. On est venu dire que, si on ne connaissait pas le traitement du choléra, la prophylaxie avait fait ses preuves. C'est le contraire qu'il fallait dire; le traitement a fait ses preuves, et nous ne savons rien quant à la prophylaxie. En donnant des alcools énergiques, comme avait fait Magendie il y a longtemps déjà, on a prouvé dernièrement qu'on obtenait un assez grand nombre de guérisons. Et, d'autre part, nous savons que, lors de la dernière épidémie, dix mille Marseillais, fuyant le choléra, sont venus s'abattre à Lyon sans y importer cette maladie.

M. TROUSSEAU. M. Bouchardat a eu la bonté de venir à mon aide, mais je dois dire que je ne puis le remercier complétement. Il est bien entendu, a-t-il dit, que la fièvre jaune se développe d'abord dans un milieu palustre; qu'elle a toujours une origine palustre, et que si quelqu'un atteint de fièvre jaune se transporte ailleurs, il peut la communiquer. Je suis un peu contagioniste, mais non pas à ce point; je reviens d'ailleurs à cet argument : en 1828, la fièvre jaune s'est d'abord développée exclusivement sur le roc de Gibraltar; elle n'a pas commencé par un point ou par une origine palustre. L'opinion de M. Bouchardat aurait pu se soutenir pour beaucoup d'épidémies, mais elle tombe complétement devant un pareil fait. Cette épidémie, au moins, n'a pas commencé par une localité palustre. D'autre part, vous avez vu entrer dans les ports d'Angleterre, et naguère encore dans des ports français, des navires partis sans un cas de fièvre jaune, et qui sont arrivés après avoir perdu un tiers au moins de leur équipage. Vous ne pouvez comparer pourtant ce navire à une localité palustre qui se promènerait sur la mer. On sait avec quel soin les navires qui partent des pays ravagés par la fièvre jaune sont nettoyés et fumigés. Il n'est pas du tout démontré que la fièvre jaune commence par une localité palustre, témoin Gibraltar, témoins les navires que je citais tout à l'heure.

M. BOUCHARDAT. Je n'ai pas dit que la fièvre jaune commençait exclusivement par une localité palustre, mais le plus souvent. Il faut que la contagion rencontre un certain ensemble de conditions pour se développer. M. Trousseau peut-il affirmer qu'à Gibraltar il n'y a pas eu un seul cas de communication avec un navire venant d'une localité palustre? Je vois M. Trousseau flottant entre le camp des contagionistes et celui des non-contagionistes.

M. TROUSSEAU. M. Bouchardat m'oppose un argument *ad hominem*; il me demande quelle est mon opinion relativement au développement de la fièvre jaune à Gibraltar. Il résulte des témoignages recueillis qu'un navire sur lequel régnait la fièvre jaune était entré peu de temps auparavant à Algésiras, et qu'il y avait eu de nombreuses communications entre ce navire et Gibraltar par le fait des contrebandiers.

Je n'ai pas besoin d'expliquer le mode de contagion des Antilles à Gibraltar. Je ne crois pas qu'il y ait ici un médecin qui nie la propagation du *typhus nosocomial* ou du *typhus castrensis*. Le typhus, une fois développé, est affreusement contagieux, et non pas seulement sur le point d'infection. Nous avons vu mourir au Val-de-Grâce des religieuses atteintes du typhus, apporté d'Orient par des soldats de l'armée de Crimée. De ce que la fièvre jaune est contagieuse, il ne s'ensuit pas nécessairement qu'elle soit venue des Antilles, lors de l'épidémie de Gibraltar, mais il est possible cependant qu'elle ait eu pour origine une contagion partie de l'ouest. Je crois le choléra contagieux quoique je croie qu'il peut se développer indépendamment de la contagion. Il en est de même de la dyssenterie.

Les conclusions du rapport de M. Gérardin sont adoptées.

PRÉSENTATION.

Polysarcie. — M. MARCÉ présente à l'Académie un sujet âgé de treize ans, nommé Philippe Hutin. Son père est fort et bien portant; mais n'offre rien d'anormal du côté de l'embonpoint et de la stature. Sa mère se trouve également dans des conditions de santé régulières. Il est le cinquième de sept enfants; ses frères et sa sœur sont bien conformés; mais le sixième, qui était remarquable par un développement considérable, a succombé à l'âge de vingt-deux mois.

Lorsque Philippe Hutin est venu au monde, il était déjà très-volumineux, et l'accouchement a été long et pénible. L'enfant a toujours été remarquable dans les années qui suivirent par sa grosseur et son grand appétit.

Il pèse tout habillé 214 livres. Sa taille est de 1m,30.

Sa tête est enfoncée entre les deux épaules et un peu renversée en arrière; le cou a presque entièrement disparu et est remplacé par un sillon transversal.

Le thorax est garni en avant de deux mamelles volumineuses, dans lesquelles le palper ne fait reconnaître aucune trace de tissu glandulaire.

L'abdomen est pendant et recouvre presque entièrement les parties génitales, qui sont normalement développées; le pubis est garni de poils.

Le dos, les fesses, les cuisses sont garnis de coussins adipeux qui leur donnent un volume énorme. La marche est faible, mais la respiration est suspirieuse et haletante, et le sujet peut difficilement monter un escalier; les battements du cœur sont réguliers et sans bruits de souffle.

Les fonctions sont bonnes et l'appétit est considérable.

L'intelligence est parfaitement développée.

Voici les résultats de la mensuration pratiquée en divers points :

Circonférence du thorax au niveau de l'appendice xiphoïde.	1,21m
— de l'abdomen au niveau de l'ombilic. . . .	1,33
— du cou.	0,47
— de la face au-dessus de la bouche.	0,46
D'un creux axillaire à l'autre en avant.	0,42
— — en arrière.	0,43
Circonférence du bras au niveau de l'attache deltoïdienne. .	0,37
— de la cuisse à la partie moyenne.	0,74
— du genou.	0,58
— de la jambe au-dessus du pied.	0,28

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

On lit dans la *Presse médicale belge* :

La loi des certificats vient seulement d'entrer dans le domaine de la pratique, et déjà nous pourrions, si nous étions peu discrets, dévoiler quelques anecdotes qui justifieraient les plaisanteries dont elle a été l'objet, à l'époque de son adoption par la législature. C'est ainsi que nous pourrions faire assister nos lecteurs à la réunion d'un jury au grand complet, leur faire voir deux avocats, professeurs à Bruxelles, abandonnant des affaires sérieuses et une nombreuse clientèle, et se rendant à Gand pour y faire subir un examen *sommaire de dix minutes* à un récipiendaire seul inscrit. Et comme dénoûment nous décririons le désappointement du jury, lequel, après s'être réuni et installé, reçoit une lettre du récipiendaire, qui fait savoir qu'un rhume de cerveau ne lui permet pas de se présenter en ce moment devant ses interrogateurs..

Nous pourrions faire passer devant les yeux de nos lecteurs plusieurs autres petits faits du même genre, mais le sujet est trop sérieux pour que nous nous livrions à des plaisanteries qui cadrent si peu avec les graves réflexions que nous ont inspirées l'adoption et la mise en vigueur de la nouvelle loi, et spécialement des paragraphes concernant le jury central.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Psychologie physiologique, par M. le docteur Mairr. 1 vol. in-8°. Paris, chez tous les libraires de médecine.

Essai sur l'hygiène des gens de lettres, par M. le docteur Valentin Catala. 1 vol. in-4°. Prix : 3 fr. 50 c. Paris, chez les principaux libraires.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 107. — SAMEDI 12 SEPTEMBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 107. — SAMEDI 12 SEPTEMBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Cure radicale des rétrécissements du canal de l'urètre.

M. le docteur Debeney, à qui l'on doit plusieurs mémoires et notices sur le traitement de la blennorrhagie et du catarrhe de la vessie, vient de publier un nouveau travail sur la cure radicale des rétrécissements du canal de l'urètre, qui complète et résume à la fois sa méthode de traitement des maladies des voies urinaires.

Cette méthode embrasse les trois indications suivantes :

1° Faire avorter la blennorrhagie au début ;

2° La blennorrhagie étant développée, enrayer son cours, arrêter sa marche, et la guérir d'une manière prompte et radicale, en prévenant l'état chronique;

3° L'état chronique étant établi, apporter une fin certaine au phénomène stationnaire et interminable de la chronicité.

La méthode de traitement abortif et curatif de la blennorrhagie par les injections caustiques comporte ainsi, suivant M. Debeney, la prophylaxie générale et absolue des rétrécissements du canal de l'urètre. Mais à défaut de la prophylaxie qui devait empêcher ou détruire la cause, il fallait arriver au traitement qui doit poursuivre cette cause dans son action et dans ses effets. La recherche et l'étude de ce traitement est l'objet de ce travail.

Pour faire bien comprendre la méthode de traitement curatif des rétrécissements instituée par M. Debeney, il faut d'abord faire connaître ce qu'il appelle sa formule pathogénésique générale du rétrécissement normal, — c'est ainsi qu'il désigne le rétrécissement ordinaire, celui qui a pour origine l'urétrite chronique, et qui est dans une énorme proportion le plus commun. — M. Debeney considère comme vaines toutes les divisions fondées sur la diversité des altérations (rétrécissements spongieux, fongueux, ulcéreux, variqueux, fibreux, etc.), qui résultent toutes, suivant lui, d'une cause unique, la phlogose : elles présentent toutes à ses yeux un caractère identique, la viciation de la vitalité organique. En conséquence, elles réclament la même médication rationnelle, c'est-à-dire une médication accomplie non par des opérations mécaniques, mais par l'action physiologique de la modification vitale.

Mais si les distinctions que nous venons de rappeler paraissent superflues à M. Debeney au point de vue pratique, il en est une autre sur laquelle il fonde au contraire une démarcation importante dans les indications thérapeutiques. Il admet deux phases dans le rétrécissement ou deux degrés dans les altérations organiques qui le constituent, suivant que ces altérations sont superficielles ou profondes, qu'elles sont limitées à la muqueuse urétrale ou étendues au tissu cellulaire sous-muqueux. Cette distinction forme la base de la division thérapeutique en deux périodes : la cautérisation superficielle suffit à la première phase du rétrécissement ; la seconde exige le concours de la dilatation ou compression.

Ainsi, dit M. Debeney, dans la première période de formation du rétrécissement la modification au moyen de la cautérisation superficielle, qui guérit la phlogose chronique, la blennorrhée, suffit pour dissiper l'altération organique déjà produite par elle dans la muqueuse. En sorte que, quand l'écoulement est arrêté, le canal de l'urètre a recouvré son calibre normal. Le traitement de la blennorrhagie chronique par les injections caustiques comporte ainsi la cure du rétrécissement en voie de formation plus ou moins avancée, et cet effet curatif peut être obtenu lorsque déjà la coarctation marque un degré notable.

De nombreuses observations ont démontré à M. Debeney qu'il n'était pas possible de déterminer par une limite précise la durée de la première phase du rétrécissement pendant laquelle la cautérisation superficielle peut suffire à la cure complète, non plus que le degré de coarctation qu'elle comporte. En d'autres termes, des rétrécissements peuvent être parvenus à un degré plus ou moins avancé, quelquefois considérable, de coarctation, et rester nonobstant plus ou moins longtemps susceptibles d'être guéris radicalement par la seule modification produite au moyen de la cautérisation superficielle.

Quelques observations consignées dans ce travail, entre autres, offrent cela de remarquable que, la guérison n'étant pas complète à la cessation du traitement, la cure a été parachevée par la seule impulsion du travail modificateur déterminé par la cautérisation.

Lorsque le rétrécissement est arrivé à la seconde phase, c'est-à-dire lorsque la modification vitale que l'on peut produire par la cautérisation superficielle n'est pas assez étendue pour résoudre et dissiper les altérations formées principalement dans les tissus profonds, c'est le moment de recourir à un nouvel ordre de moyens, à la dilatation, mais, comme on va le voir, sans renoncer à la cautérisation superficielle. Ce sont ces deux moyens combinés qui constituent le traitement des rétrécissements arrivés à la seconde phase.

Ce point de thérapeutique des rétrécissements est assez délicat pour nécessiter ici quelques développements.

En premier lieu et de prime abord, dit M. Debeney, il faut procéder toujours par la cautérisation, puisque jusqu'à un certain degré, c'est-à-dire dans la première période, la modification qu'elle détermine peut suffire, et que ce n'est qu'après avoir constaté son insuffisance qu'il faut en appeler à la compression. La cautérisation superficielle forme ainsi le premier temps du traitement. C'est, dans tous les cas, une opération préalable, nécessaire pour préparer la mise en œuvre de la dilatation, puisqu'elle a pour effet de guérir la phlogose chronique de la muqueuse, et par conséquent de placer cette membrane dans la condition la plus favorable pour supporter les manœuvres de la compression.

Cette première œuvre accomplie, le rôle de la cautérisation n'est point fini, et il sera nécessaire d'y avoir recours pendant le second temps pour remplir de nouveau la même indication ramenée par l'exercice même de la dilatation, qui surexcite ou réveille au bout d'un certain temps la phlogose du canal. Une ou deux injections caustiques suffisent, dans ce cas, pour éteindre complétement la surexcitation, et au bout de quatre à huit jours on peut reprendre le traitement par la dilatation.

Le mode de dilatation auquel M. Debeney donne la préférence, est l'usage des bougies coniques, qui permettent, comme on le sait, de graduer et d'augmenter la dilatation sans changer d'instrument et dans la même opération. Au début, lorsqu'en général les tissus cèdent plus facilement, il pousse la dilatation plus vivement, jusqu'à ce que la surexcitation soit déterminée. Après avoir éteint la surexcitation par la cautérisation superficielle, il reprend la dilatation plus doucement, c'est-à-dire avec une bougie à cône plus allongé ; et comme il faut agir par la pression plus que par le frottement, il laisse en place la bougie un certain temps, autant qu'elle se trouve pressée et retenue dans la coarctation. La cessation de cette constriction appelle l'augmentation de calibre, pour laquelle il suffit d'enfoncer la bougie conique avec ménagement. Une pression continue est ainsi exercée pendant un quart d'heure, une demi-heure et même plus, à moins que la douleur ne surgisse, ce qui est une indication formelle de mettre fin à l'opération.

Lorsque les tissus indurés présentent une résistance supérieure à l'effort qu'il est possible de produire avec les bougies coniques, auquel cas il devient nécessaire de développer un effort puissant de compression excentrique, M. Debeney conseille de recourir au dilatateur mécanique de M. Perrève.

Un mot maintenant sur les procédés de cautérisation de M. Debeney, qui constituent, comme on le voit, la partie principale du traitement des rétrécissements du canal de l'urètre.

Le procédé de cautérisation varie suivant qu'on se propose d'étendre son action à toute la longueur du canal ou de la limiter à un point plus ou moins circonscrit.

Pour étendre la cautérisation à toute la longueur du canal, on pratique l'injection caustique comme pour la blennorrhagie ancienne ; c'est-à-dire en faisant progresser le liquide par la pression des doigts jusqu'à la racine de la verge.

Dans le cas, au contraire, où la partie du canal antérieure au rétrécissement est saine et où il devient nécessaire, par conséquent, de la mettre à l'abri de l'action caustique, on se sert d'une seringue à longue canule et à injection rétrograde.

Il ne sera pas inutile, enfin, de rappeler ici la composition de l'injection caustique. Elle est composée, au minimum, d'un gramme d'azotate d'argent cristallisé pour 30 grammes d'eau distillée. M. Debeney a quelquefois élevé cette proportion jusqu'au double, et même au quadruple d'azotate pour la même quantité d'eau. Dans ces limites, la proportion du sel d'argent dans la solution ne lui a pas paru aussi importante qu'on est généralement porté à le croire. Un seul point est essentiel à ses yeux : c'est qu'elle soit suffisante pour produire la cautérisation. Or l'expérience lui a démontré que, au-dessous de la dose indiquée, l'action caustique est insuffisante ; au lieu de l'effet abortif qu'on en attend, on n'a dans ce cas qu'un effet de surexcitation qui s'ajoute à l'inflammation préventive et ne fait par conséquent qu'accroître le mal. Au delà de cette dose, l'injection, si concentrée qu'elle soit, ne produit guère jamais que le même résultat, l'eschare superficielle une fois formée, la membrane se trouvant par ce fait à l'abri de toute action ultérieure du caustique ; de sorte que si l'injection concentrée au delà du degré indiqué n'est pas nuisible, elle n'est pas non plus nécessaire.

Nous venons d'exposer la formule du traitement que M. Debeney oppose aux rétrécissements de l'urètre dans leurs diverses phases. Il nous restait à dire quelles sont les applications qu'il fait de sa méthode au traitement des complications des rétrécissements, tels que catarrhe vésical, pertes séminales, orchite et épididymite. Ce sera l'objet d'un second article dans l'une des prochaines *Revues*.

Dissection d'un anévrisme artérioso-veineux du pli du bras traité deux ans auparavant par la compression.

La *Gazette des Hôpitaux* du 25 avril 1855 a rendu compte d'une observation d'anévrisme artérioso-veineux, prise dans le service de M. le professeur Nélaton à l'hôpital des cliniques en 1855. Le malade, âgé de soixante-cinq ans, avait été traité d'abord par la compression, au moyen d'une compresse pliée en plusieurs doubles, et maintenue par quelques tours de bande et un bracelet en caoutchouc ; M. Nélaton se proposait de fermer ainsi la communication entre l'artère supposée anévrismatique et la veine, et de transformer l'anévrisme variqueux en un anévrisme faux consécutif. Continué pendant six semaines, ce mode de traitement avait échoué. M. Nélaton avait eu recours alors à la compression avec l'appareil de M. Broca ; nouvel insuccès. En troisième lieu, compression digitale, conformément aux idées récentes des chirurgiens américains, pendant quarante-huit heures ; encore insuccès. En dernier lieu, la compression avait été faite avec un disque de gutta-percha, maintenu par des bandelettes de diachylon, un bandage roulé et une bande de caoutchouc. De plus, le malade avait appris à comprimer lui-même l'artère humérale avec le pouce et l'index de la main gauche, et il faisait cette compression pendant huit heures par jour, mais à diverses reprises. C'est après ce traitement, continué pendant plusieurs semaines, que la guérison avait été obtenue.

Depuis ce temps, le malade n'avait plus éprouvé aucune gêne et ne s'était plus occupé de cette maladie. Entré en 1857 à l'hôpital Cochin, pour y être opéré de la cataracte, il avait en même temps un érysipèle du membre inférieur droit, développé autour d'un eczéma chronique de la jambe. L'opération de la cataracte fut faite avec l'aiguille, mais M. Gosselin dut opérer trois fois l'œil gauche, sur lequel la réascension du cristallin avait eu lieu. Néanmoins, il n'était jamais survenu d'ophthalmie sérieuse, et le malade avait fini par retrouver en grande partie la vision, lorsqu'un nouvel érysipèle se développa sur la jambe et la cuisse gauches, et ne tarda pas à amener la mort.

M. Gosselin fit lui-même la préparation du pli du bras en présence des élèves de l'hôpital Cochin, et constata les dispositions suivantes : à part la basilique et la médiane basilique, les veines de cette région sont très-petites. La médiane basilique, après un trajet de quelques centimètres de bas en haut, se rétrécit, devient blanche, et s'oblitère dans une étendue de 2 à 3 centimètres ; mais elle ne présente aucune adhérence avec l'aponévrose brachiale, et l'expansion aponévrotique du biceps ; en l'examinant surtout dans ses rapports avec l'artère brachiale, on trouve qu'elle en est éloignée par toute l'épaisseur de l'expansion aponévrotique du biceps, laquelle n'offre ni épaississement, ni induration, ni adhérences anormales, tant avec la veine qu'avec l'artère. Il a semblé, en un mot, que cette veine n'avait pas été autrefois le siége de la tumeur traitée par M. Nélaton ; car s'il en avait été ainsi, quelques connexions anormales auraient dû persister, et, d'autre part, l'oblitération partielle qui a été constatée, peut bien avoir été produite par la compression à laquelle la région a été soumise pendant un certain temps.

Après avoir enlevé l'aponévrose antibrachiale et l'expansion aponévrotique du biceps, M. Gosselin est frappé du volume considérable que présentent les veines profondes satellites de l'humérale, et des anastomoses fréquentes entre la veine profonde interne et l'externe.

La dissection de la satellite interne permet de constater que cette veine n'est oblitérée en aucun point, qu'elle n'est nulle part assez étroitement accolée à l'artère pour que la séparation en soit diffi-

cile. Au contraire, la satellite externe présente des dispositions qui ne permettent pas de douter qu'elle a été le siége de la varice anévrismale actuellement oblitérée. En effet, dans un point de son trajet, elle paraît se renfler un peu, de manière à offrir le volume d'un pois, et adhère intimement au côté externe et antérieur de l'artère brachiale, à 3 ou 4 millimètres au-dessus de sa bifurcation et de l'origine de l'artère radiale. Ce renflement est plein et oblitéré, ainsi que la veine elle-même jusqu'à 10 ou 12 millimètres au-dessus et au-dessous de lui; M. Gosselin s'en est assuré de quatre manières :

1° En poussant avec une petite seringue une injection d'eau par une ouverture faite à la veine au-dessous et par une autre au-dessus du renflement, et constatant que l'eau ne pénétrait pas et rencontrait un obstacle invincible;

2° En conduisant un stylet fin, qui a été, comme l'eau, invinciblement arrêté;

3° En serrant entre les doigts le renflement, qui donne la sensation d'un corps plein et sans mélange de caillots sanguins;

4° Par la coupe, qui a fait voir également une sorte de trame fibreuse pleine sans mélange appréciable de caillots sanguins.

Quant à l'artère, elle ne paraît pas offrir de dilatation; elle est perméable partout, n'offre pas de caillots; on remarque sur sa face interne, au niveau du renflement veineux qui lui est accolé, un petit pertuis par lequel le stylet le plus fin ne peut passer. Ce pertuis paraît correspondre au point où a eu lieu autrefois la piqûre de l'artère et la communication avec la veine.

Il résulte donc des détails de cette dissection :

1° Que le malade a été complétement guéri par la compression;

2° Que cette guérison s'est faite sans oblitération de l'artère humérale;

3° Que, d'après ce qui en reste, la tumeur paraît avoir été formée exclusivement par la veine actuellement oblitérée;

4° Qu'enfin on a là un nouvel exemple d'anévrisme artérioso-veineux qui a été dû à la communication de l'artère brachiale avec une veine profonde.

Pustule maligne. — Diagnostic et traitement.

En insérant les observations de MM. Froc et Bourgeois (d'Étampes), au sujet du fait de pustule maligne communiqué par M. le docteur Raphaël, nous devions nous attendre à une réplique de notre honorable confrère de Provins. M. Raphaël nous adresse, en effet, une lettre qu'il recommande à notre impartialité. Nous acquiesçons d'autant plus volontiers à sa demande, que nos lecteurs trouveront dans cette réponse de nouveaux éléments de discussion propres à éclairer quelques-uns des points litigieux et encore obscurs de cette question, qui intéresse à la fois l'étude diagnostique et pathologique, ainsi que la thérapeutique d'une des affections les plus graves et les plus septiques.

Voici en quels termes s'exprime M. Raphaël dans la première partie de sa lettre, consacrée à la réfutation des objections de M. Froc, relativement à la justesse de son diagnostic :

« On observe en Brie comme en Beauce la pustule maligne et l'œdème malin des paupières. C'est assez dire que j'ai eu trop souvent l'occasion d'étudier ces deux maladies, la première surtout. Mais ne sont-elles donc point semblables dans ces deux pays ? On le croirait, en lisant les reflexions de M. le docteur Froc, si M. le docteur Bourgeois, praticien de la Beauce, qui a fait un mémoire sur cette maladie, n'acceptait mon diagnostic, d'accord en cela avec M. le professeur Nélaton. Ici, en effet, nous ne trouvons jamais de bulles, jamais de phlyctènes; et, n'en déplaise à M. le docteur Froc, si un jour il publie des observations de pustule maligne et qu'il y place des bulles et des phlyctènes, nul ne croira en son diagnostic. Qu'il veuille bien examiner de plus près à l'occasion, et il verra que l'éruption qui se fait aux environs de la tumeur qui constitue une pustule maligne, lorsqu'elle est arrivée à la fin de la troisième période, présente les caractères de l'éruption pustuleuse. Il est vrai que l'élevure qui la forme contient de la sérosité; mais elle a cela de commun avec la pustule de la variole à son début. Ainsi, ce sont des élevures arrondies, comme grenues, grosses comme un pois rond, guère plus, remplies de sérosité et reposant sur un point du derme qui est tuméfié, comme toute pustule dont le caractère distinctif est dans la *tuméfaction du point du derme sur lequel elle est assise*, tandis que dans les vésicules, les bulles et les phlyctènes, le derme sous-jacent au soulèvement de l'épiderme n'est point gonflé. *Les pustules, en un mot, ne sont que des vésicules reposant sur un point du derme tuméfié.*

» C'est pour cela que dans la pustule maligne on ne trouve que des *pustules*, et c'est encore pour cette raison que le tubercule couronné de son aréole vésiculaire, et qui constitue le bouton caractéristique, n'est qu'une pustule ou une agglomération de petites pustules; ce ne sont, en effet, que de petites vésicules placées sur un point du derme tuméfié. Les anciens, très-bons observateurs, ont donc eu raison de donner à cette maladie le nom de *pustule maligne*.

» M. le docteur Froc, qui a sans doute observé grand nombre d'œdèmes malins, ne paraît pas se douter, et cela m'étonne, qu'arrivé au degré de celui qui fait le sujet de mon observation, on ne peut plus apercevoir ces eschares dont il parle, et qui existent, j'en suis certain comme lui. Il y a un désordre si grand que tout est confondu.

» Puisque j'ai rapporté les désordres observés sur mon malade à un œdème malin, M. le docteur Froc ne devait point chercher dans ma description la pustule maligne elle-même ou le bouton caractéristique. Ne sait-il pas que tout, sauf le début, c'est-à-dire le bouton caractéristique, se ressemble dans la pustule maligne et l'œdème malin ? Aussi ai-je nommé ailleurs cette forme : pustule maligne sans pustule. »

Après quelques réflexions générales sur sa propre incrédulité à l'occasion de l'incrédulité que lui oppose à son tour M. Froc, M. Raphaël s'applique ce que Dorine dit à Orgon dans *Tartuffe*.

Juste retour, Monsieur, des choses d'ici-bas :
Vous ne vouliez pas croire, et l'on ne vous croit pas.

Puis, passant à l'examen de la note de M. Bourgeois, il continue ainsi :

« Ici pas de discussion sur le diagnostic. « Mais, dit M. Bourgeois, » les feuilles de noyer ne sont pour rien dans la guérison qui a été » obtenue. » Remarquons d'abord que, pour soutenir cette opinion, il faut supposer admis ce qui est en question... C'est comme si M. Bourgeois disait : Voilà une pustule maligne; je ne sais pas si elle est maligne ou bénigne, car enfin il n'y a pas de signe différentiel. Mais si vous appliquez des feuilles de noyer et que guérison s'ensuive, au lieu de penser qu'il pourrait bien y avoir une action efficace de la part de ces feuilles, j'aime mieux dire : Non, les feuilles de noyer n'y sont pour rien; cette pustule maligne était bénigne, elle devait guérir spontanément. Ne savons-nous pas qu'il y a quelques pustules qui guérissent d'elles-mêmes ? Or il est bien plus rationnel de croire à une guérison spontanée, comme cela arrive quelquefois, que de croire à une vertu si extraordinaire dans la feuille de noyer.

» Mais n'ai-je pas aussi le droit de répondre : Il y a incomparablement plus de pustules malignes que de non malignes; il est donc très-probable que les feuilles de noyer ont été appliquées sur une pustule maligne, et qu'elles ont la propriété de la guérir. D'ailleurs, dans l'opinion de M. Bourgeois, que deviennent les 40 faits de M. Pomayrol ? Toujours des pustules non malignes, M. Bourgeois le dit lui-même : « Il faut nécessairement qu'il s'a- » gisse là d'une forme de l'affection charbonneuse différente de » celle de nos localités, *d'une pustule non maligne*, en un mot. » C'est, à mon sens, un moyen facile de trancher le nœud.

» On me permettra bien, après ces premières réflexions, de mettre mon opinion, je ne dis pas à la place, mais à côté de celle de M. Bourgeois. J'ai vu, moi aussi, et j'ai observé un grand nombre de pustules malignes et quelques œdèmes malins. Eh bien, pour moi qui ai vu, qui ai suivi le malade, qui l'ai comparé à d'autres que j'ai vus et suivis également, et qui, à ma première visite, étaient moins gravement compromis, et chez lesquels le mal a marché jusqu'à la mort malgré de nombreuses cautérisations, j'ai la conviction que les feuilles de noyer ont guéri ici une belle et bonne pustule maligne.

» Examinons encore plus à fond. J'ai envoyé depuis peu à M. Nélaton une deuxième observation de pustule maligne arrivée à peu près au milieu de la troisième période, et dont la guérison a été obtenue par les feuilles de noyer (1). Ce malade a été soigné à l'Hôtel-Dieu de Provins, par M. le docteur Hublier, chirurgien en chef de cet hôpital, devant moi, devant MM. les docteurs Bailleul et Duprat, médecin major et médecin aide-major du 8e lanciers, et devant M. le docteur Grandvilliers, médecin à Provins.

» Or, si on veut admettre que les feuilles de noyer ne sont pour rien dans la guérison de ces deux cas, il faut dans chaque fait, comme dans les quarante de M. Pomeyrol, une coïncidence heureuse; il faut admettre que toutes ces pustules malignes étaient des pustules non malignes. Mais dans chacune de mes deux observations, le mal n'a plus marché dès l'application des feuilles de noyer; il a même rétrogradé. Ce serait une deuxième coïncidence non moins remarquable que la première. Les feuilles de noyer auraient été appliquées à point nommé, au moment où le mal ne faisait plus aucun progrès et même où il allait commencer à diminuer. Ces deux coïncidences, qui en représentent quatre, me paraissent plus extraordinaires et plus difficiles à croire que l'efficacité des feuilles de noyer.

» Enfin, la manière de raisonner de M. Bourgeois consacre un système de démolition thérapeutique en général. N'est-il pas toujours possible de dire après une guérison, que la médication n'y est pour rien, et que la maladie s'est guérie spontanément. Et comment donner la preuve du contraire ? Aussi, si dans l'état actuel des choses, il ne faut pas dire : Les feuilles de noyer guérissent assurément la pustule maligne; il ne faut pas dire non plus qu'assurément elles sont inertes et inutiles et qu'elles ne laissent guérir spontanément que la pustule maligne qui n'est point maligne. Sinon je dirai : Mais la cautérisation ne la guérit pas non plus; elle ne guérit que des pustules non malignes, et il n'y a de véritables pustules malignes que celles qui ne guérissent pas par la cautérisation.

» Restons donc dans le doute jusqu'à nouvelles observations et ne reculons point devant des essais qui peuvent amener une modification si heureuse dans le traitement de la pustule maligne. N'est-il pas facile de surveiller le malade et de recourir à l'ancienne médication; si au lieu de la diminution ou de l'état stationnaire, on voyait le mal augmenter, on peut bien ne pas attendre jusqu'au moment d'un danger plus grand. Mais sachons aussi que quelques insuccès isolés et éloignés les uns des autres ne sauraient détruire la confiance que les feuilles de noyer peuvent mériter. Il n'y a pas de traitement, pas de spécifique, qui guérissent constamment. »

(1) Nous espérons être sous peu à même de publier cette nouvelle observation.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Observations d'accès de fièvre intermittente à forme péripneumonique;

Par le Dr Loydreau, médecin cantonal et de l'hôpital de Chagny.

La *Gazette des Hôpitaux* du 14 février dernier contient une observation d'accès de fièvre intermittente à forme péripneumonique, empruntée au *Bulletin général de thérapeutique*, et que son auteur, M. Lecointe, présente comme un fait rare dans la science (1). Sans avoir l'intention de combattre ni d'infirmer le moins du monde l'opinion de M. Lecointe, je viens ajouter au cas rapporté par ce praticien dix-sept cas analogues qui se sont présentés récemment à mon observation.

Le premier remonte au mois de septembre dernier; les seize autres ont été en quelque sorte simultanés, puisqu'ils se sont produits du 28 décembre au 4 février. Tous ont été des pleuropneumonies, des pneumonies ou des bronchites compliquées d'accès intermittents, parmi lesquels sept ou huit m'ont paru avoir le caractère pernicieux.

Je citerai, parmi ces observations, celles qui me paraissent les plus intéressantes.

Le 1er septembre 1856, je suis appelé près de Mme de L..., en consultation avec son médecin ordinaire, qui m'apprend que depuis huit jours environ cette dame est atteinte d'une pleuropneumonie du côté gauche, dont nous constatons ensemble les principaux signes. Un traitement approprié à cette affection, et qui a consisté en saignées générales et locales, potions stibiées, vésicatoires, etc., a été institué dès le début, et il est continué.

Le 3, aucune modification heureuse ne s'étant produite, nous remarquons, mon confrère et moi, que tous les soirs la malade a été et est encore prise d'un refroidissement des extrémités, plutôt que d'un frisson proprement dit; refroidissement suivi bientôt d'une chaleur assez vive accompagnée de recrudescence de toux, à laquelle ne tarde pas à succéder une moiteur qui ne disparaît que le lendemain dans la matinée. Nous soupçonnons une influence intermittente, et nous faisons administrer le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme le premier jour, 80, 60 et 50 centigrammes les jours suivants. La périodicité cède, et en même temps l'affection inflammatoire de l'appareil de la respiration, jusque-là stationnaire en quelque sorte, entre dans une voie de décroissance très-manifeste. Ce résultat heureux peut et doit, à notre avis, n'être attribué qu'au sulfate de quinine.

— Le 28 décembre, on me fait appeler en grande hâte près d'un vigneron, le nommé L..., âgé de quarante-cinq ans, atteint depuis cinq ou six ans de tubercules pulmonaires, et qui ce jour-là avait eu un accès de toux et de suffocation tel, que les assistants l'avaient cru mort. A mon arrivée, le malade avait presque complétement recouvré la connaissance, à part un peu de délire. Ses parents me racontèrent que l'avant-veille, le 26 à la même heure, il avait éprouvé un point de côté et un accès semblable de toux et de suffocation; qu'un médecin l'avait saigné, et qu'à partir de ce moment il avait été passablement pendant quarante-huit heures. Je constatai une vaste caverne au sommet du poumon droit; de la crépitation dans toute l'étendue du poumon gauche; des crachats rouillés entremêlés d'expectoration purulente. Je prescris la potion stibiée et musquée; et supposant que j'étais arrivé à l'issue d'un accès de fièvre pernicieuse, j'administre moi-même 15 décigrammes de sulfate de quinine. Le lendemain 29, les symptômes inflammatoires du poumon gauche se sont amendés, le délire a cessé; le malade se croit encore une fois guéri, comme après la saignée du premier jour.

Le 30, à la même heure que les jours pairs précédents, un accès de suffocation se reproduit, mais moins fort que l'avant-veille. Il existe à peine du râle crépitant. Quoique ayant donné le sulfate de quinine un peu trop longtemps peut-être avant l'accès du 30, je crois avoir modifié cet accès d'une manière sensible. La journée du 31 se passa assez bien, et douze heures environ avant l'accès encore présumé du 1er janvier, je ne donne plus que 1 gramme de sulfate; l'accès manque complétement. Je me crois autorisé à réduire la dose du sulfate à 50 centigrammes, en vue d'un accès ultérieur possible. Tous les signes de la pneumonie ont d'ailleurs successivement disparu; mais le 3 janvier, contre mon attente, le malade, allant bien, est pris à la même heure que précédemment d'une quinte de toux légère et il s'éteint.

Ce malade a-t-il succombé à la désorganisation du poumon caverneux, ou bien dois-je regretter de n'avoir pas administré une dose de sulfate suffisante pour enrayer un accès qui était d'autant plus à redouter que le malade était plus débilité par l'affection organique ancienne dont il était atteint ? Quoi qu'il en soit, le fait peut être considéré comme un cas très-remarquable de pneumonie compliquée de fièvre pernicieuse intermittente tierce.

Le 4 février, on vient me chercher pour aller porter secours le plus promptement possible à un malade qu'on me dit mourant, M. L... de R..., qui ne faisait que de se remettre d'une crise violente, me dit-on, qu'il avait éprouvée dans la matinée. Je constate une pneumonie pouvant remonter au septième ou huitième jour, et les assistants me racontent que le malade a eu toutes les nuits un redoublement qui a appelé l'attention

(1) L'observation de M. Lecointe, reproduite dans la *Gazette* d'après le *Bulletin de Thérapeutique*, avait été communiquée à ce journal à l'occasion d'un fait analogue que nous avions rapporté dans le numéro du 31 mai de l'année dernière, en le faisant suivre de quelques considérations générales sur ce point important de médecine pratique. Les observations de M. Loydreau venant à l'appui de nos réflexions, nous n'avons rien à y ajouter ici, et nous les publions sans autre commentaire, et en nous bornant à déclarer que nous nous associons pleinement aux vues pratiques de leur auteur. (*Note du Rédacteur.*)

de son médecin. Celui-ci, en effet, indépendamment du traitement dirigé contre la pneumonie, lui a fait prendre des pilules, et a recommandé, le matin même, de lui donner dans la journée une liqueur limpide, incolore, qu'on me représente, et à l'amertume de laquelle je reconnais une solution de sulfate de quinine. Craignant que mon confrère, qui avait d'ailleurs parfaitement apprécié la nature de l'affection complexe à laquelle il avait affaire, n'eût pas eu l'intention d'employer à doses assez élevées le sulfate de quinine, puisque celles qu'il avait données les jours précédents n'avaient non-seulement pas enrayé les accès, mais qu'il s'en était produit le jour même un assez violent pour effrayer la famille, j'administrai immédiatement un gramme de ce sel. Sur ces entrefaites, mon confrère, qui avait été prévenu, arriva; il me dit qu'en effet il avait usé de doses moindres que celles que j'employais. Nous convînmes de continuer à prescrire un gramme de sulfate pendant deux ou trois jours, et douze jours après le malade est parfaitement rétabli.

— Le même jour, 4 février, je suis appelé à Chagny, dans la soirée, près du nommé B..., vigneron, malade depuis trois jours et présentant au moment de ma visite du râle crépitant à la base du poumon droit, un point de côté correspondant, de la toux suivie de crachats rouillés, de la fièvre intense, du délire. 20 sangsues; potion stibiée et musquée.

Pendant la journée du 5, le malade va beaucoup mieux; mais dans la soirée on me rappelle; il est survenu des frissons qui ont été suivis de chaleur ardente, et B... est en proie à un violent délire. J'engage sa femme à l'envoyer à l'hôpital, où je l'admets le 6 au matin. Je fais continuer le tartre stibié; les symptômes de la pneumonie s'amendent. Je diffère toutefois de donner le sulfate de quinine, quoique l'indication me paraisse précise. Au milieu de la nuit une sœur hospitalière vient me réveiller pour me prier de venir voir B..., qui a un délire tellement furieux que trois hommes ne peuvent le contenir. Je trouve, en effet, ce malheureux en proie à une horrible exaltation. Il saute sur les lits des autres malades, se précipite contre les portes de la salle pour les briser et sortir. Il met un tel désordre, que je le fais saisir, envelopper de couvertures et transporter chez lui. Arrivé dans sa demeure, quatre hommes ne peuvent le maintenir; il renverse tout et se sauve sur le canal, alors gelé, distant de chez lui d'un demi kilomètre, en chemise et en caleçon, par une température de 10° au-dessous de zéro. On le rapporte glacé. Je lui fais administrer 2 grammes de sulfate de quinine à quatre heures du matin. Il ne se couche pas. Les crachats rouillés ont avant disparu reparaissent; le délire tombe un peu; mais B... veut boire du vin et manger, ce que sa femme ne peut l'empêcher de faire. Le délire cesse vers le soir pour revenir dans la nuit, mais à un degré beaucoup moins fort que la veille.

Le 8, 15 décigrammes de sulfate; continuation de l'émétique. La journée est passable. L'accès attendu la nuit manque.

Les 9 et 10, 1 gramme de sulfate; le 11, 50 centigrammes. Le 13, les signes de pneumonie ont disparu. Le délire ne s'est reproduit ni le 14 ni le 15. La guérison paraît solide.

Pendant une épidémie de rougeole, qui a régné dans ma circonscription médicale dans le courant du mois de janvier, cinq enfants et deux adultes ont eu concurremment des bronchites qui, vers le déclin de la maladie éruptive, sont devenues très-intenses et ont présenté des exacerbations précédées de frissons, bientôt suivis de chaleur et de sueur, à des heures toujours fixes, soit pendant le jour pour les uns, soit pendant la nuit pour les autres. Il n'y avait pas à se tromper sur la nature de ces accès, qui ont tous et toujours cédé à l'administration du sel de quinine, et en même temps l'irritation des bronches a subi des modifications heureuses.

Je n'oserais pas dire que je me suis attendu à voir dans un temps aussi court et dans une circonscription peu étendue un aussi grand nombre de pneumonies et de bronchites symptomatiques de fièvres intermittentes soit bénignes, soit pernicieuses; mais je puis affirmer que cette circonstance ne m'a nullement étonné, car dans les trois derniers mois de 1856 et dans les deux premiers de 1857, il est peu de maladies qui n'aient présenté à un observateur attentif, dans le pays où j'exerce, des symptômes de périodicité; les fièvres typhoïdes en particulier, qui ont régné à cette époque en nombre très-considérable, ont toutes offert à leur début des accès intermittents bien tranchés, qui ont été heureusement modifiés par le sel de quinine; il résulte même de mes observations, que toutes celles, à part quelques unes de ces rares exceptions qui confirment les règles, que toutes celles, dis-je, qui ont été au début traitées par les préparations de quinine, ont eu une terminaison favorable; tandis que la plupart de celles auxquelles le traitement anti-périodique n'a point été opposé ont eu une issue généralement fatale.

Je puis ajouter comme renseignement que j'ai remarqué en outre que si le traitement a influé d'une manière heureuse sur le résultat de la maladie, celle-ci n'en a pas moins parcouru toutes ses périodes, et sa durée n'a pas été diminée sensiblement.

De ce qui précède, il ne faudrait pas conclure d'une façon absolue que je prétends faire du sulfate de quinine un spécifique contre la fièvre typhoïde; je constate seulement son efficacité dans ma circonscription pendant l'année qui vient de s'écouler et les premiers mois de celle qui commence. Peut-être l'année prochaine ne justifiera-t-il pas la confiance que je suis disposé à lui accorder aujourd'hui, ou plutôt peut-être, l'année prochaine, les fièvres typhoïdes ne présenteront-elles pas cette particularité de débuter par des accès intermittents, contre lesquels la vertu de l'écorce du Pérou est universellement reconnue.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 septembre 1857. — Présidence de M. BOUVIER.

M. CHASSAIGNAC présente un jeune homme atteint de double anorchidie congéniale.

Une particularité, dit M. Chassaignac, me fait affirmer ici l'absence des testicules: c'est qu'au milieu des éléments atrophiés du cordon, on distingue nettement des deux côtés un canal déférent. Et, comme il n'y a rien au-dessous, on peut être sûr que les glandes séminales ne sont point retenues à l'abdomen. M. Godard, dont vous connaissez les travaux sur ce point d'anatomie, partage mon opinion.

M. MOREL-LAVALLÉE. Il est plus difficile que ne semble le croire M. Chassaignac d'assigner la véritable nature des cordons sentis dans le haut des bourses. Pour moi, je ne crois pas avoir senti les canaux déférents. Des veines peuvent très-bien les simuler. J'ai vu Samson, Vidal et d'autres, hésiter en cherchant à reconnaître les canaux déférents.

M. AD. RICHARD. Peut-être que dans des cas d'incomplet développement on peut hésiter à reconnaître le canal déférent. Mais chez les sujets bien conformés, malgré ce que dit M. Morel-Lavallée, je ne puis croire qu'un chirurgien puisse jamais se trouver embarrassé à cet égard.

Je ne partage pas pourtant la certitude de M. Chassaignac sur l'anorchidie du jeune garçon qui vient de nous être présenté. Les arrêts dans la descente du testicule sont accompagnés du dévidement, pour ainsi dire, du canal épididymaire et de sa précipitation dans les bourses.

On peut donc sentir le canal spermatique dans le haut du scrotum sans qu'on puisse en conclure, et au contraire, de l'absence de la glande séminale.

M. CHASSAIGNAC. Mais alors le testicule serait à l'anneau; vous l'y verriez, vous l'y sentiriez. Quant à distinguer le canal déférent des veines, je déclare que cela est toujours possible. Il n'y a que le conduit du sperme qui forme cette corde dure, droite, tendue.

M. MARJOLIN. Je crois qu'il s'agit ici d'une atrophie, et non d'une absence des testicules. On les sent, en effet, sous forme de masses flasques, aplaties, bien petites sans doute, mais encore perceptibles au fond des bourses.

Déchirure complète de l'urètre avec écartement des deux bouts. — Infiltration d'urine. — Opération pour retrouver le bout profond. — Guérison. — M. DEMARQUAY présente un jeune homme de vingt-cinq à vingt-six ans auquel il est arrivé un accident grave dans les premiers jours d'avril dernier.

Ce jeune homme, dit M. Demarquay, était monté sur une caisse lorsqu'il eut le malheur de tomber les jambes écartées, et le périnée vint frapper sur le pied d'un tabouret renversé. Ce jeune homme éprouva une vive douleur, et, lorsqu'il voulut uriner, il ne put satisfaire complétement à ce besoin: il éprouvait une sensation de chaleur dans tout le périnée, comme si un liquide chaud pénétrait dans les tissus.

Il resta ainsi plusieurs jours dans sa chambre, et au bout de quatre jours il entra à la Maison de santé.

A son entrée dans cet établissement, l'interne de garde put faire pénétrer une petite sonde dans la vessie. M. Demarquay, trouvant le périnée énormément développé et gros comme un chapeau, ayant une teinte livide, fit plusieurs incisions pour donner issue à une quantité de liquide qui peut être évaluée à un ou deux litres.

L'état du malade s'améliora, et au bout de deux ou trois jours M. Demarquay ôta la sonde qui avait été placée dans la vessie au moment de l'entrée du malade et qui était insuffisante, et chercha à la remplacer par une sonde plus volumineuse; malgré ses tentatives réitérées, il ne put jamais arriver dans la vessie. Après des essais répétés pendant plusieurs jours, il chercha à se rendre compte des difficultés insurmontables qu'il rencontrait. Le doigt étant introduit par une des plaies dans la profondeur du périnée, arrivait sous la symphyse pubienne, que le doigt contournait avec facilité; une sonde introduite dans l'urètre arrivait dans une grande cavité et permettait de constater une interruption de cet organe; de plus, quand le malade urinait, le doigt, placé dans la profondeur du périnée, sentait un liquide chaud venir de la partie profonde de cette région, et qui ne coulait point par l'urètre. Toute l'urine coulait par le périnée. M. Demarquay évalue à deux travers de doigt au moins l'espace compris entre les deux bouts de l'urètre. Depuis l'entrée du malade jusqu'au 1er mai, M. Demarquay chercha à faire pénétrer une sonde dans la vessie; ne pouvant y parvenir, il se décida à faire l'opération suivante. Il fit une incision courbe au-devant de l'anus, comme s'il voulait pratiquer la taille bilatérale, en exagérant même cette incision; puis incisa couche par couche pour arriver sûrement dans le point où il espérait retrouver le bout profond de l'urètre; cela fait, il exerça une traction sur la paroi antérieure du rectum, et baissa de la sorte le col vésical et fit uriner le malade. Pendant cet acte il fit pénétrer une sonde mince flexible dans la vessie, et il la ramena par un mécanisme bien simple dans la partie antérieure de l'urètre. Cela fait, M. Demarquay fit glisser une sonde assez volumineuse, ouverte à son extrémité terminale dans la cavité vésicale et il ôta la sonde conductrice. Tous les huit jours, pour remplacer la sonde, il introduisait une bougie en baleine assez rigide dans le réservoir urinaire, ôtait la sonde ancienne et la remplaçait par une nouvelle. Au bout de quatre mois de traitement le jeune homme est guéri; les plaies du périnée sont cicatrisées; et pour prévenir une atrésie consécutive de l'urètre, M. Demarquay oblige ce jeune homme à n'uriner qu'avec l'aide d'une sonde de gros calibre introduite dans la vessie.

M. HUGUIER. Des cas pareils à celui de M. Demarquay se voient de temps en temps. Ils sont toujours dus à une chute à califourchon sur une partie saillante, une échelle, le bord d'une table, une branche d'arbre, etc. Parmi ceux que j'ai vus, je citerai un malade que j'observai il y a deux ans. Celui-là tomba à cheval sur le bord d'un tonneau défoncé. Il en résulta, comme d'habitude, un abcès gangréneux, et le malade perdit ainsi trois centimètres de la longueur de l'urètre. Après avoir laissé déterger la plaie, je mis une sonde dans les deux bouts, et le blessé guérit très-bien. C'est là ce qui fait que je me demande si l'incision en demi-lune de toute la largeur du périnée, faite par notre collègue, était absolument nécessaire.

M. DEMARQUAY. Pour mettre une sonde, il fallait avoir le bout profond de l'urètre, et c'est parce qu'il m'était impossible de le découvrir que j'ai pratiqué mon opération.

C'est après des tentatives sans nombre, que je suis arrivé à ce moyen extrême, après avoir pris l'avis de M. Monod.

M. MICHON. En somme, M. Demarquay a opéré pour pouvoir passer une sonde. Dans ces cas, en effet, l'urètre s'enfonce dans la plaie comme une artère divisée en entier.

Mais là on a un guide. Quand le malade rend de l'urine, il y a quelques chances pour qu'on puisse trouver l'orifice par où coule le liquide. Je me rappelle une circonstance où, après deux heures d'essai, je parvins enfin à conduire la sonde dans la vessie.

Si M. Demarquay a opéré, c'est qu'il le fallait absolument. Mais il faudrait bien se garder d'ériger en règle une pareille conduite. La règle est celle-ci, c'est que dans l'immense majorité des cas, avec du temps et des tâtonnements, on doit arriver dans la vessie sans être obligé d'opérer.

M. DEMARQUAY. L'accident de mon malade a eu lieu le 6 avril. C'est le 1er mai que je l'ai opéré. Entre ces deux dates, j'ai passé chaque jour une heure à essayer de pénétrer avec une bougie. C'est de guerre lasse que j'ai dû agir, et parce que je ne pouvais plus attendre, car les plaies du périnée allaient sans cesse se rétrécissant.

M. GUÉRIN. J'ai vu, il y a quelques jours, un malade atteint d'une rupture de l'urètre avec un épanchement de sang considérable. N'ayant pu réussir dans une première tentative de cathétérisme, je m'en suis abstenu. Le sang et l'urine se sont écoulés par les voies naturelles, et au bout de huit jours tout allait bien. C'est là un succès dont tout l'honneur revient à la temporisation.

M. DEMARQUAY fait ressortir la différence entre le fait cité par M. Guérin et celui dont il a entretenu la Société.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La Société se forme en comité secret.

DE LA DÉSARTICULATION DE L'ÉPAULE

dans un cas de version rendue impossible par l'engagement trop considérable de cette épaule et la rétraction violente de l'utérus, l'enfant étant mort (1).

Par M. le Dr H. BLOT, chef de clinique d'accouchements de la Faculté.

Il est des faits qui viennent modifier les idées que nous avons pu nous faire *à priori*, sur la valeur de certaines méthodes ou de certains procédés opératoires; tel est celui qui fait le sujet de la note que je viens aujourd'hui soumettre au jugement de la Société. J'étais depuis longtemps resté convaincu par mes lectures et surtout par le raisonnement, de l'inutilité et même des inconvénients de l'ablation du membre thoracique, dans les cas de présentation de l'épaule compliquée de l'écoulement complet du liquide amniotique et de la rétraction violente de l'utérus.

Dans ces cas, lorsque la version est rendue impossible, le procédé de Celse, adopté et vulgarisé par notre savant maître, M. P. Dubois, c'est-à-dire la décollation, doit toujours être préféré à tous les autres moyens, c'est à lui qu'il faut d'abord s'adresser; il ne peut malheureusement pas toujours être mis en pratique, et ce sont des faits de cette dernière espèce qui ont un peu modifié mon opinion sur la valeur de la désarticulation de l'épaule pour ces cas exceptionnels; je suis devenu un peu moins absolu à cet égard, comme, au reste, cela arrive presque toujours au fur et à mesure qu'on avance dans la pratique. Comme il s'agit là d'une des causes de dystocie les plus graves q'on puisse rencontrer, j'ai pensé qu'il ne serait peut-être pas sans intérêt de communiquer à la Société de chirurgie quelques détails relatifs à l'un de ces faits. Je choisis le plus récent.

Le dimanche 25 mai 1856, à 5 heures du soir, entre à la Clinique la nommée Emiot, âgée de vingt-quatre ans, d'une bonne constitution, ayant le bassin bien conformé.

Cette femme a déjà eu deux enfants à terme qui sont nés spontanément. Elle a eu, dit-elle, ses dernières règles le 25 septembre 1855, elle serait par conséquent enceinte de huit mois; l'enfant de cette femme nous a cependant offert les apparences d'un enfant à terme.

Cette jeune femme, qui était assistée par une sage-femme, commença à éprouver les premières douleurs de l'enfantement, le samedi 24 mai 1856, à six heures du matin. Le même jour, à deux heures de l'après-midi, la sage-femme rompit les membranes pour reconnaître la partie fœtale qui se présentait. Malgré cette manœuvre, elle resta dans la même ignorance jusqu'au lendemain dimanche dans l'après-midi. Alors seulement, à une heure du soir, elle fit voir la malade à M. le docteur Dreyfus, qui reconnut une présentation de l'épaule, et tenta la version pelvienne. Ce confrère, trouvant là de trop grandes difficultés, fit demander M. Depaul, qui, à deux heures du soir, était rendu auprès de la patiente. Après l'avoir soumise aux inhalations de chloroforme jusqu'à insensibilité complète, M. Depaul tenta la version; il parvint à saisir un pied qu'il amena dans le vagin, mais qu'il ne put faire avancer plus loin, à cause de l'obstacle que mettaient au mouvement d'évolution, d'une part la rétraction violente de l'utérus, de l'autre l'engagement considérable de l'épaule. Se trouvant d'ailleurs privé d'aides et dans des conditions mauvaises à tous égards pour terminer un accouchement aussi difficile, il envoya cette femme à la Clinique.

Quand je la vis pour la première fois, les choses étaient dans l'état suivant:

La main droite et l'avant-bras *tout entier* font procidence en dehors de la vulve; ces parties, notablement tuméfiées, ont une couleur violacée. L'épaule droite et la partie supérieure de la poitrine sont fortement engagées dans le détroit supérieur, contre lequel le fœtus est solidement appliqué par les parois utérines; celles-ci, violemment rétractées, sont moulées très-exactement sur les différentes parties du fœtus. De plus, dans le vagin, au niveau de sa partie moyenne, on trouve le pied droit. Il ne reste plus du tout de liquide amniotique dans l'utérus. L'auscultation, pratiquée avec grand soin, permet de constater qu'il n'existe plus de battements dans le cœur fœtal. Le fœtus commence d'ailleurs à exhaler une légère odeur de putréfaction qui ne peut laisser aucun doute sur sa mort. Les contractions utérines sont presque nulles; il existe seulement une rétraction considérable, permanente et comme tétanique.

M. P. Dubois est immédiatement prévenu. Retenu en ville auprès

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 2 septembre.

d'une personne en travail qu'il ne peut quitter, il me fait dire de le suppléer.

Face à face avec ces difficultés, je dus naturellement réfléchir quelques instants sur le meilleur parti à prendre. La malade était très-fatiguée et dans cet état d'épuisement où plonge un travail longtemps prolongé qui reste inefficace. Des tentatives de version faites par un homme aussi expérimenté que M. Depaul étaient restées sans résultat; fallait-il y revenir, ou chercher à diminuer la rétraction utérine par les moyens divers qui ont été conseillés en pareil cas? «L'expérience que j'avais pu acquérir sur la valeur de ces moyens en suivant la pratique de mes maîtres, ma petite expérience personnelle, m'avaient donné peu de confiance dans leur emploi; j'avais vu si souvent échouer les injections émollientes, les grands bains, l'opium, la saignée, etc., que je n'étais pas, je l'avoue, très-disposé à les mettre en usage. D'ailleurs, je n'avais plus ici qu'un seul intérêt à sauvegarder, celui de la mère, et son état général me semblait contre-indiquer une expectation plus prolongée, expectation que rend nécessaire l'emploi des différents moyens indiqués plus haut. Me rappelant enfin que quelquefois une version impossible à un certain moment devient assez facile quelques heures plus tard, par suite de modifications survenues dans l'état de l'utérus ou la position du fœtus, je me décidai à renouveler, au moins une fois, les tentatives de version qui quatre beures auparavant étaient restées infructueuses.

Je fais donc placer la femme comme pour l'opération de la version. Sur sa demande expresse, je la soumets aux inhalations de chloroforme. Au bout de quatre minutes, l'anesthésie *complète* est obtenue; J'introduis alors la main droite pour tâcher d'attirer le deuxième pied; j'ai beaucoup de peine à gagner le fond de l'utérus, tant il est rétracté. J'arrive enfin au pied gauche; mais ma main est si fortement appliquée sur le fœtus que je ne puis fléchir les doigts pour saisir l'extrémité, que je sens à la fois par la main contenue dans l'utérus et par celle placée extérieurement pour en maintenir le fond. La tension des parois utérines est d'ailleurs tellement grande, que je crains de voir se produire une rupture au niveau des saillies que formeraient mes doigts fléchis, absolument comme se rompt une corde trop tendue sur son chevalet. Je retire donc ma main avec beaucoup de douceur, et, arrivé dans le vagin, je saisis le pied qui s'y trouvait; des tractions assez énergiques le font assez descendre pour que je puisse y appliquer un lacs. La prise étant alors plus sûre, j'augmente un peu les efforts de traction; mais je reconnais bientôt à certains craquements que si j'insistais davantage, je déchirerais les parties molles et séparerais la jambe de la cuisse. Pendant ces tractions, l'épaule engagée ne remontait pas du tout.

Alors, l'enfant étant mort et ne représentant plus qu'un corps étranger qu'il s'agissait d'extraire de l'utérus en exerçant sur les parties maternelles le moins de violences possible, je me décidai immédiatement à pratiquer la décollation; mais en allant à la recherche du cou, je reconnus bientôt que la tête, au lieu de répondre à la fosse iliaque droite, était placée beaucoup plus baut, de telle façon que pour atteindre le cou avec les longs ciseaux qui servent ordinairement à pratiquer cette opération, j'étais obligé de les introduire dans les parties génitales jusqu'aux anneaux, ce qui en rendait le maniement presque impossible. Aussi, après quelques tentatives qui n'eurent pour résultat que la section de la peau du côté droit du cou, songeant qu'il me faudrait, pour compléter la séparation du tronc, faire pénétrer les ciseaux à plusieurs centimètres plus baut, chose impraticable, je résolus de recourir à la désarticulation de l'épaule, qui par son engagement considérable me semblait constituer un des principaux obstacles au mouvement d'évolution.

Plaçant alors mes deux doigts, index et médius gauches, sous la partie antérieure du col utérin de manière à le bien protéger, je fis jouer les lames des grands ciseaux au-dessous d'eux sur le moignon de l'épaule, pendant qu'un aide exerçait au moyen d'un lacs des tractions modérées sur le bras dans le double but de tendre les parties molles et d'abaisser autant que possible le point sur lequel devait agir l'instrument tranchant. En une minute environ, la désarticulation fut opérée et le membre supérieur droit enlevé. L'utérus restait toujours aussi violemment rétracté, et cependant, tirant alors sur le pied droit, il me suffit de *très-légers efforts* pour produire le mouvement d'évolution. Les fesses furent promptement amenées à la vulve; je dégageai l'autre membre pelvien sans aucune difficulté; puis après le tronc et le membre thoracique gauche; puis enfin la tête, le tout avec la plus grande facilité.

Le placenta décollé vint se présenter à la vulve, et la délivrance fut faite immédiatement. La malade, revenue à elle, ne veut pas croire qu'elle est accouchée; elle exprime toute sa joie de n'avoir rien senti, et ne cesse de se réjouir d'être si heureusement délivrée.

Le 1er juin, sept jours plus tard, elle mange deux portions, et sort bien portante de l'hôpital.

Du fait précédent et de quelques autres analogues, je me crois autorisé à tirer les conclusions suivantes:

1° Dans les cas de version rendue impossible au deuxième temps (évolution), par la rétraction violente de l'utérus et l'engagement considérable de l'épaule, si l'enfant est vivant, la principale indication consiste à combattre par tous les moyens connus, la rétraction utérine. Parmi ces moyens, le chloroforme échoue presque toujours, quoi qu'on en ait dit dans ces derniers temps.

2° Si l'enfant est mort et que sa mort soit constatée d'une manière bien certaine, la meilleure opération à pratiquer, quand elle est possible, c'est la décollation.

3° Si, l'enfant étant mort, l'élévation de la tête fœtale rend le cou inaccessible, et par suite la décollation impossible, la désarticulation de l'épaule engagée constitue une ressource bien inférieure à la décollation, mais qu'il ne faut pas rejeter *à priori*, puisque dans quelques cas, elle a pu à elle seule rendre très-simple et très-facile l'extraction du fœtus.

4° Le procédé le plus simple et le plus inoffensif de pratiquer cette désarticulation me paraît être celui qu'emploie M. P. Dubois pour la décollation, c'est-à-dire l'incision des parties molles couche par couche au moyen de forts ciseaux à bec-de-lièvre légèrement courbes sur le plat et munis de longs manches.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le rédacteur,

Je lis dans le numéro du 27 août 1857 de votre estimable journal: (Compte rendu de l'Académie de médecine, rapport de M. Depaul sur une opération césarienne):

« L'opération a été faite par le procédé ordinaire, sans faire intervenir aucune des modifications proposées dans ces derniers temps.

» Le succès doit être rapporté: 1° à l'étendue considérable donnée à l'incision de l'abdomen..... 2° à la constitution de la femme habituée aux travaux de la campagne; 3° au moment choisi pour l'opération... 4° aux bonnes conditions hygiéniques et soins intelligents... 5° à la température douce et constante de février dernier; 6° à l'action du chloroforme...

» L'auteur de cette communication trouve dans ce fait une nouvelle objection contre l'avortement provoqué et la cépbalotripsie, qui sacrifie l'enfant... »

M. le rapporteur termine en ces termes:

« En vous rendant compte de ce fait intéressant, votre commission n'a pas pensé que le moment fût opportun pour renouveler une discussion dont le souvenir est encore présent dans l'esprit de chacun de vous. Un succès de plus n'est pas de nature à changer les termes de la question. Ils restent tels qu'ils étaient il y a quelques années; car, à côté d'un succès nouveau, il me serait facile de grouper plusieurs cas de mort, et de vous montrer que des arguments puissants militent en faveur de l'avortement provoqué et de l'embryotomie dans certains cas déterminés. »

Je pense que ceux de vos lecteurs qui ont pu suivre depuis trois ans dans vos colonnes les discussions scientifiques dont cette belle et délicate question a été l'objet, et qui connaissent les beureuses modifications pratiques qui ont été introduites dans l'opération césarienne, ne liront pas sans intérêt les courtes réflexions qui suivent.

Ces mots: « l'opération a été faite par le procédé ordinaire, sans aucune des modifications proposées dans ces derniers temps, » et immédiatement après: « le succès doit être rapporté: 1° à l'étendue considérable donnée à l'incision de l'abdomen... » ne sont-ils pas un rejet sans examen de la modification si heureuse, entre plusieurs autres, introduite par M. le professeur Stoltz touchant l'incision, qu'il réduit à 12 centimètres, ainsi que de la double modification que j'ai présentée moi-même, relativement à cette même diminution d'étendue et à la suppression de la suture? N'est-ce pas repousser également les modifications de M. Hubert, professeur à Louvain, qui adopte pareillement cette diminution d'étendue de l'incision, et recommande l'usage prolongé du froid sur l'appareil? N'est-ce pas enfin repousser, et toujours sans examen, les idées pratiques renfermées dans les mémoires de MM. Villeneuve (de Marseille), de Lignerolles, du cbirurgien en chef de l'hôpital d'Amiens, et d'autres, qui tous attendent vainement depuis si longtemps un rapport de l'Académie sur leurs travaux?

Les quatre autres causes de succès (*constitution, hygiène, soins intelligents*, et *température douce de février...*) qu'on énumère avec une sorte de complaisance pour expliquer une guérison qui semblerait avoir besoin d'explications extraordinaires et forcées, ne seront pour un médecin impartial que des circonstances toutes simples et banales, dont l'accumulation ne lui paraîtra qu'exagérée et suspecte; d'autant plus que les exemples abondent de guérisons anciennes ou modernes où rien n'existait de toutes ces si précieuses conditions. Tous ceux qui ont feuilleté les récits d'opérations césariennes depuis deux siècles, ont vu qu'on a obtenu de fréquents succès dans toutes les conditions, même les plus mauvaises. Sans doute il faut améliorer le plus possible ces conditions; mais il paraîtra étonnant qu'on veuille faire passer comme cause de succès et comme progrès une augmentation manifeste de douleur, une plus grande étendue de l'incision et partant de la suture, et une plus longue durée de l'opération en entremêlant cela avec les travaux des champs et la douce température de février.

Le *chloroforme* est considéré comme une sixième cause du succès. Je le veux bien: personne ne recourt plus volontiers que moi à ce précieux agent dans les fréquentes opérations que j'ai à pratiquer dans notre important hôpital ou ailleurs. Mais précisément, plus vous adoucissez votre opération, et par le chloroforme, et par les modifications ou simplifications qu'on vous propose, plus on nous assainit de tous côtés, et surtout à Paris, où néanmoins autrefois, selon les relations circonstanciées de Ténon, ces opérations réussissaient très-bien, moins aussi, ce me semble, on devrait, à cause de quelques insuccès, jeter le manche après la cognée, et émettre avec insistance un enseignement rétrograde.

L'auteur de la communication s'étant élevé contre l'avortement provoqué et la céphalotripsie sur l'enfant vivant, le rapporteur ajoute simplement: « Votre commission n'a pas pensé que le moment fût opportun pour renouveler une discussion.... Il me serait facile de vous montrer que des arguments puissants militent en faveur de l'avortement.... »

Ces mots indiquent assez clairement que la commission nommée pour faire un rapport sur les travaux des professeurs et médecins cités plus haut ne fera pas ce rapport; ou du moins cette *opportunité*, qui depuis trois ans n'a pas existé, qui aujourd'hui est dite solennellement n'exister pas, quelle apparence y a-t-il qu'elle existera dans tel ou tel nombre d'années?

Libre sans doute à MM. de la commission de penser ce qu'ils veulent de l'opération césarienne, de tourner à leur manière un seul des cas qu'on leur présente, et de repousser cette opération, au moment où de nombreux professeurs et praticiens de grandes villes de France et de Belgique, d'accord avec les constantes traditions de l'Ecole de Paris et les notions les plus élémentaires du droit naturel, enregistrent d'heureuses modifications à côté de leurs succès pratiques, au moment surtout où le chloroforme et la salubrité croissante viennent augmenter les chances de sauver les deux êtres.

Libre à eux de croire faire une bonne médecine en provoquant l'avortement, en tuant volontairement un enfant, sur lequel ils prennent le droit de faire des calculs de plus ou moins value comparativement à la mère.

Libre même à eux de ne vouloir pas chercher à éclaircir une grave question théorique et pratique.

Mais tout le monde, à peu d'exceptions près, pensera qu'il serait plus sage, tout en continuant de prendre pour soi toutes ses libertés, de ne pas publier et vulgariser ce dangereux genre de doctrines (ce à quoi on paraissait avoir renoncé depuis plus de deux ans), et surtout de ne pas généraliser, comme on le fait ici, et étendre à la province une pratique qu'on n'avait d'abord déclarée applicable qu'à la capitale seulement.

LEBLEU, D.-M.-P.
Chirurgien en chef de l'hospice civil de Dunkerque.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le corps médical de Paris vient de faire une perte qui sera vivement sentie par tous ceux qui ont à cœur la dignité et le respect de notre profession. Le docteur Armand Pauliu, médecin de l'Ecole normale supérieure, a succombé brusquement le 7 septembre à une attaque d'apoplexie pulmonaire. Né en 1792, élève de l'Ecole normale dans la première ferveur de sa création, il fut bientôt chargé de professer la pbysique au lycée de Metz. Frappé dans sa position universitaire par les événements de 1814, le docteur Paulin se fit médecin, et ce fut en cette qualité qu'il se vit attacher à cette Ecole normale, théâtre de ses premiers succès.

M. Sainte-Beuve, de l'Académie française, qui tient comme on le sait de si près à notre famille médicale, a voulu dire à son ami un dernier et éloquent adieu. Nous regrettons de ne pouvoir insérer ce discours, auquel nous nous associons bien sincèrement, car nous avons vu de près le docteur Paulin, et nous avons pu apprécier « cet bomme excellent qui, — c'est M. Sainte-Beuve qui parle, — a de tout temps servi ses semblables jusqu'à en vouloir mourir. »

— L'ouverture du congrès d'ophthalmologie aura lieu à Bruxelles demain 13 septembre, à onze beures du matin, et se continuera les 14, 15 et 16 courant. MM. Laveran et Lustremant, professeurs au Val-de-Grâce, sont envoyés par le conseil de santé des armées pour prendre part à ce congrès. Les cartes d'admission se distribuent au secrétariat général, rue Notre-Dame-aux-Neiges, 27.

Un compte rendu des séances sera distribué pendant la durée du congrès aux membres qui en feront la demande.

Des appartements sont retenus à l'hôtel de l'Europe, place royale, pour MM. les membres qui en ont fait la demande à M. Warlomont, secrétaire général. Ceux qui ont négligé ce soin pourront également s'adresser à cet bôtel, où on leur indiquera des logements vacants.

— La 33e réunion des naturalistes et médecins allemands s'ouvrira à Bonn le 18 septembre, sous la direction de MM. les professeurs Nöggerath et Kilian, et se terminera le 24.

D'après les statuts, il faut être auteur de quelque ouvrage pour pouvoir être membre du congrès; mais tous ceux qui s'occupent des sciences naturelles peuvent y prendre part et assister aux séances.

Outre les réunions générales, des séances particulières des sections auront lieu tous les jours à partir de buit beures du matin.

Il y a douze sections: 1° géologie, minéralogie, paléontologie; 2° botanique et pbysiologie botanique; 3° zoologie; 4° pbysique; 5° cbimie; 6° agronomie; 7° astronomie et matbématiques; 8° anatomie et physiologie; 9° médecine pratique; 10° cbirurgie et ophtbalmologie; 11° gynécologie; 12° psycbiatrique.

On peut s'inscrire à partir du 15, et s'adresser à l'avance, pour les logements, à MM. Nöggerath et Kilian, présidents du congrès.

La ville de Bonn prépare des fêtes brillantes pour le temps de la session. Les administrateurs du cbemin de fer de l'Etat en Belgique, du chemin de fer rbénan et la Compagnie du Nord ont offert à MM. les savants qui assisteront aux congrès de Bruxelles et de Bonn une réduction de moitié sur le prix des tarifs ordinaires.

Pour profiter de cette réduction, au départ de Paris il suffira de se présenter, un quart d'beure avant le départ, à M. le cbef de gare du chemin du Nord, qui remettra au voyageur une attestation au moyen de laquelle il sera délivré à Cologne un billet gratuit pour le retour à Paris. Le trajet de Paris à Bruxelles et à Cologne sera payé intégralement par le voyageur.

Le prix du billet de Paris à Cologne, valable pour un mois, avec arrêt à Bruxelles, Malines, Aix-la-Cbapelle, est de 59 fr. en 1re classe.

Le prix du trajet de Cologne à Bonn est de 1 fr. 85.

— Londres est désert, écrit le chroniqueur du *Medical Circular*. « A peine un des chirurgiens des hôpitaux en renom se trouve-t-il à son poste. Tous sont allés restaurer leur énergie et leur vigueur aux brises fortifiantes des montagnes d'Écosse ou de Suisse, ou se baigner avec moins d'aventures parmi les badauds à Ramsgate ou à Saint-Léonard. M. Fergusson est loin d'ici; M. Coulson et le docteur Morgan ont suivi son exemple. Le docteur Carpentier s'est retiré dans une paisible retraite à Arran, et là il cultive son cbamp. Quant au docteur Lionel Beale, on l'a surpris courant après les mollusques. »

Si l'on soumettait les médecins de Paris à cette petite inquisition, combien en trouverait-on à leur poste?

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM.:

Grand-Clément, né aux Bouchoux (Jura); *Du traitement des fractures de la jambe, à l'aide d'appareils hémipériphériques en plâtre combinés avec la suspension.*

Cbauvin, né à Sion (Loire-Inférieure); *Sur la nature et le traitement de la coqueluche.*

Guignebert, né à Montargis (Loiret); *De la pneumonie lobulaire chez les enfants.*

Royer, né à Verdun-sur-Doubs (Saône et-Loire); *Des oblitérations des voies spermatiques, et de la rétention spermatique.*

Duranthon, né à Casseneuil (Lot-et-Garonne); *Du traitement des hémorrhagies puerpérales.*

Desplats, né à Béziers (Hérault); *De l'ozone.*

Doucet, né à Martizay (Indre); *De la gioleucite.*

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 108 — MARDI 15 SEPTEMBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 108. — MARDI 15 SEPTEMBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 14 SEPTEMBRE 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

La médecine et la physiologie ont eu une large part dans cette séance. On y trouvera deux communications sur la glycogénie, une sur les fonctions de la moelle, une sur les capsules surrénales, deux sur les anesthésiques, une sur la syphilisation, etc.

M. A. Sanson continue dans un troisième mémoire à battre en brèche la doctrine glycogénique de M. Bernard ; il y attaque particulièrement le point relatif à l'existence de la matière glycogène ou de l'amidon animal dans le foie. Admettant au contraire cette doctrine comme démontrée, M. le professeur Coze (de Strasbourg) s'est proposé, dans une note dont nous reproduisons les conclusions au compte rendu, de rechercher l'influence des médicaments sur la glycogénie.

Le travail de M. Chauveau sur la moelle épinière est déjà connu, du moins dans ses parties essentielles ; c'est le même que M. Chauveau a lu récemment à l'Académie de médecine ; mais comme nous n'avons pu alors en reproduire que les conclusions, nous saisissons aujourd'hui cette occasion pour mettre sous les yeux de nos lecteurs les expériences sur lesquelles ces conclusions sont fondées.

MM. Cloez et Vulpian ont étudié sous un point de vue nouveau les capsules surrénales qui partagent depuis quelque temps avec le foie et la moelle épinière le privilége de fixer l'attention des physiologistes et des médecins. L'un d'eux ayant découvert récemment que la substance médullaire des capsules surrénales des animaux vertébrés de toutes les classes possède la propriété curieuse, étrangère à tout autre organe, de se colorer d'une manière bien marquée sous l'influence de divers réactifs, en a tiré cette conséquence probable que cette propriété était due à l'existence de principes immédiats sans doute nouveaux, et qu'il serait intéressant de chercher à isoler. C'est dans ce but que MM. Cloez et Vulpian se sont réunis; mais avant de rechercher le principe supposé, ils ont dû étendre la base de leur travail et faire l'analyse immédiate des capsules et des organes qui les avoisinent. Leurs premières recherches analytiques les ont conduits à découvrir dans les capsules des animaux herbivores, entre autres principes, les acides hippurique et choléique, que l'on trouve habituellement, le premier, dans l'urine de quelques animaux, et le second, dans la bile. Ce n'est là qu'une première constation de fait, dont il y aura lieu de rechercher plus tard la signification physiologique; mais cette recherche serait prématurée avant que les auteurs aient terminé leurs analyses. Nous devons donc nous borner ici à inscrire ce premier résultat comme fait brut.

L'amylène a été jugée, et le jugement, comme on le sait, a été peu favorable. Les nouvelles recherches comparatives entre les divers agents anesthésiques entreprises par MM. les docteurs Bonnet et Foucher, confirment ce jugement. On trouvera dans ces recherches d'autres détails intéressants sur quelques autres agents anesthésiques. On y trouvera aussi quelques propositions qui pourraient être contestées; telle est, par exemple, celle relative à l'action anesthésique locale.

Considérant les agents anesthésiques sous un autre point de vue, M. Ozanam a cherché à démontrer dans un nouveau mémoire que les substances éthérées n'agissent comme anesthésiques qu'après s'être décomposées en gaz carbonés.

La part de la médecine proprement dite eût été sans aucun doute de nature à exciter vivement l'attention de nos lecteurs; mais malheureusement le silence absolu du *Compte rendu* nous met dans l'impossibilité de satisfaire leur légitime curiosité à cet égard. Il s'agit d'un mémoire de M. le docteur Sperino (de Turin) sur la syphilisation. A défaut de cet important document sur une question qui paraît devoir prendre une place sérieuse, nous aurons prochainement l'occasion de faire connaître quelques faits intéressants qu'un jeune chirurgien de la marine, M. le docteur Guérault, vient de consigner dans sa thèse. — Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. BOUVIER.

Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur (1).

(Recueillies par M. MOILIN, interne du service.)

Quand la cyphose juvénile n'est pas héréditaire et qu'elle n'est pas liée à la souffrance de quelque organe intérieur, il est facile de l'arrêter à son début ; il est moins aisé de rétablir la conformation naturelle quand la déformation est confirmée, mais on peut du moins en ralentir ou en suspendre les progrès.

Lorsqu'il y a débilité générale, la seule indication est de fortifier la constitution, et en particulier le système musculaire, au moyen des bains stimulants, des douches, des frictions, du massage et de la gymnastique générale.

Lorsqu'il n'y a qu'une habitude vicieuse, il faut supprimer les causes qui lui ont donné naissance, puis chercher à faire contracter les muscles extenseurs du tronc de manière à corriger la déformation. Mais ce n'est pas toujours chose facile ; la débilité chez les uns, l'indocilité chez les autres, l'inattention et la légèreté chez tous, sont des causes qui perpétuent l'attitude que l'on veut détruire, indépendamment de la résistance des parties, lorsqu'il existe une déformation.

On ne réussit donc dans ce cas que par une grande persévérance, une surveillance assidue, une certaine habileté à exciter la volonté, l'amour-propre des enfants, pour les amener à corriger d'eux-mêmes leur maintien, à redresser peu à peu, par le seul effort des muscles, un rachis déjà courbé d'une manière permanente.

La gymnastique rend ici de grands services ; je ne décrirai pas les nombreux exercices qui conviennent en pareil cas ; vous les trouverez dans les ouvrages spéciaux de Clias, de M. Laisné, notre habile professeur de l'hôpital des Enfants, et dans ceux de quelques autres gymnasiarques. Je dirai seulement que des exercices très-efficaces peuvent être pratiqués sans gymnase, sans instruments, au sein de la famille. Ce sont surtout ceux-là que le médecin doit connaître, parce qu'il peut les prescrire partout.

On sait depuis longtemps que l'escrime, l'exercice militaire, la natation, même certains jeux de l'enfance, sont dans cette circonstance de très-bons moyens de redressement.

Je ferai une dernière remarque générale à ce sujet. Ne vous laissez pas trop guider par des vues théoriques dans la prescription de ces exercices ; ne vous contentez pas de juger *à priori* de l'effet qu'ils doivent produire; assurez-vous toujours de l'effet réellement obtenu.

Andry, le créateur de l'orthopédie, et après lui Shaw, Pravaz, Delpech, ont donné, dans la cyphose, le conseil très-rationnel d'exciter les contractions des extenseurs du cou en leur faisant surmonter la résistance d'un poids placé sur la tête ; j'ai moi-même fait construire plusieurs appareils ayant le même but ; mais ici les prévisions de la science sont démenties par les faits ; bon nombre d'enfants, fatigués sans doute par l'effort du poids, ne redressent nullement la tête et conservent leur position vicieuse, ou même l'aggravent.

La gymastique suédoise fournit des procédés utiles dans l'excurvation juvénile, celui-ci, par exemple :

Une personne, appuyant la main sur l'occiput de l'enfant, l'engage à la repousser en arrière par un effort des extenseurs de la tête, en répétant ce mouvement plusieurs fois de suite; la main oppose alors une résistance croissante de manière à augmenter l'intensité des contractions, et l'on comprend que cet exercice finisse par accroître la puissance des muscles et par vaincre leur inertie habituelle. Le même moyen peut s'appliquer aux muscles des épaules, du dos, des lombes, etc.

L'attitude du corps pendant la nuit doit favoriser le redressement produit pendant le jour. Le lit sera assez résistant et assez droit pour ne pas faire décrire une courbe au rachis, et on veillera à ce que dans le décubitus le tronc soit autant que possible dans la rectitude.

Il peut devenir nécessaire de recourir à des bandages, à des moyens mécaniques, pour effacer la courbure du rachis, particulièrement dans la station, et en même temps de placer le corps dans la position horizontale une partie du jour.

Ce mode de traitement, qui peut se combiner avec l'emploi de la gymnastique, est particulièrement applicable lorsque les exercices paraissent insuffisants à cause de la résistance des parties, ou bien lorsque leur effet n'est que momentané, et qu'on ne peut obtenir quelque continuité dans les efforts des muscles. En maintenant alors la tête ou le tronc dans une meilleure attitude par des liens ou des supports artificiels, on modifie peu à peu les résistances du squelette, ou rompt l'habitude vicieuse des muscles, et on fait prendre en quelque sorte aux organes un nouveau pli. Les mêmes moyens conviennent encore comme palliatifs; si la courbure n'est pas de nature à céder aux efforts de l'art, ils maintiennent au moins le *statu quo*.

A la tête, on emploie spécialement des bandeaux qui la tirent en arrière, des cols qui la soutiennent et la relèvent. L'appareil connu sous le nom de *Minerve*, quoique plus compliqué, est parfois préférable comme étant d'un effet plus sûr.

Au tronc, on a recours à des corsets, qui agissent : 1° sur les épaules, en les tirant en arrière, en pressant sur leur partie inférieure ; 2° sur le rachis, en repoussant sa convexité en avant ; 3° sur tout le tronc, en soutenant sa partie antérieure et supérieure, et en la repoussant en arrière.

Il ne faut pas se dissimuler d'ailleurs les inconvénients très-réels reprochés par les médecins de tous les temps à l'usage de ces moyens mécaniques. On ne les emploiera donc qu'avec réserve, et seulement sur des indications formelles ; on surveillera leurs effets, et l'on sera toujours prêt à y renoncer pour peu que leurs avantages ne semblent pas évidents. Mais ce serait, je pense, tomber dans une exagération fâcheuse que de les proscrire aveuglément, et de se priver ainsi des services qu'ils rendent incontestablement dans certains cas.

Cyphose sénile. — La cyphose sénile est une suite nécessaire de l'affaiblissement du système musculaire. Le rachis, mal soutenu par ses extenseurs, retombe en avant comme il retombe chez l'enfant débile ; mais rien de plus variable que le degré de courbure qui se produit et l'âge auquel il apparaît. Indépendamment des circonstances accidentelles qui peuvent, chez l'adulte, déterminer la flexion antérieure du rachis, on sait que l'habitude exerce à cet égard une puissante influence ; que les militaires, par exemple, qui se sont longtemps exercés à tenir l'épine dorsale dans la rectitude, restent droits fort longtemps ; tandis que ceux qui, par état, se sont tenus habituellement penchés en avant, comme les gens de bureau, les laboureurs, les vignerons, etc., se voûtent de très-bonne heure. Chez les femmes, l'usage des corsets, dont on a dit tant de mal, contribue certainement à conserver longtemps la rectitude du tronc. Winslow et Portal ont fait, il y a longtemps, la remarque, souvent vérifiée depuis, que les femmes sont très-sujettes à contracter la cyphose au moment où elles cessent de porter des corsets.

La cyphose sénile peut atteindre un degré considérable et réellement pathologique, si des causes actives de courbure ou une conformation irrégulière dès la jeunesse s'ajoutent aux circonstances amenées par l'âge. Vous en voyez ici plusieurs exemples.

L'un est la colonne vertébrale de Séraphin, personnage très-connu, victime du travail incessant auquel il se livrait pour l'amusement de notre enfance. Cet homme, toujours courbé dans son petit théâtre d'ombres chinoises, finit par arriver à cette énorme cyphose, accompagnée en outre de l'ossification des ligaments extérieurs, de la fusion de quelques corps des vertèbres de la plupart des arcs vertébraux et de la soudure des côtes avec le rachis. Cette colonne vertébrale est encore remarquable par la grande régularité de son unique courbure.

Sur cette autre colonne, la déformation est limitée à un petit nombre de vertèbres ; mais elle est encore plus considérable, et forme presque un angle droit dans la région dorsale supérieure.

Voici un exemple d'une déformation intermédiaire aux deux précédentes.

Vous voyez que le siége de la déformation est variable; elle portait tout à l'heure sur les cervicales inférieures et les premières dorsales; ici, au contraire, elle affecte les dernières dorsales.

Enfin, voici un dernier exemple fort curieux : les courbures normales sont simplement exagérées, et la cyphose dorsale est compensée par une lordose lombaire; de plus, il y a, comme chez Séraphin, ossification des ligaments vertébraux.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 septembre.

Enfin, vous trouverez au Musée Dupuytren, sous les nos 533 et 534, deux pièces fort remarquables sous ce rapport.

Sur plusieurs de ces pièces, la cyphose est compliquée de scoliose.

Un caractère particulier à ces cyphoses considérables, c'est la perte de l'équilibre du tronc. Le vieillard simplement voûté conserve encore son équilibre; il lui suffit de porter le bassin en arrière par la demi-flexion des cuisses et des genoux. Dans les cas graves, il n'en est plus de même : le centre de gravité tombe en avant et fort au delà de la base de sustentation; la marche n'est plus possible qu'à l'aide d'un bâton; parfois même les muscles ne peuvent maintenir l'équilibre.

La cyphose, à ce degré, déplace et déforme tout le tronc; la tête touche au sternum, les regards fixent la terre, ou même sont dirigés en arrière; le cou est horizontal, recourbé; la démarche fort gênée. Vous verrez à la Salpêtrière et à Bicêtre de ces pauvres vieillards; leur squelette tout entier participe à la déformation; les côtes sont rapprochées, le thorax rétréci transversalement, le sternum courbé sur lui-même, etc. Le n° 538 du Musée Dupuytren vous en offre un exemple.

De pareils spectacles donnent à réfléchir, et l'on comprend l'empereur Antonin qui, sur ses vieux jours, plaçait sur sa poitrine une planchette de sapin, un vrai busc, pour prévenir des désordres semblables.

Cyphose symptomatique. — La cyphose symptomatique se rapproche de la cyphose sénile par l'étendue de la courbure. Nous faisons abstraction du mal vertébral, dont les déformations sont si tranchées.

On observe la cyphose symptomatique dans trois circonstances principales :

1° Dans les paralysies (nous aborderons ce sujet à propos de la lordose);

2° Dans les contracturess;

3° Dans le rhumatisme.

On a cité dans des ouvrages déjà anciens des cas de contracture subite ou lente occupant les fléchisseurs de la tête et du tronc, et donnant lieu à une cyphose persistante. On a signalé une contracture des muscles abdominaux s'opposant au redressement de la colonne vertébrale; ces faits sont rares, mais il faut en tenir compte.

Le rhumatisme est une cause importante de la cyphose; il est musculaire ou articulaire : dans le premier cas, il agit tantôt à la manière des contractures, tantôt par suite des attitudes du malade pour éviter la contraction des muscles douloureux. Le rhumatisme articulaire, rare dans la colonne vertébrale, s'y limite le plus souvent à un petit nombre d'articulations; cependant il devient quelquefois général. La courbure tient à l'état douloureux des jointures; Delpech a rapporté un bel exemple de cette courbure, dont je fais passer la figure sous vos yeux. Si les douleurs persistent, la colonne vertébrale peut finir par s'ankyloser; mais cet accident, qui est assez fréquent aux membres, est très-rare au rachis, et c'est d'une tout autre manière que se font les ossifications séniles de la colonne vertébrale, comme on peut le voir dans un mémoire intéressant de M. Tessier (de Lyon) sur *les effets de l'immobilité des articulations.*

HOPITAL ST-ANDRÉ DE BORDEAUX. — M. Moussous.

Trois observations d'atrophie musculaire.

Obs. I. — M***, âgé de vingt-six ans, fabricant de bouchons, d'un tempérament lymphatique-sanguin, d'une constitution robuste, est né de parents vigoureux : son frère est d'une force athlétique; il ne se souvient pas que quelque membre de sa famille ait jamais été atteint de l'affection qui le retient aujourd'hui à l'hôpital, où il est entré le 8 janvier 1857. Il s'était toujours très-bien porté jusqu'en 1853, époque à laquelle il se foula un genou. Pendant que cet accident le retenait au lit, il fut pris d'une fièvre typhoïde qui offrit assez de gravité, puisqu'il ne put se lever qu'au bout de cinquante jours environ. Son genou étant toujours douloureux, il alla de son propre mouvement prendre les eaux de Dax, où il demeura dix-huit mois, sans ressentir grand soulagement : puis il vint à Bordeaux pour y exercer sa profession.

Pendant sa fièvre typhoïde, il avait remarqué, sans s'en inquiéter davantage, qu'il maigrissait beaucoup, surtout des bras. Durant son séjour à Dax, l'amaigrissement suivit une marche croissante : les jambes s'émacièrent aussi, mais d'une manière moins notable que les membres supérieurs. Aussitôt arrivé à Bordeaux, il alla demander une consultation à la Société de médecine, pour le genou dont il souffrait toujours. Après avoir porté principalement leur attention sur l'amaigrissement des membres, les médecins lui conseillèrent d'entrer à l'hôpital, ce qu'il fit le lendemain 8 janvier.

Le malade nous raconte qu'à cette époque, ses bras et ses jambes étaient bien plus émaciés qu'aujourd'hui. Or, voici quel est son état actuel (1er juin) :

Les deux épaules sont très-amaigries, surtout l'épaule droite. Les muscles du cou dessinent leurs reliefs normaux, mais le deltoïde, le trapèze, les muscles des fosses sus et sous-épineuses se remarquent à peine; le grand pectoral est aussi très-affaissé. Les parties les plus atrophiées sont les bras, surtout le droit, qui ne semble plus être constitué que par l'humérus recouvert de la peau; cependant, un courant électrique fait exécuter quelques mouvements à ce bras, et témoigne que les fibres musculaires ne sont pas entièrement détruites. Les avant-bras offrent peu de maigreur, relativement du moins à celle des bras; à la main droite, l'éminence thénar est affaissée; néanmoins, les mouvements d'adduction et de flexion du pouce sont faciles; l'état de la main gauche est normal, malgré l'atrophie considérable du bras correspondant. Mouvements d'extension de l'avant-bras très-incomplets, flexion beaucoup plus facile. Membres inférieurs atrophiés, moins que les supérieurs; le gauche a le plus souffert, et les cuisses sont beaucoup plus atrophiées que les jambes.

Il n'y a jamais eu chez ce malade de troubles de l'intelligence, qui est d'ailleurs très-développée, ni de lésions de la sensibilité. Respiration normale, fonctions digestives excellentes.

A son entrée à l'hôpital, on prescrivit des bains sulfureux et des frictions avec la teinture de noix vomique. Le malade est venu lui-même en aide à ces moyens, en s'efforçant autant que possible d'exercer ses membres par la marche, ce qu'il ne pouvait du reste faire qu'avec des béquilles. Sous l'influence de ces moyens, un mieux sensible n'a pas tardé à se manifester, et les muscles ont peu à peu dessiné quelques reliefs disparus depuis longtemps. M. Moussous, pour hâter la guérison, a voulu employer l'électricité, sans abandonner les bains sulfureux, qu'on a continué à donner tous les deux ou trois jours. L'amélioration est devenue encore plus sensible, et si nos yeux ne constataient pas les heureux résultats obtenus, la joie du malade ne nous permettrait pas de l'ignorer longtemps.

Nous avons rapporté cette observation avec détails, car elle nous paraît avoir pour objet cette maladie qu'on a décrite dans ces dernières années sous le nom d'*atrophie musculaire progressive*; quelques-uns ajoutent à cette dénomination : *avec transformation graisseuse*; mais remarquons avec M. Duchenne (de Boulogne) que l'atrophie peut très-bien exister et progresser, sans que fatalement arrive la dégénérescence si bien décrite par M. Aran. Cette transformation de la fibre musculaire en tissu graisseux n'est donc pas, à proprement parler, une nécessité de l'atrophie progressive, mais une de ses phases probables et pouvant ne se manifester que longtemps après le premier degré de la maladie.

Ce qui donne, ce nous semble, de l'intérêt à cette observation, c'est l'heureux résultat obtenu par l'emploi des moyens excitants. Il ne serait pas juste de dire que l'électricité a tout fait ici, puisque le mieux s'est manifesté avant qu'on eût recours à elle; mais, pour lui donner tout ce qui lui revient, hâtons-nous de témoigner que la guérison a marché bien plus vite après son intervention, tellement vite même, qu'aujourd'hui notre malade peut parfaitement écrire.

Nous remarquerons que tous les muscles avaient conservé de la contractilité sous l'influence électrique, preuve évidente de leur existence, et d'autant plus nécessaire, que sans elle on ne peut espérer la guérison.

Les deux cas suivants peuvent se ranger dans la classe des atrophies que M. Duchenne (de Boulogne) désigne sous le nom d'*atrophies musculaires simples.*

Obs. II. — Pierre E..., journalier, âgé de cinquante-deux ans. Tempérament lymphatique-sanguin, constitution bonne; maladies antérieures, nulles, sauf quelques accès de fièvre intermittente qu'il a eus en Afrique, où il a servi pendant douze ans.

Depuis sept ou huit ans, cet homme est atteint d'une sciatique qui, peu intense à son début, est devenue de plus en plus douloureuse; l'acuité des douleurs s'est tellement accrue depuis deux ans, que le malade a renoncé à marcher. Il y a dix-huit mois, il s'est aperçu que la cuisse gauche, siége de la névralgie, a diminué de volume. Avec le temps, cette diminution est devenue de plus en plus évidente, au point que le membre souffrant offrait une circonférence plus petite d'un quart que celle du membre opposé : la jambe, quoique amaigrie aussi, ne présentait pas une émaciation comparable à celle de la cuisse. Les muscles atrophiés avaient tellement perdu de leur énergie, que, dans l'intervalle des douleurs névralgiques, le malade pouvait difficilement se servir de son membre; la marche était devenue impossible.

Rien du côté des principales fonctions.

E... se décide à entrer à l'hôpital le 1er avril 1857. On lui prescrit un bain sulfureux tous les deux jours, et on le soumet à l'électricité. Peu à peu les muscles reprennent leur volume, en même temps que le repos au lit fait cesser les douleurs; les mouvements deviennent plus libres. Après un mois et demi de traitement, le malade peut se lever, et parcourir, soutenu par un simple bâton, la salle et les cours de l'hôpital.

Est-ce à l'électricité qu'il faut attribuer la guérison? Il nous est avis qu'il faut la rapporter plutôt à la cessation de la névralgie. Sous l'influence des douleurs, qu'arrivait-il, en effet? Notre malade laissait dans l'inaction la plus complète son membre, qui maigrissait et maigrissait toujours.

Obs. III. — Une femme, âgée de vingt-quatre ans, qui, malgré de longs séjours à l'hôpital, a une santé excellente, sauf un eczéma chronique des plus rebelles siégeant sur les deux bras, présente à la main droite une atrophie des muscles des régions thénar et hypothénar. La difficulté des mouvements de la main nous porte à croire que les muscles inter-osseux participent de la maladie. La flexion et l'adduction du pouce sont impossibles. Le système musculaire des autres parties du corps est parfaitement intact. Après de nombreuses questions, nous ne savions qu'une chose : c'est que l'atrophie datait de dix ans. Était-ce une atrophie progressive? Dans ce cas, la progression était lente. Nous apprenons pourtant que sur la paume de la main la malade avait eu, pendant nombre d'années, des crevasses très-profondes et très-douloureuses. Pour éviter ces souffrances, elle se gardait bien de mouvoir la main, d'où repos forcé pendant longtemps : ce qui nous semble bien suffisant pour expliquer l'atrophie. Rien n'a été essayé contre cet inconvénient, qui n'a pas grande importance pour celle qui en est affligée, et chez laquelle l'habitude de se servir de la main opposée permet de suppléer facilement à ce que l'autre a perdu. Nous nous proposons, avec l'assentiment du médecin traitant, d'employer l'électricité, et nous dirons quel résultat sera obtenu.

Cette observation est intéressante à ce point de vue que l'atrophie ayant commencé par la main, c'est-à-dire par où commence en général l'atrophie musculaire progressive, on pouvait facilement s'en laisser imposer à l'égard du diagnostic, surtout si la maladie avait été étudiée à une époque plus rapprochée de son début. Des renseignements arrachés à grand'peine nous ont appris quelle en était la cause. Cette cause pouvait très-bien nous échapper, et nous restions dans l'erreur ou du moins dans le doute.

(*Union méd. de la Gironde.*)

EXPLICATION

des effets de la lunette panoptique (capillaire);

Par le Dr Serre (d'Alais).

Dans le numéro du 20 août de la *Gazette des Hôpitaux*, M. le docteur Massol revendique la priorité d'invention de la lunette panoptique, et il croit pouvoir établir ses droits sur ce que l'année dernière il a fait connaître à M. le docteur Ducommun une lunette semblable à celle que M. Serre a récemment présentée à l'Académie des sciences, séance du 9 juin. Il ajoute :

« Si depuis *un an* je n'ai cessé d'en faire l'expérimentation, n'ai-» je point droit à la priorité? J'ai, dans ce même temps, fait part » à quelques-uns de mes confrères et à quelques personnes dont le » témoignage pourrait au besoin être invoqué, de ce nouveau moyen » de vision comme pouvant être utile dans certaines circonstances. »

Bien certainement, quand il a formulé sa réclamation, notre estimable confrère n'avait pas connaissance d'une communication faite à l'Académie impériale de Lyon, séance du 7 avril 1856. Lorsqu'il fit sa découverte, il ignorait sans doute aussi qu'à la même date le successeur de Lerehours, à Paris, fabriquait, sur mes indications, une lunette panoptique pour le savant professeur Sichel. Si l'on admettait la vérification par acte de notoriété publique ou par le simple témoignage des découvertes ou des nouvelles applications, il nous serait facile de faire remonter la date de nos expériences panoptiques à une époque bien autrement reculée. Mais il est inutile, je pense, de recourir à ces preuves testimoniales; les dates académiques ont un caractère authentique qui tranche plus carrément la question; et jusqu'à nouveaux faits, nous nous en tiendrons là.

Quant au fait sur lequel est fondée la nouvelle lunette, il est antérieur à nos applications médicales. Tout le monde connaît les effets du trou capillaire, et il n'est pas un physicien qui ne soit en état d'en fournir une explication bien autrement scientifique et vraie que celle de notre contradicteur; car il en donne plusieurs sans se rattacher à aucune.

1° M. Massol fait d'abord du *grossissement* opéré par la lunette panoptique sur le diamètre des objets, le point culminant de sa théorie. Eh bien, voyons quelle est la valeur de cette prémisse; et pour atteindre notre but, faisons-la passer par l'épreuve expérimentale déductive, par l'expérience directe et le procédé géométrique.

A. Tout grossissement d'objets s'accomplissant naturellement ou par un instrument d'optique quel qu'il soit, n'en amène pas pour cela la nette perception, si la rétine n'est pas excitée par la pointe des cônes lumineux émanés des divers points de l'objet.

B. Ainsi, ce qui est placé entre le point de la vue distincte et l'œil, quoique grossi à cause de sa plus grande proximité, n'est pas vu nettement.

C. A travers le microscope, quoique très-amplifiés, les objets n'apparaissent pas nécessairement plus nets. S'il est vrai, d'un côté, que la netteté s'accroît avec l'agrandissement apparent des diamètres lorsqu'on approche l'objet de la lentille, jusqu'au moment où elle est arrivée à son maximum, elle diminue ensuite en raison directe du grossissement à mesure qu'on s'éloigne du foyer de la nette vision instrumentale.

Ces faits d'optique élémentaire prouvent bien clairement, et d'une manière bien péremptoire, que l'amplification ne donne pas nécessairement la netteté de la sensation, et conséquemment celle de l'image matérielle peinte sur la rétine; donc, le jeu de la lunette panoptique ne peut s'expliquer par ce côté accessoire et tout à fait insignifiant de la question en litige.

De ces déductions pratiques passons aux expériences directes, et voyons le rôle rempli par la variation apparente des diamètres.

D. Vus de près et à la distance du nez, à l'aide de la lunette panoptique, les caractères d'un livre apparaissent deux ou trois fois plus gros que lorsqu'ils sont à la portée de la vue distincte.

E. A la distance de 8 à 10 mètres, les lettres d'une enseigne, observées avec le même instrument, se montrent, au contraire, réduites à la moitié ou au tiers de leur grandeur réelle.

D'où vient, dans le premier cas pour les presbytes, et dans le second pour les myopes et pour les presbytes eux-mêmes, la netteté perceptive? Est-elle due au grossissement? Mais non, puisqu'il y a, d'un côté, augmentation et de l'autre réduction dans le diamètre apparent, ainsi que nous l'avons fait remarquer dans l'épreuve du microscope; car tout se lie et s'enchaîne dans l'œuvre de la création.

L'effet vraiment utile du trou capillaire sur la fonction visuelle ne peut donc s'expliquer expérimentalement par l'amplification des objets.

2° L'esprit rigoureux de notre estimable confrère n'a pas été satisfait de sa première théorie; voilà pourquoi il en a cherché une autre. Voyons si elle est plus heureuse :

« La netteté des images, dit-il, est augmentée parce que la » chambre obscure de l'œil n'étant pas éclairée par les rayons » lumineux qui émanent de tous les autres points de l'atmosphère,

» l'image se dessine plus fortement sur le fond de la chambre obs-» cure. Ici la rétine. »

Allons aux faits :

a. Lorsqu'on veut examiner avec la lunette capillaire ou panoptique l'intérieur d'un appartement médiocrement éclairé, le dos tourné du côté du jour, on ne distingue presque rien sur ses parois.

b. Si, à travers une gaze légère de mousseline très-clairement tissée, le libre regard distingue les lettres d'une enseigne ou d'un écriteau à 8 ou 10 mètres de distance, il cesse de les voir lorsqu'il est armé de la lunette panoptique.

Or, si cet instrument, si puissant dans d'autres circonstances, abolit la vision dans celle-ci, peut-on expliquer ses magiques effets par la présence d'une image plus fortement dessinée sur le fond de l'œil? Mais non, mille fois non! Au lieu de jeter une clarté quelconque sur le mystère, elle l'obscurcit, étiologiquement et ontologiquement parlant.

Passons maintenant aux épreuves directes, mieux en rapport avec le but de la nouvelle invention, si invention il y a.

c. Posez la lunette devant les yeux d'un malade atteint de cataracte commençante, pouvant encore distinguer le gros, la masse des objets perceptibles, celui-ci ne voit plus rien, pas même le trou capillaire.

d. Faites subir la même expérience à un ambliopique amaurotique *avec altération bien constatée de ses phosphènes* (pour être sûr qu'il n'est pas seulement kopiopique) ; même résultat que pour le précédent.

L'accord de toutes ces expériences n'est pas l'effet d'un caprice, mais celui d'une parfaite harmonie devant laquelle il faut humblement s'incliner, pour l'admirer et en jouir, sans s'interdire cependant le privilége de la sonder.

Donc, ce qui diminue d'une manière notable l'éclairement intérieur de l'œil, ou l'aptitude sensoriale de la rétine, atténue ou annule l'effet utile de la lunette panoptique, laquelle ne peut évidemment produire cet effet en provoquant une image *plus fortement dessinée.* Dans tous les cas, la vue, au lieu d'être affaiblie ou abolie, serait, au contraire, sensiblement améliorée si cette prémisse du docteur Massol était exacte.

Notre honorable confrère émet cette assertion, que ses explications sont seules mathématiques et fondées sur le principe de la chambre obscure, dont M. Serre semble n'avoir pas tenu compte. Il lui fait aussi le reproche d'avoir donné une explication insignifiante, erronée, et sans avoir *pris le temps* de se livrer à des expériences (qu'il n'indique pas) ; il l'accuse même de ne pas avoir compris que l'œil n'est ici que la chambre obscure du daguerréotype.

Au lieu de nous arrêter à ces petits griefs, assez bien accentués cependant pour exciter d'autres susceptibilités que la nôtre, continuons notre tâche par l'exposition et le développement de la théorie laconiquement consignée dans la communication verbale faite à l'Académie impériale de médecine de Paris, et reproduite par les journaux, dans le compte rendu de ses séances :

« La netteté est augmentée parce que les rayons divergents » émanés de l'objet (ou plutôt d'un point de l'objet) sont éliminés » et arrêtés par le disque opaque, et que le faisceau central est en » quelque sorte réduit à ce rayon unique, qui passe par le trou (capillaire) de l'instrument, et produit partout où il est surpris par » la rétine dans sa marche, n'importe le lieu, une image (du » point) de l'objet dont il est la fidèle représentation, avec une di-» minution notable dans l'éclairement. »

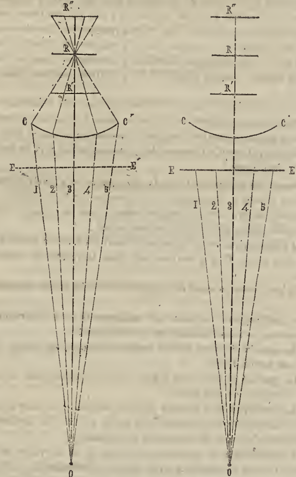
Ce texte, tout sec qu'il est, sans figure ni lettre alphabétique, n'en est pas moins mathématique que celui de M. le docteur Massol, réduit au même état de simplicité. Il suffit pour construire immédiatement le dessin graphique donné ci-après, et rendu concret et sensible, ce qui est exprimé d'une façon abstraite et métaphysique.

Soient (fig. 1), un point radieux *o*, 1, 2, 4, 5, les rayons divergents. 3, le rayon central. *e e'*, l'écran. T, le trou capillaire. *c c'*, la cornée, *r r' r''*, la rétine, coupant le cône lumineux sur trois points différents de son trajet.

Supprimant par la pensée, et pour un moment, l'écran *e e'*, ainsi que l'iris : les rayons émanés du point radieux *o* au nombre de 5, par exemple, forment le cône *o c c'*, dont la base repose sur la cornée. Là, ramenés à une prompte convergence, ils sont tous concentrés au point où ils se réunissent sur la rétine et y peignent le point radieux avec toute la netteté et le plus grand éclairement possible; puisque, d'une part, il n'y a pas d'anneaux de diffusion ; et que, de l'autre, l'image est formée par le concours simultané des cinq rayons réunis en un point unique, au foyer de l'organe oculaire : supposez que la rétine avance ou recule de façon à se trouver en *r'* ou *r''* ; là, plus de netteté linéaire de l'image daguerrienne et diminution de l'éclairement; car le point *o* est représenté ici par une large surface où sont éparpillés et affaiblis les rayons du cône réfracté.

Si nous rétablissons le jeu de l'écran, les rayons 1, 2, 4, 5 (fig. 2) sont arrêtés par le diaphragme opaque *e e'* ; le rayon 3 passe seul par le trou capillaire, se prolonge suivant l'axe oculaire ; et quelque part qu'il soit surpris par la rétine, n'importe le lieu, en *r, r', r''*, il y dépose une image nette et si distincte du point lumineux extérieur *o*, que l'expérimentateur en est parfois émerveillé; et cependant sa clarté est réduite de 4/5es par l'élimination des rayons 1, 2, 4, 5, arrêtés par le disque opaque.

En résumé, ni le *grossissement* apparent du diamètre, ni un plus fort *éclairement* daguerrien, quel qu'il soit, absolu ou relatif, ne peuvent faire comprendre les effets optiques de la nouvelle lunette; ils s'expliquent tout naturellement par l'élimination des rayons excentriques, et la conservation du petit faisceau central, qui, passant seul par le trou capillaire, laisse partout où il est surpris par la rétine des images *toujours nettes*, lorsque la petitesse du trou est proportionnée à la portée de la vue.



Quant à l'*ambiguïté* des indications séméiologiques que nous avons sorties du concours successif de l'ophtalmoscope, du phosphène et de la lunette panoptique capillaire, nous avons l'espoir que l'excellent esprit de notre confrère M. Massol reviendra de la sévérité de son jugement, lorsqu'il aura interrogé lui-même par ces trois puissants moyens d'investigation diagnostique l'organe et la fonction oculaires ; et pour mettre fin à cette discussion, nous retournerons les termes du dernier paragraphe du mémoire de M. Massol; nous avouerons donc franchement que nous lui contestons la priorité de l'invention, *si invention il y a*, comme nous l'avons déjà dit, et que nous persistons à soutenir que notre explication est la seule vraie, ou du moins reconnue pour telle, par la science de bon aloi (1).

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

par le chlorate de potasse;

Par M. A. Bellentani, ex-interne des hôpitaux d'Orléans, médecin à Ouarville (Eure-et-Loir).

Les efforts du praticien doivent toujours se porter à chercher un spécifique pour neutraliser et faire avorter les maladies dont la cause première nous est inconnue. De ce nombre se trouve la fièvre typhoïde. Ce ne sera qu'à force d'observations et d'expériences qu'on finira par trouver un moyen spécifique qui nous mettra à même de découvrir la cause de la maladie, et nous conduira par induction au choix d'un agent susceptible de la neutraliser. D'après ces considérations, je n'ai pas hésité de faire usage, contre la fièvre typhoïde, d'un agent nouveau, tant vanté à juste titre contre les affections diphthéritiques de la bouche. Je veux parler du chlorate de potasse. Depuis six mois j'emploie cet agent contre toutes les formes de la fièvre typhoïde. Jusqu'à ce jour, j'en ai obtenu d'excellents effets; la maladie a été vite enrayée, ses symptômes aussitôt amendés, et la convalescence n'a pas tardé à arriver. J'administre chaque jour une potion ainsi composée :

Eau gommée.	60 grammes.
Sirop de limon.	40 —
Chlorate de potasse.	2 —

Tous les deux jours j'augmente le sel de potasse de 1 gramme; jamais je n'ai dépassé la dose de 6 grammes dans les 24 heures. Pour boisson, des tisanes acidules; le plus souvent, de l'eau fraîche en abondance; un lavement chaque jour à l'eau fraîche; des applications sur l'abdomen de compresses froides trempées dans la solution suivante :

Eau.	1,000 grammes.
Chlorate de potasse.	32 —
Acide hydrochlorique.	10 —

La potion est donnée chaque jour et continuée jusqu'à amendement des symptômes, quand la convalescence est entrevue imminente; alors je cesse toute médication, je nourris le malade.

J'ai traité par ce moyen un grand nombre d'affections typhoïdes, toutes ont parfaitement guéri dans un temps très-bref. Les malades sont entrés en convalescence au quinzième, vingtième et trentième jour, pas un n'a dépassé cette dernière époque.

(1) Les personnes qui auraient le désir de contrôler nos expériences, à défaut de lunette panoptique, pourront employer une carte percée avec la pointe d'une épingle sur l'un de ses coins.

DESTRUCTION DES PEDICULI PUBIS.

Par M. le Dr Hamal.

On lave les parties couvertes de poils avec de l'eau chaude et du savon ordinaire ; après on fait plusieurs ablutions avec de l'eau pure, et quand les parties sont bien séchées, on les frotte avec le chloroforme (4 à 8 grammes) qu'on y verse lentement et goutte à goutte; enfin, on recouvre ces parties d'un mouchoir plié en plusieurs doubles qu'on enlève au bout d'une demi-heure, pour faire un nouveau lavage à l'eau chaude et au savon, afin de débarrasser la peau des cadavres des *pediculi pubis.*

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 septembre 1857. — Présidence de M. Despretz.

M. Sperino (de Turin) lit un mémoire sur la *syphilisation*, dont l'examen est renvoyé à une commission composée de MM. Andral, Rayer et Velpeau.

Sources du fluor qui existe dans l'économie. — M. Nicklès lit un mémoire sur la diffusion du fluor. De l'ensemble de ses recherches il tire les conclusions suivantes :

1° Il y a du fluor dans le sang, en très-petites quantités.

2° Il y en a dans l'urine.

3° Il y a du fluor dans les os, mais beaucoup moins qu'on ne l'a dit. D'après Berzélius, 100 grammes de matière calcaire des os contiennent 3 grammes de fluorure de calcium. Avec les nouveaux moyens d'investigation que je fais connaître, on constate qu'il y a à peine 5 centigrammes de ce fluorure dans 1 kilogramme de substance osseuse.

4° Les sources où l'organisme animal puise le fluor dont il peut avoir besoin, sont :

1° Les eaux potables.

2° Les substances végétales.

Les unes et les autres le contiennent en proportions tellement restreintes, que pour en obtenir des traces il faut opérer sur 1 kilogramme au moins de cendres et sur le produit de l'évaporation de quelques mille litres d'eau.

3° Accidentellement aussi, l'organisme peut emprunter du fluor aux eaux minérales, qui contiennent toutes des fluorures en très-forte proportion, si on les compare aux eaux potables.

4° Cette circonstance paraît expliquer l'efficacité de certaines eaux minérales faiblement minéralisées, telles que les eaux de Plombières, du mont Dore, de Soulzbad, etc.

5° L'eau de la Seine prise à Paris, l'eau du Rhin prise à Strasbourg, sont de celles qui renferment le moins de fluor.

6° L'une des eaux fluviales de France les plus riches en fluorure est celle de la Somme prise à Amiens.

7° Les diverses eaux minérales ne sont pas également riches en fluorures. Les plus riches de celles que j'ai examinées sont : l'eau de Contrexeville, d'Antogast et de Châtenois (Bas-Rhin).

Un litre de ces eaux suffit pour donner des marques non équivoques de la présence du fluor.

8° Au contraire, l'eau de mer (Atlantique) n'en contient pas en proportions sensibles dans 300 litres. Ce fait établit une différence bien tranchée entre cette eau et les eaux minérales qui ont de l'analogie avec l'eau de la mer.

9° La loi de la diffusion du fluor dans l'écorce terrestre peut se formuler ainsi : « Il y a du fluorure de calcium dans toutes les eaux qui ren-» ferment du bicarbonate de chaux; il peut y avoir du fluor dans les » roches et les minéraux qui se sont formés par voie de sédiment. »

Anesthésiques. — MM. Foucher et H. Bonnet communiquent à l'Académie les résultats de recherches expérimentales qu'ils ont faites en commun sur les anesthésiques. Ils s'expriment en ces termes :

Dans une douzaine d'expériences faites sur des lapins avec l'amylène, nous avons vu que, sous l'influence de cet agent, les animaux arrivent à l'insensibilité complète dans un espace de temps qui varie de trois à six minutes. La période d'insensibilité est précédée d'une période dans laquelle l'animal pousse des cris perçants, rejette la tête en arrière ; en même temps la respiration s'accélère ; les globes oculaires sont injectés et animés de mouvements convulsifs, dont l'effet se produit principalement du côté externe ; la pupille est fortement contractée, et l'animal est dans un état de malaise et d'excitation intenses, et, comme phénomène constant de cette première période et des périodes suivantes, il faut noter un râle trachéal très-prononcé.

La deuxième période, celle d'insensibilité, dure peu si l'on cesse l'amylénation ; mais si l'action de l'amylène est continuée, on voit survenir une période, celle du collapsus complet, dans laquelle l'animal, étendu sans mouvement, obéit comme un corps inerte à toutes les impulsions, ressemble à une masse mollasse dans laquelle la vie ne se traduit plus que par quelques inspirations faibles et lentes. Cet état a pu être prolongé pendant vingt minutes sans que la mort soit survenue. Le sang extrait des artères a toujours, même à cette période extrême, conservé sa couleur rutilante.

Les animaux chez lesquels l'amylénation a été continuée une demi-heure sont restés dans un état de collapsus et d'hébétude qui s'est prolongé chez quelques-uns pendant sept à huit heures, et qui nous paraissait tellement grave, que nous avions considéré ces animaux comme ne devant plus revenir à leur état physiologique, et cependant aucun de ces animaux n'est mort. L'action anesthésique et le défaut de motilité ont persisté plus longtemps dans le train postérieur que dans le train antérieur.

Nous nous sommes servis dans ces expériences d'un appareil qui laissait d'abord arriver une grande quantité d'air, et l'action de l'amylène tardait à se faire sentir ; ce n'est qu'après avoir obturé la plupart des orifices permettant l'entrée de l'air, que nous avons pu obtenir un effet prompt.

Nous avons soumis comparativement et avec le même appareil quelques animaux à l'action du chloroforme ; l'effet n'a pas été plus prompt, mais l'insensibilité a été obtenue sans ce cortége effrayant de symptômes que nous venons de relater ; et en plaçant l'un à côté de l'autre deux animaux, l'un chloroformé, l'autre amylénisé, on est frappé de voir chez le premier l'insensibilité se produire très-simplement, tandis que chez le second elle s'accompagne de symptômes indiquant un état morbide qui fait pressentir, sans que l'on saisisse la raison de cette différence, que l'animal est soumis à un danger imminent.

Nous avons voulu essayer quel effet l'amylène peut produire sur l'économie quand il est injecté sous la peau. — Une forte douleur au moment de l'absorption ; l'animal pousse des cris perçants. — Aucune anesthésie soit locale, soit générale.

Nous avons examiné successivement sur plusieurs lapins et sur des chiens l'action des divers corps volatils éthérés, tels que l'aldéhyde, l'acétine, l'éther acétique, l'éther méthylique, même l'esprit-de-bois.

L'aldéhyde n'a produit qu'une légère ivresse au bout de quinze à vingt minutes ; mais l'animal conserve toute sa sensibilité. Les autres substances ont agi de même, et encore les résultats n'ont-ils pas été aussi marqués qu'avec l'aldéhyde.

Les animaux sont restés soumis à l'action des diverses substances pendant plus d'une demi-heure, et n'ont éprouvé du reste aucun accident.

Conclusions. — 1° L'éther sulfurique, le chloroforme et l'amylène sont, parmi les substances volatiles éthérées que nous avons expérimentées, les seules qui jouissent de propriétés anesthésiques.

2° L'amylène n'est un anesthésique énergique qu'à la condition que les vapeurs sont mélangées d'une très-petite quantité d'air ; mais alors il a sur plusieurs fonctions de l'économie, et sur la respiration en particulier, une action qui doit faire craindre des accidents graves, et les animaux qui y ont été soumis conservent pendant longtemps un état de collapsus ou de malaise.

3° Le chloroforme n'offre pas les inconvénients de l'amylène en en conservant les avantages.

4° Avec aucune de ces substances appliquées localement on n'obtient une anesthésie soit générale, soit locale. (Commissaires : MM. Flourens, Cloquet, Jobert.)

Existence des acides hippurique et choléique dans les capsules surrénales des animaux herbivores. — **MM. S. CLOEZ** et **A. VULPIAN** présentent sous ce titre une note dans laquelle ils exposent les résultats qu'ils ont obtenus par l'analyse des capsules surrénales. Les auteurs se bornent dans cette première note, qui sera suivie d'autres communications, à signaler dans les capsules surrénales des animaux herbivores la présence de deux principes immédiats déjà trouvés dans d'autres parties de l'économie animale : l'un est l'acide hippurique, qui existe en quantité notable dans l'urine de quelques animaux ; le second est l'acide taurocholique ou choléique, que l'on trouve principalement dans la bile. Nous reviendrons sur ce fait, dont les auteurs se proposent de rechercher plus tard la signification physiologique. (Commissaires : MM. Dumas, Pelouze et Cl. Bernard.)

Formation physiologique du sucre dans l'économie animale. — **M. A. SANSON** adresse un troisième mémoire sur ce sujet.

La discussion et les expériences exposées dans mon mémoire, dit M. Sanson, permettent de considérer comme démontrée l'exactitude des propositions suivantes :

1° La propriété de donner de la xyloïdine par l'acide azotique fumant, et celle de donner de l'acide oxalique par ce même acide étendu, propriétés sur lesquelles M. E. Pelouze s'est basé pour établir que la matière glycogène extraite du foie par M. Cl. Bernard possède une individualité propre qui en fait une sorte d'*amidon animal*, ne saurait autoriser cette conclusion, puisque tous les chimistes savent qu'elles appartiennent également à la dextrine, ainsi qu'à plusieurs autres principes immédiats neutres.

2° L'analyse de cette matière donnée par le même chimiste ne l'y autorise pas davantage, puisque sa formule atomique correspond exactement à celle du glycose, et que d'ailleurs la formule qui représente la composition de l'amidon étant la même que celle de la dextrine, attendu l'isomérisme de ces deux corps, elle se rapprocherait autant de l'un que de l'autre, sans qu'on puisse dire exactement auquel des deux elle devrait être préférablement assimilée.

3° La propriété d'être précipitée de sa solution aqueuse par l'acide acétique cristallisable, que l'on paraît vouloir présenter également comme un caractère distinctif, n'a pas non plus ce mérite, attendu qu'elle appartient encore, comme on s'en assure par l'expérience, à la dextrine végétale.

4° Par ses caractères chimiques, la matière qui dans le foie se change en partie en sucre est donc tout simplement de la dextrine, absolument comme celle que l'on rencontre dans le sang des autres organes de l'économie.

5° Le fait avancé par M. Cl. Bernard, « que chez les animaux carnivores exclusivement nourris de viande la matière glycogène ou l'amidon animal se rencontre exclusivement dans le tissu du foie, et qu'aucun autre organe de l'économie n'en dénote la moindre trace », n'est pas exact, puisque les expériences relatées dans le présent mémoire établissent que la *dextrine*, à laquelle il donne ces noms, a été rencontrée, sous l'empire de ces conditions scrupuleusement réunies, non-seulement dans le sang de la veine-porte extrait après ligature préalable du tronc de ce vaisseau à son entrée dans le foie, mais encore dans celui de la circulation générale extrait de la jugulaire ; et cela par le procédé de recherche directe recommandé par lui d'abord, et ensuite par celui de la fermentation spontanée, qui m'est particulier.

6° La dextrine contenue dans la viande des herbivores se transforme spontanément en glycose au bout d'un certain temps de son exposition à l'air, puisque, dans une autre expérience également relatée, de la viande de cheval hachée et abandonnée à elle-même dans ces conditions, et qui a été examinée après quarante-huit heures par les procédés ordinaires, a donné un résidu dont la solution aqueuse, additionnée de levûre de bière, est entrée très-promptement en fermentation, pour donner finalement de l'acide carbonique et de l'alcool en quantités relativement considérables.

7° Les conclusions de mes précédents mémoires relatives à la non-existence d'une fonction glycogénique particulière au foie et au mécanisme de la formation physiologique du sucre dans l'économie animale, conclusions basées sur le fait expérimental, d'ailleurs incontesté, de la présence constante de la dextrine dans le sang et les tissus des herbivores, demeurent donc entières ; car pour que l'expérience par laquelle on prétend démontrer que cette fonction persiste malgré une alimentation riche en principes sucrés, eût quelque valeur, il faudrait qu'elle offrît un degré de rigueur qu'elle est loin de présenter.

8° En effet, M. Cl. Bernard, qui a choisi pour faire cette démonstration des lapins nourris avec des carottes, n'a pas fait un choix heureux, puisqu'il ne peut ignorer que les analyses de tous les chimistes qui se sont occupés de la composition de la racine dont il s'agit, y ont signalé une notable proportion d'amidon, de sorte que, dans ce cas, l'aliment fournit l'élément primordial de la dextrine rencontré dans le foie.

Dans une lettre jointe à sa note, l'auteur demande que l'ensemble de ses recherches sur la formation du sucre dans l'économie animale, soit compris dans le nombre des pièces adressées au concours pour le prix Montyon. (Renvoi à l'examen de la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Influence des médicaments sur la glycogénie. — **M. COZE** adresse une note relative à l'influence des médicaments sur la glycogénie.

L'auteur, en terminant ce mémoire, résume dans les termes suivants les résultats qui se déduisent de ses recherches :

Etat physiologique. — 1° Le genre de mort fait varier la quantité de sucre dans le foie. Plus la mort est lente, plus la quantité de sucre diminue.

2° La proportion du sucre du sang artériel et celle du foie est comme 1 : 11.

Etat pathologique ; influence des médicaments. — I. *Chlorhydrate de morphine.* — Sous l'influence de ce médicament :

1° La quantité de sucre du foie augmente de plus du double : elle s'élève de 0,59 à 1,39 ;

2° La quantité de sucre dans le sang artériel augmente aussi du double : elle s'élève de 0,05 à 0,11 ;

3° La proportion entre le sucre du sang artériel et le sucre du foie reste la même qu'à l'état normal ; elle est de 1 : 12 : la combustion pulmonaire n'est donc ni augmentée ni diminuée ;

4° L'augmentation du sucre sous l'influence de la morphine est un argument contre l'emploi de l'opium dans le traitement du diabète : elle explique les insuccès de ce traitement constatés par beaucoup de médecins ;

5° On n'observe pas de sucre dans l'urine.

II. *Tartre stibié.* — Sous l'influence de ce médicament :

1° La quantité de sucre du foie reste stationnaire : elle est à peu près la même qu'à l'état normal ;

2° La quantité de sucre est doublée dans le sang artériel : elle est de 0,10 au lieu de 0,05 ;

3° La proportion entre le sucre du sang artériel et celui du foie a diminué de moitié : elle est comme 1 : 6 au lieu de 1 : 11 ;

4° On peut conclure des deux nombres précédents que la combustion du sucre dans le poumon est entravée ; le tartre stibié peut donc avoir la propriété de diminuer ce phénomène de combustion : le fait est en rapport avec l'action de ce médicament dans la pneumonie, et peut servir à l'expliquer ;

5° On ne rencontre pas de sucre dans l'urine.

En résumé :

La morphine et le tartre stibié ont une action complétement opposée sur la production et la combustion du glycose : de ces deux médicaments, le premier augmente la quantité de sucre dans le foie et le sang artériel ; le second laisse stationnaire la quantité de sucre dans le foie et l'augmente dans le sang artériel.

Le tartre stibié diminue ou entrave la destruction du glycose dans le poumon, la morphine ne change pas la proportion de sucre brûlé.

Les expériences que nous venons de rapporter sont le commencement d'un mémoire destiné à examiner au même point de vue les médicaments les plus importants. (Commissaires, MM. Milne-Edwards et Pelouze.)

Fonctions de la moelle épinière. — **M. A. CHAUVEAU** communique un mémoire ayant pour titre : *Recherches expérimentales sur la moelle épinière.*

Voici le résumé des expériences qui font le sujet de cette communication :

Première expérience. — Je mets la moelle à découvert sur un pigeon, au niveau du renflement lombaire, et je coupe en travers la moitié gauche de l'organe. Les doigts de la patte du même côté se trouvent aussitôt paralysés du mouvement ; et si la section est faite tout à fait en avant, cette paralysie envahit la plupart des muscles qui meuvent les rayons supérieurs du membre. Je serre alors, entre les mors d'une pince anatomique, les doigts paralysés ; et, malgré tous mes efforts, il m'est impossible de provoquer autre chose que des mouvements réflexes assez peu apparents même, tantôt dans la seule patte excitée, tantôt dans les deux pattes, rarement dans d'autres parties du corps : l'animal ne manifeste pas le moindre signe de douleur. L'excitation pratiquée de la même manière sur l'autre membre fait naître au contraire, à tout coup et immédiatement, les plus vifs symptômes de souffrance, c'est-à-dire des mouvements généraux et répétés, efforts tentés par l'animal pour se tirer des mains de l'expérimentateur.

Les résultats fournis par cette expérience sont nets, précis, constants surtout, et ne comportent même pas la possibilité de deux interprétations différentes : d'une part, perte absolue de la sensibilité du côté de la section ; de l'autre, conservation intégrale de cette propriété du côté opposé ; donc la moelle n'exerce pas d'action croisée sur la conduction des impressions sensitives.

Deuxième expérience. — Sur un autre pigeon, après avoir mis à nu le renflement lombaire de la moelle épinière, j'y plonge un stylet vers la partie moyenne, bien perpendiculairement, de manière à raser le bord interne du cordon supérieur gauche ; puis j'écrase avec mon instrument tout ce qui est à droite, de sorte qu'à l'exception des cordons latéral et postérieur gauches, les autres parties de la moelle se trouvent coupées en travers, opération que la disposition de la moelle lombaire dans les oiseaux rend aussi sûre que facile. Or, après cette opération, la sensibilité est conservée du côté gauche, tout comme si je n'avais coupé que la moitié droite de la moelle, et cependant la substance grise centrale est entièrement interrompue dans sa continuité. Ce qui prouve catégoriquement que cette substance n'est pas la voie suivie par les impressions sensitives pour se rendre au *sensorium commune*.

Ces expériences, pratiquées sur les mammifères, donnent des résultats analogues. Seulement chez ces animaux les mouvements réflexes qu'on détermine dans les parties sensibles par l'excitation des parties insensibles sont fort douloureux, ce qui constitue une cause d'erreur dont on a négligé de tenir compte. (Commission précédemment nommée : MM. Milne-Edwards et Pelouze.)

Décomposition de l'éther et formation de gaz carbonés pendant l'anesthésie. — **M. OZANAM** présente sous ce titre un mémoire dont voici un extrait :

Dans un premier mémoire présenté à l'Académie en décembre 1856, j'ai posé cette loi générale : « Tous les corps carbonés volatils ou » gazeux sont doués du pouvoir anesthésique ; plus un corps est car- » boné, plus il possède ce pouvoir, » et j'ai confirmé cette loi par l'étude du gaz oxyde de carbone. Poursuivant le cours de mes recherches, je viens démontrer aujourd'hui que les substances éthérées n'agissent comme anesthésiques qu'après s'être décomposées en gaz carbonés, et précisément parce qu'elles peuvent se décomposer ainsi. Si l'on considère en effet :

1° Que l'éther est un corps éminemment carboné ;

2° Que chez l'animal éthérisé l'acide carbonique est exhalé en quantité double de l'état normal (recherches de MM. Ville et Blandin) ;

3° Que l'aspiration de gaz non carboné n'entraîne pas cette augmentation d'acide carbonique, on est en droit de conclure légitimement que dans le cas d'éthérisation il y a production d'une nouvelle quantité d'acide carbonique aux dépens du seul corps nouveau qui ait été absorbé.

En d'autres termes, quand on respire de l'éther il se décompose dans le torrent circulatoire, et cette décomposition, qui n'est autre qu'une combustion, donne lieu à la formation abondante de gaz acide carbonique.

Or nous connaissons maintenant les propriétés anesthésiques des gaz carbonés : l'arrêt de l'hématose, la paralysie du système nerveux, tous les phénomènes de l'insensibilité jusqu'à la mort apparente, puis réelle. C'est donc évidemment sous cette nouvelle forme, et par suite de sa décomposition, que l'éther porte son action stupéfiante sur le système nerveux que l'éther anesthésie.

Ce qui se produit pour l'éther doit sans doute avoir lieu pour le chloroforme, l'amylène et les autres corps anesthésiques ; chacun d'eux, suivant ses affinités chimiques, doit se décomposer soit en acide carbonique, soit en oxyde de carbone. (Commissaires : MM. Dumas, Pelouze, Balard.)

— **M. ED. GAND** adresse d'Amiens une *Note sur les phosphènes*, note dans laquelle il a consigné les résultats de ses observations personnelles. (Commissaires : MM. Velpeau, Pouillet.)

— **M. WANNER** envoie la figure d'un instrument de son invention qui, « combiné avec l'hémodynamomètre de M. Poiseuille, donnera, » dit-il, la mesure exacte, en poids, des contractions du cœur. »

L'auteur annonçant l'envoi prochain d'une description complète de son instrument, on attendra que son mémoire ait été reçu pour nommer la commission chargée de l'examiner.

— **M. WILDBERGER**, qui avait présenté à un précédent concours un ouvrage sur une nouvelle méthode de traitement orthopédique des luxations spontanées anciennes de l'articulation coxo-fémorale, adresse des pièces relatives aux résultats obtenus ultérieurement au moyen de cette méthode, et demande que son invention, dont l'efficacité est aujourd'hui mieux constatée qu'elle ne l'était à l'époque du premier examen, soit de nouveau admise à concourir pour le prix Montyon. (Renvoi à l'examen de la commission des prix de médecine et de chirurgie, qui jugera s'il y a lieu d'accéder à cette demande.)

Dans un mémoire intitulé : *Statistique de la population de l'empire russe*, on établit qu'en 1853 la population était de 67,000,000. Les naissances montaient à 2,782,636 ; les morts à 1,950,132, parmi lesquels 26,200 avaient frappé des hommes au-dessus de 50 ans, 2,181 au-dessus de 90 ans, et 130 de 100 ans. Sept hommes avaient succombé de 125 à 130 ans, et dans le voisinage de Pskow un homme avait atteint l'âge de 145 ans. Les faits suivants de fécondité sont si extraordinaires, qu'ils pourraient sembler inventés si quelques détails ne venaient à leur appui. Le 21 mars on présenta à l'impératrice un paysan nommé Kirilow, accompagné de sa femme. Cet homme s'était marié en secondes noces à l'âge de 70 ans. Sa première femme avait accouché 21 fois ; quatre fois de 4 enfants à terme, sept fois de 3 enfants, et dix fois de jumeaux ; en tout 57 enfants vivants. Sa seconde femme avait déjà eu sept couches ; une de 3 enfants, et 6 de jumeaux ; en tout 15 enfants vivants ; ce qui donne un total de 72 enfants pour un seul homme. Ces exemples de fécondité ne sont pas rares en Russie. Ainsi la femme d'un paysan, Gastorawa, du village de Dolgam, accoucha le 1er mars 1854 de 5 enfants, 2 garçons et 3 filles, qui tous moururent le même jour. A Torgowa, la femme d'un Talmouck mit au monde quatre enfants en une couche ; un des enfants mourut le jour suivant. Au village de Jwokina, le 26 mai 1854, la femme d'un paysan accoucha aussi de quatre enfants, qui tous vécurent ; enfin, on cite encore un accouchement semblable dans le gouvernement de Wladimir. On cite bien d'autres exemples.

(*Med. circular.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De la version par manœuvres externes et de l'extraction du fœtus par les pieds, par le docteur Wigand. Traduit de l'allemand par le docteur Hergott, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, avec une préface par le professeur Stoltz. — Strasbourg, 1857. Une brochure in-8° de 76 pages. Prix, 1 fr. 50. — A Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 16 SEPTEMBRE 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

C'est à tort qu'en rendant compte à cette place, il y a huit jours, de la petite discussion soulevée à l'Académie sur la fièvre jaune, nous considérions M. Londe comme à bout d'arguments. Il a prouvé aujourd'hui que, s'il n'avait pas répondu immédiatement à M. Trousseau, ce n'est pas qu'il n'eût mot à dire, mais il voulait ne le faire qu'avec des textes et des documents précis. Ces textes et ces documents, M. Londe les a portés à la tribune. Prouvent-ils ce qu'il voulait leur faire prouver, c'est-à-dire que les diverses épidémies de fièvre jaune de Gibraltar sont nées chaque fois sur place, sous l'influence de causes d'insalubrité locales, et que l'importation n'y a été pour rien ? Tout ce que ces documents nous ont paru prouver, c'est que telle a été l'opinion d'un grand nombre de médecins qui ont observé et étudié ces épidémies sur les lieux ; mais le fond de la question reste à nos yeux avec toute son obscurité.

La petite lecture de M. Londe, à part ses mérites intrinsèques, a eu un autre mérite, dont nous devons également lui savoir gré. Elle nous a valu deux improvisations d'un égal intérêt et d'une égale valeur, bien qu'ayant des qualités très-différentes.

M. Rufz, correspondant de l'Académie, à qui un long séjour dans la Martinique, et une grande expérience pratique du sujet en discussion, — ajoutons aussi un excellent esprit d'observation depuis longtemps éprouvé, — donnaient une autorité toute spéciale dans cette question, M. Rufz a exposé avec une clarté, une méthode et un tact parfaits, tout ce qu'une étude approfondie d'un grand nombre d'épidémies de fièvre jaune lui a appris sur les deux points principaux de la discussion, les rapports de la fièvre jaune avec les fièvres paludéennes, et son mode de transmission.

Quant au second improvisateur, M. Trousseau, que la présence de ces deux habiles contradicteurs semblait avoir mis en verve, bien que sa facile et brillante élocution ait rarement besoin d'un pareil stimulant, il nous serait impossible de dépeindre ici l'effet produit sur l'assemblée par sa vive et charmante argumentation. Nous regrettons beaucoup de nous être trouvé dans la nécessité de réduire ce discours si goûté de l'auditoire à ce qu'il a de purement substantiel ; nous regrettons surtout de n'avoir pu reproduire les ingénieux rapprochements entre la contagion et la fécondation, qui ont fait trouver à l'habile orateur, dans les merveilleux mystères de la fécondation, des points nombreux d'analogie jusqu'à un certain point susceptibles d'aider l'esprit à saisir quelques-unes des conditions non moins mystérieuses de la contagion. Nous ne nous dissimulons point les dangers de semblables comparaisons et les abus si fréquents de l'analogie en de pareils sujets; mais pour les esprits qui savent se préserver des écarts possibles de l'imagination, il y a évidemment dans cette voie d'utiles et fructueux enseignements à recueillir.

M. Thomas a clos cette discussion par quelques mots contre la contagion de la fièvre jaune, qui lui paraît démentie par tous les faits qu'il a observés pendant son long séjour à la Nouvelle-Orléans.

Nous nous abstenons de toute appréciation sur le fond de celle discussion, ce qui demanderait un temps et une place dont nous ne pouvons disposer pour le moment. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Des abcès du poumon.

Je me propose de vous entretenir aujourd'hui d'une lésion excessivement rare : de la *vomique*, de cet abcès phlegmoneux du poumon qui ne dépend ni de l'affection tuberculeuse, ni de l'infection, ni de la résorption, ni de la diathèse purulente ; de la vomique non métastatique, de la vomique purement inflammatoire. Je suis resté plus de vingt ans médecin d'hôpital sans en avoir rencontré un seul cas, et il a fallu une de ces singulières coïncidences, comme quelquefois il en arrive dans la pratique, pour que deux exemples se soient, dans la même semaine, présentés à notre observation.

OBS. I. — Un jeune homme de vingt-six ans, d'une vigoureuse constitution, était couché d'abord au nº 19, puis au nº 7 de la salle Sainte-Agnès. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, il était souffrant depuis quatre jours. Le mal avait débuté par une violente douleur à l'épaule gauche qu'il avait éprouvée au sortir d'un bal, après s'être exposé à une brusque transition du chaud au froid. Ce jeune homme se remit le lendemain à son travail, et, bien que la journée eût été mauvaise, que la douleur devînt plus intense vers le soir, qu'il s'y joignît de la fièvre, de l'oppression, de la toux, bien qu'il eût encore passé la nuit sans dormir, il reprit ses occupations le surlendemain; mais il mangea peu, et ne regagna son logis qu'à grand'peine. Dans la nuit, la douleur à l'épaule s'accrut encore, et il s'y ajouta une vive souffrance à la base de la poitrine, au-dessous du teton gauche, puis du frisson et de la fièvre. Il fut transféré à l'hôpital dans la journée.

Je le vis le lendemain matin : la fièvre était ardente ; la figure exprimait l'anxiété la plus vive ; l'agitation était très-prononcée, et le malade n'accusait principalement que la douleur à l'épaule, qui s'exagérait par la toux et les efforts de la respiration. Si les mouvements de l'articulation étaient pénibles, la pression n'augmentait cependant pas la douleur localisée dans cette région. Le point de côté était faible, et la toux ne s'accompagnait pas d'expectoration.

L'intensité du mouvement fébrile, l'anxiété considérable me faisaient penser à une pneumonie profondément située et inaccessible à nos moyens d'investigation ; tandis que la douleur locale donnait l'idée d'un rhumatisme articulaire à son début, qui peut-être se généraliserait le lendemain. Suivant cette dernière indication, je fis appliquer dix ventouses scarifiées *loco dolenti*. Dès le soir, la douleur à l'épaule était moindre, mais le point de côté plus intense ; les mouvements respiratoires et les efforts de toux subissaient une gêne énorme.

Le lendemain, c'est-à-dire le sixième jour de la maladie, ces accidents étaient très-prononcés, la fièvre plus vive, l'agitation plus grande. La percussion ne nous donnait qu'un peu de matité à la région du cœur, et l'auscultation ne révélait aucun phénomène appréciable. Les crachats, jusque-là peu abondants et albumineux, se coloraient en jaune sucre d'orge. Le soir, il s'en ajouta d'autres, sanglants, apoplectiques, d'un rouge vif, aérés, mais encore adhérents.

Notre diagnostic, *pneumonie*, se confirmait, bien que les signes physiques manquassent absolument ; la percussion seule nous donnait de la matité à la région du cœur, matité qui se limitait dans une étendue de dix centimètres environ, du mamelon au sternum, là où il existait un certain degré de voussure. La pression exercée sur cette région faisait souffrir le malade. Je conclus à une péricardite compliquant la pneumonie.

Je prescrivis une application de vingt ventouses scarifiées sur la région du cœur et la continuation des pilules de kermès (médication commencée la veille).

Le septième jour, l'expectoration, toujours difficile, avait encore changé de nature : les crachats étaient couleur jus de pruneaux, un peu visqueux, adhérents au vase.

Le neuvième jour, on commença à entendre du râle crépitant, mais ce bruit était si loin sous l'oreille, si difficile à percevoir, que l'on pouvait discuter sa présence. Les accidents généraux persistaient d'ailleurs et augmentaient d'intensité.

Le dixième jour, les crachats avaient pris la coloration chocolat, sans fétidité ; l'auscultation de la poitrine faisait entendre en arrière un souffle tubaire à timbre assez éclatant, bien que le souffle parût éloigné de l'oreille et mêlé à des râles muqueux à bulles moyennes. Le retentissement de la voix était broncho-égophonique. La matité de la fosse sous-épineuse était remplacée depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'au bas par une sonorité exagérée ; cette exagération était si grande en avant, alors même que la percussion était modérée, que le son était comme stomacal. Nous disions alors : ce malade a une pneumonie, pneumonie centrale, qui, envahissant jusqu'à la partie antérieure du poumon, a perforé le parenchyme et a déterminé un épanchement dans la cavité pleurale, en établissant une communication entre cette cavité et les bronches; en un mot, nous diagnostiquâmes une *vomique péri-pneumonique*.

Le onzième jour, nous notions l'affaiblissement du murmure vésiculaire sous la clavicule à gauche, le souffle lointain, à timbre amphorique, vers la région précordiale, l'absence du bruit respiratoire en bas; en arrière, le murmure vésiculaire était tellement faible, qu'on l'entendait à peine dans la région de l'omoplate; il était remplacé par le souffle amphorique très-lointain, à partir de l'angle inférieur de l'omoplate; la voix avait une résonnance métallique, mais elle était couverte, voilée. Les bruits du cœur s'entendaient par propagation en arrière.

Le douzième jour, l'expectoration qui, la veille, avait une couleur chocolat commençant à se mélanger de crachats verdâtres, devient abondante, formée par un liquide assez épais dans lequel nagent des crachats verdâtres, sans traces de sang, aérés, non visqueux. L'auscultation accusait encore le souffle amphorique qui paraissait et disparaissait alternativement, mais auquel s'ajoutait un bruit analogue à celui que produiraient des bulles d'air traversant un liquide qu'elles feraient bouillonner.

Le quatorzième jour, les accidents généraux étaient tellement augmentés, l'état du malade était si grave, si désespéré, qu'il ne fut plus possible de songer à le faire changer de position pour l'examiner en arrière. L'expectoration était rare, et dans le crachoir on voyait quatre à cinq larges crachats épais, verdâtres, purulents. Le souffle amphorique n'avait jamais été si éclatant en avant (cela dépendait, comme le devait démontrer l'ouverture du corps, de ce que le liquide épanché dans la cavité pleurale avait pris un autre niveau et laissait libre l'ouverture de communication entre les bronches et la cage thoracique). Le pouls était petit, à 140, intermittent; la peau, couverte de sueurs visqueuses, présentant une cyanose très-caractérisée. L'anxiété était extrême, l'oppression excessive, la voix presque éteinte.

Le quinzième jour, le malade était à l'agonie ; il avait rendu le matin et dans la nuit une grande quantité de pus épais, crémeux, blanc-verdâtre, inodore, qui remplissait deux crachoirs. Le soir, le subdélirium survint.

Le seizième jour, le malade meurt dans la matinée.

Autopsie. — Le poumon gauche présente un vaste foyer purulent occupant la partie inférieure et antérieure de son lobe supérieur. Ce foyer, constitué par une cavité capable de loger un gros œuf de poule, est divisé, par des cloisons incomplètes, en loges communiquant les unes avec les autres; il est en rapport avec la cavité pleurale par une large ouverture, en forme de boutonnière, située sur le bord antérieur de ce lobe pulmonaire et pouvant mesurer 2 centimètres de longueur.

Partout ailleurs le parenchyme du poumon paraît sain et ne présente aucune trace de tubercules.

Le foyer lui-même ne contient aucune matière ayant l'apparence de cette production hétéromorphe ; il n'y a [illegible]

La cavité pleurale correspondante est remplie d'une grande quantité de pus blanc, crémeux, inodore, et les surfaces séreuses du poumon et des parois thoraciques sont couvertes dans les deux tiers inférieurs de leur étendue d'une couche pultacée, pseudo-membraneuse, épaisse, d'un blanc-verdâtre.

Le long de la colonne vertébrale, au niveau du diaphragme, le poumon adhère intimement aux parois thoraciques; toutefois les adhérences cèdent facilement à la traction, excepté celles du diaphragme, qui sont si résistantes qu'il faut enlever ce muscle avec le poumon.

Le poumon gauche est d'un tiers moins volumineux que le poumon droit; son lobe supérieur est affaissé sur lui-même; appliqué le long du rachis, il ne s'insuffle pas à l'aide de la sonde.

Le poumon droit ne présente rien autre chose que des adhérences pleurales anciennes assez peu résistantes.

Le péricarde est intact; mais le cœur, très-volumineux, occupant l'espace que nous avions limité avec le plessimètre, appuie sur le poumon induré, ce qui a, sans aucun doute, exagéré la voussure et la matité de la région précordiale, et nous a fait croire à l'existence d'une péricardite. Il y a donc eu sur ce point erreur dans le diagnostic.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

De l'état puerpéral (1).

CHAPITRE III. — *Etat puerpéral proprement dit.*

L'état puerpéral proprement dit peut-être considéré comme comprenant à peu près les trente jours qui suivent l'accouchement : ainsi, nous réunissons sous le même nom, et comme embrassant une suite non interrompue de phénomènes identiques, les deux périodes admises par M. Chomel dans l'état puerpéral : 1° la première constituée par les quinze premiers jours qui suivent l'accouchement; 2° la deuxième, à laquelle il donne plus spécialement le nom d'état post-puerpéral, et qui comprend les quinze à vingt-cinq jours qui suivent la première quinzaine.

De même que nous avons vu, dans la période d'accouchement, de nouvelles influences s'ajouter aux modifications organiques qui s'étaient produites pendant la durée de la grossesse ; de même, nous voyons dans la période puerpérale, de nouvelles modifications organiques s'ajouter aux influences développées dans les deux périodes précédentes.

Les modifications des deux périodes précédentes, alors arrivées au maximum, sont : l'augmentation de la fibrine, la diminution de l'albumine, et surtout celle des globules.

Pendant les deux premières périodes, nous n'avons pu déduire

(1) Fin. — Voir les numéros des 18, 25 août, 3 et 10 septembre.

aucune conséquence pathologique de ce grand fait physiologique, l'augmentation de la proportion de la fibrine du sang : c'est que, en effet, le fœtus était là comme une dérivation permanente, qui absorbait la fibrine pour la nutrition. Mais le nouvel être une fois séparé de l'organisme maternel, la femme ne supporte pas toujours impunément cet excès de fibrine, qui ne lui est pas destiné ; et alors cet élément vient figurer parmi les causes de maladies et favoriser surtout, d'une manière singulière, la production des phlegmasies.

Les modifications nouvelles qui surviennent chez la femme et qui commencent immédiatement après l'accouchement, sont les suivantes :

1° Le travail de cicatrisation, qui doit s'opérer dans l'utérus au point où le placenta était inséré, et qui a pour but l'oblitération des vaisseaux. Ce travail peut être simple : il consiste alors dans la sécrétion d'une lymphe plastique, coagulable, qui s'organise peu à peu en tissu fibroïde de nouvelle formation. Il peut être double ; il se compose alors du travail dont il vient d'être question, et en plus d'une suppuration, à un degré variable, des parties en travail de réparation. C'est cette suppuration qui survient dans un si grand nombre de cas, qui constitue, lorsqu'elle existe, un foyer permanent d'infection pour l'organisme; foyer d'autant plus dangereux, qu'il se trouve dans un organe éminemment vasculaire, et où des veines nombreuses et largement ouvertes se trouvent en contact incessant avec lui.

2° L'établissement de la sécrétion lactée. Le travail actif, énergique, qui tend à s'établir du côté des seins de la femme, travail auquel on s'oppose dans un si grand nombre de cas, est une circonstance qui atténue puissamment l'influence de l'augmentation de la fibrine. Il résulte de là qu'il est nécessaire dans l'étude de cette modification d'établir une division parmi les nouvelles accouchées : 1° celles qui nourrissent; 2° celles qui ne nourrissent pas. S'il est, en effet, un résultat acquis à la science, c'est que les premières sont beaucoup moins prédisposées aux phlegmasies et aux autres accidents de l'état puerpéral, que les dernières.

On s'explique assez bien ce fait : la femme continuant, comme pendant la grossesse, à nourrir l'enfant de ses propres éléments, la sécrétion lactée forme une dérivation puissante qui absorbe les matériaux fibrineux ; et elle peut ainsi débarrasser le sang par degrés insensibles de cet élément phlegmasique.

Toutes ces causes se combinent en deux groupes pour produire deux genres de maladies, qui sont :

1° Les phlegmasies;

2° La fièvre puerpérale.

1° *Phlegmasies dépendant de l'état puerpéral.* — Nous nous bornerons ici à signaler d'une manière rapide les caractères généraux des phlegmasies de l'état puerpéral; leur description isolée ne nous [illegible] établir.

Caractères généraux des phlegmasies puerpérales. — Le premier fait général, c'est la fréquence avec laquelle les femmes en couches contractent ces phlegmasies dites puerpérales. Ce résultat trouve une explication très-simple dans l'augmentation de la fibrine; plus cet élément est augmenté après l'accouchement, plus la femme est prédisposée aux phlegmasies.

2° Toutes les phlegmasies ont de la tendance à se produire; mais elles se développent de préférence dans certains organes, et en particulier dans ceux qui ont été le siége d'un travail antérieur, dans l'utérus, par exemple, où se sont accomplis les principaux phénomènes de l'accouchement; elles peuvent cependant siéger partout ailleurs.

Ces phlegmasies qui se développent ainsi de préférence sont dans un ordre décroissant de fréquence : la péritonite puerpérale, la métrite puerpérale, leur combinaison ou la métro-péritonite, le phlegmon des ligaments larges et du tissu cellulaire péri-utérin ; l'ovarite, le phlegmon de la fosse iliaque, la *phlegmatia alba dolens*, la phlébite utérine, la lymphagite utérine.

Nous rangeons dans une section tout à fait en dehors de l'ordre de fréquence précédent le phlegmon du sein.

3° Les phlegmasies puerpérales se développent souvent à la suite de causes occasionnelles légères, et qui parfois même ne peuvent être reconnues.

4° Leur début est en général assez rapide; il est constamment marqué par un frisson, qui est presque toujours beaucoup plus fort que dans une phlegmasie simple.

5° Leurs symptômes généraux sont souvent plus graves que ceux des phlegmasies simples correspondantes : ainsi la réaction est plus vive, la fièvre plus intense; — elles se compliquent beaucoup plus facilement d'un état typhoïde; — elles épuisent aussi plus complétement les malades.

6° La marche des phlegmasies puerpérales est en général assez rapide. Elles se propagent aux parties voisines avec beaucoup plus de facilité que les phlegmasies simples; elles aboutissent beaucoup plus vite et beaucoup plus facilement que ces dernières à la suppuration.

7° Les phlegmasies puerpérales se terminent moins souvent peut-être que les autres phlegmasies d'une manière heureuse. Elles ont de la tendance à passer à l'état chronique, et cet état chronique se prolonge parfois indéfiniment.

8° Le traitement et spécialement les émissions sanguines réussissent peut-être moins franchement que dans les autres phlegmasies.

2° *Fièvre puerpérale.* — La fièvre puerpérale ne saurait être décrite complétement dans ces leçons; nous voulons seulement donner une idée de l'opinion qu'on peut se faire touchant la nature de cette affection.

La fièvre puerpérale est une pyrexie, une fièvre essentielle qui se développe exclusivement chez les femmes récemment accouchées.

Cette fièvre est préparée, en quelque sorte, par les modifications organiques que la grossesse d'abord, l'accouchement ensuite, ont déterminées chez la femme.

Les modifications organiques qui nous semblent exercer une influence sur la production de la fièvre puerpérale sont en particulier les suivantes :

1° La modification générale apportée dans l'organisme de la femme par la grossesse et l'accouchement ;

2° La diminution de proportion de l'albumine du sang tombée à un chiffre plus bas qu'elle ne doit être dans la grossesse physiologique.

Lorsque l'albumine du sérum tombe au-dessous du chiffre 55, nous pensons que la femme qui a échappé à l'éclampsie est singulièrement prédisposée à la fièvre puerpérale.

Si, pour admettre cette proposition, la science ne possédait que les quelques faits qui ont été recueillis et analysés par MM. Becquerel et Rodier; nous nous serions bien gardé d'ériger en loi une semblable proposition; mais les analyses si nombreuses et si intéressantes que M. Hersent a consignées dans sa thèse inaugurale permettent d'établir ce fait comme incontestable.

D'un autre côté, peu importe quelle est la cause de cette diminution notable : qu'elle soit le résultat d'une albuminerie, qu'elle soit le produit spontané de la grossesse; le résultat est le même dans les deux cas : c'est la prédisposition à la fièvre puerpérale.

3° L'augmentation de proportion de la fibrine : elle prédispose aux phlegmasies, qui jouent un si grand rôle, comme phénomène incident ou consécutif, dans la fièvre puerpérale.

4° Le travail de cicatrisation de la surface utérine à laquelle avait été inséré le placenta, et des veines de cette partie; travail de cicatrisation qui, pour une cause ou pour une autre, devient double, et consiste dans la combinaison d'une production d'une lymphe plastique et d'un certain degré de suppuration. Il est évident que par ce dernier fait, la femme est sous le coup, sous l'imminence d'une infection purulente, état morbide auquel on voit jouer si souvent un grand rôle dans la fièvre puerpérale.

Ceci posé, voyons de quelle manière on doit décrire l'anatomie pathologique de la fièvre puerpérale.

D'abord, il est admis par beaucoup de médecins, d'après les recherches de MM. Dubois, Walleix, et bien d'autres, que la fièvre puerpérale, surtout si elle suit une marche très-rapide, peut enlever les femmes, sans que l'autopsie révèle aucune altération appréciable.

[illegible] que nous la modifierons de la manière suivante : Sans que l'autopsie révèle aucune altération appréciable des solides de l'organisme; voici pour quelle raison :

On ne trouve aucune lésion des solides dans un certain nombre de cas, cela est vrai, cela est incontestable; mais nous sommes convaincus que, si on les eût cherchées pendant la vie, on eût certainement trouvé des altérations du sang : voici les preuves sur lesquelles nous nous fondons.

Dans les quatre seules observations de fièvre puerpérale dans lesquelles MM. Becquerel et Rodier ont analysé le sang, voici les altérations qui ont été trouvées :

1° Une diminution des globules; elle était le résultat de la grossesse et de l'accouchement. Elle ne nous semble jouer aucun rôle spécial dans la fièvre puerpérale.

2° L'augmentation de proportion de la fibrine.

3° La diminution considérable de l'albumine du sérum.

Dans plus de trente cas analysés par M. le docteur Hersent, les altérations du sang n'ont jamais manqué ; elles étaient même plus caractérisées et plus nettes que dans les observations qui sont propres à MM. Becquerel et Rodier. Du reste, il y a encore tout un travail à faire à cet égard, et nous n'engageons pas les pathologistes à admettre comme définitifs ces résultats, avant que d'autres analyses plus nombreuses encore aient été faites.

Dans la fièvre puerpérale, on peut trouver des traces d'une phlegmasie plus ou moins intense, dans l'utérus, ses annexes, le péritoine, etc. Ces phlegmasies ne constituent pas un élément essentiel de la maladie; elles n'en sont qu'une conséquence, qu'un élément plus ou moins important, qui vient s'y joindre, mais dont l'existence n'est pas du tout indispensable à la constitution même de la fièvre puerpérale.

On peut y trouver les résultats d'une infection purulente, particulièrement les abcès métastatiques. Ces lésions sont plus rares que les phlegmasies, et elles jouent le même rôle que ces dernières, c'est-à-dire qu'elles ne sont qu'un phénomène consécutif, qu'un élément accidentel d'une grande importance, il est vrai, mais qui n'est pas indispensable à la constitution de la maladie elle-même.

Nous bornons ici ces considérations générales, relatives à la fièvre puerpérale, que nous n'avions nullement l'intention de décrire ici d'une manière détaillée.

DE L'EMPLOI DE LA SAIGNÉE GÉNÉRALE

dans la grossesse (1).

Les anciens distinguaient les effets de la saignée en effets révulsifs et en effets dérivatifs. D'après les théories qu'ils avaient adoptées, les saignées sus-diapbragmatiques, diminuant la quantité du sang qui se porte vers l'utérus, opéraient une révulsion en faveur de cet organe, tandis que les saignées sous-diapbragmatiques, par l'activité plus grande qu'elles imprimaient à la circulation utérine, constituaient un moyen dérivatif assez puissant pour provoquer le flux menstruel supprimé.

La conséquence logique de ces principes, c'était la proscription absolue de la saignée du pied dans la grossesse. Aussi, presque tous les auteurs, depuis Fernel, s'accordent-ils à recommander exclusivement la saignée révulsive du bras en pareil cas. Cependant ces idées, dont l'un des chirurgiens les plus distingués de notre époque, Lisfranc, avait fait la base d'une méthode de traitement des affections de l'utérus, sont loin d'être aujourd'hui universellement admises, et beaucoup de praticiens croient, avec Valleix (1), « que l'expérience ne les a pas suffisamment éclairés sur l'utilité de pratiquer des émissions sanguines à une certaine distance du mal, dans les congestions utérines. »

On comprend aisément que, sans vouloir nier la valeur des résultats de l'expérience traditionnelle, beaucoup de médecins conservent des doutes sur cette question. La théorie des fluxions est indivisible. Si la saignée du pied congestionne l'utérus, la saignée du bras fait affluer le sang vers le cerveau, comme le prétendait Lisfranc, et elle doit, par conséquent, être proscrite dans la congestion cérébrale. Or je ne crois pas qu'il y ait aujourd'hui, en France, un praticien qui préfère la saignée du pied à celle du bras contre un pareil accident. Mais, pour nous borner à l'influence de la saignée sur la circulation utérine, Rivière (2) ne rapporte-t-il pas l'observation d'une femme dont les règles s'arrêtaient toutes les fois qu'elle était saignée du pied, et coulaient, au contraire, avec beaucoup d'abondance toutes les fois qu'elle était saignée du bras? L'explication donnée de ce fait par l'école de Montpellier est très-ingénieuse. Celle de Mauriceau, qui a vu aussi, dans un grand nombre de cas, le flux menstruel rétabli par la saignée du bras, est plus pittoresque. « L'évacuation des menstrues, dit-il, se fait plus facilement dans ces cas-là, parce que la saignée du bras, diminuant la trop grande plénitude des vaisseaux, donne un peu d'air à toute la masse du sang, de même que nous voyons ordinairement que, lorsqu'on a donné un peu d'air par le haut d'un muid, la liqueur qu'il contient coule avec plus de facilité par la cannelle qui est au bas de ce même muid. »

L'expérience est là, d'ailleurs, pour prouver que la saignée du pied n'a pas sur la production de l'avortement toute l'influence qu'on lui a accordée. Les médecins, soit qu'ils aient obéi aux nécessités de la médication révulsive dans les accidents cérébraux qui se sont présentés à eux dans la grossesse, soit qu'ils n'aient point reconnu ou qu'on leur ait dissimulé cet état, ont bien souvent pratiqué la saignée du pied chez les femmes enceintes, sans qu'aucun résultat fâcheux s'en soit suivi.

Tout le monde connaît le fait cité par Zacutus Lusitanus : Une femme libertine, grosse de sept mois, en l'absence de son mari, se fit saigner du pied jusqu'à treize fois, et s'appliqua trois fois des sangsues dans le but de se faire avorter ; mais elle accoucha à terme de deux jumeaux en parfaite santé, et son mari, instruit de son inconduite, la cita devant les juges, qui, après le rapport des chirurgiens, la condamnèrent à avoir la tête tranchée (3).

Les observations qu'a rapportées Mauriceau, pour être moins tragiques, ne sont pas moins frappantes. Les six femmes qui en font le sujet ont été saignées au pied à diverses époques de la grossesse, et n'en ont pas moins porté leurs enfants à terme. La première, qui ne se croyait pas enceinte, fut saignée une fois à six semaines, dans le but d'exciter le flux menstruel; une autre, dans le même but, l'a été plusieurs fois; la troisième, qu'on croyait atteinte d'un squirrhe de la matrice, a été saignée du pied dix fois; une quatrième, tombée en une faible apoplexie, fut saignée quantité de fois du bras et du pied au terme de deux mois et demi; enfin, les deux dernières furent saignées au pied chacune deux fois. Ajoutons à ces faits deux cas où Astruc a eu l'occasion de pratiquer ce mode d'émissions sanguines avec succès dans des accidents indépendants de la grossesse.

Des faits du même genre ont dû frapper dans tous les temps les observateurs, et c'est ce qui explique que l'opinion de quelques-uns ait, comme celle de F. Hoffmann, varié sur ce point de pratique. Van Swieten, qui avait vu aussi, dans bien des cas, la saignée du pied tromper l'espérance criminelle de certaines femmes, cherchait à se rendre compte de cette innocuité, et la seule raison qu'il en trouvait, c'est que le passage du sang, quand la saphène est ouverte, devait se faire plus facilement par l'artère iliaque externe que par l'interne, dont les rameaux fournissent à la matrice.

Que faut-il conclure de ces faits? Que la saignée du pied est sans inconvénient, et qu'il est indifférent de saigner du pied ou du bras dans la grossesse? Loin de nous cette pensée; car, si nous sommes peu convaincu de ces sympathies thérapeutiques, inexplicables d'après les lois connues de la physiologie, existant entre certaines parties du corps par rapport à la saignée, et qui seules permettent de comprendre les effets de révulsion et de dérivation attribués par les anciens aux émissions sanguines, nous admettons

(1) Nous sommes heureux de mettre sous les yeux de nos lecteurs ce chapitre d'un livre que M. Silbert (d'Aix) est sur le point de faire paraître à la librairie de M. Victor Masson.

(1) *Guide du médecin praticien.* Paris, 1853, t. IV, p. 48.

(2) *Observ. medic.*, cent. I, obs. 2.

(3) Zacutus Lusitanus. *Prax. mirab.*, liv. 2, obs. 144, p. 77.

avec Haller (1) que la saignée augmente le mouvement du sang dans les artères qui correspondent aux veines ouvertes. Cet effet n'est que momentané sans doute, et cesse avec l'écoulement du sang; mais on conçoit qu'une quantité plus grande de sang se portant à l'utérus, tant que la saphène est ouverte, peut avoir dans quelques cas, si courte que soit la durée de cet afflux, une influence fâcheuse et décisive. La saignée du pied est donc pour nous moins sûre que celle du bras, et la prudence veut qu'on lui préfère toujours cette dernière.

Il est encore d'autres raisons plus secondaires qui doivent déterminer les praticiens à choisir la saignée du bras toutes les fois qu'ils ont à ouvrir la veine dans la grossesse. C'est que le plus souvent, soit que la saphène soit trop petite, soit que les tissus aient trop d'épaisseur, il n'est pas possible d'en faire couler le sang avec facilité; la seconde, c'est qu'on ne peut apprécier avec justesse la quantité du sang répandu dans le pédiluve où le pied est plongé; la troisième, enfin, c'est la fréquence de la syncope qui suit la saignée du pied, accident si dangereux dans la grossesse, et d'autant plus difficile à éviter qu'on peut moins apprécier à un moment donné, comme nous l'avons dit, la quantité de sang versé, et qu'on ne peut saigner la femme qu'assise. La saignée du bras ne présente aucun de ces inconvénients.

Dr SILBERT (d'Aix).

(1) *Mémoire sur le mouvement du sang.*

PASTILLES DE BELLADONE

composées par M. BOURGEOIS DE FAVERDAZ.

Poudre de racine de belladone.	10 grammes.	
— d'ipécacuanha.	5 —	
— d'opium.	2 —	50 cent.
Sucre.	500 —	

F. S. A. des pastilles de 50 centigrammes, contre asthme, coqueluche, catarrhe, etc.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 15 septembre 1857. — Présidence de M. MICHEL LÉVY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce communique à l'Académie la circulaire d'envoi du rapport sur le service des établissements thermaux en 1854.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Gintrac adresse une lettre par laquelle il remercie l'Académie de lui avoir conféré le titre d'associé national.

— M. Guérard présente, au nom de M. Soleil fils, opticien, une note sur l'échelle numérique des verres de lunettes.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Gaillard, correspondant à Poitiers, est présent à la séance.

DISCUSSION.

Fièvre jaune. — M. LONDE demande la parole à l'occasion du procès-verbal, et s'exprime en ces termes :

En présence des assertions aussi positives que celles qui ont été émises dans la dernière séance par M. Trousseau au sujet de Gibraltar, j'ai cru devoir garder le silence, non que je ne trouvasse *mot à dire*, comme on l'a imprimé; mais bien parce qu'il me fallait répondre preuves en main, reproduire le texte même des auteurs qui sont en opposition avec M. Trousseau, et que pour cet objet j'avais des recherches à faire.

Je n'invoquerai plus le témoignage de Chervin, qui faisait avec MM. Louis et Trousseau partie de la commission de Gibraltar; et cependant, alors que je le ferais, serait-ce donc une autorité à dédaigner que celle d'un homme qui a sacrifié sa fortune et sa vie entière à prouver ce qu'il croyait une vérité utile! d'un homme qui avait observé la fièvre jaune dans les deux hémisphères! qui avait fait cinq cents autopsies d'individus morts de la fièvre jaune, avant que ses collègues en eussent fait une!

Je laisse donc de côté les opinions personnelles de Chervin, et je rapporterai celle des hommes qui ont vécu à Gibraltar. M. Londe rapporte ici les opinions de M. le docteur James Fellowes, qui rappelle que dès 1804, on signala des *causes d'infection* à Gibraltar, et l'influence funeste des égouts sur la santé des habitants; de M. Pascalis, convaincu de l'existence des causes les plus puissantes de pestilence dans certaines saisons; des docteurs Bancroft, Noorth, qui attribuent l'épidémie de 1804 à des causes d'origine locale; de M. Muller, médecin en chef de la garnison de Gibraltar, qui signale les nombreuses causes d'insalubrité, provenant surtout des exhalaisons de substances végétales et animales en putréfaction, suffisantes suivant lui pour produire la maladie dans la forme la plus grave sans avoir recours à l'idée d'une importation étrangère ou de la contagion; de M. Wodward, qui signale comme cause de la fièvre jaune les égoûts, et cite en preuve l'extension que prend ordinairement la fièvre immédiatement après les premières pluies automnales, qui mettent la masse des matières putrides en plus grande activité; et enfin du docteur William Fraser, qui signale également de nombreuses causes d'insalubrité existant à Gibraltar.

M. RUFZ. J'ai regretté de n'avoir pu venir la dernière fois à l'Académie, aux séances de laquelle j'assiste toujours avec le plus grand intérêt. Si j'ai demandé la parole aujourd'hui à l'occasion du procès-verbal et si j'ai désiré ajouter quelques mots à ce qui a été dit sur la fièvre jaune, ce n'est point pour vous entretenir longuement de cette maladie. De tous les points que peut soulever son histoire, deux seuls : les rapports de la fièvre jaune avec les fièvres paludéenne et son mode de transmission, sur lesquels a paru se concentrer l'attention de l'Académie, me paraissent, pour le moment, mériter d'occuper vos moments; et comme un peu de dissentiment m'a paru exister là-dessus dans l'Académie, j'ai pensé que, connaissant le long séjour que j'ai fait aux Antilles, l'un des principaux foyers de la fièvre jaune, vous pourriez m'écouter avec quelque curiosité. Je veux aussi me recommander auprès de vous d'une circonstance qui n'est pas arrivée peut-être à la connaissance de quelques-uns d'entre vous, et qui paraît devoir dominer aujourd'hui toutes discussions sur la fièvre jaune et leur donner un nouvel intérêt, ou, comme on le dit, un intérêt plus actuel. Vos relations avec les pays où règne la fièvre jaune sont sur le point de recevoir un changement considérable. Autrefois, pour se rendre en France des Antilles, de la Nouvelle-Orléans, de la Vera-Cruz, principaux foyers de la fièvre jaune, la navigation à voiles mettait de trente à soixante jours de traversée, et chaque navire n'apportait qu'une trentaine de passagers au plus. Aujourd'hui les bateaux à vapeur dits transatlantiques ont été décrétés par le gouvernement. Les traversées ne seront plus que de douze à quinze jours, et au lieu de quelques passagers, ce sont trois ou quatre cents qui seront versés sur vos rivages. L'opinion peut s'alarmer; vous pouvez être appelés à la rassurer ou à éclairer le gouvernement sur des questions qui vous seront adressées.

Ce fut je crois à l'occasion de deux mémoires adressés par moi à l'Académie, sur l'épidémie de fièvre jaune qui avait eu lieu à la Martinique de 1838 à 1844, que Chervin formula son opinion sur la similitude de la fièvre jaune avec la fièvre paludéenne, et intitula son rapport : *De l'identité de la fièvre jaune avec la fièvre paludéenne à propos de deux mémoires de M. Rufz.*

Cette opinion n'était pas nouvelle, elle est formellement indiquée par Pringle dans son ouvrage classique *sur les maladies des armées*, et Pringle dit la tenir de Huch, son ami, qui avait longtemps pratiqué la médecine aux îles pendant la guerre de 1742. Après bien d'autres observateurs encore, j'avais, il est vrai, signalé des ressemblances que j'avais reconnues entre la fièvre jaune et les fièvres paludéennes. Mais dans une autre colonne j'avais énuméré aussi les dissemblances qui me semblaient devoir distinguer ces deux maladies. Chervin cédant à une préoccupation d'esprit, dont il n'y a que trop d'exemples dans l'histoire des sciences, releva les ressemblances qui venaient à l'appui de son opinion sur la contagion, et passa sous silence les dissemblances.

Permettez-moi de reproduire ici cette comparaison, car si nous persistons à poser dans ces questions les principes abstraits de *contagion et d'infection*, pour têtes de chapitre, et si nous voulons leur adapter les faits à mesure que nous les observerons, nous nous exposons à rétrécir ces faits et à les tailler pour ainsi dire sur notre préoccupation. Exposons-les simplement, sauf à laisser à chacun le soin d'en tirer les conclusions qu'ils renferment. Voilà donc les ressemblances.

Lorsque la fièvre jaune règne dans un pays, à la Martinique, par exemple, elle n'attaque qu'une certaine classe d'individus, qui se trouvent dans des conditions particulières, les Européens, et surtout les Européens nouvellement arrivés; mais en même temps il a été reconnu par tous les observateurs que sur les indigènes, et surtout sur les enfants, régnaient *de mauvaises fièvres* en plus grande quantité que d'ordinaire.

Ces mauvaises fièvres tiennent de la fièvre jaune et des fièvres de marais. Elles tiennent de la fièvre jaune par quelques-uns de ses phénomènes les plus remarquables : le vomissement noir et l'ictère après la mort.

J'ajouterai que, dans les cas d'autopsie malheureusement trop rares que j'ai eu occasion de pratiquer à la suite de ces fièvres sur les indigènes, l'altération du foie m'a semblé se trouver plus souvent que celle de la rate si particulière aux fièvres dues au miasme paludéen. Je dis m'a semblé, parce que sur ce point je veux faire un appel à l'observation ultérieure plutôt que poser une proposition absolue.

Ces fièvres cependant diffèrent de la fièvre jaune par leur marche, leur symptomatologie plus variée, plus ataxique, par leur moindre gravité, et surtout par l'efficacité plus grande du traitement par le quinquina.

Je vois que M. Dutrouleau a adopté une opinion tierce, qu'il est d'avis que la fièvre jaune peut compliquer la fièvre paludéenne, et réciproquement la fièvre paludéenne compliquer la fièvre jaune, prenant en considération le génie paludéen qui s'immisce dans les maladies de ces contrées.

Mais d'abord ces complications ne s'appliquent pas aux indigènes qui ne sont point atteints de la fièvre jaune, et n'expliquent point les fièvres graves que tous les observateurs ont constatées chez eux en plus grand nombre au moment où survient la fièvre jaune.

En outre, beaucoup d'autres observateurs, entre autres les médecins de la Nouvelle-Orléans et M. le docteur Maher, médecin principal de la marine à Rochefort, ont reconnu à la fièvre jaune dans certaines épidémies un véritable caractère intermittent, et il faut reconnaître avec eux que, dans ces épidémies ou dans certaines phases de ces épidémies, le sulfate de quinine a eu plus d'efficacité : mon observation en 1838 fut conforme à la leur.

C'est donc sur ces ressemblances : existence des fièvres graves sur les indigènes en même temps que la fièvre jaune règne sur ceux qui y sont sujets; caractère d'intermittence incontestable de la fièvre jaune dans certaines épidémies; vomissement noir, ictère après la mort, et peut-être même altération du foie; c'est, dis-je, sur ces ressemblances bien réelles, incontestables que Chervin motiva son opinion de l'identité de la fièvre jaune avec la fièvre paludéenne.

Mais s'il existe des ressemblances, j'ai dit qu'il y avait aussi des dissemblances, et ces dissemblances les voici maintenant.

La fièvre jaune ne règne que dans une certaine zone de la terre circonscrite pendant longtemps entre le 51e degré boréal et le 18e austral, entre Québec et Fernambouc. Dans ces derniers temps, elle a franchi ces limites, et s'est répandue dans l'hémisphère austral beaucoup plus bas : il y a eu des grandes épidémies à Rio et même jusqu'à Montevideo. Permettez-moi de noter en passant un fait que je puis appeler consolant, c'est que, si la fièvre jaune semble se porter vers l'Amérique du Sud, ses épidémies paraissent aujourd'hui moins fréquentes et moins cruelles dans l'Amérique du Nord, c'est-à-dire à Boston et à New-York; de sorte que la fièvre jaune semblerait fuir la civilisation et donner ses préférences à la sauvagerie. Mais peut-être aussi est-ce parce que dans ces derniers temps les immigrations européennes, c'est-à-dire la matière de la fièvre jaune, sont devenues plus abondantes vers l'Amérique du Sud! Hélas! les illusions, toutes charmantes qu'elles sont, ne sont pas permises aux médecins!

Dans l'ancien continent la fièvre jaune a été vue à diverses reprises au Sénégal, en Espagne, en Italie. On peut dire qu'en France elle a eu quelques commencements d'apparition à Rochefort et à Brest. Car on ne saurait nier que les faits observés dernièrement à Brest, et dont M. Beau vous a fait le rapport, ne fussent des cas de fièvre jaune.

Mais quelque étendue que soit la zone de la fièvre jaune, elle est loin d'égaler le domaine des fièvres intermittentes. Celles-ci existent, on peut dire non-seulement là où domine la fièvre jaune, mais sur tout le littoral du monde où la fièvre jaune n'existe pas; particulièrement à Java, sur les bords du Gange, où le miasme paludéen est à son summum, et ailleurs encore.

Non-seulement la fièvre jaune est restreinte en latitude, mais elle l'est en altitude et même en longitude. Ainsi on enseigne généralement aujourd'hui qu'au-dessus de 500 mètres du niveau de la mer, la fièvre jaune ne se développe pas. Et sur le continent américain, on fuit la fièvre jaune en se réfugiant dans l'intérieur des terres, où se rencontre cependant la fièvre paludéenne.

En résumé, la fièvre paludéenne existe en mille lieux autres que ceux où règne la fièvre jaune.

Pour ne parler que de la Martinique, Saint-Pierre est peut-être la localité où il règne le moins de fièvres intermittentes. C'est cependant le principal théâtre de la fièvre jaune; tandis qu'au Lamentin et dans les autres quartiers du Sud, où les fièvres intermittentes sont endémiques, la fièvre jaune y est beaucoup plus rare.

Ici se présente une objection qu'il nous faut examiner avant de passer plus loin dans cette revue du domaine respectif de ces deux genres de fièvres. Si la fièvre jaune est moins fréquente dans certaines localités, ne serait-ce point que sa matière, les individus qui y sont sujets, ne se rencontre pas en aussi grand nombre dans ces lieux-là.

L'histoire à la main, il est vrai, on reconnaît que la fièvre jaune s'est manifestée sur n'importe quel point du littoral américain où règne cette affection du moment qu'il y a une grande affluence d'Européens, c'est-à-dire un foyer comme en forment les grandes expéditions militaires ou les colonisations en masse. Telles sont, sans remonter trop haut, la guerre d'Amérique, l'expédition de Saint-Domingue et les différentes colonisations de Cayenne.

S'il est vrai que ces grandes affluences d'individus favorisent le développement de la fièvre jaune, il n'est donc pas moins vrai qu'il s'est écoulé souvent de longs intervalles, huit à dix ans, sans qu'il y ait eu de fièvre jaune aux colonies, par exemple. Cependant, durant ce laps de temps, le courant des arrivages européens n'est pas interrompu. Les équipages de navires, les changements de garnison, les besoins du commerce qui amènent des pacotilleurs, tout cela apporte un contingent d'individus très-propres à manifester la fièvre jaune si elle ne faisait que sommeiller faute d'aliments, et constitueraient des réactifs très-propres à la manifester. En 1848 surtout, à la suite de nos troubles civils, il se fit aux colonies une émigration de travailleurs qui me fit croire que la fièvre jaune allait paraître, et cependant il n'en fut rien. Il y a donc des temps d'immunité bien réelle pendant lesquels la fièvre jaune n'existe pas aux colonies.

Cette question des temps d'immunité de la fièvre jaune m'amène à examiner cette autre question, si la fièvre jaune est toujours épidémique aux colonies ou si elle n'y est pas endémique.

Mes idées sur ce point ne sont pas très-nettes. Il y a des faits confus dont la valeur n'est pas pour moi tout à fait dégagée. Ainsi, tous les ans on constate des cas de fièvre jaune sporadique bien dessinés, avec tout l'appareil symptomatique caractéristique, vomissement noir, hémorrhagie, etc. Ces faits se présentent surtout aux chirurgiens de la marine, dont l'observation porte sur les soldats de la garnison et sur les marins des équipages.

Mais outre ces cas sporadiques, à certaines années et même à certaines époques de chaque année, il se manifeste une foule de cas de fièvre ayant tous l'aspect d'une fièvre jaune au premier degré : coloration de la face, assoupissement profond, céphalalgie, douleurs lombaires, courbature. Cette fièvre a ce qu'on appelle le masque de la fièvre jaune; c'est à tel point que les médecins se disent entre eux : Si nous étions en temps de fièvre jaune, cela pourrait bien passer pour une fièvre jaune.

A la suite des épidémies de 1838 et de 1852, ces cas se multiplièrent beaucoup, et furent à la fièvre jaune ce que la cholérine est au choléra. Ils sont comme les anneaux d'une chaîne qui réunissent deux épidémies. Mais suffisent-ils pour établir l'endémicité? Et les épidémies ne sont-elles qu'une apparition du principe morbide dont l'action dans les temps ordinaires dont nous parlons est diminuée? C'est ce que je ne puis décider présentement.

Quoi qu'il en soit, il est certain qu'il y a des épidémies de fièvre jaune.

A ce moment du début des épidémies, non-seulement les nouveaux arrivés, mais tous les Européens survenus dans l'île depuis la dernière épidémie sont atteints; seulement la gravité du mal est différente dans les deux catégories de malades. Très-grave chez les nouveaux arrivés, dont la mortalité est quelquefois de plus de moitié, elle est plus faible chez les acclimatés, dont la mortalité est beaucoup moindre.

Maintenant arrive cette question importante : Comment se sont développées les épidémies de fièvre jaune? N'étaient-elles que de simples aggravations de la sorte d'endémicité dont j'ai parlé? Ou bien ont-elles été importées du dehors; et dans ce dernier cas, par quelle voie avaient-elles été importées?

C'est un fait hors de doute que les épidémies de fièvre jaune que j'ai été à même d'observer à la Martinique, n'y ont pas éclaté subitement et pour ainsi dire d'emblée. Elles y ont été précédées et pour ainsi dire annoncées par un développement insolite de cette endémicité dont j'ai parlé. A peu près comme certaines affections gastro-intestinales précèdent et annoncent le choléra, on dirait un principe qui prend un développement successif, et n'arrive à son summum que graduellement.

En outre, ces épidémies ne sont pas développées spontanément, et pour ainsi dire comme poussant du sol. En 1838, nous savions que la Guadeloupe, située un peu plus au nord, était en proie à la fièvre jaune, avant que cette maladie nous arrivât, et elle débute chez nous par la ville de St-Pierre, qui est plus rapprochée de la Guadeloupe que le

Fort-Royal; au contraire, en 1852, ce fut la Barbade et les colonies anglaises, situées à notre sud, qui furent atteintes les premières, et la maladie nous arriva par le Fort-Royal, plus proche de la Barbade.

Cette progression de proche en proche rappelle encore la marche du choléra, et peut-être, si les moyens de publicité existaient entre les États de l'Amérique comme entre ceux de l'Europe, pourrait-on suivre à la piste la fièvre jaune, comme on suit aujourd'hui le choléra dans toutes ses étapes.

Mais si la fièvre jaune ne naît point du sol, si elle n'est point le résultat de quelque influence endémique, solaire, calorique ou électrique, si elle nous est importée, par quelle voie nous est-elle importée?

Ecartons la voie de l'air, d'où il n'a pas été possible encore de dégager le miasme, l'influence, l'inconnu enfin qui serait la cause de la fièvre jaune, seule démonstration probante en pareil cas? Reste la contagion humaine, le transport par les effluves qui s'exhalent du corps de l'homme ou des objets qu'il porte avec lui, qui ont été imprégnés du principe générateur de la fièvre jaune dans un lieu où ce principe existe.

Je suis tout à fait de l'avis de M. Londe, il n'est pas possible de citer un seul cas de propagation de la fièvre jaune par la transmission directe, encore moins par l'inoculation. Vous connaissez là-dessus les courageuses expériences et le dévouement de Chervin, à la mémoire duquel il faut toujours rendre hommage, lorsqu'il s'agit de fièvre jaune.

Il serait trop long de parcourir les divers modes de contagion; je laisse à vos esprits d'en faire les applications à la fièvre jaune, et je dis que si la fièvre jaune est contagieuse, elle l'est d'une façon qui lui est particulière, et que c'est la plus restreinte des maladies contagieuses. Elle ne l'est pas même à la façon du choléra et des exanthèmes, scarlatine, variole ou rougeole.

Car le choléra s'est répandu indistinctement dans tous les pays, et dans ces pays il a affecté tous les habitants; tandis que, vous l'avez entendu, il n'en est pas de même de la fièvre jaune, dont l'action est infiniment plus circonscrite. Et qu'est-ce donc qu'une maladie contagieuse à laquelle il faut des circonstances si particulières, si limitées, pour se développer?

J'en dirai autant des exanthèmes.

Si donc on faisait une échelle de la contagion, il faudrait placer la fièvre jaune au dernier degré de cette échelle.

Je sais que dans quelques relations d'épidémies de fièvre jaune, ceux qui les ont observées ont cité des faits graves de transmission par des navires, d'où ils avaient pu, pour ainsi dire, constater le débarquement de la fièvre jaune et suivre à la trace son développement sur la terre. C'est l'affirmation de ces faits qui dans le temps a donné aux discussions qui ont eu lieu sur la fièvre jaune une vivacité regrettable. En effet, de pareils faits ne sont pas, pour ainsi dire, des faits médicaux. Ce sont des ouï-dire, des nouvelles, des faits matériels auxquels on ne peut opposer ni logique ni raisonnement, et qu'on ne contredit que par des démentis.

Il n'est que trop vrai que ces faits n'existent le plus souvent qu'à l'état d'*assertions*; il faudrait en prendre son parti, et y renoncer. Ces faits, pour être crus, devraient être constatés avec solennité, avec contrôle, et non sur la foi d'un seul individu; il faudrait qu'ils ressortissent d'enquêtes à la fois scientifiques et administratives. Or, à ma connaissance, cela n'a été fait qu'une fois convenablement. C'est à Gibraltar, par MM. Louis, Trousseau et Chervin. Ils nous ont laissé un beau modèle. Mais malheureusement leur travail n'existe qu'à l'état de *matériaux bruts*; c'est pour nous une énigme dont seuls ils pourraient dire le mot.

J'arrive à une dernière question qui est pour vous d'un intérêt flagrant, une question pour ainsi dire d'un intérêt personnel; je veux parler de la transmissibilité possible de la fièvre jaune des pays où elle règne à la France. Vous avez entendu ce que j'ai dit de la fièvre jaune, que, si elle vous arrivait, elle devrait, d'après ses antécédents, borner ses ravages aux villes du littoral; cela est déjà assez rassurant. Mais enfin, quoi qu'on veuille dire pour vous rassurer, il n'en est pas moins vrai que la fièvre jaune a déjà pris pied en Europe, qu'elle y a fait déjà des apparitions et même des apparitions assez terribles à Cadix, Gibraltar, Barcelone; qu'elle a eu des commencements d'exécution à Rochefort, à Brest, même en Angleterre, où l'on a été obligé dernièrement, en 1853, de rétablir la quarantaine. Ces faits sont irrécusables. Mais à ces faits j'opposerai le fait bien autrement considérable de la rébellion de la France et de l'Europe à la fièvre jaune depuis plus de trois siècles, malgré les milliers de navires qui les mettent journellement en rapport avec les pays infectés. En 1820, M. Moreau de Jonnès avait pu constater qu'il y avait plus de deux cents épidémies connues de cette grande maladie. Depuis, il s'en est ajouté d'autres. Pour ma part, j'ai été témoin de deux longues et graves épidémies; et en ce moment il en règne une furieuse presque sur tout le littoral de l'Atlantique qui vous regarde, et cependant vos relations si multipliées avec ces pays n'ont pas été interrompues. Les précautions pour vous en préserver sont presque nulles, et la fièvre jaune ne vous arrive pas, ou si elle vous arrive, elle est venue s'éteindre et mourir dans l'air de Brest ou de Rochefort. Enfin, comme je vous l'ai dit en 1853, si elle se déclara à Southampton quelques faits qui excitèrent des alarmes; l'amirauté anglaise s'en émut; le *Board of heath* ressuscita la quarantaine pour quelques jours; mais on reconnut bientôt l'inutilité de cette grande mesure: elle fut retirée et n'a pas été rétablie. Quoique dans ces derniers temps les steamers anglais qui arrivent de Saint-Thomas en douze jours jettent à la mer, durant cette courte traversée, vingt-cinq à trente hommes morts de la fièvre jaune, et que le nombre des malades versés à terre et par conséquent introduits en Angleterre est en raison de cette mortalité; car tous les sujets atteints de la fièvre jaune n'en meurent pas. Cependant, malgré de pareils véhicules, la fièvre jaune ne s'est pas encore déclarée en Angleterre.

J'ajouterai que, pour le moment, les lois sanitaires de la France suffisent aux besoins de la situation; qu'il n'y a rien, absolument rien, à faire; qu'il faut rester les bras croisés, l'arme au bras, et observer. Si un jour on reconnaissait la nécessité de sortir de cette expectation, l'entreprise serait considérable; car il ne s'agirait pas de se préserver soi seul par des mesures particulières. A cause de la facilité et de la rapidité que la vapeur a amenées entre les relations des populations, il faudrait des mesures d'ensemble et générales à presque toute l'Europe; car si vous vous enfermez et interdisez vos côtes aux navires venant de l'Amérique, l'Angleterre, la Belgique et même l'Espagne lui restant ouvertes, la fièvre jaune vous arriverait presque aussi promptement par ces différentes voies. Si donc, ce qui, grâce à Dieu, n'existe pas, on reconnaissait un jour la nécessité de rétablir les quarantaines, ce serait une entente européenne qu'il faudrait, et presque un nouveau blocus continental qu'il faudrait décréter contre la fièvre jaune.

Vous le voyez, Messieurs, pour vous chargés du soin de la santé publique, la question de la fièvre jaune se présente aujourd'hui sous une face autre que celle où elle s'est présentée à vous il y a quelques années. Le sujet est digne de votre attention et même de votre surveillance.

M. TROUSSEAU. Je n'aurai pas de peine à démontrer que, s'il y a eu à Gibraltar des causes d'insalubrité, ces causes étaient parfaitement différentes de celles qui produisent la fièvre palustre. Il suffirait pour cela de montrer que la ville de Gibraltar, assise à l'ouest d'un roc qui s'élève au-dessus de la mer avec une pente de 40 à 45 degrés, a le système d'égouts peut-être le mieux entendu qu'il soit possible d'imaginer. Il n'y a en effet que trois rues parallèles à la mer, à des hauteurs différentes, et dans ces rues les égouts n'ont que la pente ordinaire; mais dans les branches perpendiculaires, la pente est tellement rapide que les immondices sont rapidement entraînées à la mer, et plus rapidement entraînées que dans aucune autre ville. Que d'ailleurs dès le commencement de l'épidémie, et alors qu'il n'y avait que des cas isolés, ces égouts ont été lavés à grande eau, chlorurés par ordre du gouvernement et sous la surveillance des médecins, et que la fièvre jaune a continué à sévir avec une intensité croissante pendant deux mois, bien que les soins de propreté fussent continués avec la plus grande persévérance, bien que la plus grande partie de la population civile eût émigré, et que par conséquent l'accumulation des immondices dans les égouts eût dû diminuer d'autant.

Je demanderai d'ailleurs à M. Londe pourquoi de 1813 à 1828 il n'y a pas eu de fièvre jaune à Gibraltar? pourquoi de 1828 à 1857 il n'y en a pas eu non plus, bien que les égouts ne soient ni moins nombreux ni mieux tenus qu'ils n'étaient.

Je ne conteste pas qu'il n'y ait des ordures ou des fumiers accumulés dans quelques coins de la ville, sur quelques points du roc; mais il serait puéril d'y voir une cause d'insalubrité, et surtout quelque chose qui ressemblât aux causes qui produisent ordinairement la fièvre intermittente.

Ma réponse à M. Rufz sera un peu plus difficile. M. Rufz a passé une grande partie de sa vie dans les Indes occidentales, où règne la fièvre jaune; il a étudié avec soin les causes et les symptômes de cette maladie, et je n'ai vu la fièvre jaune que dans Gibraltar et seulement en 1828.

Tout en rendant hommage au talent d'observation de M. Rufz, je suis obligé de me séparer de lui sur plusieurs points.

Je trouve que M. Rufz a admis avec trop de facilité *une certaine ressemblance* entre la *fièvre palustre* et la fièvre jaune.

Il déclare, en invoquant le témoignage de M. Louis, mon collègue dans la mission médicale de Gibraltar, que, en 1828, jamais la fièvre jaune n'a eu, comme M. Rufz l'a quelquefois observé à la Martinique, de phénomènes intermittents, à peine ces exacerbations du soir que l'on observe dans toutes les maladies aiguës. Qu'il en a été de même pour toutes les épidémies observées en Europe. D'après mes observations, et surtout d'après celles qui sont consignées dans l'ouvrage que M. Louis a consacré à l'histoire anatomique et symptomatique de la fièvre jaune de Gibraltar, les lésions de la fièvre jaune se trouvent surtout dans le foie, qui est lésé d'une manière spéciale; comme dans la fièvre putride, les glandes de Peyer et les ganglions mésentériques sont lésés d'une façon spéciale. Que la rate, au contraire, n'a dans la fièvre jaune, pas plus de lésions que dans les autres maladies septiques, telles que le typhus, la fièvre puerpérale, la fièvre putride, etc.; tandis que, dans la fièvre intermittente pernicieuse, la tête est invariablement le siége de lésions tellement graves que, dans quelques cas, l'enveloppe de ce viscère se rompt, et il se fait dans le péritoine une hémorrhagie foudroyante.

Symptômes, lésions anatomiques, causes, tout est différent, et l'assimilation entre ces deux maladies ne peut se faire, même de loin.

Que, si dans les pays où règne habituellement la fièvre intermittente, la fièvre jaune prend dans ses symptômes quelques formes rémittentes très-accusées, cela ne prouve nullement l'analogie. En effet, chacun sait, et à ce sujet j'invoquerai le témoignage de nos confrères d'Algérie, que lorsque règnent les fièvres intermittentes, les fièvres putrides, l'érysipèle, la pleurésie, le rhumatisme, etc., etc., se manifestent souvent au début par des accès intermittents si bien caractérisés que, dans un grand nombre de cas, les médecins se laissent tromper et surprendre. Si donc la fièvre jaune, observée par M. Rufz, a offert des phénomènes intermittents, c'est qu'elle régnait dans un pays où sévissait en même temps la fièvre palustre.

M. Rufz a effleuré la question de la *transmissibilité* de la fièvre jaune, qu'il est enclin à résoudre par la négative. Je n'aborde qu'en tremblant cette question si délicate et si controversée, et je déclare que si je n'ai pas vu en Europe des preuves évidentes de la contagion de la fièvre jaune, je n'oserais pourtant pas affirmer que cette maladie n'est pas transmissible dans quelques circonstances.

Je suis d'avis que les navires ont pu jusqu'ici sans danger venir en France et en Angleterre avec des cas de fièvre jaune, mais que pourtant je ne saurais affirmer que tard ou tôt une grave épidémie de fièvre jaune n'éclatera pas en Europe.

A cette occasion, M. Trousseau montre que le Brésil, Montevideo, en un mot toute la côte de l'Atlantique depuis la ligne jusqu'au cap Horn avaient été jusqu'ici exempts de fièvre jaune, et que depuis cinq ans seulement les côtes du Brésil ont été ravagées, et que cette année Montevideo a été également décimé par la fièvre jaune; que jusqu'ici dans la mer *Pacifique* on n'a pas vu de fièvre jaune, mais que peut-être dans quelques années le Chili, le Pérou, seront à leur tour revisités par ce terrible fléau.

On ne peut raisonner de la contagion d'une manière absolue, les modes de contagion varient à l'infini.

Assimilant ensuite la contagion à la génération, il montre combien les conditions de génération varient suivant les êtres, combien l'évolution des germes est différente dans les espèces animales et végétales, comment telle semence végétale ne se développera pas dans des conditions nettement déterminées et seulement dans ces conditions; que ce développement sera en quelque sorte fortuit, que les semences morbifiques sont dans le même cas; que la fièvre jaune (ce qu'il ne pourrait affirmer pourtant) ne peut être contagieuse à un certain temps, à un certain jour, dans de certaines conditions, et que l'incertitude de ces conditions doit nous inviter à une grande prudence.

M. LONDE. Vous me devez des remercîments, car c'est moi qui ai provoqué l'admirable improvisation que vous venez d'entendre. Comme de longue date je connais l'habileté de mon élégant antagoniste, j'ai pris d'avance quelques précautions, et ne me présente pas aux coups de M. Trousseau tout à fait désarmé.

D'abord, au sujet du mot *palustre*, je ferai remarquer qu'au point de vue de l'hygiène on doit comprendre sous le nom *marais* non pas seulement ce que désigne le langage vulgaire, mais dans un sens plus général toute portion de sol où croupissent les eaux, et qui donne lieu, sous l'influence de la chaleur, au dégagement des miasmes qui engendrent la fièvre; ainsi les mares, les fossés, les canaux, les égouts, peuvent à titre égal, et malgré les conditions les plus diverses, devenir des foyers d'émanations miasmatiques.

J'arrive maintenant aux témoignages propres à faire connaître si la ville de Gibraltar recelait ou non des causes d'infection lors de l'épidémie de 1828.

Des citations empruntées aux rapports de M. le docteur Hennen, médecin inspecteur des hôpitaux de Gibraltar, de M. le docteur Broadfoot, médecin de la quarantaine, de M. Woodward, de M. Pearson, de M. Smith, de M. Bagly, de M. Amiel, témoignent de l'importance que tous ces médecins ont attachée aux égouts comme cause d'insalubrité, et des nombreux moyens proposés ou mis à exécution pour en prévenir les effets.

Je pourrais, ajoute M. Londe, multiplier les citations de ce genre en copiant tout ce qui a été publié sur l'épidémie de Gibraltar en 1828. Mais en voilà assez, ce me semble, pour établir que l'opinion de M. Trousseau trouve de nombreux contradicteurs parmi les hommes qni habitaient Gibraltar depuis longtemps, à l'époque de son voyage.

M. THOMAS, membre correspondant de l'Académie. Je suis arrivé très-contagioniste à la Nouvelle-Orléans; j'avais observé pour la première fois la fièvre jaune sous M. Lefort, médecin de la marine à la Martinique, très-contagioniste aussi à cette époque; car il a fait depuis amende honorable dans un écrit où il déclara avec franchise s'être trompé. Je dus me convaincre de plus en plus que la fièvre jaune n'avait aucune cause contagieuse. Pourquoi en effet la fièvre jaune respecterait-elle toute une population, la population indigène? Comment expliquer, dans l'hypothèse de la contagion, que pas un individu ayant eu cette maladie n'en soit atteint de nouveau? Ces faits sont prouvés par une multitude d'observations; on ne prouve pas au contraire l'espèce de contagion dont on a parlé.

Il y a quelques mois, on a lu à cette tribune un rapport où se trouvait affirmée la contagion de la fièvre jaune; mais je ne crois pas que dans ces cas plus qu'ailleurs on ait pu citer des preuves authentiques de la contagion.

En comparant la fièvre jaune aux fièvres graves intermittentes, j'ai trouvé plus de dissemblance que de similitude. J'ai toujours trouvé la fièvre jaune rémittente et non pas avec de franches intermittences. Ces deux maladies ne paraissent pas différer dans leurs causes et dans leur nature.

PRÉSENTATION.

M. Gaillard (de Poitiers) met sous les yeux de l'Académie un appareil de son invention pour les fractures de la jambe.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial du 10 septembre 1857, a été nommé à un emploi de médecin aide-major de 2e classe:

(*Concours de* 1857) M. Carpentier, chirurgien sous-aide, désigné pour passer de l'hôpital du Val-de-Grâce aux hôpitaux de la division de Constantine, en remplacement de M. Lardy, décédé.

— On nous annonce la mort de M. le docteur Salgues, professeur titulaire de clinique interne, directeur honoraire de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, médecin de l'hôpital général et membre de l'Académie des sciences, arts et belles lettres de la même ville. Ce très-regrettable confrère était âgé de 78 ans.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM.:

Brou, né à Samois (Seine-et-Marne); *Considérations sur les troubles digestifs et le rachitisme produits par la mauvaise alimentation chez les enfants à la mamelle.*

Boncour, né à Pont-le-Voy (Loir-et-Cher); *De la prétendue substitution de la fièvre typhoïde à la variole depuis l'introduction de la vaccine.*

Daullé, né à Brest (Finistère); *Cinq années d'observation médicale dans les établissements français de Madagascar (côte ouest).*

Andiau, né à Saint-Lambert du-Lattay (Maine-et-Loire); *De l'entérocolite chez les enfants.*

Biart de Beauregard, né à Lagunillos (ile de Cuba); *Du tétanos traumatique et spontané observé à l'île de Cuba (colonie espagnole des Antilles.*

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institua un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Vaginite; nouveau mode de cautérisation. — Tumeur contenue dans le canal inguinal et ayant donné lieu à des phénomènes d'étranglement. — Du traitement des complications des rétrécissements de l'urètre par les injections caustiques. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. A. Joux. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 9 septembre. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Revue bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Vaginite. — Nouveau mode de cautérisation.

On sait combien la vaginite est rebelle dans certains cas; aussi a-t-on proposé un grand nombre de médications destinées à la combattre. MM. Ricord, Hourmann, Becquerel et d'autres ont indiqué, pour obtenir la guérison des cas réfractaires, des moyens excellents sans doute, mais dont l'emploi n'est pas toujours suivi du succès qu'on en attend, à cause de la difficulté d'appliquer l'agent caustique ou modificateur sur tous les points de la surface malade. Préoccupé depuis longtemps de ce point de médecine pratique, M. Nonat, après de longs tâtonnements, est arrivé à apporter à la cautérisation du vagin une modification aussi simple que facile à appliquer, et qui lui a permis de faire disparaître, dans l'espace de quelques mois, des vaginites qui avaient résisté pendant un temps très-long aux traitements usuels, et de guérir très-rapidement des vaginites en les traitant dès le principe par cette nouvelle méthode.

Jusque dans ces derniers temps, M. Nonat employait la cautérisation telle qu'on l'emploie ordinairement; c'est-à-dire qu'il badigeonnait la surface du vagin et du museau de tanche avec un gros pinceau imbibé de la solution de nitrate d'argent liquide au moyen du spéculum. Cette médication, aidée des injections émollientes et astringentes, était suivie de succès dans un certain nombre de cas; mais il en était d'autres dans lesquels il multipliait en vain les cautérisations et les injections : les symptômes de la vaginite ne cessaient jamais entièrement; et si, dans l'intervalle des règles, l'écoulement vaginal perdait beaucoup de son intensité, il ne tardait pas à reparaître avec la même violence après le retour des règles. De là la nécessité de répéter les cautérisations d'une manière presque indéfinie pendant huit, dix, douze et dix-huit mois.

Frappé de la longue durée ordinaire du traitement, M. Nonat en a recherché les causes, et il a cru voir que cela dépend de ce que le gros pinceau, promené à l'aide du spéculum sur toute la muqueuse vaginale, laisse échapper à la cautérisation cette partie de la muqueuse qui comprend toute la partie supérieure du vagin au-dessus du museau de tanche. Or, cette partie non cautérisée continue de sécréter du muco-pus, qui, en se mettant en contact avec le reste de la muqueuse vaginale, entretient la maladie. Toutes les fois donc que les injections ne peuvent déterminer la guérison, la vaginite ne peut céder à l'ancien mode de cautérisation.

D'un autre côté, l'influence exercée par la métrite du col sur la vaginite avait déjà mis M. Nonat sur la voie de son nouveau procédé; car on sait que la métrite du col non détruite entretient cette dernière affection. La méthode substitutive n'agissant que localement, et les points cautérisés étant seuls modifiés, il en résulte que la sécrétion qui se continue dans les autres points réagit sur les parties voisines.

Partant de cette idée, M. Nonat a appliqué alors avec soin la solution de nitrate d'argent sur toute la muqueuse vaginale de la manière suivante : il promène tout autour du museau de tanche jusqu'au fond du vagin, entre le spéculum et le col de l'utérus, un petit pinceau imbibé de nitrate d'argent liquide et assez résistant pour pénétrer et glisser sans se fléchir entre le spéculum et l'utérus. En retirant le spéculum, la face opposée du vagin vient se mettre en contact avec le col de l'utérus, et par le fait se trouve cautérisée.

Depuis que ce procédé est employé dans son service, il n'a plus rencontré de vaginites rebelles à la cautérisation, et rarement le traitement demande plus de cinq à six opérations. Il se sert pour ces cautérisations d'une solution de nitrate d'argent à parties égales.

Voici quelques faits très-sommaires recueillis par M. E. Bisson, élève du service, qui viennent témoigner en faveur de l'utilité de cette modification :

1° La nommée C... (Cœlina), âgée de vingt-deux ans, est atteinte d'une vaginite intense. L'écoulement d'un liquide jaune-verdâtre est abondant : la surface vaginale est rouge, granuleuse, d'une extrême sensibilité. Douze cautérisations pratiquées à huit jours de distance, par la méthode ordinaire, n'amènent aucune diminution sensible des accidents; rien n'annonce une guérison prochaine. Bien convaincu alors que la cause de cette persistance de la vaginite dépend de la cautérisation incomplète du vagin, on étend la cautérisation tout autour du col de l'utérus, comme il a été dit plus haut. A partir de ce moment, des changements rapides s'opèrent dans la sécrétion vaginale qui diminue, la muqueuse devient moins rouge et les douleurs moins vives. La guérison est complète après sept cautérisations.

M. Nonat ne doute pas que, sans le secours du nouveau procédé, vu le peu de changement survenu dans l'état phlegmasique du vagin et l'abondance de la sécrétion, la guérison ne se fût fait attendre dans ce cas au moins dix-huit mois, comme il l'a observé dans des cas analogues.

2° La nommée C... (Hermance), vient à la consultation pour une vaginite assez intense, qui disparaît après deux cautérisations par le nouveau procédé. Depuis près de deux mois, la guérison s'est bien maintenue.

3° La nommée B... était atteinte d'une vaginite intense, que l'on avait attaquée sans succès par douze cautérisations et des injections astringentes. Cinq cautérisations par la nouvelle méthode ont suffi pour amener la guérison.

4° Une femme, âgée de cinquante-quatre ans, était atteinte d'une vaginite qui datait de deux ans. La surface du vagin, d'un rouge vif, saignait facilement et sécrétait un liquide d'un jaune verdâtre très-abondant et infect. Cinq cautérisations à huit jours d'intervalle ont suffi pour faire disparaître la vaginite.

5° La nommée G..., âgée de trente-six ans, avait depuis un an une vaginite, que de nombreuses cautérisations par l'ancien procédé n'avaient pu faire céder. Quatre cautérisations par la nouvelle méthode amènent la guérison.

6° La nommée L..., âgée de trente-trois ans, perdait abondamment par la vulve du muco-pus, sans mélange de matières albumineuses. La membrane muqueuse vaginale était rouge, granuleuse. Des cautérisations pratiquées pendant huit mois, à quinze jours et huit jours d'intervalle, ne donnent aucun résultat. On applique la nouvelle méthode, et huit cautérisations font céder la vaginite.

7° La nommée M... (Juliette), avait une vaginite datant de trois mois, qui cède à deux cautérisations.

8° La nommée D... avait une vaginite qui remontait à deux années, et contre laquelle on avait employé sans succès des tampons de charpie imbibés de préparations très-astringentes. On obtient la guérison en quatre cautérisations.

9° La nommée B... a été traitée sans succès pendant 15 mois d'une vaginite intense. Les pertes par la vulve étaient abondantes, mucoso-purulentes, verdâtres; la surface du vagin, saignant facilement, était d'un rouge vif depuis la vulve jusqu'au col de l'utérus. On fait à huit jours d'intervalle 5 cautérisations, et on obtient une guérison complète.

10 Mme E... a une vaginite très-forte : écoulement abondant; muco-pus jaune-verdâtre; surface vaginale granuleuse, d'un rouge vif de la vulve au fond du vagin; sensibilité exaltée des parois vaginales à la pression. On applique la nouvelle méthode : l'amélioration se fait rapidement et la guérison est obtenue après 9 cautérisations.

Il serait inutile de multiplier davantage les observations pour montrer l'utilité de la modification apportée par M. Nonat à la cautérisation dans le traitement de la vaginite. Nous appelons avec lui l'attention de nos confrères sur ce procédé très-simple, et dont les avantages sont faciles à apprécier.

Tumeur contenue dans le canal inguinal et ayant donné lieu à des phénomènes d'étranglement.

Un malade entré à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Monod, suppléé par M. Demarquay, a présenté des difficultés toutes particulières de diagnostic, que la guérison même n'a pas complétement levées, et qui prêtent par cela même à une discussion intéressante. Il est indispensable, pour asseoir les éléments de cette discussion, d'exposer avec quelques détails les anté-

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Guide du médecin et du touriste aux bains de la vallée du Rhin, de la Forêt-Noire et des Vosges; par M. le docteur A. ROBERT, médecin communal et adjoint des prisons de Strasbourg (1).

La saison semblerait peut-être un peu avancée déjà pour un compte rendu d'un livre de ce genre, s'il ne s'agissait que d'un de ces ouvrages éphémères, produits de la littérature légère, qui, nés avec les beaux jours, disparaissent à la chute des feuilles et retombent dans l'oubli. S'il nous reste, pour celui-ci, le regret de n'avoir pu l'indiquer plus tôt à ceux de nos confrères qui ont eu besoin d'envoyer des malades à des sources utiles, et non plus dans un but de distraction frivole, nous nous en consolerons cependant assez volontiers, par cette raison que c'est véritablement un livre sérieux, qui vivra plus d'une saison, et que seront heureux de retrouver l'an prochain et médecins et malades : les premiers, parce qu'il leur fournira des documents précieux sur les propriétés chimiques et thérapeutiques des eaux minérales, leur mode d'administration, les conditions les plus favorables à leur emploi; les autres, parce qu'ils y trouveront, avec les renseignements médicaux dont les gens du monde sont si friands, de curieux récits, de pittoresques descriptions des lieux qu'ils devront traverser, où ils seront forcés de séjourner.

Ce n'est pas un petit mérite pour l'auteur d'un livre de science d'éveiller l'intérêt, de soutenir l'attention du lecteur du commencement à la fin de son œuvre, et de figurer honorablement sur le bureau du médecin consultant, en même temps qu'il n'est pas déplacé au milieu des albums et des livres d'*illustrations* qui se pavanent sur le guéridon d'une femme à la mode, ou des guides de toute espèce qui s'entassent dans le porte-manteau du touriste. Notre tâche, à nous, n'est d'examiner le *Traité* de notre confrère de Strasbourg qu'au point de vue scientifique, laissant aux feuilletonistes de ce que l'on est convenu d'appeler *la grande presse* le soin de l'apprécier sous les autres rapports.

Le but de l'auteur a été d'appeler l'attention des médecins français sur les eaux minérales de la vallée du Rhin, et sur celles de quelques contrées de l'Allemagne presque limitrophes à notre pays; de signaler de nombreuses lacunes, et de redresser des erreurs involontaires commises par les hydrologues sur la position topographique et la valeur thérapeutique de certaines sources. Aucun ouvrage complet n'existe sur ce sujet, en langue française du moins; on possède bien de nombreuses monographies sur presque chacun de ces établissements; mais un grand nombre de ces monographies sont écrites en allemand, et nos compatriotes, peu polyglottes de leur nature parce que l'on parle français partout, sont encore moins versés dans l'étude des dialectes germaniques, un peu rudes pour leur gosier, que dans celle des langues anglaise et italienne, d'ailleurs plus à la mode. M. Robert a cru faire une œuvre utile en réunissant en un seul faisceau l'histoire médicale de ces sources, leurs indications thérapeutiques, et surtout, avant tout, comme base fondamentale et essentielle d'un pareil travail, leurs analyses chimiques les plus récentes.

Parmi ces dernières, M. Robert a eu la rare bonne fortune de pouvoir présenter à ses lecteurs les recherches sur les sources du grand-duché de Bade, entreprises par le professeur Bunsen, le célèbre physicien de l'université d'Heidelberg, recherches qui offriront aux hommes spéciaux un intérêt d'autant plus grand qu'elles sont encore *inédites*. C'est à l'obligeance toute particulière de l'illustre professeur qui a bien voulu lui confier son manuscrit, que M. Robert a dû de pouvoir le premier rendre publics les résultats de cet immense et minutieux travail, duquel on peut dire avec justesse qu'il n'y avait que la patience allemande capable de l'entreprendre.

La raison qui a déterminé l'auteur à rassembler ici ces analyses si multipliées et si complexes, a été celle-ci : il a pensé et avec raison, à notre avis, qu'il appartenait à chaque médecin, négligeant les ouï-dire et les appréciations personnelles de tel ou tel hydrologue, de juger par lui-même, les pièces en main, de l'indication de telle ou telle source dans le traitement des nombreux groupes de maladies qui réclament l'emploi des eaux minérales.

Certes, les ouvrages d'ensemble qui ont pour objet l'étude des eaux thermales de tout un pays, d'un continent entier même, ne sont pas sans quelque utilité; mais souvent un cadre aussi vaste force à une brièveté nuisible au sujet, et pour être véritablement instructifs, il est évident que les livres de cette espèce ne devraient comprendre que les sources minérales contenues dans un bassin, dans une circonscription territoriale limitée. Sous ce rapport, M. Robert a parfaitement rempli le programme qu'il s'était tracé, et son livre ne renferme que l'histoire des eaux des deux départements français du Rhin, des Vosges et de la Forêt Noire. Enfin, nous devons signaler également ici le désir patriotique qu'a eu l'auteur, en faisant mieux connaître à ses confrères la richesse des eaux minérales des deux rives du Rhin, de réhabiliter quelques établissements français dignes de rivaliser avec ceux de nos voisins.

Nous avons, en commençant, fait soupçonner le mérite du travail de M. Robert, envisagé au point de vue artistique et littéraire. C'est qu'il a, en effet, voulu faire la part du touriste et de l'amateur, en décrivant avec sobriété, mais sans trop de concision, les sites les plus remarquables des bords si pittoresques du Rhin, et en traçant rapidement quelques légendes des nombreux monuments historiques qu'on y rencontre à chaque pas.

Terminons en remerciant M. Robert des heures agréables qu'il nous a fait passer à parcourir son livre, et du service qu'il a rendu en rassemblant à grand'peine tant de documents importants, disséminés et perdus dans d'indigestes ou trop rares monographies, et souhaitons-

(1) Un vol. in-18, avec six gravures. — Paris, chez Hachette.

cédents de ce malade avant de faire connaître l'état dans lequel il s'est présenté lors de son admission à la Maison de santé.

Il s'agit d'un homme d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, qui, à l'âge de cinq ans, fut affecté d'une hernie inguinale gauche, laquelle disparut vers l'âge de dix ans, sous l'influence de l'application d'un bandage porté pendant cette période de cinq années. Cet homme a eu depuis plusieurs blennorrhagies, dont la première remonte à douze années. Il y a trois ans, il eut un chancre qui dura un mois. Enfin, il y a deux ans, il s'aperçut, à la suite d'un effort, de la production d'une petite tumeur dans la région inguinale, tumeur du volume d'une amande, d'une consistance mollasse, et semblable, d'après le dire du malade, à une hernie.

Cette tumeur était réductible spontanément dans le décubitus dorsal; un bandage fut appliqué. Au bout de deux mois, la tumeur ne sortait plus; cependant le malade continua à faire usage d'un brayer.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, il fut pris de constipation, qu'il combattit par des lavements salés. Trois jours après, il s'aperçut qu'une tumeur d'une consistance ferme se développait dans l'aine gauche. Pendant trois jours elle resta indolente. Les efforts qu'il fit pour la réduire furent inutiles. A partir de ce moment, elle devint douloureuse. Il alla consulter M. Ricord, qui, au dire du malade, considéra la tumeur comme une hernie, et fit des efforts inutiles pour la réduire. Cette tentative fut très-douloureuse.

Le malade fut alors adressé par M. Ricord à M. Demarquay, et il entra à la Maison de santé.

Voici quel était en ce moment son état:

Il paraît souffrir, cependant ses traits sont peu altérés, et il a pu, le matin même, aller à pied chez M. Ricord.

Dans l'aine gauche existe une tumeur ovoïde du volume d'un petit œuf de poule, ayant son grand diamètre dirigé de haut en bas et de dehors en dedans. L'extrémité inférieure de cette tumeur se dirige du côté des bourses, et ressemble, par sa forme, à la petite extrémité d'un œuf de poule; son extrémité supérieure se dirige vers l'anneau externe du canal inguinal. Sa consistance est dure, et rappelle celle de l'épididyme engorgé. Elle est très-douloureuse spontanément; la pression exaspère cette douleur. Inappétence; pas de nausées, ni vomissement; constipation depuis trois jours. Le pouls est un peu plus fréquent que dans l'état normal, mais sans caractère particulier. La respiration n'est pas gênée. La peau a sa température ordinaire.

Le taxis est tenté en vain; un bain d'une heure n'amène aucun changement dans la position du malade. M. Demarquay se décide alors à faire une opération, à laquelle il procède de la manière suivante:

Une incision longue de 7 à 8 centimètres est faite à la peau, dans le sens longitudinal, sur la face antérieure de la tumeur.

Après avoir incisé le tissu cellulaire sous-cutané, en se servant du bistouri et de la sonde cannelée, il arrive sur une tumeur ovoïde, résistante, de couleur blanchâtre.

Cette tumeur présente un pédicule en haut, qui pénètre dans la cavité abdominale par l'anneau inguinal manifestement élargi. Le pédicule paraît être formé par les éléments du cordon spermatique. En bas, elle se termine par une extrémité arrondie. Le tissu cellulaire s'est condensé autour de la tumeur, et lui forme une enveloppe celluleuse qui la recouvre immédiatement sans l'interposition de liquide.

Cette couche est divisée au moyen du bistouri et de la sonde cannelée. On arrive alors directement sur la tumeur, qui est lisse, d'une consistance semblable à celle du testicule, du volume d'un gros œuf de poule.

Le cordon spermatique ou plutôt ses éléments sont situés à la partie postérieure et interne de la tumeur.

Une incision est faite sur sa partie antérieure suivant son grand diamètre longitudinal. Cette incision est faite avec lenteur et ménagement, de manière à diviser les parois de la tumeur en plusieurs temps. On arrive alors dans son intérieur. On y trouve un liquide séreux légèrement rougeâtre, dont la quantité peut être évaluée à une ou deux petites cuillerées à café.

M. Demarquay enlève alors la paroi antérieure de la tumeur, et il reconnaît qu'elle est formée par une tunique fibro-celluleuse résistante, d'une consistance ferme, d'une épaisseur de 4 à 5 millimètres environ, tapissée à son intérieur par une seconde tunique jaunâtre très-mince, peu consistante, se laissant entamer facilement par l'ongle, un peu grenue à sa face interne, et légèrement adhérente par sa face externe à la tunique précédente. Elle paraît évidemment formée par un dépôt de lymphe plastique.

M. Demarquay, jugeant inutile d'enlever une plus grande partie de la tumeur, termine l'opération en liant quelques petits vaisseaux, et se borne à recouvrir la plaie de compresses trempées dans l'eau froide, que l'on renouvelle toutes les dix minutes.

Cette opération avait été pratiquée le 6 juillet.

Le lendemain 7, le malade est dans un état satisfaisant; les douleurs dont la tumeur était le siége ont disparu. Son état général est meilleur; il n'a pas de fièvre. — Application de compresses trempées dans l'eau froide sur la tumeur; deux bouillons, deux potages.

Pendant les six premiers jours qui suivent l'opération, le malade se trouve dans un état très-satisfaisant. La plaie, sur laquelle on applique des cataplasmes, se couvre de bourgeons charnus et paraît devoir bientôt se cicatriser.

Le 13 juillet, il est pris, sans cause connue, de rétention d'urine qui oblige à lui pratiquer le cathétérisme pendant trois jours de suite.

Cette petite opération détermine une épididymite assez intense.

Le 20 juillet, gonflement et rougeur des bourses, portant principalement sur le côté gauche; bientôt se manifestent de la fluctuation et tous les signes d'un abcès qui paraît avoir son siége au-dessous du dartos, car le pus ne se répand pas du côté droit.

Une incision pratiquée sur la tumeur laisse écouler une quantité assez considérable de pus.

Le 22, un autre abcès s'est formé à la partie externe des bourses à gauche: une nouvelle incision est pratiquée. Des cataplasmes sont appliqués sur les bourses.

La marche de la cicatrisation paraît un peu entravée par ces accidents; la plaie est moins rouge; le travail de réparation semble un peu languir. Sauf un peu de fièvre le soir, un peu d'agitation et une diminution de l'appétit, l'état général n'est pas mauvais.

Du reste, ces accidents locaux n'eurent pas de suite; la suppuration fournie par les abcès se tarit bientôt; l'épididymite entra en voie de résolution.

Le travail de cicatrisation reprit sa marche ordinaire, et le malade put sortir guéri le 8 août.

Cette affection a présenté des difficultés de diagnostic assez grandes, et qui n'ont pu être entièrement dissipées par l'opération.

La circonstance d'une hernie antécédente, la présence d'une tumeur dans l'aine, devenue irréductible seulement depuis le début des accidents et remontant vers l'anneau inguinal, des douleurs très-vives, de la constipation depuis plusieurs jours, tous ces symptômes pouvaient faire croire à l'existence d'une hernie étranglée.

D'un autre côté, la tumeur avait une consistance beaucoup plus grande que celle d'une hernie étranglée, elle n'était accompagnée ni de vomissement ni de hoquet, ni de faiblesse du pouls, ni de cet état général grave qui est propre à un étranglement persistant depuis trois jours. L'hypothèse la plus rationnelle eût peut-être été de penser à l'étranglement d'un vieux sac herniaire.

La circonstance que le malade avait porté une hernie jusqu'à l'âge de dix ans, reproduite depuis deux ans avec ce caractère qu'elle était réductible et maintenue réduite par un bandage, prêtait assez à cette supposition.

Mais l'opération fit reconnaître que la tumeur s'était développée dans les éléments du cordon, qu'elle constituait cette maladie désignée sous le nom d'hydrocèle enkystée du cordon.

M. Demarquay pense que les accidents éprouvés par le malade peuvent très-bien s'expliquer de la manière suivante:

La tumeur s'est développée près du canal inguinal; à son début elle est petite et peut rentrer sous une pression quelconque dans le canal inguinal; le malade se croit atteint d'une hernie, il porte un bandage qui maintient la tumeur réduite pendant plusieurs mois. Sous une influence quelconque, la tumeur sort du canal; inaccoutumée dans cette nouvelle position, elle se trouve irritée, s'enflamme, ne peut plus rentrer, et produit les phénomènes observés.

Plusieurs faits semblables, observés par d'autres chirurgiens, tendent à faire considérer cette hypothèse comme très-admissible.

Du traitement des complications des rétrécissements de l'urètre par les injections caustiques.

Nous avons exposé dans la dernière *Revue clinique* la méthode de traitement instituée par M. le docteur Debeney contre les diverses phases des rétrécissements du canal de l'urètre. On a vu que les injections caustiques constituaient tout à la fois le traitement prophylactique et le traitement curatif des rétrécissements, en les combinant dans ce dernier cas avec la dilatation. Poursuivant aujourd'hui le cours des études cliniques de M. Debeney sur cette importante série d'affections des voies génito-urinaires, qui commencent à la blennorrhagie et se terminent par les rétrécissements organiques de l'urètre avec les diverses complications qu'ils entraînent, nous allons montrer le parti qu'il tire de la même médication plus ou moins modifiée et combinée, suivant les circonstances, avec les moyens dont nous avons déjà parlé dans notre précédent article, dans le traitement de quelques-unes de ces complications les plus communes, telles, par exemple, que le catarrhe vésical, les pertes séminales, l'orchite et l'épididymite.

Toutes ces affections provenant d'une cause commune, la propagation de la phlogose urétrale, en arrière de la coarctation, aux canaux éjaculateurs, aux vésicules séminales, aux canaux déférents, aux testicules et à la muqueuse vésicale, il suffit, suivant M. Debeney, pour en obtenir la guérison, d'étendre à ces parties l'action de la cautérisation superficielle par les caustiques liquides.

L'un des cas les plus complexes et partant des plus probants en faveur de sa méthode que rapporte M. Debeney est celui d'un jeune homme affecté depuis cinq ans d'une blennorrhagie compliquée de catarrhe vésical, de pertes séminales et d'un double rétrécissement. La blennorrhagie était le point de départ manifeste de tous les accidents; par suite du travail morbide prolongé dont la muqueuse urétrale phlogosée avait été le siége, deux points d'induration avaient produit deux rétrécissements; la phlogose s'était propagée, d'une part, à la vessie, d'où le catarrhe vésical caractérisé par des envies fréquentes d'uriner, l'altération des urines et des tiraillements douloureux sur le trajet des uretères; d'autre part, aux canaux éjaculateurs et peut-être aussi aux vésicules séminales, d'où des pertes séminales involontaires avec tout leur cortége pathologique habituel.

---

lui, nous prédisons à coup sûr, un succès assez complet et assez rapide pour lui permettre d'ajouter dans une seconde édition l'histoire des eaux minérales du Wurtemberg et du duché de Nassau, qu'une timidité exagérée ne lui a pas permis d'aborder aujourd'hui.

Dr A. Foucart.

Des bains de mer, de leur action physiologique et thérapeutique, de leurs applications et de leurs divers modes d'administration; avec un aperçu sur l'air et les climats marins; par M. le docteur A. Roccas, médecin à Trouville-sur-Mer (1), etc.

Les bains de mer sont toujours en vogue; malheureusement on en use et on en abuse, tout comme on use et abuse des médicaments, les uns par ignorance, les autres par imprudence; ceux-ci sur la foi d'un éloge pompeux de telles eaux, ceux-là sans un choix approprié de telle ou telle manière de les prendre, etc. Faire connaître les qualités générales et spéciales des bains qui sont prescrits et à prescrire, mettre à même de bien apprécier leur influence physiologique et curative, tel est le but de M. le docteur A. Roccas, qui apporte aujourd'hui le contingent de son observation des baigneurs de Trouville pendant six années.

Après avoir indiqué, dans le chapitre Ier, les propriétés physiques et chimiques de l'eau de mer, M. Roccas entreprend l'étude des effets physiologiques et thérapeutiques de son emploi sous forme de bains. Il distingue les premiers en effets *primitifs* (au moment du bain et phénomènes de réaction), et en effets *consécutifs* (après le bain): tous les effets sont considérés d'abord dans leur ordre d'évolution progressive, puis appréciés par appareil.

La connaissance de ces phénomènes généraux ou locaux importe beaucoup pour préjuger et apprécier l'influence curative qu'on pourra obtenir de l'hydrologie maritime. Le médecin de Trouville passe à l'examen des modifications qui se développent dans l'organisme par l'usage des bains de mer plus ou moins longtemps après la saison, et cette intéressante question l'amène tout naturellement à s'occuper des éléments et du mode d'action de ces bains dont la résultante paraît offrir une similitude parfaite avec celle des effets de l'hydrothérapie ordinaire. Les bains de mer chauds ont également une énergie que M. Roccas n'oublie pas d'apprécier au double point de vue physiologique et pathologique.

Le chapitre troisième est sans contredit le plus intéressant et celui dans lequel notre confrère a déployé toutes les ressources d'une expérience consommée. Il s'agit des indications et des contre-indications des bains froids et chauds, tirées soit de l'hygiène (âge, menstruation, tempérament, constitution, convalescence), soit de la thérapeutique (scrofules, rhumatismes, rachitisme, troubles menstruels, altérations du sang, maladies cérébro-spinales, nerveuses, mentales, palpitations, névralgies, affections des voies respiratoires, digestives, de l'appareil génito-urinaire, de la peau, maladies chirurgicales, etc.). Cette énumération succincte suffit pour donner une idée du soin que l'auteur a apporté dans l'examen minutieux de tous les cas dans lesquels les bains maritimes à diverses températures sont applicables ou non.

Restait à tracer les conditions qui permettent de tirer de l'hydrothérapie maritime tous les avantages possibles; tel est l'objet des deux chapitres suivants, qui traitent de l'usage des bains à l'extérieur (affusions, douches, lotions) et à l'intérieur (boissons, lavements, injections, etc.), considérés également selon les époques de la vie, de l'année, de la journée, les heures où ils doivent être pris, selon la durée d'un bain, d'une saison de bains et des intervalles de plusieurs séries, et aussi selon les circonstances qui en réclament parfois la suspension temporaire ou définitive.

Les chapitres sixième et septième passent en revue les conditions diverses dont il faut tenir compte quand on choisit un séjour de bains, telles que localité, latitude, exposition topographique, direction des vents, état de la plage, situation physiologique du baigneur, nature de la maladie, etc.; soins hygiéniques pendant et après la cure, moyens thérapeutiques propres à venir en aide aux bains de mer, et à faire cesser les accidents survenus par leur usage abusif et l'inobservance des précautions sanitaires.

Mais l'influence de la pratique de la mer est complexe: son agent actif n'est pas seulement le bain, il faut aussi accorder une bonne efficacité à l'air maritime. M. le docteur Roccas consacre donc son huitième chapitre à l'étude des climats marins, des effets physiologiques et thérapeutiques de l'air des plages, de ses indications et contre-indications; puis de la saison, des heures et des localités où il convient de fréquenter les bords de la mer.

Tel est le canevas sur lequel le médecin de Trouville a exécuté un excellent ouvrage, que consulteront non-seulement les médecins, mais aussi les baigneurs. Les matières sont exposées avec une clarté et une netteté d'expressions qui mettent ce travail à la portée de tous. Ce qui rehausse surtout le mérite de l'œuvre, c'est que chaque page porte les traces d'une juste appréciation et d'une profonde observation de bien des questions importantes, encore aujourd'hui en litige, malgré les nombreux et consciencieux travaux de Lefrançois, Gaudet, Lecœur, Ed. Auber, Saurel, etc.

Dr E. L. Bertherand.

(1) Paris, 1857, 1 vol. grand-18 de 284 pages; chez V. Masson.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

La Médecine dans ses rapports avec la religion, par M. le docteur Vitteaut. Un vol. in-8°. Prix, 6 fr. — Paris, chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

La première indication était de rouvrir la voie close de l'urètre, afin de pouvoir introduire ensuite les agents médicamenteux nécessaires pour modifier l'état des organes profonds; cette première indication remplie par la dilatation progressive avec les bougies coniques, l'injection caustique fut pratiquée de la manière suivante : Ayant poussé dans le canal de l'urètre environ le contenu de la moitié d'une petite seringue de verre (l'injection était composée dans la proportion de 4 grammes d'azotate d'argent pour 30 grammes d'eau), l'opérateur ferma le canal en pressant l'extrémité du gland entre le pouce et l'index de la main gauche; puis remontant, par une pression graduée, vers la racine de la verge avec les deux premiers doigts de la main droite, il poussa le liquide si haut et si bien que pas une goutte ne ressortit lorsqu'il rouvrit l'urètre en cessant la compression.

L'effet de cette première injection fut la diminution de l'écoulement que l'emploi des bougies dilatantes avait accru, et une modification sensible dans l'état des urines.

Après quelques jours de repos, la dilatation fut reprise, puis suspendue de nouveau pour pratiquer une seconde injection plus copieuse que la première (une petite seringue environ), et dont les résultats, encore plus sensibles que les premiers, furent la disparition complète du catarrhe vésical et des pertes séminales. Resta ensuite à opérer la guérison complète des rétrécissements par la dilatation.

L'épididymite et l'orchite, suivant M. Debeney, soit qu'elles aient précédé, produites par la propagation de l'urétrite qui a causé le rétrécissement, soit qu'elles aient suivi et qu'elles doivent être rapportées au rétrécissement lui-même ou à la dilatation mise en œuvre pour son traitement, ne cèdent pas moins heureusement à l'usage des injections caustiques. Ici, il faut en convenir, le mode d'action des injections est beaucoup moins facile à saisir, et l'esprit a quelque peine à se rendre compte d'une manière rationnelle de l'influence d'une injection caustique dans le canal de l'urètre sur la résolution d'une orchite plus ou moins ancienne. Mais le fait constaté peut, à la rigueur, se passer d'explication. L'expérience à ici le pas sur la théorie.

Or, le fait en lui-même n'est pas nouveau, l'expérience était déjà faite, du moins par voie d'analogie. On connaît, en effet, la pratique de Swédiaur qui traitait ce qu'il appelait les *endurcissements* de l'épididymite et du testicule, en ranimant la phlogose urétrale par une nouvelle infection blennorrhagique. Nous préférons de beaucoup assurément la pratique de M. Debeney, pratique qu'il avoue, d'ailleurs, n'être pas sienne, mais être celle de M. le docteur Leriche (de Lyon), de qui il la tient. Bref, une observation très-remarquable en démontre l'efficacité. C'est celle d'un sujet qui, après plusieurs blennorrhagies successives, finit par avoir une blennorrée compliquée primitivement d'orchite et persistant à l'état chronique, avec rétrécissement commençant. Le traitement par la dilatation ayant déterminé de nouveau le gonflement et l'induration du testicule, M. Debeney procéda à la cure simultanée de l'orchite et du rétrécissement par la méthode combinée, c'est-à-dire par les injections caustiques liquides et les dilatations alternatives. La guérison complète s'ensuivit. M. Debeney dit avoir recueilli quelques autres observations où il a vu se dissiper semblablement des orchites anciennes, antérieures au rétrécissement, et des orchites aiguës déterminées par les manœuvres de la dilatation. Un fait non moins digne de remarque, et que nous reproduisons également sous la garantie de notre confrère, c'est qu'il n'a jamais vu ni l'épididymite ni l'orchite survenir dans la blennorrhagie traitée par l'injection caustique. Ce sont là deux faits qui se complètent et se contrôlent réciproquement.

CORRESPONDANCE.

La Ferté-Gaucher, le 13 septembre 1857.

A M. le docteur RAPHAEL (de Provins).

Mon cher confrère et voisin,

J'ai écrit et la *Gazette des Hôpitaux* a inséré dans son numéro du 5 de ce mois un article intitulé : *Réflexions sur les maladies charbonneuses;* il est vrai qu'il se trouvait au rez-de-chaussée de la feuille, et que, pour l'ordinaire, la lisière ne valant pas le drap, cela sera resté inaperçu de vous.

Mon amour-propre d'auteur, car, vous le savez, tout auteur a de l'amour-propre, souvent beaucoup, disons toujours beaucoup trop; mon amour-propre a donc été froissé; quoi! vous répondez à M. Froc (de Sermaises) et à M. Bourgeois (d'Étampes)... et à moi, point...

Je vais vous chagriner et barbouiller ceci de tout mon fiel.

1° Votre diagnostic du charbon est incertain, vous ne donnez pas de signe pathognomonique de l'affection, *et il y en a*. Vous nous présentez des pustules sans pus; ces éléments ne seraient pas reçus ainsi faits à l'hôpital Saint-Louis.

2° Vous agissez, par conséquent, sur une espèce douteuse, et vous voulez nous faire croire au miracle, parce que vous êtes de bonne foi. Vous le savez pourtant bien : pour que des hommes raisonnables croient, il faut *ou la foi* ou bien des épreuves faites en public le jour dans une plaine et au soleil... Vous êtes loin de réunir toutes ces conditions.

3° Je ne suis donc nullement convaincu que les feuilles de noyer appliquées sur la peau guérissent les maladies charbonneuses, malgré le vif désir que j'éprouverais de nous voir enrichis d'un spécifique pour combattre ces dangereuses monstruosités, et le plaisir que j'aurais de vous en être redevable.

Le vague, le doute, voilà ce qui forme l'esprit de vos dernières réflexions sur le diagnostic et le traitement *de la pustule maligne*. Ce n'est pas cela qu'il faut pour nous convertir, c'est du positif; nous voudrions bien vous croire, mais nous désirerions voir; et nous ne voyons rien...

Vous dites à M. Froc: Le charbon de la Beauce n'est peut-être pas semblable à celui de la Brie? Je vous demande pardon, *ils sont les mêmes quand ils sont*, quoique beaucoup moins fréquents ici que là-bas, je puis vous l'affirmer, ayant exercé tour à tour dans les deux pays. En voulez-vous un exemple qui se rapproche de chez vous?

Il y a une quinzaine d'années, on me fit appeler chez un malade de M. Carteron, officier de santé à Choisy, pour voir M. Moussin, de la Haute de Lendon, près Beton Bazoche, arrondissement de Provins. Ce cultivateur avait *une parotide* avec la *dureté de bois*; et l'affaissement général, au lieu de la réaction phlegmoneuse; le médecin ordinaire ne s'y trouvait pas, j'avertis les parents que la chose me paraissait grave. Ne voulant rien entreprendre de décisif en l'absence de M. Carteron, et doutant encore un peu sur la nature de la maladie, justement à cause du pays, je me retirai, recommandant que l'on vînt de suite me chercher si M. Moussin éprouvait des faiblesses, des envies de vomir, etc.

La journée se passa, ainsi que celle du lendemain, sans que l'on fût venu, et je me félicitais déjà en moi-même de ne pas avoir opéré, admirant la différence des maladies selon la diversité des contrées, puisqu'en Beauce j'eusse agi immédiatement.

Mais le troisième jour, un parent de ce cultivateur arriva à cheval, me disant que M. Moussin était *in extremis*; je l'accompagnai. La parotide n'avait pas changé, il n'y avait aucune élevure à la peau, qui conservait sa couleur, et était seulement dure comme du bois en un point grand comme cinq francs d'argent; il n'y avait bien entendu aucune fluctuation; je déclarai à l'assistance que M. Moussin allait mourir; le pouls était insensible, les membres froids, il avait des envies de vomir, etc.; en effet, il succomba en ma présence.

Le médecin, bon praticien du reste, mais peu familiarisé avec ces sortes d'affections, avait toujours cru à un abcès, et ces symptômes généraux si redoutables n'avaient pu lui faire ouvrir les yeux, accoutumé qu'il avait été de considérer les affections charbonneuses *comme des pustules*, et là il n'y avait pas trace de bouton.

Supposez donc un cas semblable (et ils le sont tous, *les vrais*): si vous mettez des feuilles de noyer et que vous vous en alliez, qu'arrivera-t-il si le spécifique n'en est pas un?

Cela est grave, je pense; il y faut regarder.

Il n'est jamais permis de faire légèrement la médecine; mais temporiser en présence du charbon, c'est jouer avec la mort.

Du reste, je suis, quant aux formes de la maladie, de l'avis de M. le docteur Froc.

Ce qui ne m'empêche pas de désirer très-vivement que les feuilles de noyer guérissent le *vrai charbon*, et d'être votre très-affectionné confrère et voisin,

Amédée JOUX.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 septembre 1857. — Présidence de M. BOUVIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Lipomes d'un diagnostic difficile. — M. MOREL-LAVALLÉE présente un malade qui offre deux tumeurs parfaitement symétriques, occupant la même situation dans le creux poplité de chaque côté. On aurait pu prendre ces tumeurs pour des kystes ou des hernies musculaires. Elles apparaissent surtout lorsque les muscles sont tendus.

Une ponction exploratrice a permis de reconnaître qu'elles étaient formées par du tissu adipeux. M. Morel-Lavallée fait remarquer l'analogie des caractères spéciaux de ces tumeurs avec ceux de la tumeur développée sur le trajet du muscle brachial antérieur, chez le malade de M. Verneuil, soumis à l'examen de la Société dans une séance précédente. En rapprochant ces deux cas, M. Morel-Lavallée est plus que jamais disposé à ne pas considérer la tumeur de ce dernier malade comme formée par des fibres musculaires.

M. BOINET, en signalant l'adhérence aux tendons musculaires, adhérence assez inaccoutumée, des tumeurs lipomateuses du malade de M. Morel, pense que cette circonstance devait induire en erreur et les faire considérer comme de nature kystique.

Réunion congéniale du médius et de l'annulaire. — Opération. — M. DEGUISE fils soumet de nouveau à l'examen de la Société la jeune fille présentée dans une séance précédente, et qui offrait une réunion congéniale du médius et de l'annulaire.

Cette malade a été opérée suivant le procédé de M. Didot (de Liége). La guérison, en bonne voie, n'est pas encore complète. Le procédé de M. Didot, très-séduisant lorsqu'on se contente de l'étudier théoriquement, offre pratiquement les plus grandes difficultés.

Dans ce cas particulier, en raison de l'adhérence très-intime des doigts, ces difficultés ont été encore plus grandes. Je dois d'abord, dit M. Deguise, signaler la très-abondante hémorrhagie produite par la dissection des lambeaux, et ensuite, malgré toute l'attention mise dans cette dissection, l'insuffisance de ces lambeaux. Pour recouvrir les surfaces saignantes, il m'a fallu exercer une traction vigoureuse avec les sutures. Voilà pour ce qui concerne l'opération; quant aux suites, elles ont aussi présenté une série de complications dont nous n'avons pas encore le dernier mot.

J'ai eu d'abord à combattre une pourriture d'hôpital qui a fait tomber une bonne partie des lambeaux : malgré cet accident, la cicatrice a pu s'effectuer jusqu'à l'extrémité des doigts. Je dois signaler ici une particularité : sur le moule en plâtre reproduisant exactement la difformité avant l'opération, on peut voir que le médius n'offrait pas plus de longueur que l'annulaire; la réunion des deux phalangettes paraissait si intime que plusieurs de nos collègues croyaient à la possibilité de l'arrêt de développement de cette partie du squelette. Aussitôt après l'opération, le doigt médius a repris sa forme normale, et son prétendu raccourcissement n'était que le résultat de l'adhérence qui le retenait accolé à l'annulaire.

Nous poursuivons après cette remarque la série des inconvénients inhérents au procédé de M. Didot. Les cicatrices deviennent actives, et de la rétraction qu'elles subissent il résulte que sur la face palmaire comme sur la face dorsale du doigt, il se forme deux résistances nuisant aux mouvements de flexion et d'extension. Ainsi le doigt annulaire tend à se fléchir, tandis que le médius est maintenu en extension.

Cette particularité était plus appréciable il y a deux ou trois mois.

La séparation des doigts, fort complète primitivement, devient chaque jour moins radicale. La commissure interdigitale tend tous les jours à progresser vers l'extrémité des doigts, et actuellement la connexion existe de nouveau dans toute l'étendue de la première phalange.

Mon intention est de lutter par une nouvelle opération contre cette récidive; je me propose de tailler un lambeau palmaire, que je logerai dans l'espace interdigital profondément ouvert.

M. Deguise fait hommage à la Société du plâtre reproduisant la difformité avant l'opération; il y joindra ultérieurement le moule de la main après guérison, pour rendre l'observation complète.

M. GUERSANT, dans trois cas, a pratiqué la même opération, et jamais il n'a eu de succès complet; la commissure tendait toujours à rétablir l'adhérence interdigitale. Dans un cas, il a ajouté à son opération le procédé que M. Deguise se propose d'employer, mais sans succès; le lambeau palmaire est tombé en gangrène.

M. GIRALDÈS a suivi avec un vif intérêt l'observation communiquée par M. Deguise; elle permet de juger le procédé de M. Didot, et elle démontre que les reproches qu'il lui adressait n'étaient pas exagérés, comme M. Deguise paraissait le croire.

M. DEGUISE. Le procédé est, comme je l'ai déjà dit, très-séduisant, mais je reconnais volontiers qu'il offre des difficultés. Dans le fait spécial qui m'occupe, ces difficultés étaient encore accrues par l'intimité de l'adhérence interdigitale. Néanmoins, tel qu'il est, je lui donne la préférence sur les autres. Ce qu'on peut lui objecter de plus sérieux, c'est l'insuffisance des lambeaux.

Du reste, malgré ce que la guérison offre d'incomplet, je dois signaler les avantages dès maintenant acquis par la jeune malade dans les fonctions de la main.

— Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. MOREL-LAVALLÉE, à propos du malade présenté par M. Chassaignac comme un exemple d'anorchidie complète, pense que l'on aurait peut-être pris pour le canal déférent la tunique vaginale plissée sur elle-même.

Reprise de la discussion sur l'observation de rupture du canal de l'urètre communiquée par M. Demarquay: — M. RICHET. Avant de prendre la parole sur le fait communiqué par M. Demarquay, j'ai voulu consulter mes notes pour rechercher si je n'avais pas quelque observation analogue. J'ai retrouvé, en effet, un fait qui mérite, je pense, d'être rapproché de celui de notre collègue.

Il y a six ans, dans un cas de rupture de l'urètre, n'ayant pu parvenir à faire pénétrer la sonde dans le bout postérieur, je me décidai à diviser le périnée par une incision médiane sur le raphé, comme je l'avais déjà vu pratiquer par Lisfranc, et cette opération très-simple me permit de retrouver avec facilité le canal; de cette façon j'évitais une dissection qui ne laisse pas de présenter des dangers.

M. DEMARQUAY a entendu cette communication avec intérêt; mais dans le cas qui lui est spécial, il n'aurait pu obtenir un résultat sans inciser le sphincter et la paroi antérieure de l'intestin.

M. RICHET ajoute que Lisfranc n'hésitait pas à inciser le sphincter.

M. VERNEUIL. Le procédé suivi par M. Demarquay peut offrir une ressource utile dans certains cas, et à ce titre il mérite d'être accueilli. Mais dans le fait communiqué par notre collègue, pouvait-on se dispenser d'y recourir?

Pour mon compte, ajoute M. Verneuil, j'aurais donné la préférence au procédé suivi par M. Richet, procédé bien connu et décrit dans les plus anciens traités de chirurgie. A l'aide de cette incision médiane, on peut avec toute chance de succès rechercher l'urètre en se servant d'une sonde cannelée.

M. RICHET pense que M. Verneuil se trompe en admettant comme facile la recherche du canal dans la plaie. Il se perd au milieu des fistules, et ce temps de l'opération présente les plus grandes difficultés.

M. DEMARQUAY, comme M. Richet, insiste sur les difficultés le plus souvent insurmontables que l'on éprouve lorsqu'on recherche l'urètre au milieu des fistules. On ne peut s'en faire une idée que lorsqu'on s'est trouvé en présence de faits de ce genre. Ainsi, dit M. Demarquay, chez mon malade, le périnée, lorsque je l'ai examiné pour la première fois, offrait une saillie considérable. Les ouvertures qu'il présentait étaient d'abord assez larges pour permettre l'introduction facile du doigt dans le clapier, et malgré cette facilité donnée à l'exploration, il m'a toujours été impossible de retrouver l'urètre; puis toutes les ouvertures se sont successivement et assez rapidement rétrécies. Je me trouvais dans le plus grand embarras. C'est alors que je me décidai à recourir au procédé que j'ai décrit, procédé que j'avais précédemment étudié sur le cadavre en cherchant le meilleur mode d'opération pour l'extraction de pierres volumineuses. J'avais vu alors avec quelle facilité, à l'aide de l'incision curviligne *anté-anale*, je pouvais abaisser le rectum, et procéder avec presque certitude de succès à la recherche du bout postérieur de l'urètre.

M. VERNEUIL persiste à penser que l'incision médiane eût suffi, et, en tout cas, la précipitation mise par l'opérateur pour appliquer son procédé ne lui paraît pas rationnelle. En rapprochant ce fait de nombreux faits analogues, on voit le plus souvent la guérison se produire spontanément après une expectation de plusieurs mois; et la saine pratique doit tendre à éviter des opérations dont les suites peuvent être des plus graves.

M. DEMARQUAY. Je ne puis admettre sans réponse la critique de M. Verneuil. J'ai agi sur mon malade, dont la position était déplorable, comme j'aurais voulu qu'on agît sur moi.

J'ai vu dans le service de M. Lenoir un charbonnier dans des conditions analogues. L'urine sortait uniquement par le périnée. Pour obvier à une si déplorable infirmité, M. Lenoir pratiqua l'urétrotomie; mais il ne put jamais retrouver le bout postérieur de l'urètre, et le malade succomba. Notre savant confrère avait donc reconnu comme moi la nécessité d'agir. Le résultat, comme vous le voyez, n'a pas été satisfaisant.

M. MOREL-LAVALLÉE a vu le malade auquel M. Demarquay fait

allusion ; la mort n'a pas eu lieu dans les conditions signalées par M. Demarquay, mais bien à la suite de la ponction de la vessie.

M. VERNEUIL insiste de nouveau sur l'importance de l'expectation, pendant laquelle la nature fait à elle seule quelquefois tous les frais de la guérison, et il persiste à blâmer une intervention chirurgicale survenant six semaines seulement après l'accident.

M. DEMARQUAY ne s'est décidé à agir comme il l'a fait qu'après avoir recherché, soit dans les livres, soit en consultant plusieurs de ses collègues, s'il trouverait une ressource pour sortir d'un cas auss grave. C'est alors qu'il a eu recours à son procédé, qu'il n'hésiterait pas à mettre en usage dans un cas analogue.

M. RICHARD, retenu auprès de son frère très-gravement malade, écrit pour se faire remplacer au bureau, et demande un congé.

— **M. VERNEUIL** dépose sur le bureau les thèses suivantes :

Besson : *Des fractures du maxillaire inférieur.*

Quesney : *De la conicité du moignon après les mutilations traumatiques du pied.*

Damian Torino : *Des causes de la permanence des luxations latérales externes de la rotule et de leur irréductibilité consécutive.*

M. VERNEUIL communique l'observation suivante :

Amputation de Chopart pratiquée par Blandin en 1844. — Résultat très-satisfaisant. — Légère élévation du calcanéum.

J'ai déjà à plusieurs reprises montré à la Société des malades qui, ayant subi autrefois l'amputation de Chopart, n'en avaient retiré que de faibles avantages quand ils n'avaient pas dû se soumettre à une nouvelle opération. La vérité me fait un devoir de rapporter un fait tout contraire, c'est-à-dire éminemment favorable à cette amputation.

Le 13 août 1857, entra à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Jean, n° 17), le nommé Blavoit (Hippolyte). Cet homme, d'une forte constitution, avait été amputé par Blandin en octobre 1844. Il était affecté, dit-il, d'une nécrose survenue à la suite d'une blessure du pied occasionnée par sa chaussure. Cette étiologie est intéressante, parce qu'elle fait rentrer ce cas dans la catégorie des lésions accidentelles sans disposition diathésique fâcheuse, circonstance éminemment favorable, comme on le sait, à la réussite des amputations partielles.

Depuis que l'opération a été pratiquée, la marche a toujours été facile, et on n'a vu survenir aucun des accidents si graves qui surviennent si souvent en pareil cas. A la vérité, le malade, qui exerçait le métier de carrier, a pris une occupation sédentaire et qui entraîne peu de fatigue ; il confectionne des chaussons.

Il est entré à l'hôpital pour un accident très-léger, une large ampoule soulevée au niveau du point où s'exerce la pression de l'épiderme, qui est fort épais ; cela suffit pour rendre la marche très-douloureuse. L'ampoule est ouverte, l'épiderme réséqué, et trois jours après tout est fini.

Voici dans quel état se trouve le moignon treize années environ après l'opération : La cicatrice est étroite, irrégulière, sinueuse, située à 4 ou 5 centimètres du sol. Elle adhère à la tête de l'astragale. Le jambier antérieur en se contractant, forme le tégument, et on constate sans peine qu'il adhère au lambeau plantaire.

Le calcanéum a subi une double déviation : son extrémité postérieure s'est élevée et ne repose plus sur le sol ; aussi la peau du talon est plus mince et plus délicate que sur le pied de l'autre côté.

L'axe antéro-postérieur de cet os fait avec le sol un angle aigu de 20 degrés environ ouvert en arrière ; de plus, le même os paraît avoir subi sur son axe un mouvement de rotation qui a porté la face inférieure en dehors. Le poids du corps repose sur la partie antérieure et externe de la face inférieure du moignon, comme l'atteste l'épaississement considérable de l'épiderme et du tissu cellulo-graisseux qui double la peau. Le ligament dans ce point, et dans une étendue de 5 centimètres, représente exactement les caractères qu'on observe normalement au talon.

L'ascension légère du calcanéum ne pourrait être attribuée au muscle triceps sural, car le tendon d'Achille est plutôt relâché que tendu ; il présente à sa partie inférieure une convexité postérieure très-marquée, que j'ai toujours observée en pareil cas. Cette déviation me paraît s'être produite par le mécanisme invoqué par notre éminent collègue M. Sédillot. On voit, du reste, qu'elle ne met aucun obstacle à la marche, et qu'à elle seule elle ne compromet pas la réussite de l'opération de Chopart.

J'ignore si l'observation de ce malade a déjà été publiée. Je n'ai pas fait de recherches pour m'en assurer ; mais dans tous les cas il était toujours intéressant de constater un résultat aussi durable pour une amputation qui s'accompagne si souvent de suites malheureuses.

Hernie péri-ombilicale à deux anses étranglée et partiellement gangrénée. — M. GOSSELIN a été appelé auprès d'un homme âgé de cinquante ans, présentant une hernie péri-ombilicale volumineuse, offrant les symptômes de l'étranglement, symptômes qui d'abord assez obscurs ne laissaient actuellement aucun doute sur le diagnostic. Le malade, en effet, vomissait des matières stercorales.

Après avoir incisé les téguments, l'opérateur pénétra dans le sac qui ne contenait aucune parcelle d'épiploon, mais seulement deux anses intestinales ; elles étaient fortement serrées par un anneau fibreux qui fut incisé.

J'ai pu alors, dit M. Gosselin, attirer au dehors les anses intestinales et j'ai reconnu qu'elles étaient formées par une seule partie d'intestin, dont le milieu avait été retenu dans la cavité abdominale ; j'avais, en effet, en tirant au dehors une des anses, amené l'autre ; de telle sorte que j'avais extrait une longue portion d'intestin présentant 65 centimètres. En examinant les parois, je reconnus que les quatre points étranglés avaient été perforés par la violence de la contraction. Ainsi il y avait aux deux extrémités de la grande anse déplissée une ulcération perforante et au niveau de la plicature qui divisait cette grande anse en deux parties, je retrouvai également deux autres perforations.

J'étais fort indécis sur le parti à prendre. On peut à la rigueur, lorsqu'il existe une seule perforation peu étendue, inciser l'intestin ; mais ici il ne fallait pas songer à cette réduction. Dès lors que convenait-il de faire ? laisser au dehors la totalité de l'intestin hernié ou réséquer la partie altérée comprise entre les deux perforations extrêmes.

Je me décidai pour cette dernière manière d'agir, craignant de laisser au dehors une grande quantité d'intestin, dont l'inflammation et la gangrène devaient présenter de trop grands dangers. Après avoir réséqué l'intestin, je réunis les deux bouts en pratiquant avec de grandes difficultés l'adossement des séreuses. Je dus, peu de temps après, détruire la suture, car les bouts renversés formaient un bourrelet interne assez volumineux pour gêner le cours des matières, et j'établis un anus contre nature. Le malade ne tarda pas à succomber.

J'ai pensé que cette observation, curieuse à plus d'un titre, vous paraîtrait digne de figurer dans vos bulletins.

M. LABORIE demande si M. Gosselin a eu recours à la suture de Gélis (de Nantes).

M. GOSSELIN s'est servi de la suture à points séparés.

Tumeur fibreuse de l'utérus. — M. HUGUIER soumet à l'examen de la Société une tumeur fibreuse de l'utérus. (Nous donnerons cette observation dans un prochain numéro.)

M. CAZEAUX. J'ai été témoin avec M. Danyau d'un fait qui présente avec celui communiqué par M. Huguier la plus grande analogie. Une modification semblable, survenue dans la tumeur, lui donnait la même apparence fluctuante.

La tumeur occupait le col utérin ; elle était logée dans son tissu. La fluctuation était si apparente que M. Dubois, qui fut appelé d'abord avec moi, n'hésita pas à conseiller une ponction, pensant que l'on avait affaire à un kyste. Je ne partageais pas d'abord absolument cette manière de voir ; je m'y rendis cependant, et à l'aide d'un trocart volumineux, je pénétrai dans l'épaisseur du prétendu kyste ; rien ne sortit par la canule. Le cas était des plus graves et des plus embarrassants. Le volume de la tumeur était en effet si considérable, que l'accouchement était tout à fait impossible. Désireux de faire partager ma responsabilité par un de mes confrères, je fis demander M. Danyau. Comme M. Dubois, et malgré l'insuccès de la ponction, il crut encore à un kyste, que le dard du trocart n'avait pas ouvert. Il pratiqua lui-même une nouvelle ponction sans plus de résultat.

Nous avions donc affaire à une de ces tumeurs fibreuses qui, sous l'influence de l'activité circulatoire produite par la gestation, s'était pour ainsi dire comme érectilisée.

L'autopsie, que malheureusement nous avons pu pratiquer, a confirmé la justesse de cette appréciation.

Ainsi, il reste avéré qu'une tumeur fibreuse, dure et résistante pendant l'état de vacuité de l'utérus, peut si bien participer à la vascularisation de tout l'organe pendant la grossesse, que ses caractères physiques se transforment : elle devient molle, fluctuante, et peut faire croire à la présence d'un kyste.

Quant au pus remarqué sur la pièce de M. Huguier, il s'est formé sans doute consécutivement à l'accouchement.

Il est encore un fait qui me paraît incontestable, et que je veux signaler à l'attention de la Société.

Les tumeurs fibreuses qui subissent un accroissement marqué par le fait de la grossesse, peuvent diminuer ensuite et même disparaître complétement. Une dame à laquelle je donnais des soins fit une fausse couche ; je reconnus sur la partie latérale de l'utérus la présence d'une tumeur fibreuse grosse comme la tête. Avant la grossesse, jamais la malade ne s'en était aperçue. Je pus, à la suite de la fausse couche, sentir la tumeur et apprécier son volume. Mais par des examens successifs, je reconnus qu'elle diminuait sensiblement, et après un certain nombre d'années il m'était devenu impossible d'en retrouver la moindre trace.

Un deuxième fait analogue a été observé dans ma pratique.

M. DANYAU. J'ai parfaitement souvenance du fait de M. Cazeaux ; seulement il me semble que notre confrère, qui a fait l'autopsie, m'a dit qu'il s'agissait d'une véritable hypertrophie du tissu utérin. Je n'ai du reste jamais vu de tumeurs fibreuses présenter ce ramollissement fluctuant dont il est question.

M. Danyau cite un fait de tumeur fibreuse énorme logée dans l'épaisseur du col. Il a pu l'énucléer avec une certaine facilité. La malade a guéri.

Quant à la diminution des tumeurs fibreuses, ajoute M. Danyau, je l'ai constatée, mais pas d'une façon aussi complète que l'indique M. Cazeaux.

Dans un cas, M. Depaul, appelé auprès d'une malade qui offrait une tumeur fibreuse volumineuse du col, a dû arrêter une grossesse commençante en ponctionnant l'œuf. La malade, dont la position était des plus alarmantes, a guéri. J'ai depuis revu la femme qui fait le sujet de cette observation, et la tumeur n'avait subi aucune modification quant à son volume. Je l'envoyai une première saison aux eaux de Kreütznac sans rien obtenir ; une deuxième saison a été plus avantageuse, la tumeur m'a paru diminuer.

M. CAZEAUX. Je reconnais que toutes les tumeurs ne diminuent pas ; mais il est incontestable que quelquefois cette diminution est manifeste, même sans qu'il y ait eu grossesse. Plusieurs observations qui me sont personnelles ne laissent aucun doute dans mon esprit sur la réalité de ce fait. Je dois dire cependant que les tumeurs qui diminuent et peuvent même disparaître, sont surtout celles qui n'ont annoncé leur présence que pendant le cours de la grossesse.

Je terminerai en citant un exemple remarquable de diminution de tumeur sans qu'il y ait eu grossesse.

Une jeune personne de Bayonne me fut adressée pour être traitée d'une tumeur volumineuse du ventre. Cette tumeur remontait à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et donnait toute l'apparence d'une grossesse arrivée à son terme. Un examen attentif, fait avec MM. Velpeau et Bricheteau, nous permit de diagnostiquer une tumeur fibreuse de l'utérus. La malade fut renvoyée dans son pays ; et tout en ne croyant pas à l'efficacité du traitement, nous prescrivîmes une médication fondante. Six mois après je recevais la nouvelle d'une grande amélioration, et finalement la malade, que nous croyions dans une position désespérée, guérit.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Le secrétaire de la Société, E. LABORIE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 25 août, M. Jacquemet a été nommé chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Montpellier.

— Le congrès ophthalmologique de Bruxelles est terminé. La séance générale a eu lieu le 13 septembre, sous la présidence de M. Fallot, qui a prononcé, à cette occasion, un remarquable discours où il a rendu compte des efforts persévérants du comité organisateur, en rendant spécialement hommage au zèle du secrétaire général (M. Warlomont), et où il a rappelé en termes généraux le but de la réunion.

L'assemblée n'a pas accueilli avec moins de sympathie le discours du ministre de l'intérieur, principalement lorsqu'il a mis en regard la réunion pacifique dont la Belgique est aujourd'hui le théâtre, et les sanglantes mêlées que les querelles de l'Europe ont si longtemps attirées sur son territoire.

On nous signale, au milieu de beaucoup de notabilités étrangères à la Belgique, MM. Graefe, Donders, Jaeger, Arlt, von Ammon, Desmarres, Serres (d'Uzès), Sperino, Quadri, Marquez (du Portugal), Kabalt (de Russie), etc.

Nous n'avons pas l'intention d'analyser tous les travaux du congrès ; mais nous sommes en mesure de reproduire les communications et les discussions les plus importantes. (*Gaz. hebdom.*)

— M. le docteur Gustave Richard, fils du célèbre botaniste Achille Richard et petit-fils d'Antoine Dubois, est mort samedi dernier, 12 de ce mois, à l'âge de trente ans. Le public des écoles n'a pas oublié avec quel talent il suppléait son père, il y a quelques années, pendant les derniers temps de la maladie qui l'a ravi à la science. Mais Gustave Richard ambitionnait une autre gloire ; il se sentait entraîné vers ces contrées inconnues que la civilisation conquiert chaque jour au prix de tant de sacrifices. Il s'y était préparé de longue main par des études sérieuses et par un premier voyage dans le nord de l'Afrique ; aussi, quand s'organisa, sous les auspices du vice-roi d'Egypte, l'expédition que M. d'Escayrac de Lauture devait conduire à la découverte des sources du Nil, Gustave Richard fut appelé à en faire partie ; c'était l'accomplissement de son plus cher désir. Il se rendit au Caire ; mais l'expédition n'eut pas lieu, et notre jeune confrère revint en France avec le germe de la maladie qui vient de l'enlever si prématurément à sa famille et à ses amis.

— La ville de Calais vient de perdre un de ses citoyens les plus honorables. M. le docteur Mauricheau Beaupré s'est éteint le 10 de ce mois, à l'âge de soixante-dix-neuf ans. La plus grande partie de la ville assistait à ses funérailles. MM. les docteurs Boulanger, Gravis, Chély et Guérin, du 83e de ligne, tenaient les coins du poêle. M. le docteur Bodard a retracé, dans un discours qui a profondément ému l'auditoire, la vie de cet homme de bien, dont la carrière a été si dignement remplie, et qui laisse de si douloureux souvenirs dans le cœur de ceux qui l'ont connu.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 21 SEPTEMBRE 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

Le *Compte rendu* de la dernière séance de l'Académie des sciences ne contient qu'une seule communication qui ait quelque intérêt pour nos lecteurs ; c'est une note de M. Chauveau sur la théorie des pulsations du cœur. Dans un précédent travail qui lui est commun avec M. Faivre, M. Chauveau s'est attaché à montrer que les principales théories proposées pour expliquer le choc du cœur contre la paroi thoracique, étaient en désaccord avec les faits rigoureusement observés. Dans cette nouvelle note, il prend directement à partie la théorie du recul hydro-dynamique du cœur de M. Hiffelsheim.

Les principales objections de M. Chauveau à la théorie de M. Hiffelsheim consistent à dire : que la pulsation cardiaque, qui, d'après cette théorie, devrait n'avoir lieu que dans le point circonscrit qui correspond à l'extrémité du cône ventriculaire, et suivant une direction déterminée, qui serait chez l'homme de droite à gauche et de haut en bas, — se fait sentir en réalité dans un espace beaucoup plus étendu, et s'exerce directement d'arrière en avant; que la cessation des pulsations du cœur, lorsqu'on empêche la projection du sang dans les troncs artériels par leur ligature, n'est point exacte comme fait, et qu'elle ne prouverait pas d'ailleurs, alors même que cela serait, en faveur de la théorie du recul.

Nous n'essayerons pas ici de défendre contre ces objections la théorie de M. Hiffelsheim, qui saura très-probablement la défendre lui-même et infiniment mieux que nous ne pourrions le faire. Mais si les explications que M. Hiffelsheim a données dans ses deuxième et troisième mémoires sont présentes à notre esprit, il nous semble que ces objections s'y trouvent en partie prévues. Ainsi, nous croyons bien nous rappeler que M. Hiffelsheim dit que le battement a son maximum d'intensité à la pointe, mais qu'il est en réalité déterminé par le soulèvement de la totalité du cœur. Quant à l'effet de la ligature des gros troncs artériels sur les mouvements du cœur, nous craignons que M. Chauveau n'ait confondu ici les mouvements relatifs, c'est-à-dire les contractions qui ne reçoivent en effet de cette ligature qu'une influence indirecte et éloignée avec le mouvement de translation de totalité du cœur qui constitue seul le choc précordial.

Du reste, pour n'affaiblir en rien la portée des objections de M. Chauveau, nous reproduisons textuellement l'extrait de sa note d'après le *Compte rendu*, et nos lecteurs, en les rapprochant du texte des mémoires de M. Hiffelsheim, que nous avons analysés dans le temps, en apprécieront eux-mêmes la valeur. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Des abcès du poumon (1).

OBS. II. — Un homme de cinquante-trois ans, également fort et vigoureusement constitué, se plaignait depuis six mois de fréquents maux de tête, de grandes lassitudes. Huit jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, il s'était trouvé plus fatigué, plus *fourbu*, selon son expression, qu'il ne l'était d'habitude. Il avait été pris de fièvre sans gros frisson ni point de côté.

Il disait n'avoir pas d'oppression, mais la valeur de ce renseignement était nulle; car lors de son arrivée il prétendait encore n'être point oppressé, bien que nous pussions constater une gêne notable de la respiration, qui était courte, fréquente, anxieuse. La fièvre était très-vive.

A la percussion, la poitrine rendait à droite un son normal ; à gauche, en avant, sous la clavicule, le son était exagéré, skodique. En arrière, il était mat de haut en bas. Le murmure vésiculaire normal à droite, en avant comme en arrière, l'était également là où nous constations la sonorité; mais en arrière, il était remplacé par un souffle tubaire des plus intenses, avec bronchophonie. Son summum d'intensité était dans la fosse sous-épineuse. Le soir de son entrée à l'hôpital, on ne trouve dans le crachoir qu'un crachat jaune safrané, spumeux, aéré, non adhérent au vase.

Le lendemain au matin, le vase était au tiers rempli de crachats diffluents, verdâtres; quelques-uns brunâtres, rappelant le brun de la rouille. Je fis faire une saignée de deux palettes, en même temps que je prescrivis 0,50 de kermès en cinq pilules. Le sang présente, le soir, un aspect diffluent; le caillot n'était pas rétracté et était couvert d'une couenne peu épaisse, verdâtre. Le pouls étant dépressible, mou comme le matin, on n'ose pas insister sur les émissions sanguines.

Le surlendemain, le crachoir était rempli au tiers de crachats très-diffluents, aérés, d'une couleur sale tirant sur le jus de pruneaux. Le pouls avait la fréquence et les caractères particuliers de la veille. L'oppression était extrême, et elle augmenta encore dans la soirée. L'expectoration prit la couleur chocolat; le pouls, très-mou, donna 136 pulsations à la minute. Le malade tomba dans l'assoupissement.

Le quatrième jour de son entrée à l'hôpital le malade succombait.

Autopsie. — Vaste foyer purulent commençant seulement à se former. Tandis que dans l'observation première l'abcès pulmonaire était la conséquence d'une péripneumonie circonscrite et partielle, il se trouve dans ce second cas au milieu d'une inflammation générale de tout le poumon gauche. Ce poumon présente la consistance d'un foie ; les deux lobes sont envahis dans toute leur étendue, et ont une coloration grise qui fait sourdre du parenchyme condensé une grande quantité de liquide grisâtre, purulent.

Le parenchyme se déchire à la pression des doigts, et à la partie supérieure et postérieure du lobe inférieur, on voit le foyer dont il vient d'être question. Ce foyer, rempli de putrilage couleur brique pilée, égale la capacité d'un œuf de poule, et n'est séparé de la scissure interlobaire que par une lame très-mince de tissu pulmonaire.

La vomique est une lésion assez rare pour que, dans son remarquable *Traité de la pneumonie*, M. le professeur Grisolle n'en rapporte pas de faits observés par lui, et pour que, dernièrement encore, il m'ait dit n'en avoir jamais vu depuis qu'il est médecin des hôpitaux ; elle est assez rare pour que Laënnec, dont l'opinion doit être d'une grande autorité en pareille matière, affirme que sur *plusieurs centaines* d'ouvertures de péripneumoniques faites dans un espace de plus de vingt ans, il ne lui est pas arrivé plus de *cinq ou six fois* de rencontrer des collections de pus dans un poumon enflammé. Encore, ajoute l'immortel auteur du *Traité de l'auscultation médiate* « elles étaient peu considérables, peu nombreuses » et dispersées çà et là dans les poumons, qui présentaient le troi- » sième degré de l'inflammation..... Une seule fois, il rencontra » un foyer purulent assez considérable. » Indépendamment des observations qui lui étaient particulières, et malgré, dit-il, le zèle avec lequel on cultivait en France l'anatomie pathologique depuis une vingtaine d'années, il ne connaissait que deux autres cas bien constatés d'abcès du poumon. Un de ces faits avait été communiqué, en 1823, à l'Académie de médecine par Honoré; l'autre avait été publié par M. Andral, dans sa *Clinique médicale*, tome II, page 313. A l'appui de ce grand témoignage, nous apporterons celui, non moins important, de M. le professeur Chomel, qui, dans un espace de vingt-cinq années, n'a rencontré que trois fois, dans le parenchyme pulmonaire, des collections de pus qui ne paraissaient pas dues au déchirement que détermine si souvent, dans un poumon frappé d'infiltration purulente, la pression des doigts au moment où l'on arrache cet organe de la cavité qui le renferme. (*Dictionnaire de médecine*, tome XXV, page 151.)

La vomique franchement péri-pneumonique est donc une affection très-rare, rare chez les adultes du moins, et dans les conditions analogues à celles que nous venons d'observer dans nos salles, car chez les enfants, il est assez commun de rencontrer des petits abcès dispersés çà et là dans le parenchyme du poumon, à la suite des pneumonies qui, chez les sujets du bas âge, sont, vous le savez, le plus ordinairement lobulaires.

Vous devrez vous rappeler d'autant mieux ces deux faits dont je vous ai rendus témoins, que vous n'en retrouverez peut-être plus d'exemple d'ici à bien longtemps.

A ces deux observations de vomiques péripneumoniques, je vais en ajouter une troisième que je vous traduirai des *Leçons cliniques* de Graves, et je ne saurais trop recommander — à ceux de vous du moins qui connaissent la langue anglaise — de lire cet admirable livre. La leçon où je prends cette observation a pour titre : *Abcès dans le poumon.*

« Au début du printemps de 1841, le docteur Brereton me pria de venir voir avec lui, à Sandfurd, un jeune garçon de quatorze à quinze ans qui, quinze jours auparavant, avait éprouvé les symptômes d'une pleuro-pneumonie avec douleur vive dans le côté et toux très-violente; il avait expectoré des crachats caractéristiques et d'autres couleur jus de pruneaux. Les symptômes généraux avaient été fort graves, aussi bien que les symptômes locaux inflammatoires; du moins ils n'avaient pas cédé à un traitement très-judicieux et d'ailleurs fort actif. Dix jours environ après ma première visite, les choses allèrent de mal en pis, et à ce moment le pouls battait à peu près 140 fois; la dyspnée était excessive, avec agitation, jactitation, insomnie, une toux incessante la nuit et le jour. Le cas nous parut désespéré, et nous attendions la mort d'heure en heure. La pneumonie occupait la presque totalité du poumon droit, et de ce côté nous avions une grande matité. Notons que dans la première période de la maladie on avait entendu des râles crépitants dans toute l'étendue des poumons. »

Ce fait est capital, car la présence de ces râles ne permet pas de confondre les abcès des poumons avec la vomique pleurale.

« Pendant que les choses étaient dans ce triste état, le malade fut pris dans la nuit d'une difficulté énorme de respirer, avec anxiété et douleur de côté; on le crut sur le point de rendre l'âme. Lorsque tout à coup, après un effort soudain, il rendit une grande quantité de matières purulentes, immédiatement après il fut comparativement mieux. Une lutte semblable se répéta la nuit suivante; elle eut le même résultat.

» Quand je vis le malade le lendemain matin, je le trouvai à quelques égards dans une meilleure condition. Toutefois, il avait encore une grande faiblesse, beaucoup de fièvre et de difficulté pour respirer.

» En examinant le côté droit de la poitrine, toute la partie antérieure, à partir de la clavicule jusqu'en bas, jusqu'au niveau du diaphragme, rendait un son tout différent de celui que j'avait noté auparavant; alors ce son était mat, et à ce moment il était clair. Le côté de la poitrine était évidemment dilaté, et le stéthoscope y découvrait un tintement métallique toutes les fois que le malade toussait ou parlait. Ce phénomène me prouva qu'il existait un abcès très-grand dans le poumon, communiquant, d'une part, avec les bronches, et probablement, d'autre part, avec la cavité pleurale. Je jugeai le cas tout à fait sans ressource.

» A quinze jours de là ou un peu plus tard, survint encore une expectoration purulente qui se renouvela, mais chaque fois en moindre quantité, et chaque fois avec une notable amélioration. Enfin, six semaines après la première expectoration purulente, la convalescence était très-avancée, et aujourd'hui ce jeune garçon est fort et parfaitement bien portant. »

Les deux cas que nous avons observés ensemble, celui que je vous ai lu dans Graves, qui en rapporte d'autres encore, ceux observés par Laënnec, Honoré, par MM. les professeurs Andral et Chomel, établissent d'une façon incontestable l'existence possible de cette vomique péripneumonique franchement inflammatoire.

Mais ce n'est pas tout que de constater cette existence; ce n'est pas tout que de la constater à l'ouverture du corps, il faut tâcher de la reconnaître au lit des malades, de la diagnostiquer sur le vivant. Voyons donc si cette affection a des signes révélateurs.

Les éléments de ce diagnostic, généralement peu nombreux, sont : les symptômes indiqués par Laënnec; le râle muqueux très-fort, à grosses bulles, évidemment caverneux, se faisant entendre dans le lieu de l'abcès lorsque le pus s'accumule et qu'il n'est pas évacué ; une pectoriloquie manifeste remplaçant la bronchophonie; la respiration et la toux devenant caverneuses, de bronchiques qu'elles étaient ; le *souffle dans l'oreille* lorsque l'abcès est voisin de la surface du poumon ; le souffle *voilé* lorsque quelque partie des parois de l'abcès est mince et molle.

Ces signes ont été très-rarement constatés ; ils sont loin d'être aussi faciles à distinguer que le prétend Laënnec, des phénomènes analogues qui ont lieu dans l'hépatisation ; d'autres, la pectoriloquie, le souffle dans l'oreille en particulier, appartiennent aussi bien ou bien plus à la vomique pleurale qu'à la vomique péripneumonique ; on en demeure convaincu lorsqu'on lit ce chapitre *Abcès dans le poumon* dans les *Leçons cliniques de Graves*. Cet auteur rapporte trois ou quatre faits qui lui appartiennent autant qu'ils appartiennent à Stokes, et qui sont des cas d'abcès pleuraux s'ouvrant dans la cavité des bronches. Toutefois, en considérant ce qui s'est passé chez le malade de notre première observation, en considérant qu'ici la vomique a été diagnostiquée, nous devons conclure à l'existence de quelques signes. Nous retrouverons ceux indiqués par Laënnec ; mais il en est encore d'autres plus essentiels.

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 septembre.

Ce sont d'abord ceux d'une pneumonie aiguë, très-aiguë; puis à une période plus avancée, l'individu rejette tout à coup par l'expectoration une grande quantité de matière puriforme mélangée de sang, présentant en raison de ce mélange la coloration chocolat; ou bien avec expectoration diffluente ressemblant à celle de certains cas d'apoplexie pulmonaire, ou liquide contenu dans certains abcès du foie, dans certains abcès formés dans la profondeur du tissu musculaire. C'est un mélange de sang et de pus. En même temps surviennent des phénomènes stéthoscopiques nouveaux, du souffle dans un point limité du poumon, une respiration amphorique, un gargouillement à grosses bulles, et quelquefois aussi il s'y joint un bruit métallique dans la caverne qui s'est formée.

Chez le premier de nos deux malades, ce n'est pas l'expectoration qui nous a conduit seulement au diagnostic. Les crachats, d'abord hémorrhagiques, étaient cependant devenus couleur chocolat, c'est-à-dire mélangés de pus et de sang. C'est au sixième jour de l'entrée à l'hôpital, au dixième de la maladie, alors que se sont manifestés tout à coup les symptômes de l'hydro-pneumothorax, alors aussi que nous avons vu le malade rendre du pus par la bouche en grande quantité, que nous avons diagnostiqué la vomique. Mais il a fallu la réunion de tous ces signes, expectoration particulière, souffle amphorique et bruit métallique pour arriver à la conclusion.

Quant au sujet de la deuxième observation, chez lequel la vomique commençait à se former, chez lequel l'abcès pulmonaire était encore rempli de la matière putrilagineuse que vous avez vue à l'autopsie, nous n'avons rien reconnu autre chose que l'existence de la pneumonie au troisième degré, et vous comprenez qu'il était difficile qu'il en fût autrement, le clapier n'étant pas encore vidé, et ne communiquant ni avec les bronches, ni avec la cavité pleurale.

C'est donc la quantité des crachats, leur quantité augmentant tout à coup, leur nature particulière, leur diffluence succédant à leur viscosité, qui guide dans le diagnostic de la vomique ouverte, soit simplement dans les bronches, soit comme dans le cas de Graves et dans le nôtre, ouverte en même temps dans la cavité pleurale. L'époque à laquelle s'est faite cette communication est peut-être l'élément capital du diagnostic. Pour peu que vous y fassiez attention, il est à peu près impossible qu'une vomique péripneumonique s'ouvre tard. L'abcès qui s'est formé dans le parenchyme tendra, comme tout abcès franchement inflammatoire, à aboutir au dehors, et nécessairement le pus se fera jour par les bronches divisées et détruites qui aboutissent à la cavité même du foyer; si en même temps elle s'ouvre dans le sac pleural, la vomique péripneumonique ne s'en fait pas moins rapidement jour du côté des bronches, et il n'est pas d'exemple dans la science qu'elle se soit ouverte plus tard que le vingtième ou le vingt-cinquième jour. Les abcès qui s'ouvrent le quarantième, le cinquantième, le soixantième jour, sont des abcès de la grande cavité pleurale, ou des abcès formés entre les lobes du poumon.

En effet, dans un assez grand nombre de cas, on rencontre entre les lobes du poumon une collection tantôt séreuse, tantôt séro-purulente, quelquefois purulente, emprisonnée entre ces lobes par des fausses membranes qui forment la scissure interlobaire; ces collections, indépendantes de la cavité pleurale, appartiennent cependant à la plèvre; comme les collections purulentes de celle ci, elles pourront se faire jour dans les bronches en perforant le parenchyme pulmonaire, et le malade présentera alors les accidents de la vomique pleurale. Mais, comme les signes de l'épanchement auront nécessairement manqué, qu'en définitive il n'existait qu'une matité semblant appartenir au poumon, on croira avoir affaire à une vomique péripneumonique.

Toutefois ces prétendus abcès du poumon s'ouvrent très-tard, six semaines, deux mois, trois mois, quelquefois quatre mois après le début de la pleuro-pneumonie. Cette pleuro-pneumonie primordiale est la cause de l'erreur; on en a suivi toutes les phases, et ce que l'on constatait semblait en être la suite, paraissait se rapporter à la lésion du poumon et non à celle de la plèvre. Vous croyez d'autant plus à la vomique pulmonaire que les bruits de gargouillement sont limités dans le poumon et ne s'accompagnent pas des signes ordinaires de l'hydro-pneumo-thorax.

Dans la prochaine conférence, nous achèverons l'histoire si importante des abcès du poumon.

HOPITAL BEAUJON. — M. Huguier.

Tumeur fibreuse de l'utérus suppurée, fluctuante dans toute son étendue. — Ouverture spontanée dans la cavité péritonéale. — Péritonite consécutive. — Mort.

La nommée Chenier (Marie), âgée de quarante et un ans, cuisinière, est entrée à l'hôpital le 31 juillet 1857.

Cette femme rapporte qu'elle a eu dix enfants. Le 22 mai de cette année, elle a fait une fausse couche à deux mois de grossesse. La sage-femme qui la soigna pendant son avortement lui dit, en la délivrant, qu'il lui restait encore quelque chose dans la matrice.

Un médecin fut appelé: il pensa qu'il restait un second enfant, mais que cet enfant était mort.

Quoi qu'il en soit, et bien que les règles aient reparu au bout de six semaines, cette femme continua d'être souffrante.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, elle consulta un autre médecin, qui l'examina, lui dit qu'elle avait une affection de matrice, et l'adressa à M. Huguier, alors suppléé par M. Alph. Guérin.

A l'examen de la malade, on constate dans le bas-ventre une tumeur paraissant dépendre de l'utérus. Au toucher vaginal, on sent manifestement qu'elle est située en avant de l'utérus et fait saillie dans le vagin.

Une sonde introduite dans la vessie est portée directement en arrière et en bas vers le coccyx, et fait supposer que la tumeur est située entre cet organe, qu'elle refoule en arrière, et la paroi abdominale. Elle paraît avoir le volume d'une tête de fœtus.

M. Guérin croit la tumeur fluctuante, et formée par une collection purulente.

En effet, depuis son entrée à l'hôpital, la malade a de la fièvre et accuse des élancements dans la partie malade. M. Guérin pense qu'on ne doit pas ouvrir sur-le-champ cette tumeur, et qu'il vaut mieux attendre son ouverture spontanée. Convaincu qu'il serait obligé de traverser la vessie, il recule devant une ponction par le vagin. — Expectative.

Le 14 août, la malade souffre davantage. Les symptômes généraux sont plus graves. — Application d'un large vésicatoire sur la tumeur.

Le 17, nouvel examen de la malade par M. Guérin et M. Huguier.

Cathétérisme de l'utérus. — L'utérus a sa longueur normale. Il y a seulement une légère rétroversion.

Cathétérisme de la vessie. — Comme la première fois, la sonde est portée en arrière et un peu à droite. La vessie est donc aplatie, portée en arrière par la tumeur, dont elle tapisse la paroi inférieure.

La malade se plaint d'envies fréquentes d'uriner et de difficulté dans la miction.

La fluctuation dans la tumeur est plus manifeste. Comme elle est perçue surtout dans la région hypogastrique gauche, il devient plus évident que son origine est de ce côté; cependant la fluctuation existe à la région sus-pubienne. Depuis quelques jours la tumeur augmente considérablement de volume.

M. Huguier pense avoir affaire à une tumeur sanguine enflammée, avec formation de pus, ou à un kyste suppuré.

Il décide que le lendemain une ponction sera pratiquée un peu au-dessus et à gauche du pubis; mais dans la nuit la malade est prise subitement de dypsnée, de douleurs abdominales violentes, et d'une agitation extrême.

Le 19 août, la sensibilité du ventre est très-vive; le pouls est petit, filiforme, assez rapide; la malade a de l'agitation et de la dypsnée: signes de péritonite commençante. — Sinapismes; cataplasmes laudanisés; potion stimulante.

Pendant la visite la malade se plaint de n'avoir pas uriné depuis la veille. — Cathétérisme.

Dans cette opération, la sonde pénètre directement et n'est plus portée en arrière comme la veille. Ce qui fait supposer que la tumeur s'est vidée. En effet, par le toucher vaginal, on ne sent plus la saillie qu'elle faisait au-dessus du col de l'utérus, et celle qu'elle formait au-dessus du pubis a diminué des deux tiers.

Le soir, les accidents ont augmenté; la malade a vomi; le pouls est filiforme, tellement rapide, qu'on ne peut le compter; les extrémités se refroidissent; la sensibilité abdominale est extrême.

Le 20, les vomissements continuent. De nouveau, M. Huguier constate la diminution de la tumeur, et pense qu'elle s'est ouverte dans le péritoine. Pouls insensible; refroidissement des extrémités. — Application de deux vésicatoires aux cuisses.

Le 21, même état.

Le 22, les vomissements s'arrêtent. Diarrhée abondante. — Diascordium, 2 grammes; sous-nitrate de bismuth, 10 grammes; orangeade; eau de Seltz.

Le 23, la diarrhée continue. La malade s'affaiblit davantage; le ventre est moins sensible; il n'y a plus de vomissements. — Deux vésicatoires aux mollets; orangeade; eau de Seltz.

Le 24, même état.

Le 25, mort dans la matinée.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — La paroi abdominale enlevée, on aperçoit une tumeur du volume d'une tête d'enfant de cinq ans et de forme ovalaire. Elle simule la vessie fortement distendue.

Elle est placée sur la ligne médiane et remplit tout le petit bassin. Elle n'adhère pas à la paroi abdominale; mais l'intestin grêle est fixé à sa partie supérieure par des fausses membranes épaisses et purulentes. Le ventre d'ailleurs est le siége d'une péritonite. Les intestins adhèrent entre eux par des fausses membranes; mais il n'y a qu'un léger épanchement entre les anses intestinales. Lorsqu'on soulève la tumeur, on constate en arrière, dans l'excavation pelvienne, un épanchement purulent, dont l'abondance est évaluée à un verre ou un verre et demi.

A la partie supérieure et postérieure droite de la tumeur existe une perforation arrondie, qui s'est faite par usure et dont les bords sont amincis. Le diamètre de cette perforation égale celui d'une pièce de cinquante centimes. Une matière grisâtre s'échappe au travers. En arrière de cette perforation, on en rencontre une autre du diamètre de 2 millimètres. Le pubis scié et enlevé, on soulève la tumeur avec le rectum, qui n'adhère pas à sa partie postérieure. Alors on voit manifestement qu'elle a pour point de départ l'utérus; mais on n'aperçoit nulle part la vessie. L'insufflation démontre qu'elle est déjetée à gauche et lui fait reprendre sa situation normale.

Un cathéter introduit dans l'utérus montre que sa cavité est libre dans toute son étendue et que l'organe n'a pas augmenté de volume. De chaque côté on voit les deux ovaires parfaitement sains. Alors on dissèque la vessie, qui était adhérente à toute la paroi antérieure du vagin, et on la détache de la tumeur.

On découvre ainsi le vagin et le col de l'utérus. On fend longitudinalement, et de bas en haut, ces deux organes, et on arrive à la tumeur.

La tumeur, fendue elle-même de bas en haut, laisse écouler un pus épais avec une matière grisâtre. Au milieu se trouvent plusieurs masses de nature évidemment fibreuse, de grosseur différente, mais ne dépassant pas le volume d'un œuf. Entre ces masses sont des loges qui contiennent du pus, mais qui communiquent toutes entre elles et conduisent à la perforation spontanée.

Les enveloppes de la tumeur sont formées par une couche corticale de tissu utérin, dépendant de la paroi antérieure de cet organe. Leur épaisseur est de 40 à 50 millimètres à la partie inférieure de la tumeur, tandis qu'à la partie supérieure, elles sont très-minces. Elles se détachent facilement de la tumeur, qu'on peut énucléer, du moins en grande partie.

Les parois propres de la tumeur ont à peu près la même épaisseur; mais nulle part elles ne communiquent avec la cavité de l'utérus; de sorte que la paroi antérieure de cet organe s'est dédoublée pour loger cette tumeur. Un feuillet la recouvre et la sépare du péritoine: un autre passe en arrière et la sépare de la cavité utérine.

MALADIES DES YEUX. — M. Coursserant.

Abcès dans l'iris, hypopion. — Paracentèse de la chambre antérieure; atrophie du globe.

Mme X..., âgée de cinquante et un ans, demeurant rue de Limoges, nº 2, d'une constitution lymphatique assez prononcée, a eu des gourmes dans son enfance. La menstruation, établie avec quelque peine à l'âge de quatorze ans, s'est montrée régulière pendant tout le temps de sa durée; elle a cessé depuis deux ans seulement, sans retentissement appréciable sur la santé de la malade. Malgré l'existence de flueurs blanches et l'apparition d'un ulcère à la matrice, pour lequel un traitement fut institué il y a dix-neuf ans, on ne peut, dans les antécédents morbides, saisir ni engorgements ganglionnaires, ni taches à la peau, etc., qui puissent permettre de constater les traces, les stigmates d'une affection de nature spécifique. Il faut cependant noter une alopécie partielle à la région frontale, et des douleurs dans l'articulation scapulo-humérale, accompagnées, il y a quatorze ans environ, de fourmillements et d'engourdissement dans le membre pelvien droit, le jour et jamais la nuit. Ces derniers accidents n'ont persisté que quelques mois, et, pendant leur manifestation, Mme X... n'a jamais cessé de jouir d'une santé parfaite.

Depuis 1849 la vue baissa de jour en jour, et le 3 janvier 1855 un médecin spécialiste de Paris opéra par extraction l'œil gauche de la cataracte; mais la cornée fut détruite entièrement par la suppuration. J'opérai l'œil droit également par extraction, et au bout de quelques jours la guérison était complète.

Quinze jours environ après l'opération, une petite tumeur à surface tomenteuse chagrinée, égalant en grosseur la moitié d'un gros grain de chènevis, se montra à la partie supérieure de l'iris, un peu plus rapprochée de l'attache ciliaire de ce dernier que de la marge pupillaire. Malgré la netteté de la vision, et en l'absence même de toute douleur locale, de toute décoloration de l'iris, soit partielle, soit générale, l'aspect de la tumeur, la place où elle se montrait et le doute que pouvaient laisser dans l'esprit les antécédents de la malade, firent regarder comme une pratique prudente l'institution d'un traitement général par les préparations d'arsenic, de fer et d'iodure de potassium. Cette médication continuée pendant deux mois étant restée sans résultat sur la tumeur, les choses furent abandonnées à leur cours naturel, avec d'autant plus de raison que la malade n'accusait aucune douleur ni dans l'œil ni dans la tête, et que la vision ne laissait rien à désirer.

Dans les premiers jours du mois de février 1857, Mme X.. se plaignit d'une poussière assez abondante, qui courait à la surface des objets sur lesquels elle portait la vue. Cette poussière se condensa davantage de jour en jour, et offrit bientôt l'apparence d'un brouillard interposé entre l'œil et les objets extérieurs, sans que l'examen ophthalmoscopique pût donner l'explication de ce phénomène, avec lequel ne coïncidait aucune affection pathologique du globe.

Le 9 février, une secousse violente fut ressentie dans la profondeur de l'œil, et depuis ce moment la malade n'a cessé d'apercevoir des phantasmes visuels de forme assez bizarre, qui l'ont considérablement fatiguée.

Le 11, une douleur d'une acuité extrême éclata dans la profondeur de la région temporale, laquelle, ainsi que tout le côté droit de la face, semblait être le siége d'une espèce d'empâtement: l'œil restant étranger à toute cette explosion morbide, n'offrait ni douleur ni élancements; la cornée conservait toute sa transparence, et l'iris toute la pureté de ses nuances; la pupille cependant était manifestement contractée. Il y avait en outre larmoiement, photophobie, et un peu de gonflement œdémateux du bord libre de la paupière supérieure.

Comme aucune altération organique appréciable ne pouvait rendre raison de l'intensité des manifestations morbides, l'idée d'une affection névralgique se présenta la première, comme cause de tous les accidents observés. De là l'emploi de la belladone, des opiacés, de la ciguë, de la thérébentine, de l'arsenic, du chloroforme, du camphre, du sulfate de quinine, etc., administrés seuls ou associés.

Le 23, à la suite d'une nuit passée dans des souffrances atroces, l'œil étant moins photophobe, on constata au centre de la cornée une assez large plaque d'un blanc jaunâtre un peu sale, simulant un abcès interlamellaire, et se prolongeant par une petite traînée de la nuance mentionnée ci-dessus, jusqu'au fond de la chambre antérieure, sans que pourtant il fût encore possible d'apercevoir en ce dernier point rien qui pût mettre sur la trace d'un hypopion commençant. Comme on crut avoir affaire à une kératite, à un épanchement interlamellaire, la malade dut passer par toutes les exigences d'un traitement anti-phlogistique souvent énergique; la saignée du bras, les sangsues, les ventouses, les scarifications nasales, les révulsifs cutanés, les purgatifs, les calmants, le calomel *intus et extrà*, furent employés tour à tour et dans des limites en rapport avec l'intensité des douleurs et l'abondance du pus, lequel ne tarda pas à se montrer à la partie inférieure de la chambre antérieure; et chose remarquable, quoique le pus s'amassât en ce point, la cornée présentait toujours à sa face postérieure et au-dessus du niveau horizontal de l'hypopion, l'opacité qui avait été prise pour un dépôt purulent déposé entre les lamelles de cette membrane.

Comme l'ensemble des phénomènes morbides paraissait modifié peu avantageusement par les moyens déjà employés; comme, en outre, une salivation mercurielle d'une durée de dix jours, tout en calmant un peu les douleurs, n'avait pu tarir la source du pus, M. Coursserant, un jour que l'œil était moins douloureusement impressionné par la lumière, maintint cet organe une demi-heure environ sous son observation, et voici ce qu'il nota: la matière composant le prétendu épan-

chement interlamellaire descendit peu à peu à la face postérieure de la cornée et alla se perdre à la surface de l'hypopion, de telle sorte que la cornée étant devenue presque d'une transparence normale, il fut facile d'explorer et l'iris et la pupille.

Celle-ci, dans un état de contraction permanente, offrait un contour régulier sans dépôt de matière purulente ou fibro-albumineuse. La demi-circonférence supérieure du grand cercle de l'iris se dessinait sous un tomentum paraissant assez élevé au-dessus de la trame organique, et d'une teinte fauve sale. La petite tumeur déjà signalée, encadrée au milieu du tomentum, était chagrinée à sa surface, laquelle offrait quelques points grisâtres, sans qu'il fût possible de déterminer d'une manière certaine si son fond donnait naissance au pus qui depuis si longtemps s'épanchait dans la chambre antérieure. Or, comme la sécrétion de ce pus, pas plus que les douleurs de la région temporale, n'avaient pu être arrêtées par les divers moyens mis en usage jusqu'à ce jour; et comme d'un autre côté la médication essentiellement spoliative et débilitante adoptée dans la deuxième période de la maladie avait amené une prostration extrême des forces que traduisait assez au dehors la teinte anémique de la peau et des muqueuses, il parut opportun de s'adresser aux préparations de fer, de quinquina et à l'iodure de potassium. Sous l'influence de ces moyens, les forces revinrent et le teint parut s'animer. Néanmoins les douleurs, quoiqu'elles eussent un peu perdu de leur acuité, de leur fréquence et de leur durée dans les accès, apparaissaient à des intervalles assez rapprochés, l'hypopion s'élevait presque au niveau de la marge du bord pupillaire inférieur, et la vue baissait considérablement de jour en jour. Peu à peu le tomentum de l'iris fut remplacé par une teinte grisâtre sale, entièrement semblable à celle qui tapissait le fond de la tumeur, rendu plus visible par l'érosion de sa paroi antérieure.

Il devenait évident que cette teinte grisâtre reposant sur une surface excavée, limitée par des bords érodés, irréguliers, dénotait un abcès formé dans le tissu même de l'iris, à moins que le pus, tout en reconnaissant en partie cette source, ne fût en même temps fourni par un point placé derrière l'iris, à travers la trame désorganisée duquel il aurait filtré pour arriver dans la chambre antérieure.

L'affection en était arrivée là, lorsque le 17 mai les douleurs de la tempe devinrent atroces; la vue disparut entièrement. La chambre antérieure était remplie de pus. La nécessité de donner issue au pus devenait urgente; la paracentèse de l'œil fut pratiquée le 18 au soir. Le pus était tellement concret, qu'il n'en sortit que quelques gouttes, malgré le soin qu'on prit à plusieurs reprises de soulever le lambeau de la cornée pour faciliter la sortie de la matière purulente et celle du sang. En effet, à peine le couteau lancéolaire eut il pénétré dans la chambre antérieure, que le sang commença suinter en abondance à la surface de l'iris, surtout dans les points où la trame de ce voile avait été plus ou moins atteinte par le travail de la suppuration. La malade ressentit dans l'œil et dans la tête une douleur horrible au moment où la ponction fut faite. Cette douleur, quoique considérablement diminuée en intensité, persista toute la nuit. Le lendemain elle revint moins vive encore, pour s'éteindre presque entièrement le troisième jour après l'opération. Le pus qui s'était organisé dans la chambre antérieure sous la forme de bandelettes, s'est résorbé avec assez de rapidité pour ne plus reparaître; mais la pupille est restée entièrement oblitérée. De plus, un sillon assez marqué se montrant depuis trois semaines environ sur le globe, dans la direction des muscles droit supérieur, droit inférieur, droit interne, il est évident que l'œil est le siége d'un travail atrophique qui va amener la perte à jamais complète du peu de perception visuelle qui reste à la malade, et que si quelques vestiges de vision peuvent être donnés par l'établissement d'une pupille artificielle, cette faible consolation ne tardera pas à disparaître sous l'influence fatale des perturbations de nutrition dont l'œil droit est le siége en ce moment.

ÉTAT NERVEUX, DE CAUSE PUERPÉRALE. — MORT.

Par M. le docteur L. Hamon (de Fresnay.)

Les troubles nerveux qui se produisent durant le cours de la gestation sont rarement assez graves pour déterminer la mort. Voici un fait que je viens de recueillir dans ma pratique, dans lequel la maladie a eu une terminaison funeste. La marche, la mobilité des symptômes, l'absence de toute douleur céphalo-rachidienne, ne laissent, je crois, aucun doute sur la nature éminemment nerveuse de l'affection.

La femme G... est âgée de vingt ans. Son intelligence est naturellement peu développée; tempérament lymphatico-sanguin. On la disait enceinte de cinq à six mois quand, le 23 mars dernier, je fus appelé pour la première fois auprès d'elle.

L'origine de ses souffrances remonte au deuxième mois de sa grossesse. Éprouvant des symptômes attribués, comme il est d'usage, à la pléthore sanguine, cette jeune femme s'était fait saigner quelques jours avant ma visite; or cette saignée, loin de la soulager, n'avait fait qu'aggraver sa position. Voici l'état dans lequel je la trouvai :

La malade a une belle carnation. Elle semble complétement indifférente à tout ce qui l'entoure; elle ne répond aux questions qui lui sont adressées que par monosyllabes et avec assez peu de précision et de lucidité. Elle peut à peine porter la main droite à la tête; il lui est impossible de serrer fortement aucun objet avec cette même main. L'avant-bras et la main droite sont anesthésiés; il en est de même du pied du même côté. La jambe droite traîne à terre, ce qui rend presque impossible la déambulation, déjà rendue difficile par suite de la faiblesse des membres inférieurs. Les objets que l'on présente aux yeux de la malade lui semblent plus nombreux qu'ils ne sont en réalité. Regarde-t-elle avec un seul œil, toute aberration optique disparaît. L'éclat de la lumière ne blesse point sa vue. L'appétit est plutôt augmenté que diminué : la constipation est marquée. A part quelques nausées et des vertiges fréquents, la jeune femme n'accuse aucune souffrance. L'exploration des divers organes ne révèle l'existence d'aucune affection organique. Le cœur est un peu volumineux.

D'après le résultat si peu satisfaisant de la saignée, je n'hésitai pas à considérer un tel état comme étant de nature purement nerveuse. Je prescrivis en conséquence des préparations martiales, un régime tonique, etc.

Le 10 avril, je fus de nouveau appelé auprès de la malade. Elle n'avait en rien suivi son traitement. Les premiers médicaments qu'elle avait tenté d'ingérer avaient été rejetés par les vomissements, qui d'ailleurs se reproduisaient presque journellement depuis le deuxième mois de sa grossesse. Les troubles amaurotiques avaient cependant complétement disparu. Le pied droit avait recouvré toute sa sensibilité. Pour ce qui est du membre thoracique correspondant, les troubles du mouvement et de la sensibilité étaient à peu près les mêmes. La malade n'était pas allée à la garde-robe depuis quinze jours. J'insistai sur le même mode de traitement, et je prescrivis en outre l'usage de la magnésie calcinée, des lavements émollients et laxatifs, etc.

Le 3 mai, je me rendis de nouveau auprès de la malade accompagné cette fois d'un honorable confrère. Aucune de mes prescriptions n'avait été exécutée. L'état général de la femme G... était à peu près le même. Il s'était toutefois déclaré un ptyalisme abondant et une véritable boulimie.

De prodigieuses quantités d'aliments étaient parfois digérées sans encombre; d'autres fois, cette énorme accumulation de substances alimentaires les plus indigestes, les plus hétéroclites, occasionnait des vomissements qui n'avaient pas plus tôt débarrassé l'estomac de la malade qu'elle s'empressait de se livrer de nouveau à ses penchants gastronomiques. La constipation était toujours aussi marquée. D'ailleurs, le facies de la malade n'était pas plus altéré que le jour de ma première visite; la peau était bonne, le pouls très-calme, très-rassurant.

Le 3 juin, j'étais appelé en toute hâte auprès de cette pauvre jeune femme. A mon arrivée, elle avait cessé de vivre. Je ne pus qu'extraire de son sein inanimé un fœtus de sept à huit mois, dont le cœur battait encore, bien que sa mère eût rendu le dernier soupir depuis deux heures et un quart.

La veille même de sa mort, la malade avait été naturellement et très-abondamment à la garde-robe, acte à la suite duquel elle s'était sentie infiniment soulagée; aussi les parents étaient-ils plus portés que jamais à espérer. Aucun d'eux, assurément, ne croyait avoir lieu de soupçonner une terminaison si prochainement funeste.

MALADIES DES ENFANTS.

Un journal allemand, le *Journal für Kinderkrankheiten*, renferme dans sa collection de l'année dernière plusieurs mémoires du plus haut intérêt, et des observations de clinique tout à fait dignes de fixer l'attention des praticiens.

Parmi les premiers, nous trouvons d'abord un travail de M. le docteur H. L. Tillner, de Saint-Pétersbourg, sur les convulsions de l'enfance, qui, comme il le remarque, sont en général aussi embarrassantes pour le médecin qu'effrayantes pour la mère.

Sous le rapport de l'étiologie, les crampes peuvent avoir pour cause une lésion ou altération idiopathique du centre cérébro-spinal et surtout de la substance ganglionnaire. — Cette altération peut être directe ou indirecte : directe, quand la substance ganglionnaire est primitivement modifiée; indirecte, quand elle est due à une hypersécrétion, à une hypérémie, ou à une anémie.

L'âge de l'enfant exerce une grande influence sur la fréquence des convulsions; il y est d'autant plus exposé qu'il est plus jeune. Or, pendant le jeune âge, l'enfant n'exprime sa souffrance que par des cris, et encore ceux-ci peuvent-ils lui manquer sous l'influence du trismus de la glotte. Alors, il ne reste plus que l'expression plus ou moins marquée des traits, qui ne peut fournir de renseignements positifs sur la cause des convulsions. — Le trismus, crampe ou convulsion de la glotte, qui a été considéré comme une maladie particulière, est plutôt un symptôme de souffrance fréquent pendant la première enfance.

Les lésions cérébrales sont une des principales causes de convulsions de l'enfance. Sur vingt-huit enfants qui ont succombé, Stembal a trouvé dix-sept cas d'encéphalopathie. Dans le plus grand nombre des cas, les ventricules étaient distendus par de la sérosité, la substance nerveuse ramollie; dans les autres, il y avait exsudation plastique ou des tubercules. On voit des enfants avoir des convulsions, se rétablir en apparence, puis succomber tout à coup à un nouvel accès; on trouve, dans ces cas, une exsudation à la surface des hémisphères et les cavités cérébrales distendues par de la sérosité. — Les convulsions se renouvellent quelquefois à des intervalles plus ou moins éloignés; elles deviennent en quelque sorte périodiques, et on leur donne alors le nom d'attaques d'éclampsie. Il est assez difficile, dans ce cas, de dire si la maladie a son siége dans les centres nerveux, ou si elle dépend d'un vice des organes de la circulation. Cependant, le plus souvent on parvient, au moyen d'une analyse sévère de toutes les fonctions, à découvrir que les fonctions digestives sont le point de départ des perturbations que l'on observe. — L'auteur ne se rappelle pas avoir vu un seul cas de convulsions que l'on ne pût attribuer à une lésion fonctionnelle antérieure.

Quant au traitement des convulsions symptomatiques d'une affection cérébrale, il se présente deux conditions bien tranchées : ou la maladie est chronique, et les convulsions ne sont survenues qu'à la suite d'une exsudation qui comprime la surface du cerveau et d'une distension séreuse des ventricules; ou la maladie présente les caractères d'un état aigu.

Dans le premier cas, il y a peu de chose ou rien à faire; dans le second, la glace et les mercuriaux sont encore les héros de la thérapeutique de l'encéphalopathie (1). Le zinc ne paraît pas à M. Tillner exercer une influence spéciale sur le cerveau, tout en agissant à la façon de l'argent et du bismuth. L'usage du zinc uni au calomel lui paraît sanctionné par la pratique. On ne doit que très-rarement avoir recours aux narcotiques.

Les convulsions peuvent venir de l'état du sang vicié par une modification morbide, par une substance toxique, ou bien encore par une sorte d'empoisonnement dû au lait fourni au nourrisson, et dépendant souvent de l'ivrognerie, surtout par les liqueurs alcooliques. M. Tillner attribue à la présence d'un agent délétère dans le sang les convulsions que l'on observe souvent dans les fièvres exanthémateuses. La décomposition du sang, l'introduction dans la circulation de matières morbides pendant la phlébite s'accompagnent de convulsions. Aussi la suppuration du cordon ombilical les a-t-elle souvent causées, et même le tétanos.

Enfin, les convulsions sont souvent une conséquence du mauvais état des organes digestifs causé par une nourriture non appropriée à l'enfance et de mauvaise qualité. La dentition, le sevrage prématuré, les maladies des organes respiratoires, des voies urinaires, des organes sexuels et les maladies des os du crâne sont des causes de convulsions.

On doit à M. le docteur Eulenburg, médecin et opérateur, directeur de l'Institut de gymnastique hygiénique et d'orthopédie suédoise à Berlin, un mémoire pour servir à l'histoire des déviations de la colonne vertébrale.

L'auteur donne d'abord la statistique de trois cents cas observés sur trente-neuf individus du sexe masculin et deux cent soixante et un du sexe féminin.

Nous craindrions de reproduire, à cause de leur longueur et de l'aridité des chiffres, les résultats numériques et les proportions obtenues par M. Eulenburg; il nous suffira de donner le résumé des conclusions qu'il a pu déduire de ses observations.

1° La scoliose habituelle tient à une muscularité anormale, à la rupture de l'antagonisme qui doit exister normalement entre les muscles latéraux de la colonne vertébrale; le relâchement que l'on observe dans les muscles du côté convexe de la colonne vertébrale déviée et la rétraction des muscles du côté concave en sont la cause occasionnelle et permanente.

2° Sa cause éloignée la plus fréquente est celle qui résulte de l'attitude que prennent les enfants assis pour écrire.

3° Les fonctions anormales des autres muscles du tronc, des muscles moteurs, de l'omoplate par exemple, peuvent occasionner une déviation latérale.

4° La déformation des os, des cartilages, des ligaments, n'existe pas au début de la scoliose; ces altérations morbides ne se manifestent qu'avec le progrès et la durée de la maladie.

5° L'affection rhumatismale des muscles d'un côté de la colonne vertébrale peut occasionner une déviation, mais non pas une scoliose habituelle.

6° La convexité de la scoliose rhumatismale correspond au côté dont les muscles ont été affectés de rhumatisme.

7° La maladie scrofuleuse n'est pas une cause directe de scoliose. Ce n'est que quand elle atteint les vertèbres et les capsules synoviales qu'elle peut occasionner une déformation.

8° La déviation de la colonne vertébrale, dépendant de la maladie scrofuleuse, est par conséquent une gibbosité, ou dès le début, une inflexion latérale à angle aigu.

9° Après les lésions de la muscularité, le rachitisme est la cause la plus commune des déviations latérales de la colonne vertébrale. Sur 100 cas, 4,66 sont dus à cette cause.

10° Dans ces cas de rachitisme, la déviation est encore influencée par le défaut d'équilibre de l'action musculaire. Contrairement à ce que l'on observe dans la scoliose ordinaire, la convexité de la colonne vertébrale est le plus souvent à gauche, disposition qui peut être causée par l'habitude qu'ont les nourrices de porter les enfants sur le bras gauche.

11° La scoliose congénitale est très-rare; celle qui est héréditaire est au contraire très-commune, et mérite la plus grande attention dès le début.

12° La scoliose consécutive à l'opération de l'empyème offre toujours une convexité opposée au côté opéré.

13° La meilleure prophylactique de la scoliose habituelle consiste à empêcher les enfants de prendre une mauvaise attitude pour écrire, à soumettre pendant des années leur système musculaire à un exercice prolongé, conformément aux principes d'une bonne pédagogie et d'une judicieuse gymnastique.

14° C'est en vain que l'on s'attendrait à une guérison spontanée. Il faudra, pour être en droit de l'obtenir, baser le traitement sur le diagnostic du degré d'affaiblissement des muscles relâchés, dont l'activité ne peut être rappelée que par des mouvements spéciaux, au moyen d'une gymnastique hygiénique.

15° Dans les cas où une paralysie active d'un ou de plusieurs muscles existe comme cause première de la difformité, il convient d'avoir recours au galvanisme avant d'essayer la gymnastique.

16° Les appareils d'extension sont contraires à la théorie et à l'expérience. (*Union méd. de la Gironde.*)

APPAREIL DE FRACTURES DE JAMBE.

Par M. le Dr Gaillard (de Poitiers).

Cet appareil très-simple se compose :

1° D'une planche de 0m,55 sur 0m,25; elle est un peu évidée d'un bout pour recevoir plus facilement la jambe. Cette planche

(1) Dans l'encéphalite aiguë, les révulsifs, et surtout les vésicatoires volants sur la tête, me paraissent préférables aux applications froides.

est percée de quatre séries de trous (deux séries à droite et deux à gauche). Les rangs de droite sont éloignés de $0^{m},15$ des rangs de gauche. Chaque série est disposée obliquement, de manière à ce qu'un faible intervalle soit laissé d'un trou à son voisin. Sur le bout de la planche est fixé un piton à vis, au besoin, un tire-fond de tonnelier ou une vrille.

2° De deux planchettes de sapin : longueur, $0^{m},40$; largeur, $0^{m}, 12$; épaisseur, $0^{m},010$.

3° De quatre chevilles en chêne : longueur, $0^{m},23$; épaisseur au gros bout, $0^{m},014$. Le premier morceau venu de planche et quatre chevilles de charpentier font l'affaire.

Il est bien entendu que ces dimensions sont des *moyennes*, et que l'on doit approprier l'appareil à la longueur du membre chez les sujets de haute taille, de même que pour les femmes et les enfants. Ceci est, du reste, très-facile : on pourrait construire dix appareils dans une heure.

4° De trois coussins en balle d'avoine : un qui sert de sommier, et les deux autres de garnitures latérales. En cas d'urgence, on peut remplacer ces coussins par de la filasse, du coton cardé, du menu foin, de la mousse choisie; plus quelques compresses, des liens de fil, des coussins supplémentaires.

La coaptation étant opérée, le membre est légèrement soulevé par le chirurgien. Un aide glisse sous la jambe la planche garnie du sommier, une large compresse est étalée sur ce sommier en manière de tapis. On abaisse la jambe, qui repose mollement sur l'appareil. Alors on applique sur les deux côtés de la jambe les petits coussins latéraux, couverts chacun de sa compresse protectrice. Les deux planchettes latérales sont appliquées à droite et à gauche de la jambe; un aide les rapproche l'une de l'autre par une forte pression ; les chevilles placées de chaque côté fixent les planchettes dans une position solide, et la jambe se trouve emboîtée. Dans la pratique civile, je remplace souvent les coussins par de larges bandes taillées dans un rouleau de coton en rame. Si l'on veut comprimer un peu davantage, il est facile de rapprocher les chevilles opposées en fixant un lien de fil autour de leurs têtes.

Le membre malade se trouve ainsi maintenu d'une manière très-exacte en arrière et sur les côtés, depuis les genoux jusqu'à la plante du pied, il ne peut ni se dévier ni s'incliner. Sa face supérieure, libre et découverte, peut recevoir toute espèce de fomentations. Un simple coup d'œil suffit pour inspecter la fracture. Si l'on veut la panser, on enlève d'un côté les chevilles, la planchette correspondante et son coussin, tandis que la paroi opposée de l'appareil, qui est indépendante, fixe toujours les fragments. En l'absence du médecin, une personne un peu habituée aux malades peut surveiller le membre blessé et même le panser, tant cela est facile. C'est un avantage réel pour les médecins qui se trouvent éloignés ou empêchés.

Cet appareil ne vaut pas 50 centimes. On peut l'appliquer en quelques minutes.

M. Gaillard donne son appareil comme spécialement approprié à la chirurgie militaire, à la chirurgie des campagnes, aux fractures compliquées de plaies et de gangrène.

TRAITEMENT DE L'ECZÉMA DU NEZ.

Par M. Trousseau.

Lotions saturnines.

Sous-acétate de plomb liquide. .	30 grammes.	
Eau de puits.	500	—
Alcool à 25 degrés.	25	—

Mêlez.

Lotions sulfureuses.

Sulfure de sodium.	15 grammes.	
Eau distillée.	150	—

Dissolvez. Une cuillerée à bouche de cette solution était versée dans un litre d'eau très-chaude, que la malade reniflait deux fois par jour.

Dans le cas d'eczéma prurigineux des narines, M. Trousseau s'est aussi fort bien trouvé de l'emploi du magma de bismuth ainsi composé :

Sous-nitrate de bismuth. . .	10 grammes.
Mucilage de pepins de coing. .	q. s.

Donner à la mixture la consistance d'une bouillie épaisse.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 septembre 1857. — Présidence de M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire.

Théorie des pulsations du cœur. — M. A. CHAUVEAU présente un mémoire sur la théorie des pulsations du cœur, dans lequel il se propose de réfuter la théorie de M. Hiffelsheim. L'auteur s'exprime en ces termes :

Si le recul hydro-dynamique du cœur existe réellement tel que le comprend M. Hiffelsheim, il faut admettre que l'organe se meut, au moment de la systole ventriculaire, suivant une direction à peu près parallèle à son grand axe, c'est-à-dire de sa base à sa pointe, et celle-ci, mais celle-ci toute seule, doit frapper contre la paroi thoracique suivant cette même direction, c'est-à-dire, dans l'espèce humaine, de droite à gauche et de haut en bas. Or chez l'homme le doigt, appliqué sur la région circonscrite qui répond à l'extrémité du cône ventriculaire, se sent bien repoussé comme par une sorte de chiquenaude ; mais ce phénomène, dû à la rigidité qu'acquiert subitement la pointe du cœur au moment de la systole ventriculaire, ne constitue qu'un des éléments de la pulsation cardiaque : chez tous les sujets (et ceci est surtout facile à constater sur les individus maigres) cette pulsation se fait sentir dans un espace beaucoup plus étendu ; elle soulève toute la partie de la région précordiale qui se trouve située à gauche du sternum. De plus, la pulsation s'exerce d'arrière en avant, ce qui, d'après la théorie du recul, ferait supposer les orifices artériels percés sur la face postérieure du cœur.

Les mêmes remarques sont applicables aux singes. Sur ces animaux, le cœur est placé verticalement derrière le sternum, la pointe appuyée sur le diaphragme et très-légèrement déviée à gauche de la ligne médiane. Cependant leurs battements du cœur sont perceptibles, dans un grand nombre de cas, sur toute l'étendue de la face antérieure de l'organe, à droite comme à gauche du sternum, et même sur le trajet de cette pièce solide.

Chez le chien et le chat, la pointe du cœur, c'est-à-dire la partie qui est supposée produire le choc en reculant, se trouve dirigée vers la face antérieure ou supérieure du diaphragme, immédiatement au-dessus de la base de l'appendice xiphoïde, et le cœur fait sentir ses pulsations à gauche du thorax, au niveau des parties moyenne et supérieure de la masse ventriculaire, et le plus souvent à droite également, où elles sont parfois aussi sensibles que du côté gauche.

Enfin, dans les solipèdes et les ruminants, on voit la pointe du cœur appuyée sur la face supérieure du sternum, et l'on sent les pulsations à gauche de la poitrine, rarement à droite, à la même hauteur que chez les carnassiers.

Ainsi donc, l'examen des conditions dans lesquelles se produit le choc du cœur à l'état normal démontre que ce choc ne peut être causé par le recul de la partie inférieure du cœur. J'ajouterai que ce recul n'existe pas, mes expériences ayant démontré qu'au moment de la systole ventriculaire la base du cœur s'abaisse vers la pointe, mais que celle-ci n'éprouve aucun mouvement rétrograde. Cherchant ensuite à apprécier l'expérience avec laquelle M. Hiffelsheim a cru consolider sa théorie, M. Chauveau fait remarquer d'abord que le résultat constaté par cet expérimentateur (la cessation des pulsations du cœur quand le sang ne s'écoule plus par les orifices ventriculo-artériels), ne prouverait rien en faveur de la théorie du recul, car la plupart des autres théories pourraient en réclamer également le bénéfice pour elles. J'ajouterai qu'il n'est pas exact de dire qu'on supprime les pulsations du cœur en empêchant la projection du sang dans les troncs artériels. Ainsi, un âne étant couché sur le côté gauche, je coupe la moelle épinière dans l'intervalle atloïdo-occipital, et je pratique la respiration artificielle. Puis je mets le cœur à nu, du côté droit, par l'ablation d'un certain nombre de côtes, opération qui ne change rien aux rapports naturels des organes thoraciques. En appliquant alors la main sur le côté gauche de la poitrine, au niveau de la masse ventriculaire, je m'assure que les pulsations du cœur se sentent très-bien, quoiqu'elles soient plus faibles qu'avant l'ouverture du thorax. J'ai soin, au moment de cette exploration, de faire cesser l'insufflation pulmonaire pour que le cœur ne soit pas soulevé par le poumon gauche, et éloigné ainsi de la paroi thoracique. Or, si je lie près de leur embouchure les veines caves et azygos, le cœur diminue de volume, ses cavités se vident, ses parois deviennent flasques, mais ses contractions continuent à se succéder avec régularité, et ses pulsations sont toujours nettement perceptibles sur le côté gauche de la poitrine. Je fais plus : comme cette triple ligature ne supprime point la circulation dans les veines coronaires et bronchiques, et qu'on pourrait attribuer les pulsations senties après cette ligature à la projection dans les troncs artériels de la petite quantité de sang apporté au cœur par ces veines, je comprime à leur origine les artères pulmonaire et aorte, soit avec les doigts, soit avec une pince. Cependant, quoique l'écoulement du sang hors des ventricules soit alors rendu tout à fait impossible, les pulsations se sentent encore aussi bien qu'après la simple ligature des troncs veineux.

Je dois dire que si l'on se borne à lier les troncs artériels sans toucher aux veines pour mettre obstacle à la projection du sang hors des cavités ventriculaires, on ne perçoit plus aussi nettement ces pulsations, et même elles ne tardent pas à cesser tout à fait. C'est qu'alors le cœur se distend outre mesure, et l'effort des contractions ventriculaires, paralysé par cette distension, ne peut plus produire de secousses assez énergiques pour déterminer des pulsations. La seule ligature de l'artère pulmonaire, suffisante pour le but qu'on se propose, donne de meilleurs résultats.

Quel est donc, en définitive, le véritable mécanisme de la pulsation du cœur? Une voie était toute tracée pour arriver à la connaissance de ce mécanisme, celle que M. Flourens a suivie pour découvrir les causes de la pulsation des artères. Il fallait *voir* et *toucher* le cœur en action, puis analyser avec méthode les faits observés. C'est en procédant de cette manière que je suis arrivé à la conclusion suivante :

La pulsation chez les mammifères est due à l'augmentation brusque que subit le diamètre transversal de l'organe au moment de la systole ventriculaire.

L'observation d'un nombre considérable d'animaux m'a démontré, en effet : 1° qu'au moment de la diastole ventriculaire le cœur, devenu flasque, est fortement déprimé d'un côté à l'autre ; 2° que les ventricules, pendant leur systole, éprouvent un raccourcissement de leurs diamètres longitudinal et antéro-postérieur, mais que leur diamètre latéral augmente. Or, cette augmentation s'opérant brusquement et avec une force capable de faire équilibre à un poids considérable, ne peut avoir lieu sans déterminer un choc énergique contre les parois latérales du thorax, surtout à gauche, en raison de la plus grande énergie du ventricule gauche, qui se trouve, du reste, moins recouvert par le poumon que le ventricule droit.

Dans l'espèce humaine, les choses se passent de la même manière, avec les différences nécessaires commandées par la conformation particulière du cœur et de la poitrine. Aussi la théorie que je propose doit-elle subir dans sa formule cette légère modification :

La pulsation du cœur chez l'homme est due à l'augmentation brusque du diamètre antéro-postérieur des ventricules. (Commissaires : MM. Andral, Rayer et Cl. Bernard.)

— **M. GIGON** soumet au jugement de l'Académie un mémoire sur l'albuminurie normale des hommes et des animaux. (Commissaires, MM. Andral, Rayer et Cl. Bernard.)

CORRESPONDANCE.

Paris, 14 septembre 1857.

Monsieur le rédacteur,

Je viens de lire avec beaucoup d'intérêt l'article de notre honoré confrère M. Desmarres, que vous avez publié sous ce titre : *Opérations de cataractes capsulo-lenticulaires adhérentes* (*Gazette des Hôpitaux* du 10 septembre) ; et je suis heureux de pouvoir applaudir tout d'abord aux deux remarquables succès qui s'y trouvent relatés.

Ce sentiment paraîtra sans doute assez naturel, si j'ajoute que c'est moi qui ai insisté le premier, et d'une manière toute spéciale, sur les avantages qu'il y avait, dans certains cas, à pratiquer simultanément l'opération de la cataracte et l'opération de la pupille artificielle.

Ce n'était pas, jusque-là, la pratique ordinaire; et pour réaliser ce que je considère comme un progrès, j'ai dû, en même temps, indiquer à l'opérateur un moyen efficace de se débarrasser du sang qui s'épanche si souvent dans la chambre antérieure après l'iridectomie, et masque l'état des parties plus profondément situées ; je veux parler des injections intra-oculaires faites avec la seringue d'Anel.

Cependant, tout en insistant, il y a une dizaine d'années, sur les avantages que je considère comme inhérents *aux deux opérations combinées*, j'ai pensé qu'il ne fallait pas être exclusif, mais bien se laisser guider, après la formation de la pupille artificielle, sur l'état des parties pour pratiquer soit l'extraction, soit le broiement ou l'abaissement. C'est, en effet, à l'abaissement que j'ai eu recours chez une malade dont l'observation se trouve consignée dans ce journal même, annexée qu'elle est à un travail qui a pour titre : *Des opérations de la cataracte et de la pupille artificielle pratiquées soit simultanément, soit successivement* (*Gaz. des Hôpit.*, 1847).

Plus tard, et dans un autre mémoire où j'élabore encore la même question, tout en la développant davantage, *De l'opération de la cataracte et de la pupille artificielle faites simultanément* (*Gaz. médicale*, 1850, n° 34, p. 623), je mets en relief les avantages et les dangers de l'extraction, en insistant surtout sur l'issue possible d'une trop grande quantité d'humeur vitrée due en grande partie à sa désorganisation amenée par l'état phlegmasique antérieur de l'œil. Or cet accident est survenu sur l'un des opérés de M. Desmarres.

En résumé, ainsi que vous pouvez en juger vous-même, M. le rédacteur, je crois donc avoir quelques droits à la création et à la régularisation scientifique d'une méthode opératoire qui m'a toujours paru appelée à rendre d'utiles services dans la pratique; et comme je reste moi-même toujours très-disposé à rendre à M. Desmarres ce qui appartiendra à M. Desmarres dans les découvertes qu'il est susceptible de faire un jour ou l'autre, j'ai pensé que cette réclamation vous paraîtrait assez fondée et assez opportune pour lui donner place dans votre journal.

Agréez, etc.

Dr Tavignot,
professeur d'ophthalmologie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un arrêté de M. le préfet de la Haute-Marne, en date du 12 de ce mois, autorise les membres du corps médical de l'arrondissement de Wassy à se constituer en association médicale mixte.

Dans une séance préparatoire qui avait eu lieu le 27 août dernier, le principe de l'association générale avait été adopté, et la société avait émis le vœu d'être agrégée à l'association médicale de la Seine.

Le bureau de la société, nommé par élection, se compose de MM. les docteurs Alipe, président; du Grand-Launay, vice-président; Chevance, secrétaire ; Lefol, vice-secrétaire ; et de M. Jacquelin, pharmacien, trésorier.

— Un pharmacien de mes amis recevait ces jours derniers une ordonnance de somnambule portant : *Un cataplasme fait avec cent écrevisses pilées toutes vivantes.*

La formule fut ponctuellement exécutée devant la personne qui l'apportait, et qui voulut se convaincre que tous ces crustacés étaient bien en vie avant de permettre qu'on les jetât dans le mortier.

J'ignore quelle est l'affection qui a motivé un si singulier remède Sans doute la pythonisse qui l'a prescrit n'en sait guère plus. Mais peu importe à la sottise humaine! *Vulgus vult decipi.* (*Abeille médic.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Cros, né à Lagrasse (Aude) ; *Recherches physiologiques sur la nature et la classification des facultés de l'intelligence, et sur les fonctions spéciales des lobules antérieurs du cerveau dans les actes de l'entendement et de la volonté.*

Gestin, né à l'île Maurice (colonie anglaise) ; *De l'influence des climats chauds sur l'Européen.*

Taguet, né à Pérols (Corrèze) ; *Essai sur les règles de l'intervention dans les présentations du sommet à terme dans les cas de viciation du bassin.*

Raoux, né à Barjac (Gard) ; *Du traitement des ophthalmies.*

Elleaume, né à Chevreuse (Seine-et-Oise) ; *Essai sur les ruptures du cœur.*

Lemonnier, né à Bonnœuvre (Loire-Inférieure) ; *De la constipation.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq ; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces libraires aux mêmes conditions qu'à Paris.

Sur la méthode autodermique, nouvelle opération pour la guérison radicale de la tumeur et de la fistule lacrymales, par M. le docteur Tavignot. Broch. Paris, chez Leclère, libr., rue de l'École-de-Médecine, 14.

Observations sur la glycogénie, par M. Henry Bonnet. Broch. in-8°. Paris, impr. Moquet, 1857.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 112 — JEUDI 24 SEPTEMBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 112 — JEUDI 24 SEPTEMBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 23 SEPTEMBRE 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

Deux rapports, l'un de M. Isidore Bourdon, l'autre de M. Guérard, et une lecture de M. le docteur M. H. Deschamps, ont rempli cette séance.

Le rapport de M. Is. Bourdon a pour objet l'appréciation des recherches de M. le docteur Aulagnier sur la glairine et la barégine des eaux minérales. M. Aulagnier, médecin principal d'armée, qui a longtemps exercé aux eaux thermales des Pyrénées comme médecin en chef de l'hôpital militaire de Baréges, s'est proposé, dans un très-important travail qu'il a communiqué à l'Académie, d'étudier cette substance organique gélatiniforme particulière à quelques-unes des eaux minérales des Pyrénées, à laquelle on a successivement donné les noms de *glaire* ou de *graisse*, de *flocons soyo-gélatineux*, de *matière végéto-animale*, de *glairine*, et en dernier lieu de *barégine;* il a surtout cherché à fixer sur cette matière les idées fort divergentes qui ont été émises jusqu'ici à ce sujet par les médecins hydrologistes. D'après les considérations historiques et technologiques dans lesquelles est entré M. le rapporteur, et d'après la savante analyse qu'il a faite du travail de M. Aulagnier, dont il paraît adopter en grande partie les conclusions, la barégine serait spéciale aux eaux sulfureuses, et il n'y aurait aucune identité à établir entre elle et la substance animale constatée dans quelques autres eaux minérales, telles que celles de Plombières, de Néris et de Vichy.

Quant à ce qui a trait aux propriétés thérapeutiques de la barégine et aux applications pratiques dont elle serait susceptible, M. Aulagnier, après avoir rapporté les opinions des médecins qui l'ont précédé dans l'exercice de la médecine thermale de Baréges, reste dans le doute faute de faits précis et concluants. On comprend que M. le rapporteur n'ait pas été plus loin à cet égard que l'honorable auteur du mémoire. Il faut donc admettre que l'on ne sait rien encore à cet égard, et qu'il y a là une voie ouverte à l'expérimentation. Cette expérimentation pourrait être faite ailleurs que sur les lieux mêmes, la barégine pouvant être facilement conservée et transportée. Il y aurait même avantage à ce qu'elle fût faite partout ailleurs que dans les établissements thermaux, afin qu'on pût apprécier son action indépendamment de toute autre influence locale.

Le rapport de M. Guérard est encore relatif à une eau minérale; mais il s'agit cette fois d'une eau minérale problématique. On se rappelle que, depuis quelques années, l'attention de l'Académie et du public médical a été appelée à plusieurs reprises sur les eaux de Forges-les-Briis dans le département de Seine-et-Oise, eaux réputées propres à la guérison des affections scrofuleuses. On sait aussi que, d'après les bons résultats signalés par quelques médecins, l'administration de l'assistance publique s'est décidée à fonder dans cette localité un petit établissement pour le traitement d'un certain nombre d'enfants scrofuleux des deux sexes. Cependant, bien que la plupart des petits malades envoyés à Forges par les soins de l'administration aient vu leur état s'améliorer et que quelques-uns même aient paru y trouver une guérison complète, il est resté du doute dans l'esprit de la plupart des médecins sur le fait d'une action thérapeutique spéciale des eaux de Forges.

Ces doutes restés jusque-là à l'état d'opinions personnelles viennent d'être exprimés au nom de l'Académie dans un rapport officiel, et dans des circonstances qui donnent à cette appréciation une grande portée.

Deux honorables magistrats, dont l'un occupe une position éminente à la cour suprême, ont demandé dans une pétition à l'Empereur l'autorisation d'ériger à leurs frais, à Forges-les-Briis, un établissement destiné à recevoir gratuitement les enfants de la classe pauvre atteints de scrofules. Cette généreuse et philanthropique pensée ne pouvait que trouver un accueil favorable près de l'administration; mais l'autorisation devait être soumise à l'avis de l'Académie. C'est en réponse à la lettre du ministre, qui consultait ce corps savant, qu'a été rédigé le rapport dont M. Guérard a donné lecture au nom de la commission des eaux minérales.

Ainsi qu'on peut le voir par les conclusions de ce rapport, reproduites dans le compte rendu de la séance, après avoir contrôlé par une nouvelle analyse des eaux de Forges les analyses que plusieurs chimistes en avaient déjà faites, et après une enquête des faits cliniques constatés par les médecins qui ont dirigé ou surveillé les traitements institués à Forges à titre d'épreuve, la commission a été d'avis qu'il n'y avait pas lieu d'autoriser la création d'un nouvel établissement dans cette localité. Cet avis est motivé, d'une part, sur les résultats négatifs de l'analyse, qui n'a rien fait découvrir dans les eaux de Forges qui ne se trouve dans les eaux pures de source ou de rivières, et d'autre part, sur l'influence que les commissaires ont cru devoir attribuer à la salubrité du lieu et aux pratiques accessoires du traitement sur les résultats obtenus.

Nous n'avons, dans l'espèce au moins, aucune objection à faire à l'énoncé de cet avis, et nous ne pouvons que nous associer aux sages conclusions de la commission, qui auront pour effet d'empêcher la réalisation d'un projet onéreux et dont l'utilité est tout au moins contestable. Cependant nous ne voulons pas laisser échapper cette occasion de faire remarquer qu'en principe on ne serait pas toujours fondé à conclure comme la commission de l'Académie. Dans l'état actuel de nos connaissances en hydrologie médicale, on ne saurait conclure de la composition chimique connue d'une eau à ses propriétés thérapeutiques, ni de l'absence de tout principe minéralisateur appréciable à l'absence de toute action médicatrice. Sans multiplier les exemples, il suffirait de citer les eaux de Plombières, dont personne ne met en doute les propriétés bienfaisantes, et dont cependant la composition chimique ne diffère pas sensiblement de celle de l'eau de nos fleuves, pour montrer combien les données chimiques seules seraient insuffisantes et même trompeuses, si on ne les contrôlait et rectifiait au besoin par l'expérience clinique directe. De tous les réactifs des eaux minérales, le meilleur sans contredit est l'organisme humain.

Ici l'expérience clinique a été faite, et c'est parce que ses résultats, bien qu'assez généralement heureux, n'ont rien offert d'assez net et d'assez spécial pour être attribué à l'action des eaux elles-mêmes, et qu'ils s'expliquent naturellement par l'influence combinée de l'air, du régime et des pratiques accessoires du bain, que la commission mettant ce témoignage équivoque de l'expérience en regard du résultat négatif de l'analyse chimique, s'est crue fondée à retenir dans la main du ministre l'approbation qu'il eût été heureux sans doute d'accorder.

Il serait vivement à désirer, en effet, que le projet si louable qui a été soumis au ministre pût recevoir son exécution dans des conditions mieux appropriées au but de ses bienfaisants auteurs. Il serait digne de notre époque de voir s'élever à côté des deux magnifiques établissements consacrés par une haute et puissante initiative à recevoir les convalescents et les invalides du travail, un asile où les enfants du pauvre pussent trouver la guérison de cette triste et humiliante affection que se transmettent de siècle en siècle les générations, en dépit des anciens priviléges des rois de France et des progrès modernes de la thérapeutique et de l'hygiène.

La discussion sur la fièvre jaune, close dans la dernière séance, s'est continuée dans celle-ci sous forme de lettres et de communications adressées au bureau. M. Cornuel, ancien médecin en chef de la marine, à qui un long séjour dans nos colonies a donné le droit d'émettre ses opinions sur l'objet du débat, a résumé dans une courte note qui figure dans le dossier de la correspondance ce que son expérience et sa pratique durant plusieurs épidémies de fièvre jaune lui ont appris concernant les deux points principaux de la discussion, l'origine et la transmissibilité de la fièvre jaune.

M. Bouchardat, qui s'était fait inscrire pour prendre la parole après MM. Rufz, Trousseau, Londe et Thomas, n'ayant pu être entendu, a confié au papier ce qu'il avait à dire; M. Piorry en a fait autant. De sorte que nous avons entre les mains trois nouvelles argumentations inédites dont il ne sera pas sans intérêt d'exposer sommairement le contenu, ce que nous ferons dans l'un des prochains numéros. — Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. BOUVIER.

Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur (1).

(Recueillies par M. MOILIN, interne du service.)

II. LORDOSE.

Je distinguerai, comme pour la cypbose, une lordose spontanée et une lordose symptomatique. Je considérerai la première, en particulier, dans les trois régions du rachis, mais surtout au cou et aux lombes; car de même que la cypbose est beaucoup plus fréquente aux vertèbres dorsales, disposées à cette forme de courbure par leur direction normale, de même la lordose se voit bien plus souvent aux régions cervicale et lombaire, à cause de leur convexité naturelle en avant, dont ce genre de courbure n'est que l'exagération.

Lordose cervicale. — Cependant la lordose cervicale spontanée est peu commune; on ne la voit guère que passagèrement, chez des enfants au maillot, dont la tête volumineuse, ne pouvant être encore soutenue par ses muscles, retombe en arrière quand elle n'a pas de support, comme elle retomberait dans tout autre sens si les enfants n'étaient pas placés sur le dos. Le progrès des forces suffit pour faire disparaître cette disposition permanente à une courbure par *flexion*. Elle n'exige d'autres soins que donner jusque-là à la tête un support artificiel.

Lordose lombaire. — La lordose lombaire, ou plutôt lombo-sacrée, existe plus souvent par elle-même; elle se confond par des nuances insensibles avec les variétés individuelles de cambrure que présente la région lombaire, de sorte qu'il est difficile de dire quelles sont ici les limites de l'état normal, et où commence la courbure réellement pathologique. La lordose n'est évidente que dans son degré le plus prononcé.

Cette conformation du rachis peut se développer graduellement par suite d'une disposition originelle, comme tout autre trait de la forme extérieure du corps, comme les traits du visage, par exemple.

Elle peut être due à des causes accidentelles, à un excès de contraction des muscles sacro-spinaux, au relâchement des ligaments.

C'est ce qu'on voit chez les marchandes ambulantes, chargées d'un éventaire qui les oblige de renverser le corps en arrière. La courbure *par flexion* qui se produit alors, temporaire d'abord, devient plus tard permanente, surtout chez les jeunes sujets; il y a dans ce cas raccourcissement des ligaments postérieurs du rachis, notamment de ces ligaments jaunes dont l'influence a été démontrée par M. L. Hirschfeld, et de plus, amincissement exagéré de la partie postérieure du corps des vertèbres lombaires et des ligaments inter-vertébraux.

Wenzel parle d'un homme qui contracta une lordose pour avoir reçu aux lombes, dans son enfance, de fréquents coups de poing dont son père avait coutume d'accompagner ses réprimandes.

L'espèce de lordose physiologique déterminée par l'état de grossesse ne laisse pas ordinairement de traces sensibles après l'accouchement. Mais si cette influence se répète, si la constitution générale donne peu de résistance aux systèmes osseux et ligamenteux, si l'état de grossesse est accompagné de travaux pénibles, de station prolongée, la colonne lombaire peut se déformer et la lordose pathologique se produire.

Dans deux cas rapportés par M. Maisonabe, cette lordose de la

(1) Suite. — Voir les numéros des 8 et 15 septembre.

gestation, persistant après l'accouchement, était accompagnée de douleurs aux lombes, d'une inclinaison du corps en arrière, qui rendait l'équilibre difficile et déterminait des chutes fréquentes sur le dos.

L'articulation sacro-vertébrale, celles des dernières vertèbres lombaires étaient-elles alors le siége d'un ramollissement et d'un relâchement analogues à ceux que les symphyses pelviennes subissent si souvent dans la grossesse? De nouvelles observations seraient nécessaires pour résoudre cette question.

Dans la lordose lombo-sacrée, la colonne lombaire décrit un arc plus prononcé que dans l'état normal; sa différence de hauteur en avant et en arrière devient plus marquée; les apophyses épineuses, les lames, sont rapprochées, serrées les unes contre les autres; les apophyses transverses sont séparées par des intervalles moins étendus; les apophyses articulaires ont moins de hauteur. Au contraire, les corps vertébraux sont écartés par l'allongement de la partie antérieure des ligaments inter-vertébraux, et ils forment une courbe très-étendue, très-saillante du côté de l'abdomen, où elle a été prise quelquefois pour une tumeur d'une autre nature. Les dernières vertèbres dorsales peuvent faire partie de la courbure, qui est en général d'autant plus élevée qu'elle est plus considérable.

Les premières vertèbres du sacrum continuent inférieurement l'arc lombaire en se relevant fortement en arrière; la face inférieure de la cinquième vertèbre lombaire est coupée encore plus obliquement qu'à l'ordinaire, et le ligament qui la sépare de la première pièce du sacrum offre une disposition cunéiforme plus prononcée. L'angle sacro-vertébral est rendu ainsi plus saillant à l'intérieur du bassin, et plus profond en arrière ou du côté rentrant.

Il résulte de là que le bassin tout entier change de direction; son *inclinaison*, comme on l'appelle, augmente, c'est-à-dire que le plan qui passe par sa circonférence approche davantage de la verticale; la ceinture pelvienne bascule sur les têtes des fémurs, de manière que sa partie postérieure s'élève en arrière, tandis que l'antérieure ou la région pubienne s'abaisse.

Le mécanisme de cette inclinaison du bassin est fort simple : pour que l'équilibre ait lieu dans la station, il faut que la verticale du centre de gravité tombe sur la ligne qui joint les deux cavités cotyloïdes; si donc le centre de gravité est reporté en arrière, et c'est ce qui arrive dans la lordose, il faut que la ligne des articulations fémorales se porte également en arrière; or, cela ne peut avoir lieu qu'autant que le bassin prend la position que nous avons indiquée.

Les parties molles suivent ces divers déplacements; le ventre, poussé en avant, est très-saillant, fortement convexe; les fesses sont portées en arrière, relevées en forme de *croupe*; leur partie supérieure, presque horizontale, augmente encore la concavité lombaire. Cette concavité est telle que lorsque le sujet est couché sur le dos, un grand vide existe entre les lombes et le plan qui supporte le corps. Cela donne à cette région l'apparence d'une selle; de là le nom d'*ensellure*, sous lequel on désigne cette conformation. Cette expression est empruntée à la médecine vétérinaire. La lordose se voit en effet chez les animaux comme chez l'homme, et en quelque sorte par des causes analogues. Les jeunes chevaux que l'on monte de trop bonne heure, ou que l'on charge trop tôt de lourds fardeaux, les génisses que l'on fait vêler trop jeunes, contractent un excès de concavité supérieure de la région lombaire, et même dorsale, du rachis, que l'on attribue au poids extérieur qui presse sur les vertèbres, ou au poids intérieur, à celui des viscères, qui les attire de haut en bas.

Les viscères pelviens s'inclinent avec le bassin; les organes génitaux, l'anus se dirigent plus en arrière; l'utérus gravide penche davantage en avant par sa partie supérieure, et les femmes sont plus exposées à cet excès d'inclinaison antérieure de l'organe, qui peut constituer un obstacle à la parturition.

Les muscles se moulent, comme les ligaments, sur les espaces qui les circonscrivent. Ceux de la paroi abdominale, les psoas, habituellement distendus, s'allongent; les sacro-spinaux se raccourcissent en même temps qu'ils s'enfoncent avec les vertèbres auxquelles ils s'insèrent.

Le haut du tronc, la tête, les épaules, tout le membre supérieur, sont droits ou portés en arrière dans la lordose lombaire, à moins qu'elle ne soit compliquée de cyphose dorsale.

On a parlé de troubles des fonctions digestives, d'indispositions, de malaises produits par la compression que les vertèbres lombaires exerceraient sur les viscères abdominaux; j'ignore jusqu'à quel point cette remarque est fondée; il est plus certain que la lordose, à un degré considérable, nuit à la démarche et rend le sujet peu agile dans ses mouvements.

Ce vice de conformation, quoique lié dans le principe à un excès de mobilité dans les vertèbres lombaires, finit par gêner leurs mouvements. La flexion en avant perd de plus en plus de son étendue; l'inclinaison croissante des vertèbres les unes sur les autres s'oppose à leur mouvement de rotation et même de flexion latérale. L'extension ou la flexion en arrière atteint à la longue des limites qu'elle ne peut dépasser. Avec le temps, l'immobilité des pièces du rachis est suivie, comme dans la cyphose, d'ankylose des vertèbres, ankylose *périphérique* d'abord, puis *par fusion*, tant aux arcs et aux apophyses qu'aux corps vertébraux eux-mêmes. Duverney, dans ses *Maladies des os*, Wenzel (*Maladies de la colonne vertébrale*), ont décrit chacun un fait de cette espèce. A. Roy, élève de Sandifort, a fait connaître, en 1774, un troisième qu'il tenait de son maître. Ces cas sont beaucoup plus rares que dans la cyphose, soit parce que la lordose est une déformation moins commune, soit parce que la mobilité du rachis subsiste plus longtemps aux lombes qu'au dos. On ne voit pas non plus la courbure parvenir à un degré aussi considérable que dans la cyphose, ni affecter, comme dans celle-ci, sans érosion, sans mal vertébral, une forme presque anguleuse.

L'un et l'autre fait trouvent leur explication dans la résistance de la partie postérieure des vertèbres, qui ne se laisse pas affaisser ni déformer aussi aisément que leur partie antérieure, et qui n'est pas d'ailleurs exposée aux mêmes pressions.

Il est plus facile de prévenir la lordose lombaire que de la guérir. La nature de ses causes indique d'elle-même ce qu'il faut éviter pour empêcher qu'elle ne se développe. Lorsqu'on ne peut éloigner complétement ces causes, on atténue ou on neutralise leur influence.

Ainsi, dans la grossesse, une lordose commençante sera arrêtée dans sa marche si la femme a soin de rester peu debout, de se reposer souvent couchée ou assise, le dos soutenu, les cuisses relevées, à demi-fléchies, pour ramener le haut du bassin en arrière et effacer la cambrure lombaire.

Les exercices du corps convenablement dirigés sont un excellent moyen de remédier à un excès de cambrure lombaire, tant qu'il consiste en une simple attitude habituelle plutôt qu'en un véritable vice de conformation.

L'auteur du plus ancien traité d'orthopédie, Andry, a déjà établi, il y a plus de cent ans, les principes qui doivent nous guider dans l'emploi de ces exercices. « Si la taille fait un creux, dit-il, en sorte que l'épine soit tournée en dedans, ce qui est le contraire de la bosse du dos, faites souvent courber l'enfant; jetez-lui, pour cela, des cartes ou des épingles sur le plancher, il se fera un plaisir de les ramasser. La situation qu'il sera obligé de prendre pour en venir à bout contraindra, à la longue, l'endroit creux de son épine à revenir en devant. »

Le même écrivain montre ailleurs comment il faut comprendre, dans ce cas, l'effet des poids ajoutés à la masse du corps. « Lorsqu'un enfant avance trop le ventre, dit Andry, on croit bien faire de lui mettre sur le ventre un plomb ou quelque autre poids; mais on oblige par là l'enfant à se renverser encore davantage... Il faut, au contraire, lui charger le derrière. Il ne manquera point alors de reculer le ventre, et il ne se renversera plus. »

Les modernes n'ont fait qu'étendre et développer l'application de ces principes, fondés sur l'observation et la connaissance des lois de l'équilibre dans le corps de l'homme. C'est ainsi que l'on a conseillé, pour remédier à la cambrure exagérée des lombes, de faire gravir un plan incliné, qui force à pencher le corps en avant. En le descendant à reculons, on est encore obligé de conserver la même attitude. Dans la cyphose, au contraire, on ferait descendre ce plan en avant et on le ferait monter à reculons. Les cloches muettes, ou dumbells, agissent d'une manière analogue; c'est ce que les anciens appelaient *haltères*. Ce sont des masses en bois ou en métal rétrécies dans le milieu, renflées aux deux bouts. On en charge les mains; et, suivant que les mouvements exécutés par les membres supérieurs portent ces poids en avant ou en arrière du tronc, en haut ou en bas, on produit la flexion du rachis en avant ou son renversement en arrière. On exerce ainsi à volonté les muscles antérieurs ou postérieurs de la colonne vertébrale.

La gymnastique dite *suédoise*, la gymnastique de Ling, est applicable ici comme dans la cyphose; seulement, au lieu de faire effort contre la partie postérieure de la tête ou du tronc de l'enfant, c'est en avant que les mains lui présentent une résistance que l'on varie suivant le besoin, et qu'il doit surmonter en contractant les fléchisseurs du tronc. Placez, par exemple, vos mains contre les siennes, dans une position telle qu'il soit obligé de faire effort de haut en bas avec les membres supérieurs, dans l'attitude du scieur de long placé au-dessus d'une pièce de bois, vous donnerez au rachis une courbure contraire à celle de la lordose.

Malheureusement, quand la lordose lombaire est devenue permanente à cause des changements anatomiques qui se produisent dans le rachis, les exercices sont loin d'être aussi efficaces; ils peuvent même nuire, en déterminant une courbure dorsale dirigée en sens contraire de la courbure des lombes, en ajoutant une cyphose à la lordose. On préviendra cet inconvénient en observant attentivement l'attitude du sujet pendant les exercices, en examinant la région postérieure du tronc, afin de reconnaître la forme qu'ils lui impriment. On peut quelquefois, dans ce cas, arriver à combiner les efforts de manière qu'ils s'opposent à un excès de courbure du dos en arrière, tout en effaçant en partie la courbure des lombes en avant.

L'attitude du bassin et les mouvements des membres inférieurs dont elle dépend fournissent encore ici un secours utile. En effet, nous avons vu que la situation des vertèbres lombaires influe immédiatement sur la direction du bassin; réciproquement, la position du bassin exerce une influence directe sur celle de la colonne lombaire.

Il suffit, pour s'en convaincre, de considérer la direction de cette partie du rachis successivement dans la station debout et dans l'attitude assise. Le bassin se reporte en arrière, son inclinaison diminue lorsqu'on est assis, et en même temps le creux des lombes disparaît en tout ou en partie. L'effet est encore plus marqué et une convexité est substituée à la concavité des lombes, si l'on est assis très-bas, si les membres inférieurs sont allongés sur un même plan horizontal, s'ils sont relevés et fortement fléchis sur le tronc, si l'on est accroupi comme dans la *marche des nains* de Clias, comme dans certains exercices de voltige. On peut tirer parti, dans le traitement de la lordose, de toutes ces attitudes et des exercices susceptibles de les produire.

L'orthopédie proprement dite sera associée avec avantage aux exercices quand ceux-ci seront insuffisants; elle devra même être employée seule lorsqu'ils seront à peu près inapplicables, comme chez les femmes récemment accouchées.

La position horizontale est déjà dans ces sortes de cas un très-bon moyen orthopédique. En soulageant les vertèbres lombaires du poids des parties supérieures, en faisant cesser les contractions musculaires nécessitées par les besoins de l'équilibre, elle diminue notablement la courbure du rachis. Vous savez déjà que la courbure normale s'efface ainsi en partie par le repos de chaque nuit. Pour ajouter à l'action du décubitus, on place le corps sur un lit mou, où il tend à décrire une courbe inverse de celle de la région lombaire; on élève la tête, et surtout le bassin et les membres inférieurs.

On peut dans cette attitude fixer le bassin d'une part, la tête, le haut des membres supérieurs ou la poitrine, de l'autre, et exercer sur ces parties de légères tractions continues dirigées en sens opposé, de manière à faire effort, au moyen de poids ou de ressorts, pour étendre les extrémités de l'arc lombaire et pour diminuer sa courbure. C'est ce qu'on appelle l'*extension du rachis*; les lits disposés à cet effet sont les *lits à extension*; j'aurai occasion de vous en parler de nouveau dans la suite; ces lits sont également applicables à quelques cas de cyphose.

On peut encore placer une large bande de toile ou de peau sur l'abdomen et le bas du thorax, en même temps que la région des épaules et le bassin sont relevés et appliqués sur des plans résistants; la courbure lombaire est ainsi soumise à des efforts perpendiculaires opposés qui tendent à la redresser. Il est clair que ce petit appareil ne peut agir avec beaucoup de force, à cause du peu de résistance de son point d'appui antérieur et des graves inconvénients qu'entraînerait une trop forte pression de l'abdomen. Il peut, du moins, servir à prévenir des mouvements contraires au but qu'on se propose.

Des bandages analogues à ceux qui conviennent dans la cyphose, mais agissant en sens inverse, sont aussi employés dans la lordose. Les corsets forment déjà par eux-mêmes une sorte d'étui rigide s'opposant jusqu'à un certain point aux courbures exagérées du tronc. Ils doivent être construits, dans la lordose, de manière à presser à la fois sur la partie antérieure du tronc, vis-à-vis la convexité lombaire, et sur sa partie postérieure, vis-à-vis des points les plus capables de transmettre l'effort aux deux extrémités de l'arc, du côté de sa concavité, c'est-à-dire sur la région dorsale et les épaules d'une part, et sur la partie postérieure du bassin de l'autre. Je mets sous vos yeux le dessin d'un appareil de ce genre. Tout en reconnaissant, comme je l'ai dit à l'occasion de la cyphose, que ces moyens ont une action bornée, qu'ils peuvent présenter des inconvénients dans certains cas, tout en professant que le traitement gymnastique leur est, en général, préférable, je répète que ce serait réduire les ressources de l'art que d'en proscrire entièrement l'usage.

Quelques auteurs ont conseillé des onctions huileuses relâchantes sur les muscles des lombes, comme d'autres en ont pratiqué sur les muscles abdominaux dans certains cas de cyphose avec rétraction musculaire. Ce moyen ne serait indiqué que si la contraction et la tension des muscles paraissaient de nature spasmodique, et si elles persistaient dans la position horizontale.

Secondé, dans la jeunesse, par une bonne hygiène, par les médicaments appropriés à l'état général des sujets, par les forces de la nature et le développement spontané des organes, ce traitement conduit souvent à une conformation régulière et prévient ainsi les suites fâcheuses que la lordose peut entraîner avec l'âge, surtout chez les femmes.

HOPITAL ST-ANDRÉ DE BORDEAUX. — M. GINTRAC.

Irritation gastro-intestinale; hépatite; ictère; anasarque; ascite.

Jean Olive, âgé de vingt et un ans, de Bordeaux, tonnelier, de petite stature, mais bien constitué, teint basané, cheveux noirs, longtemps sujet à des épistaxis fréquentes, jouissait au mois de mars d'une bonne santé. Ayant tiré, comme conscrit, un numéro défavorable, il en éprouva une émotion très-pénible; puis, désireux d'oublier ce chagrin, il alla, de concert avec plusieurs camarades, se livrer à des excès de divers genres, surtout à l'ingestion d'une assez grande quantité de liqueurs spiritueuses. Les jours suivants, il eut du malaise; l'épigastre était sensible, et le teint était devenu jaune; en outre, une blennorrhagie se manifesta. Ce jeune homme, malgré ces maux divers, continuait à manger et à travailler.

A la fin d'avril, son état s'aggrava considérablement; l'hypochondre droit se tuméfia, devint très-douloureux, et les jambes enflèrent. Plus tard, l'œdème s'étendit aux cuisses, et enfin l'abdomen se développa. Olive entre à l'hôpital le 14 mai; il est examiné le 15.

Teinte ictérique très-prononcée sur toute la peau et sur les sclérotiques; point de prurit; jambes et cuisses très-volumineuses, infiltrées; la pression du doigt y laisse une empreinte qui s'efface lentement. Pas de fièvre; pouls petit, régulier (68); langue un peu sèche, epaissie; abdomen volumineux, ayant 87 centimètres de circonférence à sa partie supérieure et 92 à l'inférieure, sonore à la percussion au-dessus de l'ombilic, offrant de la matité et de la fluctuation dans les autres régions.

L'hypochondre droit est tendu, un peu douloureux; on y constate le développement du foie, dont le rebord antérieur dépasse le rebord des

côtes asternales. Dypsnée ; sentiment de gêne, principalement dans le côté droit du thorax, qui ne présente, ainsi que le gauche, ni matité à la percussion ni râle. Urines colorées en jaune-rougeâtre, selles grisâtres. — Quatre ventouses scarifiées sur l'hypochondre droit, tisane de chiendent nitrée, lavements, diète.

Les 16 et 17, ictère un peu moins prononcé. Pas de sensibilité à l'épigastre ni dans les hypochondres. Même développement des membres et de l'abdomen. — Tisane de chiendent avec acétate de potasse, 10; potion avec oxymel scillitique, 2; lait, soupe.

Du 18 au 28, l'hydropisie augmente, l'abdomen acquiert successivement 98 centimètres et 1 mètre de circonférence au niveau de l'ombilic. Membres inférieurs de plus en plus volumineux. Scrotum très-tuméfié, œdémateux; peau du pénis et surtout prépuce très-infiltrés. Appétit. Pouls petit, 98, 100. Ictère toujours très-intense. Urines et selles ordinairement rares, mais rendues abondantes par les divers médicaments employés. — Digitale et scille, 0,6 ; scammonée, 0,40, et gomme gutte, 0,10; acétate de potasse, 15.

Le 29 mai, circonférence abdominale, 102 centimètres; scrotum très-volumineux, ainsi que les membres ; pouls faible et fréquent; évacuations copieuses. — Cessation des purgatifs, tisane de chiendent, lait matin et soir, soupe.

Le 30 mai et les 1er et 2 juin, même état; selles normales.

Les 3, 4 et 5, amélioration notable; pouls moins fréquent; abdomen, 96 centimètres de circonférence. Scrotum et membres moins infiltrés; ictère toujours aussi prononcé. — Tisane de chiendent; lait; soupe.

Le 6, ventre plus volumineux; infiltration plus grande, pouls plus fréquent. Le malade a pris la veille des aliments non prescrits. — Tisane de chiendent nitrée ; lait deux fois ; bouillon.

Les 7 et 8, mieux sensible. Décroissement très-marqué du volume des membres. Scrotum et pénis détuméfiés; abdomen, 76 centimètres de circonférence. Pas de fièvre; grand appétit. — Même traitement.

Le 10, état de plus en plus amélioré, abdomen 70 centimètres ; ictère diminué ; pouls, 64. Vergetures longitudinales sur les membres inférieurs, et principalement aux cuisses, par suite de leur détuméfaction. Appétit. — Tisane de chiendent nitrée, lait trois fois, pain, légumes.

Du 11 au 15, rétablissement des forces. Cessation complète de l'hydropisie et de l'ictère.

Le 16, exeat. Nous avons revu ce malade il y a quelques jours : la guérison ne s'est pas démentie.

Il est évident que sous l'influence d'une irritation des voies digestives, d'une congestion et d'une inflammation du foie, il y eut ictère et hydropisie. Celle-ci portait un caractère aigu ou hypersthénique. Elle a résisté aux diurétiques et aux drastiques ; elle augmentait même en raison de l'énergie de ces médicaments ; elle a commencé à diminuer immédiatement après la cessation de leur emploi. Dès que les organes digestifs n'ont plus admis que des boissons délayantes, du lait et des aliments très-légers, les symptômes ont offert une amélioration plus marquée et plus rapide. Un médicament quelconque, absolument inerte, donné en pareille conjoncture, aurait pu facilement conquérir l'honneur de cette cure qu'en certains lieux on eût regardée comme merveilleuse.

HOSPICE GÉNÉRAL DE ROUEN. — M. Duclos.

Observation de perforation du cœcum, suite de constipation opiniâtre et d'amas de matières fécales. — Abcès de la fosse iliaque. — Ouverture de l'abcès à la région antérieure de la cuisse. — Guérison.

Dans les premiers jours de novembre 1855, un élève en pharmacie de l'Hospice Général fut pris, après six jours de constipation, de fièvre accompagnée de douleurs dans le côté droit de l'abdomen, vomissements de tout aliment ou boisson, insomnie. La langue était sèche, la soif vive, la constipation persistait. A ces symptômes se joignait une sensation d'empâtement de la fosse iliaque droite. La percussion donnait une matité relative bien appréciable en comparant avec le côté opposé. Le ventre était légèrement ballonné. Ces symptômes firent diagnostiquer une inflammation du tissu cellulaire de la fosse iliaque, due probablement à l'état du cœcum. Des purgatifs furent administrés, qui ne produisirent aucun effet et furent rejetés par les vomissements. Une tisane laxative (bouillon d'herbes additionné de sel de Glauber) produisit, au bout de trois jours, une diarrhée abondante ; mais la tumeur de la fosse iliaque du côté droit devenait de plus en plus douloureuse, en offrant un volume plus considérable.

Vers le 17 novembre, la fièvre diminua ; la sonorité reparut un peu dans le côté droit de l'abdomen, les selles étaient bien établies ; la langue était plus humide, le sommeil était revenu. Nous pensâmes qu'il y avait une résolution favorable du phlegmon, qu'on pouvait attribuer à l'emploi d'une application de sangsues, de frictions mercurielles et de purgatifs. La suite nous montra que nous nous trompions. Le lundi 19, l'état général était assez satisfaisant, la fosse iliaque résonnait, mais au pli de l'aine apparaissait un gonflement rouge et douloureux qui attestait une migration de l'inflammation de la fosse iliaque. Le jeudi 22, la partie supérieure et antérieure de la cuisse présentait de la fluctuation avec de la crépitation attestant qu'il y avait des gaz. Ces gaz viennent-ils directement de l'intestin perforé? viennent-ils d'une formation spontanée dans un abcès voisin de l'intestin? L'opération qu'on pratiqua le vendredi matin décida la question. Une ouverture fut faite avec le bistouri au haut de la cuisse, à deux travers de doigt au-dessous du ligament de Poupart, en dehors du muscle couturier; aussitôt sortit, non pas du pus, mais un liquide clair, noirâtre, fétide, mélangé de bulles gazeuses fétides. En prenant en considération l'aspect des selles qu'avait rendues le malade la veille, selles liquides et noirâtres, il n'y avait pas de doute qu'on n'eût affaire à un liquide venant de l'intestin, et dont la couleur noire attestait la présence du sang noirci dans l'intestin. La communication avec l'intestin avait sans doute permis déjà au pus de s'écouler avec les selles, car la pression de la main ne fit pas sortir de pus par l'ouverture faite à la peau de la cuisse.

Le malade est, le 23, dans une grande prostration; le sommeil a disparu depuis deux jours, et son état inspire de vives inquiétudes. — Bouillon et vin.

Le 24 novembre, le malade a dormi un peu la nuit; le pouls est ondulant, mou, régulier; la cuisse a diminué un peu de volume, le liquide qui coule par la plaie est plus épais : ce sont des matières fécales pures. Rougeurs de la peau dans l'étendue du cataplasme; suppression du cataplasme, bouillon. — Le malade n'a pas été à la selle depuis avant-hier.

Le 26, hémorrhagie considérable, dont une partie s'écoule par l'intestin, une autre par la plaie. Syncope, pâleur.

Le 27, matité considérable dans la fosse iliaque, due à des caillots très-probablement. Sortie par la plaie de caillots qui se dégagent difficilement; l'écoulement par la plaie n'est plus fétide.

Le 30, depuis le 27, les caillots qui formaient la matité du côté droit se sont écoulés peu à peu ; la sonorité a reparu, la pâleur et l'amaigrissement augmentent. Le liquide qui s'écoule par la plaie est encore sanguinolent et mêlé de gaz. Le pouls est faible et se ralentit. La grande faiblesse du malade nous engage à prescrire quelques aliments solides avec le bouillon.

Le 3 décembre, les matières fécales ne passent plus par la plaie ; la suppuration devient blanche, crémeuse, elle n'est plus fétide ; la plaie est rosée. Le malade va à la selle tous les deux jours ; il mange des aliments solides.

Le 7, même état satisfaisant. Il reste encore une grande pâleur ; la suppuration est abondante et louable. Le membre droit est un peu plus gonflé que de coutume. La fosse iliaque, à la percussion, nous paraît un peu moins libre.

Le 8, le membre inférieur droit est diminué, la fosse iliaque est libre. Le malade va à la selle à peu près tous les deux jours.

Le 10, il commence à manger de la viande de bœuf et d'autres aliments qu'on varie.

Le 24, convalescence complète.

On trouve dans les bulletins de la Société anatomique de Paris plusieurs autopsies de malades morts par suite de perforation du cœcum par diverses causes.

ICTÈRE GRAVE.

Par M. le docteur Marchand.

Voici un cas d'ictère qui offre beaucoup d'analogie avec celui dont l'observation est rapportée dans le numéro du 31 janvier dernier de la *Gazette des Hôpitaux*. Comme il y a ici une complication, l'intérêt qu'offre ce cas n'en est que plus grand.

La femme X..., âgée de trente-cinq ans, jardinière, enceinte de six mois, d'une bonne constitution apparente, fut atteinte d'ictère à la suite de travaux pénibles, auxquels elle se livrait depuis une quinzaine de jours, et pendant la grande chaleur des dernières journées de mai. Appelé le 31 de ce mois auprès de cette femme, je constatai une teinte ictérique générale, des signes d'embarras gastrique, point de fièvre, point de douleur dans l'hypochondre droit, mais des douleurs assez vives dans l'abdomen. La malade craignait un avortement ; des bains tièdes, de légers laxatifs, des cataplasmes émollients sur le ventre, et la tisane de chiendent nitrée, amenèrent une grande amélioration et firent disparaître les douleurs abdominales que j'attribuais à l'utérus.

Le 3 juin, je fus rappelé de nouveau vers huit heures du soir ; la malade m'apprit que ses douleurs de ventre étaient revenues; elle ajouta que ce jour-là elle n'avait pas pris le bain que je lui avais prescrit. Je fis donner un demi-lavement avec 10 gouttes de laudanum, appliquer un cataplasme sur la région hypogastrique, j'ordonnai le repos au lit, et un lavement semblable une heure après le premier si les douleurs persistaient.

A trois heures du matin, on vint me prévenir que la malade avait perdu les eaux. Lorsque j'arrivai, je trouvai le fœtus et le placenta expulsés; l'un et l'autre, de même que le sang qui s'écoulait de la vulve, offraient une teinte ictérique très-prononcée. La malade paraissait très-bien, ne souffrait en aucun point. — Infusion de tilleul pour boisson et un potage dans la journée.

Vers dix heures du matin, sept heures environ après l'avortement, la malade se trouva très-abattue; il y avait tendance aux lipothymies; les lochies coulaient modérément; la respiration était entrecoupée par des soupirs; le pouls, à 90, était petit, dépressible, fréquent ; température de la peau normale. Le ventre n'était pas douloureux. On donne quelques cuillerées de café et de vin généreux alternativement pour relever les forces.

Le soir, la malade tombe dans le coma et la prostration ; l'intelligence et la sensibilité persistent à un moindre degré. On promène des sinapismes sur les extrémités inférieures, et l'on donne des lavements purgatifs, les garde-robes et les urines étant supprimées, ainsi que les lochies.

Le lendemain matin 4 juin, l'état s'est aggravé dans la nuit; les lavements n'ont pas été rendus, la malade n'a pas uriné ; on pratique le cathétérisme, et l'on obtient 500 grammes environ d'urine bilieuse; le ventre est ballonné, douloureux à la pression ; des caillots sont extraits de la vulve au moyen d'une injection, leur odeur est infecte. L'ictère se complique d'une métrite puerpérale.

La malade expire à onze heures du matin.

Reste à savoir quelle part a eu dans la mort chacune de ces affections : ictère, métrite puerpérale. Ce dernier état a dû évidemment ajouter son influence fâcheuse à l'action déjà si grave par elle-même de l'ictère.

EMPLOI DE L'OPIUM DANS L'ÉCLAMPSIE,

Par M. le Dr Vizerie (de Bergerac).

J'ai lu dans le numéro du 8 septembre dernier de la *Gazette des Hôpitaux*, une leçon de M. Becquerel, avec l'intérêt que commandent les travaux de ce savant. Dans le traitement de l'éclampsie, M. Becquerel ne parle pas de l'emploi de l'opium.

Les opiacés, dit M. Cazeaux dans son excellent *Traité des accouchements*, me semblent devoir être complétement bannis du traitement d'une maladie (l'éclampsie) qui se termine si souvent par des congestions cérébrales.

Je ne sais si nos maîtres sont unanimes pour la proscription des opiacés dans le traitement de l'éclampsie ; mais voici un fait qui me paraît ne pas justifier cette proscription.

Je fus appelé le 9 mai 1856 auprès d'une femme de la campagne, primipare, jeune et bien constituée, dont l'accouchement laborieux paraissait, à la sage-femme présente, ne pouvoir pas se terminer naturellement.

Une attaque de convulsion s'était développée, et lorsque j'arrivais la malade était dans le coma.

Il était dix heures du soir, une saignée avait été pratiquée dans la journée, et suivie de l'administration de 2 grammes d'ergot de seigle en quatre prises. La tête de l'enfant avait franchi le détroit supérieur depuis quatre ou cinq heures, me dit-on. L'utérus était contracté, le travail n'avançait pas ; j'appliquai le forceps. Je m'aperçus alors seulement que l'arrêt du travail était dû à la résistance du périnée. Suivant le conseil de M. le professeur Dubois, j'excisai d'un coup de ciseaux dans l'étendue de 2 ou 3 centimètres, et l'accouchement se termina facilement. L'enfant, du sexe féminin, était vivant, bien conformé, et ne paraissait pas avoir souffert. Dix minutes après, j'opérais la délivrance.

Le coma persista, et une nouvelle attaque eut lieu sous mes yeux : convulsions des paupières et du globe de l'œil; les muscles de la face se contractent et grimacent; convulsions des muscles des membres et du tronc, etc. L'accès dure de trois à quatre minutes, et est suivi d'un coma profond.

Les accès s'étant renouvelés pendant la nuit, je pratiquai, le 10 au matin, une saignée de 500 grammes.

L'état de la malade ne s'améliorant pas, je prescrivis alors un lavement avec 20 gouttes de laudanum de Sydenham, qui fut renouvelé le soir.

Le mieux se manifesta alors seulement.

La nuit du 10 au 11 fut calme, et le 11 au matin, trente heures environ après l'invasion du premier accès, l'accouchée commença à recouvrer l'usage de ses sens.

Le même lavement fut administré le 11, et le soir, lorsque je revis la malade, elle avait toute sa connaissance, et ne se plaignait que d'une grande lassitude. Le pouls, à 58, était encore plein, mais régulier; le ventre un peu douloureux à la pression. — 35 grammes de magnésie pour le lendemain.

Quelques jours après, la mère nourrissait son enfant, et tous deux jouissaient de la plus parfaite santé.

Ce fait me semble prouver qu'il est des cas d'éclampsie où l'opium est indiqué et peut réussir. J'en tire l'indication de l'administration inopportune de l'ergot de seigle dans un cas où l'obstacle à l'accouchement ne pouvait être levé que par l'excision du périnée. J'étais d'ailleurs encouragé à employer les opiacés par l'autorité de MM. Rilliet et Barthez, qui ne craignent pas de les conseiller dans certains cas de méningite des enfants.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 septembre 1857. — Présidence de M. Roche.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Les états de vaccination pour les départements de l'Aveyron, de l'Eure et du Rhône (commission de vaccine);

2° Plusieurs recettes de remèdes (commission des remèdes secrets et nouveaux.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Cornuel, médecin en chef de la marine en retraite, adresse une lettre relative à la contagion de la fièvre jaune.

— M. Bouchardat adresse un mémoire sur la genèse et le développement de la fièvre jaune.

— MM. Jeannel et Moncel adressent un pli cacheté dont le dépôt est accepté.

— **M. le Président** annonce à l'Académie la mort de M. Morichau-Beaupré, membre correspondant à Calais.

RAPPORTS.

Glairine et barégine. — M. Is. Bourdon, au nom d'une commission composée de MM. Chevalier, Caventou, Gaultier de Claubry et Is. Bourdon, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Aulagnier, ayant pour titre : *Recherches sur la glairine et la barégine des eaux minérales.*

Soit par ses recherches personnelles, soit en s'inspirant des travaux déjà anciens de MM. Turpin et Robiquet, M. Aulagnier s'est proposé, dans ce travail, de fixer les idées, la plupart fort divergentes, concernant la barégine. Il a divisé son mémoire en deux parties, qu'il résume en deux questions, savoir :

1° Qu'entend-on par barégine, où et comment se forme cette substance?

2° Quels sont les usages de la barégine, et quelles applications en peut-on faire en médecine et en chirurgie?

M. le rapporteur, après avoir analysé le travail de M. Aulagnier, résume son rapport en ces termes :

Les appréciations de M. Aulagnier concernant la barégine, dit M. le rapporteur, nous ont paru fondées et convenablement formulées. La barégine par flocons ou par fragments ne se rencontre que dans les eaux sulfureuses, et nous pensons comme M. Aulagnier qu'elle ne provient pas uniquement de l'évaporation des eaux, bien que nous ignorions encore quelle en est l'origine.

Votre commission juge, comme M. Aulagnier, qu'il n'y a point iden-

tité entre la barégine des eaux sulfureuses et la substance animale dont Vauquelin a signalé la présence dans les eaux de Plombières, de Néris et de Vichy. La matière verte ou viridine de ces dernières eaux ressemble encore moins à la barégine.

A l'égard des doutes qu'énonce l'auteur sur les propriétés thérapeutiques de la barégine, nous croyons que ces doutes ont besoin d'être dissipés ou confirmés par des épreuves nouvelles. Et afin de donner à l'approbation de votre commission un plus sérieux cachet de vérité, nous conviendrons que le très-estimable travail du docteur Aulagnier n'a pas toujours assez d'enchaînement, et qu'on y désirerait plus d'ensemble. Les innombrables citations dont il est plein ne sont pas toutes d'une exactitude assez rigoureuse. C'est ainsi que, pour ce qui concerne l'académicien Lemonnier, ce n'était pas à moitié du volume que ce médecin, en 1751, réduisait par évaporation l'eau de Baréges; c'était d'abord à 1/30e, et ensuite à 1/60e.

Enfin, et quant aux études microscopiques, l'auteur s'en est tenu aux anciennes recherches de M. Turpin. Or on sait que depuis ce respectable observateur, la science micrographique a fait des progrès considérables.

Au total, votre commission demande que l'Académie remercie M. Aulagnier pour la communication qu'elle a reçue de son savant mémoire.

Votre commission désire, en outre, que l'Académie juge convenable de renvoyer ce grand travail à son comité de publication. (Adopté.)

Eaux minérales de Forges-les-Briis. — M. GUÉRARD, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport officiel sur l'eau de gorges-les-Briis. M. le ministre du commerce, dans une lettre adressée le 9 mai dernier à l'Académie, a de nouveau appelé l'attention de ce corps savant sur l'eau de Forges-les-Briis. « La commission des pétitions, dit M. le ministre, m'a renvoyé, en la recommandant à tout mon intérêt, une demande adressée à Sa Majesté l'Empereur par MM. Debelleyme, conseiller à la cour de cassation, et Destigny (de Caen), ancien sous-préfet, dans le but d'obtenir l'autorisation et la protection du gouvernement en vue d'un établissement d'eaux minérales, qu'ils auraient l'intention de fonder à Forges-les-Briis (Seine-et-Oise) pour le traitement gratuit des pauvres atteints de scrofules, etc. Je viens de nouveau, ajoute M. le ministre, demander à l'Académie de médecine de m'adresser au plus tôt un rapport qui me mette à même de statuer sur cette affaire. »

C'est en réponse à cette lettre ministérielle que M. Guérard a été chargé, au nom de la commission minérale, de faire un rapport.

M. le rapporteur, après avoir rappelé les faits cliniques observés à Forges sur les enfants envoyés par l'administration, et après avoir exposé les résultats des analyses faites par la commission, termine son rapport en ces termes :

En résumé, et comme conclusion générale, la commission propose à l'Académie de répondre à M. le ministre :

1° L'eau des sources de Forges-les-Briis, considérée sous le rapport de sa composition chimique et de ses propriétés physiques et organoleptiques, offre les caractères d'une eau douce de très-bonne qualité. Elle est employée comme telle dans le pays aux divers usages de l'économie domestique.

2° Les résultats avantageux obtenus chez les 25 scrofuleux envoyés à Forges pendant les années 1852, 1853 et 1854, et dont les observations sont consignées au dossier, ne doivent pas être attribuées à une action spécifique des eaux de cette localité.

3° Ces résultats sont dus à l'action combinée et longtemps continuée des bonnes conditions hygiéniques, des bains et des pratiques accessoires de ces bains auxquels les malades ont été soumis pendant les cinq ou six mois qu'ils ont passés à Forges.

4° Ces conditions hygiéniques, à savoir : l'air pur, une propreté exquise et une bonne alimentation, les exercices gymnastiques, les bains et les pratiques accessoires, douches, frictions énergiques, massage, etc., ont pu être réalisées facilement sur le très-petit nombre de malades qui y ont été soumis, et ont amené chez quelques-uns une guérison complète, et chez tous une amélioration très-notable.

5° Mais, si le nombre des malades scrofuleux soumis à ces diverses conditions, venait à être augmenté dans une proportion considérable, ces mêmes conditions, et en particulier la propreté et la pureté de l'air, deviendraient d'autant plus difficiles à réaliser que le chiffre des malades serait plus élevé.

6° Enfin, si ce même chiffre montait à plusieurs centaines réunis sur un même point, il serait à craindre que ces malades ne s'infectassent réciproquement par les émanations de leurs plaies et de leurs déjections, et qu'il n'en résultât une aggravation dans leur situation, et même le développement de quelque affection épidémique, qui pourrait peut-être étendre ses ravages au delà des limites de l'établissement.

7° En conséquence, l'Académie estime qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la proposition de MM. Debelleyme et Destigny, d'élever à Forges un hôpital destiné au traitement des scrofuleux.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

LECTURES.

Ethnologie. — M. le docteur M. H. Deschamps lit un mémoire ayant pour titre : *Etudes des races humaines. — Méthode naturelle de l'ethnologie.* (Commissaires : MM. Bérard, Bouvier et Baillarger.)

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 juillet 1857. — Présidence de M. Bossu, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— La correspondance comprend :

1° Une communication de la Société médico-pratique, relative à un projet intéressant la profession médicale.

MM. Mattei, Vergne et Terrier, sont chargés de se mettre en rapport avec la Société médico-pratique.

2° M. Magne fait hommage à la Société de la seconde édition de son mémoire sur la *Cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal.*

Croup. — Expulsion d'un tube membraneux de deux centimètres de long. — Inefficacité du chlorate de potasse. — Trachéotomie. — Guérison. — M. MATTEI. Depuis la dernière séance, j'ai eu occasion de confirmer par un fait intéressant ce que nous disait notre honorable confrère M. Terrier, sur le peu d'influence du chlorate de potasse pour faire fondre les fausses membranes diphthéritiques.

Il s'agit d'une enfant de cinq ans que j'ai l'honneur de présenter à la Société, et qui, le 7 juin dernier, a été prise de toux. Le 8, à ce symptôme s'est ajoutée la fièvre avec perte de l'appétit. La dyspnée ayant promptement augmenté dans la nuit du 8 au 9, j'ai été appelé auprès de la malade à quatre heures et demie du matin.

Cette enfant offrait tous les signes rationnels du croup, et en particulier la toux caractéristique, sèche, bruyante, sifflante, qui n'amenait aucun soulagement. L'enfant offrait déjà beaucoup d'anxiété et était obligée de rester assise pour ne pas être suffoquée. Pour mieux m'assurer du fait, j'ai examiné l'arrière-gorge, mais à part un peu de rougeur diffuse, je n'ai rien pu découvrir. Le diagnostic entre un œdème de la glotte, une laryngite striduleuse, etc., aurait pu être agité un instant, mais un vomitif décida bientôt la question. L'enfant vomit plusieurs fausses membranes, dont une que je présente à la Société. C'est un tube complet ayant plus de deux centimètres de long et évasé à l'une de ses extrémités. On dirait qu'il représente une partie de la trachée-artère en bas, et l'évasement du larynx en haut. Après la sortie de ces fausses membranes, l'enfant est restée tout à fait calme, et la respiration est redevenue presque normale. La toux elle-même a cessé d'une manière presque complète.

C'était le cas ou jamais de voir si le chlorate de potasse avait une action sur la formation, le détachement ou la dissolution des fausses membranes; aussi ai-je ordonné 5 grammes de ce sel dans une potion gommeuse de 100 grammes, que l'enfant a prise dans la journée du 9 et la nuit.

Le 10, l'ordonnance a été répétée, mais malgré cela l'enfant commence à être de nouveau fatiguée par la toux et l'oppression. Je reviens au vomitif, qui cette fois ne produit aucun heureux résultat.

Le 11, l'état s'aggrave malgré la continuation du chlorate et l'excitation aux vomissements que je provoque dans la journée. Dans la nuit, la malade se retrouve à peu près comme elle était le 9.

Le 12, à quatre heures du matin, les phénomènes étaient tellement graves que je proposai l'opération de la trachéotomie. Notre honorable confrère M. Pailliet, appelé en consultation, fut d'avis, comme moi, que, si une dernière tentative de sinapismes aux pieds et de vomitif n'apportait aucun soulagement, il fallait opérer.

C'est en effet dans la journée du 12, à quatre heures de l'après-midi, que j'ai pratiqué la trachéotomie en présence du médecin consultant, et de quelques-uns de mes élèves, qui me servaient d'aides.

Je n'aurais rien dit de l'opération elle-même si elle n'avait pas offert des particularités qui m'ont frappé et qui me paraissent devoir être rapportées.

L'enfant, déjà dans un état presque asphyxique avant qu'on commençât l'opération, est devenue bleue aussitôt que je l'ai couchée sur le dos, la tête renversée en arrière. J'avais enfoncé le crochet conducteur dans le point qui sert de limite supérieure à la trachée et à peine commencé l'incision des tissus, lorsque l'enfant cessa de respirer; le pouls lui-même disparut.

J'essaye aussitôt de provoquer la respiration artificielle par des pressions latérales du thorax; mais comme le besoin le plus urgent est celui d'ouvrir une large voie à l'air, je confie le soin de la respiration artificielle au docteur Haughton, qui s'est très-bien acquitté de sa tâche. Je continue la section des tissus, et après avoir bien divisé la trachée, j'y introduis le dilatateur de M. Chassaignac, que je confie au docteur Barrago. Ce dernier temps de l'opération a été fait pour ainsi dire sur un cadavre. Le sang ne coulait même plus de la plaie. Pour offrir une plus large voie à l'air, j'ai écarté les bords de la plaie avec des spatules mousses en crochet que j'ai confiées à d'autres aides. Tout était favorable à la respiration, mais l'enfant paraissait avoir déjà expiré; tous les assistants commençaient à perdre espoir de voir la vie revenir, lorsque, à force d'exercer des pressions épigastriques, le soulèvement et l'abaissement des côtes, on s'aperçut que l'enfant commençait à effectuer quelques mouvements de respiration; le pouls aussi redevint sensible. C'est alors que j'ai fini l'opération, en balayant la trachée-artère et le larynx avec une petite éponge montée sur baleine et imbibée d'une solution d'acide chlorhydrique.

Des fausses membranes ont été amenées par l'éponge, par la toux et même par des pinces courbes introduites dans la trachée, et lorsque la respiration a été bien rétablie, j'ai placé la double canule. Cette enfant, qui était déjà un cadavre, deux heures après respirait facilement assise sur son lit.

La journée du 12 et les jours suivants, la malade n'offrit rien de particulier, si ce n'est une sécrétion si abondante par la canule, que la mère, veillant jour et nuit à côté d'elle, était obligée d'ôter, toutes les dix ou quinze minutes, la canule interne pour la nettoyer. Les sécrétions étaient si denses qu'il ne suffisait pas de souffler dans ce tube et de le laver; il fallait chaque fois le ramoner avec un chiffon dans toute sa longueur. Sans cette précaution, l'enfant était menacée à chaque instant de suffocation. Les suites de l'opération ont été des plus heureuses. La plaie s'étant gonflée et une couche de lymphe ayant établi la continuité des surfaces, j'ai cru pouvoir ôter la canule le 14 suivant, sans crainte de voir la plaie se fermer trop tôt.

Le jour de l'enlèvement de la canule, la dyspnée a un peu augmenté; mais les crachats continuant à sortir par la plaie et même par la bouche, l'ordre s'est bientôt rétabli. Une particularité qui mérite d'être notée est que la plaie a offert une odeur gangréneuse des plus caractérisées, sans cependant que les tissus paraissent avoir été mortifiés.

La plaie s'est resserrée insensiblement, et, comme la Société peut le voir, elle est déjà complétement cicatrisée. Pour en revenir au chlorate de potasse, je dirai que ce sel, qui n'avait produit aucun fruit avant l'opération, a été suspendu après, ce qui n'a pas empêché notre malade de se remettre complétement.

M. TERRIER considère le cas en question comme destiné à confirmer l'opinion émise par lui, que le chlorate de potasse ne dissout pas les fausses membranes.

M. MASSON. Je viens d'observer deux cas d'angine couenneuse. Chez l'un de ces malades, le chlorate de potasse devait être employé, ainsi que je l'avais décidé avec un de nos confrères américains; l'usage de ce médicament n'eut pas lieu par oubli, et le malade a néanmoins guéri; si le chlorate de potasse eût été administré, c'est à lui qu'on eût fait honneur de la cure.

M. COURSSERANT. J'ai vu dernièrement avec un de nos confrères une petite fille prise subitement de croup; nous songeâmes tout d'abord à un œdème de la glotte, car nous ne trouvions pas trace de fausse membrane. Néanmoins le chlorate de potasse fut prescrit, mais l'enfant mourut au bout de quelques heures. A l'autopsie, nous trouvâmes que les fausses membranes étaient bornées au larynx.

M. TERRIER. Cet échec dans une affection aussi limitée me semble être la condamnation du chlorate de potasse.

M. CARON. J'ai été appelé avant-hier près d'une petite fille âgée de deux ans et demi, offrant tous les symptômes du croup avec asphyxie imminente. La luette, les piliers étaient recouverts de fausses membranes; malgré l'usage du chlorate de potasse et du sirop d'ipécacuanha, l'enfant succomba dans la journée.

M. TERRIER. Si j'insiste sur la question du chlorate de potasse, ce n'est pas sans motifs. Jugez de la position d'un médecin de campagne, qui n'assiste que de loin aux discussions scientifiques. Quel sera son désappointement de voir échouer une médication que son journal lui aura annoncée comme une merveille! Puisque la presse a enregistré les succès, il faut aussi qu'elle constate les revers, afin que la religion de chacun soit suffisamment éclairée.

M. PICARD. Il y a eu jusqu'aujourd'hui presque autant de revers que de succès; dans l'état actuel et jusqu'à plus ample informé, le mieux est de ne pas se prononcer d'une manière absolue, et d'engager les praticiens à renouveler les expériences.

Abcès dans l'iris; paracentèse de la chambre antérieure; atrophie du globe. — M. COURSSERANT communique l'observation suivante (voir le n° du 22 septembre 1857).

M. MAGNE. L'abcès de l'iris, j'entends l'abcès bien constaté, ne se rencontre pas souvent dans la pratique des maladies des yeux. Je ne parle pas des condylômes de l'iris que l'on observe dans les affections syphilitiques : ceux-ci se remarquent fréquemment sous forme de petites granulations rougeâtres, puis jaunâtres, dont le pus se résorbe habituellement en place et sans épanchement dans les chambres de l'œil.

Le véritable abcès de l'iris avec hypopyon, si ma mémoire est fidèle, je ne l'ai guère observé que trois fois, et trois fois, chose remarquable, à la suite d'opérations de cataracte. Dans deux cas, le pus a rempli les chambres antérieure et postérieure, ne laissant de libre qu'un tout petit segment de la marge pupillaire à la partie supérieure. Dans ces deux cas, la cornée n'ayant point participé à l'inflammation, a permis de bien distinguer le tissu qui fournissait la suppuration. Les deux malades ont perdu la faculté de voir, qui existait depuis plus de six semaines après que l'opération de la cataracte avait été pratiquée.

Le troisième cas est peut-être unique dans la science; il s'agit de la destruction complète de l'iris par la suppuration. Ici le siége du mal est mathématiquement démontré, puisque l'iris a entièrement disparu.

Le sujet est une jeune personne de vingt ans, fille de l'amiral du B..., aveugle de naissance, et sur laquelle j'ai pratiqué l'abaissement de la cataracte aux deux yeux. L'œil gauche recouvra la faculté visuelle; l'œil droit fut le siége d'abcès multiples de l'iris. Le pus encombrant les deux chambres, je dus pratiquer deux fois la paracentèse de l'œil; mais dans les vingt-quatre heures qui suivaient la ponction de cet organe, un nouveau pus était formé. Sangsues, vésicatoires, purgatifs, mercuriaux associés aux opiacés, rien n'a pu triompher du traumatisme; et aujourd'hui que toute inflammation a cessé, la jeune malade, ainsi que je l'ai fait constater à notre honorable confrère M. Lebaudy, offre une pupille égale en diamètre à la cornée, exactement comme dans les cas d'absence congénitale de l'iris. Si l'on place devant l'œil une carte percée d'un petit trou, la malade distingue les objets qu'on lui présente.

En somme, je considère ce fait comme démontrant sans réplique la possibilité des abcès de l'iris, abcès tellement multiples dans le cas en question, que ce diaphragme a disparu sans laisser aucun vestige de sa présence.

Le secrétaire annuel : Al. MAGNE.

Nous avons reçu, depuis la publication de la lettre de M. Joux sur la pustule maligne et son traitement par les feuilles de noyer, deux nouvelles communications de MM. les docteurs Froc (de Sermaise) et Raphaël (de Provins) sur le même sujet. Comme ces deux lettres ne nous paraissent de nature à avancer en rien la question débattue, et qu'elles ne feraient qu'entretenir une polémique personnelle, nous croyons devoir arrêter là le débat jusqu'à ce qu'il se produise des faits nouveaux capables de jeter quelque lumière sur le point important de pratique qui est en cause.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces libraires aux mêmes conditions qu'à Paris.

Leçons sur le chancre, professées par M. le docteur Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie impériale de médecine, etc., rédigées et publiées par A. Fournier, interne de l'hôpital du Midi, suivies de notes et de pièces justificatives, etc. 1 vol. in-8° de 351 pages. Prix, 5 fr. 50 c. Paris, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 113. — SAMEDI 26 SEPTEMBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 113. — SAMEDI 26 SEPTEMBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Kyste uniloculaire de la surface convexe du foie, traité par des injections de bile.

L'idée de traiter les kystes hydatifères du foie par l'injection de bile est une idée nouvelle, qui a été inspirée par l'observation de ce qui se passe dans certains kystes, dont la guérison a eu lieu spontanément à la suite de l'ouverture d'un ou de plusieurs canaux biliaires dans leur cavité, ou bien après de simples ponctions, sans injections consécutives. Dans un cas très-curieux de kyste hydatique du foie, rapporté par M. E. Cadet de Gassicourt dans sa thèse inaugurale de 1856, une rupture spontanée d'un ou de quelques canaux biliaires ayant eu lieu, il s'ensuivit une sorte d'injection biliaire naturelle dans le kyste, qui donna lieu de faire une observation intéressante: c'est que chaque fois qu'il se produisait un afflux de bile dans le foyer, le pus tarissait et la cavité morbide semblait avoir été modifiée par un agent anti-septique. Quelques faits analogues avaient déjà été constatés; c'est, en effet, après avoir fait une observation semblable, que M. Leudet proposait en 1853 à la Société anatomique de provoquer en pareil cas cet afflux de bile dans la poche hydatique, en lacérant les parois du kyste et le tissu du foie au moyen d'un stylet fin, après avoir donné issue au liquide contenu dans le foyer par une ponction pratiquée à l'aide d'un trocart explorateur, et sans faire d'injection dans la poche. Cette opération, dont la valeur est d'ailleurs très-discutable, n'a jamais été faite, que nous sachions. Mais on a conclu de l'observation des faits que nous venons de rappeler à l'indication d'une injection artificielle de bile dans l'intérieur de ces kystes, comme moyen tout à la fois anti-septique et adhésif. Cette idée a été émise pour la première fois dans la thèse de M. Dolbeau, soutenue peu de temps après celle de M. Cadet de Gassicourt, et dont nous avons dans le temps reproduit ici quelques extraits. On a mieux fait depuis; on a appliqué l'idée. M. Auguste Voisin, interne distingué des hôpitaux, dont le nom est bien connu de nos lecteurs, a traité avec l'assentiment de son chef de service, M. le docteur Tardieu, un vaste kyste uniloculaire de la surface convexe du foie par des injections multipliées de bile. Si le résultat n'a pas entièrement répondu aux espérances qu'on avait pu fonder sur cette pratique, cela a dépendu de circonstances indépendantes du traitement lui-même; mais il est aisé de voir qu'il y a au moins dans ce fait un commencement de démonstration expérimentale qui ne doit pas être dédaigné.

Voici la relation de ce fait intéressant, dont nous empruntons les principaux détails à un travail que M. Voisin a lu sur ce sujet à la Société anatomique, et qui a été inséré dans l'un des derniers numéros de la *Gazette hebdomadaire*.

Une femme de cinquante-trois ans entre à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Tardieu, se plaignant d'une orthopnée intense, avec nausées, vomissements fréquents, constipation, et accusant des douleurs dans l'hypochondre dont l'origine remonte à quatre ans. Ces douleurs, d'abord intermittentes, étaient devenues continues depuis six mois. La malade rapporte en outre avoir rendu, à une époque qui n'est pas précisée, des urines d'un noir de café et qui contenaient des caillots sanguins. Enfin, depuis trois mois, la malade s'est aperçue d'une tuméfaction de l'hypochondre droit, et elle a considérablement maigri.

A son entrée à l'hôpital, voici ce que l'on constate :

La région thoracique droite est tuméfiée dans sa moitié inférieure ; les espaces intercostaux y sont écartés. La région du foie est le siége d'une élasticité manifeste ; la main n'y perçoit pas de frémissement hydatique; mais en imprimant un léger choc à la partie antérieure de cette région, il se produit dans la main placée en arrière une sensation de flot. La matité propre au foie commence à la quatrième côte et finit à deux travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes droites. Le foie paraît occuper aussi une partie de l'hypochondre gauche. La pointe du cœur bat en avant de l'angle de la septième côte. On constate à l'auscultation des râles sous-crépitants à gauche, dans toute la hauteur du poumon. Le murmure respiratoire ne s'entend à droite en arrière qu'à partir de la cinquième côte, et en avant à partir de la quatrième. Pas d'œdème des membres inférieurs, pas d'ascite. Les urines sont normales, elles ne contiennent pas d'albumine.

On diagnostique, en conséquence de ces symptômes, un kyste de la surface convexe du foie.

Cet état de la malade était constaté le 15 janvier.

Le 17, on applique le caustique de Vienne dans l'espace intercostal de la huitième et de la neuvième côte.

Le 19, on pratique une ponction avec un trocart explorateur dans le milieu de l'eschare; cette ponction donne issue à un liquide tout à fait transparent comme de l'eau claire, et contenant de petits grains blancs (qui ont été examinés au microscope, mais trop tard pour qu'on ait pu en déterminer exactement la nature). Le soir, la malade est prise de vomissements; la dyspnée est plus grande.

Le 22, on fait par le milieu de l'eschare une ponction avec un gros trocart à canule longue ; il sort deux litres d'un liquide séreux, mais bien différent du liquide recueilli par la ponction exploratrice, en ce qu'il est teint de sang. Aussitôt la sortie du liquide, la malade se dit soulagée. On injecte dans la poche de la bile de bœuf; on n'emploie à cet usage que la quantité de bile contenue dans une vésicule biliaire. La présence de la bile dans la poche hépathique ne provoque chez la malade aucune douleur. On abandonne la plus grande quantité du liquide dans le kyste ; on laisse la canule en place en bouchant son orifice.

Le 23, la malade accuse quelques douleurs dans la région sous-xiphoïdienne de la tumeur. On pratique une deuxième injection de bile.

Le 24, le murmure respiratoire s'entend en arrière à partir de la septième côte. Le liquide qui sort du kyste après vingt-quatre heures a une odeur fade, non fétide, et ne contient pas de trace de pus. — Nouvelle injection.

Une quatrième injection de bile est pratiquée le 25.

Le 26, le thorax en arrière offre une sonorité normale jusqu'à la dixième côte. La malade ne souffre pas, elle reprend de l'appétit. Le liquide recueilli après vingt-quatre heures a une odeur fade très-supportable; il ne contient pas de gaz et il est légèrement trouble. — Cinquième injection.

Le 27, on pratique une sixième injection.

Le 28, la bile de bœuf manquant, on injecte de l'eau tiède.

Le 29, le liquide qui sort du kyste a une odeur très-fétide. On injecte de la bile matin et soir. Le liquide recueilli le soir a très-peu d'odeur.

Le 30, le liquide a peu d'odeur. — Injection de bile.

Le 1er février, le liquide contient beaucoup de pus; il est jaunâtre et continue à être exempt de fétidité. La malade est en proie depuis quelques jours à une diarrhée qui l'affaiblit. — Lavement et potion au ratanhia, décoction blanche. Injection de bile.

Le même traitement, consistant en injections de bile de la tumeur et en astringents à l'intérieur, est continué jusqu'au 18 février. Ce même jour, les accidents constatés dans le poumon gauche s'aggravent; on y entend du souffle de pneumonie. Depuis dix jours, il sort par la canule des flocons jaunâtres, des débris de membranes qui s'opposent souvent à la sortie du liquide.

Le 24, les accidents pulmonaires se sont aggravés. Malgré l'état fâcheux de la malade, le liquide qui sort du kyste a encore bonne apparence; il est d'une couleur jaunâtre et d'une odeur fade, non fétide. Le traitement est continué.

La malade meurt deux jours après, le 26.

Voici quelques-unes des particularités constatées à l'autopsie :

Entre la paroi costale et la surface du foie, au niveau de l'espace qui sépare la huitième de la neuvième côte, existaient des adhérences très-résistantes. Le trajet fistuleux qui faisait communiquer le kyste avec l'extérieur était parfaitement organisé.

Après avoir agrandi l'ouverture fistuleuse et avoir vidé la tumeur, on l'a remplie d'eau, et on n'a pu y introduire tout au plus que trois quarts de litre (on se rappelle qu'il avait été recueilli deux litres de liquide lors de la ponction). La poche ouverte, on y a trouvé une membrane acéphalocyste mère, encore à peu près entière, mais ramollie, prête à se diviser en lambeau. Cette membrane était uniloculaire.

La surface interne du kyste, celle qui était en rapport avec l'acéphalocyste, était lisse et ne présentait pas ces plaques épaisses que l'on trouve à la suite des injections iodées.

On a constaté, enfin, l'existence d'une hépatisation rouge dans le poumon gauche, et des ulcérations dans le duodénum et l'intestin grêle.

Ces dernières lésions sont assurément suffisantes pour expliquer la mort et pour exonérer le traitement de toute part de responsabilité vis-à-vis de ce fatal résultat.

Voilà pour la part d'innocuité.

Quant aux effets immédiats des injections de bile, ce qu'il importe surtout de constater, c'est d'abord l'absence de toute douleur; en second lieu, l'absence de tout symptôme d'infection putride tant que ces injections ont été pratiquées, et enfin la réduction notable du calibre de la cavité kystique et le bon aspect de sa surface interne.

De la pratique de la syphilisation en Norwége.

Nous allons loin cette fois chercher nos documents cliniques. Mais la distance ne fait rien à la chose. La clinique est cosmopolite, et d'où que viennent les faits, pourvu qu'ils apportent avec eux un enseignement utile, qu'ils éclairent un point de science ou qu'ils enrichissent la pratique de quelque ressource nouvelle, nous ne leur demandons pas leur acte de naissance. Si nos lecteurs veulent bien nous suivre, nous les conduirons avec M. le docteur J. H. Guérault à bord de la *Reine Hortense* à travers les mers du Nord, et nous leur ferons connaître successivement quelques-uns des résultats des intéressantes recherches que ce jeune médecin a faites pendant le voyage scientifique du prince Napoléon, — sur l'éléphantiasis grec endémique de l'Islande et de la Norwége, connu sous le nom de *spédalskhed*, sur la maladie hydatique des Islandais et sur l'état de la pratique de la syphilisation à Christiania; — recherches qui font le sujet de sa thèse inaugurale.

Nous commencerons par ce dernier point, qui a plus que les deux autres le privilége d'exciter en ce moment l'attention du public médical dont le jugement sur cette question est encore en suspens.

Nous avons déjà exposé (voir le numéro du 22 novembre de l'année dernière), dans un rapide aperçu du travail publié par M. le professeur Boëck (de Christiania) sur la syphilisation des enfants, les propositions qui résument les résultats que ses expériences, déjà nombreuses à cette époque, lui avaient permis de constater. Ces propositions peuvent à leur tour être résumées dans ces trois points capitaux :

1° Immunité acquise par les inoculations ;

2° Guérison par la syphilisation des accidents syphilitiques existant lorsqu'on l'a commencée ;

3° Innocuité complète de cette pratique et même influence favorable exercée par les inoculations sur l'état général des syphilisés.

Nous nous bornerons à emprunter au travail de M. Guérault quelques-uns des faits qu'il lui a été donné de voir, et qui tendent à démontrer l'exactitude de la deuxième proposition : Curabilité des accidents syphilitiques par la syphilisation. Les faits que nous allons rapporter ont été ou constatés ou relevés, d'après les renseignements que leur a fournis M. Boëck, par M. Guérault et par M. le docteur Bellebon, chirurgien principal de la marine et l'un de ses compagnons de voyage.

A Bergen, l'hôpital Saint-Georges, dont M. Danielsen est le médecin en chef, est spécialement consacré au traitement de la spédalskhed ou éléphantiasis des Grecs. M. Danielsen a eu l'idée d'appliquer la syphilisation au traitement de cette affection, qu'il regarde comme constituée par un état dyscrasique du sang profondément altéré dans sa composition; il a pensé que cette dyscrasie pourrait être influencée par la modification profonde que la syphilisation imprime à l'économie. M. Danielsen inocule les sujets atteints de la spédalskhed, soit pour agir sur l'organisme tout entier, soit pour agir simplement sur les tubercules lépreux eux-mêmes, qui sont détruits par les ulcérations syphilitiques artificielles. Il a déjà vu quelques cas dans lesquels des tubercules de spédalskhed, après avoir disparu par ce moyen, ne se sont pas reproduits après un temps assez long.

M. Danielsen espère, d'après le dire de M. Guérault, mais sans pouvoir l'affirmer, que la syphilisation pourra combattre efficacement, non pas seulement les symptômes, mais encore la diathèse éléphantiasique, par une influence analogue à celle qu'exercent l'une sur l'autre la variole et le spédalskhed. Il paraît établi, en effet, d'après M. Danielsen, que ces deux affections, par une espèce d'incompatibilité, ne peuvent exister ensemble chez le même individu.

A Christiania, un grand nombre de malades sont traités par la syphilisation, dans le service que dirige M. Boëck à l'hôpital des vénériens de Christiania.

Voici la relation sommaire des faits :

I. Un enfant âgé de quatre mois, né syphilitique. Cet enfant

n'avait que sept semaines quand les inoculations ont été commencées. Elles ont été faites aux cuisses, aux bras et à la poitrine. Un exanthème squammeux, qui couvrait la face d'un masque cuivré et caractéristique, et qui, avec un coryza syphilitique, ne pouvait laisser aucun doute, était, au moment de l'examen, en voie de dessiccation. Le coryza avait disparu. L'état général était très-satisfaisant : l'enfant était très-développé et paraissait de très-bonne humeur. Les inoculations étaient en grande partie cicatrisées.

II. Jeune fille entrée à l'hôpital depuis un mois et demi pour des accidents de syphilis secondaires. On constate des ulcérations anales et pharyngiennes en pleine réparation. Elle a été syphilisée pendant deux mois et demi. M. Boëck la considère comme étant sur le point d'avoir atteint l'immunité. (D'après l'expérience de M. Boëck, l'immunité se produit, en moyenne, en trois mois ou trois mois et demi ; elle peut se produire en moins de temps quelquefois. Il faut ordinairement prolonger les inoculations de quatre mois à quatre mois et demi chez les sujets qui ont pris du mercure.)

III. Femme de trente ans, atteinte de syphilis constitutionnelle dont la principale manifestation est une double iritis vénérienne. Elle est soumise à la syphilisation depuis un mois ; il y a une assez grande amélioration, beaucoup moins d'injection, moins de photophobie. M. Boëck, fidèle à ses principes, s'est abstenu de toute médication antiphlogistique.

IV... V. Femme âgée de vingt-huit ans ; syphilis tertiaire ; malade depuis huit ans. Cette femme a subi plusieurs traitements mercuriels et iodés ; elle est réduite à un état d'anémie extrêmement prononcée. Elle présente sur tout le corps un *ecthyma* syphilitique à larges pustules ovalaires, entourées par des intervalles de peau intacte, mais terreuse et flétrie. Aux membres inférieurs existent de larges bulles de *rupia* et de vastes ulcérations irrégulières et sinueuses, à fond grisâtre, et recouvertes de croûtes brunes très-épaisses. Il y a aussi sur quelques points des nodosités tuberculeuses, les unes recouvertes par la peau intacte, les autres ayant produit de profondes ulcérations, qui ont détruit tout le derme.

C'est, suivant M. Boëck, une *syphilide tuberculo-serpigineuse*, maladie toujours incurable dans les pays du Nord, où on la confond souvent avec la radezyge, et qui n'est influencée par aucun des moyens ordinaires.

Cette femme, à son entrée à l'hôpital, était tellement faible et anémique, qu'on a été obligé de lui donner d'abord des toniques et de reconstituer un peu son organisme, avant de pratiquer les inoculations.

Celles-ci étaient commencées au moment où M. Guérault a vu la malade, et son état général, depuis qu'elle était sous l'influence de la syphilisation, avait plutôt gagné.

Dans le service des hommes, M. Guérault a constaté sur plusieurs malades entrés avec différents symptômes, entre autres des pustules plates à l'anus, l'amendement des symptômes et un excellent état général sous l'influence de la syphilisation.

Voici les renseignements qu'il a recueillis sur quelques-uns d'entre eux.

VI et VII. Deux sujets de vingt à vingt-cinq ans lui sont montrés avec les cuisses presque entièrement occupées, à la partie interne, supérieure et moyenne, par de vastes ulcérations produites par la rencontre des inoculations très-nombreuses qui leur ont été faites. Ces deux jeunes gens, qui ont été syphilisés pour des syphilides graves et confluentes, ont vu s'amender notablement leurs accidents, mais les ulcères des cuisses sont devenus phagédéniques.

Le remède contre le phagédénisme, pour M. Boëck, est la syphilisation prolongée et renforcée. On guérit aussi bien et plus vite le phagédénisme, dit-il, en continuant et en augmentant les inoculations, et en se servant de virus plus énergiques que par les moyens ordinaires.

VIII. Un autre sujet est présenté ayant eu des ulcérations phagédéniques par le fait de l'infection, et chez lequel, les inoculations ayant été appliquées, il y a eu rémission complète de ce phagédénisme et immunité syphilitique acquise, enfin guérison de tous les accidents, le tout en onze semaines.

A l'hôpital des maladies chroniques et des incurables, M. Guérault a vu trois enfants nés avec de graves accidents de syphilis congénitale : tous les trois étaient guéris à l'époque de sa visite à cet hôpital, après avoir été soumis deux mois et demi à la syphilisation seule. La cicatrisation des inoculations était complète.

Quelques-uns des malades anciennement traités dans les hôpitaux ou appartenant à la pratique civile, et que M. Boëck a montrés à MM. Guérault et Bellebon, présentent, à raison de la plus grande ancienneté des inoculations, des résultats beaucoup plus concluants.

Ainsi une femme atteinte de syphilis avait mis au monde à l'hôpital un enfant qui, presque aussitôt après la naissance, présentait des symptômes syphilitiques, un exanthème grave occupant les cuisses, la face et une partie du tronc, le soulèvement de l'épiderme des pieds et des ulcérations dans la gorge. La mère présentait de son côté des accidents constitutionnels nombreux, tubercules muqueux, ulcères du mamelon, ulcérations de la gorge, exanthème général. Tous deux furent syphilisés : une centaine d'inoculations furent pratiquées à l'enfant dans l'espace de quatre mois. Tous deux étaient guéris de leurs accidents syphilitiques, ainsi que des inoculations curatives. Rien n'a reparu sur aucun d'eux depuis neuf mois que la syphilisation a été terminée.

Une vieille femme (c'est la première que M. Boëck a syphilisée) a été soumise aux inoculations pour un ecthyma vénérien, qui avait envahi tout le corps et qui, aux membres inférieurs, avait dégénéré en rupias produisant de vastes ulcérations à croûtes noirâtres de la plus mauvaise nature. Il y a trois ans et demi que cette femme est sortie de l'hôpital, et elle s'est toujours bien portée depuis cette époque éloignée. Les traces des ulcères de la syphilisation sont à peu près effacées, leurs cicatrices sont déprimées et lisses, et rappelleraient beaucoup celles de la vaccine, si ce n'est qu'elles sont rosées ou rouges au lieu d'être blanches comme ces dernières.

Un jeune homme de vingt-cinq ans, que M. Boëck a commencé à soigner dans l'état suivant : chancre huntérien persistant depuis très-longtemps à la verge ; exanthème papuleux et vésiculeux très-confluent sur tout le corps ; ulcérations très-larges à la gorge ; pustules plates à l'anus et au scrotum, a été syphilisé depuis le 8 septembre 1855 jusqu'au 23 février 1856. Pendant son traitement il est survenu une iritis très-aiguë. — Aujourd'hui tout symptôme a disparu ; les inoculations sont cicatrisées, et celles de précaution que M. Boëck a pratiquées (suivant son habitude, dans les premiers temps qui suivent le traitement) pour bien s'assurer de l'immunité du sujet, sont, en effet, demeurées sans résultats positifs.

Nous croyons inutile de multiplier davantage ces citations. Nous renverrons d'ailleurs ceux qui voudront avoir des renseignements plus précis à cet égard à la thèse de M. Guérault. Nous les croyons suffisantes pour montrer qu'il y a réellement quelque chose de très-sérieux dans la syphilisation curative, et que les faits de la pratique de M. Boëck sont de nature à faire naître de mûres réflexions.

Amputation de la jambe par diaclasie.

Nous devons à l'obligeance de notre confrère M. le docteur A. Favrot, la communication des deux faits suivants, qui ne peuvent manquer d'exciter un vif intérêt, ou de piquer au moins la curiosité. Il s'agit de deux opérations pratiquées par M. Maisonneuve à la Pitié, le 15 septembre dernier, en présence de plusieurs confrères des départements et de l'étranger : l'une tout à fait insolite, et qui, sous les réserves ultérieures de la critique, se présente à nous tout au moins avec un caractère incontestable d'originalité, bien qu'elle ait cependant ses antécédents dans les divers procédés d'écrasement exécutés ou proposés jusqu'ici ; l'autre qui, pour n'être pas tout à fait aussi nouvelle, n'en est pas moins encore à cette période d'incubation pénible et laborieuse qu'attesterait au besoin le souvenir encore récent des vives discussions dont elle a été l'objet. Nous voulons parler d'une *amputation de la jambe par diaclasie*, et d'une *uréthrotomie* pratiquée dans un cas très-grave de rétrécissement avec rupture spontanée du canal de l'urètre, c'est-à-dire dans un de ces cas difficiles où la plupart des méthodes s'avouent impuissantes.

Le rédacteur de la *Revue* n'ayant pas été témoin de ces deux opérations, les rapportera sans aucun commentaire, et sous la responsabilité du confrère qui a bien voulu lui en communiquer la relation.

D'abord qu'est-ce que la *diaclasie*, ou la *méthode diaclasique ?* Comme il est probable, dit notre confrère, qu'avant peu M. Maisonneuve en fera l'objet d'un travail académique, nous nous bornerons pour l'instant à dire que dans cette méthode d'amputation le chirurgien n'emploie ni le couteau pour couper les chairs, ni la scie pour couper les os, ni les ligatures pour arrêter le sang ; que l'opération est des plus rapides, des plus simples, et qu'elle peut à la rigueur s'exécuter sans aide, et sans perte de sang.

Voici le fait :

Un homme de trente-deux ans était affecté depuis plusieurs années d'une tumeur blanche suppurée de l'articulation tibio-tarsienne, ainsi que de presque toutes les articulations du tarse et du métatarse ; de nombreux traitements avaient été employés sans succès, et le malade était venu se confier aux soins de M. Maisonneuve pour l'amputation qu'il réclamait.

Cette opération a été pratiquée le 15 septembre de la manière suivante :

1° Le malade, couché sur le lit d'opération, et d'abord soumis au chloroforme, M. Maisonneuve, appliquant alors sur le tiers inférieur de la jambe une petite machine à vis en forme de serre-nœud, brise d'un seul coup les deux os au même niveau sans contondre les téguments.

2° Après cette rupture, l'opérateur applique sur les chairs, à quatre travers de doigt au-dessous du niveau de la rupture, un constricteur énergique avec lequel il serre modérément les tissus.

3° Pendant que les parties molles sont ainsi étranglées, l'opérateur les incise avec le bistouri à 2 centimètres au-dessous du point de constriction, en ayant soin d'isoler parfaitement les os.

4° Saisissant alors le pied et le bas de la jambe, il s'en sert comme d'un manche pour extraire le fragment inférieur des os, qui ne tient plus que par quelques parties molles faciles à décbirer.

5° Enfin, il achève l'opération en faisant agir son constricteur jusqu'à la section complète de la peau et de tous les tissus sous-jacents.

Après cette opération, qui a duré à peine cinq minutes, il ne s'écoule pas une goutte de sang. Le moignon présente une forme régulière ; son extrémité est légèrement froncée en bourse. L'opérateur applique un pansement simple, et le malade est reporté dans son lit.

Examen de la pièce. — Cet examen démontre l'urgence de l'amputation ; mais, chose remarquable et que notre narrateur avait à peine osé croire, dit-il, bien que M. Maisonneuve eût affirmé avant l'opération que les choses se passeraient ainsi, c'est que le tibia et le péroné se trouvaient brisés en rave exactement à la même hauteur et sans la moindre esquille.

Voici maintenant le second fait, à l'égard duquel nous faisons les mêmes réserves que pour le précédent.

Rétrécissement de l'urètre ; rupture spontanée de ce canal ; épanchement urinaire dans les bourses. Urétrotomie par le procédé de M. Maisonneuve.

Un homme, âgé de quarante-trois ans, était atteint depuis plusieurs années de rétrécissements de l'urètre, pour lesquels il avait subi divers traitements dilatateurs.

Depuis six mois environ, il avait négligé toute espèce de soin, et il en était arrivé à ne plus uriner que goutte à goutte avec des efforts violents.

Le 14 septembre au matin, après d'impuissants efforts pour rendre ses urines, le canal se rompit dans la région bulbeuse, et l'urine s'infiltra dans le tissu cellulaire des bourses et de l'abdomen. C'est dans cet état qu'il fut transporté à l'hôpital. L'interne de service essaya vainement d'introduire une bougie filiforme, et le lendemain 15, à la visite de M. Maisonneuve, les bourses étaient déjà en partie sphacélées et l'infiltration urineuse s'étendait jusqu'au niveau de l'ombilic et des hypochondres. Le salut du malade exigeait donc impérieusement que le cours des urines fût immédiatement rétabli. C'est ce que fit M. Maisonneuve au moyen de ses ingénieux instruments.

Il prit d'abord une bougie conique et filiforme à sa pointe, qu'il poussa jusqu'au rétrécissement, et dont après divers tâtonnements, il parvint à introduire la pointe dans le point rétréci. A cette bougie il en substitua une autre plus résistante, bien qu'aussi déliée, et parvint, en usant de précautions extrêmes, à la pousser jusque dans la vessie.

Ceci étant fait, M. Maisonneuve, se considérant désormais comme maître de la place, déclara aux assistants qu'avant cinq minutes il introduirait dans le canal une sonde du volume qu'il voudrait.

En effet, à l'extrémité externe de la bougie introduite dans le canal, il glissa un petit conducteur cannelé en métal, qui, ne faisant ainsi plus qu'un avec la bougie, fut poussé lentement à sa place jusqu'à la vessie. Dans la cannelure de ce conducteur, il introduisit aussitôt un scarificateur à lame découverte, auquel il fit parcourir toute la longueur du canal, incisant ainsi tous les rétrécissements.

Cette scarification était faite dans le but de permettre l'introduction d'instruments plus volumineux. Effectivement, après avoir retiré le scarificateur, il vissa sur l'extrémité de la bougie conductrice un urétrotome qu'il fit pénétrer facilement dans la vessie, et qui lui servit à inciser largement le point rétréci. Puis, dévissant l'urétrotome, il y substitua un mandrin sur lequel il fit glisser une sonde élastique du n° 24, laquelle pénétra sans difficulté et permit d'évacuer l'urine.

Le lendemain, 16 septembre, ce malade était dans l'état le plus satisfaisant.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. Bouvier.

Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur (1).

(Recueillies par M. Moilin, interne du service.)

Lordose dorsale. — Il n'est pas démontré que la région dorsale soit jamais atteinte primitivement de lordose *spontanée* ou *essentielle.*

Une pièce de Duverney que j'ai déjà citée semblerait un exemple de lordose générale primitive ; mais la description en est trop incomplète pour dissiper tous les doutes. Duverney se contente de dire : « J'ai vu la portion d'une épine courbée de cette manière ; elle contenait les vertèbres du dos, des lombes et de l'os sacrum..... Les cartilages de *toutes* les vertèbres étaient ossifiés, et *elles* ne faisaient qu'un corps continu courbé en devant, et tout à fait inflexible. » Les côtes existantes étaient aussi soudées aux vertèbres, comme dans la colonne de Séraphin.

Je ne comprends pas qu'on ait cité comme un exemple de lordose dorsale la description, communiquée à Renard par Siebold, d'un squelette rachitique de la collection de Wurtzbourg, description dans laquelle ce qui a trait au rachis se réduit à ceci : « La colonne vertébrale est courbée à la *première* vertèbre dorsale très-considérablement *en arrière.* »

Delpech a publié comme un cas de lordose dorsale l'observation d'un jeune homme de seize ans, d'une taille démesurée, atteint de courbure vertébrale avec déformation du thorax et affection pulmonaire chronique. Quinze mois de traitement rétablirent la rectitude du tronc, ainsi que la santé générale. Mais il est aisé de voir, par la description du torse et par la figure qui l'accompagne, que c'était un cas de scoliose à courbure latérale triple, et non une lordose.

Mon excellent collègue M. Houel a désigné une des pièces du musée Dupuytren, le n° 539, sous le titre de « colonne affectée de lordose *générale.* » Je dois à sa complaisance de pouvoir mettre cette belle pièce sous vos yeux. Il manque le sacrum, cinq vertèbres cervicales et quatre lombaires. On ne possède point de ren-

(1) Suite. — Voir les numéros des 8, 15 et 24 septembre.

seignements sur l'origine de cette pièce. Il est donc possible qu'il ait existé dans un autre point du rachis une déformation qui aurait précédé celle de la région dorsale, et qui en serait la cause déterminante.

D'après les seuls faits qui soient à ma connaissance, je ne puis, vous le voyez, vous parler de la lordose dorsale essentielle; je ne vous entretiendrai que de la lordose dorsale symptomatique.

Lordose symptomatique. — Je réunis dans une description commune les lordoses symptomatiques du cou, du dos et des lombes.

Je ne fais que rappeler la lordose cervicale, produite par le mal sous-occipital. J'en ai parlé dans mes leçons de 1855.

Je ne ferai également qu'indiquer la lordose dépendant de cicatrices vicieuses; toutes les formes de courbure du rachis peuvent être déterminées par cette cause, fréquente surtout à la région cervicale. Mais leur histoire se rattache dans ce cas à celle de ces cicatrices elles-mêmes.

Je ne considérerai ici que trois sortes de lordoses symptomatiques : la lordose par contracture; la lordose de compensation; la lordose paralytique. Je dirai en terminant quelques mots de la lordose congénitale, qui me paraît rentrer dans la même catégorie.

a. La contracture des muscles de la nuque est assez commune chez nos enfants; elle donne lieu à une véritable lordose cervicale. Mais c'est une affection aiguë dans laquelle la difformité, l'inclinaison de la tête et des vertèbres ne jouent qu'un rôle très-secondaire. Cette contracture se montre-t-elle à l'état chronique sous la forme permanente? La chose est possible, mais je n'en connais pas d'exemple. Les rétractions des muscles du cou sont généralement latérales et non directement postérieures.

La contracture du dos et des lombes est fort rare, même à l'état aigu, lorsqu'elle ne dépend pas du rhumatisme. Je ne m'y arrêterai pas. Le spasme tonique de l'opisthotonos, malgré la lordose qu'il produit, est manifestement étranger à mon sujet.

b. La lordose la plus fréquente de toutes est sans contredit la lordose de *compensation*. Je donne ce nom à celle qui doit son origine aux efforts destinés à *compenser* une autre inclinaison du squelette pour la conservation de l'équilibre.

A la région cervicale, cette lordose symptomatique est ordinairement l'effet du mal vertébral des premières vertèbres dorsales.

Hippocrate disait déjà que « les individus atteints de gibbosité sont forcés de tenir le cou saillant en avant, λορδὸν, afin que la tête ne soit pas pendante. » Et Galien explique clairement dans son Commentaire, qu'en raison de l'inclinaison des vertèbres dorsales dans ce cas, les malades auraient la tête penchée vers la terre s'ils ne relevaient le cou en arrière. C'est, en effet, autant pour l'exercice de la vision que pour l'équilibration du corps, que la lordose cervicale se produit dans le mal vertébral avec cyphose du haut de la région dorsale.

Le renversement de la tête est alors d'autant plus prononcé, que la lésion est plus rapprochée du cou et l'inclinaison en avant plus considérable. Un pli profond se forme à la nuque, qui est très-courte; la face est dirigée en haut; le larynx et le corps thyroïde font saillie en avant; les jugulaires externes sont gonflées; toutes les parties molles de la région antérieure du cou sont tendues; l'allongement, le rétrécissement des voies aériennes et alimentaires gênent la déglutition, rendent la respiration difficile.

Malgré la gêne de cette attitude, elle se maintient avec tant de persistance, que la lordose ne tarde pas à être confirmée par l'accommodation des vertèbres et de leurs ligaments à cette nouvelle position. C'est ce que l'on voit sur ce squelette, où la partie inférieure du cou décrit une forte courbure permanente, qui change brusquement la direction du rachis, fortement incliné dans la région dorsale.

Il faut souvent quelque attention pour ne pas confondre cette attitude, chez les enfants, avec celle qui dépend de l'affection sous-occipitale.

La lordose dorsale se voit presque uniquement dans les cas de cette espèce, lorsque la cyphose occupe les régions cervicale ou lombaire, ou bien un point de la colonne dorsale elle-même.

Vous en voyez ici plusieurs exemples. Je range parmi eux le n° 539 du Musée Dupuytren, quoique j'ignore, comme je l'ai déjà dit, la véritable cause de la courbure dans ce cas.

Cette lordose dorsale symptomatique présente des caractères assez semblables à ceux de la lordose lombaire, si ce n'est que la courbure ne devient pas, en général, aussi considérable, étant ordinairement limitée par les résistances qu'elle rencontre, notamment par la pression réciproque des apophyses épineuses.

C'est assurément une chose merveilleuse que de voir la seule action musculaire renverser ainsi la courbure naturelle du rachis, changer la configuration, non-seulement des ligaments, mais des vertèbres elles-mêmes, affaissées en arrière, — comme on le voit sur ces pièces, — et faire enfin d'un dos naturellement un peu voûté, non pas seulement un dos *plat*, mais encore un dos *creux*. Rien ne saurait mieux nous donner une idée de la puissance des muscles pour modifier les os; rien n'est plus propre à nous inspirer une juste confiance dans l'efficacité des mouvements bien dirigés, lorsqu'il s'agit de corriger, chez les jeunes sujets, les défauts de conformation du squelette.

L'influence de la lordose sur la figure du thorax, sur sa cavité, sur les viscères thoraciques et leurs fonctions, a été fort exagérée par certains auteurs. On s'est appuyé sur des observations qui n'avaient rien de général. On ne rencontre ces complications que dans quelques cas. Le sternum peut être déformé, mais moins fréquemment que dans la cyphose.

La lordose symptomatique de la région lombaire se produit dans la cyphose sacrée, dorsale ou même cervicale. Dans ce dernier cas et dans le premier, elle existe avec la lordose dorsale et lui fait suite.

Elle se produit encore toutes les fois que le bassin vient à changer de direction. Il y a, comme nous l'avons dit, entre le bassin et la colonne vertébrale, une réciprocité parfaite; les déviations de l'un sont corrigées par les déviations de l'autre, quel que soit le siége de la lésion primitive.

Les causes qui agissent en premier lieu sur le bassin sont nombreuses. Ce sont toutes celles qui produisent un certain degré de flexion permanente des cuisses, dans laquelle les fémurs ne peuvent être placés verticalement sans que le haut du bassin s'incline en avant. Telles sont les coxalgies, les luxations du fémur non réduites ou congénitales, les courbures rachitiques des membres inférieurs, les abcès par congestion, les rétractions musculaires, etc., siégeant d'un seul côté ou des deux; la lordose est plus marquée dans ce dernier cas. La déformation du rachis n'arrive alors que lentement, parce que la cause qui la produit est intermittente et n'agit que pendant la station. Cette cause est le plus souvent facile à reconnaître, pour peu qu'on la cherche avec soin; elle se trahit par les signes de l'affection primitive.

Voici quelques exemples de lordose symptomatique :

Premier cas. — Ce malade me fournit l'occasion assez rare de compléter une observation. C'est le nommé E. Goizet, dont j'ai parlé dans mes leçons de 1855 et dans un mémoire *sur l'absorption des abcès par congestion*. Je l'ai cité comme un exemple de guérison d'un abcès de ce genre par l'absorption du pus. Aujourd'hui il présente un nouvel abcès dans la même région, dans la fosse iliaque droite; mais je ne désespère pas de le voir encore se résorber. Pour revenir au sujet qui nous occupe, vous voyez que cet enfant présente une lordose lombo-dorsale; en le faisant asseoir et courber en avant, vous remarquez qu'il ne se forme plus de cyphose physiologique.

Deuxième et troisième cas. — Ces deux autres enfants présentent chacun une lordose lombaire; chez l'un, elle est due à une cyphose de la partie supérieure du dos; chez l'autre, c'est la partie inférieure de cette région qui a été primitivement affectée.

Quatrième cas. — Chez ce quatrième malade, la cyphose occupe les lombes et le sacrum, et la lordose est à la hauteur de la région des reins.

Cinquième cas. — Cet autre présente la disposition contraire. La cyphose est au niveau des premières lombaires, et il y a deux lordoses, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la lésion.

Sixième cas. — Chez cet autre enfin, le mal vertébral occupe un siége très-élevé, les premières dorsales. Il y a également deux lordoses de compensation; l'une au cou, l'autre aux lombes. Cet enfant présente en outre une disposition remarquable du thorax qui est liée à la cyphose dorsale. Ce sont deux gouttières assez profondes situées de chaque côté du thorax, et dues à la saillie et au déplacement de deux côtes. Celles-ci, basculant avec leurs vertèbres, ont passé en dehors et au-dessus des côtes qui leur étaient naturellement supérieures, et ont donné lieu à l'apparence bizarre que vous remarquez.

Septième cas. — Enfin, chez cette petite fille, vous voyez un exemple de lordose symptomatique d'une coxalgie. Celle-ci est unique et siége à droite. Lorsque l'enfant est debout, le bassin se relève en arrière, à cause de l'obliquité de la cuisse en avant; et il se produit une lordose lombaire très-marquée; mais, lorsque l'enfant est assise, tout disparaît; lorsqu'elle se courbe en avant, il se forme une cyphose dorsale physiologique, ce qui prouve que le rachis n'est point encore altéré dans sa conformation.

ABCÈS SOUS-APONÉVROTIQUE DE LA FOSSE ILIAQUE; ouverture spontanée; guérison.

Par M. DUPUY, chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-André (de Bordeaux.)

M. D..., étudiant en médecine, fut affecté d'une adénite subaiguë du pli de l'aine (côté gauche). Deux ou trois ganglions étaient tuméfiés; la pression déterminait un peu de douleur; état fébrile. Ce jeune homme était lymphatique; il n'avait pas eu de chancres; je ne pus assigner aucune cause, si ce n'est un peu de fatigue, à cet engorgement ganglionnaire : dix sangsues; repos. Les jours suivants, onguent napolitain avec l'extrait de belladone; cataplasmes.

La tumeur inguinale avait diminué beaucoup, mais l'état fébrile persistait; le malade accusait une douleur dans la fosse iliaque du même côté; il y avait de l'empâtement; les mouvements de la cuisse étaient douloureux; la cuisse finit par se fléchir sur le bassin; l'extension, très-douloureuse, devint impossible.

Il y avait un mois et demi environ que ce jeune homme gardait le lit, lorsque je pus constater les signes physiques d'un abcès iliaque sous-aponévrotique. Peu à peu la collection purulente gagna l'arcade fémorale; enfin une tumeur fluctuante, communiquant avec la tumeur iliaque, vint se former au-dessous de l'arcade. Le pus, bridé par l'aponévrose iliaque, avait suivi le tendon de l'iliaque.

Le sujet était très-amaigri; nous avons déjà dit qu'il était lymphatique; il y avait un fièvre légère, mais continue. Je priai M. Hirigoyen, alors chirurgien en chef de l'hôpital, de vouloir bien me donner son avis. Il partagea mon opinion sur le siége de l'abcès, et nous crûmes tous deux que l'abcès était symptomatique d'une carie de l'os iliaque. La temporisation fut conseillée.

Le pus devint plus superficiel, et peu de jours après la consultation, une piqûre de sangsue, placée près de l'épine iliaque antéro-supérieure, s'ouvrait spontanément, laissant écouler un pus crémeux. L'écoulement se fit peu à peu; la pression que les viscères exerçaient sur la tumeur, favorisait le passage du pus par une voie sinueuse et étroite; l'air ne pénétrait pas dans le foyer, où jamais le vide n'était fait. En dix jours, tout écoulement cessa, et le malade fut promptement rétabli.

(*Union médicale de la Gironde.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 septembre 1857. — Présidence de M. BOUVIER.

Suite de la discussion sur les tumeurs fibreuses de l'utérus. — Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. Huguier, reprenant la question des tumeurs fibreuses utérines, pense qu'il faut bien se garder de considérer comme un fait assez ordinaire la diminution, et, bien plus, la disparition des tumeurs fibreuses de l'utérus. Si M. Cazeaux a émis une opinion favorable à cette manière de voir, cela tient sans doute à la confusion qui semble régner dans le diagnostic des tumeurs utérines; et à ce propos, M. Huguier rappelle les divisions qu'il a pu admettre en basant sa classification sur les recherches nécrosropiques.

Ainsi, la tumeur fibreuse unilobulaire simple n'est jamais susceptible de disparaître; elle peut tout au plus, si elle tient au tissu utérin par un pédicule peu volumineux, s'atrophier quand l'organe cesse de ressentir les congestions menstruelles.

Mais il y a d'autres tumeurs qui peuvent se confondre sur le vivant avec cette première variété, et qui peuvent en imposer par leurs évolutions, et faire attribuer à une tumeur fibreuse unilobulaire des transformations impossibles à ces dernières.

Ces variétés sont :

1° Les tumeurs fibreuses multilobulaires, qui sont liées entre elles par des tissus qui se congestionnent, et qui, en s'augmentant sous les influences de la périodicité menstruelle ou de la grossesse, peuvent faire croire à un accroissement général d'une tumeur fibreuse, tandis qu'il n'en est rien. Dans cette catégorie devront être classées les tumeurs semblables à celle que j'ai soumise à l'examen de la Société. La suppuration peut s'emparer des éléments constitutifs non fibreux et il se forme des abcès qui, en s'ouvrant du côté du ventre, déterminent la mort.

2° *Les tumeurs hypertrophiques*, formées par du tissu utérin altéré. C'est sans doute à ce genre de tumeur que M. Cazeaux a eu affaire.

3° *Les tumeurs cellulo-vasculaires*, qui semblent fluctuantes.

4° Des tumeurs formées par du sang, lorsqu'à la suite de certaines hémorrhagies, comme les hématocèles rétro utérines, le foyer sanguin persistant s'est transformé, et qu'il n'y reste que la partie fibrineuse du sang, ces tumeurs peuvent quelquefois offrir un volume des plus considérables et une consistance assez grande pour rendre le diagnostic des plus difficiles.

J'ajouterai encore une autre nature de tumeur qui peut aussi donner lieu à une erreur de diagnostic. Je veux parler des kystes qui peuvent occuper différents points de l'utérus, soit être logés près de la face péritonéale, soit être interstitiels, soit enfin se trouver presque immédiatement au-dessous de la muqueuse. Quand ces kystes sont très-pleins et contenus dans une poche résistante, ils offrent tous les caractères physiques de la tumeur fibreuse. Vous admettrez bien alors que si un de ces kystes venait à s'ouvrir, on pourrait croire à la disparition d'une tumeur fibreuse.

Il est avéré que ces différentes tumeurs ont une tendance manifeste à s'accroître pendant la gestation. Après l'accouchement, elles perdent une partie du volume qu'elles ont acquis, mais elles sont généralement encore plus volumineuses qu'avant la grossesse.

M. CAZEAUX. Je connaissais parfaitement tout ce que M. Huguier vient de nous dire sur les tumeurs utérines. Je dirai seulement que je trouve votre collègue trop absolu lorsqu'il dit : Personne ne peut se vanter d'avoir guéri une tumeur fibreuse. Je suis de son avis, s'il prétend que l'on n'a pu arriver à ce résultat par aucun traitement; mais je dirai que sans traitement on a vu de ces tumeurs disparaître, et pour émettre cette opinion je ne me contenterai pas de mon diagnostic; les cas que j'ai cités avaient été soumis à l'examen de plusieur de nos collègues les plus habiles.

M. HUGUIER répond qu'il est loin de repousser l'utilité du traitement pour obtenir la diminution, sinon la guérison des tumeurs fibreuses; il a, pour son compte, obtenu à ce point de vue de très-bons résultats.

Après quelques observations de M. Cazeaux, la discussion est close.

Rupture de l'urètre. — **M. VOILLEMIER**, à propos de la communication faite dans une séance précédente par M. Demarquay, donne l'observation suivante :

Chute sur le périnée. — Rupture du canal de l'urètre. — Ponction de la vessie. — Urétrotomie et rétablissement du canal de l'urètre. — Le nommé Boulnois (Méderic), carrier, âgé de vingt ans, tomba sur l'angle d'une pierre de taille le 15 février 1857. Le périnée avait porté, et il y eut déchirure du canal de l'urètre avec impossibilité d'uriner. Des tentatives furent faites pendant plusieurs heures pour introduire une sonde dans la vessie, mais inutilement, et on dut avoir recours à la ponction hypogastrique. Quelques jours après, l'ecchymose qui existait au périnée donna lieu à un abcès qui fut ouvert par deux incisions de deux centimètres sur les côtés de l'urètre. Il ne sortit que du pus et point d'urine, ce qui permit de croire qu'il s'agissait peut-être d'un abcès simple sans communication avec le canal. Cependant le malade ne pouvait uriner que par la sonde placée à l'hypogastre. Depuis deux mois et demi il était dans cet état, lorsqu'il fut envoyé dans mon service à l'hôpital Lariboisière.

Je cherchai d'abord à pénétrer dans la vessie avec une bougie fine; mais celle-ci, après avoir parcouru librement la partie antérieure du canal, venait sortir par les incisions dont j'ai parlé, au-dessous des bourses. Le pont de peau aminci et décollée fut coupé en travers pour essayer de retrouver l'orifice postérieur du canal, mais c'était complétement impossible. Après des recherches répétées plusieurs fois, je me décidai à agir de la manière suivante :

Le malade, préalablement chloroformé, fut placé sur une table comme pour subir l'opération de la taille périnéale. J'introduisis par l'ouverture fistuleuse de l'hypogastre une sonde d'argent, dont l'extrémité fut engagée dans le col de la vessie. Je m'assurai qu'elle était dans le canal en cherchant à lui imprimer des mouvements de rotation, car il ne me suffisait pas de sentir son extrémité à travers les parois du périnée, sachant qu'une sonde appuyée au-dessous du col de la vessie peut donner la même sensation. L'instrument fut alors confié à un aide. Avec un bistouri droit je pratiquai, dans la direction du

...ne incision qui, partant de l'orifice fistuleux placé au-dessous ...ourses, allait jusqu'à trois centimètres de l'anus. Les tissus divisés étaient indurés et criaient sous le scalpel comme du tissu de cicatrice. Après avoir pénétré à une profondeur de trois centimètres et demi, je rencontrai l'extrémité de la sonde, que je fis saillir dans la plaie. Un fil passé dans ses yeux fut attaché à l'extrémité d'une sonde en gomme qui avait été introduite dans la portion pénienne; rien ne fut plus facile que de conduire celle-ci dans la vessie en retirant la sonde d'argent.

On ne pouvait songer à réunir par première intention les tissus indurés du périnée, et la cicatrisation fut abandonnée à elle-même. Malgré la présence de la sonde qui était du nº 10, lorsque le malade faisait des efforts pour uriner, l'urine sortait principalement par l'ouverture hypogastrique. Mais cette ouverture, oblique de haut en bas et d'avant en arrière, se fermait peu à peu et l'urine tendait à sortir par la sonde. Cette sonde devait être changée tous les trois jours, parce qu'elle s'incrustait très-facilement de matière calcaire; mais son extrémité restant toujours fixée à une petite bougie qui sortait par l'ouverture hypogastrique, ce changement de sonde se faisait très-aisément, sans courir le risque de la faire passer par la plaie périnéale. Le malade marchait vers une guérison rapide, lorsque, dans les derniers jours de juin, la scène change complétement. La plaie du périnée et celle de l'hypogastre deviennent livides; le malade est abattu, sans appétit, et avec douleur de tête; il y a de la fièvre et bientôt apparaît tout l'ensemble des symptômes d'une fièvre typhoïde grave. Elle fut grave en effet, et ce ne fut que vers le milieu d'août que le malade entra en convalescence. Pendant tout ce temps il avait uriné en partie par le canal et la fistule périnéale, en partie par l'ouverture hypogastrique, suivant la position du corps.

Le traitement fut repris dans les premiers jours de septembre. La fistule hypogastrique, notablement diminuée, fut cicatrisée en quelques jours après de légères cautérisations. Celle du périnée était très-petite, mais laissait encore passer quelques gouttes de liquide quand le malade urinait. Elle fut également touchée avec le nitrate d'argent. En même temps j'introduisis dans le canal une petite bougie, mais celle-ci avait une grande tendance à sortir par l'orifice fistuleux, qu'il fallait fermer avec le doigt pour la forcer à passer dans la vessie. Pour cette raison, je préférai sonder le malade avec une sonde de métal du nº 30. Chaque jour le volume de la sonde fut augmenté, et aujourd'hui que la fistule est complétement fermée, on passe très-facilement le nº 42 de la filière de Béniqué.

Il est un point sur lequel je crois devoir insister. Quand le malade, qui urine trois fois par jour, a fini d'uriner; et alors qu'on pourrait croire la vessie vide, si on pratique le cathétérisme, on voit qu'elle contient environ deux ou trois cuillerées à bouche d'urine. Pour que ce liquide s'écoule, il faut presser sur l'abdomen, et si on vient à discontinuer cette pression, on voit à l'instant l'urine cesser de sortir, et on entend l'air entrer dans la vessie. C'est que celle-ci est adhérente à la paroi antérieure de l'abdomen, et que ses adhérences ne lui permettent pas de revenir complétement sur elle-même.

Il est probable que chez notre jeune malade cette circonstance n'aura pas de gravité, et qu'à la longue les adhérences venant à céder permettront à la vessie de se vider complétement. Mais encore j'ai désiré appeler l'attention de la Société sur un accident qui peut se représenter dans tous les cas où on aura pratiqué une plaie intéressant à la fois la paroi abdominale et la vessie, accident qui n'a pas été indiqué et qui n'est pas sans inconvénient.

M. CHASSAIGNAC, après cette communication, rappelle qu'il y a plus de dix ans il avait proposé de retrouver le canal par la vessie. Ce procédé, qu'il croyait nouveau, avait du reste été déjà employé avant lui.

Son observation a été publiée, il y a sept ou huit ans, dans la *Gazette des Hôpitaux*, et depuis dans les *Bulletins* de la Société.

M. GUERSANT a aussi appliqué ce procédé. Il avait fait faire un cathéter cannelé sur sa concavité, et à l'aide de cette cannelure il conduisait la sonde lorsque le cathéter avait été introduit dans le canal par la vessie.

M. GUÉRIN demande si M. Voillemier a pu sur son malade reconnaître la distance qui séparait les deux bouts du canal divisé.

M. VOILLEMIER dit qu'il ne saurait répondre avec précision à cette question. Seulement, *à priori* et sans preuves, il est disposé à ne pas admettre que les bouts du canal puissent s'écarter.

M. HOUEL rappelle que, sur une pièce présentée par M. Chassaignac, il y avait un écartement de 15 millimètres.

M. CHASSAIGNAC pense que le prétendu écartement n'est que le résultat d'une perte de substance produite par gangrène.

M. GUÉRIN. Je suis bien aise d'avoir entendu M. Voillemier exprimer une opinion conforme à celle que j'admets relativement à la rupture de l'urètre. Quand un malade affecté de chaudepisse cordée *se rompt la corde*, suivant l'expression consacrée, l'urètre se rompt, mais jamais, je crois, dans toute sa périphérie. J'ai d'ailleurs fait une expérience conforme à cette dernière manière de voir. J'insiste sur ce sujet, parce que je trouve une certaine contradiction entre deux faits signalés dans l'observation qui vous a été communiquée par M. Demarquay. Notre collègue a constaté un écartement de 2 centimètres entre les deux bouts de l'urètre, et pourtant son interne est parvenu à introduire une bougie dans l'urètre. C'est là assurément une grande habileté, s'il y avait un écartement de 2 centimètres. Je trouve cette contradiction si grande que je me suis demandé si M. Demarquay, en faisant son incision transversale au milieu de tissus mortifiés, n'aurait pas achevé la section de l'urètre avec son bistouri. S'il en était ainsi, ce serait une terrible objection contre le procédé opératoire qu'il nous a vanté.

M. DEMARQUAY. Je m'abstiendrai de rentrer dans la question du procédé opératoire : elle a été assez discutée.

Je dirai seulement que l'urètre, d'abord déchiré, s'est ensuite sphacélé. Quand l'interne a pu pénétrer dans la vessie, il est probable que la partie gangrenée n'était pas encore tombée.

Quant à l'écartement, je l'ai assez clairement reconnu; il n'était pas douteux, et offrait l'étendue de deux travers de doigt.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit une lettre relative à l'observation communiquée par M. Gosselin dans la dernière séance.

Cette lettre est renvoyée à M. Gosselin.

— M. Gillebert d'Hercourt (de Lyon) adresse un mémoire intitulé : *De l'immobilité prolongée et du redressement lent et gradué de l'incurvation vertébrale dans le traitement de la maladie de Pott.*

Renvoyé à une commission composée de MM. Bouvier, Robert et Gosselin.

— A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire de la Société, Dr E. LABORIE.

M. le docteur A. Legrand nous prie d'insérer la lettre suivante, qu'il a adressée à M. le président de la Société de chirurgie.

Paris, 12 septembre 1857.

Monsieur le président,

Permettez-moi de compléter, au point de vue tout à fait scientifique, une communication faite à la Société de chirurgie dans sa séance du 19 août dernier, par un de ses membres, M. le docteur Gosselin, chirurgien de l'hôpital Cochin.

Il s'agit du nommé Chaudesaigues, auquel j'ai donné des soins pendant près de huit mois (du 30 octobre 1856 au 15 juin dernier), époque où, sur mon avis, il est entré à l'hôpital pour y subir l'amputation, qu'en dernière analyse je lui avais conseillée comme l'unique moyen de lui conserver la vie.

Ainsi que M. Gosselin l'a dit à la Société, Chaudesaigues avait été opéré en 1855 d'une tumeur fibro-plastique qui s'était développée sans cause appréciable au-dessous du coude gauche. Deux mois après cette première opération, la tumeur commença à se reproduire, *et presque en même temps* il s'en manifesta une seconde à la partie supérieure du bras du même côté. C'est alors que déjà on voulut pratiquer la désarticulation du membre; mais le malade recula devant cette extrémité et vint me trouver. Je voulus *essayer* (et c'est dans ces termes que je m'en expliquai avec Chaudesaigues) de lui conserver son bras.

Je commençai donc immédiatement (30 octobre 1856) le traitement de la tumeur qui s'était développée récemment, *et sur laquelle il n'avait encore été fait aucune tentative d'ablation !* Ainsi que cela a été dit à la Société, j'ai réussi, à l'aide de la cautérisation linéaire d'abord, puis circulaire et destructive ensuite, à le débarrasser (*non pas sans de grandes difficultés*) de cette tumeur, située sur l'extrémité inférieure du deltoïde. Il ne m'a pas fallu moins de deux mois et demi (du 30 octobre 1856 au 15 janvier suivant) pour obtenir ce résultat, qui ne s'était point encore démenti le 15 juin dernier, c'est-à-dire six mois après qu'il eut été obtenu.

Je rencontrai bien d'autres difficultés quand je voulus faire à la tumeur du coude (récidivée, ainsi que je l'ai dit déjà, avec un énorme accroissement, *après l'ablation par le bistouri !*) l'application des mêmes procédés que j'avais mis en usage pour la première tumeur. Je réussis bien à la mettre à découvert par la cautérisation linéaire; mais de ce moment je me trouvai en présence d'une si grande étendue de tissus morbides, que ne maintenait plus la peau, qui repullulaient évidemment sous ou après l'application de tous les caustiques potentiels de plus en plus mal supportés par le malade, que je crus devoir (alors que sa santé générale s'altérait sensiblement, qu'une troisième tumeur sympathique ou identique aux autres, avait surgi entre les deux premières), que je m'empressai, dis-je, de l'adresser à M. le docteur Maisonneuve. Je réclamai pour mon malade, de cet habile opérateur, l'amputation au-dessous du lieu qu'avait occupé la première tumeur, par conséquent dans la continuité du bras, bien convaincu que les chances favorables de toute opération s'augmentent en raison de l'éloignement où elles sont faites du tronc. Le chirurgien de la Pitié voulut aussi essayer des caustiques, et il *larda* (qu'on veuille bien me passer cette expression) toute la tumeur de petits fuseaux de caustique Canquoin modifié dans sa composition et durcis. Ce moyen, d'une grande énergie, mit le malade dans une telle exaspération, qu'il s'enfuit pour ainsi dire de l'hôpital et qu'il vint me retrouver. J'essayai alors du cautère actuel; mais l'insuffisance de ce moyen me fut bientôt démontrée, et je pressai de nouveau le malade de se résigner à l'opération; c'est alors qu'il entra (du 15 au 20 juin dernier) dans le service de M. Gosselin, qui lui pratiqua l'amputation dans l'article.

Comme de juste, je n'ai point ici à formuler d'opinion sur l'opportunité de cette opération, qui a été couronnée du plus brillant succès, que dans mon opinion l'avenir ne doit pas démentir. Je voudrais seulement à cette occasion faire observer à la Société de chirurgie que je crois préférable d'avoir recours aux caustiques pour l'ablation ou la destruction sur place des *tumeurs fibro-plastiques*, parce qu'en suivant cette méthode on est certain, si elle est bien appliquée, d'enlever ou de détruire complétement toute la tumeur, *ce qui donne une grande probabilité qu'elle ne se reproduira pas.* Et cette opinion ne repose pas seulement sur le fait dont j'ai pris la liberté d'entretenir la Société de chirurgie, mais sur d'autres qui me sont personnels, et qui seront livrés à la publicité au fur et à mesure de la publication de mes recherches sur la substitution des caustiques à l'instrument tranchant, dans les cas où cette substitution me paraît possible et avantageuse.

Dr A. LEGRAND.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour l'internat et pour les prix à décerner aux élèves externes commencera le lundi 19 octobre prochain. Le registre d'inscription est ouvert depuis le jeudi 17 septembre, et sera clos le samedi 3 octobre. Tous les élèves externes sont appelés à prendre part à ce concours; il est obligatoire pour ceux de deuxième et de troisième année seulement.

— La place de chef des travaux anatomiques à l'École de médecine de Lille est vacante. MM. les docteurs en médecine qui désireraient remplir ces fonctions sont invités à adresser au secrétariat de cette École, avant le 10 octobre, leur demande accompagnée de leurs titres scientifiques.

— La Société de médecine de Rouen vient de renouveler son bureau, qui sera ainsi composé pour l'année 1857-58 :

Président, M. Aubé; vice-président, M. Desbois; secrétaire, M. L. Duménil; secrétaire de correspondance, M. Bouteiller fils; trésorier, M. Duchesne.

— La commission administrative de l'Association médicale de la Seine-Inférieure ayant résolu d'entrer franchement dans la voie tracée par le dernier paragraphe de l'article 1er et par l'avant-dernier de l'article 9 de ses statuts, prie chaque médecin de lui adresser, par l'intermédiaire de M. le secrétaire général, des renseignements détaillés:

1º Sur l'exercice de la médecine en général;

2º Sur l'exercice illégal de la médecine dans la localité qu'il occupe;

3º Sur l'empiétement du charlatanisme, etc.

— On lit dans le *Scientific american* du 11 juillet : « Il y a quelque temps, une offre de 500 dollars (2,500 fr.) avait été faite, par l'intermédiaire du *Boston Courier*, à toute personne qui, en présence et à la satisfaction d'un certain nombre de professeurs de l'Université de Cambridge, Harvard, reproduirait quelques-uns de ces phénomènes mystérieux que les spiritualistes disent communément avoir été produits par l'intermédiaire des agents appelés *médiums*.

» Le défi fut accepté par le docteur Gardner et par plusieurs personnes qui se vantaient d'être en communication avec les esprits. Les concurrents se réunirent dans les bâtiments d'Albion, à Boston, la dernière semaine de juin, tout prêts à faire la preuve de leur puissance surnaturelle. Parmi eux on remarquait les jeunes filles Fox, devenues si célèbres par leur supériorité en ce genre. La commission chargée d'examiner les prétentions des aspirants au prix se composait des professeurs Pierre, Agassiz, Gould et Horsford (de Cambridge), tous quatre savants très-distingués. Les essais spiritualistes durèrent plusieurs jours; jamais les médiums n'avaient trouvé une plus belle occasion de mettre en évidence leur talent ou leurs inspirations; mais, comme les prêtres de Baal aux jours d'Élie, ils invoquèrent en vain leurs divinités, ainsi que le prouve le passage suivant du rapport de la commission :

» La commission déclare que le docteur Gardner n'ayant pas réussi à lui présenter un agent ou médium qui révélât le mot confié aux esprits dans une chambre voisine; qui lût le mot anglais écrit à l'intérieur d'un livre ou sur une feuille de papier pliée; qui répondît à une question que les intelligences supérieures peuvent seules savoir; qui fît résonner un piano sans le toucher ou avancer une table d'un pied sans l'impulsion des mains; s'étant montré impuissant à rendre la commission témoin d'un phénomène que l'on pût, même en usant d'une interprétation large et bienveillante, regarder comme l'équivalent des preuves proposées; d'un phénomène exigeant pour sa production l'intervention d'un esprit, supposant ou impliquant du moins cette intervention; d'un phénomène inconnu jusqu'ici à la science et dont la cause ne fût pas immédiatement assignable par la commission, palpable pour elle; n'a aucun titre pour exiger du *Courrier de Boston* la remise de la somme proposée de 2,500 fr. »

— Voici une manière spirituelle de répondre à certaines questions proposées par les sociétés savantes. Une de ces sociétés de la Nouvelle-Orléans avait proposé l'année dernière un prix de 100 dollars au meilleur mémoire qui serait envoyé sur cette question : *Quels sont les plus sûrs moyens pour détruire les souris?* Elle vient d'adjuger le prix au docteur Francastols (de Saint-Louis), qui avait rédigé ce mémoire laconique : *Multiplier le nombre des chats.* (*Ann. de la Flandre occid.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Dupré, né à Vendôme (Loir-et-Cher); *Des affections syphilitiques du globe oculaire.*

Rigal, né à Gaillac (Tarn); *Du mode d'oblitération des veines après la ligature.*

Beurnier, né à Montbéliard (Doubs); *Nature et traitement des tumeurs sébacées.*

Chil, né à Telde (Iles Canaries); *Des différents moyens qui ont été employés dans le but de guérir les rétrécissements de l'urètre.*

Brunereau, né à Bordeaux (Gironde); *Du siége, de la nature, des causes de l'hypochondrie.*

Linas, né à Auterive (Haute-Garonne); *Recherches cliniques sur les questions les plus controversées de la paralysie générale.*

Cozzonis, né à Smyrne (Turquie); *Des lois générales du mécanisme des accouchements naturels et spontanés.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces libraires aux mêmes conditions qu'à Paris.

Cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal; par M. le docteur Al. Magne, chevalier de la Légion d'honneur. 2e édition. — A Paris, chez J. B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Mémoire sur le typhus observé à l'armée d'Orient, par M. le docteur Netter. Une brochure in-8º. Strasbourg, imp. Silbermann, 1857.

Un seul appareil pour toutes les fractures du membre inférieur; par M. Gaillard, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Poitiers. Broch. avec planches. Paris, J. B. Baillière et fils, libraires, rue Hautefeuille, 19.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Projet d'association générale de prévoyance et d'assistance mutuelle des médecins de France. — HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. Becquerel). Du cautère actuel dans le traitement des affections chroniques de l'utérus; substitution de la galvano-caustique au fer rougi au feu. — RICHMOND HOSPITAL (Dr John Hamilton). Rhinoplastie. — MALADIES DES YEUX (M. Desmarres). Opération des cataractes capsulo-lenticulaires adhérentes. — Luxation du pouce vers la face palmaire. — Du chlorate de potasse dans les affections diphthéritiques. — Préparation extemporanée du chlore comme désinfectant. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 28 SEPTEMBRE 1857.

ASSOCIATION MÉDICALE.

Projet d'association générale de prévoyance et d'assistance mutuelle des médecins de France.

Deux grandes questions préoccupent en ce moment une partie notable du public médical : 1° la révision des lois et décrets qui régissent l'exercice de la médecine et la répression légale du charlatanisme et de l'exercice illégal ; 2° l'extension à tous les départements de la France de l'Association de prévoyance et d'assistance mutuelle dont le département de la Seine et un petit nombre d'autres départements se sont seuls assuré jusqu'ici les bienfaits. La poursuite de ce double but, dont l'initiative remonte, comme tout le monde le sait, au congrès médical de 1845, y fut l'objet de deux vœux distincts : l'un fut soumis aux pouvoirs publics de cette époque, et l'autre à tous les médecins de France. Ce dernier vient d'être repris récemment avec une activité toute nouvelle. Pendant que plusieurs associations ou sociétés départementales, à l'exemple de celle de Lyon, poursuivent par divers moyens, et notamment par voie de pétition, la répression des abus qui entravent l'exercice régulier et légal de la médecine, une réunion des médecins de la Gironde a repris en sous-œuvre l'idée de provoquer la formation d'une association générale d'assistance mutuelle des médecins de France.

Bien qu'aux yeux de plusieurs de nos confrères il puisse paraître exister une étroite connexité entre ces deux buts, nous croyons que, dans l'intérêt même du succès des mesures dont les uns et les autres poursuivent la réalisation, il est utile de les séparer.

Une commission générale, formée des délégués des diverses sociétés médicales de Paris, étudie en ce moment le premier de ces projets ; nous attendrons pour nous en occuper qu'elle ait fait connaître les résultats de ses délibérations.

Quant au second projet, celui que les médecins de la Gironde nous invitent à soumettre à nos lecteurs, nous nous empressons de déclarer que nous en acceptons le principe, sauf à discuter plus tard les moyens d'exécution, et que toutes nos sympathies lui sont acquises d'avance. Nous joindrons en conséquence tous nos efforts à ceux de ces honorables confrères, pour seconder le succès de l'enquête ouverte dès ce moment. — Dr Brochin.

CIRCULAIRE ADRESSÉE AU CORPS MÉDICAL DE FRANCE,

Dans le but de savoir, par une sorte d'enquête, si les médecins des départements sont disposés à former une Association générale d'assistance mutuelle, dont l'Association des médecins de la Seine deviendrait le centre.

Des associations de bienfaisance étendues au territoire entier de la France unissent déjà les savants, les artistes et les gens de lettres. Les chemins de fer en favorisant les communications, la réforme postale en facilitant les correspondances, ont rendu possible l'organisation de ces grandes associations qui réalisent la solidarité des hommes d'une même profession, et qui semblent resserrer le faisceau national.

Le médecin est dans la société l'agent indispensable et en même temps l'agent le plus actif de la bienfaisance. Dans tous les hôpitaux, dans tous les asiles de la douleur, le médecin est le premier dispensateur de la miséricorde publique, et pourtant le corps médical, dans son ensemble, n'a pas encore fondé pour lui-même ces institutions de bienfaisance qui ne sauraient exister nulle part sans la participation de ses lumières et de son dévouement.

Arrêté dans sa carrière par la maladie ou par les infirmités, le médecin est voué trop souvent au sort des pauvres honteux, et s'il meurt dans la force de l'âge, il laisse trop souvent après lui une veuve et des enfants dans le plus cruel dénûment.

Il existe des associations parmi les médecins de quelques départements, mais elles sont encore trop peu nombreuses, et leur dissémination, leur isolement, ne sauraient être considérés comme des éléments de force et de vitalité. Reliées au corps médical tout entier par une simple modification de statuts qui n'ôterait rien à leurs attributions locales, elles entreraient dans une ère nouvelle de prospérité.

L'Association des médecins de la Seine, fondée il y a vingt-quatre ans, jouit d'une prospérité exceptionnelle qui démontre l'excellence des bases sur lesquelles elle est fondée. Nous avons pensé que le moyen le plus prompt et le plus pratique de réaliser au profit du corps médical tout entier les bienfaits d'une association confraternelle, gage assuré d'assistance mutuelle, serait d'obtenir l'extension pure et simple à tous les départements de l'institution qui fonctionne avec un si beau succès dans le département de la Seine et que vivifie la mémoire d'Orfila. L'un de nos premiers soins a été de réclamer les conseils de ceux qui administrent cette grande œuvre, et qui continuent de nos jours la pensée de l'illustre fondateur.

En conséquence, le secrétaire général de l'Association des médecins de la Seine a été prié, au nom de quelques-uns d'entre nous, de faire connaître son sentiment sur l'admissibilité des médecins des départements dans le sein de l'Association des médecins de la Seine (1). Voici le résumé de sa réponse :

« *Ce sont les manifestations des départements qui doivent amener* » *l'Association de la Seine à demander une généralisation* que l'auto-» rité accordera sans doute aux médecins, comme elle l'a accordée » aux artistes et aux gens de lettres. »

Cette lettre indique nettement la marche que nous devons suivre : *ce sont les vœux exprimés par le corps médical des départements qui peuvent donner un point d'appui à l'Association des médecins de la Seine, pour qu'elle se détermine à agir dans le sens de l'Association générale.* L'expression de ces vœux prouvera à l'administration supérieure que le corps médical dans son ensemble désire participer aux grandes institutions de bienfaisance dont elle a déjà favorisé l'extension parmi les savants, les artistes et les gens de lettres. En conséquence, la déclaration d'autre part a été soumise au corps médical de la Gironde, et a déjà reçu l'adhésion de 72 de ses membres dont les noms suivent.

Pénétrés des bienfaits que répandrait dans le corps médical tout entier une Association générale des médecins de France, nous venons demander aujourd'hui le concours de tous nos confrères des départements, et les prier d'appuyer la manifestation dont nous avons publié le premier résultat. (V. *Journal de méd. de Bordeaux*, août 1857.)

Veuillez signer et faire signer par vos confrères la déclaration suivante, la détacher et la renvoyer (*franco*) au secrétaire de la commission désignée ci-après, M. le docteur Jeannel, à Bordeaux.

Les soussignés, considérant :

1° Que la bienfaisance confraternelle et l'amélioration morale et matérielle de la profession médicale intéressent tous les médecins, et doivent déterminer le concours de leurs efforts ;

2° Que les associations locales, dont la formation est ordinairement entravée par beaucoup de difficultés, n'offrent pas des éléments de durée indéfinie, en raison du petit nombre de leurs membres ;

3° Qu'il serait difficile aux associations locales créées dans les départements de réaliser, avant de longues années, le bien qu'amènerait immédiatement une Association générale des médecins de France ;

4° Que dans la grande manifestation scientifique dont le retentissement émeut encore tous les membres de la famille médicale (l'inauguration de la statue de Bichat), il est impossible de ne pas voir une heureuse tendance vers le but généreux et confraternel que nous désirons tous atteindre ;

5° Que l'Association des médecins de la Seine est une institution dont les services et la prospérité démontrent l'excellente organisation, et qu'il n'existe pas d'obstacles matériels à l'extension de cette Association au corps médical de toute la France.

Déclarent adhérer au vœu des médecins du département de la Gironde qui demandent l'adjonction des médecins des départements à l'Association des médecins de la Seine, afin de former une *Association générale des médecins de France.*

(*Dater et signer.*)

La commission chargée de recevoir les adhésions est composée de:

MM. Froin, membre du conseil gén. de la Gironde (Blaye), *président;*
Cazenave, memb. corresp. de l'Ac. imp. de méd. (Bordeaux);
Piffon, docteur en médecine (Lesparre);
Héricé, chir. en chef de l'hôp. civil et milit. (Libourne);
MM. Ardusset, doct. en méd. (Bazas);
Denucé, prof. à l'Ecole de méd. (Bordeaux);
Levieux ✻, secrét. gén. du cons. d'hyg. de la Gironde (Bordeaux);
Moussous, méd. des hôpitaux (Bordeaux);
Reimonenq, doct. en méd. (Bordeaux);
Jeannel ✻, prof. à l'Ecole de méd. (Bordeaux), *secrétaire.*

NOTA. La présente circulaire a été adressée à tous les membres du corps médical de France. Cependant, comme il est à craindre qu'elle n'ait pas été remise à tous, nous prions ceux qui l'auront reçue de recueillir des signatures parmi leurs confrères voisins. — Afin d'abréger le travail, nous bornons notre envoi dans les grandes villes aux présidents des Sociétés de médecine, aux présidents des Associations, aux rédacteurs en chef des journaux de médecine et aux médecins en chef des hôpitaux civils et militaires, espérant qu'ils s'intéresseront à notre œuvre, et qu'ils se chargeront de recueillir des adhésions et de nous les adresser.

(1) *Extrait des statuts de l'Association des médecins de la Seine.*

Art. 1er. Le but de l'Association est de distribuer des secours aux sociétaires tombés dans le malheur par suite de maladie ou d'infirmités, à leurs veuves et à leurs enfants. Elle pourra également accorder des secours, dans le même cas, à des médecins pauvres, étrangers à l'Association.

Art. 16. Chaque membre de l'Association est tenu de payer, au moment de son admission, à titre de rétribution d'admission, une somme de 12 fr.

Art. 17. Chaque membre de l'Association est tenu de payer entre les mains du trésorier, avant le 1er avril de chaque année, une cotisation de 20 fr. Sur cette somme, 8 fr. sont affectés à l'accroissement du fonds de réserve.

La dernière séance de l'Académie des sciences a été exclusivement consacrée à des sujets étrangers à la médecine et aux sciences médicales.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

Du cautère actuel dans le traitement des affections chroniques de l'utérus. — Substitution de la galvano-caustique au fer rougi au feu.

(Par M. CHALVET, élève du service.)

Les détails qui font le sujet de cet article et que l'on chercherait vainement ailleurs exposés dans leur ensemble, nous ont été suggérés par les leçons cliniques de M. Becquerel, et les conférences quotidiennes au lit des malades où ce clinicien nous a si souvent entretenus des bons effets de la cautérisation avec le fer rouge ou le galvano-cautère dans les affections chroniques du col de l'utérus. Les démonstrations pratiques auxquelles nous avons assisté nous ont montré des succès trop satisfaisants pour que nous puissions résister au désir de les faire connaître.

Tout le monde sait que les premiers essais de la cautérisation au fer rouge datent des premiers âges de la médecine; mais l'usage de cet agent thérapeutique appliqué aux affections du col utérin ne compte que quelques années de pratique.

Dans sa thèse inaugurale (1844), M. Laurès, faisant un exposé rapide de l'histoire de la cautérisation du col de la matrice, attribue à Celse la première mention de ce mode de traitement « dans les ulcères rebelles qui accompagnent quelquefois la chute du rectum et de la matrice... *At si anus ipse, vel os vulvæ procidit.* »

Percy, dans sa *Pyrotechnie*, émet la possibilité de traiter certaines affections malignes et rebelles du vagin et du col de l'utérus par l'usage du fer, soit pour dessécher, soit pour brûler réellement les parties malades.

Le baron Larrey proposa la cautérisation avec le fer rouge chez une dame dont l'observation est rapportée dans le *Traité pratique des maladies de l'utérus* par Mme Boivin et Dugès.

Mais, continue M. Laurès, « c'est à M. Jobert (de Lamballe) que revient le mérite d'avoir établi la valeur réelle de la cautérisation avec le fer rouge dans les ulcérations et les engorgements du col de la matrice. Dès l'année 1830 il était occupé à chercher les bons effets de cette méthode de traitement, qui depuis a produit entre ses mains des résultats si satisfaisants, et qui mérite à tous égards l'attention des praticiens. »

Quelque temps après ces premiers essais, M. Jobert publia un mémoire étendu et contenant un grand nombre de faits qui lui valurent de violentes attaques.

Le chirurgien de Saint-Louis avait besoin alors de ses succès journaliers pour ne pas se laisser émouvoir par ces critiques envers ce que l'on appelait ses *hardiesses chirurgicales.*

Lisfranc, qui dans certains cas ne reculait pas devant l'amputation non-seulement du col, mais d'une partie du corps de l'utérus, ne parlait des tentatives de M. Jobert que pour en faire ressortir tous les dangers.

Beaucoup d'autres chirurgiens, dont il est inutile de rappeler ici les noms, parce qu'ils sont actuellement pour la plupart convertis à la méthode, se contentaient de ridiculiser le procédé, consistant, disait l'un d'entre eux, *à rôtir l'organe sur place.*

Cependant les guérisons obtenues par M. Jobert ne tardèrent pas à fixer l'attention des hommes sérieux, qui ne se dissimulaient pas l'infidélité des moyens généralement employés.

Quelques essais dans nos divers hôpitaux ont enfin dissipé les vaines terreurs que l'on avait eues d'abord, et aujourd'hui de nombreuses observations cliniques ont suffisamment confirmé les bons effets de ce mode de cautérisation.

On conçoit que ceux qui s'obstinent à traiter encore par les caustiques ordinaires certaines inflammations chroniques du col de l'utérus, ne puissent se défendre d'un sentiment de suspicion en lisant avec quelle facilité le fer rouge triomphe des cas les plus rebelles. Ajoutons que l'absence de statistique légitime la réserve avec laquelle on est porté à recevoir de telles assertions.

M. Becquerel, qui a eu l'occasion de traiter un grand nombre de maladies de l'utérus, surtout dans les trois hôpitaux où ce médecin a fait des recherches spéciales sur la nature et le traitement curatif des affections de cet organe, a bien voulu nous permettre de rapporter ici les conclusions et les résultats statistiques auxquels il est arrivé. Nous publions ces faits avec un intérêt d'autant plus grand que la plupart des guérisons qui font le sujet de ce travail se sont effectuées sous nos yeux dans le cours de ces deux dernières années.

L'auteur que nous citons commence par déclarer que les succès obtenus par M. Jobert, les insuccès et la longueur du traitement de beaucoup d'affections du col de l'utérus, qu'il traitait par les divers caustiques d'usage, l'ont engagé à avoir recours au fer rouge, principalement dans les quatre catégories de lésions qui suivent :

1° Tous les cas d'hypertrophie avec état fongueux du col de l'utérus, tuméfaction considérable de l'une ou des deux lèvres du museau de tanche, dilatation de l'orifice, hémorrhagies constamment renouvelées.

2° Certaines lésions de la muqueuse, telles que les granulations de la cavité interne du col et de sa surface externe, rebelles ou ayant résisté à plusieurs cautérisations au nitrate d'argent solide.

3° Les ulcérations entées sur une inflammation chronique du col fortement tuméfié, et traitées sans succès par le précédent caustique.

4° Les métrites chroniques du corps, accompagnées d'une inflammation chronique du col.

Le mode d'emploi du fer rouge est très-simple. La cavité du col et sa surface externe étant d'abord essuyées avec grand soin et bien desséchées, on applique le fer n° 1. Ce premier fer, de forme olivaire, ayant tout au plus huit millimètres de diamètre, est introduit jusqu'à une profondeur de 3 centimètres à peu près dans la cavité du col, puis immédiatement retiré, pour appliquer de suite le cautère n° 2. Ce dernier présente la forme d'un cône de 5 à 6 centimètres de circonférence à la base, et chauffé à blanc comme le premier ; on cautérise ainsi toute la surface externe du col, mais sans appuyer beaucoup, de manière à ne pas produire des eschares trop profondes.

Une fois la cautérisation terminée, on injecte deux ou trois litres d'eau froide, et l'on renouvelle deux ou trois fois cette injection dans le même jour.

Les résultats immédiats de ce traitement ont toujours été des plus heureux : absence complète de douleur ; nulle plainte de la part des malades ; à tel point qu'elles n'ont conscience de ce qu'on vient de faire que par l'odeur qui résulte de la cautérisation ou le bruit de l'eau qu'on injecte : c'est, en un mot, l'opération la moins douloureuse que l'on puisse pratiquer.

Les résultats consécutifs ont été des plus satisfaisants. Dans les 88 observations recueillies par M. Becquerel, il n'est jamais survenu d'accidents fâcheux à la suite de ces applications ; jamais de douleur ni de phénomènes morbides consécutifs. La chute de l'eschare s'est toujours faite vers le septième ou le huitième jour, et la cicatrice de l'ulcération caustique était complète à la fin de la huitaine suivante.

Le nombre des cautérisations qu'il a fallu pour obtenir une guérison définitive n'a jamais été considérable ; quelquefois, une seule a suffi ; le plus souvent deux ou trois ont été nécessaires. Cinq malades seulement ont subi quatre cautérisations ; deux autres cinq ; toutes ont été régulièrement appliquées à quinze jours d'intervalle.

Comme moyens adjuvants on a fait usage :

1° De douches d'eau froide de 8 à 10 litres chacune, faites matin et soir avec le grand irrigateur Eguisier, et l'appareil à douches de Charrière.

2° Souvent des bains de siége ou d'immersions froides d'une minute, le matin en se levant et le soir au moment de se coucher.

3° De temps en temps quelques purgatifs.

Voici le résumé statistique des résultats obtenus par cette méthode :

Hôpital de Lourcine, du 1er avril 1853 au 1er mars 1854.	14 cautérisations.
Hôpital Lariboisière, du 1er mars 1854 au 15 octobre 1855.	21 —
Hôpital de la Pitié, du 15 octobre 1855 au 1er juillet 1857.	53 —
Total. . . .	88 cautérisations.

Les 88 cas précités ont été guéris ; il n'y a eu aucun insuccès.

De cette statistique sont éliminées 7 ou 8 cautérisations faites pour des affections cancéreuses, et qui n'ont amené aucune amélioration.

Cependant dans des cas de cette nature, M. Jobert serait parvenu à arrêter des hémorrhagies graves causées par les fongosités cancéreuses du col.

Valleix pensait que ces carbonisations successives pouvaient du moins ralentir quelquefois les progrès du mal.

D'après ce qui précède et les faits analogues qu'observent tous les jours ceux qui, persuadés par l'exemple, ne craignent plus d'avoir recours aux mêmes moyens, l'on ne saurait refuser au cautère actuel une véritable spécificité dans les maladies utérines que nous avons énumérées. La rapidité et la fidélité d'action qui le caractérisent, comparativement à tous les autres procédés connus, doivent suffire pour provoquer la généralisation d'un traitement aussi efficace, et auquel il serait difficile d'attribuer d'autre inconvénient que celui d'effrayer beaucoup les malades.

La galvano-caustique nous paraît avoir triomphé de ce dernier obstacle ; car, aussitôt que les cautères électriques furent adoptés dans les hôpitaux, nous avons vu les malades les plus pusillanimes se soumettre volontiers à la cautérisation électrique, et devoir une guérison prompte à leur ignorance des effets thermiques de la pile.

Avant d'énumérer d'autres avantages reconnus à la galvano-caustique, nous croyons devoir rappeler quelques-uns des principaux traits de son histoire, du moins en France.

La première idée d'utiliser pour les usages de la thérapeutique chirurgicale la chaleur que peut produire une pile à courant constant est attribuée à Heider, de Vienne (1844).

D'autres essais ont été successivement tentés par MM. G. Crussell, de Saint-Pétersbourg (1846) ; Sédillot (1849), John Marshall (1850), Thomas Harding (1851), etc. ; mais ce n'étaient là que les premiers tâtonnements d'une possibilité entrevue.

Depuis 1850, M. Nélaton s'est livré à d'assez nombreuses applications du cautère électrique. L'appareil dont il se servait, monté par M. Regnault, se composait d'un nombre variable de grandes piles de Bunsen, disposées dans une boîte cuivrée.

Vers la même époque, M. Amussat fils s'occupa beaucoup de cette question, et adressa à l'Académie des sciences (1853) une note dans laquelle il faisait connaître les résultats de ses recherches.

M. Regnault a publié deux mémoires (1855-1856), où il a tour à tour exposé les avantages du cautère électrique et les conditions auxquelles il ne peut satisfaire.

Jusque-là la méthode galvano-caustique n'était réellement pas créée. On commençait même à en désespérer quelque peu ; M. Regnault, dans son dernier mémoire, regardait en effet comme insurmontable la difficulté de pouvoir chauffer à blanc des masses suffisantes pour remplir toutes les indications que l'usage a assignées au cautère actuel.

M. A. Middeldorpff (de Breslau) publia enfin un traité spécial sur le cautère électrique, et désigna sous le nom de *galvano-caustique* l'ensemble des opérations pratiquées à l'aide de ce moyen.

On connaît les essais qu'il a faits à Paris. Nous ne ferons que rappeler ici la composition générale de l'appareil galvano-caustique du professeur allemand, et cela dans le but d'avoir un terme de comparaison avec les appareils français. Il se compose de quatre couples ou éléments de Grove (zinc et platine), disposés dans une boîte à quatre compartiments. Entre chaque couple est placé un commutateur destiné à faire varier la tension et l'intensité de la pile, « modification très-importante, fait remarquer M. Broca dans son rapport à la Société de chirurgie sur les travaux de M. Middeldorpff, puisqu'elle permet de chauffer à blanc des conducteurs de volume très-variable, sans avoir besoin de recourir à des piles de tension et d'intensité différentes. »

Ce n'est pas par le seul arrangement des couples que la pile du chirurgien de Breslau se fait remarquer, mais bien par l'ingénieuse disposition des instruments qui servent à appliquer la chaleur sur les parties où l'on veut agir. Les deux rhéophores, mis en communication avec les pôles correspondants de l'appareil, s'engagent dans un manche percé de deux trous séparés par un diaphragme isolant. A l'extrémité antérieure de ces conducteurs se visse un fil de platine qui sert à fermer le courant. L'un des conducteurs est brisé dans le manche, de telle façon qu'un mécanisme de pression ou de glissement permet d'interrompre ou de rétablir le courant à volonté.

En changeant la disposition de l'armature de platine, M. Middeldorpff a pu varier la forme de ses cautères. C'est ainsi qu'en remplaçant le fil de platine par une lamelle de même métal, recourbée en anse sur l'un de ses bords, il a obtenu son *galvano-cautère ordinaire*, propre à remplir le rôle du cautère en pointe, du cautère plat et du cautère cultellaire.

Une lamelle un peu plus large, pliée sur l'une de ses faces, représente son cautère en *coupole*, pour toucher des surfaces plus étendues.

Pour brûler plus profondément les tissus, il se sert d'un cautère olivaire consistant en un fil de platine enroulé en spirale autour d'une olive de *porcelaine*, que la chaleur du fil rend incandescente en quelques secondes.

Citons encore le *porte-ligature* galvanique (anse coupante) les sétons et les stylets galvaniques, les bougies, et nous aurons suffisamment indiqué tout cet appareil instrumental.

Les cautères de M. Middeldorpff firent sensation en France, principalement celui à olive de porcelaine, réalisant chez nous une espérance qui commençait à s'évanouir. Ce chirurgien nous apportait en même temps les résultats statistiques de plus de quatre cents opérations qu'il avait pratiquées avant d'exposer ses procédés, et ces résultats étaient séduisants.

M. Becquerel résolut dès cette époque de remplacer le fer rougi au feu par le cautère électrique dans les affections du col de l'utérus, qu'il était en voie de traiter dans son service à l'hôpital de la Pitié. Il s'adressa à M. Charrière fils, qui construisit sur ses indications deux cautères nouveaux, l'un dit en *tire-bouchon* conique destiné à être porté dans la cavité du col, l'autre dit en *cupule*, formé par une capsule évasée de platine appliquée sur un fil en spirale fermant le courant, et destiné à cautériser la surface externe de l'organe.

La pile qui a servi à ces applications appartient à M. Deleuil ; elle se compose de quatre couples de Bunsen, grand modèle de ce constructeur.

Depuis M. Charrier a fait construire par Rumkorff un nouvel appareil offrant toutes les heureuses modifications de la pile allemande. Ce second essai offre le double avantage d'être plus facilement transportable que ceux qui l'ont précédé, et de pouvoir être livré à un prix très-modéré, deux circonstances également sérieuses au point de vue de la généralisation de cette pratique. Il ne reste plus à cet appareil que les inconvénients insurmontables et inhérents aux piles humides, l'exigence de quelques soins et les exhalaisons acides assez incommodes.

Si nous résumons, maintenant, les avantages *réels* de la galvano-caustique dans les cautérisations utérines auxquelles nous avons assisté, nous constatons :

1° Que ce genre de cautère effraye peu ou point les malades, ce qui permet de traiter un plus grand nombre de cas et de débarrasser, par cela même, d'une maladie qu'il est toujours important de ne pas négliger, beaucoup de femmes qui ne le seraient jamais par tout autre moyen ;

2° Qu'on est toujours sûr d'appliquer à la température rouge blanc le fer n° 1, ce qui n'est pas constamment facile avec le fer chauffé au feu ; car un léger courant d'air, un faux mouvement de la part de l'opérateur ou des aides, en retardant l'application, suffisent pour abaisser rapidement la température, à cause de la masse peu considérable de ce cautère :

3° Que le cautère chauffé par l'électricité éclaire plus vivement le champ du spéculum que ne le fait le fer rougi au feu, qui, il faut le dire, éclaire néanmoins d'une manière suffisante ;

4° Que cette nouvelle méthode, en un mot, jouit de tous les autres avantages que l'on reconnaît généralement au cautère actuel ordinaire, dont elle partagerait tous les inconvénients, tels que perforations, eschares trop profondes, etc., si on n'en usait avec intelligence.

RICHMOND HOSPITAL. — Dr John Hamilton.

Rhinoplastie.

Depuis la publication de l'intéressant ouvrage de M. Carpin, on a pratiqué en Angleterre et en Écosse un grand nombre de rhinoplasties. Mais il est singulier de voir combien cette opération a été abandonnée à Dublin depuis vingt-cinq ans. A cette époque, on n'avait par ce moyen obtenu que des résultats assez peu engageants pour reproduire l'opération. Je me souviens, étant étudiant, d'avoir vu la femme qui était le sujet de l'observation publiée alors ; elle était toute honteuse de son nouveau nez, et cela se comprendra facilement quand on saura qu'il était petit, rond, et représentait assez un appendice globuleux, changeant souvent de couleur, tantôt rouge, tantôt livide, et présentant de vrais changements de température. Mais aujourd'hui que le résultat qu'on va lire a pu être obtenu, je crois qu'on doit accorder au malheureux privé de nez le bénéfice de cette importante restauration. L'homme qui n'a plus de nez est non-seulement défiguré, mais humilié dans sa propre estime ; sujet de mauvaises et cruelles plaisanteries de la part d'un grand nombre, il est pour tous un véritable objet de répugnance.

La perte du nez est rarement le résultat d'une violence. Cependant il me souvient d'un cas de cette espèce. Il y a neuf ans environ qu'un jeune homme vint à l'hôpital dans un état de demi-ivresse, avec l'extrémité de son nez presque entièrement arrachée, et ne tenant plus que par un lambeau. C'était la suite d'une querelle, où l'un de ses camarades lui avait saisi et coupé le nez avec les dents. Une hémorrhagie abondante avait suivi l'accident. Je mis les morceaux en rapport, et deux sutures assurèrent la réunion, qui se fit parfaitement sans laisser à peine de traces.

L'opinion qui a le plus cours parmi les gens du monde, c'est que cette mutilation est causée par la syphilis ; et cette croyance d'aujourd'hui régnait déjà il y a cent ans et plus, ainsi que le prouve la fable qu'on nous permettra de reproduire, et qu'on peut lire dans un écrit original publié dans le *Tatler* du 7 décembre 1710.

« Mars, le dieu de la guerre, servait au siége de Naples sous l'uniforme d'un colonel français, lorsqu'une nuit Vénus, la déesse de l'amour, vint rendre visite à cet officier, qui l'avait toujours reconnue pour sa dame et maîtresse. De cette entrevue naquit un petit Cupidon. Mais cet enfant, doit-on en accuser la mauvaise nourriture de son père pendant le siége, ou quelque influence funeste des étoiles qui régnaient à sa naissance ? naquit avec l'apparence la plus grêle et la constitution la plus débile.

» Aussitôt que le jeune Amour eut assez de force pour manier son arc, on vit se développer en lui les plus fâcheuses dispositions. Il trempait ses flèches dans un venin qui souillait tout ce qu'il touchait, et, chose singulière ! loin de suivre l'exemple de ses frères aînés, qui partout et toujours avaient pris le cœur de l'homme pour but de leurs coups, il avait, au contraire, une irrésistible tendance à lancer ses traits contre les nez. Pour se rendre maître d'une si fâcheuse habitude, on le mit en pension chez Mercure, qui fit tous ses efforts pour dompter ce démolisseur des nez du genre humain. Mais, en dépit de l'éducation, Cupidon conserva

ses mauvais instincts, et malgré le peu d'adoucissement qu'une bonne instruction apporta à ses mœurs, ce vilain enfant continua à tremper ses flèches dans le poison et à les décocher plutôt au nez qu'au cœur de ses plus fervents adorateurs. »

Un siècle plus pratique rejette cette fable, mais conserve cependant aussi forte la croyance que le plus sérieux destructeur du nez est la syphilis, et cette croyance n'est pas sans fondement.

Dans la grande majorité des cas où nous avons dû, en Irlande, pratiquer la rhinoplastie, il s'agissait de nez détruits par le lupus. Cette affection assez commune parmi les gens pauvres, peut être enrayée par un traitement judicieux, mais ne tarde pas, quand elle est abandonnée soit à elle-même, soit à des soins ignorants, à produire les plus tristes accidents. Les ailes du nez, puis la cloison, et enfin les parties molles, ne résistent pas longtemps à l'ulcération. J'ai dans ce moment un malade dont le bout du nez et une portion des ailes ont été déjà détruits; le reste s'est contourné de chaque côté et bouche les narines : cette difformité, moins horrible, imprime cependant encore à la figure un si malheureux caractère, que je n'attends que la cicatrisation d'une petite ulcération de la cloison pour pratiquer une opération. Mais lorsque toutes les parties molles sont détruites, et qu'il ne reste plus que le squelette du nez, recouvert de peau, avec la cavité des orifices nasaux, alors la face devient des plus repoussantes, et on l'a justement comparée à celle d'un squelette.

Obs. — Un jeune homme entre à l'hôpital : la plus grande partie de son nez est détruite par un lupus, et l'ulcération gagne la cloison. L'emploi local du nitrate d'argent solide et les effets constitutionnels de l'hyd iodate de potasse et de la salsepareille arrêtèrent la marche de l'ulcération et firent disparaître du reste de la face cette éruption croûteuse qui accompagne si souvent le lupus. Pour prévenir toute rechute, le traitement fut continué quelques semaines, et comme le reste de l'organe me semblait promettre la possibilité d'une heureuse opération, je me décidai à tenter la rhinoplastie.

Les côtés du reste du nez présentaient des bords suffisamment pourvus de chair, et étaient encore assez beaux; mais la cloison, très-endommagée, n'offrait plus un point d'appui central. La portion du pont du nez qui restait était trop proéminente; cependant le haut ne semblait pas en trop mauvaise condition pour qu'on pût désespérer de réussir par l'opération de Tagliacozzi. Mais comme le front était assez haut, le tégument épais, et la base du nez, entre les deux sourcils, assez large, je crus devoir m'arrêter à la méthode indienne.

Le jour désigné pour l'opération, le chloroforme donna lieu chez notre malade à un vomissement si considérable, que nous dûmes remettre à un autre moment toute tentative de rhinoplastie. Une seconde fois, le même trouble se présenta, mais comme le malade était insensible, que j'avais disposé les bords du nez, je ne voulus pas m'arrêter, et me hâtai de terminer ma dissection.

Je fis d'abord une incision profonde d'un demi-pouce du bord du nez à la partie inférieure des côtés des narines, et je disséquai ce lambeau entre la narine et le bord.

J'obtins ainsi de chaque côté une large surface de chair vive. Une seconde incision, étroite et droite, au milieu du nez, à un demi-pouce au-dessus de la projection de son extrémité inférieure, présenta, les angles une fois disséqués, une surface unie plus large en haut, et suffisante pour recevoir la portion avivée du lambeau, qui, détaché du front, devait s'y unir. J'avais d'abord tracé avec le nitrate d'argent sur le front du malade la forme du lambeau pour le nouveau nez. Je l'isolai jusqu'au périoste par une incision qui partant de chaque côté de la racine du nez aux sourcils, formait un coude d'un demi-pouce de large. En tordant ce lambeau, je plaçai la surface saignante au contact de l'extrémité et des bords du nez. La grandeur du lambeau avait été parfaitement calculée; sa forme se rapprochait d'un as de trèfle, et lorsqu'il fut mis en place, la petite extrémité saillante se trouvait à la place de la cloison, mais ne pouvait suffire à la constituer.

Les bords avivés, et surtout la plaie frontale, donnèrent beaucoup de sang. Quand il eut fini de couler, j'établis parfaitement le lambeau; je le maintins en place, à droite, par deux points de suture, et à gauche, où se trouvait la torsion de la racine du lambeau, par trois points. La plaie du front fut réunie à sa base par des sutures, et un pansement simple appliqué sur le front et le nez.

Le 29 novembre (4e jour), j'enlève l'appareil. L'aspect général est bon. Le lambeau qui forme le nouveau nez est chaud, de bonne couleur, les bords adhérents.

Le 2 décembre (7e jour), j'enlève les fils, qui s'en allaient d'eux-mêmes. Tout le bord était uni; celui de droite présentait une surface si parfaitement régulière qu'on ne voyait pas la ligne d'union. Le nouveau nez était chaud et sensible. Je n'enlevai le pansement du front que quelques jours après. La surface était belle et se couvrait de granulations.

A la fin de la 5e semaine tout était dans le meilleur état. Le nez, quoique présentant un aspect *très-respectable*, était cependant mou et trop blanc; plus tard, il reprit une meilleur couleur. La chaleur et la sensibilité étaient toujours aussi prononcées. La blessure du front s'était rétrécie et n'offrait plus que la largeur d'un schelling. Le malade fût-il resté dans cet état, son extérieur eût déjà bien gagné; mais le 13 janvier (7e semaine), la circulation étant parfaitement établie dans le nouveau nez, je songeai à pratiquer la cloison. Avant cette partie de l'opération, le procédé habituel avait consisté à diviser la partie de la base du nez où l'on avait formé le pli en refléchissant le lambeau; mais je pensai qu'il fallait conserver cette section pour le moment où l'on pourrait bénéficier d'une plus longue circulation dans cette partie, ce qui favoriserait l'union de la cloison. Je crus donc devoir faire un petit changement dans le mode opératoire. En voici le plan général : deux incisions au centre de la lèvre supérieure laissaient entre elles un lambeau mince et droit qui, seulement retenu à sa partie supérieure, séparait la lèvre de l'extrémité du nez. Il fallait donc le soulever et le maintenir au moyen d'une épingle sur la partie interne de l'extrémité du nouveau nez où la place lui avait été préparée.

Notre malade présentait par extraordinaire une lèvre excessivement développée; je pensai que dans ce cas il était inutile d'intéresser la lèvre tout entière, je me bornai à disséquer une pièce triangulaire suffisamment large, la base adhérente en haut, le sommet libre inférieurement. Cette pointe fut portée en haut avec précaution, mise au contact avec l'extrémité avivée de la petite projection du nouveau nez, et maintenue par un seul point de suture.

J'obtins la réunion immédiate. Le troisième jour, en enlevant le fil, je m'aperçus que les narines se contractaient; j'y mis ordre aussitôt en disposant dans leur intérieur de petits cônes de linge trempés dans de l'huile, et que le malade, garçon fort intelligent, sut fort bien surveiller.

A la onzième semaine, la cloison était ferme et les côtés des narines étaient complétement cicatrisés; je divisai alors la bande de la racine du nez. Son extrémité, taillée en forme de coin, fut fixée par une aiguille transversale dans une profonde incision entre les deux sourcils. La réunion se fit parfaitement bien.

Non-seulement le nez actuel est certainement plus beau que celui d'un singe, s'il n'a pas le fini d'un nez grec; mais encore il a quelque chose du nez crochu ou romain, qu'on a regardé comme le type du guerrier, depuis Guillaume le Conquérant jusqu'à notre immortel duc (Wellington), et puis sa forme cesse d'être singulière quand on pense à la question du *nez* ou du *sans nez*.

Mon opération a réussi à ma plus grande satisfaction et à celle de mon malade. Le nez actuel est ferme, charnu, sensible, chaud; il peut respirer, éternuer, se moucher; et la meilleure preuve que je puisse invoquer en sa faveur, c'est qu'il plaît à celles qui sont les meilleurs juges de la forme d'un nez humain. A peine sorti de l'hôpital, notre homme put, grâce à son nez, contracter un mariage.

(*Dublin quaterly Journ. of med. sc.*)

MALADIES DES YEUX. — M. Desmarres.

Opération des cataractes capsulo-lenticulaires adhérentes (1).

Deuxième procédé. — Avant de l'appliquer, il faut être certain d'avoir affaire, non à une fausse membrane pupillaire, mais à une opacité de la lentille, compliquée d'adhérence à l'iris.

Le malade est couché comme dans le premier procédé. Le chirurgien, armé d'un couteau à cataracte, traverse la cornée et l'iris de dehors en dedans, et pratique à la fois sur ces deux membranes un lambeau semblable à celui que l'on fait dans l'extraction inférieure ordinaire, sauf qu'il doit le tenir plus petit.

Ce premier temps exécuté, c'est-à-dire l'iris et la cornée étant divisés sur un point parallèle, près de leurs attaches, une pince est introduite dans la chambre antérieure, ou une branche dans celle-ci, l'autre dans la postérieure, et l'iris, convenablement saisi, est entraîné au dehors et excisé.

Le cristallin est ensuite extrait de la même manière que dans le premier procédé, c'est-à-dire tout d'une pièce après la simple ouverture de la capsule, ou, s'il y a des difficultés, avec le crochet ou la curette.

On peut modifier le premier temps de ce deuxième procédé en se servant du couteau lancéolaire, si l'on juge que l'humeur vitrée pourrait être ramollie. On enfonce cet instrument très-près de la sclérotique dans la cornée et l'iris simultanément, puis on agrandit un peu la plaie en dedans et en dehors en le retirant.

Opération de la cataracte et de la pupille artificielles à deux époques distantes. — Lorsque l'œil est dans de mauvaises conditions par suite des inflammations qu'il a subies, ce qui arrive si souvent dans les cas de cataractes adhérentes, il est prudent, surtout si la lumière modérée est mal supportée et que le globe s'injecte facilement, de ne pas pratiquer l'excision de l'iris et la destruction de la cataracte dans la même séance. On se borne alors à la première de ces opérations, et l'on attend un moment favorable pour extraire la lentille.

En agissant de cette manière, la vulnération est beaucoup moindre, et tel œil qui ne supporterait pas la manœuvre de la double opération simultanée, est guéri quand on distance les deux opérations.

D'ailleurs, après que l'iris a subi une excision partielle, on remarque que les inflammations s'éloignent et finissent par s'éteindre, que la lumière est mieux supportée, que l'œil ne rougit plus sous l'influence de la moindre cause d'excitation; et cet état, qui assure un heureux résultat pour l'avenir, compense bien l'inconvénient des deux opérations à distance.

Bien des fois, en pareille occurrence, j'ai tenu cette conduite, et j'ai obtenu des résultats très-satisfaisants.

Voici un cas dans lequel la pupille artificielle ayant été faite, l'extraction a été pratiquée un an plus tard.

M. X..., âgé d'environ cinquante ans, d'une constitution très-faible, m'est adressé par le docteur Follet (d'Amiens) en 1855.

L'œil présentait de très-graves altérations. La pupille était complétement adhérente, et derrière elle on apercevait facilement une cataracte incomplète.

La mauvaise santé de cet homme et cette circonstance que la cataracte permettait encore de reconnaître un grand nombre d'objets, me conduisirent à pratiquer seulement la pupille artificielle, me réservant plus tard, s'il y avait lieu, d'extraire le cristallin. Le déchirement de l'iris à la partie inférieure n'offrit aucune difficulté. La pupille qui en résulta était large et aurait suffi à la vision si les opacités du cristallin eussent été moins nombreuses.

Cet homme retourna à Amiens dans une situation peu satisfaisante, et je lui fis promettre de venir me revoir après quelques mois; mais je ne le revis à Paris qu'un an après la première opération.

Cette fois, je ponctionnai la cornée à la partie inférieure, je divisai le cristallin avec la curette d'arrière en avant, comme je l'ai dit à propos de Mme de F..., et je pus l'extraire facilement.

Le malade s'en retourna quelques jours après parfaitement guéri.

Cataracte incomplétement adhérente. — L'extraction de ces cataractes exige certaines précautions, qui toutes doivent être en rapport avec le nombre et la solidité des adhérences qui unissent la capsule du cristallin à la pupille. D'où la nécessité de faire quelques suppositions pour appliquer le procédé convenable.

Dans toute cataracte adhérente, une précaution est indispensable, c'est celle de dilater la pupille avec soin, afin d'examiner en quoi consistent les difficultés que l'on pourrait rencontrer à la sortie du cristallin après avoir ouvert la cornée et divisé la capsule.

Supposons une seule adhérence qui donne à la pupille la forme d'un cœur de carte à jouer. Dans ce cas, comme la pupille est extensible sur tous les autres points, on pourra tout d'abord, dans la prévision d'une difficulté plus que probable, procéder, soit avant, soit après l'incision de la cornée, à la destruction de l'obstacle qui s'oppose au libre jeu de la pupille.

Si l'on veut d'abord détruire l'adhérence, il suffira d'introduire une aiguille tranchante par la sclérotique ou par la cornée, puis de diviser ou de rompre par une pression convenable la synéchie, en faisant attention de ne pas déchatonner le cristallin dans la crainte de l'abaisser; on procédera à l'extraction comme à l'ordinaire.

La piqûre de la sclérotique n'offre aucun danger; seulement le chirurgien doit redoubler d'attention quand il est sur le point d'achever la section kératique, parce qu'il ne doit pas oublier que, la capsule étant ouverte, la moindre pression sur le globe serait susceptible de faire sortir brusquement la lentille et peut-être une partie du corps vitré. Le pansement se fait ici comme à l'ordinaire.

Le procédé le plus communément adopté est le suivant : la cornée est incisée comme dans l'extraction ordinaire; mais il faut alors choisir absolument entre la kératotomie inférieure et l'oblique à cause des difficultés considérables que l'on rencontrerait dans la division de l'adhérence lorsque l'on serait forcé de soulever le lambeau, si l'on avait opéré par kératotomie supérieure. Le lambeau étant convenablement taillé, on introduit dans la chambre antérieure un kystitome recourbé, et l'on essaye de déchirer l'adhérence en appliquant la courbure de l'instrument sur un point aussi éloigné que possible de l'iris. Cela fait, on n'a plus qu'à extraire la lentille comme dans les cas ordinaires.

Une précaution que je crois indispensable dans ces cas, c'est de laisser un petit pont à la cornée, comme je le fais dans l'extraction régulière. On n'a pas à redouter la sortie brusque de la lentille, et l'on a d'ailleurs un point d'appui plus solide pour diviser l'adhérence.

Supposons maintenant des adhérences plus nombreuses, mais laissant encore cependant la pupille se dilater assez largement sur trois ou quatre points différents. Le procédé à choisir sera, dans ce cas, exactement le même, sauf qu'il faudra tantôt pénétrer par le côté externe du petit pont, tantôt par le côté interne, pour attaquer une à une, avec plus de prise, les diverses adhérences et en avoir plus parfaitement raison. Dans les cas où, par une erreur de diagnostic, ou parce qu'il y aurait impossibilité à débarrasser la pupille des exsudations qu'elle présente, on ferait de vains efforts pour faire traverser cette ouverture au cristallin, on ne devrait pas hésiter à inciser l'iris perpendiculairement au lambeau, ou ce qui est encore de beaucoup préférable, à l'exciser comme s'il ne s'agissait que de faire une pupille artificielle par excision ordinaire. Le cristallin s'échapperait ensuite avec une extrême facilité. Avant de choisir l'un de ces procédés d'extraction, on doit, après avoir dilaté la pupille, examiner l'œil à la lumière artificielle et à l'aide d'une lentille (éclairage oblique de l'œil). Par ce moyen on constate aisément la présence de bandelettes exsudatives annulaires, qui fixent solidement l'iris à la capsule et s'opposent absolument, à moins d'une excision pratiquée largement, à la sortie de la lentille sans cette précaution. Dès lors qu'on a constaté la présence de ces bandelettes, on se retrouve dans les conditions des cataractes complétement adhérentes, que nous avons étudiées plus haut.

Abaissement simple. — Cette opération n'offre aucune difficulté lorsque les adhérences sont peu nombreuses. La première chose à faire dans ce cas est de plonger l'aiguille dans l'œil de préférence par la sclérotique, et avant d'avoir exercé aucune pression sur la lentille, pour trouver un point d'appui indispensable; puis de diriger le tranchant de l'instrument sur l'adhérence pour la diviser. Cela fait, on procède à l'abaissement comme à l'ordinaire.

Mais si les points adhérents sont nombreux et distribués à la partie supérieure et à la partie inférieure de la pupille, une précaution d'un très-haut intérêt doit d'abord être prise. Il faut immédiatement attaquer les adhérences supérieures en commençant par celles placées dans la ligne verticale, ou par celles qui s'en rapprochent le plus. L'iris, maintenu par les adhérences encore intactes, offre un point d'appui solide pour rompre aisément les premières adhérences attaquées, et l'on rencontre toujours une certaine difficulté pour détruire celles que l'on attaque les dernières. Or, en supposant que l'on ait conduit l'opération en sens inverse, les bandelettes supérieures ne pouvant plus être divisées, le cristallin demeure suspendu dans la pupille, tandis qu'au contraire, en agissant comme il vient d'être recommandé, le cristallin s'abaisse derrière l'iris. L'inconvénient est moins grand dès qu'il reste adhérent à sa marge inférieure, parce que de cette manière la pupille demeure découverte. Cette précaution s'applique à toutes

(1) Fin. — Voir le numéro du 10 septembre.

les cataractes adhérentes, et particulièrement aux cataractes secondaires.

L'abaissement peut être pratiqué ainsi dans un grand nombre de cataractes adhérentes, et même dans quelques-unes de celles que l'éclairage oblique indique comme compliquées de bandelettes annulaires. Dans ce cas, on cherche à pénétrer dans la pupille toujours rétrécie, à travers l'un des angles que l'atropine maintient encore dilatés, et quelque petit qu'il soit. Puis, par des pressions ménagées, on détache l'iris de la capsule, toujours en commençant par la partie supérieure, et l'on arrive enfin à débarrasser complétement la pupille et à abaisser la lentille. Mais c'est là une détestable opération, dans laquelle on a à craindre :

1° De se trouver dans l'impossibilité de se rendre maître des adhérences ;

2° D'avoir à redouter des accidents considérables après l'abaissement, par suite du retour de l'iritis qui avait d'abord fermé la pupille.

En effet, dans le premier cas, la pression que l'on exerce sur le cristallin pour le détacher est insuffisante, et si l'on regarde l'iris dans le point opposé à cette pression, on ne tarde pas à constater que ses fibres convergentes sont énergiquement tendues, et que, pour peu que l'on insiste, il sera décollé du corps ciliaire ; enfin, qu'au lieu de débarrasser la pupille, on provoquera un décollement traumatique sous l'influence duquel l'œil court les dangers les plus sérieux.

Dans le second cas, le cristallin, plongé dans un œil préalablement atteint d'une inflammation violente, réveille l'état aigu, et l'on peut s'estimer heureux si les choses ne vont pas jusqu'à produire le phlegmon, ce que j'ai vu plusieurs fois dans le commencement de ma pratique.

Assurément, dans ce cas et dans tous ceux où l'on constate que les adhérences sont nombreuses, il faut se bien garder de l'abaissement, et considérant la cataracte comme complétement adhérente, agir ainsi que nous l'avons indiqué dans ces sortes de cas. C'est donc à l'extraction qu'il faut avoir recours, en même temps qu'à la pupille artificielle pratiquée soit dans la même séance, soit à distance, suivant que l'on reconnaît que l'œil est ou non très-susceptible à l'influence de la lumière.

LUXATION DU POUCE VERS LA FACE PALMAIRE.

Par M. F. W. LORINSER.

Les luxations du pouce en avant ne sont pas communes, et leur étiologie présente encore une certaine obscurité, ce qui dépend de cette circonstance, que rarement les malades savent préciser la position exacte dans laquelle ils sont tombés. L'observation suivante est de nature à jeter un certain jour sur le mécanisme de ces luxations, en même temps qu'elle fournit des données nouvelles sur le mode de réduction.

Un jeune homme de dix-sept ans avait fait une chute sur la main droite, sans pouvoir indiquer dans quelle position le pouce avait rencontré le sol. Transporté à l'hôpital, il présenta l'état suivant :

Articulation métacarpo-phalangienne du pouce notablement gonflée et très-douloureuse. Sur la face dorsale on voit nettement saillir la tête du métacarpien, dont la surface articulaire est libre et tournée en bas. L'extrémité articulaire supérieure de la première phalange du pouce est appliquée sur la face palmaire du métacarpien, et forme là une saillie facile à circonscrire et dont la surface articulaire est dirigée en haut. Le pouce tout entier est dans une extension modérée. Les mouvements volontaires sont impossibles, les mouvements communiqués extrêmement douloureux.

En essayant de faire l'extension, on rencontra une résistance considérable, et l'on put constater évidemment qu'au moment des tractions il se formait, au milieu de l'enfoncement qui se voyait à la face dorsale, au-dessous de la tête du métacarpien luxé, une dépression de la peau, qui semblait tendue et attirée, comme par un ligament fixé à sa face profonde, en dedans, vers l'extrémité articulaire luxée de la première phalange du pouce. Cette dépression disparaissait aussitôt que les tractions étaient discontinuées, et alors la peau était relâchée au-dessous de la tête du métacarpien. Il était impossible de sentir le tendon du long extenseur du pouce.

Le malade étant plongé dans l'anesthésie, des tractions énergiques furent faites dans la direction où se trouvait le pouce; bien qu'elles fussent assez puissantes pour rendre au pouce sa longueur normale et même pour écarter l'une de l'autre les surfaces articulaires, elles ne permirent pas néanmoins de réduire la luxation par des pressions en sens opposés sur les deux os luxés. Même insuccès quand les tractions furent faites, le pouce étant fléchi ou étendu fortement. Mais à chaque essai on observait la dépression cutanée dont nous avons parlé plus haut. Cette circonstance suggéra à l'auteur l'idée que la peau ne pouvait être aussi tendue que par l'expansion fibreuse du tendon extenseur, et que ce tendon, n'étant point sensible à la face dorsale du doigt, devait avoir subi une *déviation latérale;* qu'il était retenu dans sa position nouvelle par un obstacle quelconque, déterminant ainsi pendant les tractions la dépression de la peau. Pour s'assurer de la valeur de cette idée, Lorinser rechercha si le pouce était susceptible d'être déplacé vers le bord cubital ou radial du métacarpien. Dans le premier sens, le déplacement était impossible; dans le second, au contraire, il pouvait être opéré dans une étendue telle qu'il était très-facile de transformer la luxation en avant en une luxation en dehors. Mais aussitôt que la première phalange fut arrivée au côté externe du métacarpien, il suffit d'une légère traction avec les doigts pour ramener le pouce et le tendon du long extenseur dans leur position normale.

L'articulation fut maintenue immobile au moyen d'un pansement approprié.

Le onzième jour du traitement, le malade quitta l'hôpital jouissant de tous les mouvements de l'articulation lésée.

Les circonstances de cette réduction donnèrent à l'auteur la conviction qu'en se luxant la phalange avait dû suivre la même voie par laquelle la réduction a été si facile, et que l'obstacle qui s'opposait si énergiquement à l'extension, à la flexion et à l'allongement, et qui avait été si facilement surmonté par le déplacement latéral de la phalange, résidait très-vraisemblablement dans la déviation du tendon du long extenseur du pouce.

Des expériences sur le cadavre confirmèrent cette opinion. Après avoir porté le pouce dans une extension forcée pour rompre les ligaments de la face palmaire, Lorinser chercha à porter violemment la phalange vers le bord cubital, de manière à déchirer le ligament latéral externe ; il luxa alors la phalange, d'abord en dehors, puis en avant. Cette luxation présentait tous les caractères qu'il avait observés sur son jeune malade : même position des extrémités articulaires, même absence du tendon extenseur sur la face dorsale. Pendant les tractions, on voyait se former la même dépression de la peau au-dessous de la tête du métacarpien ; la réduction enfin offrait les mêmes difficultés le pouce étant étendu, les mêmes facilités quand on ramenait d'abord la phalange au côté externe du métacarpien.

Une dissection minutieuse de la luxation montra l'état suivant : déplacement des surfaces articulaires, comme il a été dit plus haut; rupture du ligament articulaire antérieur, ainsi que de la gaîne fibreuse des tendons ; rupture presque complète du ligament latéral externe ; rupture partielle de l'expansion fibreuse des tendons extenseurs. Le tendon du long extenseur était déplacé vers le bord radial, et obéissant à la traction de la phalange vers la face palmaire, avait sauté par-dessus le gros tubercule que présente le métacarpien à son bord externe, de telle sorte qu'il se trouvait interposé aux deux os luxés, opposant à la réduction, par la tension qu'elle acquérait pendant les tractions, un obstacle d'autant plus considérable que ces tractions étaient plus énergiques. Le tendon du court extenseur avait suivi en partie celui du long extenseur dans son déplacement. La dépression de la peau était produite par les adhérences fibreuses qui unissent le tégument aux tendons des extenseurs.

Lorsque le pouce était poussé vers le bord radial du métacarpien, le tendon du long extenseur se dégageait naturellement de dessous le tubercule de ce dernier, et dès lors la réduction ne rencontrait plus d'obstacle.

Ce tubercule externe du premier métacarpien, sur lequel M. Malgaigne a appelé l'attention à l'occasion des luxations du pouce en arrière, ne jouerait donc pas un rôle moins important dans les luxations en avant.

L'auteur ne voudrait pas prétendre que, dans toute luxation du pouce en avant, le tendon du long extenseur subit le même déplacement. Ce dernier peut faire défaut, quand la luxation s'est faite directement ; mais, dans ces cas aussi, la réduction offrira peu de difficulté. (*Wien. med. Wochenschr.* et *Gazette hebdomadaire.*)

DU CHLORATE DE POTASSE

dans les affections diphthéritiques.

M. le docteur Simyan, de Cluny, nous adresse les réflexions suivantes au sujet de l'observation que M. Legendre a publiée dans le numéro du 3 septembre dernier.

Je ne vois pas très-bien, dans l'observation d'ailleurs bien rédigée de mon honorable confrère le docteur Legendre, la puissance d'action thérapeutique du chlorate de potasse. Une médication très-complexe a été dirigée contre l'affection diphthéritique de la petite Félicie; médication dans laquelle il est difficile de reconnaître la part qui lui revient dans la guérison de cette enfant. Pour porter un jugement certain sur un médicament nouveau, il faut l'expérimenter sans mélange, sans alliage, et sur un nombre de cas imposant.

L'observation de mon honorable confrère n'est donc point de nature à modifier mon opinion sur la valeur thérapeutique du chlorate de potasse; seulement je répéterai ce que j'ai écrit dans le numéro du 18 juillet 1857 de la *Gazette des Hôpitaux*, que dans l'épidémie si grave que nous venons de traverser, le chlorate nous a constamment donné des résultats négatifs dans 6 cas où il a été employé seul, et dans 18 à 20 cas où il a été associé aux vomitifs et aux dérivatifs.

D'ailleurs, voici les conclusions que j'ai posées dans un long rapport que je viens d'adresser à M. le préfet de Saône-et-Loire, pour être transmis à l'Académie impériale de médecine, et qui sont basées sur 350 cas *au moins* d'angines couenneuses et de croups. Elles résumeront ma réponse à l'article de M. le docteur Legendre :

1° La maladie qui fait l'objet de ce rapport est une angine diphthéritique qui a eu pour terminaison fatale le croup, lorsqu'une médication locale très-énergique n'était point intervenue à temps ;

2° Elle a attaqué à peu près exclusivement les enfants de un à douze ans, et a sévi d'une manière plus grave chez les enfants nés de parents entachés d'un vice diathésique, ou appartenant à des parents vivant dans les privations ou la misère.

3° L'angine couenneuse ne nous a pas paru posséder des propriétés contagieuses bien manifestes.

4° Le traitement local a été à peu près le seul employé avec succès.

La cautérisation répétée avec l'acide chlorhydrique concentré du pharynx et de la région supérieure du larynx nous a donné les plus beaux résultats ; les vomitifs ont été un bon adjuvant de la cautérisation.

Le *chlorate de potasse a été inefficace dans tous les cas où nous l'avons employé ;* il en a été de même des émissions sanguines locales et des révulsifs cutanés.

La trachéotomie, cette opération si grave en temps ordinaire, n'avait aucune chance de succès dans cette épidémie, puisque, sur cinq autopsies pratiquées chez des enfants qui avaient succombé au croup, j'ai constamment trouvé la fausse membrane ayant envahi tout le tube trachéal et les grosses bronches jusqu'à leur bifurcation.

PRÉPARATION EXTEMPORANÉE DU CHLORE

comme désinfectant,

Par M. LAMBOSSY.

Le chlorure de chaux, généralement employé dans les cas où il s'agit de dégager du chlore pour désinfecter une salle, outre son prix, a l'inconvénient de s'épuiser assez rapidement. M. Lambossy lui substitue la préparation suivante, aussi simple que peu coûteuse :

Pr.	Sel de cuisine.	2 cuillerées à soupe.
	Minium.	2 cuillerées à café.
	Acide sulfurique du commerce. .	1 verre à liqueur.
	Eau froide.	1 litre.

Mêler le minium avec le sel de cuisine, et introduire le tout dans la bouteille remplie d'eau ; ajouter ensuite petit à petit l'acide sulfurique ; boucher la bouteille et agiter à plusieurs reprises.

La réaction commence aussitôt et se complète en quelques minutes. Il se forme du sulfate de plomb qui se précipite, du sulfate de soude et du chlore, qui restent dissous dans l'eau. Ce dernier, qui donne au liquide une couleur jaune, se dégage dès que l'on débouche la bouteille. Pour produire un dégagement rapide, on verse le liquide dans des assiettes plates, afin d'offrir une large surface à l'évaporation. (*Écho médical suisse*, n° 1.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté de M. le préfet du département de Vaucluse, M. Campagne, interne à Montpellier, a été nommé médecin en chef de l'asile public d'aliénés d'Avignon, en remplacement de M. Geoffroy, décédé.

— La Société médicale d'Amiens, formant le comité central de vaccine du département de la Somme, s'est réunie dimanche 20 septembre sous la présidence de M. Ferrand, secrétaire général de la préfecture, assisté de M. Thuillier, président de la Société médicale, et de M. Denonvilliers, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

M. Lenoël, secrétaire de la Société, a donné lecture d'un rapport indiquant les résultats obtenus par les vaccinateurs du département, et proclamé le nom des vaccinateurs qui se sont le plus distingués pendant l'année 1857.

Primes d'honneur accordées aux vaccinateurs qui ont opéré le plus de vaccinations : — 1re prime, M. Caudron, à Athies ; 2e M. Ernest Mangot, à Montdidier ; 3e M. Collet, à Lœuilly.

Primes d'honneur accordées aux vaccinateurs qui, eu égard à la population de leur circonscription, ont laissé le moins d'enfants à vacciner. — 1re prime, M. Rovillain, à Camon ; 2e M. Mallet, à Doullens.

Lancetiers d'argent. — MM. : 1° André, à Péronne ; 2° Bourra, à Louvencourt ; 3° Morel, à Rogy ; 4° Grenet, à Cerisy-Gailly ; 5° Sarot, à Bray-sur-Somme ; 6° Petit, à Doullens.

Mentions honorables. — MM. Dacquet, Pouchain, Legoux fils, Croiset, Gellée, Mme Lecomte-Godefroy, Reuvin, Anselin, Varselle, Molliens, Asselin, Bellettre, Durand, Chevalier.

M. Andrieu a ensuite rendu compte des mémoires présentés pour le prix de topographie médicale, fondé par la Société, et M. Lenoël a proclamé le résultat du concours.

Médaille d'or à M. Hecquet, à Abbeville.

Mention honorable (ex-æquo) à M. Mangot, à Montdidier, et à M. Malapert, à Gamaches.

Immédiatement après, les membres de l'Association des médecins et des pharmaciens de la Somme se sont réunis en assemblée générale, et ont nommé au scrutin secret : MM. Andrieu, président; Thuillier, vice-président; Lenoël, secrétaire; Févez, trésorier; et MM. Bor, Brandicourt, Dupont, Fauvel, Herbet, Ernest Lefebvre, Lenglet, Mallet, Pecqueux, Pouchain, Thuillier fils et Wallet, membres de la commission administrative.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces libraires aux mêmes conditions qu'à Paris.

Exposition critique et pratique des nouvelles doctrines sur la syphilis, suivie d'une étude sur de nouveaux moyens préservatifs des maladies vénériennes, par M. P. DIDAY, ex-chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon (hôpital des Vénériens). Paris, 1857 ; 1 vol. in-12 de 580 pages. Prix : 4 fr. Chez J. B. Baillière et fils, libraires, rue Hautefeuille, 19.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 115. — JEUDI 1er OCTOBRE 1857. (30e ANNÉE) N° 115. — JEUDI 1er OCTOBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 . Un an. . 30 .

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 30 SEPTEMBRE 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

Lorsque nous avons publié, dans le numéro du 25 juillet dernier, l'observation d'un cas de pustule maligne guérie par les feuilles de noyer, communiquée par M. le docteur Raphaël (de Provins) à M. le professeur Nélaton, qui a bien voulu nous en faire part, nous avions prévu que cette observation susciterait des doutes et des objections. Peu familiarisé avec l'observation des diverses formes et variétés de ce genre d'affection, que l'on n'a que très-rarement l'occasion de voir à Paris, et déclinant en conséquence notre compétence devant celle des médecins qui exercent dans les localités où se manifeste le plus habituellement la pustule maligne, nous nous sommes borné à faire un appel à nos confrères des départements. Nos lecteurs connaissent les objections qui ont été faites, tant au diagnostic de M. Raphaël qu'aux déductions thérapeutiques qu'il a cru devoir tirer de ce premier fait.

Les dissidences relatives au diagnostic nous ont paru porter plutôt sur des caractères secondaires, sur des accidents de forme plus ou moins éventuels, susceptibles de justifier l'admission de variétés dans l'espèce, que sur le fond même, c'est-à-dire sur l'ensemble et la liaison des symptômes locaux et généraux qui décèlent la nature septique de la maladie. Ce dernier caractère, qui nous avait paru se trouver dans le fait de M. Raphaël, rapproché des circonstances anamnestiques qui accusaient de leur côté la spécificité de la cause, nous avaient fait pencher à croire, malgré les dénégations de ses contradicteurs, que notre confrère de Provins avait eu effectivement affaire à l'une des variétés de la pustule maligne. Nous avons dû naturellement être raffermi dans cette opinion quand nous avons vu un homme aussi autorisé sur ce point que M. Bourgeois (d'Étampes) ne pas mettre en doute la nature de la maladie.

Mais il restait une autre question à résoudre, et c'était la plus importante. La guérison était-elle due aux feuilles de noyer? C'était à l'expérience seule de prononcer, et c'était surtout en vue de l'expérimentation que nous réitérions notre appel. Aucun fait ni confirmatif ni infirmatif n'était venu jusqu'ici nous aider à sortir de cette incertitude. C'est M. Raphaël lui-même qui s'est chargé de nous apporter de nouveaux éléments de conviction. Il a eu la chance, dans un espace de moins de deux mois, de rencontrer trois nouveaux cas de pustule maligne, qu'il a traités de la même manière et qui ont guéri comme le premier. On trouvera dans le compte rendu les détails que M. Nélaton a exposés à ce sujet à l'Académie, et les renseignements qu'il a fournis sur les précautions prises par M. Raphaël pour répondre d'avance à toute nouvelle objection relative au diagnostic.

Malgré ces précautions, M. Robert a trouvé encore dans ces faits des motifs de douter. Sa raison se refuse à admettre qu'une simple application de feuilles de noyer sur une pustule maligne puisse en amener la guérison. Que M. Robert ne soit pas convaincu, par l'exposé seul des symptômes, que M. Raphaël ait eu affaire dans ces quatre cas à de véritables pustules malignes, c'est dans son droit; mais qu'il se refuse à croire à la guérison par les feuilles de noyer, par cela seul que son esprit ne saurait se l'expliquer, c'est, qu'il nous permette de le dire, exagérer un peu les droits d'intervention de la raison en médecine.

Cela est malheureux à dire sans doute; mais où en serions-nous s'il ne fallait admettre en thérapeutique que ce que la raison conçoit et explique? — C'est, nous le répétons encore, une question d'expérience, mais d'expérience bien faite, bien suivie, bien constatée dans ses résultats, et dégagée de toute cause d'erreur ou d'illusion possible et de toute préoccupation capable d'abuser l'esprit de l'expérimentateur.

Les quatre faits de M. Raphaël réunissent-ils toutes ces conditions? Nous le croyons, mais nous ne saurions rigoureusement l'affirmer.

Il est certain, ainsi que l'a très-justement fait remarquer M. Nélaton, qu'il n'est pas possible d'invoquer ici une simple coïncidence. Une coïncidence fortuite peut se rencontrer une fois, deux fois; mais elle ne se rencontre pas quatre fois de suite. Tout minime qu'il est, ce chiffre a ici une grande valeur. Mais nous aurions aimé cependant voir invoquer à côté du chiffre, qui est une sorte de preuve brute, un autre ordre de preuves que nous appellerons les preuves rationnelles ou physiologiques, telles que celles qui seraient déduites des modifications particulières imprimées par le médicament soit aux accidents locaux, soit aux symptômes généraux de la maladie. C'est là une lacune que nous signalons, et que M. Raphaël sera sans doute en mesure de combler s'il lui est donné de continuer avec le même succès ses expériences.

Quoi qu'il en soit, la question thérapeutique du traitement de la pustule maligne par les feuilles fraîches de noyer est posée; il faut qu'elle soit résolue. Mais en provoquant de nouveau les expériences, nous n'omettrons pas d'appeler l'attention de ceux de nos confrères qui seraient à même de les faire, sur les graves enseignements qui résultent pour eux des quelques faits exposés avec son autorité ordinaire par M. Renault (d'Alfort).

L'un des orateurs qui ont pris la parole dans cette petite discussion a dit des choses qui ont tout d'abord surpris l'assemblée..... et, pourquoi ne pas le dire, qui ont produit sur elle une impression pénible. Cet orateur, il faut le nommer tout de suite, parce qu'il est juste que chacun porte la responsabilité de ses actes : cet orateur est M. Piorry. M. Piorry, quand il s'agissait de pustule maligne, est venu entretenir l'Académie des eschares du sacrum des sujets atteints de fièvre typhoïde, confondant et désignant sous le même nom deux états morbides aussi différents, l'un constitué par une affection spécifique s'il en fut, l'autre qui n'est qu'un des nombreux épiphénomènes, un des accidents communs aux fièvres graves. M. le président a vainement rappelé M. Piorry à la question. « Je suis parfaitement dans la question, » a-t-il répliqué, donnant à entendre par là que cette confusion était parfaitement volontaire et préméditée. S'il ne s'agissait pas de M. Piorry, du professeur de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris, si c'était un inconnu qui eût énoncé devant l'Académie de médecine une pareille proposition, on l'eût taxé de grossière ignorance, et on aurait passé outre.

Nous n'avons pas besoin de dire que cette pensée n'est assurément venue à l'esprit de personne. M. Piorry sait aussi bien que quiconque ce que c'est qu'une pustule maligne, et ce que c'est qu'une fièvre typhoïde. Mais cette confusion volontaire de sa part est la conséquence d'un système bien connu, qui consiste à substituer à la notion de *maladie* celle de ce qu'il appelle les *états organo-pathiques*. De pareils exemples suffiraient pour faire juger le système. Cette nouvelle proposition était digne de figurer à côté de l'exemple de la variole cité à l'appui de cette thèse!

M. Piorry a dit et écrit trop de bonnes choses dans sa vie pour que nous ne considérions comme un devoir de l'avertir, dans l'intérêt même de son nom et de sa haute position, quand il lui arrive de faire fausse route. — Dr Brochin.

CONGRÈS D'OPHTHALMOLOGIE DE BRUXELLES.

Le congrès d'ophthalmologie, qui, provoqué par M. le docteur Warlomont, avait été annoncé dès le mois de janvier dernier, s'est, comme nous l'avons déjà dit, réuni à Bruxelles à l'époque fixée, les 13, 14, 15 et 16 septembre.

Plus d'un mois avant son ouverture, un programme contenant une série de questions importantes relatives à la spécialité ophthalmologique avait été rédigé et adressé à un grand nombre de médecins et aux journaux scientifiques par le comité d'organisation composé de MM. Fallot, président de l'Académie royale de médecine de Belgique, président; Bosch, chirurgien à l'Institut ophthalmique du Brabant; Hairion, directeur de l'Institut ophthalmique de l'armée, à Louvain; Van Roosbroeck, directeur de l'Institut ophthalmique du Brabant; Warlomont, rédacteur en chef des *Annales d'oculistique*, secrétaire général.

Parmi ces questions figurait en première ligne l'histoire d'une maladie qui depuis quelques années a été étudiée, en Belgique surtout, de la manière la plus approfondie, et qui eût suffi à elle seule pour motiver un congrès scientifique : nous voulons parler de l'*ophthalmie militaire* si répandue dans les armées du nord et de l'est de l'Europe, et à laquelle ont jusqu'à présent presque seules échappé les armées françaises. Cette immunité, pour le dire en passant, doit être attribuée, suivant nous, aux soins tout particuliers qui président dans notre pays à la santé du soldat, et spécialement à la commodité, à la forme parfaitement appropriée des différentes pièces de son équipement, col, coiffure, etc.

Presque tous les gouvernements de l'Europe avaient officiellement chargé d'assister au congrès ophthalmologique un certain nombre de médecins, parmi lesquels nous citerons, pour la France, MM. Laveran et Lustreman; pour la Sardaigne, MM. Borelli, Sperino; pour la Russie, MM. Borodine, Kabath, Froebelius; pour l'Autriche et la Prusse, MM. Jæger, Gulz, Arlt, Stelwas de Carion, d'Ammon, Stromeyer, Müller, Platner; pour la Suède, M. Rosander; pour l'Espagne et le Portugal, MM. Cirvera et Marguès, etc.

Les délégués officiels ne formaient, il faut le dire, que le plus petit nombre des assistants; les noms des adhérents atteignaient le chiffre énorme de 167, qui probablement n'ont pas pu se rendre tous aux séances; mais parmi ceux qui ont pris une part active aux travaux du congrès, ont été principalement remarquées presque toutes les notabilités spécialistes de l'ancien et du nouveau monde, et en particulier, sans compter les médecins belges, fort nombreux, MM. de Graefe (de Berlin), Bowmann, Little, James Dixon (de Londres), Sichel, Desmarres, Guépin (de Nantes), Caffe, Vauquelin, Leport (de Rouen), Gros (de Boulogne), Serre (d'Uzès), Testelin (de Lille), Donden (d'Utrecht), Gobée (d'Amsterdam), Vanzetti (de Padoue), Quadri (de Naples), Pélican (de Saint-Pétersbourg), Borelli, Riboli (de Turin), Cornaz (de Neuchâtel), Jacques d'Ancona (d'Égypte), Ortiz (de Vénézuela, de Souza (du Brésil), etc., etc.

A la première séance assistait M. le ministre de l'intérieur de Belgique, appelé à la présidence d'honneur, et qui, dans une courte allocution, a exprimé toutes ses sympathies pour l'œuvre à laquelle se livrait le congrès ophthalmologique. Le comité d'organisation a été appelé à l'unanimité à former le bureau définitif, et M. Fallot, président, a ouvert la série des travaux par un discours où il a exposé le but que se proposait la savante réunion, et les moyens qui avaient paru au comité les plus convenables pour arriver aux résultats les plus profitables.

Nous ne pouvons, dans un résumé aussi restreint que le comporte le cadre de ce journal, effleurer, même de la manière la plus rapide, les discussions qui ont fait le sujet des trois séances du congrès. Nous devrons nous contenter d'indiquer les principaux sujets qui ont été traités.

L'*ophthalmie militaire* est un de ceux qui ont le plus longuement occupé l'assemblée, et nous avons été heureux de voir que si les théories relatives au mode de production, à l'étiologie de la maladie, ont soulevé des controverses, il n'en a pas été de même du point de vue pratique, sur lequel tous sont tombés d'accord.

La question d'*ophthalmoscopie*, qui avait d'abord failli être presque passée sous silence, a été, sur une communication de M. Quadri (de Naples), l'objet d'une des plus vives et des plus intéressantes discussions, qui certainement avancera la science en faisant connaître quelques applications du plus du précieux instrument auquel on a donné la qualification de *stéthoscope* de l'œil, et qu'on eût mieux fait, à notre avis, d'appeler le *spéculum* de l'œil.

Puis est venue une communication de M. Serre (d'Uzès) sur la découverte des phosphènes et sur le parti que l'on peut en tirer pour le diagnostic des diverses affections de la rétine, et principalement de l'amaurose.

Les applications de l'occlusion palpébrale dans un certain nombre d'ophthalmies, moyen peut-être trop généralisé dans ces derniers temps, les maladies dites de l'*accommodation* et l'examen des agents qui président à l'adaptation de l'œil à la vue à différentes distances, l'existence d'ophthalmies spécifiques et la nécessité de traitements spéciaux dans des cas spéciaux, ont donné lieu à des controverses du plus haut intérêt.

En dehors des sujets mentionnés au programme, M. de Graefe a présenté des considérations nouvelles sur le glaucôme; de nombreuses expériences ont été faites sur les diverses modifications apportées à l'ophthalmoscope; d'habiles fabricants d'instruments de chirurgie ont montré des collections complètes d'instruments propres aux opérations à pratiquer sur les yeux.

La prothèse oculaire n'a pas été oubliée, et l'un de nos plus habiles fabricants de Paris a exposé les perfectionnements qu'il a depuis longtemps apportés à la composition et à l'adaptation des yeux artificiels.

Le congrès, avant de se séparer, a insisté sur l'utilité, autant pour les malades que pour la science, d'établissements spéciaux pour le traitement des maladies oculaires: on a décrit avec soin toutes les conditions vraiment spéciales que réclament ces établissements, et il a été constaté que les instituts ophthalmiques se multipliaient et s'organisaient en grand nombre dans diverses contrées de l'Europe.

Enfin, un vœu unanime a été exprimé en faveur de l'existence de chaires d'ophthalmologie dans toutes les Facultés de médecine.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Des abcès du poumon (1).

Ce qui arrive dans la pleurésie interlobulaire arrive aussi dans les pleurésies circonscrites de la grande cavité pleurale elle-même. Vous savez, en effet, pour en avoir vu de nombreux exemples dans les autopsies, que dans quelques circonstances des adhérences se forment entre le feuillet viscéral et le feuillet costal de la plèvre; qu'une pleurésie existant à la base de la poitrine se guérit, tandis qu'une pleurésie de la partie supérieure n'entre pas en résolution et marche à la suppuration. Il survient alors une lésion difficile à reconnaître.

Supposons qu'il existât précédemment une pleuro-pneumonie; l'inflammation pulmonaire s'était manifestée par l'expectoration sanglante et visqueuse, puis les crachats avaient pris la coloration rouillée, marmelade d'abricots; l'auscultation faisait entendre les râles crépitants pathognomoniques; la pleurésie elle-même avait été caractérisée par ce point de côté violent, différent de cette sensation de poids et d'angoisse que les anciens auteurs rapportaient plus spécialement à la péripneumonie. Des adhérences s'étaient établies entre le poumon enflammé et la plèvre costale. Entre ces adhérences, l'épanchement pleurétique persistant était devenu séro-purulent et tout à fait purulent. Cependant, on percevait toujours dans le point correspondant de la matité et du souffle, souffle quelquefois très-considérable, malgré le volume de l'épanchement; car, vous ne l'ignorez pas, le souffle et l'existence d'un épanchement considérable ne se contre-indiquent point. Vous aviez donc là une pleurésie circonscrite, au niveau de laquelle le poumon comprimé s'affaissait sur lui-même en proportion de l'épanchement, qui finissait par aplatir complétement le parenchyme pulmonaire.

Il devenait alors très-difficile de suivre cette évolution; et, dans ce cas, on pouvait croire à une induration pulmonaire existant seule, en raison des signes stéthoscopiques perçus par l'oreille; à savoir, le souffle bronchique, le retentissement de la voix, quelquefois même des gros râles gargouillants, phénomènes se passant dans la cavité des bronches non encore complétement aplaties sur elles-mêmes, et se propageant à travers le parenchyme condensé du poumon et le liquide épanché dans le kyste pleural. On diagnostiquait alors une pneumonie devenue chronique.

Cependant, deux ou trois mois après le début de l'affection, le malade rend tout à coup un flot de pus par la bouche; il a une vomique dans le sens littéral du mot *vomere*, vomir; puis vous entendez dans la poitrine des gargouillements à très-grosses bulles, du tintement métallique, et vous concluez que dans le point induré du poumon il s'est produit une caverne, alors que cette caverne est constituée par la plèvre. Le seul élément du diagnostic différentiel était, dans ce cas, l'époque de l'ouverture de l'abcès, l'époque d'apparition de la vomique; et, comme je vous le disais, de tous les signes donnés pour reconnaître les abcès du poumon, cette époque de leur apparition est certainement le signe capital.

En faisant attention à ce signe, les erreurs qui consistent à confondre les abcès pleuraux et les abcès pulmonaires pourront être évitées, alors surtout que l'on a suivi le malade depuis le début de son affection. Dans le cas contraire, les erreurs, bien que plus faciles à commettre, peuvent encore être évitées. Généralement, en effet, un épanchement pleural se reconnaît aisément: la matité absolue, la dilatation de la poitrine, qui jamais n'accompagnent la pneumonie, l'absence de vibration thoracique, sont des phénomènes suffisamment caractéristiques. Dans quelques circonstances, il est vrai, l'absence de vibration thoracique a lieu dans la pneumonie, mais rarement. D'un autre côté, cette vibration peut se produire dans certains cas de pleurésie, alors que celle-ci s'accompagne de bronchophonie; mais lorsqu'à ces phénomènes indiqués s'en ajoutent d'autres, tels que le refoulement du médiastin, le déplacement du cœur vers le côté sain de la poitrine, l'abaissement du foie et de la rate, on ne saurait plus hésiter à reconnaître un grand épanchement pleural, et on ne pourrait le confondre avec une pneumonie. Et si, dans ces cas, le malade a rendu tout à coup par la bouche une grande quantité de pus, sans examiner davantage la poitrine, sans avoir besoin de recourir au plessimètre ou au stéthoscope, vous pourrez affirmer que ce pus provient de la plèvre. L'auscultation confirmera ce diagnostic, en vous faisant percevoir les signes de l'hydro-pneumo-thorax.

Ces grandes collections purulentes des plèvres peuvent s'ouvrir d'ailleurs quelquefois sans grand dommage pour l'individu.

Il y a trois ans, M. le docteur Bordes me mandait en consultation pour un fruitier de la rue des Gravilliers, chez lequel nous devions nous rencontrer à dix heures et demie du matin. Il avait reconnu un épanchement thoracique considérable datant déjà de deux mois et plus. Il me priait d'arriver avec les instruments nécessaires pour pratiquer la ponction de la poitrine. J'arrivai, en effet, prêt à la faire, lorsque le malade me montra, dans un saladier, cinq litres de pus qu'il avait rendus pendant la nuit. Dans la journée, il en rendit encore une grande quantité, et dans l'espace de trois à quatre fois vingt-quatre heures, il en rendit onze litres, qui furent mesurés exactement. Pendant environ trois semaines ou un mois, il continua d'en *vomir*, pour me servir de son expression, et aujourd'hui le malade, complétement rétabli, se porte à merveille.

Les grandes vomiques pleurales peuvent donc, comme les vomiques pulmonaires, se faire jour à travers les bronches; mais indépendamment des signes que nous avons donnés, la quantité même de pus rendu ne permettrait pas au praticien d'avoir un instant de doute. Il est impossible qu'un abcès du poumon contienne un litre de pus; à mon avis, cela est impossible; tandis que les abcès de la plèvre peuvent renfermer deux, trois, quatre litres, le pus d'ailleurs se renouvelant chaque jour, un individu peut en rendre des quantités plus considérables encore. Ainsi, M. Legroux a cité le fait d'un individu qui, dans un espace de temps assez long à la vérité en avait rendu quarante-deux à quarante-trois litres, qui avaient été mesurés. Dans l'une des séances de la Société médicale des hôpitaux de Paris de l'année 1854, je lisais à mes collègues l'observation recueillie par moi d'une petite fille de six ans qui, dans l'espace d'un peu plus de six mois, rendit une quantité de pus susceptible d'être évaluée à 200 grammes par jour, ce qui représentait le poids énorme de 40 kilogrammes.

Cette différence capitale entre les quantités de pus contenues dans les vomiques pleurales et celles contenues dans les vomiques pulmonaires, rend donc le diagnostic entre les deux affections facile à établir. Ainsi, quantités différentes du pus rendu, époque différente de l'ouverture des vomiques, tels sont les éléments essentiels de ce diagnostic. Toutefois, chez les enfants, ce dernier élément peut faire défaut.

Chez les enfants, en effet, les collections purulentes de la plèvre peuvent se faire jour dans les bronches avec une effrayante rapidité. Une pleurésie a été nettement constatée à son début, l'épanchement a été reconnu, il a augmenté, et bientôt se sont manifestés les symptômes indiquant qu'il est devenu purulent; puis vers le quinzième, le dix huitième, le vingtième jour du commencement de sa maladie, l'enfant rend des flots de pus par la bouche. Il est impossible de méconnaître là une vomique pleurale.

Chez l'adulte, ces cas sont exceptionnels. Ils s'observent cependant dans certains cas de diathèse de suppuration. Chez les femmes, par exemple, en état puerpéral, vous pourrez voir des abcès pleuraux se former très-rapidement, et plus rapidement que cela n'arrive dans les cas ordinaires, se faire jour à travers les bronches. Il y aurait alors des difficultés de diagnostic, l'apparition rapide du pus dans les matières de l'expectoration pourrait donner des doutes. Mais si on a assisté au début des accidents, si on a reconnu l'existence d'une pleurésie, et d'une pleurésie suppurée, ce qui ferait soupçonner et l'état puerpéral dans lequel se trouve placé la malade, et les symptômes généraux qu'elle aura éprouvés; vous songerez aux réserves qu'il faut faire quant à l'apparition rapide de la vomique, et vous diagnostiquerez qu'elle arrive de la cavité de la plèvre.

(1) Fin. — Voir les numéros des 17 et 22 septembre.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. Bouvier.

Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur (1).

(Recueillies par M. Moilin, interne du service.)

c. *Lordose paralytique.* — J'entends par lordose paralytique celle qui est produite par une paralysie du tronc, paralysie qui porte sur les muscles extenseurs ou fléchisseurs de la colonne vertébrale. Je dois à mon excellent confrère et ami M. le docteur Duchenne (de Boulogne) la communication de faits intéressants à ce sujet.

Je vous parlerai bientôt peut-être des paralysies en général; je me bornerai pour le moment à ce qui a trait à mon sujet.

Les muscles abdominaux, principaux fléchisseurs du rachis, peuvent perdre leur contractilité, alors que les extenseurs, les sacro-spinaux conservent la leur; et réciproquement les sacro-spinaux peuvent être atteints d'*acinésie* complète ou incomplète, tandis que leurs antagonistes, les fléchisseurs, restent sains.

Chacun de ces états opposés donne lieu à une attitude spéciale.

Les muscles de l'abdomen sont-ils paralysés, les sacro-spinaux agissent avec trop d'énergie dans la station et renversent le rachis en arrière; il se produit une lordose lombaire avec les caractères que vous lui connaissez, avec le renversement du bassin en avant, nécessaire à la conservation de l'équilibre. Il arrive alors, en effet, le contraire de ce qu'on observe dans la lordose de compensation occasionnée par l'inclinaison exagérée du bassin: dans ce dernier cas, c'est parce que le bassin s'incline en avant que le rachis se courbe et se renverse en arrière; dans la paralysie des fléchisseurs du tronc, c'est parce que le rachis s'infléchit en arrière que le bassin bascule et s'incline en avant sur les fémurs. Le résultat est le même en définitive, et la configuration du torse diffère peu dans les deux cas, quoique produite par un mécanisme inverse. Aussi est-on exposé à confondre ces deux sortes de lordose, si l'on n'en recherche pas attentivement la cause.

Voici le moule d'une femme qui a reçu les soins de M. le docteur Duchenne pour une acinésie occupant une partie des muscles du tronc et en particulier ceux de l'abdomen. Vous reconnaissez la lordose lombaire, l'ensellure portée à un haut degré.

Même aspect sur cette figure, qui représente une jeune fille que j'ai soignée autrefois à l'Hôtel-Dieu sans savoir alors la véritable cause de l'attitude extraordinaire qu'elle présentait dans la station. J'ai dit un mot de ce fait dans mes leçons de 1855.

Cette lordose ne diffère en rien de celle que je vous ai fait voir dans des cas d'inclinaison primitive du bassin. Mettons à côté de ce moule cette figure d'un jeune garçon parfaitement musclé, dont la lordose dépendait d'une luxation congénitale des deux fémurs, qui faisait basculer le bassin en avant dans la station; nous ne verrons pas de différence dans la conformation apparente des lombes.

Si ce sont les muscles sacro-spinaux que le mal a envahis, on observe un singulier phénomène découvert par M. Duchenne, et qui m'a fort étonné la première fois qu'il a bien voulu m'en rendre témoin.

On s'attendrait dans ce cas à voir, comme chez les vieillards, la faiblesse des muscles postérieurs suivie de flexion en avant, de cyphose. Point du tout; c'est encore une lordose qui se produit, et voici comment.

Menacé incessamment de tomber en avant, entraîné irrésistiblement dans ce sens par la moindre surcharge, par un léger mouvement des membres supérieurs qui déplace le centre de gravité, le malade réunit toutes ses forces pour rejeter le tronc en arrière jusqu'à ce que son propre poids le porte dans cette direction, jusqu'à ce que les muscles antérieurs valides soient appelés à leur tour à maintenir l'équilibre, à prévenir la chute en soutenant l'effort de la pesanteur. Les rôles sont alors intervertis; ce sont les fléchisseurs qui deviennent les principaux agents de la station, et les extenseurs sont déchargés d'une fonction qu'ils sont hors d'état de remplir. De là la lordose.

Mais ce genre de lordose diffère de celles dont je vous ai entretenus jusqu'ici: son aspect est tout autre; au lieu d'une courbe assez régulière, assez uniforme, les vertèbres lombaires présentent une flexion brusque, une sorte d'angle arrondi, au-dessus duquel le rachis forme une ligne presque droite, fortement inclinée en arrière. C'est ce que vous voyez dans cette photographie d'un porteur de la halle observé par M. Duchenne.

Remarquez bien qu'ici il n'y a pas d'ensellure; le bassin est porté en avant et les fesses sont effacées; au contraire, sur le moule de la femme à la paralysie abdominale, l'ensellure est considérable et le bassin fait saillie en arrière.

Il en résulte qu'un fil à plomb qui part de l'occipital tombe au-dessus du bassin même dans la première variété, et en arrière de la cavité pelvienne dans la seconde.

La lordose paralytique disparaît dans la position horizontale comme la lordose provoquée par l'inclinaison du bassin; l'attitude assise la modifie également. En un mot, ce n'est qu'une courbure par flexion; mais cette flexion paraît dépasser les limites de l'état normal, et elle pourrait être suivie à la longue de déformation.

Guérir la paralysie est l'indication essentielle à remplir dans cette forme de lordose. Ne laisser le sujet debout que le moins possible, le soutenir au besoin par des supports artificiels, tels sont les seuls soins que la courbure réclame par elle-même.

La paralysie des fléchisseurs ou des extenseurs du cou, considérée en particulier, se comporte comme celle des muscles du tronc et donne lieu à des inclinaisons toutes semblables de la tête et des vertèbres cervicales. La cyphose résultant de la paralysie des extenseurs, très-pénible pour les malades, lorsqu'ils ne peuvent la prévenir, est transformée de même en lordose. Je place sous vos yeux la photographie d'un malade de M. Duchenne, dont la tête est ainsi renversée par suite d'une paralysie de ses extenseurs. Cet homme n'évitait la flexion forcée de la tête et la suffocation qui en eût été la suite, qu'en la laissant tomber en arrière de tout son poids dans l'attitude de la lordose cervicale. Un support factice, un collier convenablement rembourré, serait utile en pareil cas.

d. *Lordose congénitale.* — La lordose congénitale est en général une circonstance très-accessoire d'états fort complexes; on l'a principalement rencontrée sur des monstres, où elle était presque toujours réunie au spina bifida.

On voit la lordose lombaire dans des cas d'éventration avec développement imparfait des viscères abdominaux, la lordose cervicale dans des monstruosités partielles de la tête.

Je passe rapidement pour arriver à une lordose congénitale, remarquable en ce qu'elle forme à elle seule le trait le plus saillant de la monstruosité. Il n'y en a encore que peu d'observations, mais elles se ressemblent toutes; on les dirait calquées sur le même modèle. Jetez les yeux sur ces figures de M. Bouteiller, qui a publié une observation de ce genre. Vous y trouverez les mêmes caractères que dans une observation analogue de Dugès, que dans une autre de Gerdy, les mêmes que dans un cas observé par M. Giraldès et dans d'autres recueillis par des auteurs plus an-

(1) Suite. — Voir les numéros des 8, 15, 24 et 26 septembre.

ciens. Cependant ces observations sont restées à l'état de faits isolés, bien qu'elles constituent réellement un genre dont un des caractères est la lordose générale du rachis.

En effet, dans tous ces cas, la colonne vertébrale, ouverte à sa partie postérieure, est relevée en arrière et recourbée au point que le sacrum remonte derrière l'occiput et que le coccyx atteint l'intervalle des pariétaux. Les pièces de l'occipital séparées laissent entre elles un écartement occupé par les vertèbres, qui forment ainsi une partie de la paroi crânienne. Le thorax, renversé en arrière par sa partie inférieure, est sous la base du crâne. Les membres inférieurs sont suspendus sous la tête à des os iliaques imparfaitement développés et séparés du sacrum. D'autres anomalies compliquent ces désordres. Le cerveau est en partie déplacé en arrière. C'est l'*iniencéphale* de M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire (cerveau à l'occiput, de ἰνίον, nuque). Dans le cas de M. Bouteiller, il y avait de plus transposition des viscères. Le cerveau a paru normal, mais la pièce était trop altérée pour qu'on pût étudier complétement sa disposition.

Comment expliquer ce renversement bizarre du rachis? Quel est ici le rôle des muscles?

D'abord qu'est-ce qu'un monstre? Dans beaucoup de cas, ce n'est autre chose que le produit d'une altération pathologique, d'une maladie embryonnaire; et, pour le cas particulier qui nous occupe, il est bien difficile de ne pas se ranger à l'opinion de Haller et de Morgagni, si bien développée par mon maître, Béclard, et par Dugès; il est difficile de ne pas voir avec ces auteurs, dans l'état d'imperfection du crâne et du rachis, les suites d'une hydropisie crânio-rachidienne. La colonne vertébrale, privée de résistance et facile à courber en tous sens, suivant la juste remarque de Wenzel, quand elle est réduite ou à peu près aux corps vertébraux, a aisément obéi aux impulsions qui tendaient à la rapprocher du crâne, avec lequel elle a contracté d'étroites connexions, et celles-ci ont apporté un nouvel obstacle au développement du squelette.

Il serait assez naturel de penser que les muscles postérieurs du tronc contribuent par leur contraction tonique, peut-être par un spasme dépendant de la lésion encéphalique, à attirer l'une vers l'autre la tête et le train inférieur du corps, et à amener au contact l'occiput et la région du dos, des lombes et du sacrum. Cependant quelques objections s'élèvent contre cette interprétation.

Déjà, en 1826, Dugès lui opposait, à l'occasion d'un fait de lordose fœtale moins considérable, le changement de direction des muscles rejetés sur les côtés avec les lames vertébrales, et leur état de relâchement comparé à la tension des muscles antérieurs. Il est difficile de comprendre comment l'extrémité des sacro-spinaux pourrait à elle seule renverser la courbure du sacrum et du coccyx, et les accoler à la partie postérieure du crâne. La pression du liquide céphalo-rachidien repoussant les vertèbres en avant, alors que la poche n'est point encore rompue, exerce une influence pour le moins aussi réelle que celle des muscles. Ne faut-il pas aussi tenir compte de la rétraction de la poche elle-même après son évacuation?

Une pièce décrite par M. Houel et déposée au Musée Dupuytren sous le n° 160 (lésions de l'appareil digestif), semble encore démontrer la réalité des influences mécaniques dans les cas de ce genre. C'est une lordose du sacrum, devenu convexe en avant dans un spina bifida des vertèbres sacrées. Cet os, probablement repoussé en avant par la tumeur aqueuse de l'hydro-rachis, est venu se mettre en contact avec le pubis, et il en est résulté un défaut de développement de la paroi abdominale et une extrophie de la vessie. En même temps les membres inférieurs ont éprouvé une rotation en dehors d'une demi-circonférence, dont la raison se trouve dans le déplacement du sacrum qui a changé la direction des os coxaux. Ainsi voilà toute une série de désordres qui paraissent dériver d'une même cause, d'une pression mécanique!

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 septembre 1857. — Présidence de M. Michel Lévy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet:

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de Seine-et-Marne en 1856;

2° Un rapport de M. le docteur Lemaire, sur une épidémie de croup et d'angine couenneuse qui a régné dans la commune de Champ-Lemy. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Calvo-Martin demande un rapport verbal sur un ouvrage de M. le docteur Diégo Argumosa, ancien professeur de clinique chirurgicale à Madrid. Cet ouvrage a pour titre: *Resumen de cirurgia.* (Commissaires, MM. Roche et Lagneau.)

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. DEPAUL lit au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, et pour M. Robinet absent, une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

COMMUNICATION.

Traitement de la pustule maligne par les feuilles fraîches de noyer. — M. NÉLATON. Ce n'est pas sans quelque hésitation que je monte à la tribune pour entretenir l'Académie des faits qu'elle va entendre. Il s'agit, en effet, de quelques cas de guérison d'une des affections les plus graves, la pustule maligne, par un moyen auquel on n'est tout d'abord porté à n'accorder que peu de confiance. La *Gazette des Hôpitaux*, dans le numéro du 25 juillet dernier, publiait une observation dont voici le titre: *Pustule maligne guérie par l'application topique des feuilles fraîches de noyer.* (Ici M. Nélaton donne lecture de cette observation; nous renvoyons le lecteur au numéro précité; puis il continue en ces termes:)

On a fait depuis à cette observation trois sortes d'objections: on a dit qu'il y avait eu erreur de diagnostic; qu'on avait eu affaire, dans ce cas, à une variété de pustule maligne sans gravité; ou bien enfin, que la guérison n'était pas due à l'action des feuilles de noyer, et que c'était un de ces exemples rares, il est vrai, et exceptionnels de guérison spontanée.

Voici à l'égard de ces trois objections la réponse qui me paraît pouvoir être faite: M. Raphaël, l'auteur de la communication dont il s'agit, habite Provins, où la pustule maligne est très-commune. Il est par conséquent à même d'en observer un très-grand nombre de cas, et il en fait depuis longtemps l'objet d'une étude spéciale; il s'est surtout beaucoup occupé du traitement de cette affection, il a expérimenté successivement tous les moyens qui ont été préconisés, et après avoir presque constamment échoué jusqu'ici dans ces tentatives, il avait fini par s'en tenir à la cautérisation avec le cautère actuel, comme le seul moyen qui lui eût paru capable de procurer la guérison.

Y a-t-il dans l'observation de M. Raphaël toutes les conditions requises pour constituer un diagnostic certain? Pour ma part je le crois. On y trouve d'abord les signes anamnestiques qui sont ici d'une grande valeur. Le malade, quelque temps avant d'être pris de son affection, avait dépouillé des moutons morts du sang de rate. Les symptômes étaient ceux de l'œdème charbonneux des paupières, que M. Bourgeois (d'Étampes) a si bien décrits; les paupières étaient œdématiées, d'une dureté remarquable, et sur cette base dure, on voyait quelques vésicules; enfin, l'ensemble des phénomènes généraux étaient également ceux qu'on trouve décrits dans tous les auteurs comme les symptômes de la pustule maligne. Tout porte donc à admettre le diagnostic de M. Raphaël comme excessivement probable.

Etablir l'exactitude de ce diagnostic, c'est répondre également à la seconde objection, qui consiste à dire que l'on a eu affaire dans ce cas à cette variété de pustule maligne sans gravité, que M. Van Swygenboven a cherché à distinguer de la pustule maligne grave. Ce que M. Van Swygenboven appelle une pustule maligne sans gravité, n'est point en réalité une pustule maligne, de sorte que l'on serait bien plus fondé à rétorquer contre l'auteur de cette distinction l'objection tirée d'une erreur de diagnostic. Je maintiens, pour moi, qu'avec un peu d'habitude, et pour peu que l'on ait vu un certain nombre de cas de pustule maligne, il n'est pas possible de s'y tromper.

Reste l'objection de M. Bourgeois (d'Etampes); la guérison est due au hasard.

Il n'y avait qu'un moyen de répondre à cette objection, c'était par de nouveaux faits. Ils n'ont pas tardé à se produire.

Voici une lettre de M. Raphaël en date du 19 août, qui fait connaître le résultat de la seconde application des feuilles de noyer qu'il a eu l'occasion de faire.

Nous en extrayons les passages suivants:

« La confirmation du fait de Saint-Loups ne s'est pas fait attendre longtemps. Le 2 août, un jeune garçon, âgé de douze ans, d'une forte constitution, entre à l'Hôtel-Dieu de Provins le soir dans le service de M. Hublier, chirurgien en chef de cet hôpital; il porte une pustule maligne sur l'avant-bras gauche dans sa partie postérieure et interne, à la jonction du tiers supérieur avec le tiers moyen. Le lendemain, 3 août, je le vois avec M. Hublier au moment de notre visite, il est vierge de tout traitement. Sa pustule est arrivée au troisième degré. Ainsi il y a un œdème comme emphysémateux de tout l'avant-bras, de la main, et il remonte jusqu'à la partie moyenne du bras; il est si considérable, que l'articulation du coude reste demi-fléchie. En se rapprochant de la pustule, cet œdème devient plus dur, c'est un véritable noyau du volume d'un œuf de poule, au centre duquel se trouve une tumeur grande comme une pièce de un franc, arrondie, élevée au-dessus du niveau de la peau, d'une coloration violacée, et surmontée dans sa circonférence de petites vésicules remplies de sérosité roussâtre, au centre desquelles on voit un point noir et déprimé. C'est la pustule maligne dont je vous ai parlé sous le nom de forme sèche, par opposition à la forme humide, dont le gonflement œdémateux est plus considérable, plus transparent, plus tremblotant, comme de la gelée, dont les vésicules sont remplies de sérosité jaunâtre, et dont l'eschare du centre est jaunâtre et sans résistance à l'incision, au lieu d'être noire et dure au bistouri comme dans la forme sèche. Enfin, la cautérisation de la forme humide est plus difficile que celle de l'autre.

C'est le 1er août que ce malade s'est aperçu qu'il avait un bouton sur l'avant-bras, et c'est le jeudi, 30 juillet, qu'en cousant son pantalon il s'est piqué avec une aiguille et qu'il a dû s'inoculer le virus. Il était en effet dans une ferme où des moutons mouraient *du sang*, et il a porté des peaux fraîchement déshabillées. Il n'est donc pas étonnant que du sang virulent ait sali son pantalon.

A huit heures du matin, le 3 août, on applique des feuilles fraîches de noyer sur cette pustule maligne devant M. Bailleul, médecin-major du 8e lanciers. Ces applications souvent renouvelées ont été continuées pendant sept à huit jours. Une demi-heure après la première application, M. Bailleul, M. Hublier et moi, nous croyons déjà constater de la diminution dans l'œdème. A deux heures de l'après-midi, nous revoyons ce malade et avec nous deux autres médecins, M. Duprat, aide-major du 8e lanciers, et M. Grandvilliers, docteur-médecin à Provins. Ces messieurs s'assurent de la nature de la maladie, et pour eux comme pour nous c'est bien une pustule maligne. A ce moment l'œdème nous semble encore diminué. Dans tous les cas il diminue si bien, qu'en quatre jours il n'en reste plus. Le troisième jour, la pustule est flétrie, les vésicules n'existent plus, et déjà un cercle rouge inflammatoire apparaît autour de la tumeur, en même temps que l'eschare passe de la couleur gris-jaunâtre au noir; elle a d'ailleurs, comme la pustule, la grandeur d'une pièce de 1 franc, et elle est parfaitement arrondie. Le sillon qui la sépare des parties vivantes ne tarde pas à se montrer. Mais le noyau du volume d'un œuf de poule reste encore dur; seulement il est plus apparent et plus proéminent, parce que l'œdème qui l'entourait a disparu; cependant il finit par s'effacer peu à peu, en même temps que l'eschare se sépare de plus en plus, au point qu'elle tombe le 17 août dans l'après-midi. A sa place il y a une plaie arrondie, taillée à pic, profonde de toute l'épaisseur du derme et à fond grisâtre. Le 18, elle commence déjà à se déterger, et on aperçoit quelques boutons charnus qui annoncent le travail réparateur.

Le troisième cas est arrivé ce matin même, et je vous en fais part à l'instant.

Un petit cultivateur se présente à moi; il porte à la partie supérieure et externe de l'avant-bras une petite tumeur large comme une pièce de 1 franc, parfaitement arrondie, élevée au-dessus du niveau de la peau, d'une coloration rouge-violacé, déprimée au centre, où se voit un point noir et dur des dimensions d'une lentille; autour de ce point noir et à la circonférence de cette tumeur se trouve une couronne de vésicules qui paraissent n'en former qu'une seule, et qui est remplie de sérosité très-rousse. Ce bouton bien caractéristique, *qui a été décrit dans les livres et par les auteurs*, quoi qu'en ait pu dire mon confrère, ami et voisin M. le docteur Joux, est porté sur un noyau du volume d'un œuf de pigeon, aplati et arrondi, et formé par le tissu cellulaire infiltré et induré, et enfin autour de ce noyau on trouve cet œdème comme emphysémateux qui commence la troisième période. Cet œdème s'étend en haut sur le commencement du bras et en dehors, en bas et en dehors également jusqu'à la jonction du tiers moyen au tiers supérieur; toute la partie supérieure de l'avant-bras a d'ailleurs augmenté de volume. Enfin, pour dire tous les caractères de cet œdème, il se termine *ex abrupto* par une espèce de marche d'escalier qui le sépare des parties saines, c'est-à-dire qu'il ne se confond pas avec elles d'une manière insensible.

Enfin, autour du bouton caractéristique, la peau est légèrement érysipélateuse, ce qui s'observe assez rarement; elle y est chaude.

Ce malade accuse des élancements et des démangeaisons; des élancements sans doute à cause de la rougeur érysipélateuse. Il se plaint d'un malaise général; toute la nuit il avait des frissons. C'est depuis trois jours seulement qu'il s'est aperçu de ce bouton; mais il fait remonter ses démangeaisons à mercredi dernier, sans en être positivement sûr. Enfin, il a déshabillé dernièrement trois ou quatre moutons qui sont morts chez lui *du sang*.

Préoccupé de cette nouvelle pustule maligne (la véritable forme sèche), je n'ai songé qu'à lui indiquer la feuille fraîche de noyer sans examiner assez l'état général; mais ce soir le malade doit revenir, et je verrai s'il n'y a pas complication d'embarras gastrique, ce qui expliquerait l'érysipèle, les frissons et le malaise général.

En date du 21 septembre, M. Raphaël donne en ces termes la suite de cette troisième observation:

« Je n'ai point attendu le soir pour visiter mon malade, j'y suis allé à deux heures de l'après-midi. Il avait appliqué le matin même des feuilles fraîches de noyer, et il les avait renouvelées depuis une heure seulement.

» Depuis son retour chez lui, et après l'application des premières feuilles de noyer qui avait été faite chemin faisant, il avait été obligé de se tenir couché; son mal de tête avait redoublé, et il lui était survenu des éblouissements, des envies de se trouver mal, des envies de vomir et des sueurs froides. Pour éviter ce malaise, il était obligé de rester couché; à peine sur son séant, il devenait plus malade. A ma visite de deux heures, j'ai recherché s'il y avait les signes d'un embarras saburral; ils n'existaient pas, et l'état local, qui n'avait pas diminué, n'était cependant pas assez développé pour faire croire que la quatrième période devait se montrer; en un mot, l'état local ne pouvait faire présumer que l'empoisonnement était si proche, car les symptômes décrits plus haut indiquent bien que l'intoxication commençait; le pouls était encore régulier et large, mais mou. Je fais lever le malade, je le panse moi-même devant M. Hublier. J'applique sur le bouton et sur toute l'étendue de l'œdème une couche de feuilles de noyer en épaisseur de trois ou quatre les unes sur les autres, et je serre un peu les bandes pour faire obéir ces feuilles et les faire appliquer sur la peau. Pendant le pansement et après, le malade se plaint d'éblouissements; il est pâle, ses yeux sont cernés; il va se trouver mal, dit-il; il est couvert de sueur froide, il a des envies de vomir; enfin il vomit des matières blanches écumeuses, à trois reprises et coup sur coup. Il a très-soif; on lui donne à boire de l'eau sucrée mêlée avec un peu d'eau-de-vie, et peu à peu tous ces symptômes généraux diminuent pour disparaître au bout de vingt à vingt-cinq minutes et ne plus revenir. A partir même de ce moment, ce malade n'a plus été obligé de rester couché. Bref, le 16, le suintement de sérosité s'est fait sans les feuilles, et le jeudi, à quatre heures du soir, il n'y a plus d'œdème; déjà le sillon qui va séparer le vif de l'eschare se montre, et le bouton caractéristique est changé en plaque d'un gris jaunâtre, déprimée et humectée de sérosité. Il est évident qu'il n'y a plus de pustule maligne; qu'il ne reste plus qu'un point de gangrène autour duquel on voit un cercle inflammatoire, et que la cicatrisation se fera par l'élimination et les bourgeons charnus.

» Ce n'est pas tout, ajoute M. Raphaël. Le lundi 14 septembre courant, quand j'étais chez mon malade, sujet de la troisième observation, sa femme se plaint d'avoir des démangeaisons très-vives sur la poitrine, où elle a, dit-elle, un petit bouton qu'elle a écorché. Elle avait touché, le samedi 12 septembre, aux peaux des moutons morts du sang, et que son mari avait déshabillés. Nous trouvons en effet, sur la partie antérieure de la poitrine, au-dessus du sein et vers le bord externe du sternum, une écorchure longue d'un centimètre, à fond grisâtre, autour de laquelle il y a de petites pustules granulées remplies de sérosité roussâtre et placées très-irrégulièrement. Le bouton caractéristique n'existe pas; mais ces petites pustules granulées reposent sur un noyau très-dur, de la dimension d'une pièce de deux francs, et placé dans l'épaisseur de la peau, qui, plus gonflée, présente l'aspect d'une tumeur aplatie. Sur ce noyau, la peau est violacée et briquetée, et autour elle est légèrement érysipélateuse. D'ailleurs, pas d'œdème, ni de symptômes généraux d'aucune espèce.

» Je panse moi-même cette malade sur son lit. J'ouvre avec mes ciseaux courbes toutes les phlyctènes et toutes les pustules granulées, et j'applique une couche épaisse de feuilles de noyer; je m'arrange à les faire porter fortement sur la peau. Trois quarts d'heure environ après je trouve la malade levée; elle n'a plus, de tous les symptômes généraux, qu'un peu mal à la tête. Je découvre le mal, il y a un suintement considérable. Je panse avec de nouvelles feuilles de noyer qu'on renouvellera exactement de trois heures en trois heures, et je me

retire, bien certain que l'amélioration a commencé et qu'elle continuera. Jeudi, à quatre heures du soir, l'état local est en voie de diminution, le sein n'est plus gonflé ; l'érysipèle a disparu, les aisselles ne sont plus douloureuses, le noyau est moins étendu, l'eschare centrale est plus arrondie et entièrement noire, et il n'y a aucun des symptômes généraux de la veille, la malade a même faim. Le vendredi, j'ai revu cette femme qui allait de mieux en mieux. Depuis je ne suis pas allé la voir, et je n'ai pas eu de nouvelles, ce qui veut dire que la guérison se continue. »

Ainsi, ajoute M. Nélaton, après avoir cité les extraits que nous venons de reproduire, voilà dans l'espace d'un mois quatre observations de pustule maligne qui se suivent, et toutes quatre guéries très-rapidement ! Il me semble que cela répond à la question que je posais tout à l'heure. Pourra-t-on dire encore qu'il n'y a là qu'une simple coïncidence ? Une fois, deux fois, on pourrait à la rigueur admettre la coïncidence ; mais quand le fait se reproduit quatre fois de suite, dans les mêmes conditions et de la même manière, il n'est vraiment plus possible d'invoquer la coïncidence.

Ces faits sont sans doute de nature à surprendre, et ils surprendront beaucoup de médecins ; j'ai pensé qu'ils offriraient assez d'intérêt aux yeux de l'Académie pour justifier la communication que je viens de lui faire.

M. ROBERT. Il m'est très-difficile de faire pénétrer dans mon esprit que de simples feuilles de noyer puissent guérir la pustule maligne. Je crains qu'il ne se soit glissé dans ces faits quelque méprise, quelque cause d'erreur qui aura échappé à l'observateur. Je connais M. Raphaël pour un médecin très-éclairé et très-consciencieux ; par conséquent, je ne mets nullement en doute l'exactitude de tout ce qu'il affirme. Mais n'aurait-il pas pu se tromper sur quelques points ? Relativement au premier fait, je ne suis pas très-convaincu qu'il ait eu affaire à une véritable pustule maligne. Il y a eu, dit notre confrère, un œdème très-dur des paupières avec pustulation ; mais dans la pustule maligne il y a toujours le point d'inoculation marqué par une petite phlyctène entourée d'un œdème dur. Telle est du moins la description qu'en donnent tous les auteurs, notamment Enault et Chaussier.

Il y a un autre fait que j'ai observé dans la pustule maligne, et qui manque dans les observations de M. Raphaël. J'ai vu chez les sujets atteints de pustule maligne que j'ai eu l'occasion d'observer, les vaisseaux lymphatiques engorgés et enflammés dans une grande étendue. Chez un matelassier dont le souvenir est en ce moment présent à mon esprit, et qui avait une pustule maligne sur le dos de la main, tous les vaisseaux lymphatiques du membre thoracique étaient enflammés, et les ganglions de l'aisselle engorgés. Ce caractère manque dans l'observation de M. Raphaël. Si, à l'absence de ce signe, on joint l'absence du point d'inoculation, les caractères essentiels de la pustule maligne ne me paraissent pas bien établis dans la première observation de M. Raphaël.

Dans les trois autres je trouve encore les mêmes sujets de doute. On nous dit que M. Raphaël exerce dans un pays où la pustule maligne est très-commune. Mais je voudrais, puisque M. Raphaël a essayé plusieurs méthodes de traitement, qu'il nous fît connaître comparativement les résultats qu'il a obtenus par les autres moyens mis en usage. Ces résultats nous donneraient au moins la mesure de la gravité des cas de pustule maligne auxquels il a eu affaire. Ne peut-il pas se faire que les pustules malignes que M. Raphaël observe à Provins soient moins graves que celles des autres pays.

J'insiste sur tous ces motifs de doute, parce que je crains que l'on ne s'autorise de ces faits pour s'abandonner à un expectation dangereuse, quand on a sous la main, dans le cautère actuel, un moyen sûr et si simple en réalité, que je ne comprendrais pas que l'on reculât devant son emploi pour recourir à des moyens douteux et dont l'efficacité n'est rien moins que démontrée.

M. NÉLATON. Il y a deux choses à considérer dans la relation de M. Raphaël. Il expose d'abord très-nettement ce qu'il entend par pustule maligne, et il énumère avec soin tous les signes qu'il lui faut pour asseoir son diagnostic. Mais à côté de la pustule maligne type, décrite par Enault et Chaussier, et où l'on trouve effectivement le point d'inoculation dont vient de parler M. Robert, il y a une autre variété de pustule maligne dans laquelle on ne trouve pas ce point d'inoculation ; c'est précisément sur cette circonstance que M. Bourgeois (d'Étampes) a insisté, sur l'absence de ce point, comme l'un des caractères propres à cette variété de pustule maligne à laquelle il a donné le nom d'œdème charbonneux des paupières. Or, c'est à un cas de ce genre que M. Raphaël a eu affaire ; et il ne faudrait pas croire que cette variété de pustule maligne soit moins grave que l'autre. Loin de là, elle est si grave, au contraire, qu'un grand nombre de malades y succombent, même malgré l'application du fer rouge. Pour donner un exemple à l'appui, il me suffira d'extraire d'une des lettres de M. Raphaël le passage suivant :

« Je suis allé un jour voir avec M. Deroy, médecin à Beton-Bazoche, un malade près duquel il était appelé pour la première fois pendant que j'étais chez lui. Ce malade avait une pustule maligne sur le cou. Il ne voulut jamais nous croire, et malgré toutes nos supplications il persista à ne pas se laisser brûler. Comprenant tout le danger qu'il courait, je n'ai pas hésité à l'en avertir, espérant qu'il se laisserait faire. Ainsi, je lui dis : C'est si bien un charbon, pour me servir de l'expression des gens de nos campagnes, que si vous ne le laissez pas brûler, dans quatre jours vous serez enterré. Tout fut inutile, et quatre jours après il était en terre. »

Ce qui m'a fait ajouter une entière confiance dans les observations de M. Raphaël, indépendamment de ce que je le connaissais déjà pour un observateur très-sérieux, c'est que, lorsqu'il a eu recours pour la première fois à l'usage des feuilles de noyer, il ne croyait pas lui-même à leur action. Il n'a été porté à les essayer que sur les indications fournies par M. Pomayrol, qui n'a lui-même annoncé les résultats qu'il a observés qu'après avoir pris toutes les précautions possibles pour éviter de se défendre contre toute chance d'erreur.

Quoi qu'il en soit, je crois qu'il résultera de cette communication une chose utile. Les praticiens, mis en demeure par ces faits d'essayer les feuilles de noyer, les essayeront, et on ne pourra manquer d'être fixé sur la valeur de ce moyen.

M. PIORRY. On n'a parlé jusqu'ici que de la pustule maligne que l'on observe dans certaines contrées. Il en est une beaucoup plus grave et beaucoup plus commune et qui ne mérite pas moins, par conséquent, de fixer l'attention, je veux parler de la pustule maligne qui se développe sur le siége des sujets atteints de fièvre typhoïde. (Expression de surprise dans l'assemblée.) Depuis quinze ans j'étudie avec soin la marche de ces eschares qui se développent à la région sacrée dans le cours des fièvres graves...

M. LE PRÉSIDENT interrompant l'orateur : Je ferai remarquer à M. Piorry qu'il est hors de la question. Il s'agit de la pustule maligne, et non point des accidents qui se produisent dans la fièvre typhoïde.

M. PIORRY. J'en demande pardon à M. le président, je suis parfaitement dans la question.... M. Piorry, continuant, décrit les caractères et la marche des eschares du sacrum, qu'il assimile à la pustule maligne, et termine en citant comme principal trait de ressemblance entre ces deux états morbides les quelques cas de guérisons des eschares de la région sacrée qu'il a obtenues par l'emploi du même moyen, l'application topique des feuilles fraîches de noyer.

M. RENAULT (d'Alfort). Je crois, autant qu'il est possible d'en juger par les symptômes que M. Nélaton vient de rappeler, que c'est bien effectivement de la pustule maligne produite par le contact d'animaux malades qu'il s'agit dans les observations communiquées à l'Académie. Mais je ne crois pas qu'on soit fondé à distinguer deux espèces de pustule maligne, l'une grave et l'autre bénigne ; je n'entends parler, bien entendu, que de la pustule maligne vraie, c'est-à-dire celle qui est inoculée. Ce qui fait que je n'admets pas cette distinction, c'est que j'ai fait un très-grand nombre d'expériences d'inoculation sur des animaux, et que j'ai toujours obtenu des résultats identiques, c'est-à-dire toujours également graves, et constamment mortels, de quelque pays d'ailleurs que provinssent les animaux qui m'ont fourni le virus contagieux. Je ne comprendrais donc pas comment il pourrait y avoir chez l'homme deux sortes de maladies différentes provenant du même virus, l'une grave et l'autre bénigne. Je comprends bien qu'il y ait des hommes qui offrent plus de résistance que d'autres à l'action du virus ; cela peut bien constituer des différences de degré dans l'intensité de la maladie, mais jamais deux maladies ou deux espèces de maladies différentes.

D'un autre côté, il faut bien faire attention de ne pas attribuer non plus à des espèces différentes les résultats différents que l'on obtient de la cautérisation. Cette différence dans les résultats de la cautérisation dépend du temps écoulé depuis l'inoculation et nullement d'une différence dans la nature du mal. Il résulte, en effet, des expériences que j'ai faites sur la rapidité de l'absorption des matières virulentes et sur la durée de la période d'incubation des phénomènes généraux d'intoxication, que l'on a moins de chances de réussir à arrêter la marche des symptômes généraux qu'on aura plus tardé à détruire par la cautérisation les tissus malades. Aussi suis-je porté à croire avec M. Robert qu'il est beaucoup plus prudent de commencer dans tous les cas par cautériser. Je ferais pour ma part le contraire de ce que propose M. Nélaton : je cautériserais d'abord, sauf à appliquer ensuite les feuilles de noyer si la maladie ne paraissait pas suffisamment enrayée. Je sais bien qu'à cette manière de procéder l'expérimentation perdrait quelque chose en certitude (sourires) ; mais je croirais ma responsabilité beaucoup mieux assurée en agissant ainsi. Libre ensuite, si l'on tient à avoir des résultats positifs, à expérimenter directement *in anima vili*.

— Personne ne demandant plus la parole, la discussion est close.

— La parole est à M. Briquet pour une lecture.

LECTURE.

Absorption des médicaments. — M. BRIQUET lit un mémoire ayant pour titre : *Étude des variations que subit l'absorption des médicaments, suivant la nature des maladies, suivant l'âge et suivant le sexe des malades*. Ce mémoire, qui fait suite à un travail précédent du même auteur sur le même sujet, est résumé dans les conclusions suivantes :

1° L'état apyrétique est notablement plus favorable à l'absorption des médicaments que l'état pyrétique.

2° L'état typhoïde favorise cette absorption moins que les autres états phlegmasiques ; cependant elle y est, dans le tube digestif, plus énergique qu'on ne l'avait supposé jusqu'à présent, puisqu'elle n'est que d'un dixième à peu près inférieure à celle qui se produit dans l'état pyrétique.

3° Dans le diabète, l'absorption des médicaments dans l'intestin paraît être très faible.

4° On peut constater si, dans certaines maladies, les états de tolérance ou d'intolérance aux médicaments tiennent à une susceptibilité particulière, ou à des variations dans l'absorption ; ainsi, dans l'état hystérique, la tolérance pour l'opium ne tient nullement à un défaut d'absorption, elle est le résultat d'une susceptibilité spéciale.

5° La rapidité avec laquelle les substances médicamenteuses du genre des alcaloïdes du quinquina sont éliminées, est dans un rapport direct avec la quantité des urines rendues. Cette rapidité est la mesure exacte du temps que l'économie met à se débarrasser de la plus grande partie des substances fixes ingérées à titre de médicament.

6° L'absorption des médicaments analogues aux alcalis du quinquina est plus active chez les jeunes gens que chez les adultes dans une proportion considérable ; chez les vieillards, elle est encore notablement moins active que chez l'adulte.

7° Elle est moins active chez la femme que chez l'homme, dans la proportion d'un sixième à un huitième.

8° En déduisant d'un effet médicamenteux donné la portion qui est due à la quantité absorbée du médicament, le reste donne la mesure de la susceptibilité à être influencé par les médicaments. (Commission déjà nommée.)

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

On sait qu'un supplément de solde a été accordé aux officiers pourvus des grades de capitaine, de lieutenant et de sous-lieutenant, et qu'il a été décidé que cette allocation serait payée aux officiers de cette catégorie dans toutes les positions d'absence ou de présence donnant droit à une solde quelconque d'activité.

Il vient d'être décidé que cette mesure serait appliquée dans toutes ses parties aux troupes de la garde impériale qui en avaient été primitivement exceptées, ainsi qu'aux troupes indigènes de l'Algérie.

Ce supplément de solde sera-t-il accordé au corps des officiers de santé, qui sont astreints aux mêmes dépenses que les officiers de troupe ? On aurait peine à comprendre qu'il en fût autrement, si l'on se rappelle surtout les services rendus en Crimée par le corps médical.

— Le *Moniteur de l'Armée* vient de publier le tableau indiquant le classement à bord des bâtiments de l'État des officiers, fonctionnaires et agents du département de la guerre. Nous y trouvons que les médecins ou pharmaciens inspecteurs, principaux et majors de 1re classe doivent manger à la table du commandant ; que les médecins ou pharmaciens-majors de 2e classe et les aides-majors doivent manger à la table de l'état-major ; enfin, que les médecins ou pharmaciens sous-aides doivent manger à la table des aspirants. C'est encore un pas de fait dans la voie de l'assimilation aux grades de l'armée.

— La médecine militaire vient de faire une perte regrettable. M. le docteur Félix Jacquot, médecin-major de 1re classe et professeur agrégé au Val-de-Grâce, vient de succomber à l'âge de trente-huit ans, à une double pneumonie dont il a ressenti les premières atteintes il y a à peine huit jours. Connu dans la presse médicale par des feuilletons et des articles de critique qui lui ont fait, dès le début de sa carrière, une réputation d'homme d'esprit, dans la science par des mémoires et des travaux d'un ordre sérieux, dont la réunion constitue une étude importante des maladies endémiques des pays chauds, M. Félix Jacquot joignait à des titres d'autres titres à une distinction toute particulière parmi ses confrères de l'armée. Successivement attaché aux ambulances de l'Algérie, aux hôpitaux militaires de l'armée d'occupation de Rome et à l'armée de Crimée, M. Félix Jacquot devait aux services qu'il a rendus au pays dans ces divers postes et aux sérieuses études qu'il y a faites, la position élevée qu'il occupait déjà dans la hiérarchie militaire et les distinctions dont il avait été honoré.

Il était en effet, ainsi que nous venons de le dire, médecin-major de 1re classe, agrégé au Val-de-Grâce, chevalier de la Légion d'honneur, et décoré des ordres de Pie IX et du Medjidié.

M. Jacquot sera vivement regretté de tous ceux qui l'ont connu, et qui ont pu apprécier la vivacité de son esprit, l'aménité de ses manières et la sûreté de ses affections.

— La *Gazette médicale de l'Algérie* annonce en ces termes qu'un nouveau cas de cow-pox s'est récemment produit dans la province d'Oran.

M. Migette, propriétaire à Pélissier, possède un certain nombre de bêtes à cornes. Ayant remarqué que depuis quelque temps deux de ses vaches laitières avaient perdu leur gaieté et leur douceur habituelles, il les surveillait attentivement, lorsqu'il vit apparaître, sur le pis de chacune d'elles, des boutons qui lui semblèrent présenter quelque analogie avec la maladie désignée sous le nom de *picotte* ou *cow-pox*. Il s'empressa de porter ce fait à la connaissance de M. le docteur Alquié, de Mostaganem, qui, après examen, constata que les boutons, déprimés dans le milieu, étaient d'un blanc jaune nacré, que leur pourtour était légèrement rouge, et que le toucher paraissait produire une sensation douloureuse chez l'animal. Persuadé qu'il se trouvait en présence d'un cas de cow-pox, M. Alquié inocula à de jeunes enfants la lymphe des pustules, et reconnut bientôt, sur les boutons qui en furent la suite, tous les caractères du véritable fluide préservatif.

Cette importante découverte, qui permet de régénérer le virus dont les conservateurs sont en possession, a donné lieu à la prime de 250 fr., prévue par l'avis administratif reproduit au *Moniteur algérien* du 15 février dernier. Conformément aux dispositions publiées par l'administration, la prime a été répartie entre M. Migette, auteur de la découverte, et M. Alquié, appelé à en constater le mérite.

C'est la deuxième fois, en moins d'une année, que le cow-pox est signalé en Algérie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Dieudonné, né à Nevers (Nièvre) : *Des principales difficultés du cathétérisme de l'urètre.*

Bobillier, né à Clerval (Doubs) ; *De la phlébite des membres et principalement de son traitement.*

Cassou, né à Simacourbe (Basses-Pyrénées) ; *De la phlébite de la veine ophthalmique.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq ; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Ébauche d'un plan de météorologie médicale, par M. Henri Guinier, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

Note clinique pour servir à l'histoire de la fièvre intermittente pernicieuse, par le même.

Ces deux ouvrages, à Paris, chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19, et à Montpellier, chez Pitrat, Grande-Rue, 5.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE: Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Nouveau cas de cachexie exophthalmique. — De la maladie hydatique des Islandais. — Luxation traumatique de la cuisse réduite au moyen de l'extension continue. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 23 septembre. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Les inondations. — Le plomb et les insectes. — Des chemins de fer.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nouveau cas de cachexie exophthalmique.

Dans le courant de l'année dernière, nous avons appelé l'attention des lecteurs de la *Revue* sur cette cachexie spéciale encore très-imparfaitement connue, qui a été désignée sous le nom de *cachexie exophthalmique*, et nous en avons rapporté quelques exemples. Nous rappellerons notamment l'observation très-curieuse et très-détaillée de M. Charcot, et les judicieuses réflexions qui la suivent.

Comme ce n'est que par de nouveaux faits observés avec soin, rapprochés des faits déjà connus et comparés sous le double point de vue étiologique et symptomatique, que l'on pourra parvenir à constituer l'histoire de cette singulière affection, nous considérons comme un devoir de consigner ici les faits de ce genre à mesure qu'ils se produisent.

Voici une nouvelle observation de cachexie exophthalmique observée par M. le docteur Hervieux, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service dont il a été temporairement chargé, et communiquée à l'une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux. La malade a été présentée aux membres de cette Société, et la relation à laquelle nous empruntons les détails qui suivent a été publiée par M. Hervieux dans l'*Union médicale*.

Une jeune fille de vingt et un ans entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 18 juillet 1857, présentant l'état suivant :

On est tout d'abord frappé en examinant cette jeune femme de l'expression singulière de sa physionomie; c'est l'expression d'une personne vivement étonnée ou en proie à une terreur profonde. Voici ce qui produit cet aspect étrange de la physionomie : les deux globes oculaires, chassés hors de leurs orbites, font une saillie considérable qui dépasse, principalement en dehors, un plan tangent à l'orifice externe de la cavité orbitaire. Les paupières sont repoussées en avant, paraissent comme boursouflées; mais ce n'est qu'une apparence due à la projection des globes oculaires; elles ne sont en réalité ni épaissies ni œdématiées.

Les globes oculaires n'ont subi aucune augmentation de volume. La cornée a ses diamètres normaux. L'iris a conservé sa contractilité normale. Les autres éléments de l'œil sont également intacts.

La vision a subi les modifications suivantes :

La malade voit moins bien de loin qu'autrefois; elle lit encore facilement les caractères très-fins; mais elle se fatigue vite. Enfin, de presbyte qu'elle était, elle est devenue myope.

La région antérieure du cou est le siége d'un développement assez considérable, mais symétrique, des lobes latéraux du corps thyroïde, qui ont acquis un volume double ou triple de leur volume normal. Ces deux lobes sont visiblement soulevés à chaque battement du pouls, mais les mouvements qu'ils présentent sont non pas des mouvements d'expansion comme dans l'anévrisme, mais des mouvements communiqués par les pulsations des artères sous-jacentes. La main appliquée sur l'un des lobes thyroïdiens perçoit une sorte de frémissement vibratoire à chaque impulsion de l'ondée sanguine artérielle. Dans les points où les artères carotides sont superficielles et ne sont pas recouvertes par le corps thyroïde, leurs battements sont parfaitement visibles à travers la peau.

Du côté de l'appareil circulatoire, on constate une matité précordiale notablement exagérée et la sensation détruite ; au palper, du frémissement cataire. Au niveau de la base du cœur, on voit un mouvement des parois thoraciques qui coïncide avec la systole de l'organe cardiaque. L'auscultation révèle un bruit de souffle à la base du cœur, se prolongeant sur le trajet de l'aorte et couvrant le premier temps. Le second bruit est sourd, mais point altéré. On entend sur le trajet des artères carotides un bruit de souffle intermittent, qui n'est que le retentissement ou le prolongement du souffle cardiaque.

En pressant médiocrement avec les deux mains sur les régions épigastrique ou ombilicale, suivant une ligne qui correspondrait au trajet de l'aorte, on sent les battements aortiques qui ont une force insolite. Le pouls, néanmoins, est très-faible et fréquent (de 80 à 100), malgré l'absence bien constatée de tout état fébrile.

Le système nerveux présente également quelques désordres. Il a existé dans les derniers temps de la céphalalgie. Il y a un penchant à la tristesse, une certaine impressionnabilité, et souvent des pleurs sans motif.

Les fonctions digestives sont intactes. La nutrition ne paraît avoir subi aucune atteinte ; l'embonpoint est conservé ; la peau a sa teinte normale. La santé générale est assez bien maintenue.

Le début de la maladie et les antécédents de cette malade présentent quelques circonstances qu'il nous paraît utile de rappeler, bien qu'il y en ait peut-être parmi elles qui n'aient aucun rapport direct avec l'affection qui nous occupe; mais quand il s'agit d'une maladie peu connue et dont l'histoire est encore à faire, rien ne doit être négligé.

A l'âge de seize ans, il y a cinq ans de cela, cette jeune malade a eu un rhumatisme articulaire qui a débuté par les articulations tibio-tarsiennes, gagné les genoux et envahi bientôt successivement presque toutes les jointures. La maladie a duré de six à sept semaines, après quoi le rétablissement a été complet.

Au mois d'avril dernier, elle a eu une fièvre typhoïde qui, compris la convalescence, a duré en tout quatre mois. En même temps qu'apparaissaient les premiers symptômes de la fièvre typhoïde, les phénomènes qui caractérisent la maladie actuelle se manifestaient. Ainsi, quinze jours avant le début de la fièvre, elle était prise d'une céphalalgie intense ; quelques jours après l'invasion de cette céphalalgie, elle éprouvait des palpitations qui ont persisté pendant toute la durée de la fièvre et qui persistent encore. Peu de temps après se sont montrés les deux phénomènes caractéristiques de la cachexie exophthalmique, le développement du corps thyroïde et la saillie des globes oculaires, qui n'ont cessé d'augmenter progressivement jusqu'au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital.

Quant au traitement, il a consisté dans l'administration de la digitaline, des préparations ferrugineuses, du quinquina et du vin de Bordeaux. Au bout de quinze jours, un mieux sensible s'était déjà manifesté; les symptômes de congestion étaient amendés, l'exophthalmie était moins marquée, le goître moins saillant, la face moins colorée, les battements artériels et cardiaques moins énergiques. Cet amendement était-il dû au traitement ou bien à l'influence seule du repos au lit, du régime, et peut-être de la marche naturelle de la maladie? M. Hervieux lui-même reste à cet égard dans le doute et se borne à constater le fait. Cette amélioration est d'ailleurs encore trop peu prononcée et trop récente pour autoriser l'espoir d'une guérison complète et prochaine, ou pour légitimer une conclusion quelconque.

Dans les réflexions dont M. Hervieux fait suivre la relation de ce fait, il émet l'opinion que dans cette circonstance la saillie du globe oculaire n'est due ni à une hydrophthalmie, dont il n'existe d'ailleurs aucun signe, ni à une accumulation graisseuse dans le tissu cellulaire de l'orbite, ce qui ne serait point compatible avec les alternatives d'augmentation et de diminution que présente souvent l'exophthalmie dans ce cas, ni à une suffusion séreuse. Ce qui lui semble plus probable, au moins en ce qui concerne cette malade, c'est que, sous l'influence de l'état de congestion dont la tête et le cou paraissent être le siége, le système vasculaire de l'orbite a subi aussi une véritable congestion, par suite de laquelle cette cavité est devenue insuffisante pour loger la totalité du globe oculaire. La même explication serait applicable au développement du corps thyroïde, dont les variations de volume ne peuvent également s'expliquer que par l'état de réplétion du système vasculaire, qui entre dans la composition de cet organe.

Enfin, suivant M. Hervieux, les troubles circulatoires eux-mêmes, bien qu'ils semblent au premier abord révéler l'existence d'une affection organique du cœur, ne seraient que l'indice d'un état chloro-anémique, qui dominerait tous les accidents, aussi variés qu'étranges, dont l'ensemble paraît constituer l'affection qu'on vient de décrire.

Nous soumettons à la méditation de nos lecteurs l'observation et les commentaires de M. Hervieux. Si une issue heureuse venait à vérifier ses vues en faisant disparaître les symptômes de l'affection du cœur, en même temps que les accidents caractéristiques de l'exophthalmie, elle aurait un double intérêt. Nous nous empresserons, s'il y a lieu, à faire connaître les suites de ce fait.

De la maladie hydatique des Islandais.

Nous avons annoncé dans notre dernière *Revue clinique* que nous reviendrions sur quelques-unes des recherches que M. le docteur Guérault a faites pendant son voyage dans les États du Nord sur quelques maladies endémiques de ces contrées, et en particulier celle qu'il désigne sous le nom de *maladie hydatique des Islandais*. L'histoire de cette affection a été déjà l'objet d'une communication faite par M. Guérault à la Société de chirurgie dans la séance du 8 avril dernier (voir le numéro du 18 du même mois); mais comme la note lue à cette époque, au nom de ce jeune chirurgien, par M. Gosselin, était principalement relative au nouveau

FEUILLETON.

Les inondations. — Le plomb et les insectes. — Des chemins de fer.

« L'homme est parvenu à se préserver des dangers dont le menaçait trop souvent le feu du ciel; pourquoi ne trouverait-il pas le moyen de lutter avec autant de succès contre un fléau non moins terrible, non moins rapide? » Cette pensée noble et généreuse, qui semble ne pas donner de bornes aux conquêtes de l'intelligence humaine, a conduit M. d'Olincourt sur le terrain où tant de grandes intelligences sont venues, à l'appel du chef de l'État, apporter le tribut de leur science et de leur dévouement. Au seul mot d'inondation, on sent le cœur se serrer dans la poitrine, et ce mot effrayant et lugubre explique de lui-même le concours de tous les savants pour s'opposer aux désastres qui, l'an dernier et tout récemment encore, ont couvert de deuil de si belles provinces de notre patrie. De toutes les voix qui se sont déjà élevées, il en est peu qui se soient fait entendre avec plus d'intérêt que celle de M. d'Olincourt.

Les digues ont longtemps été opposées à l'envahissement des eaux; mais quand les eaux sont plus fortes, quand les courants rapides ne font que s'irriter de l'obstacle et emportent dans leur furie et digues et barrages, quels moyens employer pour se soustraire aux épouvantables ravages de l'inondation? A cette première question, on voit déjà mille avis se produire et tous bien différents. Ingénieurs, savants, chacun offre son préservatif; mais ce qui ressort le mieux de ces travaux, c'est la divergence la plus complète dans les opinions.

M. d'Olincourt laisse de côté les théories plus ou moins séduisantes qui ont été proposées, et se borne à remonter à la cause première du mal. Pour lui, c'est le torrent, c'est le plateau de la montagne qui doit attirer tout d'abord l'attention. On connaît l'état dans lequel se trouvent d'habitude ces plateaux, ce sont en général des terrains incultes, dénudés, en pente : l'eau du ciel tombe, rien n'arrête le cours de cette eau, le sol ne la retient pas, et voici que le ruisseau grossit, que le torrent se forme ; vous le voyez descendre la montagne, détruisant les terres qu'il traverse, pour venir se jeter dans les rivières et les fleuves. Les eaux augmentent outre mesure, et à certaines époques nous avons ces désastres qui ne se reproduisent que trop souvent.

Les torrents sont donc les sources prochaines de l'inondation; ils méritent à ce titre toute notre attention. Mais pour les prévenir, faut-il ces ouvrages gigantesques, ces digues insubmersibles, dont l'eau se rira malheureusement à un jour donné? M. d'Olincourt ne le pense pas; il croit que de simples labours, des retenues exécutées à la pelle, de simples bourrelets dans toute l'étendue de ces vastes plateaux, suffisent à obtenir le résultat qu'on se propose. Il faut que chaque champ *conserve* et *absorbe* en partie les eaux pluviales, et on ne peut atteindre ce but que par la culture de ces plateaux, dont l'aridité est déplorable à tous égards. Si les terrains ne sont pas suffisamment perméables pour absorber complétement les eaux pluviales, c'est alors que les bassins artificiels viendront s'opposer à l'écoulement des eaux, et par conséquent à la formation des torrents.

On le voit, M. d'Olincourt part de principes qui semblent fort justes, et l'attention soutenue de l'Académie nous semble un garant de succès et d'approbation pour un travail qui a le bonheur de faire de l'intérêt de tous l'intérêt de chacun : la culture de terrains jusqu'ici délaissés, tout en nous préservant d'un péril imminent, pouvant devenir un nouvel élément de bien-être pour leurs propriétaires.

Le mémoire de M. d'Olincourt avait non-seulement tout l'intérêt d'une question de vie et de mort, mais il présentait encore un véritable intérêt historique.

Des recherches considérables avaient, en effet, permis à ce savant d'établir le tableau des inondations qui ont désolé la France depuis le quatrième siècle. Tous les vieux manuscrits poudreux, les chroniques de saint Bertin, les in-folios de Guillaume de Nangis et de Guillaume le Breton, étaient venus sous la main intelligente de cet érudit déposer les trésors de leurs feuilles inconnues. Ses premières observations datent de 500, 503, 507. Depuis cette époque, on compte au moins dix à douze inondations par cent ans. Toutes les souffrances qu'elles ont dû imposer aux mêmes populations ne pourraient se redire. On échappait à la mort, on se promettait d'opposer une barrière à la nouvelle irruption des eaux, et l'inondation s'était déjà reproduite avant qu'un travail sérieux eût été entrepris. Aujourd'hui il n'en est plus ainsi; notre siècle est un siècle d'action. On ne sait plus temporiser, et l'ardeur

mode de traitement proposé par M. le docteur Thorarensen contre cette affection (l'électro-puncture), nous pensons que nos lecteurs nous sauront gré de compléter cette communication par quelques-uns des renseignements beaucoup plus étendus que contient la thèse de M. Guérault sur les divers points de l'histoire de cette affection.

Il en est un surtout qui nous a paru mériter d'autant plus d'être mentionné ici qu'il a été, lors de la lecture de M. Gosselin, l'objet d'une question à laquelle il ne fut pas possible en ce moment de répondre, faute de renseignements à cet égard dans la note de M. Guérault; c'est celui qui est relatif à l'étiologie de cette affection. M. Giraldès demandait si l'auteur de la communication avait quelques données sur l'alimentation des Islandais, « parce qu'il est démontré, disait-il, par les travaux des helminthologistes, que les aliments sont le véhicule qui sert à l'introduction dans l'économie des germes des helminthes et des hydatides; de sorte qu'on trouverait peut-être, ajoutait-il, dans l'alimentation du pays la cause de la fréquence des hydatides. » Jamais circonstance plus favorable, en effet, à une recherche de ce genre ne s'était rencontrée M. Guérault a répondu dans ce nouveau travail à cette question. Voici les faits intéressants qu'il expose à ce sujet.

Il n'est d'abord pas sans intérêt de faire remarquer que l'on rencontre en Islande la plupart des causes générales que l'on a mises en avant pour expliquer la formation des hydatides, notamment la mauvaise alimentation, le climat froid et brumeux, et l'habitation des lieux bas et humides. Mais voici qui répond beaucoup plus catégoriquement à la question posée :

Les Islandais, dit M. Guérault, consomment journellement une assez grande quantité de laitage (skyr) et de beurre qu'ils laissent à dessein fermenter et qu'ils conservent pendant très-longtemps parfois dans des tonneaux. Il y aurait peut-être à examiner s'il n'y aurait pas quelque rapport entre l'usage de cet aliment dont la fermentation produit, comme on le sait, plusieurs variétés de parasites animaux, et la génération des échinocoques renfermés dans les poches acéphalocystiques. Mais ce n'est là qu'une hypothèse. L'opinion suivante paraîtra peut-être avoir plus de fondement.

On avait déjà, dans d'autres pays, observé la fréquence des hydatides chez les moutons, les bœufs, et en général chez les animaux qui mangent de grandes quantités de végétaux humides : il est extrêmement commun, et pour ainsi dire continuel, d'en rencontrer chez les animaux que l'on ouvre ; les moutons en particulier, fort nombreux dans le pays, y sont très-souvent affectés d'une maladie hydatique, qui se termine fréquemment par l'évacuation naturelle des tumeurs acéphalocystes, dont le contenu se fait jour spontanément à travers les parois abdominales. M. Hjaltelin, médecin général de Reykriavek, rapporte qu'il a trouvé plus d'une fois des hydatides dans les champs fréquentés par les moutons, et où se rencontrent certaines mousses comestibles et certaines plantes, comme l'oseille et le cochléaria sauvages, que les habitants eux-mêmes mangent à l'état de crudité.

Ce médecin s'est convaincu par des expériences directes sur des chats et des chiens que des hydatides trouvées ainsi dans les herbes où paissent les moutons pouvaient reproduire l'affection hydatique chez les animaux qui les avaient ingérées.

D'un autre côté, M. le professeur Escricht (de Copenhague) a fait des expériences qui donnent encore plus de vraisemblance à cette opinion. M. Guérault tient de ce savant physiologiste qu'il a fait avaler à trois moutons des germes d'échinocoques qui lui avaient été envoyés d'Allemagne dans des conditions qui lui inspiraient peu de confiance, qu'il avait attendu quelques jours, et qu'il avait ensuite retrouvé, en abattant les animaux à diverses époques, quelques-uns des germes passés dans le foie et parvenus à différentes périodes de développement. « N'est-ce pas ici le lieu, » ajoute notre confrère, de rappeler l'hypothèse ingénieuse que » M. Cruveilhier à émise précisément au sujet de la génération » spontanée des hydatides dans le foie ? « Cet organe étant l'aboutissant de tout le système vasculaire abdominal, il reçoit avec le » sang des matériaux altérés, des molécules organiques non assimilables, lesquelles, déposées soit dans les granulations, soit dans » le tissu cellulaire, pourraient peut-être sous l'empire de certaines » circonstances devenir capables d'une vie individuelle. »

Si les faits que nous venons de rapporter d'après M. Guérault ne renferment pas une démonstration péremptoire et complète de l'étiologie de la maladie hydatide, et s'ils ne répondent pas par conséquent d'une manière catégorique à la question de M. Giraldès, on ne peut méconnaître du moins que le rapprochement de ces faits de l'extrême fréquence de cette maladie en Islande donne à cette hypothèse étiologique une très-grande vraisemblance. C'est à de nouvelles observations poursuivies dans cette voie qu'il appartiendra de la sanctionner d'une manière définitive.

Un mot sur les symptômes, le diagnostic et la marche de cette affection.

Les symptômes, suivant M. Guérault, n'offrent rien de particulier en Islande ; ce sont à peu près ceux que l'on rencontre partout ailleurs, dans les circonstances encore assez communes où l'on trouve des tumeurs hydatiques dans le foie, et dans les cas beaucoup plus rares en Europe où il s'en développe dans les autres viscères, dans les reins, dans les poumons, dans la rate et dans le tissu cellulaire.

Les tumeurs hydatiques peuvent se développer en Islande sur tous les points de l'économie; mais il en est un certain nombre qu'elles affectent de préférence, ce sont le tissu cellulaire sous-cutané, la tunique vaginale, les reins, le foie, la rate, les poumons et la cavité péritonéale, ainsi que celle de la plèvre.

A la peau, elles ont donné lieu à des erreurs, on les a confondues avec des kystes ordinaires ou avec des abcès froids; mais dans quelques cas on peut les reconnaître à leur marche très-lente, à leur mollesse particulière, quelquefois à une forme bilobée ou trilobée due à la présence de plusieurs sacs hydatiques; enfin, le *frémissement hydatique*, qui manque à la vérité très-souvent, a été constaté un certain nombre de fois. Une ponction exploratrice éclaire d'ailleurs le diagnostic dans les cas douteux.

Dans la tunique vaginale la tumeur hydatique est difficile à distinguer d'une hydrocèle. Mais ici encore la confusion est sans grande importance, le même moyen convenant aux deux cas.

En faisant des autopsies, on a rencontré des hydatiques à l'état peu développé dans les reins et dans la rate de sujets qui avaient succombé à d'autres affections, et qui n'avaient jamais présenté de symptômes notables du côté de ces organes.

Dans les poumons où elles se sont rencontrées, dans le sixième des cas où la mort avait été le fait des hydatides, elles se manifestent par des signes fonctionnels qui vont en augmentant d'importance, vers l'âge de trente à quarante ans pour les hommes, et de quarante à cinquante pour les femmes, époque de la vie où la maladie acquiert d'habitude son maximum de développement. On ne trouve parfois qu'une gêne plus ou moins grande de la respiration, une dyspnée en rapport avec le volume de la tumeur ou des tumeurs formées dans le parenchyme; mais quand ces tumeurs sont multiples ou volumineuses, on voit survenir une oppression marquée, bientôt suivie de quintes de toux, et quelquefois d'hémoptysies abondantes; en même temps, chez quelques malades, il se produit un dépérissement et une émaciation très-prononcés, des accès de fièvre fréquents, une toux de plus en plus pénible et une expectoration mêlée de sang et de pus. Les signes stéthoscopiques et plessimétriques sont tout à fait dénaturés et laissent quelquefois le médecin dans le doute, ne sachant s'il a affaire à une affection hydatique ou à des accidents de tuberculisation.

Enfin, la maladie se juge ordinairement par la rupture d'un ou de plusieurs des sacs hydatiques et le rejet par les bronches d'une certaine quantité d'hydatides nageant dans leur liquide caractéristique mêlé de pus. Le plus souvent, dans ces cas, les malades sont emportés par une pneumonie consécutive à l'épanchement du pus dans le tissu pulmonaire, ou survenant par suite de l'inflammation du kyste.

Pour ce qui concerne l'affection hydatique du foie, qui est de beaucoup la plus commune, nous ne pourrions que répéter ici ce qui a été déjà dit dans la note communiquée à la Société de chirurgie, à laquelle nous renvoyons nos lecteurs.

Luxation traumatique de la cuisse, datant de trois mois, réduite au moyen de l'extension continue.

Dans un mémoire publié il y a vingt-deux ans, en 1835, par MM. les docteurs Humbert et Jacquiez, sur la manière de réduire les luxations spontanées ou symptomatiques de l'articulation ilio-fémorale, ces auteurs indiquaient les avantages possibles de l'application de cette méthode, consistant dans l'extension continue, à la réduction des luxations traumatiques anciennes. Il ne paraît pas cependant que cette application ait été faite jusqu'à présent, à moins que l'on ne considère comme telle l'extension prolongée pendant plusieurs heures, que M. Malgaigne, dans son *Traité des luxations*, indique comme ayant réussi dans quelques cas rebelles aux moyens ordinaires.

Quoi qu'il en soit, voici une observation rapportée par M. le docteur Laforgue, chirurgien en chef de l'hospice de Saint-Joseph de la Grave, à Toulouse, qui vient confirmer, par un bel exemple de réussite, les prévisions de MM. Humbert et Jacquiez, et donner une sanction pratique aux indications formulées dans leur travail.

Nous empruntons les détails qui suivent au *Journal de médecine de Toulouse*.

Un jeune garçon de treize ans fit au commencement du mois d'août une chute du haut d'un arbre, à la suite de laquelle il éprouva de vives douleurs dans la hanche et la cuisse droites, qui se tuméfièrent. Aucun secours ne lui fut administré; on le laissa dans son lit, et on confia au temps et à la nature la guérison de cette contusion. Trois semaines après la chute, les douleurs s'étant calmées, le malade demanda à se lever ; mais il ne put se tenir debout, la jambe droite était raccourcie et tournée en dedans. Voyant que l'état du malade ne s'améliorait pas, sa famille se décida à l'envoyer à l'hospice. Ce fut le 13 octobre 1856, c'est-à-dire plus de deux mois après l'accident, qu'il fut admis à l'hospice de la Grave à Toulouse, dans le service de M. Laforgue.

Voici ce qui y fut constaté :

Dès le premier examen, il fut facile de reconnaître que cet enfant était atteint d'une luxation du fémur droit: il présentait en effet les signes les plus manifestes de cette lésion osseuse.

La cuisse droite était fortement portée dans l'abduction, la jambe du même côté était tournée en dedans, légèrement fléchie sur la cuisse ; le pied était dans l'extension et avait la même direction que la jambe, de telle sorte que le gros orteil était tourné en arrière.

Le membre était raccourci ; le bord inférieur de la rotule, du côté luxé, correspondait au bord supérieur de la rotule du côté sain ; la malléole interne était plus élevée que celle du côté sain de deux travers de doigts.

La mensuration donnait 2 centimètres de raccourcissement pour le côté malade.

Le mouvement d'abduction ou rotation externe était impossible; les autres mouvements étaient douloureux ; la fesse droite faisait une saillie très-marquée; le pli fessier était plus élevé que celui du côté sain. L'embonpoint du malade et le développement des muscles empêchaient de reconnaître la position occupée par la tête du fémur. Le trochanter était rapproché de la crête iliaque.

Après quelques jours consacrés à préparer le malade par le repos, les bains et les délayants, M. Laforgue fit une première tentative de réduction le 22 octobre, avec l'aide de ses collègues de l'hospice. La contre-extension et l'extension, faites vigoureusement, d'après les règles établies : la première, sur le bassin et le pli de la cuisse; la seconde, sur le tiers inférieur de la jambe, durent, à cause du développement et de la résistance des muscles, être continuées pendant plusieurs minutes, en graduant la force des tractions : un premier essai de coaptation n'ayant pas réussi, les manœuvres furent recommencées, cette fois avec plus d'entente et de précision. Pendant que plusieurs aides exerçaient l'extension et la contre-extension et que l'opérateur soutenait d'une main la cuisse et de l'autre comprimait la région iliaque, il se fit dans un moment donné un craquement produit par la descente de la tête du fémur, et on entendit distinctement le bruit résultant des frottements de l'os déplacé, sous l'influence des tractions.

---

qui stimule nos savants nous fait espérer que nous aurons moins souvent à déplorer les malheurs qui deux fois en moins de dix ans sont venus frapper notre pays.

— Depuis que le microscope a été appliqué à l'étude des insectes, on a pu souvent les suivre dans des substances où ils passaient inaperçus, et les convaincre de destruction et de dégâts considérables. Le bois, la pierre cédaient aux attaques de ces destructeurs ; les fondations de maison n'en étaient pas même à l'abri. Mais voici qu'un nouveau corps vient s'ajouter à la liste des victimes, ou, pour mieux dire, de nouvelles observations viennent corroborer les études qu'on avait déjà faites sur l'action de certains insectes sur le plomb.

Dans une des dernières séances de l'Institut, M. le maréchal Vaillant avait présenté un paquet de cartouches dont les balles avaient été perforées par un insecte. M. Pouillet rappelait l'histoire de cette terrasse de plomb qui, au bout d'un certain temps, avait été sillonnée en tous sens par une sorte de mouche qui fut déposée au Muséum, lorsque le vénérable M. Duméril est venu apporter dans cette question l'autorité de ses recherches scientifiques.

La destruction du plomb par certains insectes n'est pas un fait nouveau. Il y a cinquante ans environ que M. Duméril signala une famille de coléoptères, dont les puissantes mandibules s'attaquaient volontiers au plomb. En 1833, Victor Audoin présentait des plaques de plomb perforées par un insecte, et la même remarque avait lieu au port de la Rochelle. Déjà en 1823, M. Pouillet avait eu l'occasion de constater les mêmes dégâts. Enfin, en 1844, une liste de tous les insectes qui rongent les métaux était dressée par les soins de M. Desmarets.

Vers la même époque un fait assez curieux se produisit dans une imprimerie : M. Dubois (de Limoges) reconnut sur des clichés typographiques, non-seulement des trous, mais des galeries qui, loin de s'arrêter au plomb, avaient même pénétré l'alliage. Cette communication donna lieu à la présentation de balles, sortant de l'arsenal de Turin, et perforées par un insecte.

Réaumur lui-même avait signalé dans les mines un insecte destructeur.

M. le maréchal Vaillant vient donc d'apporter un nouvel élément à la question ; mais la curiosité du savant académicien a été piquée, et il s'est empressé d'écrire à l'ambassadeur de Russie, pour poser à l'Académie de Saint-Pétersbourg des questions qui ne manqueront certainement pas d'apporter quelques lumières à l'étude de ces insectes rongeurs.

— Nous avons vu au commencement de cet article l'espèce de défi lancé à l'*impossible* par l'intelligence humaine, et véritablement plus nous entrons dans le domaine de la science et plus nous nous voyons porté à nous associer à ce défi. Parmi les mille créations de cette intelligence, nous ne voulons aujourd'hui que jeter un coup d'œil sur les chemins de fer, et nous y verrons une sorte de fièvre d'action continuelle; tous les jours nouvelles inventions, nouveaux procédés, nouvelles améliorations. Qu'il y a loin de la locomotion actuelle à cette machine lourde, informe et pesante qui sous le nom de *voiture à feu* servit d'abord à entraîner les wagons ! Voyez ces rails qui, d'abord droits, ne tardèrent pas à prendre les courbures les plus prononcées, et offrirent avec le système articulé une des plus ingénieuses innovations. Mais nous n'avons pas besoin de regarder en arrière; ce qui tous les jours se produit sous nos yeux est assez digne d'attirer notre attention.

L'éclairage des wagons, malgré toute l'intelligence et tout le soin qui présidait à son entretien, a toujours fait regretter l'emploi du gaz. Aussi depuis longtemps avait on déjà agité cette question, qui offrait quelques difficultés. Aujourd'hui les entraves sont levées, et l'on propose d'établir dans un wagon un réceptacle de gaz sec qui irait dispenser à tous les autres une lumière franche et abondante. On expérimente.

Les accidents de rencontre sur les chemins de fer sont rares, mais encore bien trop fréquents si l'on considère leurs affreux résultats. Pour les éviter une nouvelle invention vient de se produire en Ecosse. Au commencement d'un tunnel, à une jonction, à une courbe, partout enfin où il y a quelque rencontre à craindre, on établit un stationnaire à lumière claire. Chaque locomotive en passant changerait la lumière blanche en lumière rouge, et cette dernière mettrait dix minutes à s'effacer graduellement. La plus légère teinte rougeâtre serait pour le conducteur du train un indice certain qu'une autre locomotive est à une faible distance, et on pourrait même estimer cette distance d'après la perpendiculaire de la lumière rouge visible.

Après avoir pratiqué le mouvement de coaptation, on constata que le membre avait une bonne conformation; il paraissait plus long que celui du côté sain. La conformation du membre semblait indiquer que la réduction était opérée; mais on n'avait pas eu la sensation de la rentrée de la tête du fémur dans la cavité cotyloïde, et en exécutant le mouvement de rotation de la cuisse, M. Laforgue avait éprouvé une résistance qui lui laissait des doutes sur la réussite de l'opération.

Le malade fut reporté dans son lit, mais sous l'influence du mouvement nécessité par ce transport, le membre reprit la forme et la direction qu'il affectait avant la tentative de réduction. Le déplacement s'était reproduit, la réduction n'était pas faite.

Le 21 octobre, après quelques jours de repos, on procéda à une deuxième tentative de réduction, dont les résultats furent les mêmes; c'est-à-dire : allongement du membre après sensation du glissement de la tête du fémur, mais sans qu'on eût perçu la sensation produite par la rentrée de la tête; puis reproduction spontanée du raccourcissement et de la conformation vicieuse.

Après l'insuccès de ces tentatives, quelle était, se demande M. Laforgue, la conduite à tenir? — Fallait-il insister ou bien renoncer à obtenir la réduction? Il n'hésita pas à remettre en œuvre tous les moyens qui étaient en son pouvoir pour guérir son jeune malade d'une infirmité qui l'aurait rendu impotent pour le reste de ses jours. « Je n'ignorais pas, dit notre confrère, que A. Cooper défend de tenter la réduction des luxations du fémur au delà de huit semaines; mais je me rappelais que Dupuytren en avait réduit une au soixante-dix-huitième jour, et que d'autres chirurgiens avaient opéré la réduction au bout de six mois et un an... La luxation que j'avais à traiter avait trois mois de date (quatre-vingt-dix jours); il n'était pas douteux qu'elle fût complète; mais ce qui s'était passé à la suite des tentatives de réduction me confirmait dans la pensée qu'il était possible d'obtenir la réduction en persévérant dans l'application des moyens méthodiques de traitement. »

L'analyse des diverses circonstances du fait et les résultats produits par les tentatives déjà faites, convainquirent M. Laforgue que la tête du fémur, amenée par les tractions au niveau de la cavité cotyloïde et sur un des points du rebord cotyloïdien, ne rentrait pas dans la cavité, et que, sous l'influence des mouvements du membre, la tête remontait dans la fosse iliaque; c'est ce que démontraient, en effet, la conformation et la direction nouvelle de la cuisse, et l'excès de longueur que l'on avait toujours constaté pendant le court espace de temps que le membre conservait la position résultant d'une réduction incomplète.

En conséquence de cette opinion déduite de l'observation et du raisonnement, il pensa que si le membre pouvait être maintenu pendant plusieurs jours dans la position qui résultait de sa réduction incomplète, il serait possible que la tête du fémur, étant placée au niveau de la cavité cotyloïde, rentrât dans cette cavité, lorsque l'obstacle ou la cause mécanique qui s'opposait à cette réintégration aurait disparu.

Pour remplir cette indication, il fallait exercer l'extension continue sur le membre; c'est la méthode que M. Laforgue a mise en pratique. Voici de quelle manière :

Le 8 novembre, le malade ne ressentant plus aucune fatigue de la dernière tentative, M. Laforgue procéda à une nouvelle réduction, en prenant la précaution de la faire sur le lit où devait rester le malade, afin d'éviter les mouvements du membre, inévitables dans le transport.

Au moyen de l'extension et de la contre-extension méthodiquement faites, il parvint à rétablir le membre dans sa position normale et s'assura que la tête du fémur était descendue dans la région cotyloïdienne; la longueur du membre et sa direction naturelle étaient des signes confirmatifs de cette réduction incomplète.

Pendant que les aides maintenaient le membre dans l'extension, l'appareil à extension permanente de Desault fut appliqué, et les liens extenseur et contre-extenseur furent serrés suffisamment, afin d'empêcher le déplacement de la tête du fémur. Pour l'assujettir dans la région cotyloïdienne, on appliqua dans l'aine, et au-dessous du lacs contre-extenseur, un coussin qui avait le double effet de garantir les parties molles de la pression du lacs, et de produire une compression plus immédiate. Cet appareil fut bien supporté par le malade. Il fut laissé en place pendant plusieurs jours, surveillé avec soin afin qu'il ne se relâchât pas, et qu'il n'exerçât pas une compression trop forte. Durant ce temps le membre conserva sa direction et sa longueur normales, et on remarqua que l'excès de longueur était moins marqué, malgré le soin qu'on avait pris de maintenir la constriction des lacs extenseurs, dont le relâchement était inévitable.

Le 14 novembre, le membre fut examiné après six jours d'application de l'appareil. Il conservait la conformation et la rectitude qu'il avait dans le bandage; sa longueur était la même que celle du membre sain. Les mouvements modérés de flexion de la cuisse pouvaient être faits sans produire de la douleur. Le jeune malade dont la figure était radieuse, dit alors qu'il était guéri, et qu'il pouvait remuer la cuisse. Il avait senti, dans les mouvements imprimés au membre, que l'articulation coxo-fémorale était rétablie. Il demanda à être débarrassé du bandage. On plaça pendant quelques jours encore un appareil plutôt contentif qu'extensif. Enfin, sur les instances du malade, cet appareil fut levé le 20 novembre, et M. Laforgue s'assura que la réduction était complète, tous les mouvements de la cuisse étaient libres, et sauf de la roideur, le membre était dans l'état normal.

Après quelques jours de repos au lit, sans aucun appareil, malgré les mouvements qu'avait faits le malade et ceux que le chirurgien avait exécutés lui-même, le déplacement ne s'était pas reproduit. La flexion, l'abduction et l'adduction se faisaient facilement et sans déterminer de douleur.

Dès ce moment le malade put se lever et marcher avec l'aide de béquilles; peu après les mouvements, qui étaient d'abord difficiles, se rétablirent, et les progrès furent si rapides, que bientôt il ne se servit plus que d'une canne, qu'il ne tarda pas à abandonner pour jouir plus librement de ses mouvements. Depuis cette époque, l'enfant a été revu plusieurs fois, et on s'est assuré qu'il ne conservait plus de sa luxation aucune gêne appréciable.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 septembre 1857. — Présidence de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Hypertrophie éléphantiasique de l'auriculaire et de l'annulaire de la main droite. — M. GUERSANT soumet à l'examen de la Société un jeune enfant de quatre à cinq ans offrant un gonflement considérable congénial de l'auriculaire de la main droite. L'annulaire de ce même côté présente déjà un certain degré d'hypertrophie. Il existe en outre du gonflement dans la paume de la main.

M. GOSSELIN pense qu'il s'agit d'une hypertrophie du derme et des couches sous-jacentes. Les os en général ne participent que peu ou point à cette maladie. Il y a entre ce fait et celui présenté par M. Broca une analogie parfaite. On était d'avis d'amputer ce dernier malade; je pense qu'il en sera de même dans ce cas. L'annulaire, en raison de son peu de développement, pourrait ne pas être enlevé.

M. CHASSAIGNAC, comme M. Gosselin, pense que l'amputation est le seul traitement applicable; seulement, il serait d'avis d'éloigner le moment d'y recourir, si toutefois la maladie ne progresse pas trop sensiblement, et quand le malade sera au moment de choisir une profession, on pourra alors l'opérer. Une raison qui semble encore pour M. Chassaignac devoir faire adopter la temporisation, c'est qu'il existe une certaine extension du mal dans la paume de la main; on verra avec le temps quel peut être l'avenir de cette complication, et les indications nouvelles qu'elle pourra faire surgir.

M. VOILLEMIER ne partage pas l'opinion de M. Chassaignac. Suivant lui, il n'y a pas le moindre doute sur l'opportunité d'une opération qui n'est pas grave par elle-même, et qui le sera d'autant moins qu'elle sera pratiquée sur un sujet plus jeune; bien que l'hypertrophie s'étende sur la paume de la main, il ne pense pas qu'elle doive augmenter notablement. Dans des cas analogues d'hypertrophie éléphantiasique congéniale, il a remarqué que si le tissu morbide participe au développement de l'individu, il ne prend pas d'ordinaire de grandes dimensions. Il n'y aurait donc pas à craindre, suivant toute probabilité, une opération pour plus tard.

M. GUERSANT est d'avis de pratiquer l'amputation immédiatement, car elle offre moins de gravité à cet âge. Il est disposé à faire le sacrifice des deux doigts.

M. CHASSAIGNAC insiste sur l'opportunité de la temporisation, car si l'hypertrophie est stationnaire, il n'y a pas urgence, et, si par l'expectation on reconnaît qu'elle suit une progression sensible, on pourra alors agir et enlever toutes les parties malades.

M. MARJOLIN rappelle que le malade de M. Broca, qui était âgé de douze ans, est mort des suites de l'amputation.

Courbure à angle droit de l'humérus droit sur un enfant de trente-deux mois. — M. GUERSANT présente un jeune enfant qui offre une courbure à angle droit de l'humérus. Cette courbure, qui siége à la partie moyenne de l'os, se rencontre sans aucune trace de cal, sans adhérences, sans altération du membre. On remarque une légère incurvation de l'avant-bras du même côté.

Quelle est la nature de cette lésion? Comment a-t-elle été produite, et que doit-on faire? L'enfant est bien conformé, et n'offre que peu de traces de déformation rachitique sur les autres parties du squelette.

M. MARJOLIN. Cette observation offre un intérêt pratique très-grand, surtout au point de vue médico-légal. On nous apporte fréquemment des enfants dans des conditions analogues; on nous demande si la difformité est le résultat d'une fracture, et on se propose alors de poursuivre la nourrice. Les enfants peuvent, au moment où on nous les présente, se trouver du reste dans d'excellentes conditions de santé, et l'on pourrait croire à une fracture. Mais il faut reconnaître que souvent ces enfants ayant d'abord un cachet de rachitisme, finissent, sous l'influence du bon air et d'une alimentation convenable, par perdre l'apparence rachitique. Ce matin encore, j'ai eu l'occasion de voir un jeune enfant avec une déformation marquée des deux os de l'avant-bras droit; on croit reconnaître sur le lieu de la difformité des traces de cal, l'autre avant-bras s'est fracturé hier.

M. CAZEAUX, en raison de l'absence de gonflement au niveau de la déformation, ne croit pas qu'il y ait fracture sur le jeune malade de M. Guersant.

M. VOILLEMIER, en considérant combien est arrêtée la saillie formée par la courbure de l'os, croit qu'il s'agit d'une de ces fractures incomplètes si fréquentes chez les enfants. S'il n'y a pas de cal apparent, c'est que, dans ces sortes de fractures, la soudure a lieu directement, sans qu'il soit besoin de virole osseuse. Quant à la thérapeutique, il pense qu'à l'aide d'un appareil dont l'action serait très-lente et graduée, on pourrait sinon rendre au membre sa forme première, corriger du moins en grande partie la difformité.

M GUERSANT, comme M. Voillemier et pour les mêmes raisons, malgré l'impossibilité de reconnaître la présence du cal, croit à une fracture. Quant à la question médico-légale, nous sommes en effet assez souvent consultés; mais qu'il y ait eu fracture ou simple courbure, la nourrice est toujours coupable d'une bien grande négligence.

Le traitement proposé par M. Voillemier serait sans doute tout à fait inefficace.

M. GIRALDÈS admet qu'il y a eu une fracture incomplète; on trouve chez les rachitiques des exemples analogues : les os se courbent à angle droit, et il se forme plus tard un véritable cal. Quant au traitement, il serait dangereux de vouloir redresser avec une certaine vigueur. On doit agir avec une extrême prudence.

M. ROBERT croit le cas tellement obscur qu'il lui paraît impossible de rien affirmer, et bien plus même avec les pièces anatomiques en main, on reste quelquefois encore dans le doute. Il faut du reste ne faire aucun traitement.

M. GIRALDÈS insiste sur la nature première de la maladie; malgré la bonne apparence de l'enfant, il croit qu'il s'agit d'un vice rachitique. On sait que des enfants bien conformés au tronc et à la tête peuvent offrir les traces du rachitisme à l'extrémité des os longs, soit aux membres supérieurs, soit aux membres inférieurs.

M. HUGUIER insiste surtout sur la nécessité d'appliquer un traitement. Dans les conditions actuelles du membre malade, on verra les muscles s'atrophier. Il est d'avis de rompre l'os et de le ramener ainsi dans sa rectitude. Rien de plus facile, suivant lui, que la production de cette fracture; la réunion des fragments se fait ensuite avec assez de rapidité. Il pense que l'on ne pourrait rien obtenir par l'extension du membre.

M. VOILLEMIER fait observer à M. Huguier qu'il n'a point parlé d'appareil destiné à allonger le bras, ce qui serait complétement impossible, mais d'un véritable appareil orthopédique comme ceux qu'on

---

Après les rencontres, les déraillements demandaient aussi une sorte de préservatif; nous allons le trouver en partie dans un nouveau système d'accouplement des wagons. Tout le monde sait par quel moyen on réunit aujourd'hui ces voitures pour en former des trains. Mais voici qu'on propose une espèce d'emboîtement réciproque : les deux wagons, poussés l'un contre l'autre, les tampons se choquent, se pénètrent; un mécanisme joue, et les deux wagons sont liés d'une manière fort solide. Jusqu'ici tout est pour le mieux; l'accouplement des wagons sera donc bien rapide, la locomotive n'ayant qu'à pousser les wagons l'un contre l'autre pour les unir. Supposons maintenant qu'un wagon vienne à dérailler : le mécanisme qui le retenait est fait de telle sorte que si la voiture se porte d'une manière exagérée soit à droite, soit à gauche, il doit nécessairement ne plus exécuter ses fonctions; le wagon n'est plus retenu, il se détache et n'est plus entraîné. Ainsi disparaissent les accidents qui suivent toujours un déraillement.

A côté de ces perfectionnements si utiles, faut-il vous parler d'une invention originale qu'on a décorée du nom aussi original de chemin de fer *portatif*. C'est une locomotive, ce sont des wagons qui portent leurs rails avec eux. La roue est entourée de parties de rails articulées entre elles; lorsqu'elle touche la terre, elle pose une portion de rail, et, à mesure qu'elle tourne, elle en dépose une seconde, tandis que la première se relève en suivant le mouvement de la roue, et qu'une troisième touche la terre pendant que la seconde suit le mouvement de rotation. La locomotive ne repose donc jamais sur le sol, mais bien sur une ligne de fer qui la suit dans ses pérégrinations.

Nous n'avons parlé de cette locomotive que comme d'un de ces jeux de l'imagination qui ne nous semblent pas appelés à un grand avenir. Supposez en effet une pierre assez grosse sur le trajet de ce convoi : que deviendrait-il? Ce chemin de fer portatif ne nous paraîtrait possible que sur un terrain bien uni, et comment obtenir ce résultat sur une route que chacun peut parcourir et que la malveillance peut encombrer?

Mais ne discutons pas, et enregistrons un résultat assez remarquable que nous devons à un ingénieur en chef des ponts et chaussées, M. Vallée. On entend répéter tous les jours : Les voies ferrées ont tué les grandes routes; ces dernières sont devenues désertes, et les chemins de fer transportent pour le moins vingt ou trente fois plus que les routes ordinaires. C'est là une erreur. Ecoutez M. Vallée.

En 1854, les chemins de fer ont transporté sur l'unité de distance 1 kilomètre, 268 millions de tonnes; pendant la même période, les routes impériales ont transporté sur la même unité 214 millions, c'est-à-dire les quatre cinquièmes. Mais, d'autre part, le nombre des voyageurs circulant sur le chemin de fer était, toujours pour la même unité de 1 kilomètre, de 264 millions, tandis qu'il était de 421 millions pour les routes, c'est-à-dire les trois cinquièmes en sus.

Si l'on objecte que le réseau du Nord n'avait pas son développement actuel et que le développement des chemins de fer doit correspondre à une diminution proportionnelle des transports effectués sur les routes, quelques chiffres nous prouveront le contraire. En 1854, la longueur exploitée de la voie du Nord était de 710 kilomètres; elle était en 1856 de 795 kilomètres; l'augmentation de transport de marchandises a été d'un septième. Pendant ce temps, sur les routes de l'Aisne, l'augmentation était de 50 0/0.

Loin de détruire la circulation sur les routes ordinaires, les chemins de fer la développent donc au plus haut degré, et cela s'explique, car le chemin de fer ne va pas partout; le voyageur et la marchandise sont forcés d'aller le trouver. Les chemins de fer activent la production et la circulation; mais ce sont les routes ordinaires qui profitent, même avant le chemin de fer, de ce surcroît d'activité.

Dr E. Renaud.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Essai sur les ruptures du cœur (thèse inaugurale), par M. le Dr Elleaume. Brochure grand in-8°, 40 pages. Chez Rignoux, rue Monsieur-le-Prince, 31.

Un seul appareil pour toutes les fractures du membre inférieur, par M. L. Gaillard, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Poitiers. Poitiers, 1857, une brochure in-8° de 60 pages, avec deux planches. Prix, 2 fr. A Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille.

emploie chaque jour pour redresser les courburcs des os. D'après ce qu'il a observé, notamment sur une fracture d'avant-bras mal consolidée chez un enfant, il est convaincu qu'on obtiendrait un bon résultat. En tout cas, il pense qu'on devrait essayer ce traitement simple avant de recourir au moyen violent que propose M. Huguier.

Quant à ce que vient de dire M. Giraldès sur l'action partielle du rachitisme portant tantôt sur les membres supérieurs et tantôt sur les membres inférieurs seulement, il partage complétement cette opinion. Mais quand un des membres supérieurs ou inférieurs est ramolli, l'autre l'est également, et, comme chez l'enfant présenté par M. Guersant l'humérus droit est seul difforme, tandis que le bras gauche ne présente rien de particulier, il est d'autant plus fondé à regarder la déformation du bras droit comme étant le résultat probable d'une fracture.

Exophthalmie de l'œil droit. — **M. DEGUISE** présente un malade affecté d'une exophthalmie de l'œil droit datant de 1852.

Le malade dit avoir fait à cette époque une chute du haut d'un pont; il eut une violente contusion de la tête. Ce fut quelque temps après qu'apparut l'exophthalmie. M. Deguise avait vu le malade pour la première fois il y a cinq ou six mois. Depuis lors, l'affection a fait beaucoup de progrès : la vision, d'abord affaiblie, a été depuis absolument abolie.

On remarque néanmoins la persistance de la contractilité pupillaire. Il existe un certain degré de paralysie sur une partie de la joue, de l'aile du nez et de la paupière supérieure du côté malade. L'examen du pharynx, aussi bien que des fosses nasales, ne permet de reconnaître aucune tumeur, aucune altération. La compression des carotides ne donne lieu à aucune diminution de l'exophthalmie.

Hématocèle utérine. Diagnostic difficile. — **M. GOSSELIN**, à propos du procès-verbal, communique une observation d'hématocèle rétroutérine qui avait pu être confondue avec une tumeur fibreuse.

Il s'agit, dit M. Gosselin, d'une observation dont malheureusement beaucoup de détails ne me sont plus très-présents.

Une malade, couchée, il y a dix-huit mois, dans le service de M. Beau, à l'hôpital Cochin, portait une tumeur dans l'excavation pelvienne. La difficulté du diagnostic était excessive. Deux fois, je fus invité par notre confrère à examiner la malade, et je trouvai en arrière du col, répondant à la partie postérieure du corps de l'utérus, une tumeur bosselée, dure, volumineuse. En saisissant la tumeur entre le doigt de la main droite, introduit soit dans le rectum, soit dans le vagin, et la main gauche appliquée sur la région hypogastrique, il me fut impossible de reconnaître la moindre trace de fluctuation. La dureté et la résistance étaient uniformes sur tous les points. Cette dureté, cette absence complète de fluctuation, nous firent rejeter, à M. Beau comme à moi, l'idée d'une hématocèle rétro-utérine, ou d'un abcès, ou d'un kyste. Nous fûmes convaincus qu'il s'agissait d'un de ces phlegmons ligneux, durs, chroniques, que l'on rencontre dans le tissu utérin. Les douleurs violentes éprouvées par la malade à différentes époques nous firent pencher pour ce genre d'affection de préférence à une tumeur fibreuse.

La malade mourut dans l'hôpital, je ne sais par le fait de quelle affection, et à l'autopsie nous pûmes reconnaître que la tumeur était formée par une hématocèle contenue dans une poche à parois très-résistantes et formée par des caillots très-condensés à la périphérie; tandis que dans le centre, le sang avait beaucoup moins de consistance.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Borelli, chirurgien de l'hôpital de Saint-Maurice et Saint-Lazare, de Turin, fait hommage du tome Ier du Recueil clinique d'observations prises dans son service. Après avoir passé en revue les principaux faits contenus dans ce volume, M. Borelli fait hommage de deux autres mémoires, l'un sur la résection de la mâchoire inférieure; l'autre sur la rupture de l'ankylose angulaire du genou.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. le docteur Borelli de son intéressante communication.

RAPPORT.

M. GOSSELIN lit le rapport suivant sur la candidature de M. Piachaud :

Messieurs, M. le docteur Piachaud (de Genève) a envoyé à l'appui de sa candidature, comme membre correspondant, quatre observations chirurgicales dont je viens vous rendre compte au nom d'une commission composée de MM. Larrey, Lenoir et Gosselin. La première de cette observation est relative à une lésion traumatique tout à fait insolite, et que nous croyons même sans exemple dans la science. Le sujet est un jeune homme de vingt cinq à trente ans, qui était mort instantanément à la suite d'un coup de couteau reçu dans la poitrine. M. Piachaud, commis par la justice pour faire l'autopsie, trouva que la mort avait été causée par une blessure de la crosse de l'aorte et que l'instrument vulnérant, c'était un couteau pointu, pour atteindre ce vaisseau, avait traversé de part en part la première pièce du sternum dans sa partie osseuse, à 27 millimètres au-dessous de la fourchette sternale et un peu à gauche de la ligne médiane.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un ectropion chez une petite fille de quatre ans. La difformité occupait la paupière supérieure et avait été consécutive à une plaie à lambeau qu'on avait réunie au moyen de la suture. Nonobstant les soins donnés après l'accident, qui remontait à six mois, la paupière était renversée à partir du point lacrymal jusqu'à la commissure externe, les cils étaient dirigés verticalement; une bride cicatricielle maintenait le renversement, qui était compliqué d'un bourrelet rouge conjonctivo-palpébral très-considérable. M. Piachaud a commencé par une blépharoplastie, suivant la méthode indienne, en prenant son lambeau dans la région frontale. L'opération s'est donc composée de trois temps : 1° incision transversale; 2° dissection du lambeau dont le pédicule est à la racine du nez et à l'un de ses bords, confondu avec la plaie transversale, et dont l'extrémité libre correspond au milieu du front; 3° fixation de ce lambeau aux bords de la plaie transversale par cinq points de suture entrecoupée. Comme opération autoplastique, le succès a été complet, c'est à dire que le lambeau ne s'est gangrené en aucun point, que la réunion s'est bien faite, et qu'aucun accident n'est survenu. Mais le bourrelet conjonctivo-palpébral est resté et n'a pas permis à l'œil d'être mis à découvert par la volonté de l'enfant, ni même par la main de l'opérateur. M. Piachaud a donc eu à s'occuper consécutivement de cet élément important de la difformité, et après quelques attouchements infructueux, tant avec la poudre d'alun qu'avec l'azotate d'argent, il a dû faire largement l'excision du bourrelet.

Huit jours après, l'enfant quittait Genève pour retourner à Annecy (en Savoie), et commençait à pouvoir découvrir l'œil. Près de deux ans plus tard, en 1855 (la dernière opération avait été faite le 20 août 1853), M. Piachaud a eu de ses nouvelles, et a su que l'œil était *presque entièrement* découvert et que le résultat était satisfaisant.

Vous voyez, Messieurs, que la fin de cette observation ressemble à beaucoup de celles qui se font pour la réparation des difformités. Presque toujours les malades nous viennent de loin, nous quittent aussitôt qu'ils n'ont plus besoin de nos soins, et ne donnent plus de leurs nouvelles, ou en donnent par hasard et d'incomplètes. Assurément vous seriez désireux de savoir à quel degré cet œil s'ouvre, s'il sert bien à la vision, si le lambeau s'est recroquevillé et forme un bourrelet cutané plus ou moins disgracieux, si la paupière restaurée n'est pas un peu trop longue, si enfin le bourrelet hypertrophique de la conjonctive a tout à fait disparu. M. Piacbaud ne sait pas ce qu'il en est positivement, parce qu'il est loin de la malade et qu'il ne l'a pas revue. Ne l'accusez pas de ces *desiderata*; ils sont indépendants de sa volonté, et tiennent à des conditions que nous sommes tous obligés de subir.

Signalons, en passant, une lacune d'un autre genre. M. Piachaud, qui paraît tenir avant tout à laisser parler les faits, s'est abstenu de commentaires et de réflexions, et en particulier il n'a pas dit pour quelles raisons il avait commencé par la blépharoplastie et fini par l'excision de la conjonctive. Ne vous semble-t-il pas que vous auriez fait le contraire, et que vous auriez commencé par exciser le bourrelet conjonctival pour voir ce qui resterait de la difformité, et décider, dans le cas où une opération ultérieure eût été reconnue indispensable, laquelle devait être choisie parmi toutes celles qui ont été faites pour des cas analogues? Pour nous, qui avons conseillé ailleurs de suivre cette marche dans les cas d'ectropion complexe, nous croyons fermement que nous nous serions conformé aux préceptes que nous avons formulés (1). Cependant, n'ayant pas vu la malade, nous ne pouvons critiquer l'auteur d'avoir agi comme il l'a fait; sans doute il s'est laissé guider par les circonstances particulières à sa malade, et nous comprenons qu'en effet l'ectropion se présente avec tant de variétés qu'il est impossible de prévoir exactement dans un livre tous les cas possibles, et le traitement qui convient à chacun d'eux.

La troisième observation est relative à une occlusion congéniale du vagin vers sa partie supérieure, opérée avec succès sur une jeune fille de dix-huit ans. Ce vice de conformation était, comme dans la plupart des faits de ce genre, resté ignoré jusqu'au moment où la menstruation commençante et la rétention du sang des règles donnèrent lieu à des accidents, à une tumeur abdominale, et surtout à une exacerbation violente de la douleur tous les mois.

La première fois que M. Piachaud fut appelé à l'examiner, il y avait dans le ventre une tumeur grosse comme une tête d'adulte, remontant jusqu'à l'ombilic, et que l'on sentait également par le vagin à trois ou quatre centimètres de profondeur. A cette distance de la vulve, le doigt était d'ailleurs arrêté par une résistance invincible, et ne trouvait rien qui donnât l'idée du col utérin. L'indication d'opérer étant rendue évidente par le retour et la violence des douleurs à chaque époque menstruelle, M. Piachaud fit d'abord avec le trocart une ponction qui donna issue à une certaine quantité de matière foncée ayant la consistance d'une gelée un peu liquide. Sûr alors qu'il s'agissait bien d'une rétention du sang menstruel, il incisa avec le bistouri boutonné à droite et à gauche, et vit sortir alors une très-grande quantité (plus d'un litre) de sang liquide de couleur chocolat. Explorant avec le doigt, il put constater au-dessus de l'incision l'existence d'une poche dans laquelle proéminait un col utérin parfaitement conformé, dont l'orifice était seulement assez ouvert pour permettre au doigt d'arriver facilement dans la cavité utérine. L'imperforation occupait donc non pas l'utérus lui-même, mais le vagin, et consistait en une sorte de cloison membraneuse qui séparait ce canal en deux parties, l'une inférieure et l'autre supérieure, dans laquelle s'ouvrait le col de l'utérus. Aucune suite sérieuse, si ce n'est un léger phlegmon de la fosse iliaque, n'est venue compliquer cette heureuse opération, et la malade a eu, sept semaines après, ses règles normalement et sans douleur, ce qui prouve que la voie établie par le bistouri ne s'était pas oblitérée. Pourtant M. Piachaud a constaté qu'elle s'était notablement rétrécie, et il pense que si une grossesse a lieu plus tard, l'accouchement ne pourra pas se faire sans un nouveau débridement.

La quatrième observation a pour objet une hernie crurale droite opérée le troisième jour, qu'on a trouvée gangrenée, et pour laquelle il a été nécessaire d'établir un anus contre nature. Près de trois mois après, l'entérotome de Dupuytren a été appliqué, et a ramené, au bout de quelques jours, une bandelette longue de 4 centimètres. La malade ne tarda pas à aller à la garde-robe; mais comme l'éperon se sentait encore à 3 centimètres de profondeur, M. Piachaud pensa que la cavité intermédiaire aux deux bouts n'était pas encore assez large, et il fit une nouvelle application de l'entérotome, ce qui lui permit de ramener une nouvelle lanière longue de 4 centimètres et demi. La maladie est abandonnée à elle-même pendant quatre mois, au bout desquels l'orifice extérieur persistant, quoique rétréci, laissa encore suinter quelques matières intestinales. M. Piachaud fait alors une opération occlusive consistant en un avivement circulaire du contour de la fistule, un décollement de ce contour à 1 centimètre et demi ou 2 de profondeur, et l'application d'une suture enchevillée. Deux fistules qui sont restées ont nécessité quelques semaines après une nouvelle suture, après quoi il restait encore, six mois plus tard, une petite ouverture qui laissait échapper un peu de liquide spumeux au moment où la malade se levait. Une cautérisation avec l'azotate d'argent paraît en avoir fait justice; car un mois après M. Piachaud a constaté qu'aucune ouverture anormale n'existait plus.

Pendant près d'une année que la malade a été vue, après l'application de l'entérotome, on n'a jamais constaté ni coliques ni constipation, ni aucun symptôme qui puisse donner lieu de penser qu'un rétrécissement intestinal soit survenu au niveau de la section de l'éperon. Sous ce rapport, l'observation de M. Piachaud pourra, comme celle des deux malades dont j'ai publié l'histoire, et comme celle de bien d'autres, être invoquée contre cette objection plutôt théorique que pratique, que la perte de substance faite par l'entérotome de Dupuytren expose à un rétrécissement consécutif, et par suite à une gêne dans la circulation des matières intestinales. Elle servirait, au besoin, pour appuyer au contraire cette opinion que nous avons eu déjà l'honneur de soutenir devant la Société de chirurgie, à savoir, que les modifications faites à l'instrument de Dupuytren n'ont pas l'utilité que leurs auteurs ont cru y trouver, et que cet instrument, tel que le grand chirurgien l'a imaginé, remplit toutes les conditions désirables pour rétablir avec sécurité la communication entre le bout supérieur et le bout inférieur de l'intestin.

Messieurs, le travail de M. Piachaud, que nous venons d'analyser, prouve que ce chirurgien connaît et sait utiliser les ressources les plus délicates de la médecine opératoire, qu'il a l'esprit net et précis des bons observateurs, et qu'il cherche dans l'observation attentive des faits le complément de l'éducation chirurgicale qu'il a faite à Paris.

Nous vous proposons :

1° De déposer le travail dans les archives de la Société.

2° De nommer M. Piachaud membre correspondant.

Ces conclusions sont adoptées, et la Société vote l'insertion du rapport de M. Gosselin dans ses *Bulletins*.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. CHASSAIGNAC présente quatre pièces anatomo-pathologiques recueillies dans son service et enlevées par son procédé de l'écrasement linéaire :

1° Un polype fibreux utérin énorme. Il remplissait tout le vagin. Pour pouvoir glisser l'écraseur, on dut recourir à l'application du forceps, et ce fut en le conduisant sur les branches de cet instrument qu'on le fit pénétrer jusqu'à l'insertion du polype. L'opération fut des plus simples; il n'y eut aucun écoulement de sang.

2° Un bourrelet hémorrhoïdal enlevé lundi dernier. Le malade, âgé de soixante-huit ans, a parfaitement supporté l'opération. Pas d'hémorrhagie.

3° et 4° Deux cancers de la langue. L'un enlevé sur un homme de soixante-quinze ans, l'autre sur un homme de quarante-trois ans.

Dans ces deux cas, dit M. Chassaignac, pour éviter toute perte de sang, j'ai opéré avec une extrême lenteur; j'ai fait durer la section environ une heure. Il est impossible d'imaginer rien de plus simple que les suites de ces opérations.

M. VERNEUIL a eu une fois une très-légère hémorrhagie (quatre cuillerées à peine de sang) à la suite de l'ablation par écrasement linéaire d'un cancer de la langue. Cet accident a été produit consécutivement par le doigt promené sur la surface de la plaie. Un peu de glace a suffi pour arrêter l'écoulement sanguin. Jamais, ajoute M. Verneuil, je n'ai vu des suites d'opération aussi heureuses. Le malade n'a pas eu un instant de fièvre ou de réaction douloureuse; et malgré l'énorme perte de substance, la parole peut déjà se produire. Une languette latérale de l'organe qui avait pu être ménagée s'est, par un mouvement de bascule, venue appliquer par sa face saignante sur les plaies du plancher buccal résultant de la section à la base de la langue, et elle représente comme une petite langue rudimentaire, son bord latéral formant alors le bord antérieur de l'organe.

M. Verneuil pense qu'il serait utile de tenir compte de cet ingénieux procédé naturel de réparation, et on pourrait établir en principe, autant que cela serait possible, de conserver un des bords de la langue, quelque étroit qu'il puisse être.

Le secrétaire de la Société, E. LABORIE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 24 septembre 1857, MM. Strobl, Hirtz, Held et Kirschleger, agrégés près la Faculté de médecine de Strasbourg, dont le temps de service expire le 1er novembre prochain, sont maintenus dans leurs fonctions jusqu'au 1er avril 1860.

— Un décret du 26 août 1857 a reconnu la Société de médecine de Bordeaux comme établissement d'utilité publique.

— M. le docteur Rognetta a succombé le 2 septembre dernier à Naples, son pays natal, à la suite d'un anthrax malin qui l'avait retenu au lit pendant un mois et demi, et ne faisait guère prévoir à son début un résultat aussi fatal.

M. Rognetta, que les événements politiques avaient forcé de s'éloigner de sa patrie, choisit la France pour patrie d'adoption, et se fixa à Paris en 1828, l'année même de sa réception. Il a toujours été fidèle aux principes de l'école italienne, et il saisissait toutes les occasions de les répandre et de les faire adopter par ceux qui avaient des relations avec lui. Ses luttes scientifiques lui avaient acquis une réputation méritée, et lui avaient suscité, en France surtout, beaucoup de contradicteurs. Il avait pris, il y a déjà de longues années, une part très-active à la rédaction de la *Gazette des Hôpitaux*; en 1842, il avait fondé le journal les *Annales de thérapeutique et de toxicologie*, qui forment un ouvrage complet en six volumes in-4°. Cet ouvrage, dont l'édition est épuisée, a été rédigé presque en entier par M. Rognetta luimême. Il contient en outre un Traité complet sur les eaux minérales.

(1) *Traité des maladies des yeux*, par MM. Denonvilliers et Gosselin, pages 145 et 155.

LE GÉRANT.

Paris — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — Les Associations médicales et la Saint-Côme à Meaux. — La mer et les phthisiques. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Nonat). Antéversion du corps de l'utérus, etc. ; paralysie symptomatique. — Nouvelle observation de dégénérescence amyloïde. — Découverte du tombeau d'Hippocrate. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Sur le charlatanisme.

PARIS, LE 5 OCTOBRE 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

Il n'a été lu ni présenté, dans la séance de l'Académie des sciences du 28 septembre, aucun travail qui intéresse les sciences médicales. Mais il a été fait dans cette séance une communication qui mérite d'être mentionnée ici, parce qu'elle est de nature à intéresser la grande famille savante tout entière.

Nous avons fait connaître l'année dernière qu'une souscription était ouverte pour l'érection d'un monument à la mémoire d'Étienne Geoffroy Saint-Hilaire. La statue de notre grand naturaliste, due au ciseau de M. E. Robert, doit être inaugurée à Étampes, le 11 octobre prochain. Le maire d'Étampes, président de la commission, en a officiellement averti l'Académie, en l'invitant à se faire représenter à cette solennité. Tous nos lecteurs apprendront avec plaisir l'accomplissement de ce grand acte de reconnaissance nationale pour l'un des plus beaux génies scientifiques de notre époque.

Dans cette même séance, M. Babinet a fait hommage à l'Académie du quatrième volume de ses *Études et lectures sur les sciences d'observation*. Ce volume renferme l'intéressant travail dans lequel l'auteur a développé quelques-unes des vues sur le retour des saisons à l'état normal, que nous avons récemment fait connaître à nos lecteurs. — Dr Brochin.

LES ASSOCIATIONS MÉDICALES ET LA SAINT-COME à Meaux.

Depuis quelque temps, les différents organes de la presse médicale, péniblement affectés à la suite de quelques illustres infortunes, ont cru devoir, sans négliger les intérêts scientifiques, consacrer quelques lignes aux intérêts professionnels. Des écrivains habiles, hommes de cœur et d'intelligence, nous ont laissé des pages éloquentes dans lesquelles ils ont dépeint la position souvent précaire du médecin ; de cet homme qui, après de longues études et de nombreux sacrifices, s'est enrôlé sous une bannière sur laquelle ne sont point écrits en lettres d'or les noms pompeux de glorieuses batailles, mais sur laquelle on lit cette modeste inscription : *Abnégation, dévouement*; de cet homme qu'on trouve partout où il y a des frères qui souffrent, qu'on a admiré sur les champs de bataille de l'Alma et d'Inkermann, et qu'on rencontre aussi bien sous les toits de chaume que sous les riches lambris.

Témoin journalier des malheurs d'autrui, le médecin apprend à supporter les siens avec calme, avec résignation ; et, comme l'a dit sur une tombe encore récente un homme que doit regretter la chirurgie militaire, M. Marchal (de Calvi) : « Rien ne l'arrête, ni « les fatigues du jour, ni l'incertitude du lendemain, ni l'ingrati- » tude des gens, ni l'instabilité des choses. » Il sait qu'il est l'homme du public, l'espoir du malheureux qui souffre ; il le sait, et jamais il n'a failli à sa charitable mission.

Et pourtant, qui de nous, ayant un peu blanchi dans la carrière médicale, n'a senti son cœur navré en songeant à la position difficile de quelques confrères, que la maladie ou les infirmités arrêtent dans l'exercice de leur art ; ou bien à l'état de dénûment dans lequel, par une mort anticipée, le médecin laisse quelquefois sa veuve, qui n'a pour héritage que des livres et des enfants, *libros et liberos*.

Ce n'est pas sans émotion que nous avons vu, il y a quelques mois, un vieillard, le vénérable Bally, à la veille, dit-il, de n'avoir plus rien de commun avec le monde, prendre encore la plume pour demander la fondation d'une maison de retraite pour le médecin vieux, infirme et privé de fortune. Un jour viendra peut-être où la France, grande dans la paix comme dans la guerre, offrira un asile au travailleur laborieux, une honorable retraite à celui que des infirmités ou une vieillesse anticipée condamnent au repos.

Le mal étant trouvé, il fallait en rechercher les causes, y apporter le remède. Tout le corps médical l'a compris. Depuis le 19 juillet 1833, qui a vu se constituer la grande *Association des médecins de la Seine*, beaucoup d'arrondissements de province ont cherché à se réunir, à faire des noyaux d'association, désirant se rallier un jour à celle de la Seine. C'est par le contact des hommes, c'est par la communauté des idées, c'est par l'association, en un mot, que les plaies peuvent arriver à une bonne fin et se cicatriser. Nous n'avons certes pas la prétention de voir renaître les beaux jours de Saturne et de Rhée ; mais ce que nous espérons, c'est améliorer la position du médecin.

Pendant que nous écrivons ces lignes, nous recevons la circulaire de nos confrères de la Gironde qui demandent l'*Association générale*, idée noble et généreuse qui veut réunir en un seul faisceau tous les membres du corps médical, frères de par la Faculté. Cette question importante a été soulevée dans la réunion de la Saint-Côme, à Meaux.

Le corps médical de Seine-et-Marne, depuis deux ans, s'est organisé en associations d'arrondissement, qui fonctionnent avec ordre et ensemble. Le service des indigents, la vaccine, l'hygiène et la salubrité, voire même les affaires d'intérêts professionnels, toutes ces questions sont élaborées dans les réunions trimestrielles. Quoique de formation récente, l'association médicale de l'arrondissement de Meaux se trouve déjà dans un état de prospérité aussi satisfaisant que possible.

En 1856, un premier banquet avait eu lieu à l'occasion de la fête de saint Côme, patron des médecins. Cette année, une semblable agape a réuni à Meaux, le 27 septembre, presque tous les membres de l'Association, sous la présidence du docteur de Saint-Amand. Quelques médecins des arrondissements de Melun, Coulommiers et Château-Thierry (Aisne) s'étaient joints à leurs confrères; le corps médical de Paris y était représenté par MM. Ricord, Voillemier, Am. Latour et Cabanellas.

Après le banquet, divers toasts ont été portés. M. Amédée Latour, après avoir remercié les sociétaires de l'invitation qui lui avait été faite comme représentant de la presse médicale, a demandé la réunion des associations départementales à celle de Paris. Cette pensée, qui est celle qui domine aujourd'hui, a été *unanimement* applaudie. — M. Ricord a pris ensuite la parole. Rappelant, avec la verve que tout le monde lui connaît, que l'arrondissement de Meaux avait été le théâtre de ses premiers succès à sa sortie des hôpitaux de Paris, il a manifesté tout le plaisir qu'il éprouvait à revoir ses anciens collègues. Puis arrivant à l'Association médicale, il a demandé que les sociétés d'arrondissement se réunissent, par des délégués, au grand centre, qui est la société de la Seine, centre qu'il compare spirituellement au *grand sympathique*, et dont les associations départementales sont les *ganglions*.

Ce toast a été couvert d'applaudissements, et, sur sa demande, l'ancien médecin de campagne aujourd'hui chirurgien des hôpitaux de Paris et membre de l'Académie de médecine, a été nommé à l'unanimité, membre de la société médicale de l'arrondissement de Meaux.

Quelques couplets du cru ont égayé les convives et terminé la soirée. Chacun s'est séparé heureux d'avoir pu un moment oublier avec de bons confrères les fatigues de la profession : et c'est avec reconnaissance que les convives ont pu remercier MM. les docteurs de Saint-Amand et Houzelot de l'amabilité et de la grâce avec lesquelles ils ont reçu leurs confrères. Dr A. CORLIEU.

LA MER ET LES PHTHISIQUES.

Quelle est l'influence exercée par l'atmosphère maritime sur la marche et sur l'issue de la phthisie ?

Cette question est depuis longtemps l'objet d'interminables controverses ; chacun la résout à sa manière, si bien que nous en sommes encore à l'antagonisme des opinions plus ou moins désintéressées qu'elle a fait naître.

Ayant ouï dire récemment que l'étude de la fécondation chez les papillons, les grenouilles, les crapauds, les salamandres, etc., avait suffi pour ramener au vrai l'histoire de la fièvre jaune, l'idée me vint de consulter, en ce qui concerne la phthisie, les goëlands et les pingouins, dont la vie se passe dans un milieu composé de

SUR LE CHARLATANISME.

. . . . Perfacile id quidem est,
Sanum futurum; meâ ego id promitto fide.
(PLAUTE.)

De la hardiesse à fronder les opinions reçues, de l'adresse pour en établir de nouvelles, un langage mystérieux qui semble dire beaucoup et qui ne dit rien, un ton d'insinuation et quelquefois d'orgueil ; beaucoup de pays qu'on a vus, beaucoup de correspondances qu'on sait habilement citer, quelques demi-soupirs de temps en temps sur les entraves apportées aux plus utiles découvertes : voilà tout ce qu'il faut pour produire un charlatan.

La crédulité du public est un fonds inépuisable, et le charlatanisme en ayant fait sa ressource, on ne doit pas s'étonner si les empiriques renaissent dans tous les temps et dans tous les lieux.

Mais comment les gens d'esprit peuvent-ils adopter leurs rêveries? Parce que l'imagination, toujours plus exaltée que la raison, adopte singulièrement le merveilleux.

Le bon sens, naturellement timide, ne marche qu'à tâtons et veut se rendre compte à soi-même de ce qu'il voit ; mais l'esprit aime à se frayer des routes où personne n'a passé : il croit s'approcher de l'intelligence suprême à mesure qu'il s'éloigne du reste des mortels, il aime à se répandre dans des régions inconnues d'où les autres hommes ne lui paraissent que des pygmées : c'est alors qu'il s'exalte et qu'il jouit.

En parcourant les systèmes déraisonnables qui ont fait fortune parmi les hommes, n'est-on pas surpris que la pierre philosophale, toujours introuvable, soit toujours recherchée, et que la médecine universelle, toujours inaccessible, ait toujours des partisans? Chaque année quelque nouvel empirique paraît sur la scène du monde, bien assuré d'avoir des sectaires; et ce sont les personnages qui croient le moins aux vérités révélées qui donnent dans des absurdités, tant il est vrai que l'esprit humain est toujours la dupe de lui-même lorsqu'il n'a que ses propres idées pour appui. Il embrasse des systèmes qui font pitié, c'est-à-dire que, pour ne pas croire des choses incompréhensibles, il en croit d'incroyables.

Les malheurs n'ont d'autre cause que notre indigence et nos besoins. L'on est pauvre, l'on veut s'enrichir ; on est malade, on désire guérir. L'espérance n'est pas moins la source de nos illusions que de notre bonheur, de sorte que l'homme est pour ainsi dire excusable quand il croit des chimères.

Mais il en est de si absurdes! Je ris toutes les fois que je pense à la simplicité de certaines personnes qui croient fermement que Taylor, oculiste renommé, mit les yeux d'un chien danois à une princesse étrangère qui avait perdu les siens ; que ces yeux s'enchâssèrent parfaitement, mais qu'on fut obligé de les ôter, parce que la princesse, voyant les objets à la manière des chiens, courait après les chats, et que cela compromettait sa dignité.

D'après un pareil conte, on peut bien dire que Cicéron avait raison d'avancer qu'il n'y a point d'absurdités qui ne trouvent des partisans, et qu'on peut tout hasarder, parce qu'il y a des esprits de toute trempe.

A cette occasion, je raconterai un fait qui arriva en 17.. dans une ville de province. La chose est originale et mérite réellement attention, pour prouver jusqu'à quel point on abuse les hommes lorsque l'enthousiasme les a une fois subjugués.

Deux charlatans débutent dans la petite ville en question (j'en tairai le nom pour son honneur) ; et, comme des personnages importants venaient de se présenter à Paris à titre de docteurs, qui par le geste et par le tact guérissaient toutes les maladies, ils pensèrent qu'il fallait quelque chose, de plus extraordinaire encore pour accréditer leur savoir-faire, qu'il fallait enfin un tour de force.

Que font-ils? A la manière de Mme de Sévigné, « je ne puis me ré- » soudre à vous le dire, devinez-le ; je vous le donne en trois; *jetez- « vous votre langue aux chiens?* Eh bien, il faut donc vous le dire : » Ils s'annoncent tout simplement pour ressusciter des morts à volonté ; et pour qu'on n'en puisse douter, ils déclarent qu'au bout de trois semaines, précisément jour pour jour, ils rappelleront à la vie, dans le cimetière qu'on voudra leur indiquer, le mort dont on leur montrera la sépulture, fût-il inhumé depuis dix ans.

En attendant, ils demandent au bailli du lieu qu'on les garde à vue pour s'assurer qu'ils n'échapperont pas ; mais qu'on leur permette, jusqu'au délai fixé, de vendre des médicaments et d'exercer leur savoir-faire.

La proposition semble si belle que les habitants n'hésitent pas à les consulter. Tout le monde assiége leur maison, et jamais on n'avait vu tant d'argent dans la petite ville qu'il en parut alors pour payer des médecins d'un talent si nouveau.

Le fameux jour approchait, et l'élève, qui n'en savait pas tant que le maître, dit au docteur : Malgré toute votre habileté, je crois que vous nous exposez à être lapidés, et je jurerais d'autant plus que le talent de ressusciter un mort ne vous a point été communiqué, que vous prétendez faire plus que le Messie même, qui ressuscita Lazare au bout de quatre jours seulement.

brôme, d'iode, de phosphore, de chlorure de soude et de varechs, toutes choses réputées favorables à la prophylaxie et à la guérison des tubercules. Malheureusement, même avec de la patience, on ne peut rien obtenir de ces animaux taciturnes et sauvages. Il me faut donc renoncer aux révélations que j'attendais de ce côté, et me contenter d'interroger les faits propres à la pathologie humaine. Ceux-là ne manquent pas ; ils abondent au contraire, mais décousus, incomplets, habituellement interprétés sans méthode. On reconnaît aisément dans cette confusion notre esprit impatient et désordonné, ardent à la moisson, mais inhabile à mettre en gerbes.

Il n'est donné qu'à un petit nombre de médecins d'observer les effets de la mer sur la phthisie : ce n'est pas une raison pour qu'ils soient d'accord entre eux. En effet, si quelque praticien établi sur un plan éloigné de la scène nautique, désire savoir ce qui s'y passe, et que pour s'en instruire il consulte les auteurs qui se sont adonnés à cette étude spéciale, il n'en recevra guère que des indications contradictoires.

En voici bien la preuve :

Les bords de la mer, surtout dans les climats doux, dit Laënnec, sont sans contredit les lieux où l'on a vu guérir le plus grand nombre de phthisiques. Le témoignage de l'antiquité s'accorde sur ce point avec celui des modernes. Le même auteur signale en particulier la rareté de la phthisie sur la côte méridionale de la Bretagne.

Boerhaave, Fothergill, Cullen, recommandent, à l'exemple de Celse et d'Arétée, de faire naviguer les poitrinaires ; mais ils ne disent pas au juste à quel titre cet exercice peut être profitable aux tuberculeux.

Suivant Gilchrist, ce serait une bonne précaution que ceux qui sont nés de parents pulmoniques, vivent quelque temps en mer, afin de prévenir en eux le même accident lorsqu'ils sont parvenus à cet âge fatal où l'on est le plus sujet à cette catastrophe. Il paraît certain, ajoute-t-il, que cette cruelle affection frappe très-rarement les marins, et que les gens qu'on a coutume d'enrôler pour le service de mer, ordinairement courts et trapus, sont ceux dont la santé résiste le moins à cet élément ; tandis que des hommes élancés, fluets, au teint blafard, aux cheveux blonds, s'y portent on ne peut mieux et y acquièrent une santé vigoureuse.

Thomas Reid attribue au mal de mer une grande partie des avantages que les tuberculeux retirent des voyages maritimes. Quoique ce malaise soit très-fatiguant par lui-même, on voit néanmoins qu'il n'altère pas l'appétit de ces malades, que la légèreté et la vivacité de leur esprit se conservent, et que leur santé subit une heureuse transformation. Les effets salutaires de la naupathie se produisent avec une telle promptitude, qu'il suffit d'une traversée de Douvres à Calais pour guérir les Anglais poitrinaires ou menacés de le devenir.

M. Bricheteau est d'avis que la navigation en mer doit exercer une influence favorable sur les tuberculeux, qui quittent le continent pour faire un voyage maritime de long cours : c'est ce que démontrent, dit-il, la raison, la logique, aussi bien que l'expérience.

Il paraît cependant que la raison, la logique et l'expérience n'ont point porté la même conviction dans tous les esprits. Signaler tous les médecins qui se montrent contraires aux assertions précédentes, ce serait me ruiner en citations inutiles ; je me borne donc à reproduire l'opposition des plus compétents.

« La rareté de la phthisie sur les bords de la mer ne saurait être admise, en thèse générale. Cette maladie y enlève beaucoup de monde, et particulièrement beaucoup d'enfants. C'est peut être pour n'avoir pas tenu compte de ce dernier fait, que mon cousin a pu la croire rare sur les côtes de la Bretagne, où elle ne l'est malheureusement pas du tout. Elle ne l'est pas davantage dans les îles. » (Mercadès Laënnec.)

La phthisie est particulièrement affectée aux côtes maritimes, écrit Fodéré ; je ne sais pourquoi les anciens médecins envoyaient les phthisiques sur le bord de la mer, car de nos jours toutes les observations des praticiens qui habitent les côtes de la Méditerranée tendent à prouver que l'air marin est contraire au plus grand nombre des malades.

M. Boudin conteste formellement l'action bienfaisante de l'atmosphère maritime sur la diathèse tuberculeuse ; il pense que si quelques contrées sur le littoral agissent d'une manière favorable sur les phthisiques, c'est évidemment malgré les émanations maritimes, et non par elles.

« L'air maritime est constamment imprégné d'une eau saline qui s'y insinue en imperceptibles gouttelettes jusqu'à une grande hauteur, par l'agitation des vagues et par le souffle de la brise. Or, ces particules de sel qui, à chaque inspiration, pénètrent avec l'air dans les ramifications bronchiques, exercent-elles une action nuisible ou salutaire? La question est en litige chez nous, mais elle est résolue en mauvaise part dans le code de la médecine napolitaine. Nos confrères de Naples croiraient commettre un barbarisme thérapeutique s'ils laissaient un phthisique demeurer sur le rivage, et s'ils ne le faisaient transporter dans les quartiers les plus éloignés de la ville. » (Requin.)

M. Jules Rochard, dans un précieux travail couronné par l'Académie, a démontré que les bords de la mer, sur les côtes de l'Océan, de la Manche et de la Méditerranée, sont ravagés par la phthisie ; que cette maladie, loin d'être rare parmi les marins, est au contraire beaucoup plus fréquente chez eux que dans l'armée de terre. Il conclut de ces faits, que la navigation ne convient aux phthisiques ni comme carrière ni comme moyen de traitement.

Quand une discussion s'établit sur un point de doctrine médicale, il est rare que les adversaires aient absolument tort ou absolument raison : cela vient souvent de ce que l'on soumet à une appréciation générale des faits qui demandent une étude distincte et séparée. Ainsi, au lieu de disserter d'une manière générale sur les effets de la mer relativement à la phthisie, il faut, au contraire, tenir compte d'une chose fort importante, c'est que l'homme qui navigue et que celui qui réside sur le littoral subissent dans des conditions bien différentes l'influence maritime ; que la tuberculisation pulmonaire a une origine, des périodes, des complications qui font nécessairement varier les moyens de traitement prophylactique ou curatif, ainsi que les chances de succès ; que, enfin, l'atmosphère maritime se compose d'éléments complexes qu'il convient de démêler et de classer pour en saisir le mode d'action.

Tout le monde sait que la mer est légèrement odorante sur les plages. Cette odeur, fournie surtout par les plantes marines dans la composition desquelles il entre du brome et de l'iode, possède-t-elle une vertu curative quelconque contre la phthisie? Laënnec le croyait, et, entraîné par la ferveur de sa conviction, il alla jusqu'à faire couvrir le plancher d'une petite salle de la Clinique avec du varech frais, dans la pensée de créer autour des phthisiques une atmosphère marine artificielle. Douze sujets tuberculeux furent séquestrés dans ce milieu pendant quatre mois ; ce traitement eut pour effet immédiat de rendre chez tous la maladie stationnaire. Mais, le varech ayant manqué au printemps, la tuberculisation reprit une marche rapide, et conduisit promptement au terme fatal les malades mis de la sorte hors d'expérience.

Ainsi, pour Laënnec, l'odeur du varech répandue dans une salle de poitrinaires suffit pour reproduire à elle seule les qualités de l'atmosphère maritime.

Nous avons dit que pour Thomas Reid, ainsi que pour d'autres médecins anglais, toute l'efficacité nautique contre la phthisie se résume dans le mal de mer et dans les vomissements qui l'accompagnent. S'il est vrai, bien que cela ne soit pas généralement admis, que les nausées et les secousses du vomissement profitent aux tuberculeux, est-il possible qu'une perturbation qui dure quelques heures seulement (de Douvres à Calais) suffise pour remettre ces malades en état ? Mais de tels phénomènes ne sont plus de simples guérisons, ce sont des miracles. Y croire, comme le font certains auteurs, est plus commode que d'y aller voir, surtout pour des goutteux.

On a dit, et l'on répète chaque jour, sur la foi de la tradition, que l'air de la mer est plus pur, plus calme, et d'une température plus uniforme que celui du continent. C'est là une opinion si ancienne et tellement accréditée qu'il faut une certaine hardiesse pour entreprendre de l'ébranler.

Il est bien vrai qu'en général l'air marin n'est point chargé des effluves qui se dégagent des eaux stagnantes, des matières végétales ou animales en décomposition, des nombreux foyers d'infection que l'on rencontre sur le continent : l'endiomètre nous apprend, en outre, que l'air recueilli sur l'Océan renferme un peu plus d'oxygène et un peu moins d'azote que celui de Paris. Mais ces données n'expriment pas la vérité tout entière, et d'ailleurs elles sont un peu exagérées.

En effet, si l'atmosphère maritime est plus riche en oxygène, elle contient, d'autre part, des proportions plus considérables d'acide carbonique que l'atmosphère terrestre. Et puis, est-ce réellement une bonne fortune pour un tuberculeux dont l'inflammation dévore les poumons, que d'être transporté dans un milieu suroxygéné et par conséquent propice à cette combustion?

De ce que l'air de Paris est moins pur que celui de l'Océan, il n'en est pas de même pour toutes les stations du continent. Il y a au contraire une foule de localités qui, sous le rapport de la composition atmosphérique, sont pour le moins aussi salubres que la mer, et mille fois préférables au littoral rendu souvent inhabitable par le maléfice de cloaques et d'émanations capables de consterner les sens, si l'on n'est habitant de Cayenne ou de Marseille.

Au large, l'air marin est pur sans doute, mais il se charge de brumes épaisses qui se condensent et se résolvent en pluie fine; il est sujet, en outre, à de continuelles perturbations dans sa mobilité, à des tempêtes, à des ouragans, forts rares dans l'intérieur des terres.

Indépendamment de ces vents accidentels qui soufflent jusque sur les côtes maritimes, celles-ci sont le siége d'un conflit périodique entre la brise de terre et celle de mer. Selon sa configuration géologique, le littoral forme une zone plus ou moins large, remarquable dans toute son étendue, par la fréquence des brouillards ou des averses, et la succession en un même jour de toutes les influences thermiques de l'année.

N'est-il pas évident qu'un milieu ainsi dépravé fera prendre à la phthisie une allure rapide vers la mort ?

La présence du chlorure de soude dans l'atmosphère maritime communique à celle-ci une saveur salée. Voilà ce qui explique pourquoi en pleine mer, sur la plage et même loin des côtes, l'air et la pluie contiennent presque toujours des traces très-appréciables de sel marin. Cette matière, qui en se déposant sur les lèvres et sur la conjonctive y occasionne un sentiment désagréable de cuisson, ne doit-elle pas irriter aussi la membrane muqueuse pulmonaire tant qu'elle n'est pas familiarisée avec cette impression ? Cela est assez probable, puisque, chez les boulangers novices l'inspiration d'une poudre inerte, la farine, suffit pour provoquer et entretenir des bronchites, à la production desquelles, il est vrai, concourent aussi d'autres causes.

La température atmosphérique est plus uniforme en mer que sur le continent. Cela est vrai d'une manière générale, mais non d'une manière absolue. Plusieurs circonstances contribuent à faire varier l'état thermique de la mer. Il faut citer, en première ligne, les brises quotidiennes, les changements brusques et fréquents dans l'orientation des vents. Les courants qui sillonnent la masse des eaux de l'Océan agissent de la même manière ; ils privent même certaines latitudes de leur qualité climatérique. Enfin, sur les bas-fonds, la mer est plus froide qu'au large.

Vous ne connaissez pas les hommes, lui répliqua son patron, et je suis plus tranquille que vous ne croyez.

Effectivement, à peine avait-il parlé qu'il vint une lettre de la part d'un gentilhomme du lieu ; elle était conçue en ces termes :

« D'après la grande opération que vous devez faire, monsieur, je vous avoue que je tremble et ne dors pas. J'avais une femme qui était un démon, qu'on a enterrée depuis peu de temps, et je serais bien malheureux si vous la ressuscitiez. Au nom de Dieu, ne faites point usage parmi nous d'un pareil savoir, qui est cependant un très-beau secret. J'aime mieux vous donner cinquante louis. Signé : ***. »

Deux heures après arrivent deux jeunes gens tout éplorés, et qui lui représentent en sanglotant qu'ils n'ont de fortune que ce qu'un parent a daigné leur laisser, et que, s'il vient à ressusciter, ils vont tomber dans l'indigence la plus affreuse.

Ceux-ci donnèrent soixante louis pour qu'on n'usât pas du pouvoir.

Ce fut enfin une continuité de lettres et de visites, depuis le matin jusqu'au soir, tellement que M. le bailli vint lui-même en personne dire enfin aux deux célèbres charlatans : Messieurs, je ne doute nullement, d'après les cures merveilleuses que vous venez de faire dans notre canton (car on prétend qu'ils guérissaient à outrance), de la belle et superbe expérience que vous deviez faire après-demain dans un de nos cimetières ; je me faisais même une fête de vous y accompagner, quoique ce ne soit pas ma coutume. Mais vous voudrez bien observer que toute notre ville est en combustion ; qu'on redoute avec raison que, par votre pouvoir enchanteur, vous ne veniez à ressusciter un mort dont le retour à la vie peut causer dans les fortunes quelque grande perturbation.

Ainsi, je vous supplie de vouloir bien n'en pas faire usage et de partir, car je vous avoue qu'on tremblera toujours tant que vous resterez ici; mais, pour rendre justice à vos suprêmes talents, je vais vous délivrer une attestation en bonne forme comme quoi réellement vous ressuscitez les morts, et qu'il n'a tenu qu'à nous de le voir.

Le certificat fut signé, paraphé, légalisé. Nos deux compagnons, chargés d'or, coururent les provinces, et montrèrent de toutes parts leur magnifique attestation.

Il serait certainement impossible de tirer un parti plus avantageux de la crédulité du public. On prétendit que le bailli craignait lui-même la résurrection d'un mort, dont il avait spolié la succession ; cela paraît assez vraisemblable. Les habitants de Paris à la même époque n'étaient pas moins crédules.

On sait que la belle Tétard, du temps du régent, trouva le moyen d'attirer chez elle tout Paris, en faisant mouvoir tous les meubles de son appartement par des ressorts inconnus, et que ce prince lui-même voulut en être témoin. Le but de cette demoiselle était tout simplement de trouver un épouseur, qui, frappé de ses charmes, fît sa fortune, et elle le rencontra ; ce fut le seul revenant qu'il y eût dans cette maison.

Tous les soirs on y courait, et comme Mlle Tétard avait l'esprit très-borné, on avait fait une chanson dont voici un couplet :

L'esprit de la jeune Tétard
Ne s'éveille que sur le tard;
Toute la nuit
Il fait du bruit.
Et quand le soleil brille,
Alors on ne voit plus d'esprit
Dans toute la famille, lon la,
Dans toute la famille !

Il n'y avait réellement que Paris dans le monde pour avoir sorciers et diables à volonté. On raconte que le fameux Cagliostro se trouvant un soir à Chaillot, dans une maison particulière, où plusieurs dames distinguées voulurent danser, elles le prièrent de leur faire venir dans un clin d'œil des élèves de l'Ecole militaire ; que dans l'instant même il ouvrit les fenêtres et jeta un pont volant ; mais que la compagnie l'ayant plaisanté, il changea tellement les choses, que ce furent des invalides qui vinrent, au nombre de dix-huit, l'un avec un bras de moins, l'autre avec une jambe de bois. On ne se moque point impunément des magiciens ; la danse n'eut certainement pas lieu, et, quoique les petites-maîtresses fussent en fureur, elles adorèrent le créateur d'un pareil miracle.

Un habit original est une chose essentielle pour un empirique. Montesquieu rapporte (*Lettres persanes*) qu'un charlatan ayant paru dans Paris sous le costume arabe, fut accablé de demandes de visites et de consultations ; mais qu'on ne le regarda plus dès qu'il parut vêtu à la française. Tous les hommes veulent être éblouis !

Mais, chose qu'on a peine à croire, ce sont ordinairement les grands qui, plus que le peuple même, font valoir les charlatans. « Il n'est pas possible, disait une dame de la cour en parlant du fameux comte de Saint Germain, qu'il n'ait que deux siècles, et qu'il ne soit pas d'une naissance supérieure à celle des souverains mêmes. » Dès lors on lui supposa trois cents ans ; dès lors, on le mit au-dessus des empereurs.

C'est ainsi que l'enthousiasme saisit les esprits, et que s'accrédite le merveilleux.

Un homme que la satire et la folie prennent par la main, fait plus vite fortune que s'il était mené par la gloire.

P. J. Cabaret, D. M. P.

L'eau de la mer s'échauffe moins à sa surface que le sol, parce que les rayons solaires qui la frappent ne s'éteignent qu'après avoir pénétré à une grande profondeur. Son pouvoir émissif, assez peu considérable, est encore affaibli par l'agitation des vagues, la densité des brouillards et la neutralité du rayonnement dans les régions méridionales. Voilà pourquoi, sous la même latitude, l'atmosphère maritime conserve en général une température plus uniforme que l'atmosphère continentale.

Il est incontestable que la débilité congéniale, que le tempérament lymphatique, que la vie licencieuse de la jeunesse opulente et oisive prédisposent d'une manière plus ou moins prochaine à la tuberculisation pulmonaire. On conçoit dès lors que cette prédisposition puisse être corrigée par la navigation, mais à la condition formelle que le voyage s'effectuera sur un bâtiment spécial, ne courant point brusquement, comme les navires à vapeur, d'un climat dans un autre, et que le malade demeurera constamment sous l'influence météorologique la plus favorable à son état. En dehors de ces garanties, dit M. Rochard, pour un phthisique dont la santé s'améliorera peut-être, il y en aura dix qui succomberont.

On vante beaucoup la robusticité en même temps que l'on signale la rareté de la tuberculisation chez les habitants riverains de la mer, et on conclut de là que le littoral est la zone de la santé, que cette région est inaccessible à la phthisie. Mais on peut en dire tout autant des campagnes salubres et fertiles, avec cette différence pourtant qu'ici les poitrinaires ont plus de chances de longévité que sur les bords de la mer.

Le traitement de la diathèse tuberculeuse est encore aujourd'hui l'un des plus grands embarras de la thérapeutique : la rareté des succès double à nos yeux le prix de celui que l'on obtient. Lorsqu'un moyen quelconque, l'influence maritime par exemple, améliore ou guérit un phthisique, nous inclinons volontiers à subordonner toutes les formes de cette maladie au même procédé curatif; nous ne gardons aucune mesure dans notre satisfaction, nous ressemblons, en un mot, au cristal qui grossit les petites choses.

Voilà où nous en sommes pour la phthisie comme pour la pustule maligne du sacrum. Dr CHAMPOUILLON.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. NONAT.

Antéversion du corps de l'utérus. — Métrite interne. — Engorgement du col et du corps de l'utérus. — Engorgement péri-utérin à droite et à gauche. — Paralysie symptomatique.

(Observation recueillie par M. Eug. BISSON.)

L'influence des affections utérines sur le système nerveux se fait sentir le plus souvent sur les nerfs de la sensibilité, mais parfois aussi sur les nerfs de la motilité. Personne n'ignore que les malades qui ont une métrite interne ou un engorgement péri-utérin éprouvent un sentiment de faiblesse, d'engourdissement dans l'un des membres inférieurs, et souvent même dans les deux; que ce sentiment de faiblesse et d'engourdissement s'étend parfois jusqu'aux membres supérieurs. Le système nerveux moteur peut être encore plus attaqué, et on voit parfois survenir une paralysie, paralysie que l'on peut attribuer à une lésion du système nerveux. Il importe donc d'appeler l'attention sur cet ordre de faits à peine signalés jusqu'à ce jour dans les auteurs, et qui offrent un haut degré d'intérêt au point de vue pratique.

La nommée Jaquet (Antoinette), âgée de trente-neuf ans, douée d'une bonne constitution et d'un tempérament sanguin, est entrée le 26 mars 1857 dans le service de M. Nonat, à la salle Saint-Joseph, lit n° 5. Cette femme a été réglée à dix-sept ans sans aucune difficulté. La menstruation a continué de se faire normalement. Pas de pertes en blanc.

A vingt-deux ans, la malade eut une couche, à la suite de laquelle elle souffrit dans tout le bas-ventre et commença à perdre en blanc. Pendant quelque temps les accidents restèrent les mêmes. Puis au bout de trois à quatre ans, ils s'aggravèrent et les douleurs du bas-ventre prirent une intensité telle, que la malade fut obligée de cesser son travail; les pertes blanches devinrent considérables, surtout à l'approche des règles.

En 1842, la malade alla consulter Lisfranc, qui diagnostiqua une métrite chronique, une antéversion de l'utérus avec engorgement partiel du corps. Il la soumit au traitement suivant : petites saignées, onctions sur le bas-ventre avec la pommade d'iodure de plomb; cataplasmes sur l'abdomen; infusion de saponaire; pilules de ciguë; alimentation peu substantielle; ni café, ni lait. Dans le dernier mois du traitement, qui dura environ trois mois et demi, des cautérisations avec le nitrate d'argent solide furent faites sur le col de l'utérus.

A la suite de ce traitement, les souffrances avaient beaucoup diminué, mais il restait toujours un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre et de tiraillement dans les reins; il s'écoulait par la vulve un liquide blanc aqueux; en outre, la malade éprouvait dans la jambe droite une faiblesse qui lui rendait la marche parfois très-fatigante.

Jusqu'en 1852 il ne se passa rien de notable. Mais alors les souffrances du bas-ventre reprirent toute leur intensité et les pertes blanches analogues à du blanc d'œuf reparurent très-abondantes; les autres accidents ne s'accrurent pas moins. La malade consulta M. Cullerier, qui reconnut un engorgement des deux lèvres du museau de tanche, avec des ulcérations sur le col de l'utérus. Elle fut cautérisée en premier lieu sur le col avec le fer rouge, et en second lieu, à plusieurs reprises, avec le crayon de nitrate d'argent. Ces diverses cautérisations furent suivies d'une exaspération de souffrances et de la suppression des règles, qui ne reparurent pas de dix mois. C'est alors surtout que les membres inférieurs s'affaiblirent à droite et à gauche, et que la marche devint très-embarrassée. La malade cessa d'être traitée par M. Cullerier au bout de dix mois environ.

Rentrée chez elle, cette femme vit ses souffrances s'accroître au lieu de diminuer, et après avoir lutté quelques années, elle vint consulter M. Nonat, et entra dans sa division le 26 mars 1857.

Sa démarche était chancelante; la malade traînait la jambe droite et ne pouvait guère marcher seule; elle sentait dans ses membres inférieurs une sorte de tremblement; du reste, elle ne pouvait rester debout que fort peu de temps. La jambe gauche était faible seulement, mais la jambe droite était complétement paralysée depuis cinq ans; la flexion tout à fait impossible. Des douleurs se faisaient sentir dans les hanches et les articulations des deux membres inférieurs, surtout à droite. Les souffrances du bas-ventre étaient vives et continuelles; les pertes blanches abondantes; la miction douloureuse; la constipation opiniâtre; les digestions embarrassées. Rien du côté de la poitrine. Les règles venaient normalement, duraient trois jours; elles étaient sanguinolentes et peu douloureuses. Elles s'accompagnaient d'un phénomène important, qui, joint à la localisation de la paralysie dans la jambe droite depuis si longtemps, devait aider le diagnostic : c'était une diminution remarquable de la paralysie dans la jambe droite et de la faiblesse dans la jambe gauche pendant toute l'époque menstruelle et les deux ou trois jours qui la suivaient.

Le bas-ventre était douloureux à la pression. Le col de l'utérus et son corps étaient augmentés de volume : les deux lèvres du museau de tanche étaient trois fois aussi grosses que dans l'état normal. La surface du corps était veloutée et l'orifice cervico-utérin admettait l'extrémité du doigt indicateur. Le corps de l'utérus était en antéversion avec inclinaison à droite. Au fond du cul-de-sac vaginal, entre l'utérus et la paroi du bassin, on rencontrait une tumeur solide, dure, accolée à l'utérus, dont un sillon la séparait à peine. Elle était du volume d'une petite orange, et présentait à sa surface quelques vaisseaux artériels. Cette tumeur envoyait à gauche et à droite un prolongement assez étendu, surtout du côté droit, où il était de la grosseur d'une pomme d'api. La pression sur la tumeur était peu douloureuse.

Après avoir interrogé et observé la malade, M. Nonat porta le diagnostic que nous avons indiqué plus haut, et fit pratiquer immédiatement une saignée du bras de 125 grammes, qui fut suivie d'une grande diminution des souffrances du bas-ventre. En même temps la malade fut mise au repos; on lui prescrivit des cataplasmes sur l'abdomen, des injections d'eau de guimauve et de laudanum, des manuluves pour les jours suivants, une alimentation peu substantielle, c'est-à-dire une portion d'abord, et deux portions plus tard.

Du 27 mars au 6 avril, trois applications de ventouses furent faites successivement sur le bas des reins et suivies de soulagement.

Le 7 avril, la malade sentait moins de contracture dans sa jambe droite; la pression sur le bas-ventre était moins douloureuse; le toucher vaginal se faisait sans exciter de souffrances.

Le 20, à la suite d'une saignée de 90 grammes, la malade éprouva le plus grand soulagement et elle cessa de souffrir dans les hanches et les articulations des membres inférieurs.

Le 24, M. Nonat porta dans le corps de l'utérus la sonde, qui pénétra à 6 centimètres 1/2. Son passage à l'orifice cervico-utérin détermina dans tout le bas-ventre des souffrances qui retentirent dans les reins et dans le flanc du côté droit. La journée se passa assez bien. Pendant la nuit la malade éprouva dans la matrice des douleurs lancinantes et expulsives; elle ressentit de grands tiraillements dans les jambes et une courbature générale. Mais dès le matin, à la visite, cet état d'exaspération momentanée avait cessé et la malade se trouvait mieux qu'avant le cathétérisme. Cependant M. Nonat, pour prévenir tout accident inflammatoire, fit appliquer sur la région des reins 5 ventouses scarifiées, et le lendemain la malade pouvait fléchir (très-lentement, il est vrai) la jambe droite sur la cuisse.

Le 1er mai, M. Nonat pratiqua de nouveau le cathétérisme utérin, qui fut moins douloureux que la première fois; mais le lendemain les jambes de la malade étaient plus faibles; la jambe droite était plus engourdie que les jours précédents. Ce sont là, ainsi que l'augmentation des pertes blanches, des accidents qui suivent assez souvent le passage de la sonde et qui disparaissent rapidement. Aussi dès le 5 mai la malade était dans un état très-satisfaisant.

Le 8 mai, nouveau cathétérisme avec la sonde et la curette, dont M. Nonat se servit comme moyen dilatateur de l'orifice cervico-utérin, et qui ne fit couler que peu de sang. Les douleurs furent vives quand la curette pénétra dans le corps de l'utérus, et le 9 mai la malade se plaignit de douleurs intenses dans tout le bas-ventre. Quinze sangsues appliquées sur le bas-ventre n'ayant amené aucune amélioration, on prescrivit sur la région des reins cinq ventouses scarifiées, qui firent cesser toutes les souffrances : le ventre resta seulement douloureux à la pression. Ajoutons que cette petite recrudescence n'était pas due seulement au passage de la curette, mais encore au retard des règles.

Le 13, M. Nonat fit marcher la malade dans la salle. Les mouvements étaient très-libres, et il n'y avait plus de traces de paralysie. Cependant la marche était saccadée, et la malade tremblait sur ses jambes encore trop faibles.

Le lendemain, les règles parurent à la suite d'un purgatif et durèrent trois jours.

Le 18, nouvelle introduction de la curette sans difficulté et sans douleur. Pas d'accidents les jours suivants. Une application de ventouses amène une amélioration notable, et la malade va dès lors de mieux en mieux. Un nouvelle introduction de la curette, suivie d'une application de ventouses, ne fait qu'augmenter le bien-être de la malade. Les jambes reprennent de la force : la marche est facile.

M. Nonat, ayant constaté la disparition presque complète de la tumeur péri-utérine, cautérisa le 3 juin le col et le corps de l'utérus avec le nitrate acide d'hydrargyre. Cette opération fut peu douloureuse.

Le 4 juin, la malade était cependant souffrante, et elle demanda des ventouses, qui calmèrent ses douleurs.

De nouvelles cautérisations furent faites ainsi tous les huit jours, et le lendemain ou le surlendemain une application de ventouses scarifiées fut faite sur les reins. L'amélioration se continua sans aucun accident. Les pertes blanches, qui s'étaient accrues après les premiers essais de cathétérisme et les premières cautérisations, disparurent peu à peu, et finirent par cesser complétement. Les douleurs du bas-ventre ne se firent bientôt plus sentir, les jambes reprirent leur motilité et leur force, la marche redevint facile. On remarque seulement un léger tremblement dû à la faiblesse musculaire qui est résultée d'une inactivité si prolongée.

La malade a quitté l'hôpital le 13 août dans l'état le plus satisfaisant.

Il est un fait que je dois noter, c'est que les règles ont toujours paru en retard pendant le traitement, et qu'à trois reprises elles se sont établies le lendemain d'une purgation.

Lorsque Lisfranc traita cette malade, l'engorgement péri-utérin existait déjà évidemment, et ce fut cet engorgement sans nul doute qu'il prit pour un engorgement partiel du corps de l'utérus. Cela nous explique pourquoi le traitement conseillé par l'éminent praticien fut suivi d'un soulagement notable. En effet, les petites saignées, les cataplasmes sur l'abdomen, etc., convenaient à l'engorgement péri-utérin.

La malade était dans un état satisfaisant à la suite de ce traitement, mais elle n'était pas guérie, et ce qui le prouve, c'est que depuis lors elle n'a pas cessé d'éprouver à des degrés divers de l'engourdissement dans la jambe droite, de la faiblesse dans la jambe gauche et des douleurs dans tout le bas-ventre. Si, comme tout nous porte à l'admettre, telle était la nature de la maladie de cette femme, on conçoit pourquoi le traitement institué par M. Cullerier ne lui a pas réussi. Pratiquée, en effet, dans de semblables conditions, la cautérisation avec le fer rouge sur le col de l'utérus ne pouvait manquer de retentir douloureusement dans l'utérus et le tissu cellulaire péri-utérin enflammé; par suite, elle devait déterminer une recrudescence de tous les accidents. Aussi à partir de ce moment les douleurs du bas-ventre sont-elles devenues plus vives, et la jambe droite déjà affaiblie a-t-elle été instantanément frappée d'une paralysie incomplète, qui a persisté.

Ces données nous mirent sur la voie de soupçonner la cause de tous les accidents, et en présence surtout de la localisation des douleurs et de la paralysie dans la jambe droite depuis plusieurs années, nous éloignâmes de suite l'idée d'une affection de la moelle épinière pour rattacher la cause des accidents à une affection de l'utérus et du tissu cellulaire péri-utérin. L'étude des divers symptômes et l'examen de la malade vinrent confirmer nos prévisions.

En conséquence, nous dirigeâmes le traitement contre l'affection utérine, et, ainsi qu'on a pu le voir, ce traitement fut couronné du plus heureux succès.

Dans l'hypothèse d'une affection de la moelle épinière, la localisation de la paralysie se comprendrait difficilement, car on ne voit jamais les paralysies rester ainsi limitées, et les affections de la moelle épinière ne procèdent pas de cette sorte. Comment donc expliquer la paralysie de la jambe droite chez notre malade? Est-elle due à la compression exercée par l'engorgement péri-utérin sur le plexus sacré? Est-elle due à l'action réflexe? Dans ce cas, la question pourra rester indécise, bien que nous n'ayons pas trouvé dans le volume de la tumeur péri-utérine une cause de compression suffisante sur le plexus sacré. Mais dans plusieurs autres cas analogues, nous avons vu sous l'influence d'un engorgement du tissu cellulaire péri-utérin la paralysie envahir non-seulement le membre inférieur, mais encore le membre supérieur, en un mot une hémiplégie.

Dans ces cas, on ne peut pas invoquer la compression pour expliquer la paralysie, et on est obligé d'admettre qu'elle était due à l'action réflexe. Nous pensons qu'il en était de même chez cette malade. Cela du reste n'a qu'une importance très médiocre au point de vue pratique : la cause n'en est pas moins dans l'engorgement, et c'est là toute la conséquence pratique qu'il fallait déduire, afin de détruire la cause et l'effet, l'engorgement et la paralysie.

Nouvelle observation

DE DÉGÉNÉRESCENCE AMYLOIDE,

Par Rud. WIRCHOW.

La lésion en question a été rencontrée un grand nombre de fois par l'auteur; mais dans aucun cas elle n'avait pris autant d'extension que dans le cas suivant :

Une femme d'un certain âge, affectée de maladie de Bright avec hydropisie, mourut le 5 décembre 1856, et présenta à l'autopsie une augmentation considérable de volume et une dégénérescence amyloïde des deux reins, de la rate et du foie. Voici quel était le poids de ces organes : foie, 2,687 gram.; rate, 473 gram. 8 centigr.; rein droit, 230 gram; rein gauche, 190 gram. 3 centigr.

La rate était dégénérée presque dans sa totalité. A la vue et au toucher, elle semblait congelée. Dans les reins, c'étaient les petites artères et les glomérules de Malpighi qui avaient subi la transformation amyloïde. Les cellules hépatiques étaient exemptes d'altération; mais la lésion occupait les petits vaisseaux des acini du foie. En examinant l'intestin, on était frappé, au premier abord, par son aspect anémique, translucide, gris pâle, et par une faible tuméfaction qu'il présentait.

L'étude microchimique de cet organe montra que les vaisseaux des villosités étaient presque tous envahis, et que leur parenchyme lui-même était rempli par places par de la substance amyloïde. Dans les artères, l'infiltration de la paroi s'étendait profondément dans le tissu sous-muqueux, de sorte que la réaction chimique était très-évidente, même à l'œil nu. La muqueuse génitale, et surtout le parenchyme utérin, avaient subi la même altération, qui s'étendait aux trompes de Fallope et aux ovaires. L'état des muscles de l'utérus offrait des particularités très-remarquables : l'organe était augmenté de volume; il

avait une couleur pâle spéciale, gris-jaunâtre et translucide. Au microscope, il se trouva que toutes les fibres musculaires lisses, réunies en faisceaux très-abondants, étaient infiltrées de substance amyloïde, tandis que les vaisseaux, à parois peu épaissies, et le tissu conjonctif intermusculaire ne donnaient nullement lieu à la réaction caractéristique. « Il existe donc, continue M. Virchow, une forme de la prétendue hypertrophie de l'utérus qui n'est autre chose que la dégénérescence amyloïde de cet organe. »

En outre, on trouva une semblable altération dans le *cœur*, dont les parois étaient également épaissies, brunâtres et un peu translucides. Toute la masse charnue présentait la réaction amyloïde; mais la structure semblait peu altérée, attendu que l'intérieur seulement des faisceaux primitifs était plus homogène, plus brillant et plus cassant qu'à l'état normal. La fonction du cœur ne pouvait guère avoir été troublée notablement, car la rigidité cadavérique y était très-développée. Le péricarde et l'endocarde participaient eux-mêmes à la lésion, bien qu'à un moindre degré; il y avait même de petits dépôts dans les *nerfs;* mais les observations de l'auteur ne sont pas encore complètes à cet égard. Il a vu, en effet, de distance en distance, entre les fibres nerveuses, de petits dépôts arrondis, translucides, qui donnaient lieu à la réaction amyloïde. Quelques nerfs de l'utérus et du plexus sacré présentaient le même caractère.

Enfin, l'infiltration fut rencontrée également dans le poumon, et cela non point sous forme de granulations éparses, mais bien sous celle de dépôts cireux et homogènes dans les petits vaisseaux et dans le canevas aréolaire. Dans aucun point, cependant, la dégénérescence n'avait atteint un degré considérable.

Dans tous ces organes, les caractères chimiques étaient des plus manifestes, soit qu'on se servît de l'iode seul, soit qu'on eût recours à l'acide sulfurique et à l'iode. Ce dernier moyen, employé avec lenteur, donna lieu à une coloration bleue qui se maintint intacte pendant six semaines. (*Arch. f. path. Anat. u. Physiol.*, et *Gazette hebdomadaire.*)

DÉCOUVERTE DU TOMBEAU D'HIPPOCRATE.

Plusieurs journaux ont annoncé qu'on avait fait récemment la découverte du tombeau d'Hippocrate, près de Larisse, en Thessalie. L'*Abeille médicale d'Athènes* vient de publier à ce sujet la lettre suivante, dont nous empruntons la traduction à la *Gazette hebdomadaire :*

A M. GOUDAS, *rédacteur en chef de l'*Abeille médicale d'Athènes.

Monsieur et très-honoré confrère,

Presque tous les historiens de la médecine rapportent que le divin Hippocrate, père de notre art, originaire de Cos, voyagea beaucoup pour apprendre à guérir les maladies et pour étudier les moyens propres à chaque pays dans la médecine et dans l'hygiène; que vers la fin de son illustre carrière il vint mourir à Larisse, en Thessalie. Sprengel dit : « Suivant Soranus, Hippocrate mourut à Larisse, où, jusqu'à ces derniers temps, on montrait son tombeau entre cette ville et Gyrton. » Suidas, au mot HIPPOCRATE, dit : « Et il fut enterré à Larisse. » Foës, se conformant à ce qui nous a été conservé par Soranus sur la vie d'Hippocrate, dit : « Or, il fut enterré entre Gyrton et Larisse; et on y montre jusqu'à présent son tombeau. » Le lexicographe de l'archéologie, Pauly, dit : Hippocrate mourut et fut enterré à Larisse; et les Larisséens, deux siècles après le Christ, montraient le tombeau d'Hippocrate. »

Parmi les modernes, les célèbres Rhigas de Phères et Gazès soutiennent que le tombeau d'Hippocrate existe parmi les tombeaux des Ottomans situés en dehors de Larisse, au lieu appelé *quartier des Arnautes.* L'immortel Coray dit à peu près la même chose. De tout cela il ressort que le père de la médecine mourut à Larisse, et qu'il fut enterré le long du chemin qui passe entre cette ville et l'ancienne Gyrton; et qu'en outre, jusqu'à ces derniers temps, les habitants montraient le tombeau d'Hippocrate. Or, suivant les cartes géographiques de l'ancienne Grèce, la ville appelée aujourd'hui Tyrnabe est située exactement dans l'ancienne Gyrton, ou bien à côté et un peu au nord. Voilà pour ce point. Mais depuis que je me suis établi ici, j'ai appris ce qui suit d'un homme érudit, M. Thomas Andréadès, au sujet du tombeau d'Hippocrate.

En 1826, après une inondation, quelques paysans découvrirent, à dix minutes de la ville actuelle de Larisse, à l'est de la route qui conduit de Larisse à Tyrnabe, et près des villages de Giannouli et du Kiosque, une tombe ou sarcophage. En apprenant cette nouvelle, M. Thomas Andréadès et un autre savant larisséen, M. Jean OEconomidès, s'empressèrent de faire des recherches. En creusant un peu, ils découvrirent sur la tombe une tablette de pierre qui portait gravées très-lisiblement les lettres ΙΠΠΟΚΡΑΤ et quelques autres.

Ces messieurs n'osant pas, à cause des troubles de cette époque et de la cruelle persécution contre les chrétiens, entreprendre d'autres recherches, s'empressèrent de faire connaître cette circonstance à un Ottoman puissant de cet endroit qui protégeait les chrétiens, Nedjib-Bey. Celui-ci, persuadé que la chose en valait la peine (autant que peut l'être un Ottoman ignorant la valeur d'une pierre ou tombeau des hommes morts depuis des siècles), envoya sur les lieux des serviteurs, en leur ordonnant de transporter dans sa maison la tablette de pierre portant l'inscription et ce qu'on pourrait trouver dans le sarcophage. La tablette ayant été levée, raconte M. Thomas Andréadès, qui était présent, on trouva dans le sarcophage diverses anciennes pièces de monnaie et une chaînette d'or ayant la forme d'un serpent. Mais ces objets furent immédiatement pillés. Quant à la tablette de pierre, elle fut portée dans la maison du bey; mais celui-ci étant mort peu de temps après, la destinée de la tablette fut complétement ignorée, ainsi que la teneur de l'inscription.

Après avoir appris ces détails, je fouillai, avec la permission de l'épouse du bey, toute sa somptueuse maison, afin de trouver la précieuse tablette. Après beaucoup de recherches inutiles, je la découvris enfin, heureusement saine et sauve, et non renversée, dans la salle de bains de la maison. J'y lus exactement l'inscription suivante, que je copie simplement en lettres communes, ne pouvant ni imiter les caractères gravés, ni les modeler. Je conclus de leur forme qu'ils sont très-anciens. Ils présentent, comme vous le voyez, cinq lignes. Les lettres qui y sont tracées et que je figure ici sont faciles à lire. Pour les endroits marqués par des points, ils portaient indubitablement des caractères; mais ils ont été effacés par le frottement et par le temps, ou du moins leur lecture offre de grandes difficultés à moi, médecin comme vous savez, qui ne me suis jamais occupé de cette sorte d'études.

L'inscription est ainsi conçue :

. . . . ΙΠΠΟΚΡΑΤ . . . . ΚΩ . . . . ΑΓΑΛΟΦ . . .
. . . . ΣΩΜΑ . . . .
ΠΟΛΕΙ . . . . ΜΕ . . . . ΤΕΛΕΣΦ . . .
ΑΓΑΘΗ . . . . ΑΡΕ . . . . . . ΕΝΕΚΑ . . .
. . . . ΧΡΗΣΤΕ . . . . . . ΧΑΙΡΕ.

Après avoir copié cette inscription, je me suis empressé de rechercher le sarcophage à l'endroit indiqué. Je l'ai trouvé heureusement sain et sauf, et caché sous un peu de terre. J'ai pensé qu'il était de mon devoir de vous communiquer ces faits pour les publier. Je désire de toute mon âme que des hommes savants fassent le plus tôt possible les études scientifiques les plus exactes pour la manifestation de la vérité; mais je désire principalement la vérification et la démonstration incontestable de ces faits. Certes, je ne doute nullement que nous autres médecins grecs nous ne devions être les premiers à donner notre obole pour arracher au temps, qui détruit tout, ce précieux et inestimable trésor d'un de nos ancêtres, et pour le conserver avec honneur; mais je regarde comme indubitable que, pour atteindre ce but sacré et généreux, le concours empressé de tous les médecins du monde nous est assuré.

Je suis, etc. SAMARTSIDÈS.

Larisse, le 1er (12) mars 1857.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des sujets complétement étrangers aux sciences médicales.

— L'impulsion donnée par l'association des médecins du Rhône à la défense des intérêts professionnels n'aura pas été sans effet. De toutes parts les associations médicales s'occupent de cette grave question, et plusieurs ont déjà exprimé la ferme intention de suivre notre exemple.

Huit associations adoptant le principe de la répression judiciaire, ont déclaré vouloir poursuivre les auteurs de délits concernant l'exercice de la médecine; ce sont : les associations de la Seine-Inférieure, de Seine-et-Marne, de la Somme, de la Moselle, de Vassy (Haute-Marne), de la Sarthe, de l'Isère, d'Alais (Gard).

Les associations de Seine-et-Marne, de la Somme et de la Sarthe avaient déjà pris l'initiative des mesures de répression judiciaire avant qu'elles eussent été proposées par l'association du Rhône. Les résultats obtenus par les médecins de Seine-et-Marne sont de nature à nous encourager dans cette voie, tandis que les mêmes mesures appliquées par ceux de la Haute Garonne, n'ont donné lieu qu'à des condamnations insuffisantes, et ont dû pour cette cause être abandonnées.

Trois autres associations, tout en exprimant leur sympathie pour le projet de poursuites, ont déclaré ne pouvoir l'adopter : l'association de la Seine, parce que ses statuts lui paraissent s'y opposer; celle de Seine-et-Oise, parce que sa création est, dit-elle, trop récente, et enfin celle de la Haute-Garonne, pour les raisons que nous venons de faire connaître.

Enfin, quatre associations ont adressé, ou sont dans l'intention d'adresser une pétition renfermant des vœux conformes à ceux exprimés dans la pétition des médecins du Rhône; ce sont celles de la Sarthe, de la Haute-Garonne, de Seine-et-Marne et de Seine-et-Oise.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

— Le docteur Rapou père est mort le 2 septembre dans un âge avancé. M. Rapou, après avoir été chirurgien-major de l'Antiquaille, puis directeur d'un établissement de bains de vapeur, devint un des disciples les plus fervents d'Hahnemann et l'un des médecins homœopathes les plus consultés de Lyon. M. Rapou, ancien membre de la Société de médecine, au sein de laquelle il n'a pas reparu depuis longues années, était l'auteur d'un *Traité de la méthode fumigatoire* et de plusieurs brochures de polémique homœopathique.

— La médecine anglaise avait à peine rendu les derniers devoirs à la mémoire de Marshall-Hall, que la chirurgie était frappée à son tour dans la personne de sir Charles Clarke, qui a succombé à Brighton, à une cruelle maladie qui durait depuis près de deux ans.

— Le docteur Warlomont, rédacteur en chef des *Annales d'Oculistique*, vient d'être nommé chevalier des ordres de François Ier de Naples, et des SS. Maurice et Lazare de Sardaigne.

— Le gouvernement de la Vénézuela, prenant en considération l'exposé des services du docteur Carron du Villards, énumérés dans les adresses qui lui avaient été renvoyées par l'honorable chambre des députés de Caracas, et par le corps municipal (ayuntamiento) de cette ville, lui a décerné la décoration de Simon Bolivar. C'est la première fois que cette haute et honorable distinction est accordée à un étranger, et le pouvoir exécutif n'a pu le faire que sur une délibération unanime du conseil d'État et du conseil des ministres réunis.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Chatillon, né à Dreux (Eure-et-Loir); *De la puberté chez l'homme et de son influence sur les maladies.*

Aubrée, né à Cesson (Ille-et-Vilaine); *De l'érysipèle.*

Le Royer, né à Carrouges (Orne); *De la goutte.*

Bourdin, né à Vierzon (Cher); *De la scrofule.*

Rémond, né à Lagny (Seine-et-Marne); *Considérations sur la fracture par écrasement du calcanéum.*

Tondut, né à Royan (Charente-Inférieure); *Considérations hygiéniques sur l'allaitement et les soins des jeunes mères envers leurs nouveau-nés.*

Leroy, né à Gisors (Eure); *Des inspirations iodées et des préparations de l'iode dans la pneumophymie.*

Résipon, né au Puy (Haute-Loire); *De la dyspnée.*

Castellan, né à Aix (Bouches-du-Rhône); *Chauffage et ventilation des habitations privées; chauffage et ventilation des hôpitaux; Etude comparative des deux systèmes de chauffage et de ventilation établis à l'hôpital Lariboisière.*

Raynaud, né à Saint-Sernin de Mailhac (Tarn); *De l'angine maligne (croup).*

Desfossez, né à Nancy (Meurthe); *Considérations sur l'hygiène de la première enfance.*

Rouleau, né à la Tremblade (Charente-Inférieure), *Du rhumatisme articulaire aigu et de son traitement.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez AUG. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Etudes sur l'électricité appliquée au diagnostic et au traitement des paralysies; par M. le docteur R. PHILIPEAUX, lauréat de l'Institut de France, ancien interne des hôpitaux civils de Lyon. 1 vol. in-8° de 104 pages. Paris, 1857. Prix : 2 fr. 50. Chez J. B. Baillière et fils, libraires, rue Hautefeuille, 19.

Mémoire sur les moyens de triompher des hernies inguinales, crurales et ombilicales, et sur la nécessité de les prévenir; par M. le docteur Fulgence FIÉVÉE DE JEUMONT. Paris, chez J. Hamel, libraire, rue Racine, 10.

Cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal; par M. le docteur Al. MAGNE, chevalier de la Légion d'honneur. 2e édition. — A Paris, chez J. B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Notice sur les eaux minérales de Contrexeville (Vosges), par le docteur LEGRAND DU SAULLE. Paris, 1857, brochure in-8°; chez T. Vist, libraire, cour du Commerce, 12, faubourg Saint-Germain.

LE SOURD.

Paris — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 118. — JEUDI 8 OCTOBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 118. — JEUDI 8 OCTOBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HOTEL-DIEU (M. Trousseau). Des difficultés du diagnostic dans certains cas de pneumonie. — MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ (M. Demarquay). Observation de kyste du foie. — Cyanose congénitale avec rétrécissement de l'artère pulmonaire chez un jeune homme de 24 ans. — Observation de vertige goutteux. — De l'alcoolature d'aconit et de la solution de sulfate de quinine dans l'infection purulente. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 16 octobre. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 7 OCTOBRE 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

Un rapport de M. H. Gaultier de Claubry, sur une nouvelle combinaison d'iode et de tannin (le sirop et la solution iodo-tannique), proposée il y a quelques années pour l'usage médical et dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs, a été assez mal accueilli par l'Académie, ainsi qu'on en pourra juger par la discussion sommairement résumée dans le compte rendu. Chimistes et praticiens se sont coalisés contre le nouvel agent : ceux-ci ne trouvant dans la nouvelle combinaison qu'un composé chimique mal défini, ceux-là ne lui reconnaissant aucune propriété thérapeutique utile. Les conclusions du rapport ont été renvoyées à la commission pour être modifiées, conformément à l'opinion exprimée par les membres qui ont pris part à la discussion.

Avant et après le rapport, l'Académie a entendu deux lectures qui ont fixé son attention. La première, de M. Brown-Séquard sur les fonctions des faisceaux postérieurs de la moelle, a pour objet de démontrer que les dissidences qui existent entre l'auteur et son contradicteur, M. Chauveau, sur ce point de physiologie expérimentale, ne sont pas en réalité aussi radicales qu'elles ont pu le paraître au premier abord. Nous reproduisons presque textuellement le travail de M. Brown-Séquard. Nos lecteurs apprécieront.

La seconde lecture, de M. Heurteloup, relative à la lithotripsie, est un document historique et critique sur l'origine, les développements et les progrès de cette branche de la chirurgie, qui pourra bien, si nous en jugeons par le seul préambule, ne pas satisfaire à un égal degré tous les prétendants. Mais c'est ce dont l'auteur paraît assez peu soucieux ; et nous serons volontiers de son avis, pourvu que la vérité et l'art y trouvent leur compte.

Le temps ayant manqué à M. Heurteloup pour achever la lecture de ce volumineux mémoire, il a été invité à la continuer dans la prochaine séance. Nous publierons alors quelques extraits de son travail, dont nous ne pourrions donner aujourd'hui qu'une appréciation très insuffisante.

L'Académie de médecine a été invitée, comme l'Académie des sciences, à se faire représenter le 11 à la cérémonie d'inauguration de la statue d'Etienne Geoffroy Saint-Hilaire. MM. Michel Lévy, président, et Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel, y assisteront au nom de ce corps savant.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Des difficultés du diagnostic dans certains cas de pneumonie.

A peine est-on initié aux premiers mystères de notre art, que l'on prétend reconnaître une pneumonie de la façon la plus simple. C'est là l'opinion générale qui règne relativement au diagnostic de l'inflammation du parenchyme pulmonaire. Un frisson violent au début, puis un point de côté. Le premier, le second, le troisième jour, des crachats sanglants, prenant d'abord la coloration marmelade d'abricots, puis celle du jus de pruneaux, de la rouille, etc. ; du râle crépitant, du souffle mêlé de râle crépitant, du souffle tout seul, de la bronchophonie, une fièvre intense enfin, tels sont les symptômes de la maladie ; et bien mal avisé est celui qui passe à côté de ces divers phénomènes morbides sans les saluer d'un air de connaissance.

Tout cela est bel et bon dans un livre; mais il n'en est pas tout à fait de même au lit du malade. Ecoutez plutôt ces exemples cliniques dont mon propre service vient d'être le théâtre.

Un homme de cinquante ans est entré dans la salle Sainte-Agnès au cinquième jour d'une pneumonie. J'arrive à son lit; je lui trouve une teinte sub-ictérique, une difficulté très-médiocre de respirer, et je dis: voilà un malade qui ressemble à un péripneumonique. Pourquoi? Je ne vous le dirai pas; mais enfin, une figure de péripneumonique ne ressemble qu'à une figure de péripneumonique; et quand on en a vu défiler seulement une centaine sous ses yeux, on trouve que ces gens-là ont un cachet particulier. J'interroge cet homme au point de vue de ma péripneumonie.

Avez-vous eu du frisson? — Non.

Avez-vous un point de côté? — Non.

Comment avez-vous pris la fièvre? — J'ai eu d'abord un peu chaud; la chaleur a augmenté et j'ai eu la fièvre.

Eprouvez-vous de la douleur quelque part? — Quand je respire bien fort, j'ai quelque chose qui ne va pas aussi bien du côté gauche que du côté droit, mais je n'ai pas de douleur.

Toussez-vous? — Deux ou trois fois par jour.

Crachez-vous? — Non.

Mais que crachez-vous quand vous toussez? — Je ne crache pas. Rien, en effet, dans le crachoir. On retourne cet homme dans tous les sens, pas de point de côté.

Ainsi donc, pas de frisson initial. Or, ce signe manque rarement dans la pneumonie, et il suffit à lui seul pour mettre, dans le plus grand nombre des cas, sur la voie d'une péripneumonie. — Le point de côté, la toux, l'expectoration font défaut. Nous auscultons et nous n'entendons rien, excepté une respiration un peu plus faible au sommet du côté gauche. Nous recommençons l'exploration stéthoscopique; et enfin, du côté de l'épaule, à la partie la plus externe de la clavicule, dans un point circonscrit qui n'était pas de la largeur d'une pièce de 1 franc, nous percevons un peu de souffle et quelque peu de râle crépitant. Sous l'aisselle, rien; dans la fosse sus-épineuse, rien; dans le reste de la poitrine, rien.

Voilà donc une pneumonie découverte; mais vous conviendrez qu'il fallait y mettre de l'opiniâtreté. Mon entêtement avait sa raison d'être; car le soir même, le souffle occupait toute la partie sous-claviculaire; le lendemain, tout le lobe supérieur; le surlendemain, tout le lobe inférieur; et le quatrième jour, le malade mourait. Ses poumons sont sous vos yeux, et ils accusent une pneumonie au troisième degré!

Cette observation vous montre, d'une part, que le diagnostic de la pneumonie n'est pas toujours facile, et de l'autre, qu'il existe réellement des pneumonies dont l'essence est maligne et suppurante. En effet, telle pneumonie ne suit pas le moins du monde l'allure normale, et entre d'emblée dans la période de suppuration. Le cas dont je viens de parler en est la preuve. — Je n'ai pas besoin d'ajouter que cet homme a eu du délire dans les deux derniers jours de sa vie, comme on en a habituellement lorsque la mort doit clore la scène inflammatoire du parenchyme pulmonaire.

J'étais récemment mandé en consultation par un de mes confrères, pour une jeune dame nouvellement mariée, et venue de l'étranger à Paris pour y trouver quelques plaisirs. Elle était tombée malade avec un gros frisson, n'avait rien éprouvé le lendemain, et avait été reprise par le frisson le surlendemain.

Comme cette dame arrivait d'un pays où la fièvre intermittente sévit endémiquement, on pensa avec raison qu'elle était affectée de pyrexie palustre à type tierce. Le sulfate de quinine une fois administré, le frisson disparaît, mais il reste un petit mouvement de fièvre. J'arrive sur ces entrefaites; on me parle d'une douleur vague dans le côté gauche de la poitrine; j'ausculte avec le plus grand soin, mais ne trouve absolument rien. Le mari, la jeune femme et toutes les personnes qui l'entourent nous affirment qu'il n'y a ni toux ni expectoration. En présence de la fièvre et d'une teinte sub-ictérique très-prononcée, nous en étions réduits à craindre un affection typhique, lorsqu'au huitième jour de sa maladie, cette dame commença à tousser, et on put alors entendre un peu de souffle à la base du poumon gauche. Le soir, le souffle avait augmenté, et trente-six heures après, il remontait à toute la hauteur du lobe inférieur du même poumon, et la pneumonie se décélait de la façon la plus évidente. Point d'expectoration d'ailleurs, et à peine cinq ou six secousses de toux dans le courant de la journée et de la nuit.

Ces faits-là vous arriveront plusieurs fois dans votre vie, et alors même que vous serez dûment avertis.

Vous vous rappelez qu'il y a dix jours je priai M. le professeur Grisolle de venir m'éclairer de ses lumières, pour discuter avec moi le diagnostic d'une pneumonie ou d'une pleurésie.

Il s'agissait d'un homme de cinquante-trois ans, couché au n° 7 de la salle Sainte-Agnès, et entré à l'hôpital avec une matité qui occupait toute la poitrine du haut en bas, du côté gauche. Ce malade avait un retentissement de la voix ressemblant à de la bronchophonie, mais pouvant — il faut en convenir — simuler l'égophonie dans quelques points. Pendant les quelques jours qu'il resta ici, pas d'expectoration péripneumonique; quelques crachats légèrement verdâtres, sans viscosité. Le frisson initial avait manqué, mais il s'était manifesté du délire durant la première nuit que cet homme avait passée à l'Hôtel-Dieu. Pas de point de côté.

En auscultant cet homme avec un grand soin, nous trouvions bien ce souffle de haut en bas; et en ayant égard au délire et à la gravité des symptômes, nous opinions pour une pneumonie; mais le point de côté et le frisson ayant fait défaut, l'indécision commençait à nous gagner de nouveau.

En percutant, nous trouvions, je l'ai déjà dit, une matité absolue du haut en bas : c'était plus pleurétique que péripneumonique. Nous aidant d'un autre signe, à savoir, du défaut de dilatation de la poitrine — ce qui n'aurait pas manqué d'avoir lieu dans un cas de pleurésie nettement accusée —, et remarquant, en outre, l'existence du bruit respiratoire dans toute la partie antérieure, et même dans la partie latérale de la poitrine — phénomène qui ne se serait probablement pas produit dans une pleurésie, parce que, à moins d'adhérences pulmonaires préexistantes, le liquide se serait mis de niveau —, nous diagnostiquions une pneumonie.

M. le professeur Grisolle pensa, comme moi, qu'il était plus probable que le malade eût une pneumonie qu'une pleurésie, mais il ne l'affirma pas d'une manière positive. L'individu succomba : il avait une vomique commençant à la partie postérieure d'un des lobes du poumon, et une pneumonie au troisième degré, du haut en bas de la poitrine, et point du tout de pleurésie.

Je passe à un autre exemple de difficulté diagnostique.

Une femme de soixante ans entrait au n° 7 de la salle Saint-Bernard. Elle nous racontait que toute sa vie elle avait été fort bien portante, excepté depuis un an, époque à laquelle elle avait commencé à tousser. La toux avait persisté, et la malade nous présentait en définitive les symptômes parfaitement complets de la phthisie pulmonaire.

Nous trouvâmes dans toute la région du lobe supérieur du poumon gauche — et c'est là le point sur lequel je tiens principalement à fixer votre attention — une respiration amphorique avec gargouillements et tintements métalliques excessivement prononcés. Cette femme ne pouvait ni respirer, ni parler, ni tousser, sans que nous entendissions ces tintements métalliques, que nous retrouvions également au côté droit, où nous découvrîmes encore des gargouillements et une immense caverne.

Lorsque nous percutâmes le sommet de la poitrine du côté gauche, et nous le faisions encore il y a quatre jours, nous eûmes un son relativement clair. Or vous savez que le signe diagnostique établi entre la caverne pulmonaire considérable du sommet ou d'un point quelconque du poumon et l'hydro-pneumo-thorax — quand on entend dans les deux cas le tintement métallique —, c'est, disait-on, la matité lorsqu'il existe une caverne tuberculeuse; ou le retentissement et l'exagération du son, lorsqu'on a affaire à une caverne constituée par l'hydro-pneumo-thorax, c'est-à-dire par la plèvre dans laquelle il y a de l'air et de l'eau. Ce signe d'une résonnance exagérée, nous l'obtenions là où le tintement métallique se faisait entendre, et c'était au sommet; de l'autre côté, nous avions un effroyable gargouillement. Pouvions-nous donc ne pas croire à une phthisie, et ne devions-nous pas penser plutôt à une caverne pulmonaire qu'à une caverne à la fois pulmonaire et pleurale?

Et cependant nous reconnûmes chez cette femme un signe considéré jusqu'ici comme n'appartenant qu'à l'hydro-pneumo-thorax. Voici en quoi il consiste : Si, en appliquant l'oreille sur la paroi postérieure de la poitrine d'un individu affecté d'un pneumo-thorax, on fait percuter la paroi antérieure, soit à l'aide du plessimètre et du marteau dont vous me voyez habituellement faire usage, soit plus simplement, à l'aide de deux pièces de monnaie servant de plessimètre et de marteau, ou bien encore avec une pièce de monnaie et le doigt, on entend un bruit métallique des plus aigus, des plus vibrants, et souvent d'une telle intensité, que l'oreille en est pour ainsi dire blessée. C'est un bruit analogue à celui que l'on perçoit lorsque, appliquant l'oreille sur le fond d'une barrique vide et ouverte par la bonde, on fait percuter par l'autre fond; ou pour rendre plus exactement l'expression de ce phénomène, c'est un bruit tout à fait semblable à celui qui se produit lorsque l'on frappe un coup sec sur un vase d'airain. Ce bruit d'airain est un signe pathognomonique de la présence de l'air dans la cavité pleurale (1), et je crois avoir été le premier à l'indiquer. En le

(1) Voir le numéro du 4 avril dernier.

trouvant chez la malade du n° 7 de la salle Saint-Bernard, je restai un peu indécis, et j'avoue que dans les derniers temps j'imaginai qu'il y avait eu une communication, une perforation de la partie supérieure du poumon, et qu'il s'était fait là un hydro-pneumo-thorax enkysté.

Nous en étions arrivé à cet état perplexe d'indécision, quand tout à coup, il y a trois jours, cette femme, qui était dans un état grave, et vous devez le comprendre, est devenue beaucoup plus malade et a succombé dans l'espace de vingt-six ou vingt-huit heures.

Nous n'avons pas ausculté la moribonde, et nous avons mal fait; car, par un hasard étrange, il s'est produit depuis trois jours une perforation pulmonaire du côté droit. L'autopsie nous a démontré, du côté gauche, une caverne de la grosseur de la tête d'un fœtus; on aurait pu aisément y introduire le poing. Il n'y avait, en définitive, que la plèvre épaissie qui tapissât cette immense caverne; nous nous trouvions par conséquent dans des conditions identiques à celles d'un hydro-pneumo-thorax, je parle des conditions physiques. Il n'existait pas là de lame du poumon qui pût entraîner un empêchement à la propagation du son métallique obtenu par la percussion avec le marteau; cet empêchement se trouvait au contraire de l'autre côté.

Ce fait, très-rare dans la pratique, vous démontre que dans les excavations tuberculeuses, quand elles sont énormes, qu'elles ont détruit la totalité du parenchyme et qu'elles n'ont laissé que la coque pleurale, que ces excavations, dis-je, peuvent parfaitement simuler un hydro-pneumo-thorax et en avoir tous les signes. Cependant il en manquait un ici.

En pratiquant la succussion hippocratique, nous n'avons jamais obtenu de gargouillement. Il est vrai de dire que lorsqu'une cavité d'hydro-thorax est peu considérable, le gargouillement peut manquer, et que, dans certaines perforations pulmonaires, lorsqu'il existe manifestement de l'air et du liquide, on peut très-fortement agiter le malade sans que le signe hippocratique vienne à se produire; mais c'est là l'exception.

Je vous engage vivement à vous rappeler le fait qui précède, car il ne se présentera pas communément à votre observation.

Je me hâte de revenir à mon point de départ, à savoir que dans certains cas de pneumonie, le frisson, le point de côté, l'expectoration pourront complétement manquer : d'abord, chez les vieillards, où c'est à peu près la règle, et ensuite chez les adultes, *mais dans la pneumonie du sommet*, et c'est ce qui explique pourquoi cette dernière variété donne lieu à tant d'erreurs. Dans beaucoup de circonstances, on n'est conduit chez les vieillards au diagnostic de la pneumonie que par le grand frisson initial, et ensuite par la perception du souffle en un point où l'on découvre de la bronchophonie, car le point de côté, la toux et l'expectoration font défaut, et la fièvre n'est même pas très-intense.

Les choses se passent encore de même à l'âge opposé de la vie. Un enfant de quatre à huit ans tombe malade : il a de la fièvre, des vomissements, de la diarrhée, ne respire pas avec une difficulté bien marquée, tousse très peu et n'expectore point, — les enfants ne sachant pas expectorer la plupart du temps. — Eh bien, en présence de ce tableau, savez-vous ce qui va vous préoccuper? Les accidents du côté du tube digestif. La percussion et l'auscultation seules vous sauveront de ce mauvais pas.

Dans un grand nombre de cas, vous pourrez confondre des pneumonies avec des pleurésies, et vous venez d'en avoir un frappant exemple au n° 22 de la salle Saint-Bernard. Une femme arrive avec une pneumonie du lobe supérieur et inférieur du poumon droit, pneumonie parfaitement caractérisée par un grand frisson au début, des crachats rouillés, couleur marmelade d'abricots d'abord, puis couleur de gomme légèrement jaunâtre, fièvre intense, point de côté, toux violente, etc. Nous entendons un souffle bronchophonique au sommet, et de l'égophonie à la partie inférieure. Nous disons alors : il y a une pneumonie du lobe supérieur, et une pleurésie de la partie inférieure. En continuant d'ausculter, nous remarquons toujours l'égophonie, lorsqu'un beau jour nous entendons un râle crépitant de retour parfaitement large, non pas le râle crépitant de la pleurésie, qui se guérit, mais le râle crépitant de la plus forte des pneumonies. Cette femme avait eu une pneumonie, peut-être aussi une légère pleurésie; mais la bronchophonie de la pneumonie avait été complétement masquée par l'égophonie de la pleurésie.

De même, vous rencontrerez souvent du souffle et la bronchophonie la mieux caractérisée dans des pleurésies ne s'accompagnant d'aucune lésion pulmonaire; dans des pleurésies où il n'existe que la pleurésie, où le poumon est collé aux côtes, mais où les grosses bronches ne sont pas complétement écrasées. Dans ce cas, vous aurez du souffle et même de la vibration thoracique; car lorsqu'on a de la bronchophonie dans la pleurésie, on a également de la vibration thoracique, bien que le poumon reste intact.

Qu'est-ce que tout cela prouve? Que l'égophonie et la bronchophonie ne sont pas encore des signes absolus; et que si, dans un grand nombre de circonstances, vous ne vous en tenez qu'à eux, vous pourrez émailler votre pratique des plus grossières erreurs. Tenez-vous donc pour avertis, et que Dieu vous garde.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. MONOD.

(M. DEMARQUAY, suppléant.)

Observation de kyste du foie.

(Recueillie par M. CRÉQUY.)

Le 9 juillet 1857 est entrée à la Maison de santé la nommée Geoffroy, âgée de vingt-huit ans, couturière. Cette femme, jouissant habituellement d'une bonne santé, ressentit, il y a deux ans, une douleur sourde dans le côté droit, douleur qui a été toujours en augmentant depuis. Il y a un an environ, elle s'aperçut de l'existence d'une tumeur du volume d'un œuf à la limite de l'épigastre et de l'hypochondre droit.

Cette affection faisant des progrès, la femme Geoffroy vint réclamer les soins des chirurgiens de la Maison de santé.

Etat actuel. — Au niveau de l'épigastre, immédiatement au-dessous du rebord des fausses côtes droites, existe une tumeur large, arrondie, s'élevant au-dessus des parties adjacentes d'un centimètre ou deux, se confondant insensiblement par sa périphérie avec les parties environnantes. En haut elle est limitée par les fausses côtes, qu'elle tend à soulever un peu; en bas, elle s'étend jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du niveau de l'ombilic; en dedans, elle se termine au niveau de la ligne médiane; en dehors, elle se perd sous les fausses côtes.

Mesurée de haut en bas (dans ce qu'elle a d'apparent à l'extérieur), elle a 9 centimètres; dans le sens transversal, 10.

Sa consistance est solide, rénitente sur toute son étendue. Pas de fluctuation manifeste. Il y a de la matité au niveau de la tumeur; en haut et à droite, cette matité se confond avec celle du foie. En bas, immédiatement au-dessous de la tumeur, on obtient un son clair fourni par les intestins.

Abstraction faite de cette tumeur, qui occupe une étendue assez restreinte, le côté droit est uniformément dilaté; mesuré immédiatement au-dessus de la tumeur, il a 39 centimètres. Le gauche, mesuré dans un point correspondant, n'en a que 34 1/2.

Le foie, avons-nous dit, se confond avec la tumeur au niveau de l'épigastre; en dehors de celle-ci, il ne dépasse pas les fausses côtes.

L'état général n'a pas subi d'altération très-sensible. Cependant le teint est légèrement jaunâtre; les sclérotiques offrent la même coloration. Toutes les fonctions s'accomplissent régulièrement; l'appétit est conservé; les garde-robes sont naturelles. Cependant il y a un peu d'amaigrissement.

Le 12 juillet, M. Demarquay fait une ponction avec le trocart, il en retire un litre et demi d'un liquide transparent, limpide, salé.

On injecte de la teinture d'iode, que l'on fait ressortir deux minutes après son introduction. Le côté droit, mesuré après la ponction, a diminué de 3 centimètres et demi. — Chiendent, 2 pots; 4 bouillons. Pas de fièvre le soir.

Le 13, l'état général de la malade est très-bon; elle n'a pas de fièvre. — Chiendent; 4 bouillons; sirop diacode.

Le 14, le son mat du foie, qui, partant du rebord des fausses côtes, remontait jusqu'à 5 ou 6 centimèt. du mamelon, est remplacé par un son hydro-aérique, qui en hauteur occupe tout l'espace occupé précédemment par le son mat du foie. En dehors, ce son, dont le timbre diffère notablement de celui fourni par le poumon et les intestins, est limité par une ligne courbe à convexité externe, qui, partant d'un point placé à 5 centimètres au-dessous du mamelon, se termine en bas au rebord des fausses côtes.

En dedans, cette sonorité s'étend à 3 ou 4 centimètres de la ligne médiane.

Le 16 et les jours suivants, on peut constater une diminution graduelle de l'espace occupé par le son clair.

Le 25, toute l'étendue occupée par le son clair a disparu.

La matité s'étend depuis 6 centimètres au-dessous du mamelon jusqu'à 3 centimètres au-dessus du rebord des fausses côtes. Au niveau de l'épigastre, la matité s'étend jusque 10 centimètres au-dessous de l'appendice xiphoïde. A gauche, le foie a sa limite normale.

A part un peu de fièvre qui survint le surlendemain de l'opération, l'état général de la malade fut toujours satisfaisant depuis son entrée.

Aujourd'hui elle prend deux degrés d'aliments, peut se lever et se promener. — Elle sort avec toutes les apparences de la guérison.

Cette affection a présenté des difficultés assez sérieuses dans son diagnostic; aussi deux observateurs également distingués émirent-ils des idées différentes sur sa nature.

Une tumeur rénitente, non fluctuante, d'une consistance assez ferme, siégeant au niveau de l'épigastre et un peu à droite de la ligne médiane, mal limitée sur sa circonférence, paraissant (d'après les signes fournis par la percussion) se confondre en haut et à droite avec le foie, pouvait s'être développée ou dans la cavité abdominale ou dans l'épaisseur de ses parois.

Mais la rareté d'une tumeur développée dans cette région, surtout à l'âge de la malade, et une sensation difficile à exprimer (devant plutôt faire croire au soulèvement des parois abdominales qu'à leur épaississement) éloignaient tout de suite la deuxième hypothèse.

Siégeant dans l'intérieur de l'abdomen, la tumeur pouvait appartenir à plusieurs organes.

L'âge de la malade, et surtout l'absence des troubles de la digestion, excluaient toute altération de l'estomac malgré le siége de la tumeur.

Restaient deux hypothèses : ou elle s'était développée dans le foie, ou elle était produite par une collection purulente, qui, reconnaissant pour cause une carie vertébrale ou costale, serait venue faire saillie au niveau de l'épigastre, après s'être enkystée. La constitution, l'âge de la malade, la consistance de la tumeur et la fréquence relative de ce genre d'affection, l'absence d'ictère bien prononcée et de trouble de la digestion, donnaient quelque valeur à cette supposition (qui fut celle de M. Vigla). Mais la fixité de la tumeur dans un même point depuis son origine, sa rénitence particulière, l'absence de toute lésion osseuse appréciable, et surtout le développement du côté droit relativement au côté gauche, firent penser à M. Demarquay que l'affection siégeait dans le foie.

L'âge de la malade excluant toute espèce de tumeur solide de cet organe, la seule supposition admissible était celle d'un kyste. Le caractère rénitent de la tumeur venait encore corrohorer cette opinion.

La ponction faite avec le trocart vint confirmer ce diagnostic, et en même temps servir à pratiquer un mode de traitement qui, d'après ce qui s'est passé, doit faire espérer la guérison de la malade.

Quant à la nature du kyste, le microscope seul aurait pu nous éclairer sur cette question; malheureusement, cet examen n'a pas été fait.

Toutefois la présence d'une aussi grande quantité de liquide extraite à l'aide d'une seule ponction, s'accorde mieux avec l'hypothèse d'un kyste uniloculaire, et partant non hydatique, qu'avec toute autre supposition.

M. Demarquay a revu la malade un mois après l'opération; la tumeur n'avait pas reparu, l'état général était très-bon, tout semblait indiquer un succès complet.

CYANOSE CONGÉNITALE

avec rétrécissement de l'artère pulmonaire chez un jeune homme de vingt-quatre ans;

Par M. le docteur MÉRENTIÉ.

Le nommé B..., ouvrier d'administration venant d'Orient, entre le 19 novembre 1856 à l'hôpital militaire de Marseille (salle 22, service de M. le docteur Cabrol). Ce malade est d'un tempérament lymphatico-sanguin; il est âgé de vingt-quatre ans, et il est revenu en France avec un certificat d'un médecin de l'armée de Crimée pour se faire exempter du service militaire.

Voici quels sont les renseignements que nous donne le malade : dans son enfance, nous dit-il, il éprouvait assez fréquemment des accès de suffocation accompagnés de battements de cœur avec sueurs froides, suivis quelquefois de syncopes. Ces accès survenaient à la suite d'une fatigue (course un peu longue) ou bien d'une émotion morale (la colère, principalement); en même temps une couleur bleuâtre se faisait remarquer aux lèvres et aux yeux. D'après les renseignements que le malade tient de sa mère, cette couleur violacée ne se serait montrée que vers l'âge de six ans; mais déjà depuis deux ou trois ans le malade éprouvait de la dyspnée et des accès de suffocation. Après ces paroxysmes, il restait de la toux, un peu de sensibilité au froid et de la céphalalgie. Au moyen de soins hygiéniques et de quelques médicaments, ces accès diminuèrent de fréquence et d'intensité. A l'âge de dix-neuf ans, B... fut pris pour le service, et pendant la guerre d'Orient il fut envoyé en Crimée. Là, obligé de se livrer à des travaux pénibles, usant d'une nourriture peu appropriée à sa maladie, les accès de suffocation reparurent plus intenses qu'auparavant. Il fut envoyé à diverses reprises dans les hôpitaux, et finalement on l'embarqua pour la France.

Voici quel est l'état du malade au moment où il est soumis à notre examen (20 novembre).

La face offre une coloration violacée, cette coloration est surtout prononcée aux paupières, aux lèvres et à la muqueuse buccale, aux lobules de l'oreille et à la langue. Les mains et les pieds présentent aussi une teinte bleuâtre. Le malade accuse un peu de sensibilité au froid, principalement aux lobules du nez, de l'oreille et aux extrémités des membres supérieurs et inférieurs; en plaçant la main sur ces parties, on constate aussi un abaissement de température.

La région précordiale présente un peu de voussure; la pointe du cœur bat sous la partie inférieure du sternum; la matité est plus prononcée à droite qu'à gauche; la percussion cependant ne peut être pratiquée d'une manière complète, car le malade éprouve des accès de suffocation quand on veut employer ce moyen d'exploration. Le premier bruit du cœur est en partie masqué par un bruit de souffle se faisant entendre à la base de cet organe. Au premier abord, nous éprouvâmes quelque difficulté pour reconnaître dans quel sens se dirigeait le bruit de souffle; c'est alors que nous eûmes l'idée, avec M. le docteur Cabrol, de faire lever le malade et de le faire marcher un peu vite. L'impulsion du cœur devint alors beaucoup plus énergique; en appliquant la main sur la région précordiale, nous perçûmes le frémissement cataire, et le stéthoscope placé à la base du cœur nous fit entendre distinctement un *bruit de souffle rude* occupant le premier temps, et qui se dirigeait de droite à gauche, c'est-à-dire suivant le trajet de l'artère pulmonaire.

Respiration un peu faible à gauche, exagérée à droite; l'auscultation fait entendre des bulles de râles sous-crépitants à la base des deux poumons.

Le malade tousse; il a de la céphalalgie; anorexie, pas de diarrhée, pouls petit et intermittent, sentiment de faiblesse générale.

Lorsque B... mange des aliments de digestion difficile, des aliments farineux surtout, ou bien s'il baisse trop fortement la tête vers la terre, les accès de suffocation surviennent.

Comme ce malade était trop affaibli pour pouvoir employer les émissions sanguines, M. le docteur Cabrol prescrivit pendant les premiers jours le repos au lit, une alimentation tonique sans être excitante, des manuluves et des pédiluves sinapisés matin et soir, quelques anodins pour calmer la toux, et des frictions aromatiques sur toute la surface du corps.

Au bout de quelque temps, les accès devinrent moins fréquents, la toux et la coloration bleuâtre diminuèrent un peu, et l'on put permettre au malade de faire quelques promenades dans le jardin. Plus tard le malade quitta l'hôpital ayant obtenu un peu d'amélioration dans son état.

Les symptômes que présentait ce malade nous ont porté à diagnostiquer une cyanose cardiaque; selon toutes les probabilités, ce vice de conformation était ici congénital, bien que la couleur bleue ne se soit montrée qu'à l'âge de six ans; on sait, en effet, que la coloration livide ne survient souvent qu'à une époque plus ou moins avancée de l'existence, quoique la communication anormale soit congénitale; ici la couleur bleue n'est survenue que vers l'âge de six ans; mais depuis deux ou trois ans, il y avait de la dyspnée et des accès de suffocation; or on sait que M. Louis a résumé ainsi le diagnostic de cette affection : « Le seul symptôme qui puisse annoncer d'une manière sûre la communication dont il s'agit est une suffocation plus ou moins considérable qui revient par accès souvent périodiques et toujours très-fréquents, accompagnés ou suivis de lipothymie, avec ou sans coloration bleue de tout le corps et provoquée par les moindres causes. » Ce bruit de souffle rude occupant le premier temps du cœur et se dirigeant de droite à gauche nous a paru indiquer un rétrécissement de l'artère pulmonaire.

La matité à la région précordiale plus prononcée à droite qu'à gauche, la petitesse du pouls, les battements du cœur se faisant entendre sous le sternum, sont des symptômes que nous avons rapportés à l'hypertrophie du ventricule droit.

Au dire de Valleix, cette communication anormale des cavités du cœur ne serait pas très-fréquente, puisque M. Louis, sur 400 sujets ouverts dans l'espace de quatre ans et demi, ne l'a vue que deux fois; cependant on en trouve plusieurs exemples dans les auteurs. Sans admettre le fait curieux rapporté par Langoni, qui, d'après Requin, n'a pas toute l'authenticité désirable, on ne peut se refuser à croire à celui que nous a cité Richerand. Dans son *Traité de physiologie*, au chapitre de la *Circulation*, se trouve la relation symptomatologique et anatomique d'un cas de perforation congéniale de la cloison inter-ventriculaire avec persistance du canal artériel, chez un homme qui, malgré cela, était parvenu à l'âge de quarante et un ans; Delondre, Lallemand, Miquel, Flechner (de Vienne) et d'autres auteurs ont rapporté des faits analogues.

Dernièrement M. le docteur Dupau a publié dans la *Gazette hebdomadaire* (16 janvier 1857) une observation intéressante de cyanose congénitale chez un enfant de huit ans. Les symptômes étaient fort graves; cependant le petit malade, disait ce médecin, a atteint sa huitième année, et tout porte à croire que des soins bien entendus prolongeront son existence.

Ces faits tendraient à confirmer l'assertion de M. Louis, qui pense que le prolongement de l'existence n'est proportionné ni à celui des symptômes ni à l'altération présumée du sang. On peut néanmoins dire d'une manière générale, a écrit Valleix, que cette affection a une marche très-chronique, car on a vu arriver jusqu'à la vieillesse des sujets qui évidemment depuis longtemps avaient une communication anormale des cavités du cœur.

Le professeur Requin, dans son *Traité de pathologie médicale*, après avoir parlé des observations de M. Thore et de M. Valette, et dans lesquelles il s'agit d'enfants ayant vécu des mois et des années avec un si énorme vice de conformation, termine son article par cette réflexion judicieuse : « Or, en vérité, nous ne voyons plus trop bien pourquoi — une fois la vie démontrée possible pour quatre mois, même pour six ans, malgré une telle anomalie — cette possibilité semblerait inadmissible pour trente ans ou même davantage. »

OBSERVATION DE VERTIGE GOUTTEUX.

Par M. Blondeau.

M. A. P..., chef d'une exploitation industrielle très-importante (une tannerie), est un homme d'une quarantaine d'années, grand, vigoureusement constitué, à peau brune, à cheveux et barbe noirs. Son père est mort subitement, il y a une dizaine d'années, n'ayant eu d'autre maladie que des douleurs rhumatismales assez vagues. Ses deux frères sont également sujets à des douleurs, d'ailleurs peu intenses et passagères.

M. P... a la goutte depuis 1850. Les crises, mal définies, se portent sur les articulations sans jamais s'y fixer bien franchement. En 1852, accès plus fréquents, plus prononcés, et, en même temps, changement dans le caractère, qui, de facile et de gai, devient impatient et maussade. En 1854, au mois d'octobre, surviennent les accidents suivants:

Le vendredi 13, la santé paraissant parfaite, M. P... part pour la chasse. Pendant cette chasse, suivant le rapport de son compagnon, il semblait sous l'impression d'une certaine surexcitation, marchant avec une ardeur incroyable, sans s'inquiéter des guérets, des fossés, des obstacles qu'il rencontrait. A son retour chez lui, il fit une chute dont il ne parut pas s'alarmer, et rentra déjeuner, ce qu'il fit avec appétit. Puis il sortit dans sa fabrique, et fit une seconde chute en passant sur le bord étroit et glissant d'un entre-deux fosses à cuir : il ne dit rien à personne, retourna dans son cabinet, revint à sa fabrique, et en passant au bord de la rivière qui la traverse, il tomba à l'eau; sans paraître ému, il traversa à pied la rivière très-peu profonde, et rejoignit un escalier situé à l'autre bord; aperçu par ses employés, il fut reconduit chez lui, déshabillé, mis au lit et réchauffé. M. P... raconta depuis que, dans cette course rapide du matin, il se sentait poussé malgré lui par une force à laquelle il ne pouvait résister et qui, en sollicitant à courir en avant, l'entraînait aussi à droite; c'est cette même force qui le précipita dans la rivière : il se sentait attiré vers l'abîme sans pouvoir se défendre d'y tomber, et dans l'un et l'autre cas cependant, il gardait parfaitement la conscience de ce qu'il faisait. Il était alors, dit-il, environ quatre heures du soir. A... causa de ces incidents, à diverses reprises, avec son entourage; puis, insensiblement, à cette situation succéda un abattement complet et une prostration des forces. Il était sans fièvre, le pouls à 70, petit; le malade avait froid, l'air étonné, mais répondant, bien qu'avec une certaine hésitation et un peu d'incohérence, aux questions qui lui étaient adressées; il se plaignait un peu de la tête, de tout le corps, et paraissait très-affecté de ce qui lui était arrivé. On lui fit mettre les pieds dans un bain sinapisé; le soir, il y eut un peu de réaction : le malade se trouvait mieux, sa parole était plus vive et plus nette.

La nuit fut agitée; il y eut des rêvasseries, des mots sans suite, de la difficulté pour parler correctement. Le lendemain samedi, même situation. On appliqua des sinapismes aux extrémités inférieures, et on les promena sur toute la surface des membres abdominaux; on plaça quatre larges ventouses sèches dans le dos, et l'on fit mettre des sangsues à l'anus.

La présence de certaines personnes, la vue du médecin, l'accomplissement de certains faits, déterminaient chez le malade un rire nerveux et saccadé, suivi de pleurs. Cependant, au milieu de tout cela, A... conservait l'intelligence complète de tout ce qui se faisait, de tout ce qui se disait autour de lui, même à voix basse. Il répondait d'une façon très-lucide, bien qu'avec quelque hésitation, aux observations dont il était l'objet. La nuit du samedi au dimanche fut calme; il y eu seulement quelques rêvasseries, le malade prononçant des mots grecs et latins et parlant en réminiscence d'histoire romaine. *Il avait été tenu à la diète depuis le jour de son accident*, et le pouls, un peu irrégulier, conservait une fréquence naturelle de 64 à 72 pulsations; la chaleur de la peau était modérée; la tête n'était pas chaude.

Les jours suivants, le malade resta dans un état de prostration à peu près continue, traversé seulement, dans la nuit du 16 au 17, par un peu d'agitation. L'amélioration se prononçait, quand une consultation, où fut porté un diagnostic assez grave, jeta de nouveau le malade dans l'abattement et l'induisit à refuser à manger, dans la crainte d'aggraver son état.

M. Blondeau, appelé, constata surtout une grande débilité, et s'assura que la faiblesse d'un côté du corps, d'après laquelle on avait diagnostiqué un épanchement cérébral, était mal caractérisée; qu'il n'existait d'ailleurs aucun autre signe d'hémiplégie, tel que la déviation des commissures; que l'embarras de la parole, qui avait joué un grand rôle dans le diagnostic, tenait à un défaut congénital. Il força le malade à se nourrir, à prendre de l'exercice. Le mieux se prononça. Néanmoins, à Paris, où le malade vint demander des conseils, on diagnostiqua un ramollissement cérébral, et l'on conseilla le quinquina comme régime tonique. Les phénomènes accusés alors par le malade étaient les suivants :

En premier lieu de la paresse d'esprit, de la difficulté de mémoire, une faiblesse plus grande du côté droit du corps, avec sensation d'engourdissement, alternant ou s'accompagnant d'une sensation de froid, qu'il comparait à de l'eau de froide coulant le long de la jambe principalement; un peu d'embarras, d'hésitation de la parole. Cette paresse d'esprit pouvait être secouée lorsque le malade se trouvait au milieu de personnes qui l'excitaient, et sa difficulté de mémoire, loin d'être absolue, cédait lorsqu'on éveillait ses souvenirs; il restait seulement assez absorbé et triste, comme un homme sous l'empire de préoccupations sérieuses.

Au bout de six à sept mois, la situation ne s'amendant pas assez vite au gré du malade, il revint à Paris. Cette fois, on lui conseilla un régime sévère, la diète, l'eau pour boisson, les saignées, des sangsues au siége. Six mois après, ce traitement lui paraissant mal réussir, il revint au régime tonique et employa les affusions froides. Au printemps de 1856, il vint suivre pendant six semaines un traitement hydrothérapique à Bellevue; après quoi il alla faire un voyage sur les bords du Rhin, puis se rendit à Luchon. M. P... put reprendre ses affaires en septembre 1856. Il eut un franc accès de goutte en mars 1857. (*Archives générales de médecine*, juin 1857, p. 677.)

DE L'ALCOOLATURE D'ACONIT

et de la solution de sulfate de quinine dans l'infection purulente.

Les cas de guérison de l'infection purulente sont fort rares. A peine en trouve-t-on quelques-uns épars dans les annales de la science; nous signalons aujourd'hui les deux faits suivants, observés par M. Turchetti, malgré les doutes que l'on peut conserver sur la véritable nature de la maladie.

Obs. I. — Anthrax des plus étendus et des plus profonds de la région interscapulaire, avec suppuration des plus abondantes et mortification de toute la masse musculaire de la nuque et du dos. Lorsque M. Turchetti vit la malade, le travail gangréneux n'était pas arrêté, et de plus il était survenu des symptômes d'infection purulente : il conseilla des lotions fréquentes avec l'eau de Confani, des cautérisations avec le nitrate d'argent, une tisane de quinquina et de valériane, un régime alimentaire fortifiant, des toniques, et de plus 4 grammes d'alcoolature d'aconit dans 125 grammes d'eau acidulée par l'acide sulfurique, et 2 grammes de sulfate de quinine à prendre par portion dans les vingt-quatre heures. Rétablissement graduel après diverses vicissitudes.

Obs. II. — Jeune femme récemment accouchée; la sortie du placenta ne s'était pas faite régulièrement, et une partie paraissait être restée dans l'utérus. Bientôt fièvre, avec tous les symptômes qu'on est habitué à rapporter à l'infection purulente. — Même traitement.

En moins de quarante-huit heures, la sécrétion lactée avait reparu, les lochies avaient perdu leur fétidité et leur apparence putride, les douleurs et le gonflement des membres avaient cessé, les battements du cœur avaient perdu leur fréquence et leur vivacité; bref, en peu de jours la malade était rétablie. (*Gaz. stat. sard.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 octobre 1857. — Présidence de M. Michel Lévy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Meuse en 1856 (commission des épidémies);

2° Un rapport de M. le docteur Nivet, sur le service médical des eaux minérales de Royat (Puy-de-Dôme) (commission des eaux minérales);

3° Plusieurs notes relatives à des recettes de remèdes secrets ou nouveaux (commission des remèdes secrets).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

MM. les docteurs Ropert et Daguillon adressent une note sur quatre cas de tétanos observés à Vannes (Morbihan). (Commissaires, MM. Bégin et Gimelle.)

— M. Piorry adresse la lettre suivante :

« Monsieur le président, en général, quand on n'est pas compris, c'est qu'on n'a pas su se faire comprendre. Cette réflexion est très-probablement applicable à l'idée qu'on s'est faite de la communication que j'ai soumise à l'Académie dans la dernière séance.

» Veuillez me permettre de m'expliquer et de chercher à vous prouver que mardi dernier j'étais dans la question; que je savais distinguer la pustule maligne si bien décrite par Enaux, Chaussier et Boyer, du charbon et de la nécrosie produite par compression. J'ai dit, je répète (parce qu'au point de vue humanitaire il est utile que cela se sache beaucoup mieux qu'on ne le sait) qu'indépendamment des mortifications des régions sacrée et trochantérienne causées par la compression ou par une altération septique du sang, il est une autre variété de nécrosie de cause externe (1) dont l'apparence, les symptômes, la marche, la terminaison et surtout les indications de traitement sont identiques avec ceux de la pustule maligne dont j'ai parlé, et c'est contre elle que j'ai proposé de faire des expérimentations avec la feuille de noyer.

» Si l'Académie désire que j'expose plus au long devant elle les faits nombreux sur lesquels ces propositions sont fondées, je m'empresserai de lui faire cette communication. »

— M. le maire d'Etampes, président de la commission formée pour l'érection d'un monument à la mémoire de M. Étienne Geoffroy Saint-Hilaire, prie M. le président de l'Académie de désigner un de ses collègues pour la représenter à Etampes et porter la parole dans cette solennité.

— MM. les professeurs Ehrmann (de Strasbourg) et Bouisson (de Montpellier) assistent à la séance.

RAPPORT.

Iodo-tannate. — M. H. Gaultier de Claubry lit au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Gibert, Bouchardat et Boullaye, un rapport sur un composé nouveau d'iode et de tannin, considéré sous le double point de vue chimique et thérapeutique.

M. le rapporteur, après avoir fait l'histoire chimique de ce corps et formulé l'opinion de deux des commissaires favorables à son usage thérapeutique, propose, au nom de la commission, pour conclusion, d'adresser une lettre de remercîments à l'auteur de la communication.

M. Velpeau exprime la crainte que le médicament dont il s'agit ait été préconisé sans faits suffisants, et que l'auteur de la communication n'abuse de l'espèce d'approbation que lui donne le rapport en l'annonçant à la quatrième page des journaux.

M. Gaultier de Claubry répond que les observations thérapeutiques ont été faites par MM. Gibert et Bouchardat, qui ont constaté les bons effets de cette préparation.

M. Caventou fait quelques observations à la partie chimique du rapport. Ces objections consistent principalement à dire que la préparation dont il s'agit est un composé mal défini.

M. Ricord. Cette préparation est-elle un astringent, est-ce un iodique? On l'ignore. Il n'est pas possible de rien conclure des observations citées dans le rapport. Il y a à cet égard de nouvelles recherches à faire au point de vue clinique.

M. Chatin. La préparation en question n'est ni nouvelle ni utile. Chimiquement, c'est un mauvais médicament.

M. Robert rappelle qu'il a fait, il y a quelques années, des expériences à l'hôpital Beaujon avec l'iodo-tannique comme topique dans les conditions indiquées par quelques chirurgiens de Lyon qui en ont fait les premiers essais, et qu'il n'en a obtenu aucun effet particulier.

M. Dubois (d'Amiens), considérant que ce rapport engage beaucoup trop l'Académie, sinon par les conclusions, du moins par son contenu, et qu'il serait à craindre qu'on n'en abusât, comme cela n'arrive que trop souvent; considérant, d'autre part, que les faits invoqués à l'appui sont évidemment insuffisants, propose l'ajournement jusqu'à ce que la commission soit en mesure de motiver son jugement sur de nouveaux faits plus concluants.

M. Velpeau propose de remplacer la conclusion du rapport par les conclusions suivantes :

1° Les faits ne sont pas assez concluants pour faire admettre cette préparation dans la thérapeutique;

2° Cette préparation ne constitue pas chimiquement un composé assez défini pour l'admettre comme un composé nouveau.

M. le Président. Il y a deux propositions : une proposition d'ajournement et une nouvelle rédaction des conclusions.

La proposition d'ajournement est mise aux voix; elle est rejetée.

M. Gibert demande la parole sur la seconde proposition pour faire remarquer que l'Académie ne peut pas voter sur l'admission ou le rejet d'un médicament. Tout médecin est libre d'employer tel médicament qu'il juge utile.

M. le Président propose de renvoyer à la commission le soin de rédiger de nouvelles conclusions conformes à l'opinion qui vient de prévaloir dans cette discussion.

L'Académie adopte.

LECTURE.

Recherches expérimentales sur la transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière. — M. Brown-Séquard lit sous ce titre le mémoire suivant, en réponse aux diverses communications

(1) Les matières septiques qui coulent des plaques de Peyer, qui s'échappent par l'anus et viennent infecter les excoriations ou les éruptions qui ont lieu à la région sacrée.

faites récemment à l'Académie par M. Chauveau, sur le même sujet.

Avant d'aborder la discussion des faits sur lesquels il y a entre M. Chauveau et moi des dissidences réelles, je demande la permission de faire remarquer que sur nombre de points, dont plusieurs sont d'une grande importance, M. Chauveau a ajouté des faits observés sur de très-grands mammifères à des faits semblables que je n'avais constatés que sur des êtres bien plus petits, mais plus élevés pourtant dans l'échelle animale.

On croyait, en France au moins, que la simple mise à nu de la moelle épinière, suffisait pour diminuer la sensibilité d'une manière très-notable. Non-seulement la sensibilité n'est pas alors diminuée, mais encore, ainsi que M. Chauveau l'a constaté après moi, on peut souvent la trouver augmentée.

Sur l'affirmation d'un physiologiste célèbre, quelques personnes admettaient que les cordons postérieurs de la moelle épinière sont les seules voies de transmission des impressions sensitives à l'encéphale. J'ai démontré que la section transversale et complète de ces cordons, loin de faire disparaître la sensibilité, est suivie d'une hyperesthésie notable dans les parties du corps qui devraient être anesthétiques, si l'affirmation dont je viens de parler était exacte. M. Chauveau, tout en interprétant autrement que je ne le fais les signes d'hyperesthésie, si manifestes dans ce cas, reconnaît néanmoins que la transmission des impressions sensitives n'est pas empêchée par la section des cordons postérieurs.

J'ai annoncé en 1849, que les blessures légères de la moelle épinière sont souvent suivies d'hyperesthésie. M. Chauveau a constaté le même fait.

Contrairement à un physiologiste distingué, qui n'admet pas l'existence de ce que M. Magendie a appelé sensibilité récurrente (ce qui n'est, ainsi que je l'ai démontré il y a déjà huit ans, que la douleur accompagnant les contractions musculaires très-violentes), M. Chauveau non-seulement croit, comme moi, à l'existence de cette cause de douleur, mais encore il trouve, après moi, que la sensibilité récurrente peut mettre en jeu la faculté réflexe, et que cette faculté peut développer des douleurs par sensibilité récurrente.

Dans plusieurs communications que j'ai faites l'an dernier à la Société de biologie, et dans un travail plus détaillé adressé il y a plusieurs mois à la Société royale de Londres, j'ai essayé de montrer que la transmission des impressions sensitives peut se faire en partie par les cordons antérieurs de la moelle épinière, ainsi que l'avaient déjà vu plusieurs habiles expérimentateurs, et en particulier Rolando, M. Calmeil et M. Nonat. En signalant la participation des cordons antérieurs à la transmission des impressions sensitives, M. Chauveau confirme donc ce que ces physiologistes et moi-même avions dit.

On sait que le seul fait expérimental donnant une *apparence* de sanction à la théorie d'après laquelle les cordons postérieurs de la moelle épinière sont les seules voies de transmission des impressions sensitives consiste en ce que ces cordons paraissent sensibles, tandis que les autres parties de cet organe ne le sont pas. Quoi qu'il en soit de la valeur que l'on voudra donner à ce prétendu fait (valeur complétement annulée par les preuves nombreuses que j'ai signalées de l'absence de sensibilité dans des parties qui servent à transmettre les impressions sensitives), M. Chauveau trouve, comme moi, que, si ces cordons paraissent sensibles, cela dépend de ce qu'en les irritant on irrite en même temps les racines postérieures, et que, si l'on irrite ces cordons loin de l'insertion de ces racines, on ne cause pas de douleur.

Ces expériences délicates ne peuvent pas cependant décider positivement la question de la sensibilité des cordons postérieurs, parce que les excitations employées alors par moi et par M. Chauveau ne sont pas très-fortes. Il n'en ressort pas moins de mes expériences, comme de celles de ce physiologiste, que les cordons postérieurs sont loin d'être doués de la sensibilité exquise qu'on leur avait attribuée.

J'ai constaté que l'irritation de ces cordons occasionne des mouvements réflexes, et j'ai réuni des faits pathologiques observés sur l'homme, qui m'ont conduit à l'opinion que ces cordons servent aux mouvements réflexes. M. Chauveau a trouvé comme moi que l'irritation de ces cordons produit des mouvements réflexes, et il est arrivé par là à l'opinion que j'avais déjà émise concernant leurs usages.

Van Deen et Stilling avaient vu sur des batraciens, que l'irritation des cordons antérieurs de la moelle épinière ne cause guère de mouvements que par suite de l'irritation qui a lieu simultanément alors sur les racines antérieures. J'ai constaté et montré nombre de fois dans mes cours et dans mes démonstrations à la Société de biologie et ailleurs, qu'il en est des mammifères comme des batraciens, à cet égard. M. Chauveau annonce avoir constaté le même fait.

J'ai trouvé depuis longtemps, et M. Chauveau le constate après moi, que l'excitabilité réflexe s'augmente d'une manière très-considérable chez les mammifères soumis à l'insufflation pulmonaire.

J'ai annoncé en 1849 que les oiseaux, contrairement aux idées que l'on avait alors de l'énergie des phénomènes réflexes chez les animaux à sang chaud, présentent ces phénomènes à un très-haut degré. C'est encore là un fait que M. Chauveau a constaté après moi.

Sur tous les points dont je viens de parler, M. Chauveau est donc complétement d'accord avec moi. La dissidence entre nous n'existe qu'à l'égard de l'interprétation de quelques expériences. N'y a-t-il que des mouvements réflexes, ou plutôt n'y a-t-il de signes de douleur que par suite de contractions réflexes lorsqu'on irrite un membre situé en arrière et du côté d'une section d'une moitié latérale de la moelle épinière? M. Chauveau le dit, et pour cela il se fonde en partie sur ce que, si l'on irrite légèrement ce membre, on n'observe rien que des mouvements réflexes, et dans ce membre seulement. Je puis affirmer que sur les chiens, les chats, les cochons d'Inde et les lapins, excepté dans des conditions spéciales dont je parlerai tout à l'heure, on constate que toute irritation produite sur ce membre, si elle est capable de causer des mouvements réflexes, occasionne toujours en même temps de la douleur. Si le fait mentionné par mon contradicteur s'observe sur des chevaux, ce dont je ne doute pas, puisqu'il l'affirme, cela dépend sans doute de ce que la sensibilité chez ces animaux est moindre que chez les petits mammifères. Il y a aussi une autre cause qui doit exister très-fréquemment chez les solipèdes et dont M. Chauveau n'a pas tenu compte, c'est la perte de sang qui est proportionnellement plus grande chez ces grands animaux que chez les petits, perte de sang qui fait diminuer la sensibilité et qui rend en conséquence les solipèdes peu propres à des recherches exactes concernant cette propriété vitale.

Chez les chiens, et particulièrement sur ceux d'une très-grande taille, j'ai vu aussi, dans les cas où il y a eu une hémorrhagie considérable, que les irritations légères sur le membre situé en arrière et du côté d'une hémisection latérale de la moelle épinière ne causent quelquefois que des mouvements réflexes et dans ce membre seulement. Mais les fortes irritations, même dans ces conditions défavorables, produisent toujours des signes évidents de douleur. M. Chauveau, du reste, a constaté aussi l'existence de douleur réelle sur des solipèdes, et il confirme ainsi un des faits principaux que j'ai trouvés, mais il attribue la douleur à des contractions produites par action réflexe dans les trois membres non paralysés, et surtout dans le membre antérieur du côté correspondant à l'hémisection de la moelle. Il est facile de faire voir que cette interprétation n'est pas exacte. En effet, en premier lieu, les contractions qui se montrent dans les trois membres non paralysés sont absolument incapables de produire l'excessive douleur que l'on constate toujours chez les animaux non épuisés par une grande perte de sang, lorsqu'on irrite fortement le membre situé en arrière et du même côté qu'une hémisection de la moelle. Tout le monde sait qu'une contraction musculaire n'est douloureuse, à part les cas de névralgie ou d'inflammation, qu'autant qu'elle revêt le caractère de crampe, de spasme, ou, si l'on veut, de contracture; tout le monde sait que les mouvements de flexion, d'extension, etc., quelque rapides, quelque multipliés qu'ils soient, ne causent pas de douleur.

Or, chez les animaux dont on irrite le membre indiqué ci-dessus, on n'observe que des mouvements de ce dernier ordre, et non des crampes ou des mouvements spasmodiques. La douleur que M. Chauveau reconnaît exister alors ne peut donc pas provenir de la cause qu'il lui assigne. En second lieu, le cri, qui, pour ce physiologiste comme pour moi, est une des principales preuves de douleur, se produit dans nombre de cas avant, et dans les autres en même temps, que les mouvements que fait l'animal pour se dégager des liens ou des obstacles qui le retiennent pour fuir ou pour mordre. Il est évident que le cri ne peut être dû à des causes qui n'existent qu'après sa production ou qui lui sont simultanées. J'ajoute que si l'on couvre les yeux d'un chien, d'un chat ou d'un cochon d'Inde sur lequel une moitié latérale de la moelle épinière a été coupée à la région dorsale, et si l'on irrite le membre postérieur du côté de la section, on voit souvent la tête de l'animal se porter vers le point irrité, et si l'on n'y prend garde, on court alors le risque d'être mordu. Il ressort incontestablement de ce fait, non-seulement que l'animal a éprouvé de la douleur, mais qu'il sait d'où provient l'irritation qui l'a causée. Or, comme ses yeux sont couverts et qu'il ne peut pas avoir vu, il faut qu'il ait senti. Ce fait, à lui seul, suffirait pour démontrer que la sensibilité persiste dans le membre postérieur du côté d'une hémisection de la moelle. Mais non-seulement la sensibilité à la douleur persiste dans ce membre, la sensibilité tactile y existe aussi et semble même y être extrêmement vive. Ainsi, si l'on touche très-légèrement ce membre pendant que l'animal est couché et tranquille, ses yeux étant soigneusement couverts, aucun mouvement réflexe ne se produit; pourtant l'animal se lève, et montre par là qu'il a senti. J'ai répété très-souvent cette expérience, de même que les précédentes, et j'ai pu m'assurer ainsi que ce que je viens de signaler n'était pas le résultat de simples coïncidences.

Il y a plusieurs expériences faciles à faire, qui démontrent que la manière de voir de M. Chauveau n'est pas conforme aux faits. Si, après une hémisection de la moelle épinière à la région dorsale on en fait une seconde du même côté à la région cervicale, on trouve que les signes de douleur, quand on irrite le membre postérieur du côté des sections, sont alors plutôt augmentés que diminués. Or, suivant les idées de M. Chauveau, ils devraient alors être diminués; car il admet qu'une partie notable de la douleur provient de contractions par action réflexe dans le membre antérieur du côté opéré, quand il n'y a qu'une section à la région dorsale; et comme ce membre, d'après lui, ne devrait plus causer de douleur d'une manière directe après l'hémisection latérale de la moelle cervicale, il devrait y avoir une diminution notable de douleur. Or, ainsi que nous l'avons dit, il en est tout autrement.

De plus, si au lieu de faire la seconde hémisection du côté de la première, on la fait du côté opposé et toujours à la région cervicale, les causes supposées de douleur provenant des contractions du membre antérieur du côté de la première section devraient encore exister quand on irrite le membre postérieur de ce même côté; or il en est tout autrement, car on ne produit plus de douleur, ou au moins il n'en existe que des traces.

Enfin, et comme dernier fait contre les interprétations que je combats, si l'on coupe la moitié latérale de la moelle épinière sur un petit mammifère immédiatement derrière le bulbe rachidien, et que l'on coupe ensuite aussi haut que possible, en dehors du rachis, tous les nerfs des membres du côté gauche, afin d'empêcher que des mouvements réflexes se produisent dans ces membres lorsque l'on irrite la moitié droite du corps, on trouve, après cette irritation, que les signes d'hyperesthésie sont tout aussi énergiques que si l'on n'avait pas coupé les nerfs des membres gauches. Il semble donc absolument certain, après cette expérience de même qu'après les précédentes, que l'interprétation de mon contradicteur n'est pas exacte.

Maintenant, si l'Académie veut bien me le permettre, j'ajouterai quelques mots sur la théorie que j'ai proposée relativement à la propagation croisée des impressions sensitives dans la moelle épinière. Depuis Galien, on avait admis que ce centre nerveux n'a pas d'action croisée; Galien avait fait à cet égard des expériences qui paraissaient décisives. Elles le sont en effet, mais seulement en ce qui concerne le mouvement volontaire, et Galien ne s'est pas occupé d'autre chose.

Mais si l'on répète les deux expériences fondamentales de ce grand physiologiste et qu'on cherche quel est l'état de la sensibilité des diverses parties du corps, on est nécessairement conduit par les résultats si positifs de cet examen, à admettre que les conducteurs des impressions sensitives s'entre-croisent dans la moelle épinière. Chez tel animal, cet entre-croisement paraît être complet, c'est-à-dire qu'il semble exister pour la totalité de ces conducteurs; chez tel autre, au contraire, il est incomplet et ne s'opère pas immédiatement, c'est-à-dire que nombre des éléments conducteurs montent plus ou moins haut dans le côté correspondant à celui où ils arrivent dans la moelle, avant de s'entre-croiser; c'est là ce qui a lieu pour les oiseaux, et c'est pour cela qu'on a pu montrer à l'Académie des pigeons qui paraissaient avoir bien moins de sensibilité dans le côté et en arrière d'une hémisection de la moelle épinière, que dans le côté opposé. Ce fait, qui est exact, quand l'opération est faite immédiatement au-dessus du renflement lombaire, montre seulement que l'entre-croisement n'a pas encore eu lieu à cette hauteur. Nous ajoutons que chez les oiseaux l'entre-croisement est très-loin d'être complet.

Des deux expériences de Galien, celle qui consiste à faire une hémisection de la moelle donne, quand l'opération est faite à une hauteur suffisante, des résultats très-nets; du côté de la section, il y a hyperesthésie, et du côté opposé anesthésie plus ou moins complète, suivant l'espèce d'animal qu'on emploie. Il y a une manière de faire cette expérience qui donne des résultats extrêmement tranchés: on fait d'abord la section transversale des deux cordons postérieurs à la région dorsale, et l'on constate alors qu'il y a de l'hyperesthésie à un degré notable dans les deux membres postérieurs. On fait ensuite la section de ce qui reste d'une moitié latérale de la moelle au niveau de la première opération. S'il n'y a pas d'entre-croisement, non-seulement l'hyperesthésie disparaîtra du côté et en arrière de cette seconde section, mais encore la sensibilité elle-même devra y disparaître entièrement. Or c'est l'inverse qu'on observe: l'hyperesthésie augmente. Du côté opposé, côté où il reste environ un tiers de la moelle encore intact, non-seulement l'hyperesthésie qui existait après la première opération disparaît après la seconde, mais encore la sensibilité ou diminue notablement, ou même quelquefois, chez certains animaux, semble disparaître complétement, au moins pour quelque temps.

L'autre expérience de Galien fournit des résultats plus décisifs encore: une section longitudinale est faite sur toute l'étendue du renflement lombaire, et l'on a alors ce curieux résultat, que le mouvement volontaire persiste dans les deux membres postérieurs, ainsi que l'avait vu Galien, tandis que la sensibilité y semble complétement perdue. Si l'expérience est faite sur le renflement cervico brachial, les membres antérieurs perdent la sensibilité, mais les membres postérieurs la conservent. Si alors on fait en outre la section de la moitié latérale droite de ce renflement, on trouve que le membre postérieur reste seul sensible. Il y a donc entre-croisement des conducteurs des impressions sensibles dans la moelle épinière.

Reste la question importante de savoir si ce que les expériences sur les animaux paraissent démontrer d'une manière si péremptoire, existe aussi chez l'homme; c'est ce que je me réserve de démontrer prochainement par un grand nombre d'observations pathologiques.

J'ajouterai encore un mot: M. Chauveau n'ayant apporté aucun argument qui ne se trouve déjà réfuté dans mes publications antérieures, contre la théorie que j'ai proposée à l'égard du rôle des parties blanches et grises de la moelle épinière dans la transmission des impressions sensitives, je n'en parlerai que pour dire que, si l'Académie veut bien me le permettre, j'aurai l'honneur de lui lire bientôt un travail contenant un résumé de quarante-deux observations pathologiques qui sont favorables aux idées que j'ai émises à cet égard. (Renvoi à la commission déjà nommée.)

Lithotripsie. — M. HEURTELOUP commence la lecture d'un mémoire sur la lithotripsie. Ce travail, étant très-étendu, n'a pu être lu en entier dans cette séance. L'Académie, consultée par M. le président, a décidé que cette lecture serait continuée dans la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Une touchante cérémonie a eu lieu ce matin au Val-de-Grâce. Le directeur, les fonctionnaires et les stagiaires de l'École impériale de médecine militaire ont eu la bonne pensée de faire célébrer un service funèbre à la chapelle du Val-de-Grâce pour le repos de l'âme de M. Félix Jacquot, leur collègue.

Tout le personnel médical militaire de l'École, des hôpitaux et de la garnison de Paris assistait en uniforme à cette triste cérémonie, à laquelle avaient été invités les parents et amis du défunt et quelques médecins civils. La presse médicale y était représentée par deux de ses membres, M. le docteur A. Dechambre, rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire*, et le rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*.

— On nous assure que de nouvelles tentatives viennent d'être faites pour arriver à réduire le nombre des membres de l'Académie de médecine, et à les adjoindre ensuite à l'Institut comme sixième classe de cette illustre Compagnie. Il est douteux que cette combinaison malheureuse soit accueillie aujourd'hui mieux qu'elle ne l'a été il y a quelques mois.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM.:

Combeau, né à Saint-Pierre-en-Retz (Loire-Inférieure); *De l'adynamie dans la pneumonie des vieillards.*

Thibault, né à Soullans (Vendée); *De l'opportunité de la trachéotomie dans le traitement du croup.*

Le Gérant.

Paris — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Rhumatisme cérébral.

Dans nos *Revues cliniques* du 11 et du 18 avril dernier, nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur quelques faits tendant à faire admettre l'existence d'un groupe de phénomènes morbides encéphaliques, qui doivent être rattachés, au même titre que certaines lésions bien connues du centre circulatoire, à la diathèse rhumatismale. Nous avons adopté, à l'exemple de quelques-uns des médecins qui se sont le plus occupés de cette question, et en particulier de M. Gubler, la dénomination de *rhumatisme cérébral*, pour exprimer l'ensemble de ces manifestations diverses de l'influence rhumatismale sur les centres nerveux encéphaliques; sauf à réserver des dénominations plus spéciales, telles que celles de *céphalée rhumatismale*, de *délire rhumatismal*, de *manie*, de *méningite*, ou de *méningo-encéphalite*, d'*hydrocéphale*, etc., pour les appliquer aux divers cas spéciaux, suivant les variétés de forme sous lesquelles ils se présentent ou les diverses lésions qu'ils impliquent.

L'attention éveillée sur cet ordre de manifestations de la diathèse rhumatismale, devait nécessairement amener à la constatation de nouveaux faits. Deux observations nouvelles ont été constatées en effet depuis peu; l'une à l'hôpital de la Pitié, par M. Marotte, l'autre par M. le docteur Delioux, professeur à l'Ecole de médecine navale, à l'hôpital de Brest.

Bien que ces deux faits diffèrent sensiblement par la nature des symptômes observés, le premier ayant consisté en une hydrocéphale à marche chronique développée quelques jours après la disparition d'un rhumatisme articulaire aigu, le second en une manie survenue également à la suite d'un rhumatisme de même caractère, il ne nous paraît pas moins intéressant de les rapprocher ici comme faisant partie l'un et l'autre du groupe que nous avons cru devoir désigner sous la dénomination commune de rhumatisme cérébral.

Voici la relation sommaire de ces deux faits :

Hydrocéphale à marche chronique développée quelques jours après la disparition d'un rhumatisme articulaire aigu de moyenne intensité.

M. le docteur Marotte, dont nous avons déjà rapporté, il y a environ six mois, une intéressante observation de délire rhumatismal, a communiqué sous ce titre l'observation qui suit à la Société médicale des hôpitaux. Nous les résumons d'après le compte rendu de la dernière séance.

Un jeune garçon de seize ans, peu développé pour son âge et ayant toutes les apparences d'un enfant, d'une constitution faible et chétive, entre à l'hôpital de la Pitié le 31 mars 1857, malade alors depuis environ deux mois. Dans le courant de janvier il avait ressenti pour la première fois des douleurs rhumatismales, accompagnées de fièvre et de tuméfaction des articulations, notamment des genoux, de l'épaule et du coude gauche. Au moment de son entrée à l'hôpital, il avait les articulations des épaules, des genoux et des coudes rouges, tuméfiées, chaudes et douloureuses au toucher; la douleur était surtout réveillée par les mouvements. Le pouls était à 104, un peu irrégulier, d'une certaine largeur, mais dépressible; la chaleur de la peau était très-modérée.

A ces symptômes se joignaient des accès de dyspnée, avec sentiment d'une grande anxiété et d'une oppression marquée à la région précordiale. Les battements du cœur étaient tumultueux, secs et violents; le premier temps était accompagné d'un bruit assez fort et un peu rugueux.

M. Marotte prescrivit un large vésicatoire sur la région précordiale, et la tisane de chiendent avec 8 grammes de nitrate de potasse.

Le lendemain, il y avait un mieux notable, les accès d'oppression n'avaient pas reparu depuis le milieu de la nuit, et la dyspnée était beaucoup moindre. Le nitrate de potasse fut porté à 16 grammes ce jour-là, puis à 20 grammes les jours suivants.

Le 4 avril, la dyspnée avait complétement cessé, la respiration était facile, le pouls à 88; les battements du cœur étaient réguliers, sans violence. Le bruit de souffle persistait au premier temps, mais avait perdu sa rudesse. La peau était sans chaleur, douce au toucher, légèrement moite. La rougeur et le gonflement avaient disparu des articulations malades; la douleur seule persistait, mais faible, et principalement pendant les mouvements.

Le 5, le mieux était plus complet; toutes les fonctions avaient recouvré leur intégrité. La dose de nitrate de potasse, réduite la veille à 16 grammes, fut abaissée à 8 grammes, puis définitivement suspendue le surlendemain.

Le 8 avril, quatre jours plus tard, le malade mangeait deux portions, dormait bien et n'accusait plus aucune douleur. Le bruit de souffle, au premier temps, mais diminué d'intensité et sans rudesse, était le seul reliquat apparent de la maladie; la convalescence, en un mot, paraissait franche et définitive.

Le lendemain, 9 avril, les choses changèrent de face; le petit malade fut pris, dans la journée, d'une céphalalgie très-vive occupant toute la région frontale. La douleur était profonde et ne s'exaspérait pas sous la pression des doigts promenés sur les points d'émergence des nerfs. Avec la céphalalgie reparurent la fièvre, la chaleur de la peau; pouls à 104; langue blanche. Il y eut aussi quelques nausées et un vomissement de matières alimentaires.

Dix sangsues furent appliquées aux apophyses mastoïdes et des sinapismes promenés sur les membres inférieurs à plusieurs reprises, dans la même journée et les jours suivants.

Un peu de mieux se manifesta; la fièvre diminua; la céphalalgie persista, un peu moins violente le matin et pendant la journée, mais avec des exacerbations nocturnes, qui engagèrent M. Marotte à prescrire 1 gramme de sulfate de quinine.

Le 12 avril, après deux jours d'administration du sulfate de quinine, il y eut un mieux très-sensible. La céphalalgie présentait des intermissions, surtout dans la journée, et ses exacerbations du soir n'étaient pas aussi intenses que les jours précédents. Le sulfate de quinine fut continué à la dose de 1 gramme et associé à 15 centigrammes d'extrait d'aconit en trois pilules.

Les choses restèrent à peu près dans le même état pendant quatre jours, le malade éprouvant par moments de la douleur de tête, mais d'une manière passagère et sans retours périodiques. Les articulations et le cœur, depuis le 9 avril, n'étaient plus le siége d'aucune souffrance. Mais pendant trente-six à quarante-huit heures, le malade accuse dans le flanc gauche, et à la base de la poitrine, une douleur assez vive, ayant pour siége principal la crête iliaque et les côtes, douleur qui s'exaspérait par la pression; la plèvre et le péritoine paraissant d'ailleurs intacts. Cette douleur disparut après l'application de quelques ventouses sèches.

Le 16 avril, la céphalalgie reprit une nouvelle intensité, avec des exacerbations assez vives par moments pour arracher des cris au malade. En même temps reparurent les nausées et les vomissements.

A la visite du 17, M. Marotte fut frappé de l'altération profonde de la face, qui était affaissée et empreinte de stupeur; les pupilles étaient dilatées; le pouls à 60, assez large, mais lent et dépressible. (Sinapismes sur les articulations; 10 sangsues derrière les oreilles et un large vésicatoire entre les deux épaules; 15 grammes d'huile de ricin; aconit 16 centigr. en 3 pilules.)

Sous l'influence de cette médication il y eut un mieux de quelques jours; le pouls se releva; la céphalalgie diminua; il y eut un peu de sommeil.

Le 20 avril, la céphalalgie s'exaspère de nouveau; le pouls descend à 48. Du 20 avril au 4 mai, il y a des alternatives de mieux et de pis. On entretient la liberté du ventre par des lavements et des minoratifs.

Le 4 mai, il survient une diarrhée abondante; les vomissements deviennent plus fréquents; le pouls est irrégulier.

Le 13, la céphalalgie est peu intense, mais le malade est plongé dans un grand affaissement.

Le 15, il meurt tout à coup, après être resté quelques instants sur son séant pour le pansement de son vésicatoire. Jusqu'à la mort on a entendu un souffle au premier temps, mais doux et non plus rude comme il était dans le principe et ressemblant à un bruit anémique.

Les articulations n'ont présenté aucune trace de gonflement ni de douleur pendant toute la durée des accidents cérébraux.

L'autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort, a donné les résultats suivants :

La dure-mère fut trouvée saine, mais distendue. Les circonvolutions du cerveau, qui parut faire effort pour s'échapper lorsqu'on incisa la dure-mère, étaient aplaties. Les deux feuillets de l'arachnoïde étaient légèrement poisseux. La pie-mère était légèrement injectée et infiltrée de sérosité, surtout à la base. Le plancher du troisième ventricule est bombé, fluctuant; il se déchire au moment où on l'examine, et laisse échapper une grande quantité de sérosité dans laquelle nagent deux ou trois petits flocons d'aspect purulent.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons sur le chancre, professées à l'hôpital du Midi par M. le docteur RICORD, rédigées et publiées par M. Alfred FOURNIER, interne à l'hôpital du Midi (1).

L'homme absurde est celui qui ne change jamais.

Telle est la maxime que M. Ricord a prise pour épigraphe des leçons qu'il vient de professer cette année à l'hôpital du Midi; non pas qu'il ait abandonné les doctrines à l'aide desquelles, il y a vingt-cinq ans, il a porté la lumière dans cette obscurité profonde qui enveloppait l'histoire de la syphilis, et que depuis il a développées et soutenues avec tant d'ardeur et de succès devant des milliers d'auditeurs à son amphithéâtre; il a voulu par là faire comprendre qu'homme de conscience avant tout, il avait dû introduire dans l'ensemble de sa théorie, qui subsiste toujours triomphante sur les ruines de l'informe et indigeste passé, quelques modifications de détail que le temps a rendues nécessaires. Loin de détruire les bases désormais inébranlables sur lesquelles repose le système syphiliographique de l'école moderne, ces modifications ont pour but de compléter l'édifice, et de répondre aux objections que de malheureux et impuissants adversaires ne cessent de lui adresser ou de les prévenir.

Entrons immédiatement dans le cœur du sujet.

(1) Un vol. in-8°. — Adrien Delahaye, place de l'Ecole-de-Méd., 23.

Sans chancre, pas de vérole; tel était autrefois, tel est encore aujourd'hui le point de départ de M. Ricord. C'est là un fait démontré, sur lequel il est inutile de revenir, et qui a fait justice des blennorrhagies virulentes, des bubons d'emblée, etc., mystérieuses absurdités sous l'influence desquelles s'est produit et a duré si longtemps le chaos inextricable dans lequel se débattaient nos aïeux.

Mais autrefois M. Ricord n'admettait qu'une seule espèce de chancre, qui, suivant certaines conditions individuelles, ou restait un accident local chez certains malades, ou s'indurait et déterminait la vérole constitutionnelle chez d'autres. Quelles étaient les causes de ces différences? C'était, comme je viens de le dire, aux prédispositions individuelles, aux influences diathésiques, que M. Ricord croyait devoir les rapporter. Et cependant, dès cette époque, il avait, là, mis un point de doute; il lui semblait qu'il y avait quelque chose de plus à découvrir; confiant dans l'avenir, il observait et attendait. Aujourd'hui, un coin du voile est enfin levé. Des faits nombreux, attentivement épiés, permettent au maître de dire, et cette fois avec certitude : Sans le chancre, pas de vérole; mais de plus, il y a deux variétés de chancre, inoculables toutes les deux, essentiellement contagieuses, transmissibles d'individu à individu : l'un est le chancre mou, local, susceptible de produire le bubon suppurant, mais qui ne produit pas l'infection générale; l'autre est le chancre induré, donnant naissance au bubon indolent non suppuré; c'est le chancre infectant, dont la conséquence fatale est l'infection syphilitique constitutionnelle.

Donc, en deux mots : il n'y a pas de vérole constitutionnelle sans chancre; mais il n'y a pas vérole constitutionnelle toutes les fois qu'il y a chancre. Il faut, pour que la constitution se prenne, que le malade ait eu affaire à la variété chancre *infectant*.

Un fait très-singulier et nouveau aussi est le suivant : le chancre induré peut avoir son siége partout; la surface du corps lui appartient de la tête aux pieds. Le chancre mou, non infectant, peut se présenter partout aussi, *sauf à la tête*. Depuis que son attention est éveillée sur ce point, M. Ricord a cherché en vain le chancre mou, soit à la face, soit sur le cuir chevelu. Tout chancre survenu à la tête est induré. M. Ricord croit se rappeler une ou deux exceptions à cette particularité bizarre; mais ces exceptions, il les a observées à une époque où il était, il le dit lui-même, bien moins exigeant qu'aujourd'hui; aussi les considère-t-il comme non avenues; et pour qu'on ne croie pas qu'il n'y a eu de son côté qu'une de ces singulières coïncidences qui peuvent quelquefois se rencontrer, il cite à l'appui de son observation celle parfaitement identique de MM. Puche et Cullerier, ses collègues à l'hôpital du Midi, qui n'ont jamais trouvé non plus le chancre mou dans la région céphalique. Quelle est la cause de cette singularité? M. Ricord l'ignore complétement, et se borne à constater le fait.

Pour le mode de production, la genèse du chancre; pour celle du bubon suppurant, qui, chose remarquable, se borne toujours aux ganglions superficiels, et au premier groupe de glandes où se rendent les lymphatiques de la partie malade; pour ce fait, que le chancre d'inoculation est toujours l'analogue du chancre qui l'a produit, les doctrines de M. Ricord n'ont pas varié, et l'observation des faits lui a

Les ventricules latéraux, très-élargis, contiennent encore une grande quantité de sérosité, malgré l'écoulement abondant qui a eu lieu avant leur ouverture. Cette sérosité, un peu louche dans les parties déclives, contient quelques petits flocons semblables aux précédents. La voûte à trois piliers est diffluente, crémeuse. Les couches optiques, les corps striés et les corps calleux sont ramollis, mais à un degré moins avancé; le ramollissement s'étend aux parois ventriculaires elles-mêmes, qui se déchirent sous un filet d'eau.

L'examen le plus attentif n'a fait découvrir aucune trace de granulation tuberculeuse des méninges. Tous les autres organes étaient sains et également exempts de tubercules.

Les synoviales envahies par le rhumatisme étaient saines. Le cœur lui-même (endocarde, péricarde, valvules, tissu musculaire) n'a point offert de lésion appréciable.

— Deux ordres de considérations justifient le titre que M. Marotte a donné à cette observation, et la détermination nosologique qu'il a cru devoir assigner à la série des phénomènes cérébraux qui a clos la scène morbide chez ce jeune malade. Le premier ordre de considérations est déduit des antécédents du malade, de l'absence de tout signe, tant antérieur qu'actuel, de diathèse tuberculeuse ou scrofuleuse, de l'ordre de succession des phénomènes morbides variés qui ont caractérisé cette affection, et d'où ressort une liaison évidente entre la maladie articulaire et les légers accidents cardiaques qui ont en quelque sorte servi de transition, d'une part, et cette même maladie et les accidents encéphaliques, d'autre part.

Le second ordre de considérations se tire des différences symptomatiques qui ont permis pendant la vie de distinguer ces accidents encéphaliques de ceux qui auraient été l'indice d'une hydrocéphale tuberculeuse ou d'une méningite aiguë des ventricules, et enfin des résultats mêmes de l'autopsie, qui ont confirmé à cet égard les données diagnostiques. Il faut ajouter encore à ces divers motifs les irrégularités dans la marche de la maladie, les rémissions et les alternatives de douleurs en divers points de l'économie, qui sont autant de caractères attestant la diathèse rhumatismale.

Cas d'aliénation mentale survenue à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu.

Quelque temps avant que M. Marotte fît à la Société médicale des hôpitaux la communication que nous venons de reproduire, M. Delioux publiait dans les *Archives générales de médecine* (n° de juin) le fait suivant, qui en diffère notablement sous le point de vue de la nature et de la forme des accidents encéphaliques, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, mais qui a ses analogues dans les faits de MM. Picard, Duhamel, Thore, Mesnet, etc., que nous avons publiés dans le temps, et que nous rattachons tous pour le fond à la même catégorie.

Il s'agit d'une jeune soldat, entré le 17 novembre à l'hôpital militaire de Brest, malade depuis deux jours, et qui offre les symptômes suivants, qui font donner à la maladie la dénomination un peu vague de *fièvre muqueuse* : vomissements, constipation, gargouillement iléo-cœcal; troubles nerveux, tels que : céphalalgie, douleurs erratiques, abattement. Puis, après trois jours de durée de ces symptômes, se déclare le 20 novembre une attaque très-bien caractérisée de rhumatisme articulaire aigu : fièvre, douleurs intenses avec tuméfaction considérable dans les articulations des genoux et des pieds.

Une saignée du bras de 400 grammes, des onctions de pommade belladonée sur les articulations endolories et un lavement purgatif amènent le lendemain un peu d'amélioration dans l'état des articulations envahies. Le rhumatisme n'a pas envahi d'autres articulations.

On prescrit une application de sangsues autour de chaque articulation tibio-fémorale, des onctions belladonées sur les pieds, administration de la vératrine à l'intérieur à la dose de 5 milligr.

Le même traitement est continué le 22.

Le 23, il se manifeste une amélioration générale. Il n'y a point de fièvre.

Le 24, les douleurs et la tuméfaction articulaires ont totalement disparu. Le malade, qui avait été jusque-là maintenu à la diète à cause des accidents gastro-intestinaux du début, lesquels avaient cessé d'ailleurs depuis l'invasion franche du rhumatisme, est admis à une alimentation légère.

Du 24 novembre au 1er décembre, le malade paraissait en convalescence. Le 1er et le 2, il se lève et marche sans douleur; il reprend ses forces et l'apparence de la santé.

Le 3, sans nul prodrome, tout à coup il survient dans les facultés intellectuelles de ce jeune soldat une perturbation qui frappe d'étonnement tous les assistants. Il déraisonne sur toutes les séries d'idées que l'on cherche à éveiller en lui; son délire porte principalement sur la conviction qu'il n'existe plus, qu'il est mort; son visage a l'empreinte d'une profonde tristesse; il repousse toute tentative d'investigation, et affirme qu'il n'a plus aucune souffrance; il est sans fièvre, son pouls est normal.

Les jours suivants, il devient taciturne, silencieux, et tombe dans une inertie absolue. En deux jours il arrive à un état d'affaissement, de faiblesse et d'émaciation extrême.

Le 5, il était dans un état comateux; il y avait incontinence d'urine et constipation permanente. Jugeant cet état très-grave, M. Delioux fit appliquer d'abord deux larges vésicatoires à la face interne des cuisses, près des genoux. Des pilules purgatives à l'aloès et au calomel furent prescrites, mais il fut impossible de les faire prendre. Deux autres vésicatoires furent appliqués aux jambes le jour suivant.

Sous l'influence de cette médication, l'état du malade parut s'amender, le pouls se releva, le coma fit place à de la somnolence qui cessa même peu à peu; il consentit pour la première fois, depuis l'invasion des accidents cérébraux, à prendre quelques légers aliments; on triompha lentement de sa propension à l'immobilité; lorsqu'il consentit à se mouvoir, ses mouvements ne parurent point entravés par un affaiblissement paralytique.

Le 8, l'inertie avait fait place à de l'agitation et à une véritable jactitation; le malade cherchait souvent à se lever de son lit, et parfois à s'enfuir.

Dans la nuit du 8 au 9, il survint des sueurs très-abondantes; il n'y en avait pas eu dans le cours de l'attaque de rhumatisme. A partir de ce moment, l'amélioration parut faire quelques nouveaux progrès.

Bref, l'état mental s'améliorant graduellement, à partir du 22 décembre, le malade redevint docile, paisible, et n'a plus manifesté depuis d'incohérence dans ses paroles ni dans ses actes, mais il est resté triste et peu communicatif.

Le 27 janvier, ce jeune militaire quittait l'hôpital avec un congé de convalescence. Il est utile d'ajouter que ce jeune homme avant la maladie qui l'a conduit à l'hôpital, n'a jamais présenté aucun trouble intellectuel.

L'accès si grave et prolongé d'aliénation mentale qui a caractérisé la seconde ou plutôt la troisième phase de la maladie, n'a-t-il été chez ce sujet qu'un accident fortuit dans la convalescence du rhumatisme, sans relation aucune entre ces deux états pathologiques? ou bien, au contraire, doit-on le considérer comme un nouvel exemple de manifestation cérébrale de la diathèse rhumatismale, au même titre que les faits déjà cités de MM. Mesnet, Marotte et autres?

Bien que l'esprit ne puisse se défendre ici de quelques doutes, en considérant l'intervalle de neuf jours qui a séparé la cessation des douleurs articulaires de l'invasion du délire, et l'absence de tout signe d'endocardite constatée jusqu'ici dans la plupart des cas analogues, il y a cependant d'assez puissants motifs d'autre part, notamment dans l'influence exercée par les vésicatoires péri-articulaires sur la diminution des phénomènes morbides du cerveau, et surtout dans la coïncidence d'une abondante diaphorèse critique avec la cessation de tous les accidents, pour penser avec M. Delioux et avec M. Marotte, qui est aussi de cet avis, que ce fait doit rentrer dans la catégorie des rhumatismes avec délire symptomatique d'une méningite métastatique.

Dans tous les cas, et de quelque manière qu'on l'envisage, ce fait est assurément de nature à inspirer de l'intérêt.

Influence de la syphilis sur la marche et la terminaison de la grossesse.

Dans un compte rendu des principaux faits observés à la clinique d'accouchement de Montpellier pendant une période de quatre années, publié récemment par M. le docteur B. Dunal, ancien chirurgien chef interne de l'hôpital général de cette ville, nous trouvons des renseignements cliniques d'un grand intérêt sur plusieurs points d'obstétrique, mais surtout au point de vue des complications de la grossesse et de l'influence réciproque qu'exercent l'un sur l'autre l'état de grossesse et l'affection pathologique qui le complique. Parmi les exemples nombreux que nous pourrions emprunter à ce travail, nous nous bornerons pour le moment à citer quelques faits généraux qui ressortent d'un relevé statistique relatif à l'influence de la syphilis sur la marche et la terminaison de la grossesse, sur la santé de la mère et celle de l'enfant.

L'étude de l'influence de la syphilis sur la marche et la terminaison de la grossesse repose sur un relevé comprenant 42 femmes syphilitiques, qui ont accouché ou avorté dans le service d'accouchement de l'Hôpital général de Montpellier pendant le cours de quatre années.

Ces 42 femmes sont divisées en quatre séries, comprenant :

1° Les malades qui ont accouché à terme d'enfants vivants;

2° Les malades qui ont accouché avant terme d'enfants vivants;

3° Les malades qui ont accouché à terme d'enfants morts;

4° Et celles qui ont avorté, et dont les enfants étaient morts à une époque plus ou moins avancée de la gestation.

La première série comprend 27 femmes, toutes atteintes de symptômes syphilitiques, et qui ont pu cependant porter à terme et sans accident aucun le produit de la conception. Les raisons de cette immunité, à laquelle, comme on le verra, les séries suivantes fournissent de nombreuses exceptions, se déduisent : pour les unes de la période de la syphilis; — beaucoup d'entre elles ne présentaient pendant la grossesse ou à une époque assez avancée, que des symptômes primitifs ou de transition (chancres, pustules plates); pour les autres, de l'efficacité du traitement auquel elles ont été soumises : le traitement mercuriel.

La deuxième série comprend trois femmes atteintes de syphilis constitutionnelle, dont l'une accouche au huitième mois d'un enfant qui ne vit que deux jours; l'autre, au même terme, de deux enfants atteints de pemphigus, et morts les troisième et quatrième jours; et la troisième, à huit mois et demi, d'un enfant qui succombe le douzième jour à une syphilide envahissant tout le corps.

La première de ces malades, atteinte de chancres, de pustules plates, de végétations et d'ulcérations à l'anus et dans la gorge, avait été soumise dans les salles à un traitement mercuriel dès le sixième mois de sa grossesse; mais elle ne l'avait suivi qu'incomplétement. L'autopsie de l'enfant n'a pas révélé de traces de syphilis.

La deuxième était entrée dans le service, enceinte de trois mois, pour une ulcération et une perforation de la voûte palatine consécutive à des chancres et des symptômes de syphilis secondaire (syphilide, ulcération à l'anus). On lui prescrivit un traitement par l'iodure de potassium : mais elle sortit au bout de huit jours pour revenir accoucher cinq mois plus tard de deux enfants chétifs, et qui ont succombé, l'un le troisième, l'autre le quatrième jour, avec tous les symptômes du pemphigus. L'un d'eux offrait, en outre, les altérations du poumon signalées par M. Depaul.

La troisième malade présentait un état fongueux du col, des pustules plates, des végétations, un écoulement utérin et vaginal. Soumise à un traitement mercuriel incomplet (50 pilules de proto-iodure de mercure), elle accouche à huit mois et demi d'un enfant chétif, malingre, présentant dès sa naissance l'aspect et les rides d'un petit vieillard, et chez lequel se développe le huitième jour une syphilide qui envahit tout le corps et s'accompagne d'ulcération dans le sillon naso-labial, à laquelle il succombe le douzième jour.

---

toujours donné raison; il est certain que le *chancre simple naît du chancre simple et se propage uniquement dans son espèce.*

Des expériences nombreuses, répétées sur toutes sortes d'animaux, ont prouvé que le chancre appartenait exclusivement à l'homme. Cependant, s'il pouvait rester encore quelque doute à ce sujet, relativement au chancre simple, il n'en est pas de même du chancre induré. Celui-là est bien le privilége de l'espèce humaine, et jamais on ne l'a vu, non plus que ses conséquences, dans aucune autre espèce de l'animalité.

A l'histoire du chancre simple et de ses conséquences, succèdent celle du chancre infectant, la description et le diagnostic différentiel de l'*induration*, qu'avec un peu d'habitude il est impossible de confondre avec la *dureté* des tissus enflammés que l'on constate maintes fois dans le chancre simple, et qui se produit si souvent après des cautérisations trop étendues ou trop profondes. C'est cette dureté acquise du chancre mou, facile à déterminer chez les animaux auxquels on avait voulu inoculer la syphilis il y a quelques années, qui a fait croire à quelques personnes à l'induration possible de l'ulcère primitif chez les singes, les chats, les cochons d'Inde, etc.

L'induration ne se rencontre jamais avant le troisième jour, jamais après le troisième septenaire. S'il doit s'indurer, le chancre s'indure dès le début, et il n'est pas vrai de dire que l'induration est une des terminaisons du chancre. C'est un accident de début, moins hâtif que l'ulcération, mais qui la suit de très-près en lui donnant une expression spécifique.

On a cru que le phagédénisme était une sorte d'immunité contre la vérole constitutionnelle; c'est là une grave erreur. M. Ricord nous a fait voir dans ses salles, au moment où il faisait ces leçons, un chancre infectant à forme phagédénique. Le phagédénisme n'est qu'un accident, une complication du chancre, et peut sévir sur l'une ou l'autre espèce d'ulcère. Seulement, par une prédisposition dont le secret nous échappe, il affecte le plus souvent la forme simple ou molle, à tel point que l'on peut le considérer, dans l'autre forme, comme une véritable exception.

Disons ici, en passant, et parce que cela nous paraît être un point de la plus haute importance, que l'on semble posséder aujourd'hui un spécifique, en quelque sorte, contre les terribles accidents que détermine le phagédénisme dans les plaies chancreuses. De simples pansements avec la solution de *tartrate ferrico-potassique* et l'administration du fer à l'intérieur sont venus, depuis quelque temps, à bout de la plupart des accidents de ce genre observés à l'hôpital du Midi.

Nous n'avons nullement la prétention de refaire, après et d'après M. Ricord, l'histoire du chancre et de ses conséquences dans leur ensemble. Nous ne nous adressons ici, bien évidemment, qu'à ceux qui connaissent la doctrine de l'illustre maître, et les limites d'un article bibliographique ne comportent pas des développements de ce genre. Ce que nous voulons ici, c'est présenter les points nouveaux de la doctrine de M. Ricord, et reproduire les réponses qu'il a cru pouvoir faire à certaines objections ou à certaines difficultés qu'on lui a présentées. Voici, parmi ces dernières, l'une des plus importantes.

M. Ricord professe, on le sait, que la syphilis constitutionnelle ne peut pas *se doubler*; en d'autres termes, que le chancre induré ne récidive pas, et que la diathèse syphilitique une fois établie chez un sujet, il ne peut en contracter une autre. Mais, d'autre part, lui dit-on, le chancre ne produit qu'un chancre semblable à lui-même. Exposons un sujet syphilitique à la nouvelle contagion d'un chancre induré, qu'arrivera-t-il? — Les faits répondent à cette question : le plus souvent, le sujet ne contractera pas de nouveau l'ulcère spécifique; l'observation démontre, le plus souvent, que l'inoculation du pus du chancre infectant sur un sujet déjà infecté sera sans résultat; mais si cependant il survient un chancre, ce sera un chancre simple, à base molle, et à la suite duquel vous ne verrez jamais se produire le bubon indolent pathognomonique.

Mais là se présente une nouvelle question du plus haut intérêt et d'une difficulté bien grande à résoudre.

Ce chancre, ainsi contracté par un individu vérolé, d'une personne portant une ulcération infectante, ce chancre, dis-je, à aspect mou, communiqué à un sujet vierge de tout antécédent syphilitique, que produira-t-il? — Un chancre mou comme lui-même, ou un chancre induré comme son ascendant? — En d'autres termes : Un sujet vérolé, porteur d'un nouveau chancre, peut-il transmettre la vérole à un sujet sain?

Les observations les plus récentes semblent prouver que le chancre à base molle, développé chez un sujet préalablement vérolé, peut quelquefois transmettre à un sujet sain un chancre qui s'indure et devient l'origine d'une syphilis constitutionnelle.

Dans la troisième catégorie, composée de quatre femmes atteintes de syphilis constitutionnelle, ayant accouché à terme d'enfants morts, on n'a trouvé que sur un seul du pemphigus; les trois autres n'ont pas présenté de traces d'affection syphilitique.

Huit femmes composent la quatrième série : malades ayant avorté et dont les enfants étaient morts à une époque plus ou moins avancée de la gestation. Elles étaient toutes atteintes de syphilis constitutionnelle. Mais il est bon d'ajouter que chez quelques-unes d'entre elles il y a eu coïncidemment des causes occasionnelles de diverse nature qui ont pu concourir à produire l'avortement.

Du reste, tout en tenant compte de ces circonstances qui peuvent modifier quelque peu le sens du résultat général, mais sans le changer fondamentalement, il ressort de l'examen de ces diverses séries la conclusion suivante : c'est que, si la syphilis a été peu fatale au produit de la conception en tant qu'accident primitif, elle entraîne les plus grands dangers pour le fœtus lorsqu'elle est passée à l'état de diathèse et a empoisonné l'économie tout entière.

M. Dunal, se demandant ensuite si l'avortement et l'interruption de la grossesse à une époque plus ou moins avancée provient alors de la maladie de la mère ou de la mort du fœtus — question que quelques auteurs tranchent dans le premier sens —, pense, au contraire, en se fondant sur quelques-uns des faits de cette statistique, que c'est la mort du fœtus qui est presque toujours la cause de l'avortement.

Une autre question surgit en présence des résultats que nous venons de faire connaître. On a trouvé dans quelques cas, sur les enfants, les signes ou les vestiges de l'infection qui les a fait périr; dans d'autres cas, on n'a pu constater que l'imperfection relative de leur développement; enfin, chez quelques-uns, tout indice de ce genre a manqué complétement. Faudrait-il, de ce que ces enfants n'ont présenté aucune des altérations signalées dans ces derniers temps comme les lésions spécifiques de l'infection syphilitique (altération du foie, des poumons ou du thymus), de ce qu'on n'a constaté non plus chez eux cette maigreur, cette décrépitude et ces rides, que l'on considère également comme les signes pathognomoniques de cette infection, conclure qu'ils n'ont point succombé à l'influence de la syphilis? — Telle n'est pas l'opinion de M. Dunal, qui s'appuie, entre autres preuves de l'opinion contraire, sur ce qu'il n'est pas rare de voir des enfants venant au monde avec toutes les apparences de la santé, et même d'une vigoureuse constitution, qui offre ensuite, dans un court délai, les manifestations syphilitiques les plus accentuées.

Dans les seize autopsies qu'il a faites, il n'a trouvé qu'une seule fois, chez un des trois fœtus atteints de pemphigus, l'altération des poumons signalée par M. Depaul, et une fois parmi tous les autres la lésion du foie décrite par M. Gubler. De la rareté des lésions caractéristiques constatées à l'autopsie, M. Dunal se croit fondé à conclure que les lésions viscérales ne sont pas nécessaires pour expliquer la mort du fœtus.

Si l'espace ne nous faisait défaut, nous aurions encore une autre question à soulever, qui est connexe aux deux précédentes; savoir, quelle a pu être l'influence du traitement sur les résultats constatés. Nous remettrons l'examen de cette question, ainsi que de quelques autres d'un égal intérêt, à la *Revue* prochaine.

KYSTE HYDATIQUE

du muscle fléchisseur sublime de l'avant-bras. — Kystes de même nature dans d'autres muscles du même sujet. — Présence d'un échinocoque dans l'hydatide;

Par M. le docteur Béraud, ex-prosecteur des hôpitaux.

Dans le numéro du 27 août 1857 de la *Gazette des Hôpitaux*, M. Eugène Nélaton a publié une observation de kyste fort curieuse, non-seulement au point de vue clinique, mais encore au point de vue de l'anatomie pathologique et de l'helminthologie.

S'appuyant à la fois sur cette observation et sur la vaste expérience de M. Ch. Robin, M. E. Nélaton a formulé la proposition que jusqu'ici les hydatides des muscles n'avaient pas présenté d'échinocoques dans leur cavité. Ce serait, en effet, comme il le dit lui-même, une particularité fort curieuse si cette proposition devenait une loi et si elle était confirmée.

Quant à nous, nous craignons bien que la loi ne se vérifie point. Un fait que nous avons observé il y a plus de deux ans, nous porte à avoir une opinion différente. Voici la relation de ce fait, qui d'ailleurs ne se rapporte qu'à la question d'anatomie pathologique.

Le 16 janvier 1855, M. Tarnier, interne des plus distingués des hôpitaux, sachant que nous nous occupions de recherches sur les kystes, eut l'obligeance de nous remettre une pièce recueillie par ses élèves sur un sujet livré à leurs dissections.

M. Tarnier nous dit qu'il avait vu des kystes semblables à celui qu'il nous présentait dans divers autres muscles du tronc; mais il ne se rappelait pas d'une manière précise le nom de ces muscles.

Quoi qu'il en soit, la pièce qu'il nous remit était prise sur un homme un peu avancé en âge, et elle était un fragment du muscle fléchisseur superficiel de l'avant-bras droit.

Voici le résultat de l'examen que nous fîmes immédiatement, avec le concours de notre excellent collègue et ami M. le docteur Legendre.

Nous voyons sur le bord du fragment du fléchisseur superficiel une tumeur du volume d'un gros pois située dans l'épaisseur des fibres musculaires, mais sur un plan plus rapproché de la face antérieure que de la face postérieure du muscle.

Cette tumeur a une forme ovoïde; elle a son plus grand diamètre parallèle aux fibres musculaires.

Elle est d'un aspect bleuâtre, un peu grise, et ce qui frappe tout de suite l'observateur, c'est sa transparence dans la plus grande partie de son étendue, et alors qu'elle est encore en rapport avec le tissu musculaire.

Je viens de dire que la transparence existait dans la plus grande partie de cette tumeur; il y avait, en effet, un point, un noyau blanchâtre, opaque, et qui faisait contraste avec le reste du kyste. Ce point, ou plutôt ce corps blanchâtre situé au centre de la poche, flottant dans le liquide, ne se déplaçait pas néanmoins quand on exerçait une compression sur la poche.

Cette pression nous fait constater que la consistance de l'hydatide est très-grande; mais cependant on parvient en augmentant la pression à faire céder la paroi, qui alors se fronce légèrement.

Après cet examen, nous avons procédé à l'étude de la structure du kyste.

Nous avons ouvert la poche, et nous avons alors trouvé une cavité à parois lisses. Un liquide limpide très-fluide s'est immédiatement échappé, entraînant avec lui un corps blanchâtre avec une membrane de même nature, ce qui n'était autre chose que le noyau opaque que nous avions déjà vu à travers les parois transparentes de la tumeur.

Quand ce liquide a été hors de la poche, celle-ci s'est affaissée d'une manière assez notable, et sa transparence a notablement diminué; sa surface s'est ridée.

Il nous reste donc à examiner quatre parties, savoir :

1° Le liquide;

2° Le corps blanchâtre;

3° Les parois de la poche;

4° Les tissus qui l'avoisinent.

1° Le liquide est limpide, très fluide, d'une transparence égale à celle de l'eau; il est peu abondant. Examiné au microscope, il ne laisse voir aucune partie solide dans son milieu. Nous ne l'avons pas soumis à l'analyse chimique.

2° Le corps blanchâtre a plus spécialement attiré notre attention. Ce corps présente les mêmes propriétés physiques que nous lui avions déjà reconnues alors qu'il était encore contenu dans le kyste. Il est opaque, d'un blanc grisâtre, du volume d'une grosse tête d'épingle; homogène, très-dur, la pression la plus forte ne pourrait l'écraser ni le diviser.

A un grossissement de 70 diamètres du microscope de M. Nachet, nous avons reconnu qu'il ne s'agissait pas d'autre chose que d'un échinocoque. Voici quels étaient ses caractères :

Cet animal offrait une tête, un tronc et un pédicule.

La tête était en dehors du corps. Nous l'avons dessinée au crayon pendant que nous l'observions au microscope. Elle présente une partie saillante en forme de mamelon, c'est la trompe de l'animal. Cette trompe était claire, transparente, vue de côté; elle paraît granuleuse et comme perforée quand on la regarde de face.

Au-dessous de ce mamelon, nous avons trouvé la couronne de crochets propre à l'échinocoque. La couronne était complète et constituée par deux rangées, l'une superficielle, l'autre plus profonde.

Immédiatement au-dessous des crochets, nous avons constaté et dessiné quatre ventouses dont deux sont circulaires, et les autres sont un peu ovalaires. Ces ventouses font une légère saillie au dehors, de manière qu'à leur niveau l'animal est plus gros; leur centre est finement granuleux.

Le tronc n'est séparé de la tête par aucune délimitation précise. La tête étant proéminente à l'extérieur, le tronc est un peu allongé, mais se rapprochant d'un ovoïde assez régulier. Les parois de ce tronc sont transparentes, et nous n'avons pas remarqué qu'il fût contractile, et cela se comprend, puisque le sujet était livré aux dissections depuis une dizaine de jours, et l'on sait que les échinocoques périssent vingt-quatre à quarante-huit heures après la mort de l'individu qui les porte.

Notre investigation ne s'est point portée sur les corpuscules de carbonate calcaire, qui existaient probablement ici et qui nous expliquaient l'opacité et la couleur blanc-grisâtre de l'animal, vu sans le secours du microscope.

De la partie inférieure de l'animal, c'est-à-dire de la partie opposée à la tête, rentrée un peu en dedans comme le cul d'une bouteille, l'on voit se détacher un pédicule membraneux, transparent, granuleux, qui se continue avec le tronc sans ligne de démarcation quant à la structure, mais par un petit rétrécissement eu égard à la configuration.

3° Les parois de la poche kystique se séparent en deux membranes; l'une, intérieure, qui n'est autre que la paroi de l'hydatide ou de l'acéphalocyste, est transparente, homogène, sans fibres; l'autre est extérieure; elle est composée par des fibres de tissu conjonctif ou cellulaire, et au milieu de ces fibres on voit même à l'œil nu de petits épanchements sanguins. Dans aucun point de la surface extérieure de cette poche on ne voit de fibres musculaires. Ajoutons que la membrane interne se séparait très-facilement de la membrane externe, qui est purement adventice.

4° L'examen au microscope et à l'œil nu des fibres musculaires qui environnent la poche nous a fourni les résultats suivants : les fibres musculaires sont écartées; elles décrivent une courbe autour du kyste, et puis on les voit se rejoindre au-dessous; il n'y a donc qu'un simple écartement.

Sur le bord de la coupe des fibres musculaires en contact avec la poche, on trouve seulement des fibres de tissu cellulaire analogue à celui qui constituait la poche que nous venons d'examiner. Du reste, pas d'atrophie, pas d'altération graisseuse dans le fléchisseur sublime, dans le voisinage de la tumeur.

Ainsi voilà un fait qui ne peut laisser aucun doute sur l'existence d'un échinocoque dans les acéphalocystes des muscles, et qui, par conséquent, est en opposition avec les faits observés par MM. Ch. Robin et M. Eug. Nélaton. Cependant nous ne pouvons nous empêcher de remarquer qu'ici, nous n'avons dans la poche qu'un seul entozoaire; tandis que le plus souvent, il en reste plusieurs, et dès lors, si notre observation ne vient pas infirmer absolument l'opinion de MM. Ch. Robin et E. Nélaton, l'ensemble des faits nous autorise à admettre que les échinocoques ne trouvent pas dans les muscles des conditions très-favorables à leur développement.

OPHTHALMIE

due à l'obstruction des conduits auditifs externes;

Par le docteur Busschaert, médecin-major au 41e de ligne.

Le nommé N..., âgé de quarante-deux ans, d'un tempérament lymphatique, badigeonneur de son état, portait depuis plusieurs mois une ophthalmie de l'œil droit. Divers traitements avaient échoué, entre autres les collyres d'eau de roses et de sulfate de zinc; en dernier lieu, le vésicatoire à la nuque, qui même avait augmenté le mal, ce qui est

---

Ici se présente encore une question grave, mais qui ne peut être résolue aujourd'hui que par des hypothèses: Ce chancre mou d'un sujet vérolé, susceptible de transmettre la vérole à un sujet sain, reconnaît-il nécessairement pour origine un chancre induré? ou bien, en passant ainsi par un sujet vérolé, le chancre simple acquerrait-il la faculté de produire un chancre infectant? — M. Ricord est tenté de croire que le chancre des sujets préalablement vérolés devient ou non infectieux d'après son origine. Issu d'un chancre induré, il conserve le caractère infectant; d'une source molle, il ne transmet qu'un chancre simple.

Tout ce que nous venons de dire sur les différences des deux espèces de chancre implique-t-il une différence de nature, comme l'ont pensé quelques auteurs, et faut-il en conclure, par exemple avec M. Bassereau, dont nous avons il y a quelques années analysé le savant ouvrage dans ce journal, *à la dualité du virus syphilitique?* C'était là, après les brillantes leçons de cette année de M. Ricord, la conclusion qu'attendait avec anxiété son nombreux auditoire; c'est là ce que se demandent, en touchant au terme du volume, les impatients lecteurs qui l'ont dévoré.

« Eh bien! messieurs, dit en terminant le professeur avant tout consciencieux et honnête, et peu soucieux de se lancer dans des hypothèses hasardées; eh bien! cette conclusion que vous demandez, je ne puis et personne ne peut vous la donner aujourd'hui. La lumière se prépare seulement sur ce grave sujet.... Toutefois, et quelques enseignements que nous apporte l'avenir, il me semble bien établi dès ce jour que l'*unicité* du virus syphilitique ne saurait être compromise dans cette question. La syphilis est *une* et ne saurait se dédoubler en deux entités morbides différentes. Lors même que l'on parviendrait à démontrer que les deux formes du chancre appartiennent à deux espèces pathologiques distinctes, cela prouverait simplement qu'à côté de la syphilis, il existe une affection étrangère se manifestant comme elle par un symptôme initial à pus contagieux et virulent, mais n'exerçant pas comme elle une action infectieuse sur l'économie. Il faudrait conclure, non pas à la dualité du virus syphilitique, mais à l'existence d'un second virus vénérien ou chancreux indépendant de la syphilis. En d'autres termes, il faudrait admettre deux virus, l'un appartenant à la syphilis et produisant le chancre infectant, l'autre étranger à la syphilis et produisant le chancre simple. — La dualité du virus chancreux n'est encore qu'une hypothèse que l'avenir jugera; l'unicité du virus syphilitique est une vérité jugée par l'expérience et le temps. »

Après avoir exposé les modifications nouvelles introduites par M. Ricord dans ses doctrines, modifications de détail qui, nous le répétons, ne touchent en rien aux bases du système si solidement établies depuis un quart de siècle, et qui ne sont pas près de succomber sous les coups de ses adversaires, disons un mot du livre et du jeune et intelligent disciple qui a recueilli et publié ces leçons.

M. Fournier ne s'est pas borné au rôle de sténographe; lui aussi a contribué pour une large part à la composition du livre. De longues notes où se trouvent consignées avec les faits et les pièces justificatives des remarques judicieuses, témoignent de sa sagacité et d'un rare talent d'observation. En publiant sous les auspices du maître, dont nous nous honorons d'être l'ami, l'histoire complète de sa doctrine syphiliographique, si regrettablement disséminée jusqu'à présent dans des mémoires isolés ou dans les notes de Hunter, il a rendu un immense service à ceux qui veulent réellement s'instruire, et a placé dignement son nom parmi ceux des élèves les plus distingués de M. Ricord, de MM. Diday, Bassereau, Melchior Robert, devenus maîtres à leur tour, et desquels nous sommes heureux de trouver cette occasion de rappeler les remarquables travaux.

Ajoutons enfin que l'on se tromperait singulièrement si l'on croyait ne trouver dans ce livre qu'un traité purement descriptif et théorique. C'est, au contraire, un ouvrage éminemment pratique, dans lequel l'auteur a réuni avec un soin tout particulier, dans des notes détaillées, la thérapeutique entière de M. Ricord, depuis les accidents primitifs jusqu'aux phénomènes constitutionnels les plus avancés, la nature diverse des médicaments suivant l'âge de la maladie, les doses moyennes auxquelles il convient de les employer, etc. Certes, ce n'est pas là un des moindres mérites du travail de M. Fournier, et c'est sûrement l'un de ceux qui seront le plus appréciés par les élèves et par nombre de praticiens dont l'éducation syphilitique laisse encore tant à désirer.

Dr A. Foucart.

assez ordinaire, d'après notre propre observation, en activant le mouvement fluxionnaire de la tête et en exaltant la susceptibilité de l'organe malade. J'ajoute que le séton ne m'a pas paru produire les mêmes inconvénients.

En raison du tempérament du malade, de la chronicité de l'affection et de la désorganisation de la conjonctive, nous crûmes à une maladie scrofuleuse générale que dénotaient d'ailleurs la bouffissure du visage, la rougeur et l'épatement des narines. On supprima le vésicatoire, N... fut mis au régime des amers, prit de l'iodure à l'intérieur; collyres de nitrate d'argent, en vue de modifier l'état local; plus tard, à diverses reprises, cautérisation directe, mais sans succès.

De guerre lasse, nous avions suspendu tout traitement, lorsqu'au bout d'une semaine une recrudescence se manifesta, mais cette fois sur l'œil gauche : on revint aux médications antécédentes, qui, au lieu d'amender les symptômes, les exaspérèrent, et nous eûmes à traiter une double ophthalmie.

Une révulsion énergique sur le tube digestif était indiquée ; en effet, à la suite de l'administration d'un gramme de calomélas, il y eut une débâcle suivie bientôt d'une amélioration très-notable. Dans l'espoir d'obtenir mieux encore de la salivation, nous fîmes prendre 20 pilules de protochlorure de mercure dans l'espace de vingt-quatre heures. Le ptyalisme survint, et pendant quelques jours qu'il dura, la trêve se maintint sans prévenir pourtant l'apparition de petites granulations sur les conjonctives. Il ne devenait plus possible dès lors de fonder grand espoir sur la médication.

Devant cette ténacité du mal et l'impuissance de remèdes généralement efficaces en pareilles circonstances, nous dûmes rechercher s'il n'existerait pas là une cause qui, par sa singularité même, aurait échappé aux investigations diagnostiques. Interrogé de rechef, le malade, dont la face n'avait cessé d'être très-vultueuse, nous apprit que la céphalalgie, habituelle chez lui, s'accompagnait dans les oreilles d'un bruit de souffle tellement violent, que le sommeil la nuit était souvent interrompu, et qu'au réveil il en résultait même parfois une surdité de plusieurs heures.

L'examen des cavités auriculaires fit constater la présence d'une quantité considérable de cérumen épaissi, dont la présence prolongée, cause incessante d'irritation au fond d'une cavité intra-crânienne, près des carotides, pouvait bien être la raison des battements, de l'agitation, de l'insomnie, d'une congestion de la partie antérieure de l'encéphale avec irradiation aux globes oculaires et à leurs annexes.

Quelques gouttes d'huile d'olives, préalablement portées dans les deux conduits auditifs, permirent, le lendemain, à de légères injections d'eau tiède, de faire sortir sans difficulté deux énormes bouchons de cérumen, agglutinant ensemble des poils nombreux et des débris exfoliés de muqueuse. Dès ce moment, et comme par enchantement, tout le cortége de symptômes disparut : cinq ou six jours après, les yeux avaient repris leur aspect normal et leurs fonctions.

Plusieurs fois déjà, nous avions eu occasion de rencontrer des céphalalgies intenses entretenues par le même état. Un malade portait depuis neuf mois, pour combattre des douleurs de tête opiniâtres, un séton à la nuque ; un curage auriculaire le débarrassa heureusement des unes et de l'autre. J'ai connu un militaire qui s'était fait inutilement saigner deux fois, pour se soustraire à la fatigue de bourdonnements intolérables ; il n'avait besoin que d'un simple nettoiement de l'oreille. Chez un troisième patient, sujet à des otalgies atroces, nous avons réussi, en provoquant l'issue de concrétions très-dures, qui avaient déterminé la perforation de la membrane du tympan.

En se reportant à cette filiation de phénomènes pathologiques, plus fréquente qu'on ne croit, on est porté à se demander si les hautes célébrités de la spécialité auristique ne doivent pas en grande partie aux bouchons cérumineux des oreilles l'honneur et l'argent qu'ils recueillent? Nous avons vu un auriste en vogue obtenir ainsi des succès fort constants dans un hôpital de Paris, — jusqu'au jour où, mis en garde contre cette nouvelle branche d'industrie, nous avons coupé court à ses triomphes.... en déblayant d'avance le terrain par d'abondantes injections aqueuses.

(*Gaz. méd. de l'Algérie.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 septembre 1857. — Présidence de M. BOUVIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Anus contre nature. — M. CHASSAIGNAC présente un malade qui était affecté d'un anus contre nature siégeant dans la fosse iliaque droite, tout à fait adossé au ligament de Fallope, et paraissant exister sur le cœcum.

Ce malade a été opéré une première fois par M. Chassaignac : il y eut insuccès. Une deuxième opération a été pratiquée par M. Rébard, dans le service de M. Velpeau. Cette tentative a été plus heureuse. L'observation a été publiée dans la thèse d'agrégation de M. Fouché. La guérison actuellement paraissait complete. Depuis près de trois semaines il n'était rien sorti par la fistule. En examinant aujourd'hui même la cicatrice, on a reconnu qu'il suintait encore quelques matières par un orifice presque imperceptible.

Tumeur de la face. Diagnostic. — M. MARJOLIN présente un petit enfant qui porte sur la joue gauche, vers l'angle de la mâchoire, une tumeur qu'à première inspection il considérait comme lipomateuse.

Après un examen attentif, il a été reconnu que cette tumeur transparente et fluctuante était formée par un kyste.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

M. DEGUISE, à propos du malade affecté d'exophthalmie qu'il a présenté dans la dernière séance, demande à M. Gosselin, qui l'a examiné, de vouloir bien donner son avis sur la nature de la maladie.

M. GOSSELIN a constaté chez ce malade une exophthalmie avec perte de la vue, sans symptômes de compression cérébrale ni tumeur extérieure appréciable à la vue ou au toucher. Il n'y a donc pas de tumeur intra-crânienne qui produirait la compression, ni tumeur de l'orbite; car les kystes ou autres tumeurs qui pourraient s'y trouver se montreraient au pourtour de cette cavité. On ne peut donc admettre qu'une tumeur du nerf optique.

M. Gosselin a vu sur des jeunes gens plusieurs cas d'exophthalmies avec perte de la vue, causées par des tumeurs du nerf optique, probablement de nature cancéreuse.

Quant au traitement, M. Gosselin conseille l'extirpation de la tumeur, accompagnée nécessairement de celle de l'œil, malgré les chances de récidive; car sans cela il n'y aurait d'autre parti que d'abandonner le malade à son sort.

— M. CHASSAIGNAC apporte à la Société les indications suivantes, relatives au rétablissement de l'urètre au moyen du cathétérisme urétro-vésical.

J'ai l'honneur de placer sous les yeux de la Société de chirurgie la date précise des communications qui établissent la part que j'ai prise à l'invention et à l'application clinique du cathétérisme rétro-urétral. C'est le nom que j'ai donné à l'opération par laquelle on retrouve et on reconstitue l'urètre en procédant de la vessie vers le méat.

Dans le numéro du 17 septembre 1844 de la *Gazette des Hôpitaux*, est publiée textuellement l'observation du premier malade chez lequel a été pratiqué le cathétérisme rétro-urétral.

Voici un court résumé de l'observation :

Delacroix (Jean-Baptiste), soixante-quatre ans, cordonnier, entré le 25 août 1844 à la Charité.

Nombreuses blennorrhagies antérieures traitées par les injections.

Cinq ans auparavant, accidents graves de rétention d'urine. Renouvellement des mêmes accidents il y a deux ans.

Le 24 août, rétention d'urine depuis douze heures. Cathétérisme négatif. Ponction hypogastrique de la vessie par M. Gerdy.

Je me trouve alors chargé du service.

J'introduis par l'hypogastre une algalie courbe que je fais pénétrer dans l'urètre par l'orifice vésical de ce conduit. Employant alors une deuxième sonde métallique introduite par le méat, pendant que la sonde hypogastrique reste en place dans la région prostatique de l'urètre, je parviens à obtenir le choc des deux instruments, et, me guidant sur la sonde hypogastrique que je refoule peu à peu avec le bec de la sonde urétrale, je conduis celle-ci jusque dans la vessie, et je reconstitue le canal.

Dans la séance du 26 août 1844, de la Société de chirurgie, publiée dans le numéro du 10 septembre de la *Gazette des hôpitaux*, j'expose à mes collègues le procédé opératoire que j'ai imaginé.

Enfin, dans les *Annales de thérapeutique et de toxicologie* de Rognetta, tome II, p. 261, numéro d'octobre 1844, après avoir rapporté l'observation détaillée du malade de la Charité, voici comment s'exprime le rédacteur du journal :

Puisqu'il est impossible, dit-il, de pénétrer dans la vessie par la voie ordinaire, et que, d'une autre part, une sonde introduite par l'hypogastre arrive facilement dans l'urètre, et par suite peut aisément changer la direction de la portion prostatique de ce canal, pourquoi n'essayerait on pas de pratiquer le cathétérisme par la vessie, en même temps que par la portion pénienne de l'urètre, afin qu'en conduisant les deux instruments à la rencontre l'un de l'autre, la sonde vésicale puisse frayer le chemin à la sonde pénienne? Cette prévision fut couronnée de succès. En se servant de deux sondes en argent, il a été facile de constater la rencontre des deux instruments par leur bec, en les faisant frapper l'un contre l'autre. Or, en poussant l'algalie urétrale en même temps qu'on retire peu à peu et sans interrompre le contact, la sonde vésicale, on obtient très-facilement l'écoulement de l'urine par la sonde urétrale.

La même manœuvre répétée avec une sonde urétrale élastique laissée alors en permanence autant que le malade peut la supporter, permet de reconstituer le canal dans sa continuité et dans sa direction.

M. VOILLEMIER fait observer que, dans les cas cités par M. Chassaignac, il s'agit simplement de malades qui ne pouvaient uriner, mais qu'il a eu raison de dire que ce procédé n'avait pas été employé avant lui, pour introduire par la vessie un conducteur, dont on se sert pour rétablir la continuité de l'urètre complétement interrompu.

M. CHASSAIGNAC ne comprend pas en quoi diffèrent les deux procédés.

M. VOILLEMIER répond que la différence consiste dans l'obstruction du canal. Dans un cas, le canal est perméable; dans l'autre, il y a fistule urinaire et oblitération complète de l'urètre au-devant de la fistule.

M. CHASSAIGNAC pense que le fait principal est l'introduction d'une sonde par la vessie, pour retrouver l'urètre; il soutient l'analogie des deux procédés.

M. GIRALDÈS a vu M. Roux mettre en usage ce procédé sur un malade atteint de rétention d'urine. Il fit la ponction vésicale, et introduisit dans la vessie une sonde, avec laquelle il chercha l'orifice de l'urètre, mais l'opération ne réussit pas.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Burggrave, professeur de chirurgie à l'Université de Gand, fait hommage de son mémoire sur les appareils ouatés dans le traitement des fractures.

— M. V. Masson offre à la Société le seul volume de l'annuaire médico-chirurgical des hôpitaux et hospices civils de Paris qui ait été publié.

— M. Verneuil dépose sur le bureau, de la part de M. Périat, une thèse inaugurale sur le bec-de-lièvre. Cette thèse, ajoute-t-il, renferme des documents historiques intéressants sur l'opération du bec-de-lièvre, et de plus l'auteur a traité la question des avantages qu'il y a à pratiquer l'opération chez les enfants nouveau-nés.

M. Démétropoulos adresse sa thèse sur le traitement des fistules vésico-vaginales, vésico-utérines et vésico-utéro-vaginales. M. Richet est chargé d'en rendre compte.

M. le docteur Fabrizi (de Modène) fait hommage de plusieurs mémoires imprimés; l'un sur la rhinoplastie, l'autre sur la médecine opératoire acoustique; le troisième renferme le résumé d'un voyage scientifique fait en Corse pendant les années 1845, 1846, 1847.

M. MARJOLIN dépose ensuite sur le bureau, de la part de M. Fabrizi, plusieurs moules de l'amputation sous-malléolaire, recueillis dans plusieurs hôpitaux de Londres. (Commission, MM. Huguier, Giraldès, Verneuil.)

M. VANZETTI (de Padoue) rapporte deux faits de guérison d'anévrismes poplités par la compression de la fémorale au moyen des doigts.

Après avoir été témoin à Dublin des différents efforts que les chirurgiens de cette capitale faisaient en 1843 pour obtenir la guérison des anévrismes par la compression, j'ai repris en 1844 mon service de clinique chirurgicale à l'université impériale de Kharkoff (Russie). Je me proposais alors de répéter ces essais, afin de pouvoir éviter l'opération sanglante. En 1846, le chirurgien de l'hôpital de la ville, M. Serebriakoff, me fit savoir qu'il avait reçu dans son hospice un militaire atteint d'anévrisme poplité, et me pria de l'opérer. Je conçus dès lors l'idée que, au lieu des moyens mécaniques pour faire la compression du tronc artériel, on pourrait se servir de la main de plusieurs aides qui se succéderaient. Je priai donc M. le docteur Sérébriakoff de faire un essai dans ce sens, et j'instruisis moi-même les personnes chargées de la compression, sur le lieu et la manière dont elles devaient la faire. La compression fut continuée pendant deux jours, mais sans effet, et j'opérai le malade par la ligature.

Sept années plus tard, c'est-à-dire en 1854, je fus appelé par la faculté de médecine de l'université de Padoue à la chaire de clinique chirurgicale de cette université. Peu de temps après l'ouverture des cliniques, j'y reçus un malade qui portait un anévrisme au jarret droit; c'était un maçon d'assez bonne constitution, âgé de trente-six à trente-huit ans. La jambe était assez fortement fléchie; aussi le malade boitait-il beaucoup et ne touchait le sol qu'avec la pointe des doigts. La tumeur anévrismale faisait déjà une saillie très-manifeste au creux poplité : elle était bien circonscrite, compressible. Les pulsations cessaient aussitôt que l'on comprimait l'artère fémorale. En un mot, pas de doute quant au diagnostic.

L'insuccès des essais que j'avais faits en 1846 avec la compression digitale me détermina à faire des tentatives avec un grand nombre de compresseurs, qui tous, après beaucoup de patience de ma part et beaucoup de gêne pour le malade, n'aboutirent à rien. Je fus donc sur le point de procéder à la ligature de l'artère fémorale; pourtant, avant de la pratiquer, je voulus faire un nouvel essai avec la compression digitale. Je pensais que si la première fois elle n'avait pas réussi, elle le pourrait peut-être cette fois-ci, que le malade se trouvait dans ma clinique même, où je pouvais par conséquent mieux diriger, mieux surveiller la compression, et la faire faire par mes élèves, que je n'avais pas à ma disposition lors de mon premier essai, mon premier malade se trouvant à l'hôpital, qui est hors de la ville.

J'ai donc fait pratiquer la compression par plusieurs aides, là où l'artère fémorale va passer au-dessous du muscle couturier : j'ai désigné ce point comme le plus opportun, ne voulant pas que la compression fût faite *au-dessus* de la *fémorale profonde*, qu'il n'était pas nécessaire d'oblitérer, et dont l'oblitération simultanée avec celle de la fémorale superficielle aurait peut-être pu causer la gangrène. Sa compression fut pratiquée avec une force *très-modérée*, cependant suffisante pour rapprocher les parois de l'artère, mais sans gêne pour le malade. L'aide faisait la compression debout ou assis, selon que cela lui était plus commode; tantôt avec une seule main, tantôt venant au secours de la main fatiguée en lui superposant l'autre main, ce qui permet à un seul individu de prolonger de beaucoup la compression avant de se faire remplacer par un autre aide. Après douze heures de compression, je crus remarquer une diminution considérable dans les mouvements d'expansion et de contraction de la tumeur. La compression fut continuée pendant la nuit, et le lendemain les pulsations de la tumeur étant devenues encore plus obscures, je fis continuer la compression toute la journée et toute la nuit suivante. Elle dura donc deux jours et deux nuits, époque à laquelle aucune pulsation, aucun bruit ne se faisant plus entendre, je la fis cesser.

Le malade depuis n'eut rien à souffrir. La tumeur du jarret disparut peu à peu. Je l'ai examinée plusieurs fois à différentes époques pour constater sa diminution progressive; la jambe se redressa au fur et à mesure que la tumeur disparaissait. Maintenant cet homme marche sans boiter et sans éprouver aucune gêne dans les mouvements de l'articulation du genou, et il continue à faire son métier de maçon. Je l'ai rencontré quelques jours avant de quitter Padoue.

Une année plus tard, c'est-à-dire en 1855, un officier du régiment des chasseurs en garnison à Vicence vint me consulter pour un anévrisme de l'artère poplitée du membre inférieur droit. C'était pendant les vacances, époque par conséquent où je ne pouvais le recevoir à la clinique. Je fis connaître à ce malade (jeune homme fort instruit, âgé d'environ vingt-sept ans) que j'avais quelque espoir de pouvoir le guérir sans opération, sans application d'appareils, sans douleurs et même sans gêne, en faisant faire seulement une compression modérée par des aides à la partie supérieure de sa cuisse : je lui indiquai l'endroit, je lui expliquai les effets que cette compression devait amener; je l'engageai à se faire cette compression lui-même pendant les vingt jours qui restaient jusqu'à l'époque où la clinique allait être ouverte. Comme ce jeune homme était fort intelligent, il suivit mes conseils : il se présenta de nouveau à moi comme il avait été convenu; la tumeur anévrismale me parut plus petite qu'auparavant; elle était un peu moins grande, un peu moins saillante que la tumeur du maçon dont j'ai parlé plus haut. Je confiai la compression de l'artère fémorale superficielle à six de mes meilleurs élèves, qui devaient se succéder et noter le temps pendant lequel chacun aurait pu continuer la compression.

Elle fut commencée à midi; à six heures du soir, je me rendis à la clinique pour visiter mon malade et pour m'assurer de l'exactitude avec laquelle mes élèves rempliraient mes ordres. Je trouvai mon malade plongé dans un profond sommeil : aucun des élèves n'était auprès de lui!

Le lendemain, j'appris que la compression avait été faite avec la plus scrupuleuse exactitude et si bien qu'à quatre heures du soir la tumeur anévrismale ne présentait aucun mouvement, et qu'on n'entendait aucun bruit; c'était pour ces motifs que la compression n'avait été continuée que jusqu'à cinq heures.

Ce militaire resta à la clinique un mois encore. Après plusieurs mois, il vint nous voir, comme nous l'en avions prié. Il n'y avait pas de claudication, et les mouvements de la jambe étaient libres; de plus, la tumeur anévrismale était convertie en un noyau solide de la grosseur d'une noisette.

J'aurai l'honneur de faire parvenir à la Société de chirurgie une histoire aussi exacte que possible de ces deux malades.

M. CHASSAIGNAC demande dans quel point on a fait la compression.

M. VANZETTI répond qu'elle a été faite vers le tiers moyen de la cuisse, dans le lieu que l'on choisit d'ordinaire pour la ligature.

— M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL communique, au nom de M. Michaud (de Louvain), deux cas d'anévrismes traités par la compression.

L. LABORIE.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 120. — MARDI 13 OCTOBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 120. — MARDI 13 OCTOBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 12 OCTOBRE 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nos lecteurs seront amplement dédommagés par la séance dernière du silence des deux ou trois séances précédentes. Pour procéder par ordre, nous avons à leur signaler : 1° une nouvelle observation de rhinoplastie par le procédé à double lambeau de la cloison sous-nasale, communiquée par M. le professeur Sédillot (de Strasbourg) ; 2° quelques observations présentées par M. Valenciennes, sur un cas très-rare de cœnure trouvé dans la moelle épinière d'un jeune mouton ; 3° un nouveau mémoire de M. Brown-Séquard sur les lois de l'irritabilité musculaire, la rigidité cadavérique et la putréfaction, qui ne paraît être que la première partie d'une série de recherches dont cet habile physiologiste se propose de faire connaître les résultats à l'Académie ; 4° un mémoire de M. James Pajet sur la cause des mouvements rhythmiques du cœur, dont on trouvera les conclusions à notre compte rendu ; 5° une note de M. Tavignot relative à une nouvelle méthode pour pratiquer l'opération de la pupille artificielle ; 6° une simple indication d'un nouveau remède contre la rage usité dans quelques parties de la Grèce ; et 7° enfin quelques autres mémoires ou travaux imprimés dont le *Compte rendu* ne nous donne que les titres.

INAUGURATION DE LA STATUE DE GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Hier dimanche 11 octobre, a eu lieu à Etampes, ville natale d'Etienne Geoffroy Saint-Hilaire, l'inauguration du monument élevé à sa mémoire par ses compatriotes. A midi un convoi express emmenait de Paris les députations de l'Institut, du Muséum, de l'Académie de médecine, de la Faculté des sciences; les membres de la commission du monument et un grand nombre de savants, de naturalistes et de médecins qui s'étaient spontanément réunis aux corps officiels et à la famille de Geoffroy pour accomplir ce grand acte de reconnaissance nationale. Cette nombreuse députation a été reçue à la gare d'Etampes par le préfet de Seine-et-Oise, président d'honneur de la commission, et par le corps municipal. Le cortége s'est immédiatement mis en marche, accompagné d'une escorte d'honneur, au milieu de la population entière d'Etampes et des communes voisines accourues pour assister à cette fête toute patriotique. Après quelques instants de repos dans les salons de la mairie, le cortége s'est rendu sur la place principale d'Etampes, où devait avoir lieu la cérémonie. A deux heures, la statue de Geoffroy Saint-Hilaire a été découverte, au bruit des détonations, des fanfares et des applaudissements de l'assemblée.

Cette statue, due au ciseau d'un jeune et habile statuaire, dont elle consacre la réputation, M. Élias Robert, enfant d'Étampes comme Geoffroy, représente l'illustre auteur de la philosophie anatomique dans l'attitude de la méditation et dans un de ces moments solennels où son esprit se recueille pour enfanter une de ces grandes idées qui marquent une étape dans la marche de l'esprit humian.

Le préfet de Seine-et-Oise, qui présidait la cérémonie, a ouvert la séance par une allocution dans laquelle, après avoir rendu hommage à la mémoire de l'illustre savant, il a rappelé la part que le gouvernement lui-même avait voulu prendre à cet acte de glorification de la science. Le maire d'Etampes, président de la commission du monument, a rendu compte ensuite des travaux de cette commission; et dans un langage aussi élevé qu'élégant, qui a provoqué de fréquentes interruptions et d'unanimes applaudissements, il a retracé les principaux traits de la vie de Geoffroy Saint-Hilaire, et s'est fait l'interprète des sentiments de juste orgueil de la population d'Etampes, en présence de ce monument destiné à perpétuer sa mémoire.

La part de la science est venue ensuite. Des discours ont été successivement lus : par M. Duméril, au nom de l'Académie des sciences; par M. Serres, au nom du Muséum; par M. Milne Edwards, au nom de la Faculté des sciences; par M. Michel Lévy, au nom de l'Académie de médecine; par M. Jomard, au nom de l'ancien Institut d'Egypte. La séance a été close par un discours de M. Darblay, député de l'arrondissement.

Nous regrettons que le défaut d'espace ne nous permette pas de reproduire quelques passages de ces discours, qui, avec des qualités différentes, ont été tous écoutés avec un égal intérêt et accueillis avec le même élan d'approbation.

Entre chacun de ces discours, la société chorale des Enfants de Paris a fait entendre les couplets d'une cantate composée pour la circonstance.

La cérémonie terminée, les conviés se sont disséminés par groupes dans les rues richement pavoisées de la ville; parmi les nombreux objets qui appelaient l'attention des visiteurs, on remarquait surtout, devant la façade d'une modeste maison, l'inscription suivante, tracée sur une table de marbre: *Maison où est né Etienne Geoffroy Saint-Hilaire le* 15 *avril* 1772.

A cinq heures, un banquet de quatre-vingts couverts a eu lieu dans la salle de spectacle, en face de laquelle s'élève la statue de Geoffroy. De nombreux toasts ont été portés, par le préfet à l'Empereur ; par le maire, aux illustres convives qui honoraient cette assemblée de leur présence, et à l'habile statuaire, M. Robert; par M. Drouyn de Lhuys, au président de la Société d'acclimatation, et au corps municipal d'Etampes par M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, qui a saisi cette occasion d'exprimer les sentiments de reconnaissance qu'il éprouvait en ce moment.

Enfin, la poésie a eu aussi sa part : des vers ont été lus par un habitant d'Etampes dont nous regrettons de n'avoir pu retenir le nom, et au nom de M. Eugène Magne, professeur agrégé des lettres, par son frère M. le docteur Magne, l'un des promoteurs et des organisateurs de la belle manifestation qui venait de s'accomplir.

La fête s'est terminée par un feu d'artifice et un bal à la mairie, qui a dû se prolonger très-avant dans la nuit.

M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, dont le nom a été souvent mêlé et confondu dans cette belle ovation avec celui de son illustre père, a dû ressentir pendant cette belle journée un bien juste et bien légitime sentiment d'orgueil.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. BAILLARGER.

Paralysie générale; délire hypochondriaque des déments paralytiques; mort rapide par diathèse gangréneuse (1).

L..., âgée de trente-trois ans, a été amenée à la Salpêtrière le 6 août 1855 dans un état d'exaltation très-prononcé. Elle parlait sans cesse et d'une manière incohérente, criait, gesticulait, insultait tout le monde, et n'avait conscience ni de ses paroles ni de ses actes. Elle n'éprouvait aucun embarras dans la prononciation, n'avait pas d'idées de grandeur; mais après quelques jours, quand l'agitation eut cessé, on s'aperçut que ses lèvres, ses membres étaient agités par des mouvements convulsifs, et qu'il existait entre les deux pupilles une notable inégalité. Aussi L... fut-elle classée parmi les paralytiques.

La marche des accidents confirma promptement ce diagnostic : le tremblement des lèvres augmenta; les bras, les jambes s'affaiblirent; la parole devint embarrassée; enfin, les idées de grandeur se manifestèrent avec des signes non équivoques de démence.

Après être arrivée à ce degré, la maladie de L... parut s'arrêter pendant un temps assez long : la démarche se raffermit, l'embarras de la parole ne fut plus qu'intermittent, les bras reprirent de la force, si bien que L..., quoique toujours en démence, put s'occuper dans la maison des travaux du ménage.

Il en était ainsi depuis dix-huit mois; aucun signe nouveau d'affaiblissement ne s'était produit, quand éclata tout à coup cette forme de

(1) Voir les numéros des 3 février et 9 mai.

LUCINA SINE CONCUBITU.

On trouvera dans l'article suivant, sous une forme mi-sérieuse, mi-plaisante, — et plus plaisante que sérieuse, — un spécimen curieux des idées singulières que l'on s'est fait, à certaines époques, sur la génération.

Arrêt du parlement de Grenoble rendu au profit d'une dame qui fit un enfant en l'absence de son mari et sans avoir eu connaissance d'aucun homme.

« Entre Adrien de Montléon, seigneur de la Forge, et Charles de Montléon, écuyer, seigneur de Bourglemont, gentilhomme ordinaire de la chambre du roi, appelants et demandeurs en requête du 26 octobre, tendant à ce qu'il fût dit que l'enfant duquel était alors enceinte Madeleine d'Auvermont, épouse de Jérôme de Montléon, seigneur d'Aiguemère, fût déclaré fils illégitime d'icelui seigneur son mari, et qu'en ce faisant, lesdits appelants et demandeurs seraient déclarés seuls héritiers et habiles à succéder audit sieur d'Aiguemère, d'une part;

» Et ladite Madeleine d'Auvermont, intimée et défenderesse à l'intervention de ladite requête, d'autre part;

» Et encore Claude d'Auvermont, écuyer, seigneur de Marsaigne, tuteur d'Emmanuel, jeune enfant depuis né, etc.

» Vu les pièces de production et sentence dont est appel; vu les requêtes desdits de la Forge et Bourglemont, contenant, entre autres choses, qu'il y a plus de quatre ans que ledit seigneur d'Aiguemère n'a connu charnellement ladite dame Madeleine d'Auvermont son épouse, ayant icelui sieur son mari, en qualité de capitaine de chevau-légers, servi au régiment de Pressensault;

» Vu les défenses de ladite dame d'Auvermont, au bas desquelles est son affirmation faite en justice, par-devant Mélinot, greffier en cette cour, soutenant qu'encore que véritablement ledit sieur d'Aiguemère n'ait été de retour d'Allemagne et ne l'ait vue ni connue charnellement depuis quatre ans, néanmoins que la vérité est telle, que ladite dame d'Auvermont s'étant imaginée en songe la personne et l'attouchement dudit sieur d'Aiguemère son mari, elle reçut les mêmes sentiments de conception et de grossesse qu'elle eût pu recevoir en sa présence, affirmant, depuis l'absence de son mari pendant les quatre ans, n'avoir eu aucune compagnie d'homme et avoir pourtant conçu et enfanté ledit Emmanuel; ce qu'elle croit être advenu par la seule force de son imagination; et partant, demande réparation d'honneur avec dépens, dommages et intérêts;

» Vu encore l'information en laquelle ont déposé dame Elisabeth d'Ailbriche, épouse du sieur Louis de Pontrinal, sieur de Boulagne;

» Dame Louise de Nacard, épouse de Charles d'Albret, écuyer, sieur de Vinages;

» Marie de Salles, veuve de Louis Grandsault, écuyer, seigneur de Vernouf;

» Et Germaine d'Orgeval, veuve de feu Louis d'Aumont, vivant, conseiller du roi, et trésorier général de la chambre des comptes de cette ville;

» Par la déposition desquelles il résulte qu'au temps ordinaire de la conception, avant la naissance dudit Emmanuel, ladite dame d'Auvermont, épouse du sieur d'Aiguemère, leur déclara qu'elle avait eu lesdits sentiments et signes de grossesse, sans avoir eu compagnie d'homme, mais après l'effort d'une forte imagination de l'attouchement de son mari, qu'elle s'était formée en songe;

» Ladite déposition contenant en outre que tel accident peut arriver aux femmes; qu'en elles-mêmes, telles choses leur sont advenues, et qu'elles ont conçu des enfants dont elles sont heureusement accouchées, lesquels provenaient de certaines conjonctions imaginaires avec leurs maris absents, et non de véritable copulation;

» Vu l'attestation de Guillemette Garnier, Louise d'Artault, Perrette Chauffage et Marie Laimant, matrones et sages-femmes, contenant leurs avis et raisons sur le fait que dessus et dont est question;

» Lecture faite aussi du certificat et attestation de Denis Sardine, Pierre Méraupe, Jacques Gaffié, Jérôme de Révisin et Léonor de Belleval, médecins en l'université de Montpellier;

» Informations faites à la requête du procureur général;

» Tout considéré :

» La Cour, ayant égard aux affirmations desdites femmes et médecins dénommés, a débouté et déboute lesdits de la Forge et Bourglemont de leur requête;

» Ordonne que ledit Emmanuel est et sera déclaré fils légitime et vrai héritier dudit seigneur d'Aiguemère;

» Et en ce faisant, ladite Cour a condamné lesdits sieurs de la Forge et Bourglemont à tenir ladite d'Auvermont pour femme de bien et d'honneur, dont ils lui donneront acte après la signification du présent arrêt; etc.

» Fait en parlement le 13 février 1537. »

Voici maintenant l'extrait d'une lettre d'Abraham Johnson, adressée à la Société royale de Londres, dans lequelle il est démontré que la femme est bien supérieure à l'homme et peut se passer de lui pour la reproduction de notre espèce :

Messieurs, les encouragements que vous ne cessez de prodiguer aux savants qui marchent sur vos traces, m'enhardissent à vous offrir une découverte extraordinaire et tellement nouvelle, que personne assurément n'osera me la contester.

Après quinze ans de soins et de travaux, j'ai eu le bonheur de découvrir que les femmes sont d'autant plus supérieures à nous, qu'elles peuvent concevoir et accoucher sans avoir aucune sorte de commerce avec les hommes. Je vais vous développer cette matière admirable.

Un jour que je fumais ma pipe devant ma porte, un gentilhomme

délire hypochondriaque dont nous avons plusieurs fois déjà signalé la fréquence chez les déments paralytiques.

L... refuse un matin de se lever parce que, dit-elle, elle n'a plus de jambes. On la tire par force de son lit, elle se laisse tomber. Elle ne veut plus parler, refuse de manger; « elle n'a plus de dents, elle n'a » plus de langue. » On lui fait tomber les dents, et elle dit qu'*il ne lui en reste plus que deux ou trois, et qu'elle ne les voit pas.* On lui montre sa langue dans une glace; elle répond qu'*elle n'en a presque plus, et que, comme elle est trop âgée, ce qu'elle a perdu ne pourra plus repousser.*

A l'entendre, tous ses autres organes ont également disparu : bouche, menton, yeux, oreilles, figure, tout lui manque. Ses mains, elle n'en a plus; son estomac est pourri; ses intestins sont bouchés; elle ne respire pas; elle n'a plus de sang; elle va mourir d'ici à peu.

Les jours suivants, L... répète les mêmes phrases, et exagère, s'il est possible, l'absurdité de son délire : « On la coupe en morceaux...; elle est toute pourrie...; elle n'est plus que poussière...; elle n'a plus que les os...; elle est déjà morte...; ce sont les draps du lit qui se collent à son corps et lui font plus de vingt peaux sur le ventre... » Elle ne repousse plus les aliments, mais prétend qu'elle ne mange pas, qu'elle n'a jamais mangé, « d'ailleurs les aliments qu'on lui pré» sente sont tous empoisonnés. »

Au milieu de ces conceptions délirantes, les idées de grandeur ont disparu; la parole est libre et facile; l'intelligence assez active. La figure exprime une certaine vivacité, la sensibilité est parfaitement conservée; restent seulement les symptômes du début, le tremblement convulsif des lèvres et des bras et l'inégalité des pupilles.

Mais des accidents d'une extrême gravité se sont déclarés. Quelques jours après l'apparition du délire, alors que L... est encore levée et dans un état général de santé en apparence très-bon, des eschares gangréneuses se montrent aux deux pieds, sur quatre orteils du pied droit, sur deux orteils du pied gauche, et en quelques jours les os sont mis à nu.

Un peu plus tard, une eschare se forme au sacrum, une autre au niveau de l'omoplate gauche; les eschares que l'on ne peut attribuer au décubitus dorsal, car la malade n'est couchée que depuis quelques jours, et, d'ailleurs, le point de départ de la mortification a été une partie du corps qui ne reposait pas sur le lit. Les eschares marchent avec une extrême rapidité : bientôt le sacrum est aussi mis à nu, de vastes clapiers gangréneux se forment, d'énormes décollements se produisent. Les accidents ne sont pas seulement bornés à l'extérieur du corps; la malade rejette par instants de larges crachats noirs et sanguinolents.

Sous l'influence de cette diathèse gangréneuse générale, L... perd promptement ses forces; sa figure s'altère, ses yeux deviennent caves, sa langue se dessèche, le pouls se ralentit, et elle meurt d'épuisement six semaines après la première manifestation du délire hypochondriaque.

Jusqu'au dernier jour, la parole était restée libre; la sensibilité et une certaine vivacité d'intelligence avaient persisté.

Autopsie. — Le crâne et la dure-mère étant enlevés, les deux hémisphères apparaissent sans trace manifeste d'atrophie. Sur deux ou trois points seulement, les circonvolutions forment, avec l'arachnoïde, de petites poches remplies par de la sérosité.

Les membranes sont minces, transparentes, généralement injectées. Sur l'hémisphère gauche, l'injection est beaucoup plus prononcée; les veines, volumineuses, sont gorgées de sang noir.

Entre ces membranes et les circonvolutions, il y a quelques adhérences au niveau du lobe moyen, près de la scissure de Sylvius, mais ces adhérences n'existent que dans une très-petite étendue, et sont toutes superficielles.

Les deux hémisphères pèsent 1,052 grammes.

L'hémisphère gauche est de 8 grammes plus lourd que le droit.

Le cervelet pèse 181 grammes.

De la base du cerveau et de l'intérieur des ventricules, il s'écoule 100 grammes de sérosité.

La substance grise des hémisphères paraît un peu plus molle qu'à l'état normal, surtout dans sa couche la plus superficielle. Elle est extrêmement pâle et anémiée; sur plusieurs points, c'est à peine si on la distingue de la substance blanche.

La substance blanche présente, dans toute l'étendue des deux hémisphères, un piqueté très-abondant.

Les ventricules latéraux présentent quelques granulations.

La substance grise du cervelet est saine.

La substance blanche offre le même piqueté que la substance blanche du cerveau.

Dans les cavités du cœur, dans les gros vaisseaux du thorax et de l'abdomen, on voit un sang noir et extrêmement fluide, entremêlé de paillettes brillantes qui semblent formées par de la graisse.

Les deux poumons sont congestionnés dans toute leur étendue.

Le foie est, au contraire, pâle et anémié. Un calcul volumineux existe dans la vésicule biliaire.

Les autres organes abdominaux sont parfaitement sains.

Cet exemple est d'une très-grande importance. Non-seulement il présente le tableau le plus complet de ce délire hypochondriaque que nous avons signalé dans la paralysie générale, mais il vient confirmer de la manière la plus probante deux faits déjà notés dans des observations publiées antérieurement : la gravité du pronostic et la fréquence de la diathèse gangréneuse chez les malades atteints du délire hypochondriaque.

Jusqu'ici, on n'avait signalé qu'une seule espèce de délire spécial chez les déments paralytiques; le délire ambitieux. Désormais il est bien démontré qu'on doit en admettre deux : le délire ambitieux est le délire spécial de l'excitation; le délire hypochondriaque est le délire spécial de la dépression. S'il est moins fréquent, s'il se produit moins de lui-même, s'il exige davantage qu'on le cherche, il n'est pas cependant moins que l'autre un signe caractéristique de la maladie.

Alors qu'il n'y a pas encore de symptômes bien tranchés de paralysie générale, le délire ambitieux nous fait craindre l'invasion de cette maladie. Dans des cas analogues, le délire hypochondriaque aidera de même au diagnostic. Le délire, en effet, a un cachet tout spécial, et ce n'est que dans la paralysie générale qu'on le trouve avec les caractères que nous avons déjà indiqués.

La femme L... n'a pas suivi les phases ordinaires de la paralysie générale. Elle était encore forte et robuste, travaillait au ménage, avait à peine un léger embarras dans la prononciation, quand tout à coup apparut le délire hypochondriaque. Six semaines après elle succombe avec des eschares au sacrum, aux orteils, aux omoplates. — L'autopsie ne nous montre ni épaississement, ni opacité, ni infiltration des membranes. A l'exception de quelques granulations ventriculaires et de quelques adhérences peu nombreuses et très-superficielles, il n'y a aucun des signes de la méningite chronique.

Le cerveau n'est pas atrophié; la substance grise est pâle et anémiée; la substance blanche présente un simple piqueté : il n'est donc pas possible d'admettre que ce soit par suite des désordres cérébraux que cette femme ait succombé. Rappelons d'ailleurs que jusqu'aux derniers jours, la malade parlait avec une extrême facilité, et n'a offert qu'un léger tremblement des lèvres, symptôme caractéristique des premiers degrés de la maladie. A quoi donc attribuer la mort? évidemment à un état général qui a eu pour première manifestation, six semaines auparavant, l'invasion du délire hypochondriaque, et qui a fait naître ensuite les eschares des orteils, du sacrum, de l'omoplate.

S'il nous était permis de hasarder une explication, nous verrions là le résultat de l'union de la paralysie générale et de l'état mélancolique. Quel est l'état qui entretient l'excitation dans la manie? Nous l'ignorons complétement, comme nous ignorons la condition générale de la prostration mélancolique. D'où vient cet état d'inertie, cette lenteur de conception, en un mot tout l'ensemble de symptômes qui constitue l'état mélancolique, et semble traduire au dehors une diminution de l'influx nerveux? Nous l'ignorons. Quel qu'il soit cependant, réunissez cet état inconnu à la paralysie générale, c'est-à-dire à une lésion matérielle des centres nerveux, et vous concevrez peut-être la rapidité de la mort, et, jusqu'à un certain point, de la diathèse gangréneuse.

Les malades atteints de paralysie générale peuvent se diviser en trois classes : les malades qui tombent graduellement en démence, sans offrir jamais aucun signe d'excitation ni de dépression. C'est la paralysie générale à l'état de simplicité. Les autres, qui offrent tous les degrés de la manie, depuis la simple excitation habituelle qui les avait fait classer dans un temps parmi les monomaniaques, jusqu'à l'agitation la plus complète. D'autres enfin qui offrent, réuni à la paralysie générale, l'état mélancolique, avec toutes ses nuances et tous ses degrés. Les malades des deux dernières classes présentent des états complexes. Lorsque la mélancolie est ainsi réunie à la paralysie générale, il y a deux causes de dépression au lieu d'une, et si cet état se prolonge, la marche de la maladie est plus rapide.

Je dois dire cependant en terminant, que cet état mélancolique accompagné de délire hypochondriaque, n'a, dans certains cas, qu'une durée très-limitée. Il disparaît subitement, et les malades reprennent leurs forces et reviennent à leur état antérieur. C'est ainsi que dernièrement une de nos malades paralytiques est sortie de l'hospice dans un état de rémittence assez complet, après avoir été pendant plus d'un mois dans un état de mélancolie et d'affaissement qui avait fait présager une mort prochaine. Mais ces faits sont exceptionnels, et, dans la majorité des cas, le pronostic reste tel que nous l'avons annoncé.

FRACTURE DE LA CUISSE GAUCHE

par un éboulement de gravier. — Sphacèle du pied et de la jambe par la compression des vaisseaux cruraux par un fragment.

Par M. Soulé, chirurgien en chef de l'hôpital St-André de Bordeaux.

Parmi les causes de gangrène, il en est une qui se trouve indiquée par tous les auteurs, c'est celle qui est produite par la compression d'un vaisseau. Cette variété, que l'on rencontre quelquefois lorsqu'un appareil trop serré comprime l'artère principale d'un membre, comme, par exemple, dans la fracture du bras, l'attelle interne pressant sur une compresse graduée appliquée sur le trajet de l'artère humérale, est très-rarement déterminée par la pression exercée par un des fragments; aussi croyons-nous devoir rapporter le cas suivant, observé par M. le docteur Soulé.

Le 11 juillet 1851, un ouvrier carrier âgé de vingt-quatre ans venait d'être renversé par un éboulement de gravier. Le fémur était fracturé dans son quart inférieur; en même temps, un épanchement sanguin considérable occupait la cuisse, principalement vers sa partie postérieure. Un appareil très-médiocrement serré et de pure contention fut appliqué sur ce membre.

Le 13, les douleurs se sont manifestées pendant la nuit. L'appareil est enlevé, et j'aperçois que tout le membre inférieur est gonflé et fortement distendu; cette tuméfaction est principalement appréciable à la cuisse, vers la partie postérieure de laquelle se remarquent des ecchymoses très-foncées.

A l'appareil de Scultet je fais succéder les lacs qu'emploie M. Jobert pour les fractures. Un lac d'extension fixe le pied du malade, sur lequel il exerce une traction continue, en même temps qu'un drap, passant sur le bassin, oppose une contre-extension suffisante. Quarante sangsues sont disséminées sur la cuisse; on favorise autant que possible leur écoulement.

Le 14, sensible amélioration. La cuisse est beaucoup moins tuméfiée. Vingt sangsues autour du genou.

---

du voisinage m'envoya chercher pour sa fille très-dangereusement malade, me disait-on, et dans un besoin pressant de secours. Quoique je n'eusse rien à faire pour le moment, j'alléguai une foule de prétextes, et je ne partis qu'après m'être bien fait prier, comme font les médecins qui veulent qu'on les croie accablés de malades. Arrivé près de la demoiselle, quelle fut ma surprise d'y trouver tous les symptômes ou plutôt les preuves d'une grossesse qui touchait à son terme?...

Néanmoins, comme les jeunes filles de qualité sont fort délicates, je ne lui parlai point de cela. Mais ayant fait passer le père dans une pièce voisine, je lui découvris que sa fille était sur le point d'accoucher. Peu s'en fallut à ces mots que le vieux baronnet ne me dévisageât. Cependant, s'étant un peu remis, il tourna toute sa fureur contre sa fille et sa femme, les accabla d'injures, et leur fit des menaces terribles. La jeune fille, encore ingénue et *vraiment innocente*, montra plus d'étonnement que d'effroi aux premières clameurs de son père.

La mère me traita de monstre, de calomniateur; elle m'accabla de tant d'outrages, que je sortis tout plein d'indignation. Mais les fureurs de cette famille se calmèrent bientôt, car le lendemain on eut besoin de moi pour l'accouchement de la jeune fille, qui mit au monde un malin petit garçon, au grand détriment de son honneur et à l'avantage du mien.

Ce qui me causa une surprise inexprimable, c'est que, bien qu'elle fût mère, la nouvelle accouchée protestait toujours de son innocence, et prenait le ciel à témoin qu'elle n'avait jamais souffert les approches d'aucun homme. Toutes les fois que je la revis, elle me répéta la même chose, en versant des torrents de larmes et en priant le ciel de l'accabler de ses foudres si elle avait perdu sa virginité.

Elle était si persuasive, que, malgré l'évidence, je commençais à croire sans y rien comprendre qu'elle ne me trompait point, et qu'il y avait là-dedans quelque chose qui passait mon intelligence. Mes doutes se dissipèrent davantage au bout de quelques années, en lisant un passage de la *Religion démontrée* du grand et sublime Wollaston.

Ce grand philosophe, après avoir discuté profondément, dans la cinquième section de son incomparable ouvrage, cette importante question qu'il applique à la nature humaine : Si l'œuf a été créé avant la poule, ou la poule avant l'œuf; ce grand philosophe, dis-je, fait ce raisonnement :

« Il est prouvé qu'il y a de petits animalcules de toute espèce formés dès le commencement du monde par le Tout-Puissant, pour être la semence de toutes les générations futures. Si cette semence ou ces animalcules passent, comme il n'en faut pas douter, avec les aliments ou avec l'air qu'on respire dans le corps des mâles, et se transmettent ensuite, par des couloirs propres à cette fonction, dans le sein des femelles, où ils prennent leur croissance, pourquoi ces animalcules ne seraient-ils pas reçus directement par la femme? Pourquoi l'enfant que cette semence produit ne se formerait-il pas dans le sein de la mère sans avoir passé par le corps de l'homme? En un mot, pourquoi une femme ne pourrait-elle pas devenir enceinte sans le concours d'un mari?... »

La lecture de ce passage me fit faire les plus sérieuses réflexions. Si c'est là le mystère de la génération, me dis-je (et l'expérience m'a depuis convaincu qu'il en était ainsi), il est naturel qu'une fille ou une veuve puisse devenir enceinte sans mériter le plus petit blâme. Une seule chose m'embarrassait encore; j'ignorais dans quelle partie de l'air flottaient ces animalcules, et comment je pourrais les découvrir.

La lecture fort heureusement vint une seconde fois à mon secours. Je profitai avidement de ce passage admirable des *Georgiques*, où Virgile assure, avec les grâces ordinaires de sa poésie, que « les juments, dès que le printemps arrive, s'enflamment des feux de l'amour, montent sur les plus hauts rochers, s'y arrêtent, se tournent vers le soleil couchant, respirent l'air que le vent leur apporte, et par un prodige étonnant, le souffle seul du zéphyre suffit pour les rendre mères, sans qu'elles se soient accouplées. Elles courent ensuite, ajoute le poëte, à travers les vallons et les montagnes, ne se tournant jamais vers l'orient, mais toujours vers le nord ou vers le midi.

Or, personne ne doute que Virgile ne soit aussi grand physicien qu'il est excellent poëte; et comme tous les naturalistes conviennent qu'il y a une parfaite conformité dans les procédés de la nature, j'en conclus que le zéphyre pouvait également engrosser nos dames, par le moyen des animalcules dont il est chargé pour toutes les races.

Après bien des essais, je vins à bout de fabriquer une machine cylindro-catoptrico-rotundo-concavo-convexe, dont je donnerai incessamment la figure au public. Je plaçai cette espèce de trappe vers l'occident, et lorsque je fus en possession d'une quantité suffisante de ces animalcules, de ces germes originaux d'existence, je les fixai devant moi, non sans bien des peines, pour en démêler les espèces, à l'aide d'un microscope excellent. Je triai ceux qui me parurent destinés à notre propre reproduction; je les plaçai avec le plus grand soin sous un bocal de fin verre, et je distinguai avec mon microscope que ces animalcules étaient de petits êtres humains de l'un et l'autre sexe, exacts dans tous leurs membres, dans toutes leurs proportions.

Que de réflexions ce spectacle me fit faire! Ce petit atome que je vois à peine, me disais-je, pourra quelque jour devenir un Alexandre, cet autre un Démosthène, celui-ci un grand seigneur, celui-là un danseur de corde. J'ai peut-être ici, ajoutais-je, des héros, des législateurs, des monarques, pour qui le monde ne sera pas assez grand!

Ce premier succès m'ayant, comme vous pouvez croire, donné bon courage, je voulus achever mon expérience, et m'assurer que mes animalcules achèveraient de croître dans le sein d'une femme sans le concours d'aucun homme.

La grande difficulté (m'étant décidé à tout tenter sur une simple servante) était d'en trouver une qui eût encore de l'innocence, et j'eus bien de la peine à faire mon choix. Enfin, ayant pris ce qui me sembla le moins mauvais, j'enfermai cette fille dans ma maison pendant une année; et bien certain que, pendant ce laps de temps, elle n'avait pas même aperçu d'autre homme que moi, je me déterminai à commencer sur elle mon expérience. Mêlant quelques animalcules dans une com-

Le 15, la détuméfaction continue, et un commencement de résorption est remarqué dans les ecchymoses. Le pied est depuis deux jours très-froid, et le malade y ressent une sensibilité bien plus obtuse. Des boules d'eau chaude sont disposées tout autour de lui.

Le 19, jusqu'à ce jour, l'état du malade est à peu près le même. L'amendement commence du côté de la cuisse, mais le pied est toujours froid. Trois larges incisions sont pratiquées sur la jambe, vers la partie inférieure; leur étendue est de 9 centimètres environ; elles comprennent la peau et l'aponévrose.

Le 20, deux nouvelles incisions.

Le 21, le soulagement éprouvé par le malade est marqué; mais quelques phlyctènes noirâtres existant sur le membre sont du plus fâcheux augure.

Le 22, le malade a passé une fort mauvaise nuit; la gangrène a fait des progrès, et ne permet pas de différer une opération réclamée par le malade depuis la veille.

L'amputation de la cuisse fut pratiquée à deux heures; on fut obligé d'agir très-haut, à raison de la fracture; les tissus incisés, fortement ecchymosés, fournirent un écoulement sanguin de nature veineuse, qui fut très-abondant, et qui se prolongea plusieurs heures après l'opération.

La détersion de la plaie ne fut complète que le huitième jour. Le dixième, un frisson indice de l'infection purulente se manifesta: le malade succombait le seizième jour après l'opération.

L'examen du membre démontra que la presque totalité des muscles de la jambe étaient réduits en bouillie putrilagineuse. Le pied ne présentait aucune trace de décomposition; son aspect, sa couleur étaient exactement les mêmes que du vivant du malade.

La cause du sphacèle nous parut résider dans l'oblitération des vaisseaux par suite de la compression qu'exerçait sur eux le fragment inférieur, qui, ayant éprouvé un mouvement de bascule, portait directement sur eux. Des tractions énergiques ne purent pas détruire cette fâcheuse disposition. Il existait dans l'artère un caillot qui s'étendait depuis deux pouces environ au-dessus du point de compression jusqu'à la division de la poplitée. Du reste, perméabilité des jambières et de la péronière; un caillot existait pareillement dans la veine. Il y avait ainsi deux causes de sphacèle.

Les cas de la nature de celui-ci sont, avons-nous dit, rares; le diagnostic ne pourrait guère en être porté que par la méthode d'exclusion, surtout dans les circonstances où nous nous trouvions dans ce cas. Voyant, en effet, les phénomènes de gangrène se manifester, nonobstant un amendement marqué dans l'état des tissus environnant la cassure, alors qu'aucune cause de constriction n'est point là pour l'expliquer, le chirurgien est, je crois, en droit de supposer que le sphacèle reconnaît pour cause un obstacle à la circulation par compression des vaisseaux, surtout si, comme chez notre malade, la jeunesse et un état de santé satisfaisant avant l'accident doivent raisonnablement éloigner l'idée de toute cause interne ou locale antérieure. (*Union méd. de la Gironde.*)

OBSERVATIONS DE HERNIES ÉTRANGLÉES

réduites par l'usage de la belladone.

Par M. David aîné, D.-M.-P.

Il est des faits pratiques que l'on ne saurait trop souvent reproduire dans les recueils périodiques; une première fois ils peuvent échapper à l'attention, mais ils finissent toujours par frapper le lecteur à ce point qu'il ne manquera pas de les expérimenter avant que de les condamner ou de les accepter comme faits acquis à la science. Tel a été sur mon esprit, depuis une année environ, l'effet produit par la lecture de diverses observations de hernies étranglées réduites par l'administration de l'extrait de belladone à l'intérieur. Je regardais véritablement comme une conquête inappréciable pour l'humanité et pour le praticien l'emploi d'un moyen aussi simple, en comparaison de l'opération toujours si grave et si délicate par l'instrument tranchant. Malgré moi je doutais d'une telle efficacité, et aujourd'hui, par l'expérience des deux faits que j'ai l'honneur de vous adresser, joints à tous ceux déjà cités dans divers journaux depuis quelque temps, j'ai la profonde conviction que désormais, pour la réduction des hernies étranglées, l'emploi de la belladone sera la règle générale et le bistouri l'exception.

Dans ces deux observations, *absolument rien autre chose* que l'extrait de belladone n'a été administré aux malades, et dans ces deux cas, en moins de quatre heures, la réduction s'est opérée avec la plus grande facilité.

Obs. I. — Dans le mois de mai dernier, je fus appelé la nuit en toute hâte pour donner mes soins au nommé Pouillat, entrepreneur de travaux à Nevers, qui dans la journée avait été pris, à la suite d'un effort violent, de tous les signes de l'étranglement d'une hernie inguinale gauche de volume moyen. Tous les signes de l'étranglement existaient à leur suprême degré; les parties herniées étaient tellement tendues, dures et sensibles, qu'il me fut impossible d'opérer le taxis plus de quelques instants: vomissements à odeur stercorale très-fréquents, ventre ballonné et très-sensible à la pression, anxiété extrême, constipation opiniâtre, pouls petit, sueurs froides; le malade, quoique très-méticuleux, est en proie à de telles souffrances qu'il demande l'opération avec instance.

Les accidents ne datant que de douze heures, je repoussai, pour le moment du moins, toute idée d'opération, et j'administrai à mon patient de demi-heure en demi-heure une demi cuillerée à bouche d'une potion faite avec 60 grammes d'eau distillée, 30 grammes de sirop de fleurs d'oranger et 25 centigrammes d'extrait de belladone. Je surveillai moi-même la stricte exécution de ce que je prescrivais. Dès la deuxième dose de la potion, le malade se trouva beaucoup mieux, la douleur était moins vive, la rigidité de l'anneau diminuée; et après la troisième demi-cuillerée, le malade fit rentrer la hernie de lui-même et sans difficulté. Je fis cesser immédiatement l'usage du médicament; le malade rendit des gaz, puis des matières fécales, et n'eut bientôt plus que le souvenir d'atroces souffrances.

Obs. II. — Le 26 septembre dernier, je fus appelé pour le nommé Béguinot, cultivateur à Nevers, qui, au dire des différentes personnes qui vinrent réclamer successivement mes soins, trois fois en moins d'un quart d'heure, souffrait horriblement depuis quelques heures de coliques qui lui faisaient implorer la mort comme terme de ses souffrances.

Béguinot a soixante-neuf ans, et depuis sa jeunesse il a une hernie inguinale droite, pour la contention de laquelle il porte habituellement un bandage. Ce matin, à la suite d'un effort pour soulever et porter à sa cave un lourd sac de pommes de terre, sa hernie s'est étranglée et a acquis un volume énorme. Contre son habitude, ce matin-là, Béguinot avait négligé de mettre son bandage. Espérant faire rentrer sa hernie comme cela lui était déjà souvent arrivé, notre malade fit des efforts prolongés, mais infructueux; j'arrive et je constate les signes suivants après huit heures environ d'étranglement. Le scrotum est envahi par une tumeur du volume du poing, le testicule est comprimé à sa partie la plus déclive; cette tumeur est tellement sensible à la moindre pression, et même par le plus léger mouvement, que le malade demande qu'on l'ouvre; impossible d'en opérer la réduction par le taxis, devenu du reste pour ainsi dire impossible par la douleur qu'il occasionne, et tous mes efforts à cet effet échouent complétement. Bientôt un hoquet très-fatigant, puis des vomissements surviennent, la figure du malade se grippe et se recouvre d'une sueur froide, tant sont grandes ses souffrances et ses angoisses; il demande l'opération avec instance; je résiste à ce désir, en me réservant d'y accéder dans le cas où la belladone ne me réussirait pas.

J'envoyai chercher de suite la même potion que dans le cas précédent, et dès la quatrième dose, après une amélioration successive à partir de la première, sans narcotisme, sans hallucinations, avec une simple disposition au sommeil, l'anneau inguinal se détendit, un long gargouillement se fit entendre, et toutes les parties herniées rentrèrent sous la pression très-légère des doigts, qui les suivirent autant qu'ils les poussèrent dans l'abdomen.

En joignant ces deux faits à tous ceux déjà publiés par d'honorables confrères, n'arrivons-nous pas à une conclusion très-satisfaisante sur l'emploi spécial de la belladone en pareille circonstance? Ne serait-ce pas un bien éminent service rendu à la science et à la pratique, que de consacrer comme un principe ayant en quelque sorte force de loi, l'usage très-souvent héroïque de l'extrait de belladone avant que d'en venir à l'opération souvent si difficile et toujours si chanceuse par l'instrument tranchant?

Comment agit la belladone? Dilate-t-elle l'anneau inguinal comme elle dilate la pupille? Ou bien modifie-t-elle la cause qui le contracte par une action spéciale? Là n'est point la question; et sans entrer dans des suppositions qui nous entraîneraient trop loin et hors de notre sujet, restons dans le champ de l'expérience, je dirai presque de l'empirisme, appuyés que nous sommes sur des faits consciencieusement observés; et disons à nos confrères: **Avant que d'opérer les hernies étranglées, n'oubliez jamais d'employer la belladone, qui vous évitera bien souvent d'avoir recours à ce moyen extrême.**

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 octobre 1857. — Présidence de M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire.

Rhinoplastie. — M. Sédillot communique à l'Académie une nouvelle observation de rhinoplastie par le procédé à double lambeau de la cloison sous-nasale.

Le malade, compositeur d'imprimerie, âgé de vingt ans, avait été atteint dix-huit mois auparavant d'un lupus dont les cicatrices existaient encore sur différents points du visage, et il avait perdu toute la portion du nez située au-dessous des os nasaux. L'aspect hideux de cette difformité et la crainte de la contagion faisaient repousser ce malheureux de toutes les imprimeries où il eût pu travailler, et il était venu réclamer nos soins à la clinique de la Faculté de médecine, en déclarant qu'il était à bout de ressources, et que si nous ne le guérissions pas il n'avait plus qu'à mourir.

Nous l'opérâmes le 19 mai 1857, et nous le fîmes photographier vers la fin du mois de juillet suivant. L'épreuve que nous mettons sous les yeux de l'Académie permettra d'apprécier les résultats obtenus, en montrant une deuxième fois les avantages du double lambeau de la cloison sous-nasale.

La conservation du pédicule du lambeau frontal prévient l'affaissement et le glissement du nouveau nez, et l'adossement des lambeaux empruntés au front et à la lèvre supérieure, donne à l'extrémité libre du nez une résistance et une saillie qui en conservent les formes.

On ne saurait établir de légitime parallèle entre la rhinoplastie et les nez artificiels supportés par des lunettes auxquelles plusieurs personnes n'ont pas craint d'accorder la préférence. Comment méconnaître l'impossibilité, pour des ouvriers ou de jeunes militaires, de vivre parmi leurs égaux avec un nez artificiel qui sera enlevé, caché, écrasé ou lacéré à la moindre dispute, ou même par le seul entraînement de plaisanteries odieuses et brutales. La rhinoplastie nous paraît donc une véritable nécessité, et la chirurgie doit s'efforcer de la rendre innocente et efficace par la simplicité et la précision de ses procédés. Les dangers en ont été fort exagérés, et avec la précaution de ne pas tenter la réunion immédiate de la plaie frontale, de conserver le pédicule du lambeau, de ne pas contondre les surfaces traumatiques et d'éviter la tension des téguments, on prévient facilement tous les accidents. Quant à la régularité des formes, on peut certainement obtenir des restaurations assez parfaites pour expliquer l'enthousiaste admiration des Bolonais envers Tagliacozzi, et s'il est vrai que les rhinoplasties complètes réussissent mieux par la méthode indienne, nous sommes disposé à rendre plus de justice à la méthode italienne pour les rhinoplasties partielles. Le principal, si ce n'est le seul obstacle à l'adoption

position chimique, je la fis prendre à cette fille comme une médecine.

En six mois, ma potion avait fait un effet très-visible. Qu'on s'imagine, s'il se peut, la joie que je ressentis, lorsque je reconnus pour la première fois les symptômes d'une grossesse. Un matin que, seul dans mon cabinet, je réfléchissais sur mes heureux travaux, cette fille vint me trouver les larmes aux yeux, et me pria instamment de lui dire s'il était possible d'enfanter au bout de trois ans?...

Je compris sur-le-champ le but de cette demande. Cependant, affectant un air d'ignorance et prenant la gravité de ma profession, je lui enjoignis de s'expliquer plus clairement. Alors elle me bégaya d'une voix entrecoupée de sanglots: « qu'elle était étonnée de certains symptômes...; que le ciel était témoin de sa sagesse; qu'elle ne savait ce qui se passait chez elle, mais qu'elle avait tout lieu de se croire vraiment enceinte...; que cependant elle pouvait jurer sur ce qu'il y avait de plus sacré, qu'elle n'avait pas été... touchée par aucun homme depuis trois ans.— Ainsi donc, lui dis-je, vous vous êtes rendue coupable d'incontinence il y a environ trois ans?

Je m'occupai de la tranquilliser sur son état; et je lui donnai à croire que sa grossesse actuelle remontait au temps où elle avait été faible. Au bout de neuf mois elle mit au monde un bel enfant qui promit de bien vivre, et que j'ai élevé sous mes yeux comme mon propre fils, malgré les caquets et les calomnies du voisinage.

De tout ce que je viens de vous dire, messieurs, vous devez conclure, ainsi que moi, qu'une femme est dans le cas de concevoir et de faire des enfants sans avoir commerce avec aucun homme. Le monde a donc été pendant plus de six mille ans dans la plus grande erreur, et probablement il y serait resté longtemps encore si je n'étais né tout exprès pour dissiper les préjugés ridicules dans lesquels nous sommes élevés.

Quelques philosophes de l'antiquité avaient effleuré ce même sujet que je traite, mais sans s'y arrêter, et comme s'ils n'avaient fait que l'entrevoir. Aussi, ai-je lieu de croire qu'on ne me disputera pas le mérite de la découverte.

Mais afin d'épargner aux critiques la peine de chercher dans ces vieux auteurs (dont les mânes puissent reposer en paix!) ce qui se rapporte à mon sujet, je vais produire moi-même ces passages. J'ai déjà cité Wollaston et Virgile. Galien, dans son célèbre *Traité de la rougeole* (1), dit que le genre humain fut infecté de cette maladie par le moyen d'une femme née sans le concours d'un père.

Hippocrate nous apprend que sa mère n'avait eu aucun commerce charnel avec son père pendant les deux années qui précédèrent sa naissance; mais que, se promenant un soir dans son jardin, elle se sentit tout à coup agitée d'une sensation extraordinaire, et qu'elle regardait ce moment comme celui de sa conception, sans pouvoir la comprendre.

Les mythologistes disent qu'Hébé et Mars n'eurent point de père; que Junon conçut la première en mangeant un morceau de chou, et le second, par le seul attouchement d'une fleur qu'elle reçut de Flore. Je me flatte qu'à l'avenir on dira que Junon avait avalé quelques-uns de nos petits animalcules.

Diodore de Sicile rapporte qu'une certaine sorcière d'Egypte se vantait de pouvoir devenir enceinte sans le secours d'aucun homme, et voulait, à cause de cet avantage, se faire passer pour la déesse Isis. Mais malheureusement... elle fut prise en flagrant délit d'imposture, et fut forcée de quitter le pays.

Enfin, Tite-Live raconte qu'une femme ayant fait naufrage dans une île déserte, y accoucha de deux jumeaux après avoir passé neuf ans sans apercevoir aucune trace d'homme.

Mon nom figurera donc avec celui de ces hommes illustres qui ont inventé tant d'arts utiles!... Je crois d'ailleurs avoir mérité par là la reconnaissance du beau sexe, dont je mets la réputation à l'abri de la calomnie!...

Je suis, messieurs, etc. Abraham Johnson.

Pour copie conforme, Dr Depautaine.

(1) Ce passage de Galien ne se trouve pas dans son *Traité de la rougeole*, mais dans son *Commentaire sur les dents du dragon*, où il prouve qu'il n'est pas étonnant qu'une dent jetée en l'air puisse produire un homme.

M. le professeur Trousseau nous prie de rectifier une erreur qui s'est glissée dans la rédaction du compte rendu de sa dernière leçon clinique. Celui de nos collaborateurs qui rend compte de ses leçons lui a fait dire, en parlant du tintement métallique dont les variétés divers sont partout indiquées: « *Ce bruit d'airain est un signe pathognomonique de la présence de l'air dans la cavité pleurale, et je crois avoir été le premier à l'indiquer.* »

M. Trousseau récuse l'honneur qui lui est attribué ici par notre collaborateur, honneur qu'il n'a jamais revendiqué et qui est le fait d'une confusion. « Je crois, dit-il, être le premier qui ait employé un procédé particulier de percussion pour constater ce tintement métallique que l'on peut comparer au bruit qui se produit quand on frappe sur un vase d'airain; mais le signe lui-même appartient à l'immortel auteur de l'auscultation médiate, comme chacun sait. »

Nous nous empressons de souscrire à l'honorable susceptibilité un savant professeur en faisant cette rectification.

de cette méthode, était l'extrême difficulté de fixer le bras et la tête et de les maintenir juxtaposés dans des rapports invariables. Notre bandage céphalique pour les plaies du cou, joint au bandage amidonné du bras et de l'avant-bras, nous a permis d'obtenir une immobilité absolue, et la greffe des lambeaux est devenue facile et certaine. Nos observations à ce sujet ne nous semblent pas sans importance, et nous aurons l'honneur d'en faire auprès de l'Académie l'objet d'une communication spéciale.

Observations sur un cœnure trouvé dans la moelle épinière d'un jeune mouton. — M. VALENCIENNES fait sous ce titre la communication suivante :

J'ai l'honneur de faire connaître à l'Académie un cas pathologique fort rare chez le mouton : c'est l'existence d'un cœnure dans la moelle épinière. L'helminthe avait creusé son nid dans le cordon médullaire gauche, à la hauteur de la troisième vertèbre lombaire. La moelle était renflée et un peu déviée à droite, à cet endroit. En enlevant son enveloppe fibreuse, il n'a pas été difficile, en écartant ses filets nerveux, de mettre à découvert la poche du cœnure.

Elle est allongée, fusiforme et pointue aux deux extrémités ; elle a 3 centimètres de long et 11 millimètres dans sa plus grande largeur.

Cette jeune agnelle avait, en outre, un cœnure cérébral ordinaire, helminthe trop commun dans les moutons. L'animal penchait la tête à gauche, le ver étant dans l'hémisphère gauche. Il me paraît d'ailleurs utile de signaler cette particularité, que les moutons tournent toujours du côté où ils ont le cœnure ; ainsi ils portent la tête et le corps à gauche si l'hémisphère gauche est le siége du parasite, et à droite s'il est développé dans le côté droit de l'encéphale.

Je suis heureux de pouvoir ajouter ici les observations suivantes que je reçois à l'instant même de M. Delafond :

« J'ai conservé pendant quatre à cinq mois la jeune agnelle, reçue au mois d'avril. Elle traînait la jambe postérieure gauche, qui était presque entièrement paralysée ; elle marchait parfaitement sur la droite. Cette paralysie du membre gauche a persisté constamment. Elle s'était cependant un peu améliorée en juillet et août. L'agnelle pouvait même s'appuyer sur son membre et marcher avec assez de facilité. Dans le courant d'août, la paralysie est revenue tellement prononcée, que l'animal ne marchait plus qu'en s'appuyant sur la cuisse droite. Dans les premiers jours de septembre, la brebis est tombée à terre ; elle a été nourrie sur la litière pendant dix à douze jours. Elle s'est relevée et a marché de nouveau sur le membre droit pendant quatre à cinq jours, le gauche étant entièrement paralysé. Enfin elle est tombée, et les deux membres postérieurs se sont montrés paralysés, le droit toujours incomplétement. L'agnelle est morte le 3 octobre, paraissant alors paralysée des deux membres postérieurs. La dissection attentive des nerfs formant le plexus lombo-sacré n'a offert aucune particularité notable. »

Je dois ce ver, très-rare, à l'obligeance de M. Delafond, qui a bien voulu me le donner, ainsi que la pièce pathologique, pour les collections helminthologiques du Muséum. Ce cas pathologique d'helminthologie se rencontre si rarement, que le savant professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort ne l'avait vu encore qu'une seule fois, il y a vingt ans ; il l'a montré alors à plusieurs des anatomistes de l'hospice de Charenton, et entre autres à M. le docteur Calmeil. Je rappelle ce fait pour que l'on ne croie pas que l'on aurait ici un troisième exemple.

Irritabilité musculaire. — M. E. BROWN-SÉQUARD lit un mémoire ayant pour titre : *Recherches sur les lois de l'irritabilité musculaire, de la rigidité cadavérique et de la putréfaction.*

Les faits découverts par John Reid, par M. Flourens, par M. Cl. Bernard et par moi, démontrent d'une manière positive que l'irritabilité musculaire ne dépend pas d'une influence spéciale que les muscles reçoivent de leurs nerfs moteurs. En outre, plusieurs de ces faits semblent établir qu'elle dépend de l'action du sang riche en oxygène sur ces organes contractiles. Je vais maintenant, tout en mentionnant des faits nouveaux qui prouvent aussi l'indépendance de l'irritabilité musculaire, essayer de montrer que toute contraction musculaire diminue l'énergie de l'irritabilité en produisant un changement qui, après la cessation de la circulation, hâte l'apparition de la rigidité cadavérique et de la putréfaction. Je vais aussi essayer de faire voir que, pendant le repos et sous l'influence du sang chargé d'oxygène, il s'opère dans les muscles, séparés des centres nerveux, des modifications telles, qu'après la mort l'irritabilité y dure bien plus longtemps que dans des muscles non paralysés, et que la rigidité cadavérique et la putréfaction y paraissent bien plus tard.

1° Après avoir mis à nu le renflement lombaire de la moelle épinière sur un mammifère, je coupe toutes les racines des nerfs du membre abdominal d'un côté, puis je fais prendre à l'animal un poison capable de donner des convulsions. Des deux membres postérieurs dans ces conditions, un seul, celui qui tient encore à la moelle par ses nerfs, a de véritables convulsions, l'autre restant entièrement immobile ou ne présentant que des tremblements peu considérables. Je trouve alors, après la mort, que c'est le membre abdominal qui a eu des convulsions qui perd le plus tôt son irritabilité, que c'est lui aussi qui acquiert et qui perd le plus tôt la rigidité cadavérique, et enfin que c'est dans lui que la putréfaction survient le plus rapidement. J'ajoute que plus les convulsions ont été fortes et de longue durée, plus les différences sont tranchées ; elles peuvent l'être à ce point que la durée de l'irritabilité musculaire, après la mort, et celle de la rigidité cadavérique peuvent être quatre ou cinq fois moindres dans le membre ayant eu des convulsions que dans l'autre.

2° Si, sur un mammifère, je coupe une moitié latérale de la moelle épinière à la région dorsale, je constate que l'irritabilité musculaire, après la mort, lorsqu'elle a lieu dans les dix ou douze premiers jours après l'opération, dure notablement plus dans le membre abdominal paralysé du mouvement volontaire que dans l'autre. En outre, la rigidité cadavérique survient notablement plus tard et dure bien plus longtemps dans le membre paralysé que dans l'autre ; il en est de même à l'égard de la putréfaction.

3° La simple section des nerfs d'un membre ou des nerfs moteurs de la face est suivie d'effets semblables à ceux qu'on observe dans les muscles paralysés par suite de la section d'une moitié latérale de la moelle épinière. Les muscles de la face ou des membres dans ces circonstances restent irritables plus longtemps après la mort, si elle a lieu dans les dix premiers jours qui suivent l'opération, et la rigidité cadavérique se montre plus tard et fait place plus tard à la putréfaction.

4° J'ai vu des différences extrêmement tranchées entre des muscles paralysés et leurs homologues qui ne l'étaient pas, sans que j'eusse employé de poison.

5° Si, sur un mammifère, j'ampute les deux cuisses, d'un côté complétement et de l'autre en ayant soin de ménager les principaux nerfs, je trouve que des deux jambes ainsi privées de circulation sanguine, c'est celle qui tient encore au système nerveux central et qui a encore pendant quelque temps des contractions musculaires qui meurt la première. En d'autres termes, l'irritabilité musculaire y disparaît plus tôt, la rigidité cadavérique y survient et y cesse plus promptement, et enfin la putréfaction s'y développe plus tôt.

Tous ces faits conduisent à faire admettre que toute contraction musculaire s'accompagne d'un changement spécial, qui prépare dans les muscles l'apparition de la rigidité cadavérique et celle de la putréfaction. Je me bornerai à ajouter pour aujourd'hui que depuis longtemps nombre de phénomènes dont on aurait pu déduire cette loi ont été observés. Il me suffira de mentionner ici ce qui arrive après la mort chez les animaux surmenés ou forcés à la chasse, sur les coqs après un long combat, sur les hommes et les animaux foudroyés, sur les hommes qui ont succombé après certains empoisonnements ou après des maladies convulsives, etc.

Je me bornerai à tirer du résumé qui précède la conclusion suivante : Il existe entre l'irritabilité musculaire, la rigidité cadavérique et la putréfaction des rapports tels, que, suivant le degré de l'irritabilité au moment de la mort, la rigidité et la putréfaction se montreront ou très-vite, ou plus ou moins lentement. Si l'irritabilité est à un haut degré, elle durera longtemps, la rigidité paraîtra plus tard et durera longtemps aussi, et enfin la putréfaction surviendra tardivement. Au contraire, l'inverse s'observera si le degré d'irritabilité est peu considérable. (Commissaires : MM. Flourens, M. Edwards et Cl. Bernard.)

Cause des mouvements rhythmiques du cœur. — M. JAMES PAGET présente un mémoire sur la cause des mouvements rhythmiques du cœur, qui se résume dans les conclusions suivantes :

1° Les actions rhythmiques, soit des centres nerveux, soit des parois contractiles du cœur chez les invertébrés, semblent dues à ce que leur nutrition s'opère d'une manière rhythmique.

2° La substance musculaire du cœur des vertébrés, en admettant qu'elle soit gouvernée dans ses actions rhythmiques par des centres nerveux spéciaux, a une nutrition rhythmique qui lui est propre, qui correspond et qui est coordonnée avec celle de ces centres. Les altérations des tissus musculaire et nerveux du cœur pendant l'action se réparent pendant le repos.

3° La nutrition rhythmique est un mode de nutrition en harmonie avec les lois générales de la vie organique. En effet, 1° un nombre très-considérable de phénomènes organiques sont composés ou d'actions et de repos alternatifs à temps réguliers, ou d'actions opposées se succédant l'une à l'autre, c'est-à-dire rhythmiques à courtes ou à longues périodes ; 2° tous les phénomènes organiques sont pour ainsi dire chronométrés, c'est-à-dire soumis à des lois de périodicité, et ils ne sont influencés par les circonstances extérieures que comme le sont les conditions de poids, de dimensions, de forme et de composition. (Commissaires : MM. Flourens, M. Edwards, Bernard.)

Opération de la pupille artificielle. — M. TAVIGNOT demande l'ouverture d'une note déposée sur pli cacheté le 15 décembre 1856. Cette note, ayant pour titre : *Nouvelle méthode pour pratiquer l'opération de la pupille artificielle*, est conçue en ces termes :

Manuel opératoire. — Premier temps. — Une incision de forme spéciale est pratiquée à la partie externe de la cornée avec notre kératotome à trois lames.

Deuxième temps. — La canule protectrice est introduite dans la chambre antérieure de l'œil, et son extrémité libre dirigée en regard de la portion d'iris qu'il s'agit de détruire sur place.

Troisième temps. — Une tige métallique chauffée à blanc est engagée dans la canule ; son action sur l'iris est rapide, instantanée et décisive ; elle est la même sur les fausses membranes qui obstruent le champ pupillaire.

Quatrième temps. — Le cautère actuel, retiré presque aussitôt qu'introduit, laisse la canule libre ; on s'en sert pour pratiquer dans la pupille que l'on vient de créer une injection d'eau froide.

Cinquième temps. — On retire la canule, et l'on provoque l'occlusion des paupières.

Des compresses imbibées d'eau froide, et souvent renouvelées, sont ensuite appliquées sur l'œil opéré dans le but de modérer la réaction.

Depuis que j'ai adressé cette note, dit l'auteur dans la lettre par laquelle il en demande la publication, j'ai mis en usage cette méthode nouvelle qui substitue la cautérisation à l'excision de l'iris ; j'ai pratiqué d'ailleurs cette cautérisation non avec un cautère rougi à blanc, mais avec une tige métallique chauffée au moyen de la pile voltaïque. (Commissaires : MM. J. Cloquet, Jobert.)

— M. SEMANAS adresse de Lyon un mémoire ayant pour titre : *Doctrine pathogénique fondée sur le digénisme-phlegmasi-toxique et ses composés morbides.*

Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Serres et Andral.

— M. BUISSON présente des réflexions sur la pratique de l'anesthésie pour les opérations chirurgicales. (Commissaires : MM. Flourens, J. Cloquet et Jobert.)

— M. SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance, un ouvrage publié à Florence par M. Bufalini, sous le titre de *Institutions de pathologie analytique.*

Cet ouvrage est renvoyé à l'examen de la commission des prix de médecine et de chirurgie.

Remède contre la rage. — M. CH. LAURENT adresse une lettre sur l'emploi fait en Grèce du mylabre bimaculé dans un remède contre la rage. En voici un extrait :

« La lecture du *Compte rendu* de l'une des dernières séances de l'Académie au sujet de la *Cetonia aurata*, comme ayant la propriété de neutraliser le virus rabique, vient donner une certaine importance à un récit de même nature que j'ai recueilli dans un récent voyage en Grèce. Le monastère Phaneromène, non loin d'Eleusis, jouit dans tout l'Orient d'une grande réputation pour un remède contre la rage. Ce remède serait composé d'un insecte, le *Mylabris bimaculata*, pilé avec une plante de la famille des Asclépiadées cynoctonées, le *Cynanchum excelsum* sur lequel cet insecte vivrait.

» J'ai pu me procurer sur place l'insecte en question, mais non la plante ; je ne doute pas que, s'il en était besoin, le pharmacien de S. M. le roi de Grèce ne mît à la disposition de l'Académie un certain nombre de ces insectes et de cette plante. Il pourrait, en outre, donner des renseignements complets ou à peu près sur la préparation de ce médicament. »

M. Duméril est invité à prendre connaissance de cette communication.

Nos lecteurs savent qu'une vaste enquête est ouverte en ce moment dans le sein du corps médical, dans le but de savoir si les médecins des départements sont disposés à former une Association générale d'assistance mutuelle dont l'Association des médecins de la Seine deviendrait le centre.

Pour adhérer à ce projet qui réunit de nombreuses sympathies, il suffit d'écrire la déclaration suivante ; de la signer et de l'adresser (*franco*) à M. le docteur Jeannel, à Bordeaux :

« Je déclare adhérer au vœu des médecins du département de la » Gironde, qui demandent l'adjonction des médecins des départements » à l'Association des médecins de la Seine, afin de former une *Asso-* » *ciation générale des médecins de la France.* »

SIGNATURE.

A , *canton de* , *département de*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 5 octobre 1857, ont été nommés chevaliers de l'ordre impérial de la Légion d'honneur, MM. Morgon, médecin-major de 2e classe au 4e dragons ; Martin, vétérinaire de 1re classe du 11e d'artillerie ; et Lévy, pharmacien-major de 1re classe.

— Un concours s'ouvrira le 24 novembre prochain à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, pour deux places, l'une de médecin, l'autre de chirurgien adjoint dans les hôpitaux de cette ville.

Le 1er décembre, il sera également ouvert un concours pour deux places d'élève interne.

— M. le docteur Spont, qui depuis plusieurs années exerçait à Bagnères-de-Luchon, a succombé le 17 septembre dernier, à la suite d'une maladie de courte durée. M. Spont avait fait ses études médicales à Toulouse, où il comptait un grand nombre d'amis. Ancien interne des hôpitaux, et prosecteur de l'Ecole de médecine de cette ville, il s'y était concilié l'estime de tous ceux qui l'avaient connu.

— M. le docteur Ludovic Hirschfeld, professeur particulier d'anatomie, vient d'être nommé membre correspondant de la Société de médecine de Lima.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance demain mercredi 14, à huit heures très-précises du soir, à la mairie du douzième arrondissement, place du Panthéon.

Ordre du jour. — 1° Dépouillement de la correspondance et compte rendu d'ouvrages imprimés, par le secrétaire général ; 2° suite et fin de la communication de M. Heurteloup sur la lithotripsie ; 3° cas d'accouchement difficile, par M. Domerc ; 4° communications diverses.

Les membres des autres sociétés médicales sont invités aux séances, qui ont lieu le deuxième mercredi de chaque mois.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Barbrau, né à Marennes (Charente-Inférieure) ; *De la métro-péritonite puerpérale et de son traitement par le sulfate de quinine à haute dose.*

Legros, né à Madie (Mayenne) ; *Du phlegmon péri-utérin en dehors de l'état puerpéral ; propositions sur l'emploi du perchlorure de fer.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq ; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces libraires aux mêmes conditions qu'à Paris.

Tableau analytique de la flore parisienne d'après la méthode adoptée dans la Flore française de MM. Lamarck et de Candolle, contenant tous les végétaux vasculaires de nos environs, et la description des familles et des genres, disposés d'après la nouvelle classification de M. de Candolle, suivi d'un Vocabulaire renfermant la définition des mots techniques employés dans cet ouvrage, par M. le docteur Al. Bautier. Huitième édition, revue et augmentée d'un Guide du botaniste pour les herborisations aux environs de Paris. Un volume in-18 ; 1857. Prix, broché, 4 fr. ; cartonné, 4 fr. 50 c. — Il y a des exemplaires accompagnés d'une Carte des environs de Paris, dans un rayon de 120 kilomètres, dont le prix est de 4 fr. 50. Cette carte, exécutée avec beaucoup de soin et coloriée, est très-utile pour les herborisations ; elle se vend séparément 75 c. ; et, collée sur toile, 1 fr. 25 c. — Paris, chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 23.

Le Gérant.

Paris — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

Pour la Belgique: Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 14 octobre 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

Deux rapports officiels importants ont rempli la séance. L'un est le rapport annuel sur les épidémies, confié cette année à M. Trousseau, qui s'en est acquitté avec son talent ordinaire, ce qui ne surprendra personne, et de plus avec un zèle digne des plus grands éloges. Nous ne pouvons malheureusement transmettre à nos lecteurs que cette simple impression de l'audition, les rapports de cette nature étant soustraits à la publicité des journaux, pour être publiés plus tard dans les *Mémoires* de l'Académie.

Le second rapport est relatif à un projet de statistique nosologique des décès. Le ministre de l'agriculture et du commerce, ayant consulté l'Académie sur l'opportunité qu'il y aurait d'établir en France, à l'instar de ce qui existe dans plusieurs États de l'Europe, une statistique nosologique des décès, une commission nombreuse dont M. Guérard est le rapporteur, a proposé de répondre au ministre par les propositions que l'on trouvera formulées dans le compte rendu de la séance.

Ces propositions, sur lesquelles nous nous abstiendrons de toute réflexion pour le moment, vont être l'objet d'une discussion qui s'ouvrira dans la séance prochaine.

La séance a été terminée par une présentation de M. Ferdinand Martin, qui a mis sous les yeux de l'Académie une main artificielle, appareil très-ingénieux, mais qu'il n'est possible de bien juger qu'en le voyant à l'œuvre. — Dr Brochin.

M. le président de l'Académie a lu dans cette séance le discours qu'il a prononcé à l'inauguration de la statue de Geoffroy Saint-Hilaire.

Tout le monde sait ce qu'autrefois on appelait un discours-ministre ; celui de M. Michel Lévy pourrait s'appeler un discours-institut. On dirait que l'honorable directeur du Val-de-Grâce, voyant le peu de succès de la combinaison suivant laquelle l'Académie de médecine aurait été absorbée dans une classe de l'Institut, a voulu saisir cette occasion de poser sa candidature pour la plus prochaine vacance à l'Académie des sciences. Réussira-t-il ? L'avenir donnera la réponse.

TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PAR LES EAUX MINÉRALES.

La mode est un despote qui a rarement tort. Ses caprices nous subjuguent et nous gouvernent dans les choses frivoles comme dans les choses sérieuses. Ainsi, en thérapeutique aujourd'hui, la vogue est pour les eaux. C'est la tentation du moment, et on y cède à ce point que la population parisienne, durant une partie de l'année, tousse, crache, ou bien joue, danse un peu partout, excepté à Paris. Ces pérégrinations, toutefois, ne sont pas toujours pure fantaisie ; nous les encourageons souvent par notre assentiment, quand nous ne nous en faisons pas les promoteurs. C'est qu'après tout, convenons-en, une saison aux eaux est un doux interrègne dans notre impuissance contre certaines affections imaginaires ou rebelles.

La spéculation, de son côté, si ingénieuse dans ses moyens de séduction, met tout en œuvre pour captiver les crédules. Qu'on vienne dire à un poitrinaire, par exemple : « Nous possédons une source qui opère des prodiges ; la phthisie, le cancer, les calculs, les luxations, etc., rien ne résiste à sa merveilleuse efficacité; notre ciel est sans pareil ; dans notre contrée, l'année est un printemps déguisé en quatre saisons; le front s'incline rêveur devant la magnificence de nos paysages. A ceux que l'ennui consume, nous offrons promenades, concerts, salons animés, repas somptueux. Partez vite; car on trouve toujours chez nous le bonheur et la santé. »

Ce *boniment* industriel manque rarement son effet.

Tout n'est pas mensonger cependant dans ces bruyantes promesses. Il est bien démontré, au contraire, que les récréations et les voyages aident la médecine hydrologique à améliorer l'état moral et même l'état physique de certains tuberculeux. On l'accordera sans peine: la thérapeutique n'est pas tout entière dans la pharmacie. Des soucis réels ou imaginaires sont quelquefois l'aliment ou l'origine de la phthisie; ils en compliquent pour le moins la gravité. L'homme qui en est atteint se complaît dans la solitude: c'est à la solitude qu'il faut l'arracher. « Qu'on entraîne le malade vers les eaux minérales, dit avec raison M. le docteur Bertrand, le voilà tout à coup lancé dans un monde nouveau, au milieu d'une foule mouvante, inoccupée, exempte de soins, affranchie d'affaires, libre de devoirs, où chacun ne songe qu'à son rétablissement et travaille, sans y penser, au rétablissement des autres. On se voit, on s'encourage, on se console mutuellement en parlant de ses maux. Que d'heures s'écoulent doucement dans de pareils entretiens; que de douleurs ils font oublier; que de tristes pensées, que de découragements ils préviennent ! »

Mais le changement d'air, de régime, d'occupation, de société, n'est plus qu'une ressource bien équivoque, quand la phthisie se dégage de toute solidarité avec l'état du cœur ou de l'esprit. Les charmes d'un site ne guérissent pas le tubercule : ce n'est plus les distractions qu'il faut prescrire au malade, c'est vers la source minérale la mieux appropriée à sa situation qu'il faut l'envoyer. Ici se présentent les difficultés du choix.

Toutes les eaux minérales sulfureuses ont leur clientèle de phthisiques, bien que toutes néanmoins n'offrent pas une composition et des avantages identiques. Suivant l'origine des sources, on y trouve comme principe prédominant le sulfure de sodium, la barégine, le gaz sulfhydrique, le chlorure de sodium, la silice, l'oxyde de fer ou de l'acide carbonique. Presque toutes sont thermales et alcalines; quelques-unes renferment de l'azote libre, de l'iode ou du brôme.

Les chimistes ont des procédés assez exacts pour séparer dans un corps complexe tout ce qui se mesure et se pèse. Mais l'analyse révèle-t-elle tout ce qui constitue les propriétés thérapeutiques d'une eau minérale? Oui sans doute, pour le cas où cette eau contient une substance prédominante par ses proportions et par son énergie. Mais il est d'autres espèces, et ce sont les plus nombreuses, dont le mode d'action varie, bien qu'il y ait similitude dans leurs éléments connus. Il faut donc, ou que ces éléments s'y trouvent distribués suivant un arrangement qui nous échappe, ou qu'elles recèlent des agents qui nous restent cachés. Nous avons encore beaucoup à apprendre, en effet, sur la physique et sur la chimie souterraines.

En résumé, la chimie dissèque les eaux minérales, elle en décrit la matière brute : mais elle ne nous montre point le principe qui les anime, principe que les Allemands désignent sous le nom pittoresque de *brunnen geist*, ou esprit des sources.

C'est donc une curiosité à peu près stérile que l'analyse de la plupart des eaux minérales, et c'est une vaine prétention que de chercher avec la balance et l'eudiomètre à composer par la synthèse les produits inimitables de la nature.

De tous les réactifs, le plus exact est certainement l'organisme humain. Pour apprécier sûrement l'action des eaux minérales, il faut en étudier et en suivre les effets sur les fonctions de l'économie. La clinique des eaux, riche aujourd'hui de faits bien vus et bien qualifiés, nous montre les sources minérales sulfureuses douées de propriétés excitantes, résolutives ou spécifiques. Portées en boisson jusque dans les ramifications les plus déliées du système vasculaire, leurs principes modifient les sécrétions glandulaires, muqueuses et cutanées, imprègnent tous les tissus, et y provoquent un travail intestin plus ou moins lent à s'accomplir.

Il n'y a point d'agent spécifique contre la phthisie; ce serait se tromper étrangement que d'attribuer ce titre aux eaux sulfureuses. Leur efficacité dépend au contraire d'une action générale sur l'économie; suivant leur composition, elles peuvent prévenir la tuberculisation en faisant cesser un état morbide qui ne manquerait pas d'y conduire, elles peuvent retarder plus ou moins le développement de la phthisie chez les individus qui en portent le germe; la résorption de la matière organique des tubercules, la cicatrisation des cavernes et des ulcérations laryngiennes, la résolution de l'engorgement catarrhal, le rétablissement des forces digestives sont encore des résultats qu'on ne saurait leur contester.

Il y a des phthisies comme il y a des diarrhées symptomatiques d'un trouble dans les fonctions de la peau ; il en est peu qui ne s'aggravent par suite de ce dérangement, quelle que soit d'ailleurs leur cause primitive. Satisfaire, par les eaux thermales sulfureuses, à cette indication curative, c'est préparer au malade une chance de guérison ou d'amendement. Même observation pour les affections pulmonaires dépendant de la rétrocession d'une dartre. Sous l'influence d'un breuvage et de bains stimulants, la peau reprend son énergie fonctionnelle, les fluides sont poussés du centre à la périphérie du corps, en suivant un mouvement inverse de celui par lequel se développent les phlegmasies internes, les sueurs reparaissent, et avec elles parfois le principe morbide rétrocédé. Tel est le mécanisme des phénomènes qui marquent et favorisent le retour de la santé dans cette variété de la phthisie.

Que la pleuro-pneumonie succède à la formation des tubercules ou qu'elle en signale le début, ce que j'ai vu maintes fois, elle résiste habituellement à la médication antiphlogistique avec une opiniâtreté qui nous réduit bientôt à l'impuissance. Dans ce cas, comme dans le cas de phthisie spontanée, les noyaux tuberculeux appellent et entretiennent autour d'eux une congestion inflammatoire chronique, à laquelle on a coutume d'opposer les agents résolutifs et la révulsion cutanée. Employées à propos et avec circonspection, les eaux sulfureuses donnent ici un témoignage de plus de leur pouvoir salutaire.

Les cas ne manquent pas où, par l'effet des eaux, des flux diminués ou supprimés depuis longtemps reparaissent, des émonctoires taris se rouvrent, des furoncles ou des éruptions miliaires couvrent la peau, des régions refroidies se raniment. Ce concours d'efforts excentriques a pour effet de réprimer la direction vicieuse des liquides vers le poumon, et de déterminer dans la marche de la phthisie une halte plus ou moins longue. A mon avis, c'est avoir beaucoup obtenu que de réussir à défendre de la sorte un viscère continuellement menacé d'une fluxion qui lui serait une occasion de désordres.

S'il est hors de doute que les eaux minérales sulfureuses ont de précieux avantages contre les maladies chroniques de l'appareil respiratoire, elles ont aussi leurs dangers. Signalons avec impartialité les écueils de leur emploi.

La propriété dominante, le principal mérite des eaux minérales, c'est leur action stimulante; voilà ce qu'il ne faut jamais perdre de vue, quand il s'agit de soumettre un malade à ce mode de traitement. Qu'un sujet tuberculeux présente de la chaleur à la peau, une coloration rouge des pommettes, de la dyspnée, un pouls dur et fréquent, les signes en un mot d'une congestion active des poumons, à celui-là il faut interdire l'usage des eaux ; elles aggraveraient sûrement son état. Elles ne conviennent pas davantage au malade atteint d'hémoptysie, lorsqu'il est d'un tempérament sanguin, que le pouls est fort, vibrant, la peau chaude et colorée. Il y a contre-indication non moins formelle quand la phthisie se complique de quelque dilatation anévrismatique du cœur ou des gros vaisseaux. Ce serait perdre son temps, et précipiter peut-être la ruine d'un phthisique que de lui faire prendre des eaux, soit en bains, soit en boisson, quand les tubercules ont leur siége dans la plèvre ou dans l'abdomen.

Quelque autorisé que l'on puisse être à formuler des préceptes de thérapeutique, ces préceptes ne sauraient atteindre à un degré de précision absolue. La tuberculisation pulmonaire a ses causes, ses formes, ses complications, ses états divers, ses conditions d'incurabilité ; d'où il suit que ce n'est ni toujours ni dans tous les cas possibles qu'elle comporte l'usage des eaux. On aurait donc tort de conclure de l'identité du nom de la maladie à l'identité du traitement. Ces considérations déterminent naturellement un choix entre les sources dont la renommée s'est établie d'après leurs effets particuliers.

Parce que la scrofule et la phthisie se montrent aux mêmes époques de la vie, parce que ces deux états morbides se lient quelquefois l'un à l'autre, on les a confondus dans une même diathèse, à laquelle on oppose les mêmes moyens curatifs. La conséquence pratique à déduire de ce rapprochement, c'est de diriger les poitrinaires scrofuleux vers les sources qui contiennent, outre les composés sulfureux, une certaine proportion de brôme ou d'iode. Telle est celle de Gazost, par exemple (Hautes-Pyrénées.)

Les tubercules paraissent avoir une prédilection particulière pour le tempérament lymphatique et pour la chloro-anémie. Les eaux les plus convenables en pareil cas sont celles de Bagnères-de-Bigorre et du Mont-Dore à cause des sels ferrugineux qui entrent

dans leur composition. Les sources les mieux dotées en sulfure, comme Baréges, Bagnères-de-Luchon, Cauterets, sont recommandées avec raison contre la phthisie qui a pour origine la rétrocession d'une dermatose quelconque.

Enfin, lorsque les malades sont très-irritables, il faut opter pour les Eaux-Bonnes, le Vernet, Amélie-les-Bains ou Saint-Sauveur.

Chaque source a donc pour ainsi dire son lot de malades : l'issue du traitement dépend en grande partie de cette répartition calculée avec sagacité. Souvenons-nous bien, l'expérience nous y invite, qu'une erreur dans le diagnostic ou dans le choix des thermes peut amener une prompte catastrophe.

La nature n'a pas tout fait pour les phthisiques en leur prodiguant les eaux minérales sulfureuses; celles-ci, en effet, prennent jour pour la plupart dans le sein de vallées profondes, sans horizon, véritables prisons déplaisantes et malsaines; le brouillard y rampe quelquefois jusqu'à terre, enveloppe les maisons, éteint le jour déjà rembruni par les montagnes; les malades impotents s'y ennuient, les tuberculeux en particulier y pâtissent de la fréquence de la brume, de la pluie ou des changements de température. Le soleil est chaud pourtant dans ces contrées quand le ciel est pur; mais il a des jours de règne vraiment intolérables.

Tel est le côté fâcheux et absolument irrémédiable de plusieurs établissements dans les Pyrénées.

Le traitement de la phthisie par les eaux est un traitement mixte; la matière médicale, l'influence climatérique, l'hygiène morale, y concourent simultanément : il aura à ce titre sa part dans les conclusions pratiques que j'ai précédemment annoncées.

Dr CHAMPOUILLON.

LE TOMBEAU D'HIPPOCRATE.

Nous avons publié sans aucun commentaire, dans le numéro du 6 octobre, la lettre de M. Samartsidès sur la découverte du tombeau d'Hippocrate en Thessalie. Les faits contenus dans ce document, dont nous devons la traduction à M. le docteur Briau, n'ont pas paru à notre érudit confrère renfermer la preuve convaincante que ce tombeau fût effectivement celui du père de la médecine. On sera désireux sans doute de connaître les motifs qui ont porté M. Briau, dont tout le monde connaît la compétence en matière d'histoire et d'érudition médicale, à mettre en doute l'authenticité d'un fait qu'il serait d'ailleurs si désirable de pouvoir tenir pour certain.

Voici quelques extraits empruntés aux observations qu'il a publiées à la suite de la lettre en question dans la *Gazette hebdomadaire*, et qui suffiront pour faire connaître son opinion à cet égard :

M. Briau commence par faire observer qu'en l'absence de la reproduction exacte de l'inscription, soit par la photographie ou le moulage, toute critique serait incomplète et défectueuse, la forme des lettres et la manière dont les caractères sont gravés sur la pierre étant des éléments d'importance majeure pour la détermination de l'âge de l'inscription.

Voici ensuite comment il s'exprime relativement au témoignage de Soranus, le seul auquel se réduisent en définitive les témoignages plus ou moins anciens rapportés par M. Samartsidès :

« Nous nous bornerons à faire remarquer que, puisque de tout temps les habitants de Larisse ont montré le tombeau en question comme étant celui d'Hippocrate, il est fort possible que l'opinion de Soranus ait eu, en définitive, pour origine et pour unique base cette tradition des Thessaliens de Larisse. Or, comme le nom d'Hippocrate était très-commun en Grèce, ce nom inscrit sur la pierre, ainsi que la tradition dont il s'agit, ne seraient point des motifs suffisants pour attribuer ce tombeau à l'illustre médecin de Cos, en l'absence surtout de documents propres à établir la haute antiquité et la certitude de cette tradition.

» Pour notre compte, ajoute M. Briau, et c'est sur ce point seulement que nous désirons arrêter un instant l'attention du lecteur, nous trouvons dans les détails mêmes de la découverte du tombeau des motifs de doute et d'incertitude que nous soumettons aux réflexions de notre confrère de Larisse. Et d'abord, au lieu d'invoquer simplement l'opinion de MM. Rhigas et Gazès, ainsi que l'autorité si imposante du célèbre Coray, il aurait mieux valu nous donner les raisons que ces savants apportent à l'appui de leur manière de voir, sans quoi nous sommes autorisé à dire que c'est encore là un écho du récit de Soranus; ensuite, en considérant cette tradition constante des Larisséens, qu'ils possèdent près de leur ville le tombeau d'Hippocrate, on ne comprend guère qu'il ait fallu une circonstance fortuite pour le mettre à découvert, et pour que les paysans vinssent le faire connaître à MM. Andréadès et Œconomidès, qui en leur qualité d'érudits auraient dû savoir que ce tombeau existait et connaître même la place précise qu'il occupait. Mais la suite du récit de M. le docteur Samartsidès est encore plus difficile à expliquer. En effet, voilà deux savants hellènes qui, malgré les Turcs, ont la hardiesse de fouiller et de creuser un peu la terre de manière à pouvoir lire très-facilement le nom d'Hippocrate sur une pierre; mais ils n'osent pas aller plus loin et ouvrir le sarcophage, ce qui n'exigeait cependant que quelques coups de pioche de plus.

» Cette excessive timidité a eu pour conséquence une perte extrêmement regrettable et désormais irréparable, car les monnaies précieuses pillées par les gens de Nedjib-Bey eussent donné la solution nette et précise de presque toutes les questions relatives à ce tombeau, et auraient servi en même temps à contrôler quelques uns des récits de Soranus. M. Andréadès, à qui notre honorable confrère de Thessalie donne le titre de savant, voit ce pillage du sarcophage, et ne cherche pas à étudier, ne fût-ce qu'un instant, ces pièces de monnaie; il n'essaye pas de se les procurer ou du moins de suivre leur destinée dans la main de ces Turcs cupides et ignorants, afin qu'à un moment donné il puisse prendre leur empreinte, la publier, et donner ainsi à l'Europe érudite le moyen de déterminer leur âge et de les classer! Cette conduite de M. Andréadès est véritablement inexplicable, et jette les doutes les plus sérieux sur sa narration. »

M. Briau signale enfin dans la lettre de M. le docteur Samartsidès des lacunes qui laissent planer une grande incertitude sur plusieurs circonstances importantes de cette affaire, en l'absence surtout de la publication d'une copie exacte de l'inscription ou de l'exposition de la pierre elle-même.

Nous invitons nos lecteurs, afin de mieux apprécier la portée des observations de M. Briau, à vouloir bien recourir au texte de la lettre de M. Samartsidès, et à rapprocher ce document des critiques dont il a été l'objet.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

Végétations anales volumineuses pendant la grossesse. — Ablation par la méthode de l'écrasement linéaire.

Nous nous proposons de soumettre à la méthode de l'écrasement linéaire d'énormes végétations anales survenues chez une jeune femme arrivée au troisième mois de la grossesse. Ces végétations, quoique très-condensées à leur surface libre, forment des groupes distincts et pédiculés. La gêne qu'elles occasionnent pendant la marche et au moment de la défécation a engagé la malade à venir réclamer les secours de l'art chirurgical.

Quoique l'état de cette femme ne présente rien d'inquiétant, nous devons tenir compte du développement quelquefois monstrueux que prennent dans certains cas des végétations déjà si considérables, de la sécrétion sanieuse dont ces productions morbides sont très-souvent le siége, et de l'influence que ce foyer continu et abondant de matières putrides peut exercer sur la santé générale; à quoi il faut ajouter les chances d'hémorrhagie auxquelles donnerait lieu plus tard un développement vasculaire pareil à celui que vous avez sous les yeux. En conséquence, nous ne croyons pas devoir rester spectateurs passifs des accidents qui pourraient survenir.

Mais ici de grandes difficultés pratiques se présentent. Nous avons à craindre en effet, d'une part l'hémorrhagie, à cause de la turgescence vasculaire des organes de la génération pendant la grossesse; d'autre part, l'avortement par suite des douleurs et des accidents de diverse nature auxquels peut donner lieu l'opération qu'il s'agit d'entreprendre.

Je dois, à cette occasion, vous rappeler en quelques mots l'histoire d'une femme de vingt ans, blanchisseuse, et chez laquelle se manifestèrent dès le début de la grossesse des végétations qui devinrent très-volumineuses et couvrirent toute la surface de la vulve, depuis l'anus jusqu'au pubis.

Je commençai par toucher ces végétations avec l'acide acétique, dont j'avais expérimenté plus d'une fois la puissance pour la destruction des verrues. Ces applications, continuées avec persévérance, n'eurent d'autre résultat appréciable que de produire des coliques utérines, avec malaise général et imminence de fausse couche.

Bien convaincu de l'inefficacité de l'acide acétique pour la guérison de ces tumeurs, qui étaient en définitive restées stationnaires, je fis une application du mélange réfrigérant du docteur Arnott, afin de modérer à la fois l'écoulement sanguin et la vivacité des douleurs; puis je pratiquai la cautérisation avec la pâte de Vienne.

Cette nouvelle tentative, renouvelée deux fois, n'aboutit qu'à produire des douleurs très-intenses qui retentissaient dans les fosses iliaques.

C'est alors que, réfléchissant à la disposition de la tumeur en bouquets multiples et pédiculés qui indiquaient en quelque sorte tout naturellement l'emploi de la ligature, je me décidai à mettre en usage ce mode de traitement.

Mais une pareille application sur une grande échelle devant produire une somme de douleur dont je redoutais l'effet sur une malade rendue irritable et nerveuse par les tentatives précédentes, n'était possible qu'avec le secours du chloroforme.

Je fis donc pratiquer l'inhalation, et en une seule séance j'appliquai douze ligatures de manière à cerner à peu près tous les pédicules de la tumeur. Un quart d'heure après l'opération, vives douleurs, agitation, attaque d'hystérie.

Au bout de huit jours, nouvelle application du même moyen, après assoupissement de la malade par le chloroforme, pour lier les végétations qui avaient échappé aux douze ligatures précédentes; au réveil, nouvelles douleurs, nouvelle attaque d'hystérie, nouvelles tranchées utérines.

Cependant la malade sortit un mois après sa dernière opération, la vulve entièrement débarrassée de ses végétations.

Si heureux qu'ait été le résultat des diverses tentatives qui ont été faites pour la guérison de cette femme, l'observation que je viens de rapporter n'en démontre pas moins la réalité des difficultés et des dangers attachés à ces tentatives. Le chloroforme est, comme vous le voyez, d'une indispensable nécessité. Mais pour la jeune fille que vous avez sous les yeux, nous trouverons un motif de sécurité de plus dans l'emploi de l'écrasement linéaire.

Nous tâcherons de comprendre dans une seule ligature la totalité ou la presque totalité des végétations, et sur le pédicule qui en résultera nous appliquerons la chaîne d'un écraseur. Si quelques végétations isolées avaient échappé à l'étreinte de la ligature, ou bien on agirait sur chacune d'elles comme sur la tumeur principale, ou bien on percerait avec une aiguille la base de chaque végétation; au-dessous de cette aiguille on appliquerait un fil bien serré, et sur ce fil la chaîne de notre appareil à écrasement.

L'opération, faite d'après ces principes, n'a donné lieu à aucune effusion de sang.

Tumeur fongueuse considérable des os du crâne. — Diagnostic différentiel de cette tumeur d'avec les fongus de la dure-mère. — Y a-t-il indication d'opérer?

J'ai à vous présenter, messieurs, un exemple très-remarquable de tumeur fongueuse des os du crâne chez une jeune fille de douze à treize ans.

Cette tumeur siége à la région mastoïdienne du côté droit. Elle envahit la région occipitale droite, la région temporale au-dessus de la conque, et commence à anticiper sur la partie supérieure et postérieure du cou. Cette tumeur, qui a pris naissance depuis un an à peu près, a toujours été en s'accroissant, et aujourd'hui son volume égale environ celui du poing d'un adulte.

Quelle est la nature de cette tumeur? A quels accidents donne-t-elle lieu? En quoi la chirurgie peut-elle venir en aide à la jeune et intéressante malade que vous avez sous les yeux? C'est ce que nous allons examiner.

Il y a eu un temps où cette tumeur eût pu être qualifiée de fongus de la dure-mère. A une certaine époque, en effet, on avait si bien confondu les tumeurs appartenant en propre aux os du crâne et celles qui reconnaissaient une origine plus profonde, qu'il était fréquent de voir attribuer l'appellation de fongus de la dure-mère à des affections cancéreuses des os du crâne. Et cependant, rien de plus facile à distinguer qu'un fongus appartenant en propre aux os du crâne, d'un fongus qui appartient soit à la dure-mère, soit à des parties de l'encéphale placées au-dessous de cette membrane.

Comment donc se fait-il que des auteurs consciencieux, des pathologistes distingués, aient dans leurs écrits laissé s'établir une confusion regrettable entre les fongus de la dure-mère et les fongus des parois du crâne?

J'ai longtemps cherché la cause de ce non-sens pathologique, et je crois m'en être rendu compte par les considérations suivantes :

Ainsi que je vous le démontrerai tout à l'heure, une tumeur fongueuse qui provient de la dure-mère ou des parties subjacentes et qui perfore les os du crâne, a des caractères cliniques parfaitement distincts et comporte un diagnostic rigoureux que l'autopsie vient vérifier.

D'autre part, un fongus développé primitivement dans l'épaisseur des os du crâne, sans communication aucune avec l'intérieur de la cavité, offre des caractères cliniques très-différents de ceux que peut présenter le fongus interne. On ne voit donc pas encore là matière à confusion entre les deux maladies.

Mais supposez que le fongus propre aux os du crâne ait détruit toute l'épaisseur de l'os, et que, venant se mettre en communication avec la cavité encéphalique, il s'adosse à la dure-mère, il emprunte tout à coup à ces nouveaux rapports des caractères cliniques qui le font ressembler d'une manière frappante aux tumeurs intra-crâniennes, principalement désignées sous le nom de fongus de la dure-mère.

Ce sont les faits de ce genre qui ont donné naissance à la confusion fâcheuse dont je vous entretenais tout à l'heure; mais toutes les fois que cette circonstance n'a pas eu lieu, je maintiens que le diagnostic différentiel du fongus de la dure-mère et du fongus des os du crâne est possible; je dirai même qu'il est facile, et je vais en donner la preuve.

Quels sont les caractères diagnostiques de ces deux ordres de tumeurs? En voici l'énumération :

1° Dans le fongus de la dure-mère, la tumeur est pulsatile; elle a un mouvement d'expansion très-prononcé, tellement prononcé qu'on pourrait la prendre pour un anévrisme. Dans le fongus des os du crâne, il y a des battements artériels disséminés sur tel ou tel point de la surface de la tumeur, mais pas de mouvement d'expansion proprement dit.

2° Le fongus de la dure-mère est réductible en tout ou en partie. Il peut être tout au moins refoulé vers l'intérieur de la cavité crânienne, et alors il produit des symptômes de compression cérébrale avec ou sans douleur. La compression cesse-t-elle? La tumeur se reproduit sur-le-champ. Rien de semblable dans le fongus des os du crâne. Il est irréductible d'une manière absolue.

3° Le fongus de la dure-mère est presque toujours entouré d'un cercle osseux formant un rebord perceptible au doigt. Dans le fongus des os du crâne, ce rebord manque complétement, ou bien il est irrégulier.

4° Le fongus de la dure-mère s'accompagne ordinairement dès le début de symptômes cérébraux : vomissements, syncope, somnolence, convulsions. Dans le fongus des os du crâne, ces symptômes manquent complétement. Nous faisons toujours, bien entendu, la réserve des cas dans lesquels une communication du fongus osseux s'est établie du dehors au dedans par destruction de toute l'épaisseur de la paroi osseuse du crâne.

5° Les fongus de la dure-mère jouissent d'une certaine mobilité sur leur base ; le fongus des os du crâne ne peut en être isolé dans aucun point et ne permet aucun mouvement de glissement.

6° Enfin la perforation même, quand elle existe dans l'un et l'autre cas, a des caractères différentiels qu'un examen attentif peut faire reconnaître. Car, dans le fongus de la dure-mère, le bord de la perforation est très-régulier et taillé en biseau aux dépens de la face interne ; tandis que, dans la perforation produite par le fongus primitivement externe, les bords de l'ouverture sont irréguliers et taillés en biseau aux dépens de la face externe.

Vous voyez donc, Messieurs, qu'à part certaines complications et des coïncidences qui ne se rencontrent que fort rarement, les deux affections peuvent être cliniquement très-bien distinguées l'une de l'autre, et nous allons sur-le-champ faire l'application des signes différentiels au cas particulier.

1° La tumeur que nous avons sous les yeux présente-t-elle un mouvement d'expansion ? Nullement. Les seuls battements artériels qui s'y fassent sentir sont dus à des artères plus ou moins hypertrophiées qui rampent à sa surface. Quant à un mouvement d'expansion et à un soulèvement de la tumeur en totalité, il y a absence complète de ce symptôme.

2° Cette tumeur est-elle réductible en tout ou en partie ? Pas le moins du monde. Elle reste largement assise sur sa base et résiste d'une manière absolue à toute tentative de refoulement vers l'intérieur du crâne.

3° La tumeur est-elle entourée d'un cercle osseux ? En aucune façon. Elle prend racine d'une manière insensible sur tous les os qui concourent à former le périmètre de sa base. Il semble que, formée dans l'épaisseur du diploé, elle soulève la lame externe de l'os qui lui forme une enveloppe ostéo-calcaire dans une grande partie de sa surface externe. Car, des applications caustiques intempestives ayant été faites sur le sommet de la tumeur, la coque osseuse est complétement détruite en ce point et laisse voir une surface fongueuse et saignante.

4° La tumeur s'accompagne-t-elle d'un trouble cérébral quelconque, soit en l'absence de toute compression, soit surtout par une compression tendant à la refouler vers l'intérieur du crâne ? Il n'y a absolument rien de semblable. C'est donc une preuve de plus que la tumeur n'a aucune communication directe avec l'intérieur du crâne.

5° La tumeur ne jouit d'aucun mouvement quelconque sur sa base et fait corps avec l'os de la manière la plus intime.

Nous pouvons donc affirmer sans aucune hésitation que nous avons affaire ici à un fongus des os du crâne, puisque plusieurs signes diagnostiques importants établissent pour nous d'une manière indubitable la réalité de cette origine.

Quant à la nature propre de la tumeur, voici ce que nous en savons :

Une parcelle de ce tissu soumise à l'analyse microscopique par M. Heurtaux a démontré l'existence de l'élément fibro-plastique.

Maintenant, et ceci est la question la plus importante, y a-t-il indication d'attaquer cette affection par les moyens chirurgicaux ? Nous ne le pensons pas.

D'abord, on ne peut songer à enlever une tumeur aussi volumineuse qu'en se décidant à sacrifier une portion considérable de la surface osseuse du crâne, et dans quel endroit ? Dans une région qui avoisine la base du crâne, et sur une étendue qui comprend une partie de l'occipital, toute la portion mastoïdienne du temporal et même la portion écailleuse de cet os.

Il y a donc des dangers immédiats dans l'exécution d'une pareille entreprise. Il y a de plus la chance de ne pouvoir enlever la totalité des parties malades, attendu que, l'affection paraissant naître dans le diploé, il n'est pas facile, à moins d'être décidé à une déperdition de plus en plus étendue des os, de préciser les limites de l'altération. Or une ablation incomplète serait inévitablement suivie d'une récidive très-prochaine.

Nous devons ajouter que, la tumeur anticipant un peu sur la partie supérieure et postérieure du cou, son ablation complète entraînerait encore de nouveaux dangers plus particulièrement propres à l'ablation des tumeurs situées dans la région sous-occipitale.

Ainsi, pour enlever une tumeur éminemment disposée par sa nature à la récidive, il nous faudrait compromettre dans une opération hasardeuse la vie de cette enfant. C'est ce que nous ne ferons pas.

Pourrait-on du moins attaquer cette tumeur par des applications répétées de caustiques plus ou moins puissants ? L'expérience qui en a été déjà faite dans ce cas particulier par d'autres que par nous n'est pas de nature à nous encourager dans cette voie, et nous devons vous faire remarquer qu'une partie de cette tumeur étant comme engaînée dans un étui osseux, cette circonstance crée une difficulté nouvelle pour l'application des caustiques.

Toutefois nous devons déclarer que, si par un moyen ou par un autre nous pensions qu'il fût possible d'arriver à détruire la totalité du produit pathologique et d'éviter toute chance de récidive immédiate, nous n'hésiterions pas à affronter les dangers, quels qu'ils fussent, de l'exécution opératoire, puisqu'il y aurait des chances d'obtenir un résultat sérieux et d'une certaine valeur pour notre jeune malade.

Deux hydrocèles en état de récidive après l'injection iodée. Emploi du drainage.

Si bonne et si avantageuse que soit la méthode des injections iodées dans le traitement de l'hydrocèle, il est impossible de méconnaître qu'elle ne réussit pas toujours.

Les injections iodées qui ne réussissent pas n'ont pas pour seul inconvénient de ne pas réussir, elles peuvent donner lieu à des accidents de plus d'un genre, accidents susceptibles de s'opposer ultérieurement à la guérison radicale.

Sans parler ici des inflammations au degré suppuratif qui peuvent être la conséquence des injections iodées, il est incontestable, et nous en avons la preuve sous les yeux, qu'il peut survenir dans la tunique vaginale par le fait de ce mode de traitement des phlegmasies partielles, lesquelles donnent lieu tantôt à des indurations, tantôt à des brides ou à des adhérences qui constituent autant d'obstacles à la juxtaposition dans toute leur étendue des parois de la séreuse.

On conçoit, par exemple, qu'une ou plusieurs indurations partielles ne permettent plus à la paroi externe de la tunique vaginale de se mouler sur l'organe testiculaire, l'inflammation adhésive ne puisse plus porter sur toute l'étendue de cette séreuse, et par conséquent qu'il reste des points où l'hypersécrétion morbide qui donne lieu à l'hydrocèle continue à se faire. On conçoit également que, des adhérences partielles s'étant établies en plusieurs endroits de la tunique vaginale, mais d'une manière tout à fait irrégulière, il en résulte des cloisonnements qui transforment une hydrocèle uniloculaire en une hydrocèle pluriloculaire, et créent ainsi au chirurgien des difficultés presque insurmontables pour l'exécution d'une nouvelle opération.

Ainsi, l'injection iodée, bien que donnant des résultats généralement très-favorables, bien que constituant une méthode généralement bonne, nous l'avons déjà dit, ne peut pas néanmoins être considérée comme étant complétement inoffensive, puisque non-seulement elle expose à la récidive, mais encore elle peut donner lieu à des accidents susceptibles d'empêcher la cure radicale.

Encouragé par les résultats que m'a donnés le drainage dans le traitement des collections liquides, abcès, kystes séreux, hygromas, etc., j'ai recours depuis un certain temps à l'emploi des anses élastiques chez les sujets atteints d'hydrocèle, et jusqu'à ce jour le succès a constamment suivi cette nouvelle application de notre méthode du drainage. En moins de quinze jours, les malades complétement guéris de leur affection, peuvent sortir de l'hôpital et vaquer à leurs occupations.

C'est donc par le drainage que nous allons traiter les deux malades que je vous présente, et qui tous les deux sont affectés d'une hydrocèle en état de récidive.

Le premier malade avait été soumis à l'injection iodée. Ce mode de traitement ne réussit pas à amener la guérison définitive. Des noyaux indurés se produisirent sur divers points de la tunique vaginale, et lorsque le malade entra à l'hôpital Lariboisière, la tumeur avait reparu depuis quelques mois. Elle fit des progrès rapides sous nos yeux, et l'hydrocèle est revenue aujourd'hui à des proportions plus considérables que celles qu'elle offrait primitivement.

Le second malade a été opéré déjà trois fois : deux fois à l'hôpital Saint-Louis par l'injection iodée, une fois à l'Hôtel-Dieu, service de M. Boyer, par l'injection vineuse. Malgré l'emploi réitéré de la méthode des injections, la maladie s'est constamment reproduite, et il nous resterait peu d'espoir de la guérir, si nous n'avions la ressource du drainage.

Le manuel opératoire sera très-simple. Après avoir bien constaté la position du testicule et du canal déférent, nous traverserons la tumeur dans le sens vertical avec un trocart à drainage. Nous retirerons la pointe de l'instrument, et, la canule restant en place, nous ferons passer à travers cette dernière une bougie armée d'un fil qui entraînera une anse élastique. La canule étant retirée à son tour, le liquide s'écoulera.

Chez nos deux malades, en raison de la récidive, et dans la crainte de quelque anomalie des organes contenus dans le scrotum, nous ferons une ponction exploratrice qui nous permettra de bien reconnaître l'état des parties et de pratiquer l'opération en toute sécurité.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 octobre. — Présidence de M. Michel Lévy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Nord en 1856 (commission des épidémies) ;

2° Un rapport de M. le docteur Champmas, médecin principal de l'hôpital militaire thermal de Baréges, sur les malades qui ont fait usage des eaux minérales de cette localité pendant l'année 1856. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Préparations d'iode et de tannin. — M. BOINET, au sujet du rapport lu mardi dernier par M. Gaultier de Claubry sur un sirop iodo-tannique, adresse une lettre dont voici les principaux passages :

... Plusieurs membres de l'Académie ont fait remarquer avec raison que cette préparation n'avait pas le caractère de nouveauté qu'on voulait bien lui accorder. Cette invention remonte à 1851 ; et appartient à M. Debauque, pharmacien à Anvers ; depuis je l'ai employée bien souvent, et généralisée à tous les sirops possibles.

En 1851, M. Debauque, dans une note intitulée *Iode rendu soluble par le tannin*, racontait comment, après de nombreux essais tentés dans le but de *rendre soluble dans l'eau*, sans le secours de l'iodure de potassium, les petites quantités d'iode qui s'administrent d'habitude sous forme de teinture dans les potions, il avait été amené à découvrir que 30 grammes de sirop d'écorce d'oranger dans une potion de 125 à 150 grammes rend parfaitement solubles 25 à 30 centigrammes de ce métalloïde.

Recherchant ensuite quel était le principe qui dans le sirop d'écorce d'orange pouvait favoriser la solubilité de ce corps, il reconnut que c'était à la faveur du tannin que l'iode était rendu soluble.

De mon côté, frappé de ce fait que le tannin pouvait rendre l'iode soluble, et mettant à profit les recherches de M. Debauque, j'ai pensé qu'on pourrait obtenir le même résultat, c'est-à-dire la solubilité de l'iode, en ajoutant du tannin dans tous les sirops ou liqueurs, ou bien en administrant la teinture d'iode dans les sirops qui contiennent du tannin, comme ceux de quinquina, de raifort, anti-scorbutique, de noyer, de gentiane, de ratanhia, dans le vin rouge : de là des sirops iodo-tanniques et des préparations iodo-tanniques que j'ai mis en usage depuis 1851, et que tous les pharmaciens peuvent préparer facilement.

L'iode ou la teinture d'iode, administrés de cette manière, ne sont plus irritants, sont solubles, et n'ont plus les mêmes inconvénients que lorsqu'ils sont administrés sous la forme de teinture dans une potion quelconque.

Par 30 grammes de sirop anti-scorbutique, de quinquina, de raifort, etc., j'ai l'habitude de faire ajouter 12 gouttes de teinture d'iode, ce qui équivaut à environ 5 centigrammes d'iode pur. Dans les sirops qui ne contiennent pas naturellement de tannin, je fais ajouter seulement quelques grains d'acide tannique par 30 grammes de sirop. On peut prendre la teinture d'iode dans le vin en mangeant, à la dose de 10 à 20 gouttes, trois fois par jour. Employée de cette façon dans les rhumatismes articulaires chroniques, la teinture d'iode a beaucoup d'efficacité, et M. Lasègue, qui a suivi cette méthode, en a obtenu de beaux succès. Administré ainsi, c'est-à-dire additionné de tannin dans un sirop quelconque, l'iode n'a aucun goût particulier et produit d'excellents effets. C'est, selon nous, la meilleure manière d'administrer la teinture d'iode, qu'on donne à la dose de 3 à 20 gouttes, trois fois par jour, suivant les âges, la constitution des malades, dans tous les cas où l'on a besoin d'avoir recours à l'iode.

— M. le docteur Lalagade adresse un mémoire sur une épidémie de petite vérole à Albi, et les heureux effets de la revaccination. (Commission de vaccine.)

— M. le docteur Sémanas (de Lyon) adresse un mémoire ayant pour titre : *Doctrine pathogénique fondée sur le digénisme phlegmasi-toxique et ses composés morbides.* (Commissaires : MM. Collineau et Piorry.)

— M. le docteur Trientaphilli adresse un mémoire sur une nouvelle théorie touchant la nature de la coqueluche. (Commissaires : MM. Blache et Beau.)

— M. J. Paschkewitsch, vétérinaire à Saint-Pétersbourg, fait hommage à l'Académie d'un mémoire imprimé sur la maladie pestilentielle des bêtes à cornes. (Commissaires, MM. Renault et Bouvier.)

— M. LE PRÉSIDENT rend compte à l'Académie de la cérémonie qui a eu lieu le 11 octobre à Étampes pour l'inauguration du monument d'Étienne Geoffroy Saint-Hilaire, à laquelle l'Académie était représentée par les membres du bureau et par MM. Larrey et Blache.

M. le président, sur l'invitation de l'Académie, donne lecture du discours qu'il a prononcé à cette cérémonie au nom de l'Académie.

En voici quelques extraits :

« Cette statue est plus qu'un hommage, elle est une protestation. Tandis que les intérêts matériels pèsent d'un lourd poids sur la pensée publique et développent une irrésistible énergie sous toutes les formes d'exploitation, voici une petite ville qui glorifie le culte des idées, qui inaugure avec la pompe d'une fête patriotique l'image d'un savant, le symbole de l'intelligence appliquée aux travaux à la fois les plus minutieux et les plus abstraits de la science. Et ce grand homme, dont nous contemplons avec respect les traits reproduits par un véritable artiste, a-t-il cultivé, a-t-il fait avancer à pas rapides l'une des branches de connaissances qui triplent les ressources de l'industrie, qui font la richesse d'une population et changent l'aspect d'une contrée ?— Non, il n'a fondé sur sa terre natale rien qui favorise les jouissances matérielles, rien qui sollicite les cupidités du trafic ; c'est un penseur, c'est un chercheur, c'est un philosophe de la nature. De ses compatriotes, peu ont suivi ses publications, peu se sont élevés sur ses traces à la contemplation des vérités abstraites, des faits généraux qu'il a établis par la double puissance du travail et de l'inspiration ; mais tous ont connu sa noble existence consumée dans les recherches et les méditations de l'ordre le plus difficile ; tous ont entendu les échos de sa renommée, renvoyés vers ce coin de terre qui l'a vu naître par tout ce qu'il y a au monde d'esprits livrés à l'étude des phénomènes naturels, par toutes les voix qui interrogent les secrets de Dieu, créateur et conservateur des êtres... Et la ville d'Étampes lui consacre aujourd'hui ce monument, moins durable que les œuvres de son génie, parce qu'elle a le sentiment des véritables conditions de la force et de la gloire de notre pays, parce que, suivant le beau langage d'un des plus éminents disciples de Geoffroy Saint-Hilaire, les productions de l'esprit sont plus que les autres les signes ineffables de la grandeur d'une nation (1).

» Dans cette vie qui embrasse la période la plus féconde et la plus agitée de notre histoire, de 1793 à 1844, on ne sait ce qu'il faut admirer le plus, d'une série non interrompue de découvertes et d'initiatives dans l'ordre scientifique, ou d'une suite non moins nombreuse de manifestations et d'élans spontanés qui dénotent un fonds inépuisable de générosité, de délicatesse et de dévouement. Si cette statue n'était point consacrée au génie de Geoffroy Saint-Hilaire, il faudrait en faire hommage à son caractère. La science et la moralité ne se sont jamais associées dans le même homme ni plus étroitement, ni à un plus éminent degré.

...: » Il appartenait à des maîtres justement autorisés, à d'anciens collègues de l'Institut, du Muséum, de la Faculté des sciences, d'apprécier la portée des travaux et des idées de Geoffroy Saint-Hilaire ; il convient seulement au représentant de l'Académie de médecine d'en redire après eux la signification générale, de signaler l'impulsion que ces idées et ces travaux ont imprimée aux diverses branches de la mé-

(1) M. Serres, *Discours sur la tombe de Geoffroy Saint-Hilaire.*

decine et même à la chirurgie. Mais en approchant du naturaliste, de l'anatomiste, du créateur de la tératologie, quel autre et précieux embarras que le mien? Par où commencer l'inventaire de tant de richesses accumulées? Encore ici comment faire une juste part de notre admiration entre l'investigateur de détail et cet esprit à lumières vives et imprévues qui observe en grand? Car s'il appartient à cette élite de savants qui ont l'instinct et le pouvoir de la généralisation, il possède aussi la patience des vérifications minutieuses, l'initiative des recherches exactes. Le même écrivain qui s'est élevé si haut dans la synthèse des faits anatomiques et zoologiques a décrit un grand nombre d'espèces avec la plus sévère précision : pas une classe de vertébrés qu'il n'ait enrichie sous les points de vue les plus divers, où il n'ait créé des genres nouveaux, déterminé des espèces nouvelles, joignant à l'étude de leurs caractères de conformation et de structure l'observation de leurs mœurs. Plus il sentait en lui d'entraînement et d'essor vers les vues générales, vers les sommités de la science, plus il tenait à fortifier, à consolider le point de départ. Trois ouvrages étendus, plus de soixante monographies, seize mémoires tératologiques, tels sont les résultats de cette laborieuse vie, presque doublée par le travail nocturne.

» Tantôt sur les bords du Nil il vérifie au profit de l'ornithologie les récits soi-disant fabuleux d'Hérodote, d'Aristote et de Pline; tantôt, près du même fleuve et sur le littoral de la mer Rouge, il fait sur les poissons de ces lointains climats des observations dont Cuvier proclame l'excellence; il découvre des espèces entièrement nouvelles de sauriens et d'ophidiens; il est l'un des premiers créateurs des genres mammalogiques; c'est lui qui a déterminé un tiers des genres actuellement connus dans l'ordre des primates; infatigable à observer, à décrire, à déterminer les êtres qu'il trouve en ses voyages ou qui de toutes les parties du globe sont envoyés au Muséum, dont il est et restera le principal fondateur, modèle de fidélité dans les descriptions et de rigueur dans les caractéristiques, l'œil fixé sur les plus infimes particularités du fait matériel, et la pensée reposant sur les plus hautes vérités de la philosophie naturelle.

» Mais quoiqu'il ait mis sa jeunesse au service de la zoologie descriptive, il n'a pas, pour me servir de sa propre expression, l'engouement des détails, il ne voit pas dans la classification l'idéal auquel doit tendre l'histoire naturelle. Décrire et classer les êtres, c'est ranger des livres sur les rayons d'une bibliothèque, c'est se composer un répertoire. La science va plus loin et plus haut; elle exige plus d'exactitude même que n'en comporte la distribution toujours un peu arbitraire des familles zoologiques. Ces échafaudages de la méthode, que sont-ils en eux-mêmes, si ce n'est une première application de cette idée, que les êtres d'un même groupe sont liés par des rapports intimes et composés d'organes tout à fait analogues? Cette idée a une formule plus générale : L'organisation des animaux peut-elle être ramenée à un type uniforme? Problème séculaire, né d'une généralisation instinctive et prématurée, dès les premiers âges de la science; Aristote, les alchimistes, Newton, Bonnet, Buffon, Vicq-d'Azyr, l'ont énoncée; Herder, Camper, Gœthe, Schilling, Kielmeyer, ont préludé à sa solution. Le mode d'uniformité auquel Newton pense que les animaux sont soumis comme les masses du système planétaire, la conformité constante et la ressemblance cachée des êtres que Buffon admire plus encore que leurs différences apparentes, le type exemplaire de la création animée dont parle Herder; en un mot, l'unité de dessein et de plan reste jusqu'à Geoffroy Saint-Hilaire une vue spontanée de l'esprit humain, non une généralité régulièrement déduite des faits. La démonstration scientifique de cette loi est son œuvre, et avec elle surgit la philosophie anatomique tout entière, appuyée sur quatre principes fondamentaux : le principe des connexions, la théorie des analogues, le principe de l'affinité élective des éléments organiques, enfin la loi du balancement des organes. Quelle nouvelle et vive lumière projetée dans le champ de l'organisation! Plus de préférence à donner à telle ou telle anatomie en particulier; il s'agit de considérer les organes là d'abord où ils se montrent au maximum de leur développement pour les suivre dans leurs dégradations jusqu'à zéro d'existence.

» Clairement formulés par le digne fils du puissant novateur, tous ces résultats, qui ont acquis aujourd'hui une vulgarité glorieuse pour leur auteur, sont sortis d'une vue originale et profonde qui date de ses premières publications vers la fin du dernier siècle, et qui s'est exercée sans relâche par l'étude de l'état fœtal, par la comparaison des éléments primitifs et constitutifs des organes. Il a fondé la science des rapports entrevue par Buffon et enfouie dans les détails par Daubenton; il lui a donné pour base une seule idée, l'unité de type, et il en a fait, suivant le mot de M. Villemain, la première des philosophies.

» Merveilleuse fécondité d'une conception scientifique! Puissance de l'idée une fois entrée dans le domaine des faits positifs! Mais aussi quelle grandeur dans cette idée qui nous représente la nature toujours active, toujours créatrice comme aux premiers jours, ne s'arrêtant pas quand une espèce s'éteint pour recommencer son œuvre par l'enfantement d'espèces nouvelles, mais se manifestant dans un immense et perpétuel ensemble d'êtres coordonnés et subordonnés entre eux, par une filiation non interrompue de formes organiques depuis les premières ébauches qui composent le mystérieux domaine de la paléontologie jusqu'aux types les plus avancés du monde contemporain!

» Esprit prime-sautier, prompt à saisir toutes les applications d'un principe, et les diversifiant dans la science comme il nous montre la nature diversifiant les formes d'un type unique, il ne devait pas borner à l'ordre physiologique ses recherches sur le plan général d'organisation, il en avait retrouvé les traces dans les êtres qui se présentent sous les apparences les plus anormales, il eut dès lors la volonté de poursuivre l'idée de l'unité de composition dans les écarts et les dérangements de l'ordre pathologique. Le voilà aux prises avec ces cas particuliers d'un développement irrégulier ou incomplet que l'ignorance des temps antérieurs a désignés sous le nom de monstruosités. Il ne pouvait manquer d'en rattacher la production à des causes accidentelles : à l'aide de cette donnée qu'il emprunte à Lemery et de deux principes suggérés presque en même temps par ses propres méditations et par les travaux de M. Serres, à savoir : le principe de l'arrêt de développement et celui de l'attraction des parties similaires, il constitue la doctrine des anomalies, achevée et fortifiée d'une masse imposante de preuves et d'applications par M. Serres et par cet esprit ingénieux et lucide qui met sa gloire à commenter, à expliquer celle de son père.

C'est ici que la médecine devient largement et directement tributaire de l'école de la philosophie anatomique. Quand son fondateur ne se contente plus de puiser dans l'examen des animaux réguliers les matériaux des connaissances physiologiques, quand il interroge avec une égale curiosité l'organisation troublée dans ses évolutions, surprise dans ses mouvements d'hésitation ou d'impuissance, il trace sa voie à la physiologie pathologique. Or, celle-ci tient la clef des problèmes cliniques, fait à la thérapeutique sa règle et sa limite. Est-il une branche de l'art de guérir que la tératologie n'ait éclairée de quelque jour?

» Ce que lui doivent l'anatomie et la physiologie, ce qu'elle procure à la médecine légale de facilité et de sûreté pour la solution d'un grand nombre de questions litigieuses, ce qu'elle a fourni d'indications utiles au médecin pour rétablir la santé momentanément troublée d'un être anormal; au chirurgien, pour atténuer ou pour effacer les misères d'une organisation imparfaite, les travaux modernes accomplis dans le cercle des sciences médicales le font assez ressortir. Ceux de M. Andral, sur l'anatomie pathologique; ceux de M. Coste, sur l'embryotomie humaine, ceux de M. Jules Guérin, sur les difformités; toutes les branches de la biologie ont reçu quelque empreinte ou quelque impulsion des idées de Geoffroy Saint-Hilaire. L'hygiène ne devait pas échapper à cette influence. Outre des règles spéciales que lui suggère une connaissance plus exacte des conditions d'une évolution fœtale régulière, la doctrine de l'action des milieux ambiants sur le développement des êtres l'a replacée au point de vue hippocratique, avec l'aplomb d'une observation positive et vraiment philosophique.. »

(L'Académie accueille cette lecture par des applaudissements.)

RAPPORTS.

Épidémies. — M. TROUSSEAU, au nom de la commission des épidémies, lit le rapport annuel sur les épidémies de 1856.

Les conclusions du rapport consistant dans les propositions de récompenses à décerner aux médecins des épidémies, auteurs des rapports, seront lues en comité secret.

Statistique des causes des décès. — M. GUÉRARD, au nom d'une commission composée de MM. Michel Lévy, Bégin, Adelon, Beau, Roche et Guérard, donne lecture d'un rapport officiel sur la statistique des causes des décès.

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce a adressé à l'Académie une série de questions, afin de réaliser pour la France le vœu exprimé par le Congrès international de statistique dans ses deux sessions de 1853 et de 1855, à savoir qu'il fut procédé dans tous les pays à l'enregistrement régulier et officiel des causes de décès.

Voici les questions sur lesquelles M. le ministre demandait l'avis de l'Académie :

Première question. — Dans l'état actuel de la science en France une bonne statistique nosologique est-elle possible?

En d'autres termes, peut-on espérer qu'au moins les principales causes de décès peuvent, dans le plus grand nombre des cas, être exactement observées?

Deuxième question. — En supposant cette question résolue affirmativement, l'Académie croit-elle pouvoir, dans l'état actuel des doctrines entre lesquelles se divise le monde médical, préparer une classification qui, par sa clarté, le sens précis des dénominations données aux maladies, puisse être comprise par le plus grand nombre des médecins en France, et ne laisser aucun doute dans leur esprit sur la nature de ces maladies?

Troisième question. — Cette question également résolue, l'Académie estime-t-elle qu'il convient d'établir immédiatement une classification de toutes les maladies qui peuvent amener la mort?

Ou bien croit elle qu'il suffit au début de n'appliquer la statistique nosologique qu'à la constatation d'un certain nombre de causes de décès les plus importantes et en même temps les plus faciles à reconnaître?

Quatrième question. — L'Académie n'est-elle pas d'avis que, dans l'état actuel de l'organisation du service médical en France et notamment en présence de l'insuffisance notoire de ce service dans les campagnes, il y a lieu de ne faire constater d'abord les causes de décès que dans les villes, chefs-lieux d'arrondissement, sauf plus tard à étendre les mêmes recherches aux chefs-lieux de canton?

Cinquième question. — N'estime-t-elle pas que la statistique nosologique serait particulièrement facilitée si l'institution des médecins vérificateurs des décès était généralisée, au moins dans les villes chef-lieux d'arrondissement?

Sixième question. — Est-elle d'avis qu'il est nécessaire d'assurer par une loi la délivrance par le médecin à chaque décès du *bulletin indicateur?*

Ou bien ne pense-t-elle pas qu'il suffirait de son intervention, sous la forme d'une circulaire adressée à tous les médecins de l'Empire, pour vaincre les résistances d'une partie du corps médical à la remise de ce bulletin?

Septième question. — Ne pense-t-elle pas que l'objection tirée de la difficulté de concilier l'indication de la cause des décès avec la prescription de l'article 378 du Code pénal, et dans certains cas avec les légitimes susceptibilités des familles, est suffisamment résolue :

1° Par la non-inscription du nom du défunt sur le bulletin nosologique;

2° Par la recommandation au médecin de remettre *cacheté* ce bulletin à l'officier de l'état civil, et à celui-ci de n'ouvrir le bulletin qu'à l'expiration de l'année (circulaire du 27 septembre 1853)?

Huitième question. — Estime-t-elle que le bulletin doit contenir l'indication du sexe, de l'âge et de la profession du décédé?

La commission, par l'organe de son rapporteur, propose à l'Académie de répondre à ces questions en ces termes :

1° Dans l'état actuel de la science en France, une bonne statistique nosologique, c'est-à-dire une statistique complète, n'est pas possible.

Mais les principales causes de décès peuvent, dans le plus grand nombre des cas, être exactement observées.

2° Dans l'état actuel des doctrines entre lesquelles se divise le monde médical, il est impossible de préparer une classification, qui, par sa clarté, le sens précis des dénominations données aux maladies, puisse être comprise par le plus grand nombre des médecins en France, et ne laisser aucun doute, dans leur esprit, sur la nature de ces maladies.

Il est plus sûr de laisser chaque médecin libre d'employer dans la rédaction des bulletins des causes de décès, les dénominations scientifiques qui lui sont familières.

Mais alors il sera rédigé une liste de synonymie destinée à établir l'uniformité dans les bulletins, et la rédaction de cette liste sera soumise à l'approbation de l'Académie.

3° Il n'est donc pas nécessaire, d'après ce qui vient d'être dit, d'établir immédiatement une classification de toutes les maladies qui peuvent amener la mort.

Ce qui n'empêche pas de procéder dès à présent à l'enregistrement de toutes les causes de mort sans exception.

4° Ce service d'enregistrement des causes de décès devra être établi simultanément dans toutes les communes.

5° Il serait rendu beaucoup plus facile par la généralisation de l'institution des médecins vérificateurs des décès.

6° Une loi devra être proposée pour rendre obligatoire la délivrance par le médecin, à chaque décès, du bulletin indicateur.

En attendant la promulgation de cette loi, une circulaire émanée de l'Académie sera adressée, dans le même but et par les soins de l'administration, à tous les membres du corps médical.

7° Tous les bulletins seront rédigés ouvertement et dans les mêmes conditions que ceux des registres mortuaires de l'état civil.

Mais quand le médecin croira compromettant pour l'honneur ou le repos de la famille du décédé, de livrer à la publicité le secret de la cause de la mort, il rédigera deux bulletins, l'un *fictif* destiné à être connu de tous, l'autre *secret*, portant un numéro d'ordre, reproduisant le bulletin fictif, et contenant les corrections nécessaires. Ce dernier bulletin sera envoyé directement à l'administration centrale suivant une forme déterminée à l'avance.

Dans aucun cas, le nom du défunt ne sera inscrit sur le bulletin nosologique.

Enfin, l'envoi des bulletins sera annuel.

8° Le bulletin devra être aussi complet que possible, c'est-à-dire qu'il contiendra tous les documents ressortissant à la statistique.

A cet effet, il sera utile de rédiger un modèle de bulletin, que les médecins n'auront plus qu'à remplir.

9° Des encouragements, consistant en médailles et mentions honorables, pourront être accordés aux médecins qui montreront le plus de zele dans l'accomplissement de la nouvelle mission dont ils vont être chargés.

Un commencement de discussion s'engage entre MM. Moreau, Adelon et le rapporteur. Mais, sur la demande de plusieurs membres, M. le président propose de remettre la discussion à la séance prochaine.

L'Académie, consultée sur cette proposition, l'adopte.

PRÉSENTATION.

Main artificielle. — M. FERDINAND MARTIN présente à l'Académie un appareil ou main artificielle, destiné à remplir la plupart des usages de la main naturelle chez les sujets qui en sont privés.

— La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Bruxelles, le 2 octobre 1857.

Monsieur le Rédacteur,

Dans la relation tout empreinte de bienveillance que, dans votre numéro du 1er de ce mois, vous avez bien voulu donner de la session du congrès d'ophthalmologie qui vient d'avoir lieu à Bruxelles, vous avez attribué à ma coopération dans cette œuvre si heureusement accomplie une part plus large que celle qui me revient légitimement. Le congrès n'a pas été *provoqué* par moi seul, mais par le comité de rédaction tout entier des *Annales d'oculistique.*

Si j'ai eu le bonheur d'avoir pu contribuer par mon travail et au prix de quelques sacrifices au succès d'une réunion qui, j'en ai la confiance, marquera dans les annales de la science, je ne me dissimule pas que seul je n'aurais pu le réaliser. A côté de mon nom obscur, et qui ne pouvait se recommander que par le dévouement absolu à la science de celui qui le porte, il y avait d'autres noms que vous connaissez, monsieur. Il y avait surtout celui de M. Fallot, l'honorable président du congrès, qui devait rallier tous les suffrages et toutes les sympathies, car il signifie : *Probité, dévouement, érudition.*

Agréez, etc. EWARLOMONT,

Secrétaire général du congrès d'ophthalmie, rédacteur en chef des *Annales d'oculistique.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour l'internat commencera, ainsi que nous l'avons déjà annoncé, lundi prochain 19 octobre. Le jury de ce concours est composé de MM. Baillarger, Monneret, Tessier, Depaul et Broca, *juges titulaires;* et de MM. Voillemier et Lelut, *suppléants.*

— Le concours pour les prix de l'internat s'ouvrira le 3 novembre prochain à midi.

— Le concours pour la nomination des élèves externes s'ouvrira le 4 novembre prochain. On s'inscrit aux bureaux de l'Assistance publique, de midi à 3 heures, jusqu'au 20 octobre.

— M. le docteur E. Laborie, ancien chef de clinique de la Faculté, vient d'être nommé médecin de la maison de convalescence créée à Vincennes.

LA SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 122. — SAMEDI 17 OCTOBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 122. — SAMEDI 17 OCTOBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal; sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Incontinence nocturne d'urine traitée par la belladone.

Nous avons entretenu plusieurs fois nos lecteurs du traitement de l'incontinence nocturne d'urine par la belladone, sur lequel M. Trousseau ne manque jamais d'appeler l'attention des élèves de sa clinique, quand l'occasion s'en présente. C'est en effet à ses yeux une des médications les plus utiles et les plus efficaces contre une des affections les plus dégoûtantes et les plus tenaces; mais à la condition d'être poussée avec une énergie et surtout une constance, dont, il faut le dire, peu de malades et peu de médecins même sont capables.

On a pu le voir souvent dans le cours du dernier semestre scholaire, interroger une jeune fille qui est dans le service depuis longtemps, et lui demander si elle avait uriné au lit. A cette question, constamment la même, la réponse variait peu : Elle avait été un, deux, trois jours au plus sans uriner; puis elle avait uriné involontairement pendant plusieurs jours de suite, et ainsi pendant une longue série de jours, de semaines et de mois. Cependant, vers la fin du semestre, les réponses de cette jeune fille n'étaient déjà plus les mêmes. Une fois, elle avait été vingt-trois jours sans pisser au lit, puis plus tard plus de trente jours. Enfin, tout récemment questionnée en notre présence, elle a déclaré que depuis longtemps elle n'urinait plus du tout dans son lit la nuit. Qu'est-ce qui a amené ce résultat, et comment a-t-il été produit? C'est ce que nos lecteurs seront sans doute bien aises d'apprendre. Voici donc en quelques mots l'histoire de cette malade, dont nous avons déjà dit un mot l'année dernière, alors qu'elle était seulement au début de son traitement :

Elle est âgée de dix-neuf ans; elle a commencé à uriner au lit à l'âge de huit ans. La menstruation s'est manifestée depuis, mais sans amener aucun amendement, si ce n'est une seule fois qu'elle est restée deux mois et demi sans uriner au lit. Depuis ce temps-là, elle n'a cessé d'uriner une fois au moins, mais le plus souvent deux fois par nuit.

Cette jeune fille est entrée à l'hôpital, il y a environ dix-huit mois. C'est peu de temps après, qu'elle a été soumise pour la première fois au traitement par la belladone. On a commencé à la dose de 1 centigramme d'extrait administré le soir. Au bout d'un certain temps, on lui en a donné 2, 3, 4, 5 centigrammes.

Dès les premiers temps du traitement, il y a eu de l'amendement. Au lieu d'uriner deux fois par nuit, elle ne le faisait qu'une fois, et encore toutes les deux ou trois nuits au lieu de chaque nuit. Quelquefois, elle restait propre quatre nuits de suite, puis elle urinait une fois par nuit pendant deux, quatre, six nuits.

Loin de perdre courage, M. Trousseau a augmenté graduellement la belladone, il l'a élevée à 6, 7, 8, 9, 10 centigrammes. Avec 10 centigrammes, on est arrivé à obtenir vingt-deux jours sans traces d'incontinence. Puis elle s'est reproduite un jour ou deux de suite; la malade après cela a pu retenir ses urines pendant huit à dix jours; puis elle a recommencé à uriner pendant deux ou trois jours de suite; et cette nouvelle incontinence a été suivie d'un nouveau répit de dix jours.

On avait ainsi gagné du terrain; mais ce n'était pas encore assez. La dose de la belladone a été augmentée, elle a été élevée à 15 centigrammes. A dater de ce moment, l'incontinence a cessé pour ne plus se reproduire. Après un mois de l'usage de cette dose, la malade n'avait pas uriné une seule fois dans son lit. Vers le milieu de juin, il y avait 50 jours qu'elle n'avait laissé échapper ses urines.

Toutefois M. Trousseau n'en est pas encore resté là. Il a élevé la dose à 16 centigrammes, se proposant, s'il se passait encore un mois sans accidents, d'aller à 17 et même à 18 centigrammes; puis, si trois, quatre, cinq mois se passaient bien, il devait commencer à diminuer de mois en mois, mais sans cesser de longtemps encore tout à fait l'usage du remède.

Il motive cette manière d'agir sur les résultats de son expérience. Il m'est arrivé plusieurs fois, dit-il, alors que je me croyais sûr de la guérison des malades, quatre ou cinq mois s'étant écoulés sans accidents, de me relâcher dans l'usage de la médication et de voir aussitôt reparaître les accidents, non pas avec le même degré d'intensité qu'auparavant, mais assez encore pour montrer que la guérison n'était point complète. Depuis lors M. Trousseau s'est fait une loi dont il ne se départ pas, mais dont les familles et les malades se départent malheureusement trop souvent, de continuer, pendant plusieurs mois et même pendant une année, l'administration de la belladone alors même que l'incontinence nocturne paraît complétement guérie depuis quatre ou cinq mois.

Depuis l'époque où le professeur a entretenu pour la dernière fois son auditoire de l'état de cette malade, c'est-à-dire depuis le mois de juin, l'incontinence ne s'est plus reproduite; il y a aujourd'hui environ cinq mois qu'elle n'a uriné au lit. Le traitement a été interrompu depuis la fin de juillet. Mais on garde encore cette jeune fille en observation pour s'assurer qu'après la cessation du traitement la maladie ne récidivera pas.

De l'influence du traitement mercuriel pendant la grossesse sur la santé et la vie du fœtus.

Le *Compte rendu de la Clinique obstétricale de l'hôpital général de Montpellier*, auquel nous avons emprunté dans la dernière *Revue* une intéressante étude statistique relative à l'influence que la diathèse syphilitique de la mère exerce sur la vie et la santé du fœtus, va nous fournir aujourd'hui une nouvelle série de documents non moins dignes d'intérêt sur l'influence qu'exerce sur le fœtus le traitement anti-syphilitique subi par la mère.

S'il pouvait rester encore quelques doutes dans les esprits à l'égard de l'action de la syphilis de la mère sur le fœtus, la conformité des résultats des recherches de M. Dunal avec celles de la plupart des auteurs modernes qui se sont occupés de cette question, nous paraîtrait suffisante pour la mettre hors de doute. On y voit, en effet, de nombreux témoignages établissant que l'infection syphilitique de la mère peut arrêter l'embryon dans son développement, que cette affection, qui souvent le tue après sa naissance, est capable de le faire périr avant. Cependant on a cherché, dans ces derniers temps, à accréditer une hypothèse qui tendrait à infirmer ce point de doctrine, en rejetant sur l'action du traitement les effets attribués à l'action de la syphilis. C'était une opinion déjà ancienne et que quelques auteurs modernes ont cherché à réhabiliter. Ainsi, dans un travail lu il y a quelques années à l'Académie de médecine, on formulait les propositions suivantes :

1° Que la syphilis abandonnée à elle-même n'est pas une cause d'avortement, mais que ce dernier arrive surtout aux femmes traitées par le mercure;

2° Que le traitement mercuriel ne met pas toujours l'enfant à l'abri de l'infection, ni la mère à l'abri de la récidive, et ne paraît pas avoir beaucoup plus d'efficacité que le traitement sans mercure.

A cette opinion, au moins exagérée dans son application et dans ses conséquences pratiques, on ne saurait opposer un meilleur argument que des observations cliniques bien faites. Or voici ce que nous trouvons sur ce point dans le *Compte rendu clinique* de M. Dunal.

Sur les 27 femmes qui composent la première série du relevé statistique de la clinique (voir notre numéro du 10 octobre 1857), 5 seulement n'ont point été soumises dans les salles à un traitement mercuriel. Ce sont les femmes Marie M..., accouchée d'une fille qui contracte au passage une ophthalmie purulente, mais qui est sortie bien portante de la clinique le onzième jour, sans autres renseignements postérieurs; F..., dont l'enfant a présenté, un mois après, des symptômes de syphilis; Marie V..., atteinte de syphilis constitutionnelle et accouchée d'un enfant syphilitique, qui meurt deux jours après; Catherine F..., dont l'enfant a vécu deux mois; et Sophie B..., dont l'enfant a été soumis depuis, ainsi que la mère, à un traitement mercuriel.

Les 22 autres ont été soumises à un traitement mercuriel plus ou moins prolongé, sans accident aucun pour le produit, dont la bonne conservation et l'immunité, en présence d'accidents pathologiques quelquefois très-graves, ont paru à M. Dunal pouvoir n'être rapportés qu'aux bienfaits de la médication spécifique. Établi chez quelques-unes à une époque avancée de la grossesse, c'est-à-dire vers le septième ou huitième mois, et interrompu souvent par le moment de l'accouchement, chez d'autres, à une époque plus rapprochée de la conception, le second ou le troisième

---

SOUVENIRS D'UN VOYAGE EN CHINE.

A monsieur le docteur BROCHIN.

Très-honoré confrère, pendant que les bancs de vos savantes académies sont un peu déserts, et que vos sociétés médicales se reposent de leurs labeurs, je viens vous offrir une excursion en Chine. Ne vous effrayez pas trop de ma proposition; je ne vais pas vous demander de quitter votre bonne France, pas même votre fauteuil de la rue des Saints-Pères, d'où vous nous envoyez de si bonnes choses, à nous exilés de la province, pour vous mener visiter avec moi ce pauvre empire chinois, qui, pour ceux qui l'ont vu de bien près, n'a rien de céleste que le nom qu'on veut bien lui donner.

Ce voyage, je l'ai fait voilà déjà dix ans : ne vous étonnez pas non plus de me voir vous raconter aujourd'hui ce que j'ai vu en Chine en 1847. Hélas! toujours enseveli dans sa vieille enveloppe, endormi dans sa torpeur originelle, ce pays, que nous sommes habitués à nous figurer si peuplé de merveilles, n'est pas de ceux qui marchent à grands pas dans la route du progrès. Toujours plongé dans les fumées léthargiques de son fatal opium, le Chinois ne demande rien au reste du monde, et si aujourd'hui il cherche à secouer le joug *bienfaisant* que l'Européen voudrait faire peser sur lui, s'il lutte pour reconquérir une indépendance qui ne peut que lui être funeste, c'est pour fermer ses portes à la civilisation qu'on lui propose, au progrès dont il craint les conséquences; mais je vous ai promis un voyage en Chine, et non des réflexions philosophiques sur le peuple chinois.

Je partis de Brest le 11 juillet 1846, sur la frégate *la Gloire*, pour arriver, après six mois de traversée, devant Macao, dont nous sommes éloignés de cinq mille lieues. Je ne vous parlerai pas de la tristesse qui règne à bord d'un bâtiment pendant les premiers jours qui suivent un départ; quand on regarde bien loin devant soi et qu'on se demande ce qui nous attend là-bas à l'autre bout du monde et ce que l'on retrouvera au retour, il est bien permis de songer un peu à l'avenir. Mais un bon vent nous conduit à Cadix, cette charmante Andalouse que tout le monde aime à voir, et Ténériffe, cette île fortunée, jetée au milieu de l'Océan comme un refuge bienfaisant pour ces pauvres malades dont les poumons ont besoin d'un air plus pur, d'une température plus égale et plus douce. De Ténériffe nous nous dirigerons vers le cap de Bonne-Espérance, dont soixante longs jours nous séparent; soixante jours pendant lesquels l'œil voit passer devant lui les mêmes flots plus ou moins agités, le même ciel plus ou moins pur, mais toujours la mer et toujours le ciel. Un navire qui passe à l'horizon, un oiseau qui vous suit vous demandant l'aumône, un poisson volant qui vient étourdiment se jeter sur votre pont, voilà les distractions que nous rencontrons en dehors du navire; trop heureux quand un albatros, ce géant des airs, veut bien venir stupidement se prendre à l'hameçon qu'on lui tend du bord, ou quand un alcyon, charmante hirondelle de mer bien confiante, bien inoffensive, s'en vient timidement demander au navire qui passe une miette de pain.

Laissons aussi fuir derrière nous ce cap de Bonne-Espérance que tout le monde connaît aujourd'hui, et où nous n'avons à signaler qu'un affreux petit poisson, bien laid, bien informe, à tête grosse et disproportionnée, au corps d'un jaune sale taché de gris, qui se permet d'être essentiellement vénéneux. Deux matelots d'un navire qui nous avait précédé dans la rade de Simon's-Town étaient morts pour en avoir mangé malgré la défense de l'autorité.

Nous ne ferons que saluer en passant l'île de la Réunion, malgré tout ce qu'elle offre d'agréable, pour arriver bien vite dans l'archipel des Moluques, et nous arrêter quelques jours à Amboine, charmante petite île située presque sous l'équateur, et où nous reçûmes des Hollandais qui l'habitent un accueil des plus gracieux dont on est heureux de se souvenir.

Amboine étale aux regards du visiteur une richesse et un luxe de végétation qu'on a peine à s'imaginer quand on n'a pas vu cette belle nature des tropiques. C'est la patrie du muscadier et du giroflier, dont les parfums sont portés par la brise à plusieurs lieues en mer; là se rencontrent aussi les oiseaux aux plus riches couleurs, et l'oiseau de paradis, ce gracieux habitant de l'île Céram, qui vient quelquefois faire visite à Amboine, sa voisine. Le pays est malsain; la baie dans laquelle viennent mouiller les navires est encaissée au milieu d'épaisses forêts, et la brise du large n'y vient que difficilement balayer l'air chargé de miasmes paludéens; de là des dysenteries, des fièvres intermittentes, quelquefois pernicieuses, et le béribéri, cette étrange affection qui pendant notre séjour sur la rade régnait épidémiquement parmi les troupes de la garnison. Après quatre jours de repos et de fêtes, nous nous dirigeons vers Macao, premier point sur la côte de Chine où nous allons nous arrêter pendant quelque temps.

Macao est une possession portugaise, située sur une presqu'île à une petite distance de Canton; sa latitude, 22° nord, nous indique qu'en été la chaleur n'a rien de bien exagéré, et que le froid de l'hiver n'a rien de pénible. Pendant six mois de l'année le vent souffle du nord-est, et du sud ouest pendant les six autres mois. Aux époques de changement de vent ou renversement de mousson, on a à y subir des pluies abondantes, des orages et des coups de vent terribles connus sous le nom de typhons. Macao est un pays sain, nos équipages n'ont jamais eu à y souffrir de maladies sérieuses. La ville est divisée en deux quartiers : l'un est habité par les Portugais et les autres Euro-

mois, le traitement a toujours été suivi de succès, et parfaitement toléré par toutes les malades de cette série.

A l'appui de cette innocuité du mercure, démontrée d'ailleurs par un grand nombre d'autres faits cliniques, M. Dunal cite en particulier le suivant, où le mercure, employé d'abord comme antivénérien, plus tard comme antiphlogistique, a pu être administré à des doses très-élevées, sans danger aucun pour la mère et l'enfant, qui ont joui tous deux depuis d'une excellente santé.

Rosalie N..., âgée de dix-neuf ans, est amenée au dépôt de police pour une maladie vénérienne. Arrivée à son septième mois de grossesse, N..., après s'être livrée à toutes sortes d'excès, entre à la clinique d'accouchement le dernier jour de décembre avec des chancres aux petites lèvres, des végétations à la vulve et à l'anus. On lui prescrit : Pilules de proto-iodure de mercure, tisane de salsepareille.

Quelques jours après, le 6 janvier, il survient un malaise général, avec céphalalgie intense et des frissons violents suivis peu de temps après de douleurs très vives dans la région abdominale. La face est congestionnée, le pouls dur et fréquent, chaleur sèche et âcre à la peau. Pas la moindre perte et nulle menace d'avortement. Le col est long, chaud, tuméfié, sensible au moindre contact, l'utérus lourd et très-douloureux. — Saignée de 120 grammes; tisane d'orge chaude, sinapismes aux extrémités inférieures; embrocations émollientes.

Le lendemain 7, persistance des mêmes douleurs et de la fièvre, sensibilité vive de l'abdomen au moindre contact. — Deuxième saignée de 120 grammes.

Le soir, exacerbation violente des douleurs et de la fièvre. Pas de menace de travail ni de danger pour le fœtus, dont les bruits sont très-nettement perçus. — Frictions avec 4 grammes d'onguent mercuriel double, et quantité suffisante d'huile de jusquiame sur la région abdominale d'heure en heure.

Les frictions sont continuées toute la nuit et toute la journée du lendemain 8 sans amélioration notable.

Le même état persistant le 9, les mêmes moyens sont continués.

Le 10, on croit saisir la présence de l'élément intermittent, et l'on prescrit en conséquence du sulfate de quinine (75 centigr.), tout en ordonnant de continuer les frictions mercurielles à haute dose.

Mêmes prescriptions pour le 11. L'exacerbation manquant entièrement ce jour-là, on cesse ces derniers moyens de traitement. Au bout de quelques jours tout tend à rentrer dans l'ordre. La malade se rétablit assez rapidement, et la guérison de ces accidents est assez bien assurée pour qu'elle reprenne le 26 un traitement anti-syphilitique par le proto-iodure de mercure. Elle était arrivée à sa quarante-huitième pilule, lorsque se déclarent les douleurs de l'enfantement, et le 3 mars elle accouche d'un bel enfant parfaitement portant, et dont la santé depuis n'a offert aucune trace des maladies de la mère.

Malgré des doses énormes de mercure employé d'une manière continue pendant cinq jours et cinq nuits consécutives (plus de 350 grammes), et à doses plus faibles pendant deux autres jours, malgré la continuation d'un traitement assez avancé au moment de l'accouchement, cette femme, ainsi qu'on vient de le voir, est heureusement accouchée d'un enfant dont la viabilité n'a point été compromise un seul instant, et qui cependant, d'après les opinions rappelées tout à l'heure, aurait dû infailliblement succomber à l'action délétère de cette médication.

Voici maintenant l'analyse sommaire des autres faits. Parmi les femmes qui figurent dans la seconde série du relevé (malades accouchées avant terme d'enfants vivants), une première accouchée avait eu deux menaces d'avortement avant d'avoir pris la moindre parcelle de mercure, et était arrivée à sa trentième pilule de proto-iodure lorsque l'accouchement prématuré a eu lieu. Une seconde, dont il a été déjà question (femme atteinte de syphilis constitutionnelle, ayant accouché au huitième mois de deux enfants atteints de pemphigus et morts les troisième et quatrième jours), n'avait point été soumise à l'action du mercure, alors qu'une troisième avait pris sans accident 140 pilules de proto-iodure de mercure, lorsqu'elle accouche à huit mois d'un enfant qui, malgré le traitement mercuriel, est affecté de syphilis et meurt le second jour.

Si le mercure doit être considéré comme innocent des accidents survenus dans les trois cas qui précèdent, on ne saurait certainement lui attribuer davantage la mort des enfants dans les deux accouchements de la femme Marguerite M... de la troisième série (malades accouchées à terme d'enfants morts), cette femme n'ayant jamais été soumise à un traitement mercuriel.

Enfin, on trouve dans la quatrième série (celle des malades ayant avorté et dont les enfants étaient morts à une époque plus ou moins avancée de la gestation), qui se compose de 8 femmes, 3 femmes qui n'ont pas fait de traitement du tout, 2 qui ne faisaient que le commencer au moment de l'accident : une avait pris sept pilules seulement et l'autre quinze. Trois autres avaient été soumises à l'action des mercuriaux. Mais de ces trois, l'une n'a pris que de l'iodure de potassium et quelques pilules de mercure; l'autre n'a avorté qu'un mois après sa sortie de l'hôpital, le traitement ayant été suspendu depuis cette époque, et alors que les mouvements et la viabilité de l'enfant avaient été bien constatés à l'époque de sa sortie. Il en reste une (la femme F..., atteinte de syphilis constitutionnelle, avortement à sept mois) chez laquelle, après deux menaces d'avortement, une troisième s'est effectuée. Reste à décider si cet avortement n'a pas eu lieu chez elle, comme chez les autres, plutôt sous l'influence de la syphilis constitutionnelle que sous l'influence du traitement institué pour la combattre.

Quoi qu'il en soit de ce dernier cas, qui peut également prêter aux deux interprétations, il y a dans les autres faits assez de preuves en faveur de l'innocuité du traitement mercuriel relativement au fœtus et de ses avantages pour assurer la conservation de la grossesse en même temps que le rétablissement de la santé de la mère et de l'enfant, pour justifier la pratique dont M. Dunal se montre chaud partisan à l'exemple de ses maîtres de l'Hôpital général de Montpellier. Cette pratique consiste, malgré les préjugés vulgaires qui lui sont contraires, à prescrire immédiatement aux femmes enceintes atteintes de syphilis le traitement spécifique, et à en pousser l'administration avec toute la vigueur que comportent la constitution de la femme et la manière dont elle soutient l'action du remède.

La pustule maligne et les feuilles de noyer. Suite de l'enquête.

Depuis que la question du traitement de la pustule maligne par les feuilles de noyer a été portée devant l'Académie de médecine, l'attention ayant été appelée d'une manière plus générale sur ce sujet, les communications se sont multipliées. A cause de leur nombre et de leur étendue, nous nous trouvons dans la nécessité de les résumer ici dans un seul article. Nous rapporterons avec la même impartialité les faits qui peuvent paraître favorables à l'action des feuilles de noyer comme ceux qui leur sont contraires; laissant à ceux de nos confrères que leur position et leur habitude d'observer et de traiter la pustule maligne rendent spécialement compétents en cette matière, le soin de les apprécier et de nous en dire plus tard leur avis.

Depuis les derniers documents que nous avons insérés sur ce sujet, nous avons reçu deux lettres de M. le docteur Hublier, chirurgien des hospices de Provins, dont le témoignage autorisé a été invoqué dans la discussion de l'Académie. M. Hublier, par une première lettre en date du 1er octobre, nous dit que des quatre cas de pustule maligne cités par M. Raphaël comme ayant été traités avec succès par les applications de feuilles de noyer, il a vu les trois derniers, l'un dans son service, à l'Hôtel-Dieu de Provins, les deux autres à la campagne, dans la clientèle de ce confrère, et il affirme que c'étaient bien des pustules malignes. M. Hublier ajoute que s'il lui arrivait de nouveaux malades atteints de pustule maligne, il commencerait toujours le traitement par les feuilles de noyer, et en leur absence par le brou de noix ou une teinture de l'écorce fraîche de noyer, ce moyen lui paraissant préférable à tous ceux qui ont été employés jusqu'à présent.

L'occasion de tenir cet engagement ne s'est pas fait attendre. En effet, le 13 octobre, M. Hublier nous écrit ce qui suit :

« Depuis ma précédente lettre, nous avons eu à soigner deux pustules malignes bien caractérisées à la face : 1° sur une petite fille de seize mois, dont le père est marchand de peaux de mouton; 2° sur une forte et belle jeune personne de vingt-trois ans, fille de basse cour. Toutes deux ont été traitées par les feuilles fraîches de noyer : la première en ville, par M. Raphaël; la seconde par moi, à l'Hôtel-Dieu. »

Voici les renseignements que nous transmet M. Hublier sur ce dernier fait :

« Comme les feuilles de noyer n'étaient pas assez fraîches, j'ai mis sur le point noir du brou de noix pilé dans un mortier de marbre, épais et large comme une pièce de cinq francs environ, et par-dessus une épaisseur assez considérable de feuilles de noyer recouvrait également toutes les parties malades. Ce pansement a été renouvelé toutes les trois heures, et je n'ai mis que trois fois du brou de noix; j'en ai plusieurs fois arrosé les feuilles quand elles n'étaient pas assez fraîches, et la maladie a été arrêtée au bout de trois jours. La joue, les lèvres, le menton, la parotide, l'oreille, la tempe, le front, un peu le cou, en un mot, presque toute la tête était déjà monstrueuse. Le pouls était petit, fréquent (140 pulsations), régulier. L'état général n'était pas mauvais... »

A la date de la lettre de M. Hublier, on était au neuvième jour du traitement; il y avait une gangrène un peu plus large qu'une pièce de deux francs, qui n'intéressait que la peau.

— On se rappelle que dans la discussion de l'Académie M. Renault, pour exprimer le peu de confiance que lui inspiraient les feuilles de noyer, déclarait que, s'il avait à traiter une pustule maligne, il commencerait par détruire les tissus malades par le fer rouge, et qu'il appliquerait les feuilles de noyer après. M. Renault ne se doutait pas sans doute que cela eût été fait déjà quand il le proposait au milieu des sourires de l'assemblée.

L'observation suivante que nous communique M. le docteur Sanssot (de Charly), sous la date du 6 octobre, était en effet recueillie plus d'un mois auparavant.

Une femme de quarante-cinq ans, bergère à la Quercelot, dans le canton de la Ferté-sous-Jouarre, avait été piquée le 3 septembre à la joue gauche par une mouche qui, probablement, s'était trouvée en contact avec quelques débris de moutons morts dans les environs. Elle ressentit à l'instant une vive douleur. La journée se passa avec une légère démangeaison. Mais dans la nuit du surlendemain, la joue enfle, la douleur s'exaspère, et la malade a de la fièvre et des envies de vomir. Bientôt après surviennent des douleurs précordiales violentes, de l'accablement et des vomissements; la joue, considérablement enflée, présente au centre un bouton entouré de pustules et de nombreuses phlyctènes.

M. Sanssot, appelé à ce moment, fait aussitôt une incision cruciale sur le centre de la tumeur, et après en avoir bien séparé les quatre lambeaux, il cautérise avec l'acide chlorhydrique, et ensuite, par excès de précaution, avec le fer rouge; puis immédiatement après, il couvrit tout le col, la joue et même le sein gauche de feuilles fraîches de noyer qu'il avait fait cueillir à l'instant même.

La nuit fut calme. Le lendemain matin, M. Sanssot renouvelle le pansement, sépare de nouveau les lambeaux, y introduit le caustique corrosif, et répand partout des feuilles de noyer.

Néanmoins la nuit suivante, les vomissements, les oppressions, les faiblesses, les syncopes se reproduisent et se succèdent avec une rapidité peu ordinaire. On prodigue les feuilles de noyer, on ré-

---

péens que le commerce attire en Chine; l'autre est réservé aux Chinois, et se compose de rues étroites, sales, obscures, formées par la réunion de maisons basses, serrées, presque toutes converties en boutiques, dans lesquelles grouillent tous ces Chinois jeunes et vieux, grands et petits, sur le compte desquels j'avais lu tant d'histoires merveilleuses et que j'allais enfin examiner tout à plaisir.

Les Chinois sont de taille moyenne, d'une constitution vigoureuse et d'une grande force musculaire, quand l'abus de l'opium n'est pas encore venu flétrir leur riche organisation. Les coulis ou portefaix chargent sur leurs épaules, au moyen de grands bambous, des fardeaux très-lourds, qu'ils transportent à de longues distances, toujours courant et criant, car le Chinois aime à signaler sa présence partout où il passe par des cris, par des rires, par des lazzi à l'adresse des étrangers qu'il rencontre sur son chemin. Ils ont les cheveux luisants et d'un beau noir; une partie de la tête est complétement rasée, et ils conservent seulement à la partie moyenne une longue queue tressée avec beaucoup de soin, et qui retombe presque jusqu'à terre; ils tiennent à cette queue plus qu'à tout au monde, et la leur enlever c'est leur faire une insulte mortelle. Je me souviens d'un Chinois qui se trouvait embarqué sur un navire anglais, et qui pour une faute grave fut condamné à avoir la queue coupée; de désespoir, il se précipita à la mer et s'y noya. Ils portent tous leurs cheveux en signe de deuil. Leur visage est généralement dépourvu de barbe; quelques poils longs et rares existent au menton des gens de lettres et des hommes d'un certain âge, qui ont seuls le droit de porter de la barbe. Les os des pommettes sont plus saillants que chez l'Européen, ce qui donne à la face carrée des Chinois un cachet tout particulier; ils ont les yeux fendus en amandes, l'angle externe plus relevé que l'interne; les sourcils noirs comme les cheveux et relevés à leur extrémité, le nez légèrement épaté, les lèvres un peu développées, les dents blanches, l'angle facial moins ouvert que celui de l'Européen.

Ils ont en général le ventre volumineux, et personne ne paraît plus heureux qu'un bon Chinois qui peut transporter devant lui un volumineux abdomen, sur lequel il sert de reposoir à ses mains ou de point d'appui à sa pipe; ils ont placé dans l'estomac le siége de l'intelligence, et c'est pour cela sans doute qu'ils nous représentent toutes leurs divinités, tous leurs grands hommes, gros et ventrus.

Les femmes, en général, seraient assez jolies si elles voulaient se contenter de ce que la nature a fait pour elles, et s'appliquer moins de rouge et de blanc sur le visage; elles laissent pousser entière leur magnifique chevelure, comme belles savent tirer un très-grand parti. En définitif, le type chinois n'a rien que de très-agréable, et l'on s'en ferait une bien fausse idée si l'on voulait s'en rapporter à ces dessins qui nous donnent la caricature plutôt que la physionomie réelle du Chinois.

Les femmes de la basse classe ont l'avantage de conserver leurs pieds tels que la nature les leur a donnés; celles de la classe élevée, au contraire, sont condamnées aux petits pieds, affreuse mutilation que les mandarins et les riches ont le mauvais goût de rechercher. Je me rappelle avoir vu une fois un de ces petits pieds, si toutefois on peut donner ce nom à cette extrémité informe, hideuse, atrophiée, qui termine la jambe, et j'avoue que j'ai peine à comprendre comment un peuple qui donne quelques preuves d'intelligence peut encore conserver une coutume qui condamne la femme à une infirmité aussi déplorable. C'est pitié de voir la démarche chancelante et génée de ces pauvres femmes, qui ne peuvent sortir qu'à l'aide d'un bras ou d'un bâton. Que ce soit la jalousie des maris, qui pour dormir sans crainte aient inventé ce supplice, ou qu'une princesse du sang, venue au monde avec une semblable infirmité, et ne voulant pas avoir à rougir de son malheur, ait désiré l'imposer à toutes les femmes de sa cour, il n'en est pas moins vrai que c'est là une coutume barbare contre laquelle luttera encore longtemps la civilisation européenne. En revanche, elles portent les ongles des mains très-longs, comme pour montrer leur ignorance et l'esclavage auquel elles sont soumises.

Le Chinois est voleur; il met un certain orgueil à voler adroitement; mais s'il a la maladresse de se laisser surprendre au moment où il commet son vol, il est bafoué par ses propres amis. Naturellement intelligent, il imite avec une exactitude proverbiale tout ce qu'on veut lui faire copier, mais il est trop paresseux pour rien inventer de lui-même.

En général, le Chinois vit avec sobriété; du riz cuit à l'eau, du poisson salé, quelques viandes fumées, parmi lesquelles nous voyons le chien et le chat figurer à côté du canard et du poulet, constituent là son alimentation. Le thé est sa boisson favorite; il fabrique cependant et s'enivre souvent avec une eau-de-vie de riz nommée *sam-chou*. Mais si le Chinois de la basse classe se contente d'une pareille frugalité, il n'en est pas de même du riche mandarin qui vient demander au luxe des mets plus rares, sinon plus délicats. Je ne sais s'il pousse le mauvais goût jusqu'à manger des rats rôtis, comme je l'ai lu quelque part, mais ce dont je suis bien certain, c'est que le chien et le chat sont engraissés et vendus comme les lapins chez nous, pour être un jour servis sur la table d'un riche mandarin à bouton d'or. Qui n'a pas entendu parler des ailerons de requin et des nids d'hirondelle, ces mets recherchés moins pour leur bon goût que pour leur rareté et leur prix élevé ? Il existe dans l'Inde et à Batavia une hirondelle, *hirundo esculenta*, nommée aussi salangane, hirondelle de rivage, qui construit son nid dans l'intérieur de grottes profondes où les Indiens et

pare les forces par des potions cordiales, etc., mais le tout en vain. La malade « incisée, cautérisée et couverte de feuilles de noyer, succombe après des douleurs inouïes. »

— Il nous reste à parler d'une dernière communication plus étendue que les autres, mais à laquelle nous avons cru devoir laisser toute son étendue et son caractère original, non qu'elle ait une valeur considérable au point de vue qui nous occupe, — les feuilles de noyer n'ayant été appliquées dans ce cas que d'une manière trop imparfaite et pendant trop peu de temps pour en tirer une conclusion quelconque à cet égard, — mais parce qu'elle a pour objet, en présentant un exemple type de pustule maligne, d'appeler de nouveau l'attention sur quelques-uns des points de diagnostic qui ont été soulevés à cette occasion. Cette communication est de M. le docteur Pichot (de la Loupe).

M. Pichot, après avoir signalé les incertitudes et l'indécision qui résultent de la discussion soulevée dans les colonnes de ce journal à l'occasion de la première communication de M. Raphaël, se demande ce qu'il doit penser lui-même du fait qu'il nous communique, et qui, au milieu de ces dissidences, sera ou ne sera pas une pustule maligne, suivant les caractères que chacun assigne à cette affection.

A cause de l'étendue de cette observation, qui ne peut être résumée, et dont toute la signification gît précisément dans les détails, nous la publions plus bas avec les réflexions dont M. Pichot la fait suivre, sous la rubrique *Clinique des départements.*

— Nous devons ajouter enfin, à titre d'élément d'enquête, que, lors de notre visite à Etampes, notre bienveillant confrère M. le docteur Fougeu a bien voulu nous montrer un des malades de son service médical à l'hôpital de cette ville atteint de pustule maligne et en ce moment en voie de traitement par la méthode de son collègue M. le docteur Bourgeois. Il résulte des renseignements que nous avons recueillis sur les lieux que depuis que ce traitement a été adopté et exclusivement mis en usage dans cet hôpital, où les cas de pustule maligne sont excessivement fréquents, il est presque sans exemple qu'on n'en ait pas obtenu la guérison. Ce fait est trop important pour que nous ne considérions pas comme un devoir d'exposer en détail cette méthode. C'est ce que nous ferons dans la prochaine *Revue*. Il serait superflu d'ajouter après ce que nous venons de dire que nous n'avons trouvé auprès des médecins d'Etampes nulle disposition à se départir de leur manière habituelle d'agir en faveur du moyen nouveau auquel ils nous ont déclaré n'avoir aucune confiance.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Observation de pustule maligne.

Par M. le docteur Pichot, à la Loupe (Eure-et-Loir).

Le samedi 19 septembre dernier, une vache était aux champs. Elle était lente dans ses allures, triste, ne mangeait pas; on la croit malade, on la ramène à l'étable, et on la saigne. Les symptômes s'aggravent après cette opération, et le propriétaire de l'animal, mon malade d'aujourd'hui, lui coupe la gorge pour tâcher d'en tirer parti. La vache est habillée par un boucher, dépecée, distribuée aux voisins; chacun en mange, personne n'est malade: on n'y pense plus. Le chien de garde mange les issues, et n'en est pas incommodé.

Cependant, le jeudi 1er octobre, le propriétaire de l'animal, celui qui l'a abattu, voit paraître sur le bord radial du bras droit, à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen, une petite élévation devenant bientôt vésiculeuse, qui est le siége d'un prurit très-vif et très-gênant; il l'écorche avec son couteau, du gonflement de la main et de l'avant-bras se manifeste. Il continue à labourer jusqu'à dimanche dernier, 4 octobre. Ce jour-là, il se repose et vient me voir dans la matinée.

Un gonflement pâle, indolent à la pression, s'étendant au tiers du membre supérieur droit, a envahi l'avant-bras; il se termine brusquement sur les parties voisines comme par une marche d'escalier (Raphaël), ou bien encore, comme si un lien circulaire l'avait empêché de s'étendre. Au lieu indiqué plus haut, une vésicule large comme une pièce de cinquante centimes, déprimée au centre, saillante à la circonférence, pleine d'une sérosité roussâtre donne lieu à des démangeaisons excessives.

Je dis à mon malade qu'il a une pustule maligne, la sœur consanguine du charbon, et je recherche avec lui d'où elle peut provenir. Il n'a pas manié de moutons atteints du sang de rate, non plus que les peaux de ces animaux; il ne pense pas à sa vache, et ne m'en parle pas. J'excise la pustule en totalité; la sérosité s'écoule, le centre est violet et glaireux, et je cautérise vigoureusement avec le nitrate d'argent de ma trousse, enfonçant profondément le crayon dans les chairs très-diffluentes et faciles à déprimer. J'engage aussi le malade à envelopper son avant-bras d'une bonne couche de feuilles de noyer, qu'il renouvellera de trois en trois heures. Le soir du même jour, les douleurs augmentent considérablement. Les feuilles de noyer ont été enlevées; mais comme l'état général n'est pas mauvais, que la pustule est dans le même état que le matin, je me borne à appliquer moi-même un très-large cataplasme émollient.

Lundi matin, 5 octobre, l'œdème a augmenté; des vésicules nouvelles entourent l'eschare; des phlyctènes très-douloureuses apparaissent autour du poignet; elles sont pleines d'une sérosité violette. Je les incise; la sérosité s'écoule et donne lieu à des cuissons insupportables.

J'incise crucialement et largement l'eschare faite la veille; j'excise de nouveau le bourrelet vésiculeux, bourre le tout de sublimé; j'enveloppe le bras de cataplasmes froids pour calmer la douleur, et je pratique une saignée du bras gauche.

La nuit du lundi au mardi est très-mauvaise. Des douleurs excessives sont le résultat de ma cautérisation. A quatre heures du matin, je donne 1 gramme de laudanum.

Le pouls s'est déprimé, est devenu peu fréquent; le visage est anxieux; le malade est inquiet, il interroge à plusieurs reprises sur l'issue probable de sa maladie. Le gonflement a beaucoup augmenté; il envahit presque tout le bras et fait toujours *marche* avec le reste du membre. L'eschare est sèche, encore entourée de petites vésicules. Autour d'elle, des phlyctènes, des bulles nombreuses, dont quelques-unes ont le volume d'une aveline, couvrent l'avant-bras et la main. Il n'y a dans ces parties ni chaleur, ni rougeur.

L'état du malade est le même le soir; un peu de délire et pas de sommeil. Dès le matin la tisane de quinquina, l'extrait de quinquina associé à l'opium, des frictions mercurielles sur le bras et un emplâtre d'onguent digestif animé sur la pustule ont été prescrits.

Le 7, le délire observé la veille au soir n'a pas duré; le sommeil est venu; le pouls est toujours petit, mais moins fréquent et régulier. Le gonflement me semble un peu moins grand au poignet; il se relie sans autre démarcation qu'un changement de couleur avec un gonflement phlegmono-érysipélateux qui envahit le haut du bras, l'épaule et l'aisselle; cependant les ganglions axillaires ne sont ni gonflés ni douloureux.

Le 8, encore un peu de délire dans la soirée de la veille; toutefois la nuit a été assez bonne. Le dégonflement du poignet est un peu plus apparent; l'état général est assez satisfaisant. Le malade commence à désirer du bouillon.

Le 10, dégonflement très-notable; flaccidité des chairs de l'avant-bras et du bras; pas d'apparence encore de séparation de l'eschare. Etat général très-bon; pas de délire depuis deux jours; moral très-rassuré.

Dirai-je que je publie cette observation pour infirmer par elle celle de M. le docteur Raphaël? loin de moi cette pensée. Ici les feuilles de noyer ont été employées pendant trop peu de temps et par des gens trop inexpérimentés pour en tirer bénéfice contre notre confrère de Provins; mais je vous la livre pour engager nos confrères de la Beauce, plus autorisés que nous par l'observation fréquente des maladies charbonneuses, à prendre part au débat et à fixer définitivement les caractères des variétés de ces maladies.

L'Association médicale d'Eure-et-Loir, dont les travaux ont été couronnés par l'Académie de médecine, son savant président honoraire, M. Trousseau, éclaireront sans doute cette question, et de la discussion à laquelle pourra se livrer l'Académie sortiront, je n'en doute pas, des caractères bien définis, quant au diagnostic, des préceptes sûrs, quant au traitement.

Pour moi, je n'hésite pas à voir ici avec MM. les docteurs Froc (de Sermaise), Joux (de la Ferté-Gaucher), Maunoury (de Chartres), auquel j'ai soumis quelques-unes de mes notes, une pustule maligne type, dût mon diagnostic n'être pas admis à cause des phlyctènes et des bulles, que M. le docteur Raphaël n'a pas encore trouvées dans cette affection. Si je me suis trompé, je serai heureux d'apprendre à quelle affection désormais je dois rapporter le cas que j'ai l'honneur de vous soumettre.

CROUP TRAITÉ PAR LE CHLORATE DE POTASSE.

Par M. le Dr A. Petit (de Lille).

La petite fille J..., âgée de deux ans et trois mois, douée d'une bonne constitution, souffrait depuis quelques jours de l'évolution d'une seconde molaire (qui venait de percer); elle avait un peu de diarrhée et de toux.

Dans la nuit du 26 au 27 septembre, elle coucha près d'une fenêtre entr'ouverte; le matin du 27, les parents s'aperçurent que la toux devenait rauque, et qu'il y avait un mouvement fébrile assez intense; ils la couvrirent chaudement, et la tinrent à la demi-diète.

Pendant la nuit du 27 au 28, la toux devient plus rauque, la voix s'enroue, et les parents reconnaissent à la toux le caractère croupal, qu'ils ont observé il y a quelques années sur un de leurs enfants mort de cette maladie.

Le 28 au matin, examen de l'enfant. La face est rouge, les yeux et les narines sont le siége d'une légère hypersécrétion; la respiration est calme, bien qu'on l'entende même à distance un peu sifflante, le pouls est petit et précipité. On la lève pour l'examiner; sous l'influence de cette légère excitation, la respiration devient tout à coup étranglée, sifflante, rauque, suffoquante, suivie d'une quinte de toux râlante, étranglée, en cri de coq, croupale en un mot.

Les amygdales sont gonflées, lisses et peu rouges, d'apparence sèche; on n'y voit pas de fausses membranes.

Le pharynx est plus rouge, on voit quelque chose de verdâtre: est-un crachat? une écume vient remplir l'arrière-gorge, et empêche de rien distinguer. — Diète, orge miellée. Sirop vomitif. Tartre stibié, 2 centigrammes; sirop d'ipécacuanha, 30 grammes. Après cessation des vomissements, faire prendre par cuillerées à café dans le courant des vingt-quatre heures: chlorate de potasse, 4 grammes; sirop simple, 40 grammes.

Le 27, l'état général est meilleur; pendant la nuit il y a eu un peu de sueur, mais on n'a pas perçu la chaleur brûlante de la fièvre; le pouls est plus lent; la respiration presque libre; la toux rauque; quand on la lève, l'accès de suffocation est moins intense.

L'amygdale gauche a un peu diminué; la droite a un peu augmenté; elle porte une fausse membrane de la largeur d'un petit pois. Les crachats gênent toujours pour voir le pharynx. L'enfant demande à manger. — Un léger potage, potion chloratée.

Le 30, peu de fièvre; la voix est moins enrouée; la toux moins rauque; le sifflement laryngien ne s'entend plus qu'à l'auscultation immédiate; on entend quelques grosses bulles dans les bronches, l'amygdale gauche a presque disparu derrière les pilliers. L'amygdale droite est boursouflée, un cercle rouge est tracé autour de la fausse membrane. — Deux potages, potion chloratée.

Le 30 au soir, l'enfant a pris un potage trop épais. La respiration est redevenue étranglée; la face est rouge, le sommeil lourd, l'inspiration sifflante, l'expiration ronflante. Eveillée, survient un accès de suffocation suivi de toux rauque et croupale. A l'auscultation, des râles sibilants remplissent toute la poitrine.

Tartre stibié.	0,03 centigrammes.
Sirop d'ipéca.	30 grammes.

L'enfant vomit et s'endort paisiblement.

Le 1er octobre, l'enfant est calme et respire mieux, quoique l'inspiration soit toujours sifflante et la toux toujours un peu croupale, quoique plus grasse. La fausse membrane de l'amygdale a disparu. — Deux potages; potion chloratée.

Le 2, la voix est redevenue presque libre, la toux est grasse, l'inspiration très-peu sifflante. La potion chloratée à 4 grammes doit être prise en deux jours.

---

les Malais vont les chercher. Ces nids sont composés de terre et d'autres substances étrangères réunies entre elles au moyen d'une matière glutineuse assez semblable à de la colle de poisson, que l'animal sécrète en grande abondance au moment de la nidification. Ils sont apportés en Chine et vendus tels qu'ils ont été pris aux Chinois qui, avec une patience remarquable, enlèvent toutes les parcelles étrangères et ne conservent que la partie gélatineuse, qu'ils mettent dans du bouillon pour en constituer un potage. On sait aussi avec quelle dextérité les Chinois se servent, pour manger, de deux bâtonnets en os ou en ivoire, et combien nous sommes embarrassés quand nous voulons les imiter. Nos vins de France trouvent en Chine un très-bon accueil; et tout en professant une préférence bien naturelle pour leur thé, les Chinois ne dédaignent ni notre moka ni nos liqueurs.

Si, comme les habitants de nos pays civilisés, le Chinois ne fait pas abus des boissons alcooliques, il est une autre ivresse qu'il aime avec passion et à laquelle il s'abandonne avec fureur; ivresse bien plus désastreuse que la nôtre, qui, par une succession de rêves enchanteurs que nous sommes incapables d'apprécier, le conduit à une mort fatale; je veux parler de celle qu'il demande au pavot. Presque tous les Chinois ont l'habitude de fumer l'opium, et il est curieux de voir avec quel raffinement de soins, de luxe, de précautions, ils procèdent à cette occupation, la plus douce de leur existence. En général, ils payent chèrement l'abus de cette passion, qui les domine insensiblement. Qui a bu boira, dit-on; avec bien plus de raison encore pouvons-nous dire, en parlant du Chinois: Qui a fumé fumera; et cependant cette habitude produit chez eux des effets désastreux.

Quand un Chinois a passé sa nuit dans les orgies de l'opium, le lendemain il se réveille dans un état de torpeur morale et physique qui le rend incapable de rien entreprendre. Ses mouvements sont d'une lenteur léthargique, les traits du visage abattus, les yeux cernés, les paupières se relèvent avec peine, la parole est lourde, lente, embarrassée, l'intelligence affaissée. Ceux qui ont atteint un certain âge malgré leur fatale habitude, portent sur toute leur personne un cachet particulier qui permet bien vite de reconnaître les fumeurs d'opium chez lesquels la passion a vaincu la raison. Leur visage est d'une pâleur blême, semblable à celle que présentent les personnes atteintes de lésions organiques; leur maigreur est très-prononcée, leur système musculaire atrophié leur permet à peine de se dresser ou de faire péniblement quelques pas qui les fatiguent et les forcent à chercher promptement un appui; leur peau est sèche et terreuse; leurs yeux sont éteints et vitreux; leurs cheveux blanchissent vite quand ils ne tombent pas; toutes les fonctions animales arrivent rapidement au-dessous de leur diapason normal. L'intelligence, il ne faut plus leur en demander, l'opium a tout atrophié, et ils ne vivent plus que pour lui. Sans doute tous les fumeurs n'arrivent pas à ce degré de dégradation et de décrépitude, mais tous ressentent plus ou moins fatalement les tristes effets de leur enivrante passion. Il paraît cependant que les premiers essais que l'on fait de ce funeste poison ne sont pas toujours remplis de charme ni entourés de rêves célestes. Qu'il me soit permis de raconter ici ce qui arriva un jour à l'un de nous, qui, à l'imitation des Chinois, voulut se procurer les douces jouissances que leur apporte le sommeil de l'opium. — Il fuma plusieurs pipes, puis il s'endormit; mais, hélas! au lieu de ces rêves charmants sur lesquels il comptait, il fut pris d'un cauchemar horrible, qui lui fit assister à l'agonie de toute sa famille et de ses amis, dont il était lui-même le bourreau: il se réveilla fatigué, et jura, mais un peu tard, que le Chinois ne l'y reprendrait plus. Depuis cette époque, il a continué à fumer, mais le pur tabac de la Havane, et il s'en trouve bien.

La médecine est encore à créer en Chine; quelques simples, quelques drogues, dans lesquelles on fait entrer le mercure, et qu'on emploie avec un aveugle empirisme, constituent tout l'arsenal thérapeutique. Les Chinois ont inventé l'acupuncture et le moxa; l'anatomie leur est complétement inconnue, quoiqu'ils possèdent des planches anatomiques dans lesquelles tout est le produit de leur imagination. Ils connaissent, dit-on, l'ostéologie, parce que, pleins de respect pour les morts, ils renferment précieusement dans des jarres en porcelaine les os de leurs ancêtres, après en avoir fait un inventaire exact, et avoir donné à chacun un nom particulier. Ils ignorent la circulation du sang, et ont les idées les plus fausses sur le pouls, qu'ils interrogent cependant avec beaucoup d'attention. Ils ne pratiquent jamais d'amputation; l'exercice de la chirurgie est encore abandonné aux mains des barbiers, qui rasent la tête, nettoyent les yeux, le nez, les oreilles, et guérissent les douleurs au moyen du massage et d'une percussion bien appliquée avec la paume de la main. J'en ai vu exercer leur métier en plein vent, et se servir d'un procédé assez singulier pour attirer le sang à la peau; ce procédé consiste à saisir entre la face dorsale et moyenne de l'index et du médius à moitié fléchis, un pli de la peau, et à la pincer jusqu'à ce qu'elle rougisse très-fortement. Quoique n'aimant pas les médecins européens, ils paraissent cependant leur reconnaître une certaine supériorité. Je me rappelle qu'un mandarin que nous allâmes un soir visiter, ayant appris que j'étais médecin, s'avança très-gravement vers moi, et me tendit très-sérieusement son pouls, en me priant de lui dire combien d'années il avait encore à vivre; je me hâtai de lui annoncer avec le même sérieux qu'il avait encore de longues années devant lui, s'il ne voulait pas trop abuser de l'opium.

(La suite à un prochain numéro.)

Dr J. Lecoq.

Le 4, on n'entend plus qu'un peu de sifflement très-faible dans le larynx. — Cesser le traitement.

Le 6, je revis l'enfant complétement rétablie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 octobre 1857. — Présidence de M. BOUVIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A son occasion, M. MARJOLIN prend la parole en ces termes :

Plusieurs opinions ont été émises sur l'enfant que je vous ai présenté il y a huit jours. On a surtout paru hésiter entre un lipome et un kyste. Pour moi, j'avais de la tendance à admettre un lipome, et pourtant la fluctuation, la possibilité de rapprocher les parois de la poche, comme M. Morel l'a surtout conseillé, me faisaient penser qu'il pouvait bien y avoir du liquide. Le lendemain, j'ai fait une ponction avec un instrument très-fin : aussitôt il s'est échappé un jet de sang rouge ; l'enfant en a ainsi perdu 40 grammes, qui se sont promptement coagulés. Au bout d'une heure la tumeur était plus volumineuse, plus dure, et elle conserve encore aujourd'hui ces caractères. A part cela, nul accident.

J'avoue mon embarras et je demande instamment l'avis de la Société. Dois-je faire une injection avec le perchlorure de fer? Quelle quantité de perchlorure? Doit-il être pur ou étendu d'eau? Mais je redoute des accidents, bien que je sois tenté par les succès obtenus dans la cure des varices et des tumeurs érectiles. Ces kystes sanguins comptent déjà plusieurs résultats funestes. M. Fabrizi me rapportait deux faits dont il a été témoin, tous les deux ayant pour siége l'aisselle. Dans l'un, on tente l'extirpation : le malade expire dans les vingt-quatre heures. Dans l'autre, M. Prescott Hewet ouvre le sac et le bourre de charpie. Ce dernier opéré a fini par guérir. M. Marjolin termine en rappelant quelques faits de M. Seutin.

M. CHASSAIGNAC. D'après ce que vient de dire M. Marjolin, la tumeur ne devait point être transparente, et j'ai cru la voir telle mercredi dernier. Mais il peut se faire que le sang qui s'est écoulé résulte de l'opération elle-même. Du reste, j'ai dit que c'était un kyste, et c'en était un réellement. J'ajoute que je me suis assuré que l'os de la mâchoire est intéressé. Je n'ai pas d'opinion arrêtée sur le traitement.

M. HUGUIER. Malgré ce qui a été fait, je crois qu'il serait prudent de renouveler une ponction avec un petit trocart explorateur. Cette tumeur pourrait être une vaste dilatation de la veine faciale. En effet, j'ai vu une fois une dilatation de la veine faciale près de la lèvre, et cette dilatation égalait au moins une noix en grosseur. Une jeune fille de dix-huit ans, que je vous ai présentée ici, offrait une phlébectasie semblable de la céphalique au bord antérieur du deltoïde. J'ai ponctionné cette tumeur, qui laissa échapper un jet de sang veineux. Je n'ai rien tenté de radical et j'ai perdu la malade de vue.

Si M. Marjolin avait affaire ici à une dilatation veineuse, le perchlorure exposerait aux plus grands dangers. Même, s'il s'agit d'une poche, je redouterais le perchlorure, quelque dilué qu'il fût.

M. GIRALDÈS. M. Seutin, que citait tout à l'heure M. Marjolin, n'a parlé que des tumeurs de la thyroïde. Je crois que l'affection dont il s'agit ici est de celles qu'a le premier fait connaître M. Hawkins. C'est le produit de la dilatation des veines du cou, que cette espèce de kyste sanguin soit isolé ou qu'il communique avec le reste du système sanguin. Ceci étant, je ferais une ponction avec un trocart explorateur, et je n'hésiterais pas à faire une injection de perchlorure de fer à 30°. Sans doute il faudrait s'attendre à ce que la tumeur doublât, triplât de volume dès le lendemain ; mais au bout de quelques jours la résolution commencerait. Le perchlorure dilué devrait être rejeté. J'ai pu m'assurer souvent que trop affaibli, le perchlorure ne coagule plus le sang.

M. RICHET. M. Marjolin m'a demandé mon avis sur l'emploi du perchlorure, et je suis bien éloigné de le lui conseiller. En ce moment, non sur des poches sanguines il est vrai, mais sur des abcès froids, j'essaye des injections de perchlorure, imitant en cela un chirurgien de Versailles ; je suis bien décidé à y renoncer. L'inflammation déterminée par ces injections est terrible, et mes opérés, sains et saufs du reste actuellement, ont couru de sérieux dangers.

M. HUGUIER. Le perchlorure n'est pas si innocent que le pense M. Giraldès. M. Broca, dans un service intérimaire à l'hôpital Beaujon, a opéré trois malades de varices par l'injection de trois gouttes de perchlorure de fer. Je sais que l'un d'eux fut pris d'une phlébite qui remonta jusqu'à l'aine.

M. GIRALDÈS. Des injections de perchlorure ont été faites dans les veines un grand nombre de fois. Pour ma part, j'ai ainsi injecté des veines des membres, des kystes sanguins de la face et du cou : je n'ai jamais eu d'accident. Il faut savoir si le malade qui a eu à la suite une phlébite étendue, n'a pas commis l'imprudence de se lever, de marcher. Quant à ce que nous a rapporté M. Richet, on a le droit d'attendre des accidents dans l'emploi du perchlorure pour les abcès et les ophthalmies ; mais ceci est en dehors de la question que nous traitons en ce moment.

M. BOINET. Une fois, j'avais affaire à une tumeur de l'ovaire. Après avoir vidé l'ascite qui l'accompagnait, je ponctionnai le kyste : il en sortit un demi-litre de sang rutilant à pleine canule ; j'étais fort embarrassé. J'imaginai pourtant de pousser de la teinture d'iode, et l'hémorrhagie s'arrêta ; au bout de dix minutes, je retirai la canule. Les choses se passèrent bien. Aujourd'hui cette dame, à laquelle je m'intéressais extrêmement, car elle est parente de M. Brongniart, ne conserve dans l'abdomen qu'une petite tumeur dure et stationnaire du volume d'un œuf. La conclusion du fait que je viens de citer est que je serais disposé à injecter de l'iode chez l'enfant de M. Marjolin.

M. ROBERT. M. Huguier a parlé de quelques malades opérés dans mon service par M. Broca. J'en ai trouvé cinq. Sur quatre, tout s'est passé très-simplement. Le cinquième, à la suite d'une phlébite de la saphène, a vu se développer six abcès sur le trajet de la veine, que je lui ai successivement ouverts. Aujourd'hui, il va bien.

Je vois que plusieurs de nos collègues redoutent le perchlorure sur certaines tumeurs veineuses. Je suis en ce moment à me demander si je puis l'employer chez un malade dont l'histoire est fort curieuse. C'est un homme de soixante-deux ans, récemment admis à Beaujon, qui présente le pavillon de l'oreille envahi par un énorme nævus, ou plutôt un anévrisme cirsoïde. Je suis cet homme depuis 1819. Il figure dans mon mémoire à l'Académie sur les dilatations artérielles du crâne.

En 1819, Dupuytren lui lia la carotide droite. Cette opération ne diminua que peu la tumeur, mais la rendit à peu près stationnaire. Mais depuis 1848 le mal a augmenté, des hémorrhagies graves se sont manifestées. Tout dernièrement l'état est devenu très-grave, et c'est alors que j'ai pu déterminer le malade à entrer dans mes salles. Un appareil compressif s'oppose en ce moment à toute perte de sang. Mais il faudra bien enlever cet appareil. Et alors aurai-je recours au perchlorure, ou lierai-je la carotide du côté opposé? J'ai fait la ligature des deux carotides à distance chez une jeune fille offrant une affection semblable. Pendant dix-huit mois la tumeur resta stationnaire. La malade se maria et succomba à la suite d'une couche.

CORRESPONDANCE.

M. Ancelet (de Wailly-sur-Aisne) adresse un travail sur les luxations traumatiques des deux premières pièces du sternum. (Commission, MM. Huguier, Houel, Jarjavay.)

— La Société reçoit les ouvrages suivants :

De l'étranglement herniaire; moyen de le faire cesser sans recourir à l'opération sanglante, par M. Seutin.

Sur la compression temporaire de l'aorte ventrale dans les cas de métrorrhagie grave suite de couches, par M. Seutin.

Mémoire et observations sur le kyste du cou, par M. Seutin.

Nouvelle comparaison des membres pelviens et thoraciques chez l'homme et les mammifères, déduite de la torsion de l'humérus, par le docteur Ch. Martins.

De l'amputation tibio-tarsienne, thèse inaugurale adressée pour le prix Duval, par M. Ch. Barthélemy.

De la cure radicale des rétrécissements de l'urètre, par le docteur Debeney. (M. Guérin est chargé de rendre compte de ce travail.)

Des remercîments sont adressés aux auteurs de ces envois.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. GUERSANT présente un jeune enfant affecté de syndactilie complète des mains et des pieds.

M. GIRALDÈS. M. Guersant me paraît disposé à ne rien faire; je crois que chez cet enfant le pouce au moins serait facile à isoler.

M. GUERSANT. Je crois qu'en effet la chirurgie pourra être utile en ce cas; mais il faut attendre plusieurs semaines que les chances de vie deviennent plus sérieuses. En ce moment, il y aurait danger et inutilité à agir.

— M. RICHET présente un malade qui, à la suite d'une fracture de la base du crâne actuellement guérie, offre, outre une surdité très-prononcée, une titubation particulière des membres inférieurs, surtout marquée le soir.

M. HOUEL demande à M. Richet, comme l'existence de la fracture que porte son malade n'est établie que par l'observation clinique, s'il lui serait possible de préciser d'une manière exacte le point du crâne sur lequel a porté la violence. Ce n'est point pour contester la fracture que M. Houel demande ce renseignement; mais comme le rocher peut se briser dans deux directions essentiellement différentes, et que le siége de la violence lui paraît exercer une grande influence sur cette direction, on pourrait avoir alors une notion exacte de la variété de fracture qui existe chez ce malade, et savoir si elle concorde avec celles dans laquelle on a observé jusqu'à présent l'écoulement de sérosité le plus abondant.

M. Houel, admettant avec M. Aran que les fractures de la base du crâne sont presque toujours des extensions des fractures linéaires de la voûte, a observé, et M. Bauchet a expérimenté sur le cadavre, que si la violence a porté dans la région temporale en avant du conduit auditif interne, c'est une fracture parallèle à l'axe du rocher qu'on observe. Si, au contraire, la violence porte en arrière de l'oreille sur l'occipital, la fracture est perpendiculaire à l'axe du rocher. Dans les faits nombreux et avec autopsies que M. Houel a examinés, il n'a point encore trouvé d'exceptions à cette règle.

Sur une pièce existant au Musée Dupuytren et venant de l'ancienne Académie de chirurgie, sur laquelle la fracture siége au niveau du conduit auditif interne et est perpendiculaire à l'axe du rocher, n'ayant aucun renseignement sur le siége de la chute, M. Houel a été assez heureux pour le constater sur la bosse occipitale du côté opposé au rocher fracturé. Il y est inscrit en lettres irrécusables. On trouve, en effet, au niveau de ce point l'os ecchymosé, criblé de trous; en un mot, tous les caractères attribués à l'ostéite; et de ce point part une fissure linéaire qui coupe obliquement le trou occipital, qu'elle traverse pour aller détacher le sommet de l'apophyse située du côté opposé.

Si ces faits sont exacts, on comprend donc qu'il serait important, sur le malade de M. Richet, de chercher à établir d'une manière précise le siége de la violence pour avoir une idée de la direction de la fracture.

M. RICHET. Comme il n'y a pas eu de plaie sur le crâne, nous sommes forcé de nous en rapporter au dire du malade. Par conséquent, nous ne pouvons rien préciser.

M. AD. RICHARD cite trois malades, dont un présenté à la Société, et qui, à la suite de fractures de la base du crâne, ont offert, l'un une hémiplégie persistante, les deux autres une sorte d'idiotisme qui les empêche de se livrer à aucun travail.

M. GIRALDÈS. Peut-il y avoir écoulement de sérosité par l'oreille sans fracture? Vous savez que M. Prescott Hewet présenta une pièce qui répond par l'affirmative à cette question. De plus, le même chirurgien annonce qu'il a présenté plusieurs autres pièces qui confirment la première. Un écoulement séreux par l'oreille ne peut donc faire affirmer l'existence d'une fracture du rocher.

— M. VERNEUIL présente un appareil d'eau de Seltz qui s'est brisé à la salle de garde de l'Hôtel-Dieu. L'observation sera insérée.

Le secrétaire de la Société, AD. RICHARD.

La Société médicale du dixième arrondissement a proposé pour être décerné en 1858 un prix de *trois cents francs*.

Le choix des sujets afférents à la médecine et à la chirurgie est laissé à la disposition des compétiteurs.

Les mémoires manuscrits et imprimés et les thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris seront admis au concours, pourvu qu'ils n'aient pas encore remporté de prix et que les ouvrages imprimés n'aient pas plus de deux années de date au 1er octobre 1857.

Les travaux devront être déposés au secrétariat de la Société, à la mairie du dixième arrondissement, avant le 31 décembre 1857. Le prix sera décerné dans la séance d'avril 1858.

LE GÉRANT, LE SOURD.

Paris — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 123. — MARDI 20 OCTOBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 123. — MARDI 20 OCTOBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 19 OCTOBRE 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

Après quelques présentations d'ouvrages, M. Duméril, délégué par l'Académie pour la représenter à la cérémonie d'inauguration de la statue d'Étienne Geoffroy Saint-Hilaire, a ouvert la séance par la lecture de son rapport sur cette solennité; et sur l'invitation de ses collègues, il a lu ensuite le discours qu'il a prononcé dans cette mémorable circonstance. Sur la proposition de MM. les secrétaires perpétuels, et à l'exemple de ce qui a été fait en 1835 pour l'inauguration de la statue de G. Cuvier à Montbéliard, où l'Académie était également représentée par le vénérable doyen de la section de zoologie, la compagnie a voté l'impression de ce discours ainsi que de ceux qui ont été prononcés à la même occasion par trois autres membres de l'Institut, MM. Serres, Milne-Edwards et Jomard, au nom du Muséum d'histoire naturelle, de la Faculté des sciences et de l'ancien Institut d'Égypte. Ces quatre discours remplissent une partie du dernier numéro des *Comptes rendus*.

Le reste de la séance a été consacré à des lectures étrangères à la médecine.

Parmi les pièces de la correspondance, nous avons à mentionner un travail de M. de Lenhossék sur le système nerveux central de l'homme, qui a été renvoyé à une commission également chargée de l'examen du travail de M. Jacubowitsch sur le même sujet. Nous espérons que la commission ne perdra pas cette occasion de nous faire prochainement connaître son jugement sur les intéressantes recherches de ces deux savants étrangers. Nous émettrons le même vœu pour la communication de M. Paschkewitsch relative à la maladie pestilentielle des bêtes à cornes, question d'une très-grande importance au double point de vue de la pathologie vétérinaire et de l'économie agricole. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

De l'influence de la respiration sur les maladies du cœur.

Parmi les faits dont nous sommes chaque jour les témoins, il en est un certain nombre qui, bien que très-graves, cèdent aisément aux efforts de la thérapeutique; mais il en est d'autres qui sont loin d'offrir les mêmes facilités : telles sont principalement les affections du cœur. Si la thérapeutique se trouve ici arrêtée à chaque pas, quels efforts la physiologie et la pathologie n'ont-elles pas tentés pour parvenir à une diagnose positive sans que l'esprit ait lieu de se contenter des explications diverses qui ont été fournies de toutes parts! Ce n'est pas le lieu d'entrer ici dans la critique ou dans l'exposition de ces théories; nous voulons seulement faire remarquer que les circonstances les plus simples en apparence sont souvent plus puissantes que les médications les plus complexes ou réputées les plus énergiques, et maintes fois c'est faute d'une observation méthodique que l'on oublie de recourir à ces agents. Nous ne citerons que deux faits à l'appui de cette proposition.

Un jeune homme de dix-huit ans, traité pendant plus d'une année pour une affection du cœur, et qui avait été soumis à l'action prolongée de la digitale, se présenta dernièrement à notre consultation. L'aspect seul de sa physionomie indiquait déjà que l'on avait dû commettre quelque erreur. Du reste, point de bouffissure de la face, aucune hydropisie, aucun trouble fonctionnel; rien, en un mot, n'annonçait une de ces maladies qui ébranlent violemment les constitutions les plus vigoureuses. Aussi, au lieu de nous livrer à un interrogatoire long et minutieux, au lieu de nous embarrasser dans une suite de questions qui détournent souvent le médecin du siége réel de la maladie, avons-nous examiné immédiatement les organes de ce jeune homme. Le cœur était volumineux, il est vrai; mais l'augmentation de volume portait principalement sur les cavités droites. Les poumons n'étaient pas malades, la respiration pouvait s'exercer librement, et, d'un autre côté, on ne trouvait au cœur aucun bruit anormal.

Déjà dans un article publié en 1819 (*Dict. des sciences médic.*, art. MUTUEL) nous avons eu l'occasion d'attirer l'attention sur l'influence réciproque qu'exercent les organes les uns sur les autres, circonstance qui ne doit jamais être oubliée par le médecin; c'est pourquoi, en présence de ces faits, et ne trouvant aucune lésion organique qui pût rendre compte de cette augmentation de volume des cavités droites du cœur, nous avons engagé ce jeune homme à marcher très-rapidement pendant une à deux minutes. Notre espérance ne fut pas trompée; les cavités droites diminuèrent de volume, et le cœur, qui primitivement présentait 13 centimètres de largeur, n'en offrit plus que 11. Que s'était-il donc opéré? L'existence d'une lésion organique grave, d'une altération dans le parenchyme ou dans les orifices du cœur n'aurait certainement pas permis un tel retrait de l'organe. Ici il s'agissait d'une stase sanguine favorisée par le régime médicamenteux et hygiénique : le malade mangeait à peine, il n'osait prendre aucune espèce d'exercice; on ne permettait guère au poumon d'accomplir ses fonctions, et le cœur, consécutivement condamné à une gêne extrême, se laissait distendre sous cette influence. L'expérience que nous fîmes pour éclairer le diagnostic, c'est-à-dire la marche, telle est la seule prescription que nous ayons eu à faire avec l'usage d'un régime réparateur.

Un cas analogue a été récemment soumis à notre examen; il s'agit d'un malade couché au n° 20 de la salle Saint-Charles; cet homme éprouve de la dyspnée depuis longtemps; mais des hydropisies se sont formées dans divers organes : ainsi, outre une hydropleurie du côté gauche, on trouve une hydropéritonie et de l'œdème des extrémités inférieures. Il a été soumis inutilement, dans plusieurs hôpitaux, à l'usage de la digitale; on lui a appliqué des vésicatoires et des cautères sur la région précordiale. Une remarque du malade nous rappela de suite l'observation que nous venons de citer : cet homme ne peut porter aucun lien autour de la ceinture, et « le mal augmente, dit-il, quand il se sent le ventre serré. » C'était une remarque très-judicieuse, ainsi que nous allons le voir. On limita exactement le cœur et surtout les cavités droites; les dimensions transversales de cet organe étaient très-considérables (quatorze centimètres), caractère assigné depuis longtemps par Laënnec aux dilatations du cœur. Après avoir enlevé une bande qui était enroulée autour de l'abdomen, nous engageâmes donc le malade à pratiquer plusieurs inspirations très-profondes et coup sur coup; cet homme se sentit très-soulagé, et avoua que depuis longtemps il n'avait éprouvé une telle amélioration. Comme dans le cas précédent, on constata une diminution des cavités droites, résultat qui fut confirmé par plusieurs personnes présentes, et notamment par M. le docteur Latochinski (de Moscou). Le cas dont il s'agit est certainement trop grave pour que nous ayons la prétention de le guérir par de grandes inspirations; mais l'amendement qui survient à la suite de cette manœuvre est trop remarquable pour qu'on néglige jamais de recourir à ce moyen, que la nature nous met constamment sous la main.

En réfléchissant aux deux observations dont nous venons de parler, on est conduit à ne pas oublier que tous les organes sont solidaires les uns des autres, et ce n'est que par cette influence d'action réciproque qu'on peut arriver à d'heureux résultats. Si les travaux modernes ont si puissamment cherché à élucider la pathologie des maladies du cœur, combien ne doit-on pas tendre à favoriser ces recherches en appliquant à ces connaissances les lois de la physiologie? Ce n'est que par ce moyen qu'on arrivera à trouver des médications vraiment héroïques, et que l'on pourra prolonger les jours des malades, alors qu'il ne sera plus permis de songer à leur guérison.

DE LA CLINIQUE MÉDICALE DE FLORENCE,

Par M. le docteur Raphaël MATTEI.

M. le professeur Bufalini a entrepris de faire pour la médecine en particulier ce que Bacon fit pour toutes les sciences. Il a cherché à démontrer la fausseté de tous les systèmes médicaux; il a prouvé que les faits seuls, tirés de l'observation et de l'expérience, pouvaient servir de base à la médecine, et qu'il n'y avait que la méthode expérimentale qui pût l'élever au degré de science véritable. Combinant d'une manière admirable l'analyse et la synthèse, il a introduit dans la médecine un ordre tel, que désormais elle peut marcher de pair avec les autres sciences expérimentales.

Il reste à désirer seulement que les principes pathologiques établis par l'illustre clinicien de Florence soient plus connus et plus répandus qu'ils ne le sont.

Je n'ai pas l'intention d'exposer la doctrine pathologique du professeur Bufalini; je me propose seulement de montrer la méthode qu'il suit dans l'enseignement de la médecine, et de toucher à quelques points de pathologie générale qui sont le plus en rapport avec sa pratique; je parlerai aussi de la partie disciplinaire de sa clinique. Ce sujet a déjà été traité avec beaucoup de talent par le docteur de Pietra Santa; mais comme la renommée de l'école de Florence est à mon avis beaucoup au-dessous de ce qu'elle mérite, je ne crois pas inutile d'y revenir.

La clinique de M. Bufalini se compose de 24 lits (12 hommes et 12 femmes). Ce nombre paraîtra peut-être bien minime, mais il faut considérer que ce ne sont pas les observations les plus nombreuses qui sont les plus utiles, mais bien celles qui sont faites avec soin et application. La clinique n'est pas destinée à faire passer sous les yeux des élèves tous les cas possibles de maladie, mais à accoutumer leur esprit à l'exactitude des recherches et leur enseigner la marche qu'ils doivent suivre pour établir le diagnostic. Les malades de la clinique sont choisis par l'aide du professeur parmi ceux qui viennent tous les jours en grand nombre à l'hôpital de *Santa Maria Nuova*. Le choix porte principalement sur les cas de maladie qui méritent le plus de fixer l'attention, soit par leur rareté, soit par leur gravité. Tous les malades de la clinique sont confiés aux soins des élèves. Je dirai ici que l'École de médecine de Florence étant une école complémentaire et de perfectionnement, tous les élèves sont déjà initiés aux notions théoriques et même à la pratique de la médecine. Le malade est assigné à l'élève, soit par l'aide avant la visite, soit par le professeur durant la visite même. Dans les premiers cas, l'élève est obligé de faire les recherches les plus minutieuses soit sur l'état antérieur, soit sur l'état actuel du malade, et d'en rendre compte au professeur. Dans le second, il examine et interroge lui-même le malade en présence du professeur.

Dans les deux cas, il est tenu d'exprimer son avis sur la maladie. Que l'élève ait porté un diagnostic juste ou qu'il se soit trompé, le professeur lui demande d'expliquer les raisons de son jugement, et l'oblige ainsi à faire une analyse et une étude exacte de tout ce qui se rapporte à la maladie. Il s'établit entre l'élève et le maître une sorte de lutte dans laquelle celui-ci saisit toutes les occasions de signaler les difficultés de l'art, la facilité avec laquelle notre esprit s'égare dans la formation de nos jugements, et de montrer la marche qu'il faut suivre pour éviter l'erreur.

Un des préceptes sur lesquels le professeur insiste le plus au lit des malades, c'est de rechercher les symptômes des maladies avant d'en chercher les causes, et de supposer la maladie comme ayant plus probablement son siége dans l'organe dont les fonctions sont altérées. De cette manière l'esprit du jeune élève marche avec plus de certitude et de sécurité, attendu qu'il reconnaît bien vite si l'organe lésé dans sa fonction est affecté. Au reste, le diagnostic n'est définitivement établi que lorsqu'on a pris en considération tout ce qui se rapporte à la maladie, c'est-à-dire les causes qui lui ont donné naissance, les symptômes qui l'accompagnent et les effets salutaires des remèdes.

Quant à la manière de considérer toutes ces circonstances pour en déduire le diagnostic, elle forme une des parties essentielles de l'enseignement clinique de M. Bufalini. Il peut arriver qu'un ou plusieurs symptômes représentent quelquefois un seul état morbide; mais le plus souvent différents états morbides offrent les mêmes symptômes. Dans le premier cas, rien de plus facile que le diagnostic; il est tout formé. Dans le second cas, la seule considération des symptômes en eux-mêmes ne suffit pas pour déterminer la nature de l'état morbide, et il est nécessaire d'avoir recours à des recherches plus minutieuses. Alors il faut étudier les symptômes sous différents aspects ou dans leurs particularités, telles que l'intensité, la durée, le siége, le cours, la succession et le mode d'apparition. Ainsi les phénomènes morbides qui, considérés seulement dans leur nature, ne pouvaient pas donner lieu à établir le diagnostic, apparaissent comme le signe d'un seul état morbide.

Cette manière de considérer les symptômes est d'une grande importance sous le point de vue qui nous occupe, et sans elle il serait impossible dans certains cas d'établir le diagnostic. Un exemple montrera la vérité de ce que nous avançons.

La fièvre inflammatoire avec troubles du cerveau et l'encéphalite présentent les mêmes symptômes dans un grand nombre de cas, de sorte que, si on a seulement égard à la nature des symptômes, souvent on ne pourrait pas distinguer l'une de l'autre. Si l'on réfléchit cependant que dans l'encéphalite les troubles du cerveau sont plus intenses, que généralement ils précèdent la fièvre, que la douleur est plus fixe et dure plus longtemps que dans la fièvre inflammatoire, il sera facile de distinguer ces deux maladies. Les particularités des mêmes symptômes servent, comme on le voit, à établir le diagnostic. Le professeur Bufalini donne le nom de *procédé d'élimination* à cette manière de considérer les symptômes, précisément parce qu'elle con-

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Cancer du cervelet ayant simulé une paralysie générale. — Analogie de ces deux affections. — Caractères différentiels.

(Observation recueillie par MM. les docteurs AUBANEL et SAUZE (de Marseille).

Malgré les savants travaux qui ont été faits de nos jours par MM. Rostan, Andral, Lallemand, Calmeil, etc., et les nombreuses observations qui ont été publiées sur les affections organiques du cerveau, l'histoire du cancer de l'encéphale est encore bien incomplète et remplie d'obscurité. Pour ne parler que du diagnostic du cancer cérébral, que de difficultés se présentent pour l'établir avec quelque certitude! Que de points de contact offre cette affection avec les autres maladies des membranes ou de la substance même du cerveau! L'observation qui suit prouve une fois de plus combien les diverses lésions de l'encéphale, arrivées à leur période ultime, présentent entre elles de similitude, et combien peu on a de chances, quelle que soit l'expérience que l'on possède sur les affections cérébrales, d'arriver à un diagnostic non douteux. Nous avons cru qu'il ne serait pas sans utilité de signaler l'erreur à laquelle cette observation a donné lieu, ne fût-ce que pour avertir les praticiens de se tenir en garde contre une pareille méprise, et surtout de chercher à la rendre moins facile par l'étude plus attentive des moyens de diagnostic différentiel. Nous allons d'abord rapporter le fait tel qu'il a été observé.

OBS. — Begon (Antoine), cordonnier, âgé de quarante-neuf ans, entre à l'asile des aliénés de Marseille le 28 avril 1856. Les renseignements qu'on nous donne au moment de l'admission sont très-incomplets. On nous dit que cet homme buvait beaucoup, qu'il quittait souvent le travail pour aller au cabaret, et que, sous l'influence de ces excès répétés, sa santé a fini par s'altérer, bien qu'il fût doué d'une constitution robuste. Le début de la maladie aurait été signalé par de violents maux de tête; puis on a remarqué un certain affaiblissement des facultés intellectuelles et surtout de la mémoire, une certaine difficulté dans la prononciation. La démarche est devenue difficile. Il chancelait, et à la suite d'une congestion cérébrale, la progression est devenue impossible. Depuis lors il est survenu de l'agitation maniaque.

Au moment de l'entrée, nous constatons les symptômes suivants : facies injecté, saillie des globes oculaires avec amaurose, difficulté extrême de l'articulation des mots, affaiblissement considérable des membres inférieurs. Il ne peut absolument ni se tenir sur les jambes ni marcher.

Pendant le court séjour qu'il a fait dans notre établissement, Begon n'a pas quitté le lit des gâteux. Il ne parlait pas, semblait étranger à tout ce qui se passait autour de lui : l'intelligence est presque complétement abolie. Le facies exprime l'hébétude la mieux caractérisée. La physionomie est éteinte. Nous diagnostiquâmes une démence paralytique au troisième degré.

Vers le milieu du mois de mai, Begon est pris de convulsions épileptiformes, avec tendance au coma. Ces graves symptômes cérébraux ont une durée de quelques jours, et disparaissent sous l'influence d'une application de sangsues aux apophyses mastoïdes, et de l'usage de la limonade stibiée. Mais à partir de ce moment, notre malade va en s'affaiblissant de plus en plus. Il maigrit, avale avec peine ; la fièvre s'allume, et il s'éteint graduellement dans un état de marasme, le 15 juin 1856.

Autopsie. — A l'ouverture de la boîte osseuse, le cerveau ne présente rien d'anormal, il semble seulement repoussé au dehors; la dure-mère est dans un état de tension considérable.

En enlevant le cerveau, nous découvrons une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, présentant sur sa circonférence des bosselures. Elle occupe la fosse occipitale gauche. Elle est pédiculée sur le rebord latéral de cette même fosse. Les tables interne et externe de l'os sont complétement détruites. L'aponévrose seule empêche la tumeur de faire saillie au dehors. Tout le lobe gauche du cervelet est refoulé en avant, et sa substance réduite en bouillie. Les tubercules quadrijumeaux, la protubérance annulaire, ainsi que les nerfs optiques, présentent un ramollissement considérable. La consistance du lobe droit du cervelet et du cerveau est à l'état normal. Les membranes du cerveau sont libres d'adhérences, et se détachent facilement. Elles sont cependant un peu épaissies et congestionnées ; elles ont une coloration rougeâtre.

Autopsie de la tumeur. — Divisée avec le scalpel, la tumeur fait entendre un bruit particulier; le tissu en est dur, grisâtre, demi-transparent. Extérieurement, la tumeur est lisse, offrant des bosselures de la grosseur d'une noisette, adhérente par sa base à la dure-mère, où elle semble avoir pris naissance. Par sa partie libre, elle est distincte de la lobe du cervelet, avec lequel elle n'a aucune communication.

RÉFLEXIONS. — En présence de l'appareil de symptômes précédemment décrit, nous n'avions pas hésité à diagnostiquer une paralysie générale arrivée au troisième degré. En effet, cet affaiblissement considérable de l'intelligence et de la motilité, cette difficulté dans l'articulation des mots, ce facies éteint, propre aux déments arrivés à cette période, les antécédents du malade, tout nous autorisait à croire à l'existence d'une démence paralytique avancée, en l'absence de renseignements plus précis sur la marche de la maladie et la gradation des divers symptômes. Quel fut notre étonnement quand l'autopsie nous révéla l'existence d'une tumeur cancéreuse du cervelet! Nous cherchâmes alors à connaître d'une manière exacte l'évolution pathologique de cette affection.

Voici ce que nous a raconté la femme de Begon : Deux ans environ avant son entrée à l'asile des aliénés, il a commencé à ressentir de violents maux de tête à la région frontale. Cette céphalalgie disparaissait par moments. Le repos au lit exaspérait le malade.

Huit mois environ après le début de la maladie, il tombe tout d'un coup avec perte de connaissance et convulsions épileptiformes. Ces attaques se sont renouvelées depuis lors, à plusieurs reprises. Sa vue a diminué, et les extrémités inférieures se sont affaiblies. Le délire est survenu au quinzième mois. Il y avait des hallucinations de la vue. Il voyait, disait-il, des hommes qui venaient dans sa chambre pour embrasser sa femme, et il se mettait en colère. En dernier lieu, il avait pris sa famille en aversion. Pendant toute la durée de la maladie, il y a eu de la constipation. On n'a rien remarqué d'anormal du côté des organes de la génération.

Comme on le voit, l'histoire de la maladie de Begon se rapproche sensiblement de la plupart des faits de cancer de l'encéphale consignés dans les divers auteurs. Dans un article remarquable publié dans le *Dictionnaire de médecine en 30 volumes*, M. Calmeil assigne comme symptômes au cancer cérébral, la céphalalgie, les lésions des mouvements, les lésions des sens, les lésions des facultés intellectuelles; mais il reconnaît lui-même qu'il n'est aucun de ces phénomènes qui soit pathognomonique, qui ne se retrouve dans le cours des autres affections organiques du cerveau et de ses membranes. D'ailleurs, la plupart de ces manifestations pathologiques peuvent tout aussi bien se rapporter aux lésions concomitantes qu'à la maladie locale. Et ce n'est certes pas sans fondement qu'on a avancé, comme le dit fort judicieusement M. Calmeil, que l'observation d'une tumeur cancéreuse de l'encéphale retraçait moins l'histoire d'une affection unique que la succession de plusieurs maladies cérébrales.

N'est-il pas évident que la plupart des symptômes assignés par les auteurs au cancer de l'encéphale se retrouvent dans le cours de la paralysie générale? C'est là un fait incontestable pour tous ceux qui ont observé cette dernière maladie, et qui explique l'erreur de diagnostic que nous avons commise. Il est certain qu'à l'époque du début la confusion entre ces deux affections serait plus difficile. Mais il n'est pas toujours donné au médecin d'assister à cette période de la maladie, et à défaut d'avoir sur elle les renseignements nécessaires, et nous supposons le malade se présentant à son observation, à cette époque de l'affection où les manifestations intellectuelles étant presque complétement abolies, ainsi que la motilité, il est difficile de reconnaître si l'on a affaire à une paralysie générale arrivée au troisième degré, ou à une autre lésion organique du cerveau.

N'y aurait-il pas moyen d'éviter toute méprise et d'arriver à un diagnostic différentiel plus exact que celui donné par la plupart des auteurs? Nous le pensons, et, pour notre part, si à l'entrée du malade on nous avait fourni les renseignements que nous parvînmes plus tard à recueillir, nous aurions, sinon diagnostiqué une tumeur cancéreuse, du moins hésité beaucoup à croire à l'existence d'une paralysie générale.

Nous croyons que c'est surtout dans la marche de la maladie et l'apparition successive des divers symptômes, plutôt que dans ces symptômes eux-mêmes qui ont entre eux de si grandes analogies, qu'il faut chercher les éléments du diagnostic. Ainsi, dans le cancer de l'encéphale, les désordres de l'intelligence, quels qu'ils soient, délire ou affaiblissement des facultés, apparaissent plus tardivement.

Le malade accuse depuis longtemps des maux de tête; il a eu souvent des convulsions épileptiformes; il peut même avoir déjà un commencement de paralysie, et cependant l'intelligence demeure saine, la mémoire est conservée. Dans la paralysie générale, au contraire, déjà à cette période l'intelligence est plus ou moins [illegible], les sentiments affectifs du malade sont pervertis, ainsi que [illegible] caractère. Il y a déjà un certain affaiblissement des facultés, une certaine lenteur dans les opérations intellectuelles, quand on n'observe pas un délire bien caractérisé.

Ces diverses modifications de l'intelligence se retrouvent même à une période beaucoup moins avancée. La non-existence de ces divers phénomènes pourra faire diagnostiquer à coup sûr qu'il ne s'agit pas d'une paralysie générale.

Nous avons vu que la céphalalgie s'exaspérait par l'effet de la chaleur du lit. C'est là un phénomène qui a été souvent noté pour le cancer de l'encéphale. Nous ne pensons pas qu'on ait eu occasion de l'observer pour la paralysie. Quant à nous, qui avons vu un grand nombre de paralytiques, nous n'avons jamais pu constater ce fait. La céphalalgie des tumeurs cancéreuses de l'encéphale est aussi en général plus vive; elle arrache souvent des cris au malade. Dans la paralysie générale, elle est ordinairement plus facilement supportée.

Nous savons bien que la paralysie générale n'est pas la seule affection avec laquelle on peut confondre le cancer de l'encéphale. Mais nous croyons que pour les autres lésions organiques du cerveau l'erreur sera moins facile. Et d'ailleurs nous avons voulu seulement insister sur ce point de diagnostic différentiel, qui nous semble, en l'état actuel de la science, pouvoir être établi d'une manière rigoureuse.

Ne pourrait-on pas également se demander dans le cas qui nous occupe si la présence dans l'encéphale d'une tumeur cancéreuse n'a pas suffi pour déterminer à la longue une véritable paralysie générale par l'excitation permanente qu'elle occasionne dans toute la masse encéphalique? M. Calmeil n'est pas éloigné d'admettre cette opinion dans certaines circonstances. Pour notre part, nous répugnons à admettre ces sortes de paralysies générales qui accompagnent les affections organiques du cerveau. Nous regardons la paralysie générale comme une maladie presque toujours primitive, atteignant en général les sujets encore jeunes. Quant à ces paralysies qui se généralisent à la longue, comme on en observe, par exemple, chez les vieillards à la suite des hémorrhagies cérébrales,

---

siste à éliminer tous les états morbides qui peuvent produire les mêmes symptômes, et à admettre seulement l'état morbide qui les présente d'une certaine façon. D'où l'on voit que la nature de la maladie est déterminée par le diagnostic direct ou par voie d'élimination.

Une fois que par ce moyen on est parvenu à déterminer la nature de la maladie, il s'agit de savoir quelle est sa force; il faut établir, comme on dit, le diagnostic d'entité. Il est difficile de donner des préceptes pour ce nouveau diagnostic, attendu qu'il est le résultat de l'observation suivie et soignée des cas semblables. On peut pourtant réunir quelques éléments propres à servir de base, ces éléments se trouvant dans presque toutes les maladies. Ainsi on recommande de prendre en considération toutes les causes de la maladie, d'en étudier la force, la durée et la qualité; de juger l'étendue, la durée et le cours de l'état morbide, ainsi que les influences qui le font persister, soit qu'elles viennent de l'organisme ou qu'elles lui soient étrangères ; enfin de prendre en considération l'influence que les moyens thérapeutiques qu'on doit employer peuvent exercer sur l'état morbide, et les effets produits par le traitement déjà suivi. Voilà les données qui peuvent nous mettre à même d'établir plus facilement l'entité de l'état morbide, pourvu qu'on les suive scrupuleusement.

Quant au pronostic de la maladie, il résulte immédiatement du diagnostic de qualité et d'entité; en sorte qu'une fois qu'on a établi ces derniers, on connaît nécessairement le premier.

Après avoir établi la nature et le pronostic de la maladie, l'élève propose le traitement curatif, que le professeur adopte, s'il le trouve convenable.

M. Bufalini est d'avis que dans tous les cas de maladies on doit étudier exactement les indications et les contre-indications, tirant les premières de la connaissance de l'état morbide, et les dernières de l'état des fonctions générales. La règle à suivre consiste à ne jamais administrer un médicament dont l'utilité soit au-dessous du mal qu'il peut causer en portant le trouble dans l'une de ces fonctions. Ainsi, quand un malade affecté d'un rétrécissement de l'orifice de l'aorte aura perdu beaucoup de sang, un médecin circonspect se gardera bien de recourir à une saignée, toutes les fois qu'il reconnaîtra que la circulation pourrait par ce moyen diminuer et même cesser entièrement.

Le professeur Bufalini divise le traitement en *traitement direct* et en *traitement indirect*. Il subdivise le premier en *traitement direct proprement dit* et en *traitement spécifique*. On emploie le traitement direct proprement dit quand on connaît les éléments morbides qu'on doit combattre, et qu'on peut employer contre eux des moyens curatifs propres à les détruire. Ainsi, dans le cas d'empoisonnement, si nous administrons un antidote propre à neutraliser le poison, on fait le traitement direct proprement dit. Le traitement spécifique est celui dont nous voyons les effets salutaires sans en connaître le mode d'action. Dans l'emploi du mercure contre la syphilis, ou du quinquina pour combattre la fièvre miasmatique, nous ignorons tout à fait par quel mode intime d'action ces deux maladies sont détruites. Au reste, le traitement spécifique n'a pas pour résultat absolu la guérison; et si on l'appelle direct, c'est uniquement parce que, agissant d'une manière cachée, on suppose qu'il détruit l'élément morbide d'une manière immédiate. Le traitement indirect, d'après le professeur Bufalini, est celui qui combat les maladies non en agissant immédiatement sur l'état morbide, mais en modifiant les actions ordinaires de la vie, de telle sorte que ces actions, à leur tour, soient capables d'éliminer de l'organisme l'état morbide même, ou d'en amoindrir les funestes effets.

Dès qu'un principe nuisible agit dans l'intérieur de l'organisme, en employant les diaphorétiques ou les diurétiques pour l'éliminer, on suit alors le traitement indirect, attendu que l'action de ces remèdes porte sur la peau et les reins de l'homme malade, aussi bien que de l'homme bien portant. On suit aussi le traitement indirect quand on modifie les actions de la sensibilité et de la contractilité dérangées par l'état morbide, dans le cas, par exemple, où l'on administre des calmants pour apaiser l'insomnie provenant de quelque altération de l'encéphale, ou bien quand on active la circulation du sang, profondément affaiblie par une lésion organique du cœur. Dans ces différents cas, les remèdes agissent sur l'état des fonctions ordinaires de l'organisme, fonctions qui, à leur tour, réagissent pour chasser de l'organisme l'élément morbide, ou font en sorte que sa funeste influence soit limitée.

Dans l'étude des maladies, M. Bufalini, avons-nous dit, prend en considération tout ce qui peut s'y rapporter. Il a pour maxime invariable qu'on ne peut avoir une idée exacte d'un objet quelconque de la nature à moins de le connaître sous tous les aspects possibles. Aussi a-t-il accueilli avec empressement les progrès de la chimie organique et de la micrographie appliquées à la recherche des altérations morbides, et il se sert de l'une aussi bien que de l'autre toutes les fois que le besoin l'exige.

Ici je ne puis m'empêcher de dire que M. Bufalini a, depuis 1813, à l'époque où les systèmes des vitalistes étaient le plus en vogue, soutenu ouvertement la nécessité des recherches chimiques et microscopiques, et que, depuis 1837, il n'a cessé de faire l'application de la chimie organique à l'étude des altérations du sang. Cela suffit pour montrer que l'Italie a été la première à reconnaître la nécessité de faire revivre la pathologie organique, comme c'est aussi dans ce pays qu'elle a fait les premiers progrès dans la voie expérimentale.

M. Bufalini donne aussi une grande importance à l'anatomie pathologique, pour établir les différences qui existent entre les maladies. Cela ne veut pas dire qu'on doive prendre l'anatomie pathologique comme base de la nosologie : celle-ci, selon lui, ne peut être bien établie qu'en prenant en considération tout ce qui se rapporte à l'état morbide, tandis que l'anatomie pathologique ne nous en montre le plus souvent qu'une partie. M. Bufalini considère seulement comme état morbide celui qu'on rencontre constamment dès le commencement de la maladie, et qui marche proportionnellement avec elle.

L'enseignement de l'anatomie pathologique à l'Ecole de médecine de Florence a tant de rapports avec la clinique, et est si bien entendu, que je crois devoir en dire quelques mots. Ce sera l'objet d'un deuxième article.

ce sont pour nous en quelque sorte des *pseudo-paralysies générales*, paralysies consécutives qui présentent bien de l'analogie avec la paralysie générale primitive des adultes, mais qui en diffèrent et par la nature des lésions cérébrales et par la physionomie spéciale des phénomènes paralytiques.

EXTRACTION DE CALCUL URÉTRAL,

Par M. le docteur E. Ancelet (de Vailly-sur-Aisne).

Je fus appelé en septembre dernier près du nommé L..., de Sancy (Aisne), qui souffrait horriblement depuis quelques heures d'une rétention d'urine complète. Ce malade, à ce que j'appris alors, ressentait depuis deux ans tous les symptômes des calculs vésicaux, et les urines placées près de lui contenaient deux petites pierres du volume et de la forme d'un grain de blé.

Le cathétérisme, puis le toucher, me firent bientôt constater la présence d'un calcul dans la région musculeuse de l'urètre. Je tentai de l'extraire de la manière suivante :

En le poussant d'arrière en avant, je pus le faire cheminer jusqu'à 3 centimètres de distance du méat, mais sans pouvoir aller plus avant. Prenant alors le mandrin d'une sonde d'argent, et tordant les deux chefs l'un sur l'autre, je fabriquai une anse métallique avec laquelle je pus facilement saisir le calcul et l'entraîner jusque dans la fosse naviculaire. Mais le méat me présenta des difficultés que je ne pouvais vaincre. En désespoir de cause, j'allais en pratiquer le débridement, quand, en exécutant un léger mouvement de bascule latérale, je déprimai la lèvre gauche et le calcul s'énucléa pour ainsi dire avec la plus grande facilité.

Ce calcul, à surface rugueuse, mamelonnée, avait la forme d'un ovoïde dont le grand axe mesurait 12 millimètres en longueur. La hauteur et la largeur étaient de 8 millimètres.

De ce fait ressortent deux choses :

1° On peut triompher de la résistance qu'oppose le méat à l'extraction des corps étrangers de l'urètre au moyen de la petite manœuvre indiquée plus haut, sans débridement, quand ces corps n'offrent pas un volume trop considérable.

2° Le petit appareil dont je me suis servi, et qui n'est autre chose que l'anse métallique de Marini, me paraît préférable aux curettes de Leroy, de Dubowiski, etc., aux pinces de Lamotte, de Halles, de Hunter, de Fabrice de Hilden, de Leroy, d'Amussat, de Civiale, etc.

Il peut être partout et instantanément fabriqué ; son introduction est des plus faciles ; son efficacité est tout aussi grande que celle des divers instruments plus ou moins compliqués que je viens de mentionner.

Ajoutons que dans quelques cas on pourrait, comme l'a fait M. le professeur J. Cloquet, engager sa tige dans un tube métallique, et par la traction faire éclater certains calculs, s'ils ne pouvaient être extraits dans leur entier par la dépression du méat.

RHINOPLASTIE. — DIVISION DU PÉDICELLE.

Par M. le Dr Ch. Ballu.

Mme Debray (Marie), âgée de cinquante-trois ans, demeurant à Grassey, près Houdan (Seine-et-Oise), vint me trouver pour se faire traiter d'un cancer qu'elle portait au nez depuis près d'un an. Elle nous a présenté l'état suivant :

Elle portait au nez une affection cancéreuse, qui en occupait les deux ailes, s'étendait à la cloison, dont une partie du cartilage ainsi que les os propres du nez, participait à cette dégénérescence. Le bulbe du nez et la moitié de la sous-cloison étaient indurés, d'un rouge violet. Cet organe présentait une cavité à bords ulcérés, livides et violacés, laissant échapper un liquide sanieux et fétide.

Le seul moyen de guérir une semblable affection était l'opération, que la malade finit par accepter après quelque hésitation ; aidé de notre savant et très-dévoué confrère M. le docteur Gaucher, nous y procédâmes de la manière suivante :

Le 5 juillet, je fis avec du papier le modèle du lambeau nécessaire pour cette restauration ; je l'appliquai sur le front, la pointe correspondant à la racine du nez, et j'en traçai les contours avec de l'encre, puis je pratiquai une incision en forme de fer à cheval, circonscrivant toutes les parties qui devaient être enlevées, puis je procédai à l'ablation de tous les tissus malades. Je disséquai ensuite le lambeau du front, lui imprimai un mouvement de torsion et l'ajustai sur le moignon ; j'en arrondis les angles et le maintins par trois points de suture enchevillée à droite et à gauche. La sous-cloison nouvelle fut fixée par deux serre-fines à la portion restante de la sous-cloison naturelle. Des bourdonnets de charpie enduits de cérat furent introduits dans les narines, et les bords de la plaie du front un peu rapprochés à l'aide de deux bandelettes de diachylon. Le pansement pour ce premier jour fut constitué par une compresse de linge pliée en quatre, imbibée d'eau fraîche et souvent renouvelée.

Après l'opération, une syncope se manifesta ; je fis prendre à la malade deux cuillerées de vin sucré ; des sinapismes lui furent appliqués aux extrémités inférieures ; potion gommeuse avec sirop diacode, tisane de tilleul avec feuilles d'oranger ; diète.

Le 6, la malade a passé une nuit assez agitée ; néanmoins, elle a reposé vers le matin ; le matin elle est un peu faible. La peau a une bonne moiteur, et sa température est normale. Le nez est chaud, d'une couleur rosée, le lambeau est passablement tuméfié. A midi, j'enlève les deux bandelettes de diachylon. — Deux petits bouillons coupés. Le soir, à neuf heures, la malade a passé une assez bonne journée.

Le 7, état satisfaisant ; la nuit a été bonne, le sommeil assez calme ; point de douleur, un peu de cuisson de la plaie ; le pouls à 72. — Deux bouillons.

Les 8 et 9, l'état général parfait ; pouls à 70 ; sommeil bon ; la malade se plaint de la mauvaise odeur que répand la charpie introduite dans les fosses nasales. Les serre-fines ne tiennent plus qu'à un des bords de la sous-cloison : elles sont enlevées et l'adhésion paraît parfaitement établie. — Deux bouillons, un potage, tisane vineuse.

Le 10, la malade a moins bien dormi ; mal de tête ; picotement dans les joues et au front ; frissons ; on aperçoit sur le front et les joues une rougeur érysipélateuse. — Lavement au gros miel et 30 grammes de sulfate de soude. Application d'axonge, souvent renouvelée, sur l'érysipèle ; pansement avec le linge fenêtré enduit de cérat, sur la plaie du front.

Le 11, la nuit n'a pas été bonne ; pouls à 100 pulsations ; pansement simple. L'appareil est maintenu sans liens, les fils des points de suture sont enlevés. — Diète.

Le 12, la malade a mieux dormi. Plus de mal de tête. Elle demande à prendre quelques aliments. — Deux bouillons ; eau d'orge miellée. — L'érysipèle diminue.

Les 13 et 14, l'état de la malade est parfait. La suppuration est abondante, et le pouls de bonne nature. Le lambeau réparateur est parfaitement cicatrisé. Les bourgeons charnus de la plaie du front se développent d'une manière égale.

Depuis le 14 jusqu'au 24, la réunion du lambeau s'est effectuée d'une manière complète. La plaie frontale marche bien ; la malade se lève tous les jours et commence à prendre de la nourriture.

Le 25, sur le point de pratiquer l'opération secondaire, j'eus l'idée, pour épargner à la malade de nouvelles douleurs, de mettre en pratique le procédé suivant : Après avoir divisé transversalement le pédicelle, j'excisai la portion supérieure ou frontale au niveau des téguments du front. Quant à la portion nasale, qui présentait une saillie assez prononcée, je la saisis avec des pinces à disséquer, je lui imprimai une traction dans le sens vertical, et je l'excisai avec des ciseaux courbes sur le plat. En agissant ainsi il me resta seulement une petite plaie ayant la forme d'un V ou d'un triangle, dont la base répondait à la racine du nez, et je réunis ces bords par un point de suture entortillé et une serre-fine.

Mon procédé offre l'avantage d'éviter l'opération secondaire, qui est toujours trop douloureuse pour les malades.

Le 27, la sous-cloison est complétement cicatrisée, ainsi que les bords du lambeau réparateur qui constitue le bord libre des narines. La plaie du front marche à une cicatrisation prochaine. De chaque côté du nez nouveau se voient deux cicatrices linéaires ; les narines sont assez larges, et l'opérée se mouche en pinçant son nez et en le faisant résonner. Cet organe a une forme régulière, plus régulière même que certains nez naturels.

Le 15 août, la cicatrisation définitive est obtenue.

SUR LA PRÉPARATION DE L'IODO-CHLORURE MERCUREUX.

L'iodure de chlorure mercureux, très-préconisé en ce moment pour combattre certaines affections de la peau, et surtout celle qui est connue sous le nom de couperose, consiste en un mélange de calomel, de bi-iodure et de bi-chlorure de mercure. Par son activité, il tient le milieu entre le bi-iodure et le bi-chlorure de mercure d'une part, et le proto-iodure et le proto-chlorure de même métal d'autre part.

M. Gobley donne la préparation suivante comme la meilleure :

Pr. Calomel à la vapeur.	5 gr. 95
Iode.	1 gr. 98

On réduit l'iode en poudre dans un mortier, on le mêle avec le calomel, et on introduit le mélange dans un petit matras en verre, à l'aide d'un tube en papier qui le porte au fond du vase. Celui-ci est placé ensuite sur du sable chaud, et, quelques instants après, on voit la masse prendre d'abord une teinte verdâtre, puis entrer en fusion. On retire le matras du feu, et la masse ne tarde pas à se solidifier. On peut réitérer cette opération un très-grand nombre de fois dans un espace de temps très-court. On obtient ainsi un produit verdâtre, qui, à l'air, devient complétement rouge.

L'iodure de chlorure mercureux, qui est un médicament très-actif et dont l'emploi doit être surveillé avec soin, sert à former une pommade et des pilules dont voici les formules données par M. Boutigny :

1° Pommade.

Iodure de chlorure mercureux en poudre.	75 centig.
Axonge.	60 grammes.

Mêlez avec soin.

2° Pilules.

Iodure de chlorure mercureux. . . .	25 centigr.
Gomme arabique.	1 gramme.
Mie de pain.	9 —
Eau de fleurs d'oranger.	q. s.

Pour 100 pilules. (*Journ. de chim. méd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 octobre 1857. — Présidence de M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire.

M. Duméril fait un rapport sur l'inauguration de la statue d'Etienne Geoffroy Saint-Hilaire, qui a eu lieu le 11 octobre à Etampes ; et sur l'invitation de l'Académie, il donne lecture du discours qu'il a prononcé dans cette solennité.

— M. Flourens fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. J. de Lenhossek, présent à la séance, d'un ouvrage *sur la structure intime du système nerveux central chez l'homme.* M. Flourens ajoute que M. Lenhossek, en venant en France, a apporté une série de très-belles préparations anatomiques exécutées pour les recherches dont il a consigné les résultats dans cet ouvrage.

Une commission composée de MM. Serres, Flourens, Milne Edwards et Cl. Bernard, est invitée à prendre connaissance de ces recherches, et à examiner également un travail sur la structure du système nerveux présenté dans la séance du 31 août dernier par M. Jacubowitsch.

Dynamique des êtres vivants. — M. Baudrimont adresse un exemplaire de sa *Dynamique des êtres vivants*, opuscule dans lequel il annonce avoir eu principalement pour but de résumer ce que l'on sait aujourd'hui de positif sur l'origine de la nature de plusieurs des forces qui se développent chez les animaux.

En abordant ces problèmes, dont quelques-uns étaient nouveaux, je suis bien loin, dit-il, de prétendre en donner une solution complète ; j'ai voulu seulement appeler l'attention sur des observations qui peuvent devenir le point de départ de nouvelles recherches. Déjà j'en ai moi-même entrepris relativement à certains points pour lesquels dans la présente publication je n'avais eu à offrir que des conjectures : tel est en particulier le cas pour certaines questions relatives à la nutrition des plantes qui vivent dans l'eau. Profitant d'un séjour au bord de la mer pour m'occuper de ce sujet, je suis arrivé à quelques résultats que je me propose de soumettre prochainement à l'Académie ; mais dès à présent je puis dire que les algues marines abandonnent une quantité considérable d'oxygène sous l'influence de la lumière solaire comme les plantes atmosphériques, et que l'observation de ce phénomène suffit pour que l'on comprenne leur mode de nutrition.

Maladie pestilentielle des bêtes à cornes. — M. Paschkewitsch adresse de Saint-Pétersbourg un exemplaire d'un opuscule qu'il vient de publier sur la maladie pestilentielle des bêtes à cornes.

Je désire ardemment, dit l'auteur, que l'Académie veuille bien se prononcer sur le mérite du travail que je soumets à son jugement ; je le désire d'autant plus, que la question que je traite est aujourd'hui une question européenne de la plus haute importance, et que ceux qui l'ont agitée avant moi, non-seulement ne sont pas d'accord entre eux sur la plupart des points, tels que la nature pathologique de l'épizootie, son degré de contagion, son origine, le lieu où elle a pris naissance, etc., mais encore n'énoncent rien de précis, ou même, si je dois dire toute ma pensée, ne disent rien qui ne soit complétement erroné.

L'ouvrage publié en Russie est écrit en allemand : M. Rayer est invité à en prendre connaissance, pour en faire, s'il y a lieu, l'objet d'un rapport verbal.

— M. Vial adresse une lettre relative à une modification qu'il a imaginée pour les lancettes, et qui aurait pour résultat de les empêcher de pénétrer à une profondeur plus grande que celle qu'on aurait crue d'avance nécessaire. (Renvoi à l'examen de M. Jobert (de Lamballe), qui jugera s'il y a lieu de demander à l'inventeur de plus amples renseignements.)

— M. Lalagade soumet au jugement de l'Académie un mémoire ayant pour titre : *Epidémie de petite vérole à Albi ; heureux effets de la revaccination ; son inviolabilité.*

A ce mémoire est joint un état des revaccinations pratiquées sur les soldats du 1er bataillon du 92e régiment de ligne en détachement à Albi. (Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. Serres, Andral et Rayer.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 août 1857. — Présidence de M. Ramon, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. le docteur A. Robert (de Strasbourg), envoie la *Relation d'une épidémie de variole et de suette miliaire qui a régné au Neuhof (banlieue de Strasbourg), en décembre et janvier derniers*, et sollicite le titre de membre correspondant (M. Foucart, rapporteur.)

Épanchements pleuraux. Maladies du cœur. Rhumatisme cérébral. — M. Terrier, chargé de présenter un rapport sur les *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, fait la lecture suivante :

Parmi les questions les plus intéressantes qui ont occupé la Société des hôpitaux depuis dix-huit mois environ, nous remarquerons en première ligne celle des épanchements pleuraux. Parmi les phénomènes particuliers à la pleurésie, on a noté la résonnance tympanique en avant et au-dessous de la clavicule, signalée comme constante par Skoda, et exposée récemment à la Société par M. H. Roger. Cette résonnance tympanique, ou si l'on veut cette sonorité exagérée de la poitrine, ne se fait pas seulement remarquer en avant et au-dessous des clavicules, mais aussi en arrière et en bas dans les pneumonies du sommet et de la base, et dans les congestions pulmonaires. Lorsqu'elle n'existe que d'un seul côté, il faut l'attribuer, suivant M. Voillez, à une pleurésie ou à une pneumonie ; elle occupe alors plus particulièrement les régions sous-claviculaires. Dans les épanchements pleuraux, elle n'est pas nécessairement l'indice de la limite où s'arrête l'épanchement ; car elle peut précéder l'épanchement et l'accompagner au même degré d'intensité pendant toute la durée de la maladie. Enfin, on a constaté une résonnance tympanique au niveau des noyaux d'hépatisation peu profonde, de congestion avoisinant la gangrène pulmonaire et de certaines tumeurs du poumon.

Un autre phénomène coïncidant avec les épanchements pleuraux, signalé en même temps par les jeunes praticiens de la savante Société, a été la perception du murmure respiratoire à travers les épanchements pleuraux. Plusieurs médecins ont, à cette occasion, fait remarquer que les liquides comme les solides, et souvent mieux que les solides, transmettent les sons ; et M. Gubler a cité une observation recueillie chez M. Chomel, où l'on entendait par toute la poitrine un gargouillement provenant d'une caverne du volume d'une noisette ; bruit transmis par un épanchement pleurétique de tout le côté correspondant de la poitrine.

Ces observations ont donné lieu à une communication intéressante de M. Oulmont, sur la difficulté du diagnostic des épanchements pleuraux. Il a rapporté quatre observations de tumeurs du foie ou de la rate qui, en refoulant, les premières le diaphragme, les autres le poumon, ont donné lieu à une matité thoracique attribuée pendant la vie à un épanchement pleurétique.

Si de tels exemples prouvent et justifient les erreurs de diagnostic,

elles démontrent en même temps la nécessité de ne pas borner l'examen des phénomènes morbides à un trop petit nombre de signes, que l'on croit généralement suffisants pour caractériser l'épanchement. Il y a, outre la matité, l'égophonie et l'absence de bruit respiratoire, qui sont les signes les plus ordinaires de l'épanchement pleurétique; l'examen *de visu* de la partie dorsale de la poitrine, qui conduit à juger une certaine ampliation d'un côté de la poitrine sans avoir besoin de constater une saillie évidente des espaces intercostaux, ou une différence notable entre la mensuration des deux côtés de la poitrine; puis le toucher ou l'application simultanée des mains embrassant à la fois et comparativement les deux côtés de la poitrine, et permettant d'apprécier que le côté malade est moins soulevé dsns chaque inspiration que le côté sain.

Quant à la transmission des sons et du murmure respiratoire à travers les diverses couches de l'épanchement, c'est un phénomène assez fréquent, dont on corrige assez aisément l'illusion en écoutant comparativement les deux côtés de la poitrine; la différence est d'autant plus sensible dans les pleurésies et les pneumonies chroniques que le murmure respiratoire est plus ou moins exagéré du côté sain.

Les affections du cœur ont donné lieu à plusieurs communications. M. Legroux a présenté un cœur atteint de rétrécissement et d'insuffisance de la valvule mitrale provenant d'un homme qui avait présenté à la région précordiale un bruit de souffle très-nettement prononcé au commencement du premier bruit. Cette observation, contraire aux anciennes théories sur les bruits du cœur, confirme la théorie de M. Beau, par laquelle il démontre que toutes les opérations, auriculaires et ventriculaires du cœur, s'accomplissent nécessairement dans un même temps, la contraction de l'oreillette et celle du ventricule se faisant presque simultanément dans le premier temps. D'où il suit qu'une altération du bruit au commencement du premier temps est rapportée à l'altération de l'orifice auriculo-ventriculaire, et une altération du premier bruit, dans le cours ou vers la fin du premier bruit, à une altération des valvules aortiques. Cette question si intéressante des altérations des bruits du cœur comparées aux altérations anatomiques s'est naturellement présentée quand M. Hérard a rendu compte à la Société de l'ouvrage de M. Forget (de Strasbourg) sur les affections du cœur, et la doctrine de M. Beau a reçu une nouvelle sanction.

La thoracentèse pleurale et péricardique, cette opération qui, malgré l'espèce de vogue dont elle jouit, n'en est pas moins comme autrefois une opération dangereuse, a naturellement par le seul fait de cette vogue occupé plusieurs fois la Société des hôpitaux. On a cité des exemples d'insuccès de thoracentèse pleurale, et des exemples où, après avoir diagnostiqué des épanchements considérables, on n'a pu extraire qu'une faible quantité de liquide, démontrant l'inopportunité de l'opération quelquefois terminée par la mort.

M. Trousseau a également communiqué un fait de thoracentèse péricardique terminé par la mort. Ce professeur, d'après les données fournies par M. le professeur Jobert, avait fait l'ouverture des parties molles, à travers lesquelles il devait arriver jusqu'au péricarde à l'aide d'un bistouri. M. Aran, qui a plusieurs fois pratiqué cette opération et qui a présenté à l'Académie un malade guéri après deux ponctions suivies d'injections iodées, pense que la ponction à travers les parties molles à l'aide d'un trocart est bien préférable au bistouri, et préserve mieux de l'introduction de l'air dans le péricarde. Il pratique cette ponction au-dessous et à gauche de la pointe du cœur, et non, comme l'a fait M. le professeur Trousseau, au centre de la matité. Le siége d'élection pour la ponction choisi par M. Aran est basé sur l'observation d'une saillie sur le diaphragme par la cloison inférieure du péricarde toutes les fois qu'il contient une grande quantité de sérosité.

M. Gubler a fait un mémoire sur le *rhumatisme cérébral*. Dans ce mémoire, l'auteur n'a pas la prétention d'avoir le premier attiré l'attention sur la métastase rhumatismale vers les méninges cérébrales; mais il croit opportun d'appuyer sur ce sujet à cause de sa plus grande fréquence depuis quelques années. En cherchant à quelle cause on pouvait rapporter le plus grand nombre de métastases cérébrales observées depuis quelques années, il croit pouvoir la rapporter à l'emploi du sulfate de quinine dans le rhumatisme. On connaît les effets cérébraux du sulfate de quinine à l'état physiologique; ces phénomènes sont-ils le point de départ des méningites rhumatismales dont on a eu à déplorer les fatales conséquences? A cette question, M. Guérard, l'un des partisans du sulfate de quinine à haute dose dans le rhumatisme (1 à 2 grammes par jour), répond que depuis plus de douze ans il n'a pas eu plus de deux ou trois métastases cérébrales, et qu'elles étaient tout aussi fréquentes avant l'emploi du sulfate de quinine. La plupart des jeunes médecins ont appuyé l'opinion de M. Gubler, soutenue par M. Sée, rapporteur du mémoire de M. Gubler. La plupart des anciens médecins ont été d'un avis contraire, affirmant qu'avant l'emploi du sulfate de quinine on voyait des métastases cérébrales dans le rhumatisme, et ajoutant que l'observation des phénomènes physiologiques du sulfate de quinine à haute dose sur les fonctions cérébrales avait fait donner une importance plus grande à la question des métastases cérébrales, déjà parfaitement connues avant l'emploi du sulfate de quinine dans le rhumatisme, mais plus légèrement signalées.

Un autre mémoire qui peut se placer auprès du précédent a été communiqué par M. Barthez (de Vichy), qui a préconisé les heureux effets des eaux alcalines et de celles de Vichy en particulier dans la goutte.

Voulant déterminer et préciser les cas où la médication alcaline était utile, M. Hervez (de Chégoin) a fait une distinction très-nette entre la goutte et le rhumatisme : attribuant à la goutte une sécrétion de concrétions sèches ou pulvérulentes, occupant l'extérieur des séreuses articulaires, et au rhumatisme une sécrétion liquide épanchée dans l'intérieur même des articulations.

A cette occasion et en terminant, M. Terrier présente quelques considérations qui lui sont personnelles, et dont la conclusion est celle-ci : qu'à son avis, on accorde une trop grande importance à l'eau de Vichy, dans beaucoup des cas où elle est employée.

M. RAMON ne partage pas l'opinion de M. Terrier relativement à l'eau de Vichy; il la considère comme un remède énergique, excellent surtout dans les affections calculeuses, et lorsqu'il existe des concrétions goutteuses qu'elles dissolvent d'une manière certaine et rapide, la plupart du temps.

Rhumatisme cérébral. — M. FOUCART, à l'occasion du rapport de M. Terrier, rappelle que l'an dernier, dans la séance du 5 juillet, M. Picard a communiqué à la Société le fait d'une jeune femme qui a succombé à une complication cérébrale, survenue pendant le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, et que l'on ne put rattacher à la médication par le sulfate de quinine, la malade n'en ayant pas pris la plus petite dose. On n'avait employé chez elle non plus ni nitrate de potasse ni préparations opiacées.

Il a lui-même, à plusieurs reprises, signalé dans les journaux de médecine des faits observés par des médecins distingués, par M. Vigla entre autres, faits dans le traitement desquels le sulfate de quinine n'avait pas été administré. Ce n'est donc pas à la médication qu'il faut attribuer la production de ces accidents.

M. DUHAMEL rappelle également que dans une des séances de l'an dernier, il a communiqué à la Société deux faits de rhumatisme articulaire, qui se sont compliqués de méningites dont la production n'a pu être rapportée au sulfate de quinine, lequel ne fut employé dans aucun des deux cas. Chez les [illegible] rt survint avec la plus grande rapidité.

M. MASSON. Je partage [illegible] l'opinion de notre honorable confrère M. Terrier. On attribue trop facilement et sans preuves certaines à l'administration du quinquina dans le traitement du rhumatisme aigu l'apparition de symptômes cérébraux qu'on voit parfois survenir dans le cours de cette maladie; ces accidents redoutables ne sont ni plus ni moins fréquents qu'ils n'étaient avant l'usage de ce médicament, dont rien ne prouve d'ailleurs l'efficacité spéciale.

Je pense aussi qu'on fait aujourd'hui une part trop large au rhumatisme, en le considérant comme la cause d'une infinité de maladies aiguës ou chroniques; il n'est probablement qu'un effet, et ne mérite point le tour de faveur qu'on lui accorde à notre époque. La théorie qui le met en évidence aura un jour un sort pareil à celles qui ont trouvé la raison d'être des maladies dans la bile, les glaires, les humeurs, l'innervation, l'inflammation aiguë et subaiguë, l'altération du sang, etc. La nature ne varie guère dans le développement des accidents morbides; mais les controverses sur la cause qui les produit varient à l'infini suivant les temps, et je dirais presque la mode.

Un homme qui a conquis à juste titre un nom dans la science émet-il une théorie quelconque, à l'instant des esprits amis des nouveautés l'adoptent, s'en emparent, et, avec le zèle des nouveaux convertis, la propagent à leur tour. Dans la sincérité et la ferveur de leur foi nouvelle, ils brûlent de venir en aide à la parole du maître; et de cette disposition d'esprit naissent une foule d'observations rédigées avec talent et conviction, qui propagent leur croyance et viennent souvent à leur tour affermir dans sa manière de voir l'auteur même de la théorie nouvelle.

Ces réflexions m'ont été inspirées par la lecture d'une observation fort bien rédigée, insérée dans un journal médical; cette relation, faite par un confrère de talent et homme sincère, mais sous l'influence des opinions actuellement en faveur, présentait les faits arrangés de telle façon qu'elle leur venait en aide. Je vais vous rapporter sommairement et à vol d'oiseau ces faits : ils sont assez intéressants par leur étrangeté; mais, suivant moi, ils ne prouvent rien; vous en jugerez.

Un jeune homme, âgé de vingt-trois ans et bien constitué, ressent une douleur dans le côté gauche de la poitrine: il va consulter un médecin célèbre par la rapidité de ses cures; on lui donne des globules dissous dans un verre d'eau; le mal persiste, il s'y joint de l'oppression, les battements du cœur se font sentir plus fortement sous les côtes; on déclare qu'il est atteint d'une maladie du cœur; nouvelles solutions de globules. Après une vingtaine de jours de ce traitement, la difficulté de respirer est extrême, la douleur du côté est plus obtuse, mais il est survenu une diminution dans la mémoire, un certain trouble dans l'intelligence, les réponses aux questions sont lentes. Le médecin décide que le jeune homme est aliéné et conseille de consulter des médecins spéciaux; enfin il se déclare incompétent.

Je suis mandé par la famille, que j'avais toujours soignée *heureusement* depuis vingt-quatre ans; je reconnais sur-le-champ, au développement anormal du côté gauche du thorax, à la dypsnée extrême, au défaut de sonorité dans la percussion, un hydrothorax énorme; je reconnais une pleurésie avec épanchement. Je combats cet épanchement par les diurétiques, les vésicatoires, les ventouses sèches. La famille me parle de quelques douleurs rhumatismales ressenties par le malade; je m'arrête peu à ces considérations, et d'ailleurs le traitement suivi par moi était anti-rhumatismal.

L'épanchement décroît, la dyspnée diminue et disparaît; mais le trouble de l'intelligence augmente, le jeune malade a des accès de gaieté ou d'emportement; on réunit plusieurs confrères, et on décide qu'il sera conduit dans une maison de santé, où il sera constamment surveillé, et où la disposition des lieux rendra tout accident impossible. La fièvre devient plus intense, le pouls très-peu résistant bat rapidement, la face est grippée, il survient des hallucinations, des mouvements convulsifs dans la face, et il se livre à des contorsions qui rappellent la chorée; une rougeur rhumatismale se manifeste le long de la jambe gauche, et il survient un peu de douleur dans l'articulation; le malade est si faible qu'on s'attend à le voir expirer. Je n'entre point dans le traitement de la maladie; sans avoir égard à notre manière différente d'envisager la cause, nous avons toujours été d'accord quant à la manière de diriger la cure; je n'entre point dans le détail des soins donnés, ce n'est point le but des observations que je vous présente. Suivant un praticien distingué et moi, nous avions eu successivement affaire à une pleurésie et ensuite à une méningite; un autre confrère ne songeait qu'à la cause, qu'il jugeait rhumatismale. C'est en ce sens qu'il a rédigé cette observation dont je vous ai parlé. Quoi qu'il en soit de nos opinions théoriques divergentes, le malade a guéri après une altération notable des fonctions cérébrales qui a persisté quelques mois; il jouit maintenant d'une santé parfaite.

M. DUHAMEL, sans vouloir émettre d'opinion absolue sur le fait rapporté par M. Masson, ne voit rien de rhumatismal dans l'affection dont était atteint le malade.

M. ARCHAMBAULT partage jusqu'à un certain point l'avis de M. Duhamel. Cependant il a vu un sujet atteint d'un rhumatisme chronique de l'épaule, chez lequel le rhumatisme disparut complétement à la suite de l'apparition d'un accès de manie. Il y eut dans ce cas un caractère d'intermittence bien tranché; à plusieurs reprises, le rhumatisme disparut pour faire place à la manie, qui à son tour cédait lorsque survenait une nouvelle attaque de rhumatisme.

Le secrétaire-adjoint, Dr JOSIAS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'est ouvert aujourd'hui 19 octobre. Les candidats ont eu à traiter par écrit la question suivante : *Du système capillaire et des hémorrhagies.*

— Le concours pour l'internat des hôpitaux de Lyon aura lieu le 6 novembre prochain. C'est à partir de ce concours que doivent être appliquées les modifications réglementaires, proposées en 1855 par le comité médical des hôpitaux et adoptées par le conseil d'administration des hospices. Voici ces modifications :

ART. 1er. Le service de l'internat dure quatre années consécutives, dont une de suppléance et trois de titulariat.

ART. 2. Le service de suppléance commence le lendemain du concours et le titulariat un an plus tard.

ART. 3. L'entrée en fonctions a lieu une seule fois par an et en même temps pour tous les élèves nommés au même concours.

ART. 4. Dans l'intérêt des élèves, et pour la commodité du service, le concours de l'internat a lieu dans les dix premiers jours du mois de novembre.

Comme corollaire de cette disposition réglementaire, le conseil d'administration annonce un nombre de places à donner égal à celui des vacances prévues, sauf à augmenter ce nombre, s'il en est besoin, par une décision prise à la veille du concours et rendue publique avant son ouverture.

— On assure que notre honorable confrère M. le docteur Darralde vient de donner sa démission de médecin-inspecteur des Eaux-Bonnes.

— Par arrêté de M. le préfet du département de Vaucluse, M. docteur Campagne a été nommé médecin en chef de l'asile public d'aliénés d'Avignon, en remplacement de M. Geoffroy, décédé.

— Les journaux allemands annoncent la mort du docteur Lichtenstein, professeur d'histoire naturelle à l'Université de Berlin, et directeur du musée géologique de cette ville.

— On lit dans l'*Union médicale* :

« Qu'on ne se plaigne plus de l'indifférence de nos confrères parisiens pour l'association. Il semble que depuis quelque temps ils ressentent aussi l'heureuse influence qui agite à cette heure la famille médicale dans les départements. Seulement, cette agitation se traduit par d'autres manifestations; et ces manifestations, si en définitive leur but est le même, ont cru néanmoins devoir s'appeler d'un autre nom. C'est le nom de *Cercle* qui a tenté nos confrères. Va donc pour le Cercle; car le nom, pour nous, n'est rien ou peu de chose. Mais un embarras se présente. Que disait-on naguère encore, que l'institution d'un Cercle était impraticable? Pure appréhension, car au lieu d'un, en voici deux qui sont en train de se fonder. Auquel donner la préférence? L'un, le premier en date, a pour patron principal M. le docteur L. Figuier, et s'est déjà installé dans la maison de l'*Abeille médicale*. L'autre, le cadet, est spécialement protégé par les rédacteurs du *Moniteur des hôpitaux*, et loge dans la demeure de ce journal. Le premier s'appelle *Cercle de la presse scientifique*; le second s'est institué sous le vocable de *Cercle des sciences*. A merveille! Mais enfin il faut choisir; car j'ai l'idée que quelques-uns, si ce n'est beaucoup, me ressemblent et sont obligés, surtout dans ces temps si difficiles à vivre, de consulter leur budget des recettes et des dépenses. Et alors, comme moi, plusieurs de nos confrères se disent : Nous ne pouvons cependant adhérer à deux cercles à la fois; l'un et l'autre nous plaît ou nous plaisent; entre les deux nos cœurs balancent: nous ne voudrions en désobliger aucun, et néanmoins notre choix se traduira inévitablement par une préférence. Et alors on ajoute : Mais, au fait, pourquoi deux Cercles au lieu d'un seul? Pourquoi cette idée, unique dans le principe, s'est-elle divisée depuis? Pourquoi ce dualisme qui a l'air d'un antagonisme? Et bien d'autres choses encore, auxquelles on ne sait que répondre quand on ne veut pas écouter les réponses que la malignité répand.

» Si j'avais un humble conseil à donner aux patrons de l'un et l'autre Cercle, je les engagerais, avant toutes choses, à tenter une fusion. Deux cercles ayant à peu près le même but, s'adressant aux mêmes adhérents, c'est beaucoup trop. Un seul aura de la peine à vivre, mais deux c'est impossible. Si cette fusion ne peut malheureusement être obtenue, il paraît utile, pour déterminer les incertains et les expectants, que chaque Cercle expose plus nettement que cela ne l'a été fait jusqu'ici, ce qu'il veut, ce qu'il espère, et pourquoi l'un s'est séparé de l'autre. Il faudrait donner au moins à ceux qui attendent un motif pour se décider. Et comme les deux cercles ont chacun leur organe de publicité, rien ne leur sera plus facile que de donner les explications qui nous semblent utiles.

» On pourrait aussi utilement conseiller aux deux Cercles de ne pas si visiblement sacrifier la rive droite à la rive gauche. L'un de ces Cercles, en effet, s'est placé rue de Seine, et l'autre quai de l'Horloge. C'est charmant pour les habitants du quartier latin et du noble faubourg; mais c'est peu commode pour les autres, et les autres sont nombreux. Ne pourrait-on pas trouver un lieu plus central?

« Amédée LATOUR. »

Mémoire sur la contagion du muguet, par M. le docteur MIGNOT. Brochure in-8°. Paris, chez V. Masson, place de l'École-de-Médecine; 1857.

LE SOURD.

Paris — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Nº 124. — JEUDI 22 OCTOBRE 1857. (30e ANNÉE.) Nº 124. — JEUDI 22 OCTOBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 21 OCTOBRE 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie s'est engagée hier dans une discussion qui, à en juger par ses débuts, menace d'être longue et agitée. Il s'agit, il est vrai, d'une question importante et qui implique de nombreuses difficultés scientifiques et pratiques. La durée et l'agitation du débat n'auront donc rien qui nous étonne, et surtout rien qui nous effraye, pourvu que le but soit atteint.

Nous avons reproduit, dans le compte rendu de la dernière séance, les conclusions du rapport de M. Guérard sur le projet d'une statistique nosologique des décès, soumis par le ministre aux délibérations de l'Académie. La séance tout entière a été employée à la discussion de la première conclusion, et encore cette conclusion n'a-t-elle point été votée. Elle consistait, on se le rappelle, à répondre, en la paraphrasant, à la question du ministre : que dans l'état actuel de la science en France, une bonne statistique nosologique, c'est-à-dire une statistique complète, n'est pas possible ; mais que les principales causes de décès peuvent, dans le plus grand nombre de cas, être exactement observées.

Une vive opposition, formulée par M. Michel Lévy contre cette conclusion et soutenue par un grand nombre de membres, a motivé le renvoi à la commission pour qu'elle ait à en présenter dans la prochaine séance une rédaction nouvelle, conforme à l'opinion qui a paru prévaloir dans le sein de l'assemblée.

Cette opinion est que la réponse doit être affirmative sur le premier paragraphe comme sur le second, en ce sens que ce que le ministre entend par une bonne statistique n'est pas une statistique *complète*, mais une simple constatation des principales causes de décès; le second paragraphe n'étant ainsi considéré que comme le développement et le commentaire du premier.

Nous avons dit que c'était là une question pleine de difficultés scientifiques et de difficultés pratiques. La discussion d'hier donne déjà un spécimen des premières. Quant aux secondes, nous ne saurions mieux en donner une idée qu'en appelant l'attention de nos lecteurs sur le document qui suit et qui semble nous arriver à point pour les besoins de la discussion. Mais ajoutons que quelque réelles et sérieuses que soient ces difficultés, elles ne sont pas insurmontables ; et, d'ailleurs, l'utilité même du but qu'on se propose est d'un ordre assez élevé pour qu'on ne doive pas reculer devant elles. — Dr Brochin.

DE L'ASSISTANCE MÉDICALE DES PAUVRES.

Par M. le Dr CONSTANTIN GAUDON, médecin au Blanc.

Bien que convaincu de la fausseté de cette assertion, « que les gens de la campagne manquent généralement de soins médicaux, » nous avons désiré cependant savoir ce qu'elle pouvait renfermer de vrai. Mais comment obtenir des renseignements assez exacts pour sa vérification, ni pauvres ni riches, ainsi que nous l'avons observé, ne faisant de plaintes à cet égard? Le hasard nous fournit le moyen de résoudre cette difficulté, du moins en partie.

Un jour, en parcourant le registre des décès d'une commune pour remplir le tableau des affections auxquelles avaient succombé, dans le courant de l'année, les malades à qui nous avions donné des soins, nous fûmes frappé du nombre d'individus que le maire indiquait comme n'ayant reçu aucun soin. L'idée nous vint de faire des recherches dans différentes communes pour savoir dans quelle proportion, sur le chiffre total des décès, pouvait se trouver le nombre des personnes qui n'auraient pas reçu de soins dans leur dernière maladie. Tout en nous bornant à cette unique recherche, nous prenions des notes sur le sexe, l'âge et le degré d'aisance des individus. Ces renseignements pris, nous fîmes des tableaux statistiques pour chaque commune basés sur ces données. A l'aide de ces tableaux, nous sommes arrivé aux résultats suivants :

Sur les onze communes que nous avons examinées, nous avons trouvé, pour trois ans (excepté Rosnay dont nous n'avons pu avoir qu'une année), 688 décès; et, sur ce chiffre, 432 individus ont été notés comme morts sans assistance de médecin. C'est presque les deux tiers, ou 63 sur 100. A la vue d'un chiffre aussi élevé, grande fut notre surprise, et nous cherchâmes aussitôt pour combien les indigents contribuaient à ce nombre. Nous avons trouvé que, sur 264, 41 seulement avaient reçu des soins; c'est un sixième, ou 15 sur 100 ; tandis que 223, ou les cinq sixièmes, ou 85 sur 100, sont morts sans soins ! Un peu plus de la moitié des personnes aisées, 215 sur 424, avaient été soignées ; 209 sont mortes sans soins.

En examinant chaque commune en particulier, les proportions sont loin d'être les mêmes, d'après le tableau indiquant le rapport des décédés. Ce tableau est composé de trois parties : une pour les décédés indigents, une pour les décédés aisés, et la dernière pour les décédés en général, tant indigents qu'aisés.

En présence d'un nombre aussi considérable de personnes mourant sans soins médicaux, on est tenté de penser que les réclamations faites dans ces derniers temps sont très-fondées, et que l'insuffisance de secours est réelle. Nous-même, nous avons été un instant ébranlé dans nos convictions, et nous avons tout aussitôt fait des recherches analogues dans les localités abondamment pourvues de médecins. Nous avons trouvé qu'au Blanc, sur 390 décès, il se trouvait 174 personnes pauvres et 216 personnes aisées. Parmi ces pauvres, 68 seulement, ou 39 sur 100, ou les 2/5es, avaient reçu des soins; et 106, ou 61 sur 100, étaient morts sans soins. Parmi les personnes aisées, nous avons trouvé 154 personnes, ou 71 sur 100, mortes avec l'assistance d'un médecin, et 62 seulement, ou 19 sur 100, mortes sans soins.

Ainsi, dans une ville où le corps médical est assez nombreux, où les pauvres ont le médecin sous la main, où il existe un bureau de charité bien organisé et un hospice, il meurt les 3/5es des pauvres et les 2/7es des gens aisés sans soins!

A Martizay, commune rurale alors pourvue d'un docteur en médecine et aujourd'hui de deux, 53/111es, ou un peu moins de la moitié, ou 48 sur 100, meurent sans soins; 58/111es, ou 52 sur 100 seulement, reçoivent des soins dans leur dernière maladie.

On ne saurait donc invoquer l'insuffisance du nombre des médecins, le défaut de moyens et de secours pour expliquer cette grande quantité de personnes qui meurent sans l'assistance d'un médecin. En jetant un coup d'œil sur la position géographique de chaque commune, en calculant leur distance des localités où résident des médecins, et en comparant entre elles leurs statistiques de décès, il ne sera plus guère possible d'admettre cette insuffisance pour cause.

Saint-Aigny est situé à une très-petite distance du Blanc. Les limites de cette commune en sont à 1 kilomètre. Elle touche, par son autre extrémité, à Mérigny, où se trouvent deux médecins, à 3 ou 4 kilomètres de Saint-Aigny. Cette commune n'a pas de pauvres, ainsi que nous l'a déclaré le maire; tous ses habitants sont aisés; elle peut se procurer à peu de frais et sur tous ses points des secours de toute espèce; et cependant les 3/8es de ses habitants meurent sans soins.

Sauzelles est à 5 kilomètres du Blanc et de Mérigny. Ses habitants sont généralement aisés; plus de la moitié de sa population meurt sans soins (21 sur 36).

Pouligny touche au Blanc par une de ses extrémités; il s'avance sur Tournon à une distance de 4 à 5 kilomètres, et n'est guère distant de Martizay que de 6 à 7 kilomètres. Ces deux localités sont pourvues de médecins. Cette commune est une des plus riches du pays : les deux tiers de ses habitants meurent sans soins (81 sur 121).

Rosnay, situé en Brenne, à 12 ou 14 kilomètres de toute résidence de médecins, est une commune peu aisée, malsaine sur la plus grande partie de ses points; elle perd les trois quarts de ses habitants sans assistance médicale (21 sur 28).

Ciron, dont le chef-lieu est également éloigné de 12 à 14 kilomètres du Blanc, de Belabre et de Saint-Gaultier, et dont les limites se trouvent plus ou moins rapprochées de ces trois localités pourvues de médecins, est moins pauvre, moins malsaine que Rosnay, et voit mourir les six septièmes de sa population sans soins (67 sur 78).

Oulches, qui n'est pas plus avantageusement situé que Ciron, le médecin le plus proche étant à 12 kilomètres de distance, perd un peu moins des deux tiers de ses habitants sans soins (51 sur 84).

Ruffec, situé à 8 kilomètres du Blanc et de Belabre, perd plus de la moitié de ses habitants sans soins (34 sur 61).

Concremiers est à 6 kilomètres du Blanc et de Mérigny. Cette commune est aisée et perd la moitié de ses habitants sans soins (27 sur 53).

Ingrandes, commune très-aisée, à égale distance de Mérigny, de Saint-Savin (Vienne) et du Blanc, environ de 7 à 8 kilomètres, voit mourir le tiers de sa population sans soins (11 sur 34).

Douadic, à 9 kilomètres du Blanc, perd plus des deux tiers de sa population sans soins (50 sur 74).

Lingé, commune située en Brenne, au milieu d'étangs plus ou moins marécageux, est à 8 kilomètres de Martizay et à 10 de Tournon, et perd un peu moins des deux tiers de ses habitants sans soins (57 sur 87).

Ainsi Oulches et Ruffec, dont la position est si différente, relativement aux secours médicaux, sont à peu de chose près, 61 et 56 sur 100, au même niveau pour la privation de soins. Pouligny, plus riche et plus à portée de secours qu'Oulches, présente un chiffre plus élevé : 67 sur 100. Concremiers perd la moitié de ses habitants sans soins, tandis qu'Ingrandes et Saint-Aigny n'en perdent qu'environ le tiers, bien que ces trois communes soient à peu près dans les mêmes conditions pour se procurer des secours.

Douadic et Rosnay présentent à peu près le même chiffre, 68 et 75 sur 100, et cependant Douadic est plus à la portée des secours que Rosnay. Ciron, plus avantageusement situé qu'Oulches et Rosnay, présente un chiffre affligeant : 6 sur 7, ou 86 sur 100 ! Le Blanc lui-même, résidence de plusieurs médecins, perd plus des trois septièmes de sa population sans soins, ou 43 sur 100, et se trouve sur la même ligne, ou à peu près, que Ruffec et Ingrandes. Martizay, résidence de plusieurs médecins, perd la moitié de sa population sans soins, 48 sur 100. Il y a donc dans ce manque de soins une cause autre que celle de l'insuffisance des médecins.

En jetant les yeux sur nos tableaux, en comparant les chiffres de mortalité relativement aux différents âges, on s'aperçoit promptement que le défaut de soins porte spécialement sur les deux âges extrêmes de la vie : l'enfance et la vieillesse. De 80 à 90 ans, un cinquième, ou 17 sur 100 seulement reçoivent des soins. De 70 à 80, un peu moins du tiers, ou 30 sur 100. De 60 à 70, un peu plus de la moitié, ou 51 sur 100. En moyenne, de 60 à 90, il n'y a guère qu'un tiers des individus, ou 35 sur 100, qui reçoivent des secours. C'est dans l'enfance surtout que les soins médicaux font défaut. Le neuvième seulement, ou 11 sur 100, reçoit des soins de 0 à 7 ans.

Nous aurions mieux fait de faire une série d'enfants depuis une heure jusqu'à deux ou trois ans; car, à quelques unités près, les enfants qui figurent dans nos tableaux sur la ligne de 0 à 7 ans ne dépassent pas cet âge. Des renseignements pris sur les enfants qui mouraient d'une heure à un ou deux jours nous ont fait découvrir que la majeure partie d'entre eux étaient venus au monde sans la présence d'une sage-femme ou d'un médecin. Des matrones de campagne avaient assisté les mères dans leurs couches. Quelques-unes d'entre elles étaient mortes peu de temps après leur accouchement, faute sans aucun doute des secours que réclamait leur état, ou victimes des préjugés des campagnes accrédités par ces espèces d'accoucheuses.

Nous avons cherché à quelle cause peut tenir le défaut de soins aux deux extrémités de la vie. Nous ferons connaître les résultats de ces recherches dans un deuxième article.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

De la manière de constater la transparence dans l'hydrocèle, et de la valeur du poids spécifique comme élément de diagnostic des tumeurs du testicule.

(Notes recueillies par M. J. BIÉBUYCK.)

Le diagnostic différentiel des tumeurs du testicule présente, dans certains cas, des difficultés presque insurmontables. C'est alors que les moindres circonstances peuvent acquérir une singulière importance. C'est alors aussi qu'il importe surtout de ne point attribuer à un signe une confiance qu'il ne mérite pas.

Dans une de ses dernières leçons cliniques de l'année scolaire, M. le professeur Nélaton, exposant les signes diagnostiques de l'hydrocèle d'avec le sarcocèle cancéreux, insistait principalement sur les précautions qu'il faut prendre lorsqu'on veut constater la transparence de l'hydrocèle, et sur la fausse confiance qu'ajoutent beaucoup de chirurgiens à la différence du poids spécifique, qui serait,

dit-on, plus grand dans le sarcocèle cancéreux du testicule que dans les autres affections de cet organe.

Pour bien constater la transparence d'une hydrocèle, il faut d'abord choisir une localité convenable; il faut fuir le grand jour. Cette première précaution est généralement observée. Mais il en est une autre tout aussi indispensable que la première, et qui cependant est souvent négligée. Lorsque le chirurgien arrive près du malade pour explorer la tumeur, l'impression subite du froid fait contracter le dartos, et pour peu que le volume de la tumeur permette son soulèvement vers l'anneau, la peau du scrotum se relâche, se plisse et présente plus d'épaisseur; c'est là déjà une première cause de difficulté pour la constatation de cette transparence. Mais voici qui est bien plus fâcheux: ce mouvement ascensionnel, en rapprochant la tumeur de l'axe du corps, empêche la lumière de tomber perpendiculairement sur sa surface, et les rayons qui tombent sous une incidence trop oblique ne pénètrent point dans la tumeur, et ne sauraient, par conséquent, en faire voir la transparence.

Il faut donc isoler autant que possible la tumeur, l'énucléer pour ainsi dire, en la saisissant près de l'anneau et la poussant en avant, de manière à l'éloigner le plus possible des autres parties du corps. De cette manière, les rides du scrotum disparaissent en même temps, et la peau, en se tendant, diminue d'épaisseur. On peut alors constater facilement la transparence en plaçant la lumière très-près (à 2 ou 3 centimètres) et sur l'axe transversal passant par le milieu de la tumeur, de manière que les rayons lumineux la traversent sans se réfléchir.

Ces précautions sont indispendables à prendre, non pas dans les cas faciles, où l'erreur est pour ainsi dire impossible, mais dans ceux où le chirurgien demeure indécis sur la nature de la maladie, précisément parce qu'il ne peut constater la transparence de la tumeur. Plusieurs fois déjà M. Nélaton a eu l'occasion d'observer des malades chez qui le médecin, pour n'avoir point été prévenu de ces faits, avait méconnu l'existence d'une hydrocèle et cru à une affection infiniment plus grave du testicule.

Quant à la valeur du poids spécifique des tumeurs comme élément de diagnostic, quoique la plupart des chirurgiens y attachent une immense importance, il est aisé de se convaincre que ce signe ne mérite pas toute la confiance qu'on lui accorde. Voyons, en effet, comment et dans quelles conditions le chirurgien est appelé à apprécier ce poids spécifique. C'est la main qui, soulevant la tumeur, doit estimer le poids de toute la masse; et ces tumeurs, quoique de même nature, peuvent être, les unes très-mobiles, parce qu'elles sont comme appendues à des pédicules qui permettent de les porter dans tous les sens; les autres, au contraire, presque immobiles, et ne se laissant que difficilement soulever, parce qu'elles sont fixées par la contraction du crémaster, du dartos et du scrotum. Remarquons encore qu'il ne s'agit pas ici d'apprécier le poids absolu de cette tumeur, mais bien sa pesanteur spécifique relative à une autre masse d'un volume différent, et cette masse, le chirurgien ne l'a pas sous la main pour la peser comparativement avec la première; mais c'est une masse qu'il a pesée il y a quelque temps dans des conditions aussi défavorables que celle-ci, et dont le poids spécifique lui est resté dans la mémoire.

Que l'on mette dans la main d'un individu une pièce d'or d'un certain volume; que huit jours après on lui donne une pièce de cuivre du même volume, et qu'on lui demande alors d'apprécier le poids spécifique relatif de ces deux métaux, certes, la chose ne sera pas facile; mais elle deviendra bien autrement difficile si on lui présente des pièces d'un volume différent; et cependant le poids spécifique de l'or est plus du double de celui du cuivre.

Que sera-ce donc quand il s'agira de comparer ici entre elles et dans des conditions aussi défavorables que celles que nous avons signalées tout à l'heure, des masses d'un poids spécifique aussi peu différent que l'hydrocèle et les autres tumeurs du testicule? Car il ne faut pas s'y tromper, la différence du poids spécifique du liquide de l'hydrocèle et des matières qui constituent les autres affections du testicule est presque insignifiante. C'est ce dont on peut facilement se convaincre en jetant les yeux sur les chiffres que M. Nélaton a obtenus en comparant le poids de tumeurs de diverse nature au poids d'un même volume d'eau.

Une première tumeur, appartenant à la variété décrite sous le nom de kyste hydatique du testicule, fut pesée dans l'air et donna pour poids. . . . . 466 gr.

Plongée dans un vase complétement rempli d'eau, elle déplaça de ce liquide. . . . . 450 —

La différence du poids spécifique de la tumeur et de l'eau est donc ici de moins de. 1/30ᵉ

Une deuxième tumeur, constituée par du tissu encéphaloïde, donna pour poids dans l'air. . . . . 205 gr.

Plongée dans l'eau, elle en déplaçait. . . . . 200 —

La différence ici est moindre encore, elle n'est que de. 1/40ᵉ

Une troisième tumeur (kyste hydatique) pesait dans l'air. . . . . 283 gr.

L'eau qu'elle déplaça pesait. . . . . 276 —

La différence était donc de. 1/29ᵉ

Une quatrième tumeur fut pesée, c'était un sarcocèle cancéreux, enlevé à un tout jeune enfant (on sait que le cancer encéphaloïde du testicule est plus fréquent dans le jeune âge que dans l'âge adulte), il pesait. . . . . 58 gr.

L'eau déplacée par cette tumeur pesait. . . . 53 —

Dans ce cas, la différence était la plus forte, elle était d'environ. 1/13ᵉ

Or il est évident qu'une différence même de 1/12ᵉ est complétement inappréciable dans les conditions où le chirurgien opère; observons en outre que toutes ces tumeurs ont été comparées à l'eau, dont la densité est un peu inférieure à celle de la sérosité de l'hydrocèle; ajoutons enfin qu'ici nous comparons le poids des tumeurs à celui de l'eau, sans tenir compte de l'adjonction des tissus que l'on ne peut éviter sur le vivant.

Or ces tissus, c'est-à-dire le testicule et ses enveloppes, ont à peu près la même densité que la matière encéphaloïde. Ce sont donc là deux éléments nouveaux qui concourent à rendre plus petite encore la différence déjà si minime qui existe entre le poids spécifique de ces tumeurs.

On peut donc dire que le signe tiré du poids spécifique des tumeurs du testicule est un signe qui ne saurait avoir aucune valeur. C'est là, dit M. Nélaton, un de ces signes qui ont été inventés dans le cabinet et qui ne se sont transmis jusqu'à nous, que parce que personne n'a songé à en vérifier l'*exactitude.*

HOTEL-DIEU DE TOULOUSE. — M. Dieulafoy.

Polype du sinus maxillaire prolongé dans la fosse nasale gauche et dans le pharynx. — Remarques sur le diagnostic. — Extirpation. — Guérison.

(Leçon recueillie par M. D'Auriol, interne.)

Un jeune homme âgé de vingt ans, entre à l'hôpital le 5 septembre 1856. Il présente les symptômes suivants:

Tumeur du côté gauche de la face s'étendant de haut en bas, de la paupière à la commissure des lèvres, et transversalement de l'aile du nez à un centimètre de l'oreille. Cette tumeur, très-proéminente, présente sa plus forte saillie dans la région de la pommette. Comme vous le voyez, le malade est défiguré par cette tumeur; l'œil est proéminent, il reste ouvert par la difficulté qu'éprouve la paupière supérieure à s'abaisser sur l'inférieure; la commissure des lèvres est fortement déviée à gauche, ce qui détruit l'harmonie des traits de la figure. La peau qui recouvre la tumeur, quoique très-distendue, ne me paraît pas altérée dans sa texture, malgré la coloration brunâtre qu'elle offre à la base de la paupière. Lorsque l'on presse sur la tumeur, il n'y a pas de douleur; mais on éprouve de la crépitation.

Dans la bouche, on voit le voile du palais fortement repoussé en avant et abaissé, ce qui gêne beaucoup la déglutition. Le doigt porté en arrière du voile du palais reconnaît une tumeur dure, indolente, résistante, à surface lisse, sur la paroi antérieure de laquelle le voile du palais est comme moulé. La voûte palatine a changé de forme; elle est abaissée et convexe dans la bouche, dont la cavité se trouve ainsi diminuée.

La narine gauche est plus grande que la droite, vers laquelle la cloison est repoussée. Dans cette narine gauche, on voit et l'on touche une tumeur dure, résistante, probablement de même nature que la tumeur située derrière le voile du palais.

Notre malade a perdu tout sentiment d'olfaction; il voit très-peu de l'œil gauche; la déglutition est très-gênée; il est obligé de respirer la bouche largement ouverte; sa voix est nasillarde; il mange avec difficulté.

Interrogé sur les antécédents, le malade n'a reçu aucun coup, aucune contusion; il nous a dit que déjà depuis trois ans, il s'était aperçu que la narine gauche était gênée par une tumeur qui s'étendait dans le pharynx. A cette époque, un chirurgien fit deux tentatives d'opération qui le débarrassèrent d'une partie des tumeurs nasale et pharyngienne. Il n'y avait pas alors de saillie à la face, et le malade se crut guéri. Mais bientôt après il éprouva des douleurs qu'il rapportait à la face antérieure du sinus maxillaire; la face se tuméfia, et les tumeurs du nez et du pharynx se produisirent peu à peu. Après la douleur de la face, le malade éprouva de la gêne dans la respiration, une gêne incommode dans la fosse nasale gauche; tous ces symptômes augmentèrent graduellement et suivirent le développement de la tumeur de la face.

D'après ces commémoratifs et ces symptômes, il est facile d'établir qu'il s'agit chez ce sujet d'une maladie du sinus maxillaire compliquée de tumeurs du nez et du pharynx: mais là n'est pas tout le diagnostic. Quelle est la maladie du sinus maxillaire? Est-elle indépendante des tumeurs nasale et pharyngienne, ou est-elle liée à ces deux affections, et dans ce cas quelle est sa nature? Ce sont autant de questions que nous allons tâcher de résoudre, et de leur solution dépendra le traitement.

Un trocart explorateur enfoncé dans la tumeur pénètre très-profondément, et donne la sensation que l'on doit éprouver lorsque cet instrument traverse un corps dur et résistant.

Cette exploration nous fait connaître que la maladie est dans le sinus maxillaire, que la paroi antérieure de cette cavité est détruite, ou du moins que, si elle existe, elle est raréfiée et présente peu de consistance, ce que déjà nous avions présumé par la crépitation que déterminait la pression. Cette exploration nous démontre qu'une tumeur occupe le sinus, et par ce fait nous élaguons les maladies du sinus maxillaire qui ne sont pas des corps durs, telles que les épanchements sanguins qui se produisent à la suite de coups ou de violences extérieures, comme on en trouve des exemples dans la *Clinique* de Dupuytren (tome III), comme Jourdain Knors, Velpeau en ont rapporté des observations.

L'affection que porte notre malade n'est pas un abcès du sinus suite de l'inflammation de la membrane qui le tapisse: la marche lente de la maladie, le résultat fourni par l'exploration doivent éloigner cette idée; ce n'est pas un corps étranger venu du dehors, le malade n'a jamais reçu de coup, et les observations de Ravaton, Dupuytren, Béclard ne peuvent point nous éclairer sur ce diagnostic.

Cette affection n'est point une hydropisie. Aucun liquide n'est sorti par la ponction. C'est donc une tumeur solide que notre malade porte dans le sinus.

Si jamais il se présente à vous un cas analogue, n'oubliez pas de vous éclairer par la ponction, qui ici nous a rendu de si grands services en établissant immédiatement qu'il n'y avait pas de liquide dans la cavité de la mâchoire supérieure. Gensoul a pris une hydropisie du sinus avec épaississement de ses parois pour une tumeur solide. Laurence, Fergusson, Stanley, ont commis des erreurs semblables. En général, la ponction exploratrice est une précaution qui, dans des cas de ce genre imprime au diagnostic un irrécusable cachet de positivisme.

Cette tumeur est-elle formée de tissus ayant leur analogue dans l'économie animale, ou bien est-elle formée par des tissus hétérologues? Question très-importante. Dans la première division se trouvent les tumeurs fibreuses, osseuses, cartilagineuses, les tumeurs érectiles épithéliales; dans la seconde, les tumeurs fibro-plastiques et cancéreuses.

L'instrument a traversé la tumeur sans éprouver une grande résistance, aucun liquide n'est sorti par la canule du petit trocart, qui a été remplacé par un trocart beaucoup plus gros.

Donc la tumeur n'est ni osseuse, ni cartilagineuse, ni érectile.

Trois ans avant son entrée à l'hôpital, le malade a subi plusieurs opérations qui l'ont débarrassé des tumeurs du nez et du pharynx; ces tumeurs ont été reconnues par le chirurgien qui a fait l'opération pour être des tumeurs fibreuses; la maladie s'est reproduite lentement avec les mêmes caractères bénins, sans paraître avoir été irritée par les opérations.

De ces faits groupés et comparés, je conclus que la tumeur du sinus-maxillaire est de même nature que les tumeurs déjà extraites, qu'il doit y avoir une corrélation intime entre la tumeur du sinus et celles du nez et de l'arrière-gorge: que ces tumeurs sont de nature fibreuse, par conséquent elles ne participent pas des tumeurs épithéliales, fibro-plastiques ou cancéreuses; car la récidive des tumeurs de nature maligne est toujours envahissante, et au lieu de se reproduire lentement, elles font de rapides progrès.

De ce diagnostic doit nécessairement découler le traitement.

Si nous pensions avoir affaire à une maladie cancéreuse, il serait nécessaire de faire subir à ce malade l'amputation du maxillaire supérieur, seule opération efficace qui permet d'espérer une guérison sans récidive, comme l'a très-bien prouvé le chirurgien de Lyon, M. Gensoul, et comme vous en avez été plusieurs fois les témoins dans cet hôpital.

L'affection étant une tumeur fibreuse, quel est le traitement à lui opposer pour guérir ce malade, le débarrasser de sa difformité et empêcher sa mort qui serait inévitable par les progrès incessants de cette maladie? Le pronostic est moins grave que si la tumeur était formée d'éléments hétérologues.

Les causes de ces tumeurs, leur mode de développement sont peu connus. Ce que l'on sait bien de leur histoire, c'est qu'elles ont une tendance à augmenter et à envahir tous les tissus voisins du lieu où elles ont pris naissance. Les polypes fibreux dans leur développement écartent, érodent les os qui leur opposent de la résistance. J'ai déposé dans le musée Dupuytren une pièce pathologique où l'on voit un polype du sinus maxillaire qui pénètre dans la cavité du crâne après en avoir usé, érodé la base.

Avant de commencer l'opération, il se présente une autre question qu'il est très-important de résoudre. Faut-il débarrasser le malade du polype du pharynx et du nez avant d'attaquer celui du sinus, ou bien faut-il commencer par celui de la cavité maxillaire?

Je pense qu'il est plus rationnel de commencer par attaquer le sinus-maxillaire; cette cavité largement ouverte pourrait favoriser le manuel opératoire à employer contre le polype du nez qui n'est peut-être qu'un prolongement de celui du sinus; si après avoir opéré le polype maxillaire, il est nécessaire de faire des opérations successives pour débarrasser le malade des tumeurs pharyngienne et nasale, je vous exposerai les procédés opératoires, et après les avoir discutés, je vous indiquerai celui qui me paraîtra le plus convenable à employer.

Comme Dupuytren et Roux nous commencerons par celui du sinus: la tumeur est si développée, qu'il sera nécessaire de mettre à nu la paroi antérieure du maxillaire et de pénétrer par cette paroi largement ouverte dans la cavité de l'os.

Le 16 septembre 1856, le malade fut amené à l'amphithéâtre. M. Dieulafoy fit à la face une incision convexe, qui, partant de la commissure des lèvres, se terminait près du grand angle de l'œil; cette incision lui permit en disséquant la peau de relever le lambeau qui mit entièrement à découvert l'os de la pommette et l'os maxillaire.

La paroi antérieure du sinus étant détruite avec les tenailles de Liston, on vit que la tumeur était formée par un corps dur, résistant. Au moyen des pinces de Museux implantées dans la tumeur, l'opérateur put faire des tractions assez fortes; la tumeur cédant aux tractions, le chirurgien ne crut pas nécessaire de porter l'instrument tranchant entre le polype et les parois de la cavité. Après plusieurs tentatives, la tumeur fut arrachée en entier, et le chirurgien constata avec satisfaction que le pharynx et les fosses nasales étant vides, il avait extirpé un polype qui, développé dans la cavité du sinus, avait fourni des embranchements dans la fosse nasale et le pharynx.

La tumeur un peu aplatie est mamelonnée, divisée en plusieurs lobes par des fissures profondes; elle est ferme, d'un blanc mat; son tissu est très-résistant, élastique, criant sous le scalpel; à l'intérieur, il est d'un blanc légèrement jaunâtre, non friable, mais extensible sous la traction.

Cette tumeur présentait les diamètres suivants:

Circonférence, 383 millimètres.

Largeur, 98 —

Longueur, 89 —

Epaisseur, 31 —

La circonférence était irrégulière et présentait des prolongements.

Des cautères rougis au feu furent promenés dans l'intérieur de la cavité, soit pour détruire la membrane, sur laquelle le polype était implanté, soit pour arrêter l'hémorrhagie; des bourdonnets de charpie imbibés de perchlorure furent introduits dans la cavité, et au moyen de la sonde de Belloc le chirurgien passa un fil d'attente dans la narine

droite ; ce fil était destiné au tamponnement des fosses nasales postérieures dans le cas où il y aurait eu une hémorrhagie consécutive ; la plaie de la face fut réunie par des points de suture, et le malade porté dans son lit, fut confié aux soins de M. le docteur Ripoll, chirurgien-adjoint.

Le 17, fièvre, réaction générale, tuméfaction et rougeur de la face. On enlève quelques épingles et des injections détersives sont faites, soit dans la bouche, soit par la plaie, pour débarrasser le malade de la suppuration. On enlève quelques bourdonnets. — Bouillon, limonade vineuse.

Du 17 au 21, mêmes pansements. On enlève de la charpie, des épingles, on fait des injections pour nettoyer.

Le 21, toutes les épingles sont enlevées, pas de fièvre, le malade dort.

Le 22, les fils tombent et la plaie paraît réunie. — Bouillon, potages, 2 fécules, 120 grammes de vin de Bordeaux.

Le 24, on est obligé d'enlever un énorme tampon qui était resté dans le sinus et qui devenait la cause d'infection ; la plaie se rouvre, il y a hémorrhagie. Après l'extraction du tampon, M. Ripoll est obligé d'introduire dans la cavité du sinus des bourdonnets imbibés de perchlorure de fer.

Le 26, le tampon est enlevé et remplacé par de la charpie molle.

Le 28, le malade est remis de la faiblesse résultat de l'hémorrhagie si heureusement arrêtée par le chirurgien adjoint. — Bouillon, 2 potages, 2 riz, potion tonique, un verre infusion de quina à froid coupée avec du lait ; 120 grammes de vin de Bordeaux.

On réunit de nouveau la plaie avec des épingles. On continue les mêmes pansements, on a le soin de faire plusieurs fois par jour des injections détersives par la bouche ; aucun accident ne vient contrarier la convalescence, qui marche rapidement, et le malade sort de l'hôpital le 10 octobre. La plaie extérieure est complétement réunie, le malade jouissait d'une bonne santé.

D'après ce qui précède, le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, éclairé par un bon diagnostic, a débarrassé le malade d'un polype qui, développé dans le sinus, s'étendait dans le pharynx et les fosses nasales, maladie qui devait entraîner la mort du malade. Cette observation nous rappelle une opération semblable faite avec succès au moins d'août sur une femme âgée de plus de soixante ans, et l'extirpation complète de l'os maxillaire sur une jeune fille de seize ans, pour une tumeur encéphaloïde de cet os.

Au mois de mai 1857, dix-huit mois après l'opération, le malade est rentré à l'hôpital pour se faire débarrasser de petites tumeurs des fosses nasales.

Sa santé est bonne, il est vigoureux et robuste ; la cicatrice est à peine visible, la cavité du sinus énormément dilatée par le polype est entièrement revenue sur elle-même ; il n'y a plus de saillie à la face, la voûte palatine est concave, l'œil est rentré dans l'orbite. Les tumeurs du nez saisies avec des pinces, s'affaissent sous la pression et ne donnent que du sang. La pince ramène quelques lambeaux de membrane, le polype fibreux n'a donc pas récidivé ; on peut considérer ces tumeurs comme formées par hypertrophie, développement de la muqueuse.

(*Journ. de méd. de Toulouse.*)

DU SUC DE CITRON

et de son emploi comme agent préventif et curatif du scorbut.

En France, l'attention publique n'a pas été suffisamment fixée jusqu'ici sur l'usage du jus de citron comme moyen prophylactique et curatif du scorbut. En Angleterre, ce jus de citron (*lime or lemon juice*) est surtout très-employé depuis 1795, et un acte du Parlement (7 et 8 Victoria, c. 112, pp. 1282-3) en rend la consommation obligatoire pour les voyages au long cours. Voici un extrait de cet acte : « Chaque navire, excepté ceux frêtés par les » ports d'Europe et de la Méditerranée, sera suffisamment pourvu » de citrons ou jus de limon, sucre, vinaigre, etc. Les limons ou » le jus de citron, le sucre et le vinaigre seront donnés aux équi» pages s'ils ont consommé pendant dix jours des viandes salées, » le jus de limon tous les jours, à la ration de 1/2 once pour cha» que homme ; le vinaigre toutes les semaines, à la ration de » 1/2 litre, aussi longtemps que la continuation des salaisons sera » nécessaire. — Si quelque irrégularité dans cette distribution de » citrons, de jus de limon et de vinaigre est constatée, le capitaine » payera amende de 5 livres (125 fr.) par chaque individu et pour » chaque fois, etc. »

Les Américains ont suivi l'exemple des Anglais, et si un texte de loi n'oblige pas les capitaines d'une façon aussi formelle, l'usage du jus de limon est très-répandu chez eux. Les baleiniers et les bâtiments d'émigrants en sont abondamment pourvus pour la plupart. De nombreuses observations sont consignées dans les traités anglais et américains de médecine navale, tandis que nos meilleurs auteurs sont plus ou moins brefs à cet égard (Lesson, Keraudren, Forget). M. Fonssagrives, dans son excellent livre, indique l'usage du suc de citron, et rapporte un exemple de son efficacité pendant la guerre de 1855.

Voici quelques citations d'auteurs anglais :

En 1497, Vasco de Gama double le cap de Bonne-Espérance, et perd 100 hommes sur 160 par le scorbut.

Jusqu'en 1795, les ravages furent à peu près analogues. Lord Anson perdit la moitié de son équipage en six mois, et sur 961 hommes restant, 71 seulement furent aptes à remplir leur devoir au bout de la deuxième année. Au contraire, le capitaine Cook ne souffrit que peu ou point du scorbut, résultat qui doit être attribué au grand approvisionnement de végétaux conservés et de choucroute, en même temps qu'il se procurait dans les lieux de débarquement des viandes et des aliments frais ; la ventilation, la propreté et un salutaire exercice contribuèrent aussi à la santé des équipages, qui ne furent jamais d'ailleurs plus de trois semaines sans toucher la terre. Mais, dit le docteur Elliotson (*Medecine chest Companion, Philadelphia*, 1851) : « A défaut de provisions végétales fraîches, » les navires suffisamment pourvus de suc de limon trouveront » dans son emploi le meilleur remplaçant, et *même le jus de citron* » *en négligeant toutes les autres particularités hygiéniques, pré*» *serverait seul du scorbut.* Administrer trois cuillerées à bouche » de ce jus, par jour, est le meilleur moyen préventif. »

Comme exemple de l'efficacité de ce remède, l'ouvrage ci-dessus mentionne les cas suivants :

Le navire *Suffolk* fut vingt semaines et un jour sans communiquer avec la terre, et eut 15 scorbutiques légèrement affectés ; ces malades furent rapidement guéris en augmentant la dose de jus de limon, et en la portant à une once par jour. Tout l'équipage était bien portant en arrivant au port.

En 1800, la flotte de la Manche consistait en 24 vaisseaux de ligne et d'autres petits bâtiments ; elle ne possédait pas pour soixante semaines de provisions fraîches, mais était amplement pourvue de jus de limon ; aucun cas de scorbut ne se déclara. En 1789, la flotte du canal ne put tenir la mer plus de dix semaines ; 2,500 hommes rentrèrent malades au port.

Un autre exemple très-remarquable est le suivant : le navire *Commodore Lancashire* fit voile d'Angleterre avec trois autres navires pour le cap de Bonne-Espérance ; parti le 2 avril, il arriva à Saldanha-Bey le 1er août ; son équipage se conserva en bonne santé en prenant chaque jour trois cuillerées de jus de limon, tandis que les autres navires, qui n'employèrent pas le même agent préventif, furent tellement atteints par le scorbut, que la manœuvre devint impossible : le *Commodore* fut obligé de leur donner un certain nombre d'hommes de son équipage.

On pourrait croire que le vinaigre remplace le suc de limon dans le scorbut ; mais le docteur Elliotson dit avoir personnellement observé le contraire. Cette maladie, si meurtrière jusqu'en 1795, ne fait plus qu'exceptionnellement de ravages dans les flottes anglaises depuis qu'un ordre de l'amirauté, datant de cette époque, a prescrit l'usage quotidien du suc de limon. Ce n'est pas par l'acide qu'il paraît être efficace ; car les acides citrique et tartrique isolés ne produisent pas le même résultat. Le jus de limon ne doit s'employer, d'ailleurs, qu'en l'absence d'oranges, de citrons ou d'autres fruits analogues, acides ou non acides ; les végétaux frais et les tubercules farineux, la pomme de terre *crue*, peuvent très-bien le remplacer. Nos baleiniers, en France, si souvent affectés du scorbut dans leurs stations au détroit de Behring, ont le soin de conserver pour cet usage une certaine quantité de pommes de terre ; l'emploi en est vulgaire parmi eux. La difficulté de se procurer ou de conserver un certain temps des végétaux frais ou des pommes de terre fera facilement adopter le suc de limon, qui se garde très-bien lorsqu'il est, comme je le dirai plus bas, additionné de 1/10e d'alcool à 22°.

Dans le scorbut, dit scorbut de terre, le même traitement produit d'aussi bons résultats ; on sait que cette affection accompagne souvent la guerre, la famine et la misère, et le scorbut de mer est identique avec elle dans ses symptômes comme dans ses causes. Il n'est donc point étonnant que le traitement en soit le même.

M. Fonssagrives préconise beaucoup l'emploi du suc de citron, surtout dans les contrées humides et froides. Notre infortuné compatriote Bellot, dit-il, s'en loue à chaque page de son journal. (J. B. Bellot, *Voyage à la recherche de sir J. Franklin*, 1854.)

M. Gallerand, chirurgien de 1re classe de la marine, n'hésite pas à attribuer à l'usage de ce suc l'immunité dont jouissaient les navires anglais, tandis que les nôtres étaient encombrés de scorbutiques (croisière de la *Cléopâtre* dans la mer Blanche, 1855). C'est, d'après lui, Malte qui fournit à la marine anglaise le suc de citron ; mais leurs autres colonies leur en fournissent aussi, et même certains navires marchands embarquent le suc préparé aux Antilles et expédié tout simplement dans des barriques. A Malte, les fruits sont pressés avec leur écorce ; le jus recueilli est mélangé d'alcool et enfermé dans des caisses contenant dix-huit grandes bouteilles de deux litres chacune. La distribution du suc de citron se fait le dixième jour après avoir pris la mer, et la ration est donnée au repas du midi.

Cette ration a la composition suivante :

En poids français.	*Lemon juice* (jus de limon).	14	grammes.
	Sucre.	42	—
	Eau.	112	—

M. Gallerand fut assez heureux, au moyen de jus de limon cédé à son bâtiment par les navires anglais *Phenix* et *Meander*, pour arrêter les progrès d'une épidémie menaçante de scorbut. (Fonssagrives, *Traité d'hygiène navale*, 1856.)

L'exposition permanente des produits coloniaux au ministère de la marine a reçu dernièrement une certaine quantité de bouteilles ficelées et cachetées, renfermant du suc de citron venant de la Martinique ; ce suc, que j'ai pu examiner à loisir, est très-trouble, très-acide ; par le repos, il se divise en une couche inférieure grumeleuse ; c'est de l'albumine végétale et des débris celluleux très-divisés qui constituent ce dépôt ; malgré l'aspect assez peu flatteur de ce suc trouble, il faut l'employer tel qu'il est, car ce dépôt est formé de débris de végétal frais, dont l'action curative n'est pas douteuse ; l'huile essentielle s'y trouve d'ailleurs en petite quantité combinée et émulsionnée. M. Personne, préparateur à l'Ecole de pharmacie de Paris et pharmacien en chef de l'hôpital du Midi, a déterminé par la distillation la quantité d'alcool contenu dans ce suc de limon ; cette quantité est, comme l'indiquent les ouvrages anglais, d'environ un dixième (alcool à 22°). Ce qu'on peut reprocher à ce suc de citron est un goût très-prononcé de moisi, résultat d'une fabrication peu soigneusement faite sans doute.

Ce suc se conserve admirablement bien sans subir de fermentation, et, comme je l'ai dit plus haut, peut être expédié en barriques, en augmentant au besoin la quantité d'alcool destiné à sa conservation. Il serait à désirer que son emploi dans notre marine marchande et militaire se propageât ; il rendrait à n'en pas douter d'immenses services pendant les longs voyages sur les navires d'émigrants, où les précautions hygiéniques sont souvent si mal observées. Son emploi à l'extérieur, indépendamment de son efficacité reconnue contre les ulcères scorbutiques, serait aussi d'un grand secours dans une foule d'affections de la peau, herpétiques ou exanthémateuses, si communes dans les pays chauds, sur la limite des tropiques surtout.

Le prix ne peut pas être un obstacle, car rien n'est plus facile que de se le procurer dans nos différentes colonies océaniennes et autres ; une fabrication aussi simple doit lui donner une valeur à peu près semblable à celle du vinaigre. La nature des citrons ou limons n'influant en rien sur ses propriétés, toutes les espèces plus ou moins comestibles du genre citrus serviraient à le préparer. Nos marins y gagneraient un précieux remède, et nos colons un notable article d'exportation.

Le jus de citron trouverait encore un emploi important et considérable dans l'extraction, sur les lieux ou en Europe, de l'acide citrique, dont le prix est très-élevé depuis qu'on fait des eaux gazeuses artificielles et les limonades au citrate de magnésie. On pourrait envoyer en Europe le citrate de chaux, sel insoluble facilement obtenu par la saturation du jus de citron par la craie ; c'est ainsi qu'on nous expédie par la voie de Marseille le citrate destiné aux fabriques de produits chimiques pour l'extraction de l'acide citrique.

Cette fabrication du citrate de chaux demande néanmoins beaucoup de soins, car ce citrate se décompose facilement sous l'influence de l'humidité, d'un excès de base et des matières organiques albumineuses. Voici le procédé qu'il faudrait employer pour cette préparation :

Le suc exprimé de citron, *clarifié par la fermentation*, sera versé dans des baquets de bois. On y ajoutera par petites portions de la craie en poudre, qui y produira une effervescence très-vive et donnera lieu à un dépôt de citrate de chaux insoluble ; on arrêtera l'addition de la craie lorsque l'effervescence ne sera plus perceptible ; le dépôt recueilli, lavé avec soin et *surtout parfaitement desséché*, pourra supporter le transport sans altération. M. Personne a démontré (*Comptes rendus* de l'Institut, 1853, 1er semestre, p. 198) que ce citrate mal préparé se décomposait, en absorbant de l'eau, en acide carbonique, hydrogène, en acides butyrique et acétique. J'insiste sur la nécessité d'une préparation soignée, car beaucoup de citrate expédié en France ne contient plus que des quantités très-minimes d'acide citrique par suite de ces décompositions.

M. Personne a déterminé la quantité d'acide citrique et d'alcool contenus dans le suc de limon de l'exposition permanente des colonies présenté par moi à la Société d'émulation pour le progrès des sciences pharmaceutiques.

Voici le résultat de son analyse :

Alcool. = 6,7 0/0 *absolu* par distillation avec l'appareil de M. Salleron.

Acide citrique. — 10 centimètres cubes de cette liqueur saturent 0,53 de carbonate de soude pur ; ce qui, d'après la formule de l'acide citrique cristallisé $C^{12} H^5 O^{11} + 5 HO$, correspond à 0,70 d'acide citrique cristallisé ou 70 grammes par litre, dose inférieure à celle indiquée par les analyses antérieures du suc de citron d'Espagne.

D'après Pelouze et Frémy, 2 litres de bon jus de citron donnent de 250 à 260 grammes d'acide citrique cristallisé, ou environ 12,5 0/0 d'acide, ce qui me paraît d'ailleurs considérable.

(*Revue coloniale.*) Dr O'RORKE.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 octobre. — Présidence de M. Michel Lévy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Cher pendant l'année 1856 (commission des épidémies) ;

2° Une demande d'avis et d'analyse relative à une nouvelle source d'eau minérale située au hameau de Mas de Mouly, commune de Cransac (Aveyron) ;

3° Un rapport de M. Dufresse de Chassaigne, médecin inspecteur des eaux minérales de Bagnols (Lozère), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1855 ;

4° Un rapport de M. le docteur Bellety, médecin inspecteur des eaux minérales de Sail-les-Bains (Loire), sur le service médical de cet établissement pendant les années 1854 et 1855. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Da Costa (de Rio-Janeiro) adresse une observation de désarticulation coxo-fémorale terminée par la guérison complète. (Commissaire, M. Jobert.)

— M. Allaire, médecin à Héricy-sur-Seine (Seine-et-Marne), à l'occasion de la discussion ouverte sur la statistique des décès réclamée par M. le ministre du commerce, adresse une lettre dans laquelle il propose à l'Académie de soumettre au ministre la proposition suivante : Les autopsies cadavériques seront un droit acquis aux médecins, en

tant que la nécessité en sera reconnue indispensable pour préciser les causes de décès.

— L'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins et des pharmaciens du département de la Somme adresse également à l'Académie quelques observations relativement à la statistique nosologique des causes de décès.

— M. L. Vézu, pharmacien à Lyon, prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un paquet cacheté. Le dépôt est accepté.

— M. Brachet (de Lyon) adresse à l'Académie une lettre par laquelle il lui fait savoir que, n'ayant pas été nommé membre associé national lors de la dernière élection, il donne sa démission de correspondant.

— M. Robiquet adresse une lettre en réponse à la réclamation de priorité élevée par M. Leras au sujet de l'emploi thérapeutique du pyrophosphate de fer. M. Leras dans sa réclamation avait accusé M. Robiquet de n'avoir fait que répéter ce que lui-même avait déjà publié dans deux notes présentées en 1849 et 1854. M. Robiquet met le texte de ces deux notes sous les yeux de l'Académie afin qu'elle puisse juger elle-même de ce que sa réclamation a de fondé.

Discussion sur la statistique des causes de décès.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Guérard. Sur l'invitation de M. le président, M. Guérard, rapporteur de la commission chargée de préparer le projet de statistique nosologique des décès, donne lecture des conclusions proposées à l'adoption de l'Académie.

M. MICHEL LÉVY. Si personne ne demande la parole sur l'ensemble de ces conclusions, je demanderai à l'Académie la permission de présenter moi-même quelques observations.

L'objet de la communication ministérielle ne me paraît pas avoir été complétement rempli. La statistique médicale est encore à l'état d'étude en France, et, sous ce rapport, nous sommes beaucoup moins avancés que la plupart des pays qui nous entourent. Le but de la demande ministérielle est de mettre la statistique médicale en France au niveau où elle s'est déjà placée dans plusieurs pays de l'Europe, et je n'hésite pas à dire que ce but ne serait pas atteint en adoptant les conclusions de la commission. Ainsi, la commission dit, dans sa première conclusion, que, *dans l'état actuel de la science, une bonne statistique nosologique, c'est-à-dire une statistique complète, n'est pas possible*; elle ajoute, dans un dernier paragraphe, *que les principales causes de décès peuvent, dans le plus grand nombre des cas, être exactement observées.* Ce paragraphe est en opposition avec le précédent; la seconde proposition contredit la première. Puis vient cette autre conclusion: *Dans l'état actuel des doctrines entre lesquelles se divise le monde médical, il est impossible de préparer une classification qui, par sa clarté, le sens précis des dénominations données aux maladies, puisse être comprise par le plus grand nombre des médecins en France, et ne laisser aucun doute dans leur esprit sur la nature de ces maladies.* Avec la tendance à l'exactitude que la science médicale a suivie de nos jours et l'instruction que possèdent aujourd'hui les médecins, il me semble qu'on peut s'entendre sur le sens précis des dénominations données aux maladies. En faisant abstraction de certaines nomenclatures plus ou moins étranges.....

M. PIORRY. Je demande la parole.

M. MICHEL LÉVY. Il ne me paraît pas impossible d'arriver à un accord suffisant. Je signalais une contradiction apparente il y a un instant, en voici une bien réelle; la commission propose un moyen de conciliation, c'est de rédiger une liste de synonymie. Ainsi, d'une part, on rejette tout projet de classification, et, d'autre part, on propose une liste de synonymie; comment concilier ces deux conclusions?

Une difficulté de l'ordre pratique se présente ensuite; l'enregistrement des causes des décès devra être établi par commune, dit la commission. Il ne me paraît pas possible, même en généralisant l'institution des médecins vérificateurs des décès et des médecins cantonaux, d'établir par commune la statistique nosologique des décès. Si vous pouvez obtenir une bonne statistique médicale pour les chefs-lieux de département et de canton, ce sera beaucoup déjà. Il y a une autre difficulté pratique. Le rapporteur a bien compris qu'il fallait une loi qui rendît obligatoire la délivrance par le médecin, à chaque décès, du bulletin indicateur; mais comme cette loi pourrait se faire attendre, il propose d'adresser à tous les membres du corps médical une circulaire émanée de l'Académie, mais qui ne saurait avoir de caractère obligatoire. Quels résultats obtiendra-t-on avec de pareils moyens? Des masses de documents, mais pour la plupart incomplets. Si l'on veut faire avorter dès l'origine l'essai de statistique médicale dont il est question, c'est de commencer par une statistique officieuse.

Il y a une chose qui me préoccupe beaucoup plus encore. Il faut considérer ici, comme en toutes choses, le point de départ et le point d'arrivée. C'est le médecin qui se trouve ici au point de départ, de là la nécessité, pour arriver à un résultat digne d'être pris en considération, de généraliser l'institution des médecins vérificateurs des décès, et, mieux encore, des médecins cantonaux. Il faut que certaines dépenses soient faites pour établir une statistique médicale, et il y aura nécessairement des dépenses à faire au point de départ. Passons maintenant au point d'arrivée. Qui fera le dépouillement général des bulletins indicateurs? Une commission centrale? Silence complet à cet égard, et cependant c'est là le point important. Une bonne organisation est nécessaire au point d'arrivée comme au point de départ, et je proposerai ici un article additionnel. Pour montrer à quels résultats peuvent conduire des éléments incomplets de statistique ou leur association vicieuse, je citerai un exemple. Le dernier volume de la statistique générale de France porte à 42,000 le nombre des goîtreux. M. Boudin, dont nous apprécions tous la valeur comme statisticien, est arrivé, de son côté, au chiffre de 240,000, en basant ses calculs sur les états adressés au ministère de la guerre par les conseils de révision. Il y a nécessité d'instituer, à Paris, un bureau médical qui soit chargé du dépouillement des bulletins indicateurs.

M. GUÉRARD. Le premier point sur lequel j'appellerai l'attention de l'Académie est celui-ci: il est nécessaire d'écarter de cette discussion toute question de nomenclature si on veut la mener à bonne fin sans trop de longueurs. Dans une prochaine séance, un autre rapport doit être fait à l'Académie sur une nomenclature à appliquer aux causes de décès, et la question de nomenclature, en général, y trouvera plus naturellement sa place. Nous savons très-bien que si on demande aux hommes instruits de tous les pays ce que c'est qu'une fièvre typhoïde, tous sauront le comprendre; mais si on s'adresse à des hommes qui ne sont plus au courant de la science, qui ne lisent pas, qui sont encore imbus des idées de la doctrine physiologique et qui exercent la médecine depuis quarante ans, n'est-il pas permis de douter qu'on puisse être toujours compris? La commission a voulu éviter une difficulté. Il y a des nomenclatures où l'on ne considère que l'unité pathologique, d'autres où l'on envisage les différentes lésions organiques.

La commission a pensé qu'il est impossible aujourd'hui de faire une statistique nosologique complète, ce qui n'empêche pas qu'il soit très-possible de nommer les causes qui entraînent le plus ordinairement la mort. J'ai parlé d'une table de synonymie; il faut distinguer dans les tables dont nous avons parlé celle qui devra être à l'usage de la commission centrale; les médecins conserveront toute leur liberté d'appréciation.

M. Michel Lévy voudrait qu'on se bornât à la statistique médicale des chefs-lieux de département et de canton, mais il y aurait alors des communes très-importantes qui seraient privées de statistique. Pourquoi ne pas demander partout ces éléments de statistique? pourquoi se restreindre volontairement? On pourra utiliser tous les documents qui se présenteront avec le caractère de l'exactitude et qui ne laisseront pas de lacunes pour un pays donné; on éliminera les autres, et l'expérience même indiquera ce qu'il convient de faire pour que la mesure se généralise de plus en plus. En réalité, de quoi s'agit-il? d'apprécier les différences qui peuvent résulter de telle ou telle influence locale.

Quant à la circulaire que la commission propose d'adresser, au nom de l'Académie, aux membres du corps médical, en attendant la promulgation d'une loi, la commission n'a fait que répondre en ceci à l'une des questions ministérielles. L'enregistrement régulier des causes de décès existe dans la plupart des pays de l'Europe, et cependant les premières notions de la statistique sont d'origine toute française. La commission pense qu'il faut une loi pour arriver à des résultats suffisamment complets, mais elle est d'avis de commencer par l'envoi d'une circulaire, parce que la loi peut tarder à venir. Il n'y a pas de doute que les difficultés sont immenses; c'est une occasion de plus de prouver l'utilité des médecins cantonaux, dont on réclame partout l'institution depuis bien des années.

J'arrive à la question du dépouillement; la commission avait eu d'abord la pensée de demander si les bulletins ne devraient pas être envoyés à l'Académie elle-même. Mais, ce travail devant absorber tous les instants de ceux qui en seront chargés, je trouve parfaitement juste de renvoyer le dépouillement de ces bulletins à une commission de médecins. Si l'Académie adopte l'article additionnel de M. Michel Lévy, le ministre avisera.

M. MOREAU. M. Michel Lévy a parlé sur l'ensemble des conclusions et M. Guérard a répondu; je demande, dans l'intérêt de l'économie du temps de l'Académie, que la discussion générale soit close, et qu'on passe à la discussion des articles.

M. PIORRY. J'étais bien éloigné de prendre la parole dans cette discussion, bien que beaucoup de personnes m'eussent engagé à le faire, mais je me trouve conduit à prendre part à la discussion par un passage de l'argumentation de M. Lévy. Pour faire une bonne statistique, il faut que les éléments en soient parfaitement connus; ceci s'applique à la médecine tout entière. Occupons-nous un instant de la maladie et de la lésion, sans nous préoccuper du jugement de M. Lévy sur la nomenclature. Suivant M. Lévy, rien de plus facile que de déterminer la fièvre typhoïde ou la scrofule. Ce n'est pas avec un homme aussi instruit que M. Lévy qu'il convient de faire là-dessus de longues dissertations; la difficulté n'est pas très-grande, si l'on veut faire une statistique basée sur la cause de la maladie; mais, quand on arrive à la manifestation de la cause, la difficulté est toute autre. On ne peut établir une statistique sérieuse que sur la connaissance de la lésion. Rien que le mot *pneumonie* entraîne des difficultés singulières; la pneumonie n'est pas une pour le clinicien; elle embrasse beaucoup de faits. Serez-vous donc sûrs des médecins, souvent très-faibles, qui auront fourni les éléments de votre statistique? Deux écoles rivales sont en présence; l'une qui veut établir la statistique sur la connaissance de la cause de la maladie; l'autre sur la connaissance de la lésion elle-même. Que M. Michel Lévy me permette, en finissant, de lui témoigner mon étonnement de lui voir appliquer à ma nomenclature les expressions de bizarre et de barbare.

M. MICHEL LÉVY. J'ai parlé de nomenclatures étranges au pluriel; je n'ai pas prononcé les mots de bizarre et de barbare, et je ne sais pourquoi, d'ailleurs, M. Piorry s'applique tout ce qui se dit à propos de nomenclature.

M. GIBERT demande la suppression du premier paragraphe de la première conclusion.

M. GUÉRARD. Nous ne pouvons laisser sans réponse une des questions qui nous sont adressées par le ministre; chacun des paragraphes de la première conclusion répond à une question distincte.

M. GIBERT insiste pour la suppression de ce premier paragraphe. Cette proposition est appuyée par M. Londe.

M. BOUVIER. Si j'ai bien entendu la première question comprise dans la demande de M. le ministre, le second paragraphe est relié au premier par les mots *en d'autres termes*; il n'y a donc là qu'une seule question formulée de deux manières différentes.

M. LE PRÉSIDENT. Je désirerais prendre part à ce débat, et mes fonctions de président sont un obstacle à mon intervention active dans une discussion; j'invite M. Ferrus, en l'absence de M. Laugier, vice-président, à venir occuper le fauteuil de la présidence.

M. MICHEL LÉVY appuie la proposition de M. Gibert; une statistique complète, dans le sens absolu du mot, n'est jamais possible, ni en médecine, ni ailleurs; il faut se contenter de répondre que les causes de décès peuvent être indiquées.

M. COLLINEAU fait ressortir les difficultés d'une bonne statistique médicale.

M. DEVERGIE. Il me semble que la difficulté est surtout dans la rédaction de la phrase, sur laquelle il suffirait de s'entendre.

M. MICHEL LÉVY. Nous voilà bien divisés sur la première question, je crains que nous ne le soyons davantage sur la seconde; je propose le renvoi de la première conclusion à la commission pour ménager les instants de l'Académie.

M. BÉGIN. Nous sommes tous d'accord qu'une bonne statistique nosologique de décès est impossible, mais qu'il est facile de signaler les principales causes de décès; il n'y a donc plus là qu'une question de rédaction.

M. MICHEL LÉVY. Il y a, selon moi, une erreur complète dans la façon dont la commission a interprété la question ministérielle; je persiste à demander le renvoi à la commission.

M. GUÉRARD. Je regrette beaucoup que M. Michel Lévy n'ait pas été présent à la séance de la commission, où les conclusions de ce rapport ont été discutées. Quant à cette première phrase qui blesse M. Lévy, elle n'a pas l'importance qu'il y a attachée.

Après une épreuve douteuse, M. Michel Lévy retire sa proposition.

M. PIORRY. On parle des causes qui font mourir; mais une maladie commence, elle détermine une certaine série de symptômes d'une intensité et d'une gravité très-variables. Dans l'inflammation des plaques de Peyer, par exemple, le malade peut succomber par suite de perte de sang, d'écume dans les bronches, de défaut d'air dans les poumons. Il résulte manifestement des faits que je signale que c'est une chose horriblement difficile que de déterminer les causes qui font mourir. Je ne trouve pas que les médecins soient généralement assez instruits pour que cet essai de statistique donne de bons résultats.

M. ROBERT. La commission a été beaucoup plus loin, il me semble, que le ministre ne l'avait été dans sa première question; je pense que c'est à tort que les membres de la commission ont donné au mot *bonne* la signification de *complète*; je demande avec M. Lévy la suppression du premier paragraphe.

M. GUÉRARD pense qu'il est tout à fait impossible de répondre seulement à la première partie de la question ministérielle.

M. BOUVIER demande la parole pour un rappel au règlement; les propositions des commissions doivent avoir la priorité.

M. DUBOIS (d'Amiens). Il est bientôt cinq heures et la séance touche à son terme. Je demande que la commission se réunisse pour se mettre d'accord, avant la prochaine séance, sur la rédaction de la première conclusion qui est adoptée en principe.

La proposition de M. Dubois (d'Amiens) est adoptée.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret des 10 et 17 octobre, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur:

Officiers. — MM. Guérin, médecin-major de 1re classe au régiment d'artillerie à pied de la garde impériale; Habaïby, médecin-major de 1re classe au 1er rég. de cuirassiers de la garde impériale; Beccœur, médecin-major de 2e classe au rég. de guides de la garde impériale.

Chevaliers. — MM. Ruëf, médecin des établissements charitables de Strasbourg; Bonino, médecin-major de 2e classe au 64e de ligne; Larivière, médecin-major de 2e classe au 6e de lanciers; Barreau, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital de Metz; De Guillin, médecin-major de 1re classe au 2e rég. de voltigeurs de la garde impériale; Aubert, médecin aide-major de 1re classe au 3e rég. de voltigeurs de la garde impériale; Costa, médecin aide-major de 1re classe au 4e rég. de voltigeurs de la garde impériale; Mouillac, médecin aide-major de 1re classe au 2e rég. de cuirassiers de la garde impériale; Robert, médecin aide-major de 2e classe au rég. de lanciers de la garde impériale; Lisse, pharmacien aide-major de 1re classe.

— Les pavillons de l'École pratique sont ouverts aux dissections depuis lundi dernier.

— On annonce que M. le docteur Bégin, président du Conseil de santé des armées, se porte de nouveau candidat à l'Académie des sciences (section des académiciens libres). Nous espérons que le respectable doyen de la médecine militaire, qui, à la dernière élection, a touché de si près au but, verra, cette fois, les portes de la savante compagnie s'ouvrir à sa verte vieillesse.

Un journal a cru devoir à ce sujet rappeler une note dans laquelle nous parlions il y a quelques jours de la candidature de M. Michel Lévy à la même Académie. Ce journal s'est trompé, s'il a pensé que nous avons voulu dire que M. le directeur du Val-de-Grâce se porterait en concurrence avec son honorable collègue. Ce n'est point à un modeste siége d'académicien libre qu'aspire notre savant confrère; ce qu'il ambitionne, c'est un des fauteuils actuellement occupés par MM. Serres, Andral, Velpeau, Cl. Bernard, J. Cloquet et Jobert (de Lamballe).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Bellingham, chirurgien de l'hôpital Saint-Vincent, et président de la cour des examinateurs au collége royal des chirurgiens d'Irlande, qui a succombé le 11 de ce mois. Ce confrère avait édité dans ces dernières années un livre fort estimé sur les maladies du cœur. Secrétaire de la Société de chirurgie d'Irlande, il rédigea longtemps, dans le *Dublin medical Press*, les comptes rendus de cette Société savante.

— M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, professeur au Muséum, commencera son cours de zoologie (mammifères et oiseaux) dans les galeries de zoologie, le mardi 27 octobre 1857, à une heure et demie, et le continuera les mardis et samedis à la même heure.

— M. Aug. Duméril, professeur au Muséum, commencera son cours de zoologie (histoire naturelle des reptiles et poissons) dans les galeries du Muséum, le mardi 27 octobre 1857, à midi très-précis, et le continuera les mardis et samedis à la même heure.

LA SOURD.

Paris — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 125. — SAMEDI 24 OCTOBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 125. — SAMEDI 24 OCTOBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nouveau cas d'ictère grave. — Destruction des cellules hépatiques.

Nous avons signalé récemment à l'attention de nos lecteurs, à l'occasion de plusieurs observations d'ictère grave rapportées dans ces colonnes, les efforts qu'ont fait depuis quelque temps les anatomo-pathologistes pour rechercher s'il existait dans ce cas une lésion organique qui pût être considérée comme la cause ou la condition déterminante de la gravité spéciale de cette affection, ou qui fût du moins capable de donner une idée de la filiation des divers phénomènes morbides qui la constituent. Il était naturel de chercher cette lésion dans l'organe dont les fonctions paraissent plus spécialement troublées dans cette maladie, c'est-à-dire dans le foie. C'est, en effet, dans cet organe qu'on a cru trouver la lésion caractéristique de l'ictère malin.

Nous avons exposé les principaux résultats constatés par les anatomo-pathologistes allemands et les théories auxquelles ils ont servi de base ; nous avons insisté surtout sur les recherches récentes de M. Ch. Robin sur cet important sujet. On se rappelle qu'une étude microscopique de plusieurs organes hépatiques de sujets morts d'ictère grave a conduit M. Robin à constater l'existence d'une altération profonde, constante et identique dans tous les cas ; cette altération est la destruction des cellules hépatiques, c'est-à-dire des cellules propres des canalicules biliaires. L'importance de ce fait devait naturellement sauter aux yeux. Il était aisé de comprendre toute la gravité de cette lésion dès qu'elle arrivait à porter sur la totalité ou la plus grande partie des cellules. Elle devait, en effet, avoir pour résultat la cessation des phénomènes essentiels qui se passent dans le foie, et rendait compte ainsi, d'une manière assez satisfaisante pour l'esprit, de la filiation des symptômes, de leur gravité et de la rapidité de l'issue fatale de la maladie. Mais avant d'édifier sur cette lésion une théorie pathogénésique nouvelle de l'ictère malin, il importe d'abord de la bien connaître et d'en établir la constance et la parfaite identité dans tous les cas. Déjà dans cinq autopsies consécutives, ainsi que nous venons de le dire, cette lésion a été trouvée constamment la même. Voici un nouveau fait qui vient d'être observé par MM. Hiffelsheim et Robin dans le service de M. Rayer, à la Charité. La relation de cette observation et les pièces pathologiques ont été présentées à la dernière séance de la Société de biologie.

Le 11 septembre 1857, on amena à la Charité un homme âgé de quarante-deux ans; l'interne de garde le reçut sans remarquer d'autre particularité qu'un peu d'abattement et la jaunisse. Le malade avait l'esprit net et la mémoire présente; il répondit parfaitement à diverses questions. Il était à Paris depuis quelques jours, et depuis lors il se sentait indisposé.

Vers le milieu de la soirée, il se manifesta une forte aggravation dans l'état du malade. Son teint était d'un jaune foncé; il était froid, stupide, dans un état comateux; pouls petit, très-lent, très-mou; les battements du cœur à peine perceptibles; le corps fut vainement enveloppé d'alèzes chaudes; à deux heures du matin le malade expira.

A l'autopsie, on fut frappé de l'odeur infecte qui s'exhala de l'abdomen. La teinte jaune foncé du cadavre, légèrement modifiée depuis la mort, se retrouva très-prononcée à la surface d'un grand nombre d'organes.

Le cœur n'offrait rien de particulier.

Le foie avait la couleur franchement et uniformément ardoisée, sauf un petit îlot sur le lobe droit qui avait à peu près la couleur normale. La vésicule biliaire était pleine d'une bile fétide et sans calcul ou autre lésion apparente.

Le tissu du foie offrait une consistance normale dans ses deux parties différemment colorées. Il n'y avait pas de différence à cet égard entre la portion malade et la partie saine offrant la couleur ordinaire du foie, sauf une teinte jaune brun plus foncée. Quant à la partie que le microscope a montrée lésée, elle était remarquable par sa couleur d'un brun noirâtre ou verdâtre foncé toute particulière. Elle a offert ceci de remarquable encore qu'après vingt-quatre heures de contact avec la portion saine du foie, elle a communiqué sa teinte spéciale d'une manière uniforme au péritoine et à un tissu du foie sous-jacent dans une épaisseur d'un millimètre de diamètre.

Bien que non ramolli ni putréfié, l'organe hépatique malade répandait une odeur très-fétide, offrant quelque chose de pénétrant, prenant à la gorge. Cette odeur a existé, du reste, dans tous les cas examinés jusqu'à présent par M. Robin.

La portion du foie qui conservait la couleur d'un brun jaunâtre normal dans cet organe, chez un grand nombre de sujets, était formée par des cellules épithéliales hépatiques, semblables à celles du foie sain. Elles étaient toutefois un peu plus granuleuses que dans certains foies, mais ne renfermaient pas de gouttes d'huile, telles qu'on en voit souvent dans ces cellules chez beaucoup de sujets. Les granulations qu'elles contenaient étaient foncées, jaunâtres, larges de 1 à 5 millièmes de millimètre. En même temps, toute la masse des cellules était teinte en jaune. Çà et là se voyaient des fragments ou concrétions arrondis ou à contour sinueux formés de matière colorante de la bile, concrète, d'un jaune verdâtre foncé.

La portion du tissu qui offrait la teinte d'un brun foncé ardoisé, préparé de la même manière que l'autre et portée sous le microscope, au lieu de présenter des cellules polyédriques régulières ou à angles peu arrondis, n'a présenté sous cet instrument qu'une trame ou gangue amorphe, finement granuleuse, transparente, demi-solide, assez facile à écraser, parsemée d'une quantité considérable de granulations semblables à celles que contenaient les cellules de la portion saine du foie. Pas plus que cette dernière, le tissu malade ne contenait des gouttes d'huile. On y voyait cependant en certains points quelques rares cellules épithéliales hépatiques, mais difficiles à reconnaître pour la plupart, parce qu'elles étaient devenues irrégulières et très-granuleuses. Les granulations qui les remplissaient ne dépassaient pas 5 à 6 millièmes de millimètre, et, bien que non arrondies et irrégulières elles-mêmes, elles réfractaient fortement la lumière à la manière des corps gras. Elles offraient un centre brillant, d'un jaune foncé, et un contour noirâtre. Par leur accumulation, elles rendaient les cellules foncées et peu transparentes sous le microscope. Des granulations ou gouttes graisseuses, semblables à celles que je viens de décrire, se voyaient aussi éparses au milieu des autres granulations dans la trame ou gangue amorphe et dépassaient en volume ces dernières.

Çà et là, mais dans des parties peu étendues de la trame, la matière amorphe qui la formait principalement était parcourue par de minces fibres du tissu cellulaire qui lui donnaient un aspect fibroïde très-élégant, bien que difficile à distinguer en certains points.

Ainsi, dans les portions du foie colorées en brun, il était facile de constater la disparition complète par places, incomplète ailleurs, des cellules hépatiques. Cette disparition, comme dans les cas observés jusqu'à présent, était due à un passage de la substance des cellules à l'état amorphe par une sorte de demi-liquéfaction ou de dissociation de celles-là et de leurs noyaux. Cette matière amorphe homogène, finement granuleuse par elle-même, constituait la trame ou gangue signalée ci-dessus, et se trouvait parsemée des granulations jaunâtres et graisseuses qui préexistaient dans les cellules. La comparaison sous le microscope des fragments du tissu normalement coloré avec les portions lésées du foie donnait un contraste frappant : les premières montraient leurs cellules polyédriques régulièrement juxtaposées, ou en partie dissociées et entassées par suite de la dilacération, mais nettement reconnaissables individuellement ; tandis que dans les fragments microscopiques de la partie brune, préparés de la même manière, on ne voyait plus que la trame amorphe, finement granuleuse, transparente, demi-solide, se laissant facilement écraser, parsemée d'un plus ou moins grand nombre des granulations décrites précédemment.

— Dans les savantes réflexions dont MM. Hiffelsheim et Robin

DE LA CLINIQUE MÉDICALE DE FLORENCE,

Par M. le docteur Raphaël MATTEI (1).

Toutes les fois qu'il meurt un malade à la clinique, on fait l'autopsie en présence du professeur d'anatomie pathologique, du professeur de clinique et des étudiants. L'élève aux soins duquel était confié le malade lit à haute voix l'*histoire* de la maladie pendant qu'on fait l'autopsie. Quelle que soit la nature de cette maladie, on fait toujours l'ouverture de toutes les cavités splanchniques. Après l'autopsie, le professeur d'anatomie pathologique indique les altérations qu'on a rencontrées : ces altérations étant immédiatement mises en rapport avec les phases de la maladie, on reconnaît si le diagnostic a été juste ou faux.

Tous les résultats nécroscopiques sont enregistrés exactement sur un livre spécial dans lequel on transcrit aussi l'histoire de la maladie. On a de cette manière des nosographies complètes, et qu'on peut consulter avec une grande utilité, puisqu'elles renferment tous les faits relatifs à l'état morbide. Le professeur d'anatomie pathologique est M. George Pellizzari, lequel s'occupe de l'instruction des élèves avec un amour égal à son savoir. Toutes les fois qu'il se présente une altération pathologique digne de remarque, il en fait le sujet d'une leçon. Il en décrit avec soin toutes les particularités, et, prenant en considération les symptômes de la maladie, sa marche et son dénoûment, il examine si l'altération qu'on a trouvée sur le cadavre en donne l'explication. Lorsque l'altération est susceptible de fournir un sujet d'étude micrographique, le professeur Pellizzari fait les préparations convenables, et les soumet ensuite à l'observation de tous ses élèves. Souvent il fait faire les recherches chimiques, ce qui a surtout lieu quand il y a altération des humeurs. Lorsque l'altération qui a été trouvée sur le cadavre est d'une grande importance, on la prépare avec soin et on la remet dans le cabinet d'anatomie pathologique. On dépose aussi dans ce cabinet la description de l'altération morbide, l'histoire de la maladie et le résultat des recherches chimiques et microscopiques. L'ordre avec lequel le cabinet d'anatomie pathologique de Florence est tenu, en fait peut-être le premier de l'Europe, et ce sera toujours un titre d'honneur pour le professeur Pellizzari.

Cela dit sur l'enseignement de l'anatomie pathologique, revenons à M. Bufalini.

Celui-ci montre aux élèves, non-seulement les avantages que la pathologie peut tirer de la chimie, de la micrographie et de l'anatomie pathologique, mais il leur fait voir aussi ceux qu'elle peut tirer de la physiologie. Cependant, tout en se servant des éléments que cette science lui fournit, M. Bufalini soutient ouvertement qu'il serait impossible d'expliquer tous les divers modes d'affection de l'organisme avec le seul secours de la physiologie, ainsi que l'ont prétendu quelques pathologistes. Nous ne connaissons qu'une partie de la multiplicité des actions de l'organisme, qui ont pour résultat les phénomènes apparents.

Or, si nous devions expliquer ces derniers par ce que nous connaissons, nous tomberions dans une grave erreur. Le professeur Bufalini dit avec raison « que pour déduire la pathologie de la physiologie, il faudrait connaître tout ce qui a rapport à la santé. » Tant que nous n'aurons pas une connaissance précise de l'ordre entier des actions vitales, nous serons obligés d'étudier les états morbides en eux-mêmes, c'est-à-dire de reconnaître au moyen des observations empiriques tout ce qui les concerne : comme les symptômes, les causes et les effets du traitement.

Quand nous n'avons aucune connaissance empirique de la cause d'un phénomène morbide, alors seulement nous pouvons la rechercher dans les lois physiologiques connues, jusqu'à ce que l'observation nous la fasse connaître. Ainsi la physiologie ne peut nous fournir que des conjectures sur l'état morbide, et les explications que nous en tirons n'ont qu'une valeur de probabilité. Le médecin peut trouver une grande utilité dans les connaissances physiologiques quand il s'agit de traitement indirect. En effet, comme ce traitement s'accomplit au moyen de remèdes qui portent leur action immédiate sur les fonctions ordinaires de l'organisme et non sur l'état morbide, on peut se régler d'après ce qu'on voit se passer chez l'homme bien portant.

Tels sont les avantages que la physiologie peut apporter à la pathologie.

Un des points de pathologie générale sur lequel le professeur Bufalini insiste le plus au lit du malade, c'est la nécessité de fixer des règles précises pour la distinction et la classification des maladies. En effet, il est certain que sans une nosologie bien établie le médecin ne peut marcher que d'un pas indécis, et souvent toutes les tentatives qu'il fait pour déterminer la nature des maladies restent infructueuses. Les nosologies qui ont eu cours dans la science jusqu'à présent ont été ou inventées *à priori*, ou déduites des causes des maladies, de leurs symptômes ou des effets survenus à la suite du traitement. Nous ne nous arrêterons pas sur les premières. Quiconque a bien compris quelle est la voie que doivent suivre les sciences expérimentales sera de suite frappé de l'inanité des nosologies qui ont été le produit de l'imagination plutôt que le résultat de l'étude des faits. Quant à celles qui ont pour base la considération exclusive soit des causes, soit des symptômes, ou des effets du traitement, elles ont chacune leurs partisans; tous les pathologistes ne sont pas convaincus qu'elles puissent induire en erreur. En effet, quelques-uns croient que les causes peuvent servir à nous faire connaître la nature de la maladie qu'elles ont produite. L'observation démontre pourtant la fausseté de ce principe. Qui ne sait qu'une cause peut être suivie par des effets bien différents? Qui n'a pas remarqué que des causes diverses entre elles ont produit un même effet? Qui ignore qu'une même cause produit une maladie

(1) Fin. — Voir le numéro du 20 octobre.

font suivre la relation de ce fait, nous trouvons non point une solution de la question formulée plus haut, mais on y trouve du moins, avec des éléments qui pourront servir ultérieurement à la résoudre, une foule de questions subsidiaires proposées à la sagacité des physiologistes et des pathologistes. Par exemple, autant que les notions physiologiques encore incomplètes et controversées sur les fonctions multiples du foie permettent de le présumer, il y a tout lieu de croire que le travail de sécrétion de la bile est accompli par ou du moins dans les cellules propres des canalicules biliaires. Or l'autopsie des sujets qui ont succombé à l'ictère grave démontre l'existence d'une lésion profonde de ces cellules; on conçoit dès lors que la sécrétion de la bile soit devenue impossible et que les matériaux destinés à la former restent accumulés dans le sang. Est-ce là, se demandent MM. Hiffelsheim et Robin, l'une des causes de la léthalité inévitable de cette maladie?

En posant cette question, ils ne se dissimulent pas en effet l'objection qui se présente tout d'abord à l'esprit : Pourquoi l'ictère n'est-il pas toujours grave? Comment concilier avec cette théorie l'innocuité si bien connue de cet autre ictère dont on voit journellement de si fréquents exemples? — Serait-ce la différence de quantité, serait-ce la qualité modifiée, serait-ce l'accumulation subite d'une forte proportion de bile dans le sang qui changerait alors soudain l'affection inoffensive en un mortel empoisonnement? — La résorption d'une bile normale dans un cas, la résorption d'une bile altérée dans le second cas, ou même la rétention dans le système circulatoire des principes destinés à la former, expliqueraient suffisamment au besoin la différence des effets.

Du reste, les analogies ne manquent pas dans le domaine physiologico-pathologique pour appuyer cette manière de voir.

« La présence des poisons dans le sang en modifie les propriétés hématosiques, disent les deux auteurs dont nous résumons ici le travail; cela a lieu pour le sucre en excès également, ainsi que M. Bernard l'a montré. Cela a lieu pour l'alcool. Ne serait-ce pas le cas de la bile en excès? Et qui ne pense à ces mots, à l'accumulation de l'urée dans le sang, qui est certainement mortelle, d'après les dernières expériences que M. Rayer fit réaliser à M. Gallois! Une bien autre analogie, c'est que l'élimination de l'urée diminue en même temps que les épithéliums du rein passent dans les urines sous forme de gaines tubuleuses, et si la formation de l'urée n'a pas le parenchyme rénal pour siége, du moins c'est le rein qui la soustrait et la sépare du sang, comme le foie sépare les matériaux de la bile. »

C'est là, on le voit, un sujet d'étude digne de la plus sérieuse attention.

Un nouveau cas de peau bronzée. — Examen microscopique des capsules surrénales.

Puisque nous avons été amenés par la communication précédente sur le champ des applications de l'observation microscopique à la clinique, c'est-à-dire à la recherche des relations qui lient certaines lésions moléculaires de nos organes avec les symptômes pathologiques et les perturbations physiologiques observées pendant la vie, nous saisirons cette occasion de signaler une communication du même genre qui a été faite à la même Société par M. le docteur Charcot. Il s'agit d'un cas de peau bronzée, dans lequel le microscope a révélé dans les capsules surrénales une altération qui eût échappé à l'attention, si l'on se fût borné à les examiner à l'œil nu. Voici ce fait :

Un homme âgé d'une cinquantaine d'années entre à la Pitié dans le service dont M. Charcot est temporairement chargé, présentant l'état suivant : Marasme, algidité générale avec flaccidité de la peau, refroidissement considérable des extrémités, voix voilée, diarrhée séreuse et albuminurie. Deux jours après, on constate l'existence de tubercules au sommet du poumon droit; en outre les selles sont devenues sanguinolentes. On attribue l'ensemble des symptômes à une disposition tuberculeuse générale, localisée plus spécialement dans le parenchyme pulmonaire et le tube intestinal. Mais bientôt on découvrit sur la peau de grandes plaques d'une teinte plus que bronzée, aussi noires que la peau d'un mulâtre, et recouvrant une grande partie du cou, la poitrine en avant et sur les côtés, les épaules, les bras et les cuisses. Dans ces endroits, le tégument était lisse, et, de l'avis de toutes les personnes présentes, n'offrait aucune autre lésion qu'un dépôt de pigment. Le malade accusait des douleurs du côté des reins. On diagnostiqua une altération des capsules de nature probablement tuberculeuse. Le malade succomba au bout de quinze jours aux progrès du marasme, de la diarrhée et de la faiblesse, sans qu'on ait pu obtenir de lui aucun renseignement précis sur la date de la première apparition des plaques, ni sur les circonstances de la maladie. On s'assura que le sang ne contenait pas de pigment.

A l'autopsie, on trouva des tubercules dans les deux poumons, principalement à droite où existaient de petites cavernes; des ulcérations tuberculeuses dans l'intestin grêle et le côlon; un état granuleux des reins (maladie de Bright au troisième degré). Rate normale; foie un peu atrophié, pas de coloration noire de ces deux organes.

Les capsules surrénales avaient la forme et le volume ordinaires, elles avaient une légère teinte jaune, peu différente de la teinte normale, et on les avait considérées d'abord comme saines. Mais l'inspection microscopique, faite par M. Vulpian, démontra qu'elles renfermaient un très-grand nombre de granulations graisseuses, les unes libres, les autres répandues dans les éléments anatomiques de l'organe. De plus, la substance médullaire des capsules avait perdu la propriété de se colorer en rose par l'action de l'iode, comme il arrive à cette substance quand elle est saine.

Cette lésion, que le microscope seul a révélée et qui aurait certainement échappé si l'on se fût borné aux procédés d'examen ordinaires, est-elle suffisante pour faire admettre ce fait dans la catégorie de ceux qui appuient la doctrine de M. Addison? Nous posons la question sans la résoudre. Toujours est-il, quoi qu'on en pense, qu'il faudra en tenir compte pour l'histoire de l'affection dont il s'agit, et que désormais les médecins qui auront l'occasion de faire des autopsies de sujets morts des suites de la maladie bronzée, feront bien de ne pas s'en tenir à un simple examen extérieur à l'œil nu, et de s'aider de l'examen microscopique avant de rien conclure sur le point en question.

Pustule maligne. — Des divers modes de traitement et en particulier de la cautérisation.

Les documents que nos confrères continuent à nous transmettre sur la question du traitement de la pustule maligne sont généralement peu favorables aux feuilles de noyer. Ce n'est pas que l'on oppose aux faits de MM. Raphaël et Pomayrol des faits contraires ou même négatifs, car, sauf les deux ou trois observations assez peu significatives sous ce rapport, que nous avons fait connaître dans les précédentes *Revues*, les communications de nos confrères brillent en général par l'absence de toute tentative. Mais c'est précisément cette réserve, témoignage incontestable d'un éloignement ou tout au moins d'une grande indifférence à l'égard du remède nouveau, que nous serions fondé à considérer comme l'expression d'une opinion peu favorable, si les auteurs de ces communications n'avaient eu le soin de l'exprimer eux-mêmes d'une manière plus catégorique encore.

Cette opinion ne se base pas seulement sur le peu de confiance qu'inspire un moyen dont l'esprit a quelque peine à se rendre raison; elle se fonde surtout sur la confiance légitime et éprouvée dans des moyens de traitement généralement usités. Ainsi, d'une part, peu ou point de confiance dans les feuilles de noyer; d'autre part, confiance arrêtée dans les moyens usuels pourvu qu'ils soient employés à temps, tel est le sens général des témoignages de nos confrères.

Cette déclaration nous dispensera de reproduire dans tous leurs détails les nouveaux documents que nous avons reçus. Ainsi, il nous suffira de dire que dans l'opinion de M. le docteur G. de Saint Martin (de Nantes), il y a lieu de se demander quelle peut être l'action des feuilles de noyer contre l'infection générale, contre l'empoisonnement de toute l'économie, quand le poison s'est introduit, qu'il a circulé dans les veines et exercé sa fatale influence sur l'innervation. (Cette objection est applicable, il est vrai de le dire, à tous les moyens locaux qui ne sont pas employés au début et avant la manifestation des premiers symptômes généraux.)

En second lieu, au point de vue local, ajoute M. de Saint-Martin, je ne puis m'expliquer l'action des feuilles de noyer que comme un agent tonique, doué d'autant moins d'énergie que ces feuilles ont plus de fraîcheur, et surtout comme interceptant la transpiration et le contact de l'air; double action qui, si elle est aussi réelle qu'on le prétend, peut à coup sûr et *à fortiori* être remplacée par toutes les applications toniques, au moins par tout agent tonique végétal contenant des principes analogues, aidé par une couche de feuilles ou de vernis quelconque, etc.

Nous ne ferons que signaler également une communication de M. le docteur Allaire, qui, après avoir rapporté six observations de pustule maligne guéries par la cautérisation à l'aide du cautère actuel, qu'il a recueillies dans sa pratique, ajoute pour tout commentaire : « Pourquoi chercher comme spécifique un autre moyen de guérison quand on a sous la main le cautère actuel! »

Laissons donc pour le moment les feuilles de noyer, jusqu'à ce que de nouveaux faits, c'est-à-dire de nouvelles expériences concluantes dans un sens ou dans l'autre nous obligent à y revenir, et jetons un coup d'œil sur les traitements les plus usités.

Ces traitements se réduisent presque tous, en définitive, à la cautérisation combinée avec l'usage intérieur d'une médication tonique ou récorporative. Mais des divers procédés de cautérisation, quel est le meilleur? — Ce n'est pas à nous de répondre. Nous avons dit dans la dernière *Revue* que nous énoncerions à ce sujet l'opinion et la manière de faire de M. le docteur Bourgeois (d'Étampes). Il nous en a justement fourni l'occasion par un travail qu'il vient de publier tout récemment sur ce sujet dans la *Gazette hebdomadaire*. Nous en extrayons ce qui suit:

M. Bourgeois préfère les caustiques au cautère actuel, et parmi ceux-ci il se sert de préférence de la potasse caustique; voici comment il opère :

Le malade assis ou couché, on saisit de la main droite un crayon de potasse caustique qu'on promène sur le bouton; quelque sec qu'il soit, l'avidité de l'alcali pour l'humidité fait qu'il commence, après quelques tours circulaires, par s'humecter; la potasse pénètre les tissus; ceux ci viennent, sur le pourtour du fonticule qu'elle creuse, se déposer sous forme de bouillie, qu'on enlève avec un linge tenu de la main gauche à mesure qu'elle s'amasse, parce que ce magma, contenant beaucoup de caustique, pourrait déterminer des traînées qui détruiraient les tissus sains et amèneraient des cicatrices inutiles et plus ou moins difformes. Lorsque l'eschare centrale, qui est souvent dure comme du cuir, ne peut être délayée avec la pierre, on enlève cette eschare, qui ne pénètre jamais au delà du tissu cellulaire sous-cutané, avec la pointe

---

dans un cas et ne trouble pas la santé dans un autre? Pour rapporter un exemple, nous demandons par quelle maladie sera menacé un individu qui a éprouvé une forte commotion de l'âme? On ne pourrait pas le dire; car nous savons qu'à la suite d'un telle cause, on peut voir se déclarer tantôt une fièvre inflammatoire, tantôt une fièvre typhoïde, tantôt une maladie nerveuse spasmodique, tantôt une paralysie ou toute autre maladie. D'où l'on voit que la classification des maladies d'après leurs causes est évidemment erronée.

Les résultats dus au traitement prêtent-ils aux distinctions nosologiques un appui plus solide? Chacun sait que tantôt un remède a un résultat salutaire et que tantôt il ne produit aucun effet.

On remarque souvent aussi qu'une maladie qui résiste à certain remède dans un temps, cède au même remède à une autre époque. Ainsi, les résultats dus aux médicaments, pas plus que les causes des maladies, ne peuvent servir de base à une nosologie. Quant aux distinctions nosologiques tirées des symptômes des maladies, elles ne peuvent pas non plus servir de guide au lit du malade, quoiqu'elles se rapprochent davantage de la vérité. Il n'est pas rare de trouver des états morbides qui ne se révèlent à nous par aucune espèce de symptômes. D'autre part, on voit quelquefois un ensemble de symptômes produits par divers états morbides, et d'autres fois un même état morbide donner lieu à des symptômes divers. L'état latent du tubercule pulmonaire, l'épilepsie produite par les vers intestinaux, par action mécanique sur les ramifications des nerfs ou des centres nerveux, ou par la névrose, en sont des exemples frappants. Les distinctions nosologiques tirées des symptômes des maladies sont donc erronées.

Les pathologistes qui ont inventé ces nosologies ont été induits en erreur par une fausse application du principe de causalité. Il est évident que dans l'ordre de l'univers, l'effet suit immédiatement sa cause et conserve avec elle une intensité relative. On peut facilement vérifier ce rapport de cause à effet toutes les fois qu'on étudie des faits simples en eux-mêmes, provenant de causes simples aussi. Mais quand les causes et les effets sont composés, le principe de causalité peut tromper facilement, parce qu'alors, ainsi que nous l'avons dit, l'effet correspond à tous les éléments de la cause composée. Si les causes que nous connaissons étaient seules à engendrer l'état morbide, si cet état était la seule cause des phénomènes apparents, et si les remèdes étaient suffisants par eux-mêmes à faire disparaître la maladie, il est évident que le rapport de cause à effet existerait toujours, et que les nosologies fondées sur un tel principe seraient justes et infaillibles au lit du malade. Mais les faits, comme nous l'avons vu, sont loin de nous confirmer dans cette opinion. Si une puissance quelconque ne cesse jamais d'agir suivant sa propre nature, l'état morbide qui succède aux causes connues n'est pas l'effet de ces causes, de même que l'état morbide n'est pas la cause des symptômes, pas plus que les remèdes ne sont la cause qui fait disparaître la maladie. Si l'on ne considère ce principe comme vrai et fondamental, la médecine est une science sans base et inutile. En effet, il serait très-facile de la renverser en posant le dilemme suivant : ou les remèdes sont la cause de la guérison de la maladie, ou ils ne le sont pas. Dans le premier cas, la guérison ne devrait jamais manquer; dans le second, l'administration des médicaments serait absolument superflue. Donc, indépendamment des actions des causes connues de l'état morbide et de celles des remèdes, il y en a d'autres inhérentes à l'organisme, lesquelles, jointes aux premières, engendrent l'état morbide, les symptômes, et font disparaître la maladie.

Sur quelles bases devra-t-on donc établir une nosologie exacte? M. Bufalini dit que la nosologie ne doit pas être tirée d'une seule ou de quelques circonstances seulement des maladies, mais de toutes, c'est-à-dire des symptômes, des causes, et des effets thérapeutiques. Dès que nous connaissons l'origine d'une maladie, les symptômes et les remèdes efficaces pour la combattre, nous avons tous les éléments nécessaires pour la distinguer d'une autre maladie quelconque. Dans beaucoup de maladies, nous pouvons aussi tirer un grand secours des altérations chimiques et microscopiques de l'organisme. On est forcé d'avouer pourtant que malgré les données de la clinique, et les lumières que peuvent nous fournir les sciences auxiliaires de la médecine, nos connaissances sur ce qui regarde la plupart des maladies sont bornées; d'où il résulte que l'on ne peut pas toujours établir des distinctions précises au lit du malade. Cependant il ne faut pas conclure de là que le principe nosologique soit faux; mais il faut plutôt attribuer cela au défaut de nos connaissances.

Nous ne pouvons avoir une connaissance complète d'une maladie quelconque, comme de tout autre objet de la nature, à moins que nous ne la considérions sous tous les aspects possibles. Par conséquent une observation attentive des malades, ainsi que l'étude des altérations physiques, chimiques et microscopiques des parties, pourront seules nous mettre en état d'établir une nosologie juste et complète.

Après avoir exposé succinctement la méthode que le professeur Bufalini suit dans son enseignement clinique, et passé rapidement en revue quelques principes de pathologie générale, revenons à la partie disciplinaire de la clinique.

La clinique de l'École de médecine de Florence est ouverte pendant huit mois. Le professeur fait tous les matins sa visite, qui dure une heure et demie. Tout ce qui se rapporte au diagnostic et au traitement de la maladie est exposé au lit du malade. Le soir, les malades sont visités par l'aide de la clinique, lequel exerce les élèves aux méthodes de percussion et d'auscultation, et leur donne les éclaircissements qu'ils lui demandent sur des points de théorie et de pratique.

Les élèves ont droit d'entrer dans la clinique, et de visiter les malades à toute heure du jour. Ils sont tenus d'indiquer chaque jour sur une feuille les modifications que subit la maladie des sujets confiés à leurs soins. La feuille reste exposée publiquement au lit du malade, et sert ainsi à tous ceux qui suivent la clinique.

Le droit d'exercer la médecine ne leur est concédé qu'après avoir suivi les cours de clinique pendant deux années scolaires.

d'une canule bien affilée, et on continue la cautérisation jusqu'à ce que le sang apparaisse, ce qui, pour M. Bourgeois, est le signe qu'on doit s'arrêter. « Si la tumeur est volumineuse, il m'arrive souvent, dit M. Bourgeois, de mettre au fond de la petite excavation un peu de potasse, gros comme une lentille, et je recouvre le tout d'un peu d'agaric, qui fait corps avec la plaie, et ne s'en détache habituellement qu'avec l'eschare.

» Rarement je cautérise les vésicules placées au delà du bouton, le moindre attouchement du caustique déterminant la mortification de larges parties de téguments, ce qui produit des difformités d'autant plus désagréables que le mal se manifeste presque toujours sur les parties découvertes. Rarement aussi je reviens à la cautérisation lorsqu'il s'agit d'une pustule maligne au début; je me contente de promener quelques instants la pierre. Il se forme alors une eschare superficielle et sans détritus, ce qui suffit dans ces cas. J'évite par-dessus tout les incisions et les excisions, qui me paraissent au moins inutiles, pour ne pas dire plus, et je fais couvrir les parties tuméfiées de compresses aromatiques arrosées d'alcool camphré. A l'aide de ce mode d'action de l'agent cathérétique, qui ne peut guère avoir lieu qu'avec la potasse, je produis ce que j'appelle *la cautérisation par dilution.* J'obtiens ainsi des cicatrices rondes, peu apparentes en général et d'une difformité bien supportable, tout en détruisant ce qu'il importe de faire disparaître, le bouton central, qui est la véritable dent de vipère dont le venin s'insinue dans l'économie.

» Il ne faudrait pas croire, ajoute M. Bourgeois, que, malgré la destruction du mal, les accidents cessent immédiatement. Quand il n'y a pas encore de gonflement, on peut être sûr de l'empêcher de faire de nouveaux progrès; mais pour peu qu'une partie du virus ait été absorbée, la tuméfaction et les accidents cutanés continuent à marcher en général jusqu'au septième jour, à partir du développement du bouton, ce qui tient sans doute à ce qu'il est impossible d'aller détruire ce virus; mais la dose, si l'on peut parler ainsi, en est trop faible pour déterminer la mort, à moins qu'on ne soit appelé à agir trop tardivement, ou que le malade ne soit doué d'une disposition spéciale à être violemment impressionné. »

Le traitement interne consiste en toniques de toute espèce, appropriés à l'état du patient. Dans quelques cas, un vomitif peut être avantageusement employé.

DE L'ASSISTANCE MÉDICALE DES PAUVRES (1).

Par M. le Dr CONSTANTIN GAUDON, médecin au Blanc.

Causes auxquelles tient le défaut de soins aux deux extrêmes de la vie.

Vieillards. — Le défaut de soins dans la vieillesse provient quelquefois des enfants, mais le plus souvent des vieillards eux-mêmes.

L'affaiblissement des liens qui attachent les descendants aux ascendants, la cupidité, un sordide intérêt dont malheureusement on peut citer des exemples, voilà les motifs qui empêchent souvent les enfants de procurer des soins médicaux aux vieillards.

Les vieillards eux-mêmes apportent également des obstacles à ces soins. Il en est qui ne veulent recevoir aucun secours, leur maladie étant pour eux un effet de l'âge auquel la médecine ne saurait porter remède. Ils ont tellement accrédité eux-mêmes cette opinion, que les enfants, malgré leur bon vouloir, finissent par la partager. Et lorsqu'on leur demande pourquoi ils ne font pas soigner leur père ou leur mère âgés : *C'est l'âge qui les tient là*, répondent-ils, *il n'y a rien à faire.* Nous avons vu des vieillards qui avaient traversé toutes les phases de la vie sans jamais avoir éprouvé d'autre altération dans leur santé que des indispositions ou quelques fièvres éphémères qui s'étaient dissipées seules, refuser toute espèce de secours dans leur dernière maladie, disant qu'ils n'avaient jamais eu de médecin, qu'ils ne commenceraient pas à leur âge et qu'ils voulaient mourir sans médecin.

Enfants en bas-âge. — Pour les enfants en bas-âge, nous ne connaissons que deux motifs pour lesquels on les laisse mourir sans soins.

Le premier, c'est l'idée où l'on est généralement que la médecine ne saurait rien faire dans un âge aussi tendre. *Que voulez-vous qu'on fasse à un enfant si jeune?* Nous avons déjà vu quelque chose d'analogue pour les vieillards. La médecine ne peut rien faire aux vieillards parce qu'ils sont trop vieux; elle ne peut rien faire aux enfants parce qu'ils sont trop jeunes. Avec cette idée, non-seulement on recule devant tout traitement, mais encore on redoute l'exécution d'un prescription médicale.

D'un autre côté, la vie est si précaire à cet âge, que des parents tant soit peu intéressés se refusent à toute dépense dans la crainte de son inutilité. Doit-on s'étonner que la mortalité ait été et soit encore si considérable chez les enfants, quand on songe aux préjugés relatifs à leur éducation, au mauvais régime alimentaire auquel ils sont soumis; à la négligence ou à l'infraction des règles de l'hygiène, dont l'observation est si importante à cet âge, et par-dessus tout au défaut absolu de soins, lorsqu'ils tombent malades.

La seconde raison pour laquelle le médecin est rarement appelé près des enfants, c'est la difficulté de leur faire prendre des remèdes, et le défaut d'insistance de la part des parents, par la crainte de les contrarier. *Il n'en veut pas*, dit-on, et l'on s'en tient là. Inutile alors de faire venir un médecin.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

Indépendamment de ces causes particulières à la vieillesse et à l'enfance, il en est de plus générales que nous allons vous faire connaître.

La parcimonie, souvent un intérêt sordide, est la cause la plus puissante. — Ce sont souvent les plus aisés qui se refusent les secours du médecin. L'homme de la campagne, dont l'aisance dépend le plus souvent de son travail ou de son industrie, est essentiellement conservateur de la chose acquise, et se décide difficilement à une démarche qui ne peut que diminuer son épargne. Plein de confiance dans la force de sa constitution, il espère toujours que le mal s'en ira seul, et qu'avec un peu de patience et de résignation, il pourra se dispenser d'appeler un médecin.

La patience avec laquelle il supporte la souffrance. — Toute maladie qui n'éveille chez lui que du malaise ne lui fera jamais appeler un médecin, ou il ne le fera que très-tard. Aussi le voit-on supporter, sans s'en préoccuper, des affections qui le minent sourdement et le conduisent au tombeau. Il n'y a que des fièvres ardentes avec transport, ou de cuisantes douleurs qui le forcent à avoir recours à l'art sans aucun délai.

L'habitude de voir une foule de maladies se dissiper seules et sans aucun secours, est la cause la plus ordinaire du retard que l'on met à appeler le médecin; c'est ce qui fait que souvent même on ne l'appelle pas.

L'inefficacité du traitement dans certains cas. — Que, dans une épidémie de rougeole, de scarlatine ou autre, les premiers malades viennent à succomber, la majeure partie de ceux qui en seront atteints ensuite préféreront s'en rapporter aux forces de la nature plutôt qu'aux secours du médecin. Aujourd'hui, il est très-rare qu'un médecin soit appelé pour la coqueluche. Il existe d'ailleurs dans les campagnes une foule de préjugés relatifs à la médecine, qui éloignent l'homme des champs de recourir au médecin.

Le genre d'esprit de certains hommes. — Il y a dans cette classe des gens pétris de sottise et de suffisance, qui font les esprits forts. Ils croient se mettre au-dessus des préjugés en disant prétentieusement qu'ils ne croient pas à la médecine, ou que le médecin ne connaît rien aux maladies. Si les effets d'un pareil travers d'esprit se bornaient seulement à celui qui en est atteint, on en prendrait peu de souci. Malheureusement ces hommes ont un certain crédit : leurs paroles trouvent de l'écho, et une foule de gens sont disposés à les écouter :

Un sot trouve toujours un plus sot qui l'admire.

Le fatalisme. — Le médecin, d'après beaucoup de gens, ne guérit que quand on doit guérir; et, quand on doit mourir, les soins ne servent de rien. Cette erreur est quelquefois fortement enracinée. La conséquence toute naturelle de cette croyance est de faire tout ce qu'on désire, de suivre ses instincts, de ne point se servir de médecin, et qu'il n'en mésarrivera pas, s'il ne doit pas en mésarriver.

La répugnance aux remèdes. — On rencontre dans les campagnes des personnes aussi rebelles aux prescriptions médicales que la petite maîtresse la plus délicate et la plus capricieuse de nos grandes villes. Cela jure peut-être avec leurs goûts grossiers et leurs habitudes si simples. Mais ces répugnances existent. Nous en avons connu qui ont refusé les secours du médecin pour ce seul motif, et sont morts sans soins. Nous en avons vu d'autres qui, après avoir été visités, ont refusé, malgré les instances de tous leurs proches, de prendre un remède très-simple, très-doux même, dont ils devaient éprouver de bons effets, et ont laissé faire à leur maladie des progrès auxquels ils ont succombé. On ne rencontre pas cette répugnance chez les femmes seulement, mais encore chez les hommes.

Les médicastres, les charlatans. — Le paysan est la pâture des charlatans. On rencontre assez souvent, au fond des campagnes, des gens qui possèdent des recettes et qui font la médecine. Ils commencent par soigner les animaux, et terminent par la médecine humaine. Tous ces guérisseurs dissuadent d'appeler un médecin. Dans ce moment s'élève dans les campagnes un nouveau corps de médecins formés en dehors des Facultés, et qui rivalisent avec les médecins diplômés : ce sont les sœurs de charité. Elles vont partout offrir, je ne dirai pas leurs soins, mais leurs talents médicaux. Les maladies les plus graves ne les épouvantent pas : elles saignent, elles purgent, coupent les fièvres, et administrent des remèdes dont elles retirent rétribution. Les médecins n'auront plus bientôt qu'à aller délivrer des certificats de décès.

Voilà l'ensemble des causes qui font qu'un grand nombre de malades, dans les campagnes et même dans les villes, meurent sans l'assistance d'un médecin. Ces causes agissent aussi bien sur l'indigent que sur le riche. Dès lors peut-on accuser sérieusement l'insuffisance du personnel médical? Nous ne le pensons pas.

PARALYSIE DE L'AVANT-BRAS ET DE LA MAIN

résultant d'une fausse position. Intégrité de la contractilité musculaire. Guérison par la faradisation localisée.

Par M. le Dr J. LECOQ, chirurgien de 1re classe de la marine impériale.

Les causes qui, en dehors des altérations des centres nerveux, peuvent amener la paralysie, sont nombreuses, et plusieurs restent encore entourées d'une certaine obscurité. L'hystérie, le rhumatisme, l'empoisonnement saturnin, etc., ne suffisent pas pour rendre raison de toutes ces paralysies partielles que l'on rencontre dans la pratique, et que l'on trouve désignées sous les noms de paralysies idiopathiques, paralysies essentielles. L'observation suivante est assez curieuse, il me semble, pour présenter quelque intérêt, et mérite d'être rapportée.

Vers le milieu du mois d'août dernier, le sieur Fourneau, commerçant à l'île d'Aurigny, s'endort après son dîner, le coude appuyé sur une table, la tête reposant dans la paume de la main du côté droit. Il reste dans cette position une demi heure au plus, et, en se réveillant, il s'aperçoit que son poignet retombe sur l'avant-bras, comme s'il était mort, suivant son expression, et qu'il lui est tout à fait impossible de se servir de sa main. Pendant les premiers jours qui suivent cet accident, des frictions excitantes sont exercées sur l'avant-bras et la main paralysés, mais sans succès. Le sieur Fourneau se décide alors à se rendre à Cherbourg, et, le 27 août, il se présente chez moi huit à dix jours après le début de sa maladie. Il est âgé de 35 ans, habituellement d'une bonne santé, il n'est pas sujet aux affections rhumatismales; jamais il n'a été atteint d'accidents syphilitiques; jamais il ne s'est exposé aux effets des composés plombiques. Impossible également de rattacher à une affection nerveuse antérieure l'accident qui conduit ce malade à venir me consulter. A la première visite, je trouvai le sieur Fourneau dans les conditions suivantes :

Etat général satisfaisant; absence complète de douleur dans le membre paralysé; pas encore d'atrophie musculaire, un peu d'abaissement dans la température de la main, appréciable seulement pour le malade; au moment de l'accident, quelques fourmillements et un peu d'engourdissement avaient été ressentis dans toute la main, mais ils avaient disparu au bout de peu d'instants. La main retombe sur l'avant-bras dès qu'elle est abandonnée à elle même; l'extension du poignet et des doigts est complétement abolie; les doigts ne peuvent que très-imparfaitement être amenés dans la flexion; le malade ne peut exercer aucune pression sur un corps placé dans la paume de la main. Les mouvements d'adduction du pouce sont perdus; la sensibilité est conservée intacte; la faradisation localisée nous montre que la contractilité musculaire n'a rien perdu de son intégrité; les mouvements de l'avant-bras sur le bras s'exécutent sans peine, ceux de supination et de pronation sont plus difficiles.

Obligé de retourner à Aurigny où l'appelaient ses affaires, le sieur Fourneau n'a pu subir que trois séances électriques, qui ont déjà amené une amélioration légère mais réelle. Pendant son absence de Cherbourg, je conseillai au malade les frictions excitantes, les vésicatoires volants promenés sur l'avant-bras, et l'usage de la strychnine par la méthode endermique.

Ce traitement, suivi avec soin pendant quinze jours, n'a rendu que très-imparfaitement au membre paralysé ses mouvements primitifs. La main se redresse un peu mieux, mais avec de grandes difficultés; l'extension des doigts n'a pour ainsi dire rien gagné, et les mouvements de flexion surtout sont peut-être plus limités que quand le malade vint me trouver pour la première fois.

Le 14 septembre, je recommençai les applications faradiques, en employant des courants interrompus, à intermittences rapides. Après la neuvième séance, l'extension du poignet est complète et facile; le malade maintient pendant très-longtemps la main étendue sur l'avant-bras. Les mouvements de flexion des doigts ont été plus longs à revenir à leur premier état; les muscles de l'éminence thénar sont ceux qui ont résisté le plus à l'influence faradique; mais au moment de son départ, le malade pouvait très-bien saisir une plume et écrire quelques lignes, ce qui lui était devenu impossible après l'accident.

Nous trouvons évidemment dans cette observation une de ces paralysies que M. Duchenne a désignées sous le nom de *paralysies par fausse position.* Ces cas sont encore assez rares; M. Duchenne cite un fait à peu près semblable à celui que je viens de rapporter dans son *Traité de l'électrisation localisée* (observation CXXIII, page 676). Mais comment cette fausse position peut-elle nous rendre raison d'une paralysie s'étendant à tous les muscles de l'avant-bras et de la main, tout en conservant intacte la sensibilité du muscle? Que s'est-il passé dans cette courte demi-heure, pendant laquelle la tête est restée reposant sur la main, le bras appuyé sur une table? Peut-on invoquer ici la compression exercée sur les troncs nerveux qui se distribuent aux muscles de l'avant-bras et de la main? Ou bien y a-t-il eu simple tiraillement de ces mêmes troncs nerveux? Voilà ce qui ne nous est pas encore donné de connaître; nous ne pouvons guère, avec plus de raison, invoquer la suspension momentanée de l'influx nerveux, qui se répand dans les rubans nerveux qui s'étalent entre les fibres musculaires; contentons-nous donc pour le moment de dire, avec M. Duchenne (de Boulogne), que cette paralysie est due à une fausse position, en attendant une explication qui satisfasse un peu mieux l'esprit. Fort heureusement qu'il n'est pas toujours absolument nécessaire de connaître la cause pour détruire l'effet. Sans vouloir refuser aux moyens ordinaires : vésicatoires, strychnines, acupuncture, etc., le pouvoir de guérir ces paralysies, il est bien prouvé désormais que le meilleur moyen d'en triompher *promptement* et *sûrement*, c'est d'avoir recours à l'électrisation localisée, comme nous l'avons fait, à l'imitation de M. Duchenne (de Boulogne).

MOUVEMENTS ACTIFS DU FOETUS

ayant eu lieu à trois mois. — Agalactie chez la nourrice guérie par une nourriture particulière.

Par M. le Dr GRAMOISY.

Les observations de fœtus qui ont remué à trois mois ne sont pas communes, et les nourrices à qui on a fait venir du lait le sont, je crois, encore moins. Ces deux singuliers faits offrent donc par conséquent un grand intérêt au point de vue de la science et de la pratique.

Mme C..., âgée de vingt-trois, bien conformée et d'une bonne constitution, a eu antécédemment deux grossesses qui n'ont offert rien de particulier.

L'année dernière, à son retour des bains de mer, où elle était allée pour une de ses petites filles, elle est devenue enceinte pour la troisième fois; mais, comme elle était réglée, elle ne s'en doutait pas. Cependant, *trois mois après son arrivée*, à sa grande surprise et à son grand regret, Mme C... sentit remuer; en femme multipare, elle vit bien qu'elle était enceinte, quoique ce phénomène à ses deux autres grossesses n'eût eu lieu qu'à quatre mois et demi.

Le mari, qui se refusait à croire à cette anomalie, vint me consulter à l'effet de savoir si l'on pouvait réellement sentir les mouvements actifs du fœtus à trois mois. La question, on le comprend sans peine, était embarrassante; cependant je n'hésitai pas à lui dire que ces cas, quoique rares, se rencontraient quelquefois dans la pratique.

La grossesse marcha assez bien, et l'enfant continua de remuer de plus en plus. Les mouvements étaient tellement actifs et réitérés que Mme C... en était incommodée, et que, souvent même, son sommeil était troublé.

Aujourd'hui, 28 mai 1857, c'est-à-dire neuf mois, jour pour jour, après son arrivée de Trouville (*elle est arrivée le 28 août 1856 et accouchée le 28 mai 1857*), elle met au monde un gros garçon bien constitué.

L'accouchement fut long et pénible, mais cependant s'effectua par les seules forces de la nature. L'enfant présenta le vertex et vint en troisième position, c'est-à-dire en position occipito-iliaque gauche postérieure.

Par les dates ci-dessus il est surabondamment prouvé que le fœtus a remué à trois mois.

Cet enfant fut immédiatement confié aux soins d'une nourrice sur lieux. Cette fille était primipare et accouchée seulement depuis un mois; elle était jeune et blonde et avait ses règles; elle avait, en outre, les seins peu développés; son lait n'était pas épais, et par conséquent peu nutritif. Le médecin de province, qui l'avait choisie et adressée à Mme C..., l'avait donnée comme une bonne nourrice. Je dois le dire, après avoir examiné cette fille, je ne partageais pas l'avis de mon confrère. Cependant l'enfant lui fut confié; il prit très-bien le sein et paraissait venir à merveille les huit premiers jours de sa vie; mais à partir du deuxième septenaire, il pleure et crie jour et nuit, excepté, toutefois, lorsqu'il tète. Trois semaines se passent dans cet état, on croit que l'enfant a des coliques et on attend encore. Néanmoins, voyant qu'il dépérit de jour en jour, qu'il crie quand il ne tette pas, qu'il ne dort que quand sa nourrice le tient sur son sein, on vient me consulter.

J'examine cette fille, et je constate de nouveau qu'elle ne remplit pas les conditions d'une bonne nourrice. Je dis à Mme C... qu'il n'y a qu'un moyen de remédier à cet état de choses : c'est de la changer. Mais cette fille plaît sous tous les autres rapports, et l'on ne voudrait pas la renvoyer. On me demande s'il n'existe pas un médicament ou un aliment capable de donner du lait à celle qui en a peu, et de rendre épais et nourrissant celui qui ne l'est pas? Je me suis rappelé avoir lu, dans une relation de voyage, qu'en Amérique, où on tient beaucoup aux enfants des esclaves pour les vendre, on fait manger aux négresses qui n'ont pas assez de lait, *des lentilles et de la morue salée*. Je conseille cette alimentation, en y ajoutant de la bonne bière de Strasbourg (cette bière doit être faite avec de l'orge et du houblon seulement) à discrétion et supprimant complétement l'eau.

Ce moyen eut un plein succès, car trois jours après l'enfant dormait mieux, ne criait presque plus; son facies était moins altéré, ses matières fécales moins verdâtres, et la nourrice avait un lait plus dense. On continue la même alimentation (1).

Aujourd'hui (15 juillet 1857) l'enfant est bien portant, il dort beaucoup; il engraisse à vue d'œil (il avait une hydrocèle congéniale qui a complétement disparu). Les seins de la nourrice sont plus volumineux; son lait est bien plus épais, et quand son nourrisson n'a pas teté depuis quelques heures, elle en est incommodée, ce qui n'avait pas lieu avant cette singulière alimentation.

(1) Nous ne pouvons voir dans ce fait qu'une exception assez rare, et jamais nous ne conseillerions un semblable moyen. Lorsque chez une nourrice la sécrétion du lait n'est pas assez abondante pour suffire à son nourrisson, il n'y a qu'un parti à prendre, c'est de la changer.

(NOTE DE LA RÉDACTION.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 octobre 1857. — Présidence de M. BOUVIER.

Explosion d'un appareil à eau de Seltz. — M. VERNEUIL présente les débris d'un appareil qui a éclaté en sa présence. Cet appareil, qui servait à préparer l'eau de Seltz dans une des salles de l'Hôtel-Dieu, avait été chargé par la domestique des internes de cet hôpital avec les substances ordinaires employées à la dose ordinaire. Cette femme a depuis très-longtemps l'habitude de faire cette préparation.

L'appareil fut apporté à la salle de garde et placé par un hasard heureux sur ma table à l'écart; il était chargé depuis trois quarts d'heure environ. La température était moyenne, la fenêtre ouverte. Aucune cause accidentelle ne peut être invoquée. Soudain une explosion, qu'on peut comparer à celle d'un fusil de munition fortement chargé, se fait entendre; le ballon inférieur venait d'éclater. Le ballon supérieur n'avait pas été projeté, il s'affaissa par son propre poids sur les débris, mais resta entier.

Le ballon inférieur fut brisé en un grand nombre de fragments, dont sept à huit de grandes dimensions et une foule de débris plus petits, qui furent projetés dans diverses directions. Un morceau de verre irrégulièrement quadrilatère, ayant au moins 4 centimètres de côté, fut lancé à plus de 3 mètres de distance.

La violence qui fit rompre le verre était si grande, que la partie plane du ballon, reposant sur le piédestal de porcelaine, fut brisée communitivement et comme broyée.

Le grillage de jonc qui entourait le ballon n'a pas été déchiré de haut en bas; il a été seulement arraché à son insertion inférieure.

L'examen des pièces solides de l'appareil a été fait avec soin. Une seule circonstance a été remarquée. La tige creuse centrale mobile, qui fait communiquer les deux ballons, est composée de deux pièces qui sont unies par un pas de vis. Or ce pas de vis n'était pas serré complétement et les deux pièces ballottaient l'une sur l'autre. Les petits pertuis qui servent à conduire le gaz dans le ballon supérieur sont tout à fait libres.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

A l'occasion de la communication faite par M. Verneuil sur un appareil à eau de Seltz qui s'est brisé à l'Hôtel-Dieu, M. MOREL-LAVALLÉE qui a engagé, dit-il, le premier cette grave question devant la Société, est heureux de lui apprendre que, grâce aux efforts de certains fabricants, on semble être parvenu à confectionner des appareils à l'abri de tout danger d'explosion. M. Morel cite des expériences qu'il a faites et qui tendent à lui faire espérer que ce problème est enfin résolu. Voici en quoi ont consisté ces expériences :

J'ai fait placer dans un cabinet trente appareils qui avaient reçu une charge triple, quadruple et même quintuple; j'ai mis les scellés sur la porte. J'ai accordé vingt-quatre heures à l'explosion. Au bout de ce temps je les ai examinés, aucun ne s'était brisé, et le manomètre dont l'un d'eux est muni marquait quatorze atmosphères et demie. Avec une simple charge, l'instrument oscille entre cinq et six atmosphères. La pression a été telle que dans quelques-uns des appareils l'anneau en caoutchouc, placé entre les goulots des deux ballons et serré par une virole en écrou, a été repoussé au dehors par le liquide qui s'est échappé par là comme par une soupape de sûreté.

Cette expérience mettait bien en évidence la résistance du verre, mais ne pouvait rien dire de celle du clissage. Il était impossible d'aller au delà de cinq fois la charge; l'appareil n'eût plus contenu assez d'eau pour dissoudre les réactifs. Nous avons été obligé de recourir à d'anciens ballons entourés du nouveau clissage sous une charge quintuple : deux ont éclaté, mais se sont simplement fendus, et le rotin est resté intact, de façon à emprisonner tous les fragments.

— M. VERNEUIL, à propos des kystes sanguins du cou qui ont occupé la Société dans sa dernière séance, dit qu'on consultera avec fruit sur ce point un intéressant travail de M. Dolbeau, prosecteur de la Faculté, sur la *grenouillette sanguine*. Cinq observations s'y trouvent rapportées.

Ces grenouillettes sanguines sont formées ou par rupture d'une paroi veineuse et à la suite épanchement de sang, ou bien par oblitération des veines dans certains points, destruction des parois contiguës dans les portions restées libres, d'où formation d'une cavité, ou bien enfin dilatation veineuse.

Cette affection est congénitale; sa marche est lente; elle est très-susceptible de s'enflammer. Elle peut se tranformer en un kyste sanguin bien isolé.

Le traitement doit être purement palliatif.

M. CHASSAIGNAC. M. Robert est assez disposé à lier la carotide gauche chez son malade.

Dans mon opinion, les ligatures d'artères à distance sont jugées par la pratique, il n'y a rien à en attendre. Tout au plus on pourrait espérer y trouver un auxiliaire pour agir directement sur la tumeur, ce qui doit être le vrai but.

M. GOSSELIN. Je recommande à la Société une précaution utile dans l'emploi du perchlorure de fer pour suspendre les hémorrhagies artérielles. Deux fois j'ai eu à parer à des hémorrhagies graves de la cuisse, entretenues, sinon par la crurale elle-même, au moins par une division primaire de la fémorale profonde. J'y ai remédié en appliquant dans le fond de la plaie le perchlorure et tamponnant par-dessus, mais avec la précaution de comprimer la crurale pendant quelques minutes. Si je cessais la compression, les caillots étaient entraînés. Et j'établis cette compression comme la règle dans des cas pareils.

M. ROBERT. Je pense, comme M. Chassaignac, que les ligatures du tronc principal, et les ligatures faites des deux côtés à distance, sont incapables de guérir les tumeurs artérielles qui nous occupent. Mais elles ont leur degré d'utilité. La ligature faite en 1818 chez mon malade par Dupuytren n'a pas guéri : elle a ralenti le mal. Voilà près de quarante ans que cette opération lui a été pratiquée, et je crois qu'il est permis de dire que sans elle il serait mort depuis longtemps. Or en ce moment il est facile de s'assurer que rien ne vient de la partie latérale droite du cou; toute la tumeur est alimentée par les artères dilatées du cuir chevelu du côté gauche.

En comprimant la carotide gauche, on éteint presque entièrement les battements de la tumeur, et c'est par cette compression de la carotide gauche qu'on arrête les hémorrhagies. Tout cela me fait comprendre de quelle utilité la ligature de la carotide gauche pourrait être à cet homme. Mais je reconnais qu'il s'agit d'une opération sérieuse, dont pourtant il ne faut pas exagérer la gravité. La carotide gauche est très-dilatée, et dans ces cas, suivant M. Breschet, la tunique moyenne s'amincit ou disparaît entièrement; le fil ne couperait-il pas trop vite le vaisseau?

Quoi qu'il en soit, j'adresse la demande formelle à la Société :

Faut-il, chez mon malade, lier la carotide gauche?

Le vaisseau une fois lié, quel moyen direct employer sur la tumeur?

M. HUGUIER. Si on ne fait rien à ce malade, il mourra avant peu. Je crois que vous ne pourrez lui sauver, ou au moins lui prolonger la vie, qu'en liant la carotide. De tous les points possibles, des artères arrivent à la tumeur, et je ne vois rien à faire localement. Si vous y touchez avec le perchlorure, vous aurez une eschare qui se détachera, et à la suite une hémorrhagie. Car il faut bien remarquer que le perchlorure ne se comporte pas sur les tumeurs artérielles comme sur les veines.

M. GIRALDÈS. D'après le tableau de M. Robert, son malade est aussi mal que possible. Il s'agit de l'empêcher de mourir, et de mourir de quoi? d'hémorrhagie. Or, si vous connaissez un hémostatique plus puissant que le perchlorure, employez-le. Sinon, ayez recours au perchlorure. M. Huguier nous parle d'eschares à la suite de l'application de ce sel. Je ne dis pas qu'il n'y ait quelquefois mortification; mais ce qui tombe, et que vous appelez eschare, n'en est pas une. Le perchlorure forme un bouchon qui s'enkyste et qui persiste.

M. BROCA. J'appuie le conseil de M. Giraldès. Je crois qu'il y a lieu de recourir aux injections coagulantes. Bien que je ne connaisse pas l'état local, je ne doute pas que l'injection ne soit facile; et puis, il n'y a pas de choix, car je me demande quelle action la méthode d'Anel peut avoir sur l'anévrisme cirsoïde. La pratique a répondu : la ligature de la carotide n'a jamais guéri de semblable tumeur, et pour un palliatif, et un palliatif douteux, c'est une opération bien grave. En effet, je suis bien aise de dire à la Société que la gravité de la ligature de la carotide n'est pas celle qui ressort du tableau dressé par M. Velpeau. Il y a eu une erreur involontaire dans la statistique de ce professeur; il y a 14 cas de succès, dus à un chirurgien américain, qu'il faut rayer, car jamais on n'en a entendu parler en Amérique.

La méthode des injections coagulantes est, au contraire, faite exprès pour l'anévrisme cirsoïde. M. Huguier manifestait quelques craintes sur le nombre des piqûres à faire. Mais vous en ferez trois ou quatre par jour sans inconvénient.

M. HUGUIER. Je persiste à penser que la ligature de la carotide pourrait suffire pour amener la guérison des ulcérations et prévenir les hémorrhagies. Ainsi le malade vivrait, et l'on verrait plus tard. Je puis affirmer à M. Giraldès que j'ai assez souvent manié le perchlorure pour savoir de quelle façon il agit. Je sais, parce que je l'ai vu, qu'il y a souvent gangrène à sa suite. M. Giraldès ajoute que le caillot, le bouchon ne se résorbe jamais; mais qu'il attende encore quelque temps pour pouvoir se prononcer ainsi à coup sûr.

M. VERNEUIL. Si la première ligature a amendé la maladie pendant quarante ans, il est incontestable qu'une seconde ligature peut faire de même. Où ferait-on les injections? Dans la masse érectile ou dans les branches afférentes? Un trocart pénètre assez bien dans une veine gonflée. Mais dans une artère, sous le cuir chevelu, l'opération ne me semble pas facile. De plus, l'impulsion artérielle ne peut-elle pas ébranler les caillots? Depuis que les chirurgiens lyonnais ont si bien montré la propriété hémostatique du chlorure de zinc, si bien que M. Bonnet a osé attaquer et a guéri un anévrisme de la sous-clavière par ce moyen, je me demande si dans le cas actuel il ne conviendrait pas.

M. GIRALDÈS. La discussion manque de base; il faudrait voir le malade. M. Verneuil craint que l'ondée sanguine ne pousse, ne refoule le magma coagulé. Mais dans la carotide du cheval, le caillot supporte le choc du cœur sans se déplacer.

M. GUERSANT insiste sur les conditions plus favorables chez cet homme pour une ligature d'artères, parce qu'il en a déjà subi une. Il rappelle le pronostic favorable des opérations doublées.

M. VOILLEMIER. Je repousse la ligature de la carotide comme infiniment dangereuse et inutile. J'ai beaucoup employé le perchlorure, et je dis qu'il réussit toujours dans les hémorrhagies et dans les varices. Mais dans les tumeurs érectiles, vous avez toujours un abcès et l'imminence d'une hémorrhagie tardive; à plus forte raison auriez-vous cet inconvénient pour cette tumeur artérielle.

M. Voillemier termine en recommandant dans ce cas la pâte de zinc.

M. AD. RICHARD parle dans le même sens.

M. CHASSAIGNAC rappelle son mémoire sur les injections de perchlorure de fer dans les veines variqueuses (*Gazette hebdomad.*, 24 mars 1854). Il cite une opération de tumeur érectile du ventre chez un enfant; il y eut eschare et hémorrhagie.

PRÉSENTATION.

M. VOILLEMIER présente un polype naso-pharyngien enlevé chez un enfant déjà opéré par M. Guersant.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit les ouvrages suivants :

Rapport et considérations sur la désarticulation ou l'ablation complète du maxillaire inférieur, par M. Huguier.

De la valeur de quelques agents pour remédier aux accidents suites de l'emploi de l'éthérisation, par M. Plouviez.

Mémoire sur une variété de tumeur sanguine ou grenouillette sanguine, par M. Dolbeau.

De la paralysie musculaire comme cause de la déformation des membres, par le docteur Eulenburg.

— M. le professeur Bouisson (de Montpellier), membre correspondant de la Société, fait hommage du premier volume de son ouvrage intitulé *Tribut à la chirurgie*. Ce premier tome renferme plusieurs mémoires importants sur divers points de pathologie externe.

Des remercîments sont adressés aux auteurs de ces divers envois.

Le secrétaire de la Société, AD. RICHARD.

On lit dans la *Gazette médicale de Strasbourg* :

« Le recrutement de la médecine militaire préoccupe à juste titre les sommités administratives et médicales de l'armée. Il offre de nos jours des difficultés réelles. L'on sait que le nombre des étudiants en médecine, en France, n'est plus que le tiers de ce qu'il était il y a quinze ans. Il suffit à peine au recrutement normal de la médecine civile. Si l'on ne s'en aperçoit pas encore, c'est que la carrière a été encombrée pendant bien des années.

» Aujourd'hui que l'industrie et les écoles militaires enlèvent tant de jeunes gens, il faut, pour en attirer un certain nombre vers une autre carrière, que celle-ci leur présente des avantages évidents. Ceux qu'offre la médecine militaire ne paraissent pas avoir été considérés comme suffisants; car depuis plusieurs années les candidats sont peu nombreux. C'est ce qui semble avoir décidé le ministre de la guerre à faire de nouveaux sacrifices au profit des jeunes gens qui entreront dans cette carrière.

» Si nos informations sont exactes, on dispenserait du recrutement tous les jeunes gens qui déclareraient vouloir embrasser la carrière de la médecine militaire, lors même qu'ils n'auraient pas encore atteint l'époque de scolarité qui leur permet de se présenter au concours.

» De plus, on accorderait une subvention de 50 fr. par mois à ceux des élèves pour lesquels la Faculté la demanderait, en raison de leur conduite et de leur état de fortune. »

LA SOURD.

Paris — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 126. — MARDI 27 OCTOBRE 185 (30e ANNÉE.) N° 126. — MARDI 27 OCTOBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste, ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 26 OCTOBRE 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'anatomie et la physiologie ont apporté un large tribut à cette séance. M. Brown-Séquard, dans plusieurs communications précédentes, avait annoncé que le sang artériel ou veineux, chargé d'oxygène, possède la faculté de rétablir les propriétés vitales des tissus contractiles et nerveux, pendant un certain temps après qu'ils ont perdu ces propriétés. Dans un quatrième mémoire sur ce sujet, dont il a donné lecture dans cette séance, il a exposé à l'appui de cette proposition un grand nombre de faits nouveaux dont il a cru pouvoir tirer la conclusion générale suivante, qui tend à assigner au sang noir une importance physiologique qu'on lui avait assez généralement refusée jusqu'à présent : Le sang rouge augmente les propriétés vitales, mais il est incapable de les mettre en jeu en les stimulant, tandis que le sang noir est un stimulant énergique des centres nerveux, et aussi, mais à un moindre degré, des nerfs et des tissus contractiles; mais il n'a point, ou du moins il n'a qu'à un très-faible degré le pouvoir de maintenir, et encore moins de régénérer les propriétés vitales.

Après M. Brown-Séquard, l'Académie a entendu la lecture d'une note de M. Giraud-Teulon sur un problème extrêmement intéressant d'optique physiologique, sur le mécanisme de la production du relief dans la vision binoculaire ; et un nouveau mémoire de M. H. Bonnet sur la formation physiologique du sucre dans l'économie.

Ces trois lectures ont été précédées d'un rapport verbal de l'honorable M. Duméril, qui ne cesse de donner à ses collègues puînés l'exemple du zèle et de la ponctualité dans l'accomplissement de ses devoirs d'académicien.

Parmi les mémoires présentés, nous devons signaler particulièrement le résumé du grand travail de M. le docteur J. Lenhossek, sur l'anatomie du système nerveux central. On aura, par la lecture des propositions qui résument ces recherches, une idée de l'importance de ce travail.

Une observation des plus curieuses a été présentée dans cette même séance par notre collaborateur, M. le docteur Legrand du Saulle. Il s'agit d'une jeune fille qui a présenté des symptômes hystéro-épileptiformes et des désordres dans les facultés intellectuelles, dus à la présence dans les sinus frontaux et dans les fosses nasales de larves d'insectes vivantes. Cette étiologie a été parfaitement établie par les résultats même du traitement institué, consistant à faire fumer à l'enfant des cigarettes d'arséniate de soude, et qui eut pour effet de provoquer l'expulsion de ces larves mortes au milieu du mucus nasal, et de faire cesser du même coup tous les accidents. Mais le point intéressant surtout de cette observation, est la démonstration péremptoire qu'il renferme, de l'influence d'une cause toute organique sur la production des désordres intellectuels. — Dr Brochin.

La question portée devant l'Académie de médecine aura et a eu déjà un grand retentissement hors de son sein. Nous n'avons pas voulu en aborder l'examen avant d'avoir pu en étudier les principaux éléments, ou tout au moins d'avoir réuni sur les nombreuses difficultés qu'elle implique l'avis des hommes compétents. A ce titre nous accueillons la communication suivante de M. le docteur Géry, que ses fonctions officielles auprès de l'état civil mettent particulièrement à même de connaître et d'apprécier toutes ces difficultés ; tout en nous réservant bien entendu, de discuter plus tard les points sur lesquels nous pourrions nous trouver en dissidence avec notre honorable confrère.

SUR LE PROJET DE STATISTIQUE NOSOLOGIQUE DES DÉCÈS.

La discussion qui s'ouvre à l'Académie de médecine sur une bonne statistique des causes des décès est certes à tous les points de vue une bonne et excellente chose ; il est bien évident que sous le rapport des causes, de la prophylaxie, de l'hygiène, de la thérapeutique, etc., la mesure proposée par M. le ministre ne peut amener que de très-désirables résultats. Mais comment arriver au but? Là est la question, question ardue et difficile à résoudre, puisque dès la première séance, dès la première proposition, nous voyons surgir tant d'avis différents. Chacun doit peut-être dans une telle occurrence apporter son opinion et sa manière de voir : on peut des débris d'une tour de Babel, quand on en choisit les éléments, faire une bonne et solide construction.

Voyons d'abord les difficultés, nous verrons ensuite le remède : si nous pouvons connaître la cause, peut-être pourrons-nous détruire les effets.

Je prendrai pour exemple la statistique des décès telle qu'elle se fait dans la ville de Paris : on peut en effet la prendre pour modèle, sinon de perfection, au moins d'exécution. Pour la ville de Paris, il y a trente-six médecins vérificateurs des décès répartis en nombre inégal dans chaque arrondissement, suivant la population de chacun ; en outre, sont chargés du service de l'inspection générale quatre inspecteurs en titre et quatre suppléants. Nous reviendrons plus tard sur l'organisation et le mode de fonctionner de ce service.

Quelles sont les fonctions des vérificateurs qui en somme sont la partie active du service? Constater le décès d'abord, puis ensuite la cause qui y a donné lieu.

Constater le décès est chose facile, je le veux bien ; en déterminer la cause est une autre affaire. Le médecin qui arrive pour constater le décès ne connaît nullement le malade qui a succombé : comment donc se guidera-t-il pour mettre sur la feuille de la préfecture le nom de la maladie qui a positivement entraîné la mort?

Il ne peut en général se guider que sur deux choses : sur les ordonnances du médecin traitant et sur les renseignements fournis par la famille, deux choses complétement illusoires à notre avis.

Prenons d'abord la première, qui doit paraître aux yeux de l'autorité et des gens du monde la plus probante. Un médecin vérificateur aussi instruit, ayant autant de tact *nécrophile*, passez-moi le mot, que vous supposerez, pourra-t-il sur l'ensemble de plusieurs ordonnances déterminer la cause de la mort? Est-ce qu'une même maladie n'est pas traitée de dix façons différentes, suivant l'indication, la forme de l'affection, la manière de voir, l'école, le drapeau, si vous voulez, de tel ou tel praticien? Maintenant, sans aller si loin que M. Piorry, ne peut-on pas se demander si tous les médecins sont assez instruits pour établir un bon diagnostic et pour faire une bonne ordonnance en connaissance de cause?

Supposez, en outre, qu'un vérificateur agisse de telle ou telle façon dans un cas donné, et qu'il trouve un traitement contraire à celui qu'il eût fait lui-même, peut-être conclura-t-il à une autre cause de mort. Croyez-vous qu'un vérificateur, si expert qu'il soit, pourra mettre sur le visage de chaque mort le nom de la maladie qui l'a emporté? Non évidemment.

Les renseignements fournis par la famille !... Je ne m'arrête même pas à ce mode d'investigation, dépourvu en général de tout bon sens.

Il est donc excessivement difficile à un médecin chargé de constater un décès, d'en préciser la cause, à part quelques rares exceptions, où la mort a été déterminée d'une manière bien nette et laissant après elle sa trace caractéristique.

Je vais plus loin : à peine même les principales causes de décès peuvent-elles, dans le plus grand nombre des cas, être exactement observées dans l'état actuel des choses. Je dis dans l'état actuel des choses, car j'espère prouver qu'on peut y arriver. Comment fera, en effet, le vérificateur des décès pour dire si le malade a succombé à une affection de la poitrine ou de l'abdomen, voir même des centres nerveux, dans beaucoup de cas? Et si plusieurs maladies ont marché ensemble, à la prédominence de quels symptômes pourra-t-il attribuer la mort, lui vérificateur qui n'a pas vu un seul instant la marche de la maladie et qui ne voit plus qu'un cadavre!

On peut donc dire que dans l'état actuel de la science, *et surtout dans la manière dont se font les constatations des décès en général*, une bonne statistique nosologique, c'est-à-dire une statistique complète, est impossible, et que les principales causes de décès ne peuvent même pas, dans le plus grand nombre de cas, être exactement observées. Dr E. GÉRY.

FEUILLETON.

Du latex dans les vaisseaux spiraux, réticulés, rayés et ponctués. — Télégraphie. — Pile Grenet. — Horloge ornithologique. — Une bonne nouvelle.

Jusqu'à ce jour on avait généralement admis que le latex ne se trouvait que dans les vaisseaux laticifères ; M. Trécul, après une longue étude expérimentale, ne croit plus pouvoir partager cette opinion. En effet, ce botaniste distingué prend des plantes à latex coloré (*Chelidonium majus*, *C. quercifolium*, *Argemone ochroleuca*, *A. grandiflora*), et à l'aide de coupes transversales et longitudinales il démontre que ce suc existe réellement dans les vaisseaux proprement dits.

Comment se fait-il donc que les observateurs n'ont pas encore sanctionné cette manière de voir? Le latex n'existe pas dans tous les vaisseaux à la fois; les vaisseaux d'une même tranche, si cette tranche a plusieurs faisceaux, peut ne pas contenir de latex ; bien plus, les vaisseaux d'un même faisceau ne sont pas toujours remplis en même temps. Un vaisseau n'en contiendra pas dans toute son étendue; le latex pourra même n'avoir pas toujours la même intensité de couleur. Toutes ces dispositions prêtaient à l'erreur et conduisirent les premiers observateurs à ne reconnaître dans le latex d'un vaisseau proprement dit qu'un suc introduit après la section, et tout accidentellement.

Les diverses modifications du suc coloré semblent indiquer un travail physiologique. Cette opinion se fortifie encore quand on étudie ces phénomènes pendant une période entière de végétation, car avec son arrêt le latex disparaît des vaisseaux. Mais les laticifères ne présentent pas ce vide, ils sont pleins, répandent en abondance le latex si on vient à les blesser, et chose importante à noter, le suc épanché ne pénètre jamais dans les vaisseaux ponctués, rayés, réticulés et spiraux, après leur section.

Ces vaisseaux proprement dits peuvent donc contenir le latex aussi bien que les laticifères. Ce point une fois établi, quelle est l'origine du latex? Est-il sécrété par les laticifères ou par les vaisseaux proprement dits, et ensuite rejeté dans les premiers?

Nous venons de voir que le latex se trouvait en même temps dans les divers ordres de vaisseaux et les laticifères, mais qu'après la végétation les laticifères seuls conservent le latex. Ces considérations portent à voir dans ce suc une sécrétion des vaisseaux, reçue comme une excrétion par les laticifères. Ici se présente une difficulté. Le latex ne semble pas une simple excrétion, car il renferme des substances immédiatement susceptibles d'être transformées en cellulose de l'amidon, par exemple, sécrété dans les laticifères. Il se passe donc dans ces vaisseaux des phénomènes d'un ordre plus élevé que s'ils n'étaient que de simples réservoirs de liqueurs excrétées. M. Trécul pense que le latex sécrété dans les laticifères est ensuite porté dans les vaisseaux proprement dits.

Le rôle important de ces laticifères, leur place au milieu des tissus où règne la plus grande activité vitale, n'indiqueraient-ils pas certaine analogie avec le système veineux des animaux? Les hydrogènes carbonés, les résines, les alcaloïdes qui sont les principes dominants du latex, ne viendraient-ils pas s'élaborer dans les vaisseaux pour retourner prendre part à la production de l'amidon, du sucre, des substances albuminoïdes, et par suite à la multiplication utriculaire?

Si maintenant on jette un coup d'œil sur la respiration des plantes, on voit qu'elle se compose d'une absorption d'acide carbonique pendant le jour, avec émission d'oxygène, et d'une oxydation dans les vaisseaux aux dépens de l'oxygène de l'air, avec formation d'acide carbonique pendant le jour aussi bien que pendant la nuit, mais avec exhalation de cet acide pendant la nuit seulement, parce que pendant le jour il est décomposé en traversant les feuilles.

La respiration et la circulation chez les animaux ne sont donc pas si privées d'analogie qu'on le croit généralement. Les laticifères rappellent le système veineux, les vaisseaux proprement dits, le système artériel. Aussi M. Trécul propose-t-il les noms de vaisseaux veineux pour désigner les laticifères, et celui de vaisseaux artériels pour les vaisseaux réticulés, spiraux, rayés et ponctués.

Ici commence l'histoire de la circulation végétale. Nous suivrons prochainement M. Trécul dans les savantes recherches et les heureuses inductions qu'il a su tirer de cette étude.

— Nous avons dernièrement passé une petite revue des diverses innovations qui chaque jour se produisent dans les chemins de fer :

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. Bouchut.

Convalescence de fièvre typhoïde. — Phlébite adhésive des sinus de la dure-mère et des veines du cerveau.— Purpura. — Mort.

Dans le mémoire *sur la coagulation du sang veineux dans les cachexies et dans les maladies chroniques* que j'ai publié pour faire suite à un premier travail *sur la phlegmatia alba dolens*, j'ai démontré que dans l'état puerpéral, dans les cachexies, dans la convalescence des fièvres graves, le sang veineux avait de la tendance à se coaguler dans les vaisseaux veineux des membres inférieurs, dans les veines des bras, du cou, dans la veine-cave supérieure, dans les veines du poumon, dans la veine-porte, de manière à former ce qu'on appelle *une phlébite adhésive.* Il manquait à ce tableau un exemple de coagulation du sang des vaisseaux veineux du crâne, une phlébite adhésive des sinus de la dure-mère et des veines méningées. Le hasard vient de m'en faire observer un remarquable exemple qu'on pourrait réunir à ceux qui sont déjà connus. Si l'on voulait même indiquer l'ordre dans lequel sont plus fréquemment affectés les vaisseaux veineux dans les cachexies et dans les maladies chroniques, on trouverait que la coagulation du sang veineux a ordinairement lieu dans les veines des membres inférieurs, et dans les iliaques et la veine-cave inférieure, puis dans les veines des membres supérieurs, puis dans les sinus de la dure-mère et dans les veines méningées, puis dans la veine-cave supérieure, les artères pulmonaires, la veine-porte, la veine ophthalmique, etc.

Voici l'observation telle qu'elle a été recueillie à l'hôpital. Je la ferai suivre de quelques réflexions.

Catherine Bertin, âgée de douze ans, est entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Sainte-Marguerite, nº 13, le 12 février 1856. Le père est mort l'enfant étant en bas âge; la mère est morte de la poitrine il y a un an.

L'enfant dit n'avoir jamais été malade; elle a eu seulement un abcès au-dessous de l'angle de la mâchoire à la suite duquel est restée une cicatrice profonde.

Elle est malade depuis un mois : fièvre, courbature, inappétence, soif et diarrhée. Mais elle a continué à servir ses maîtres et ne s'est pas mise au lit.

Etat actuel. — Le 13 février, l'enfant est pâle, anémique; langue humide, un peu blanche; soif fréquente; ventre souple, un peu douloureux à droite.

Un peu de toux, expectoration muqueuse très-peu abondante; râles sibilants et muqueux fixés dans la poitrine, qui résonne très-bien. Peau modérément chaude, pouls à 100.

Le 14, diarrhée très-abondante; pas de vomissement; ventre souple, généralement douloureux; langue sèche, soif très-fréquente, pas d'appétit.

Un peu de toux, expectoration muqueuse. Bon sommeil; l'enfant est absorbée dans le jour. Peau chaude, pouls à 120. — Eau rougie, bouillon coupé.

Le 15, plusieurs selles en diarrhée; pas de vomissement; langue jaunâtre, humide; ventre aplati et douloureux, sans gargouillement. Teint pâle, anémique; pouls à 116. Toux sans expectoration; râles sibilant et sous-crépitant des deux côtés de la poitrine en arrière; même chose en avant sous les clavicules.

Dans la journée, l'enfant est assoupie, et dans la nuit agitation avec subdélirium. — Bouillon, eau rougie; glycérine, 30 grammes.

Le 16, la diarrhée continue; elle est très-abondante et formée de matières jaunes, limpides, très-claires; pas de vomissements.

Même état d'abattement et plaintes continuelles pendant la nuit. Ventre douloureux, aplati, sans gargouillement ni éruption. Pouls à 96. — Glycérine, 30 grammes.

Le 17, la diarrhée continue. — Glycérine, 60 grammes.

Le 18, pas de garde-robes ni de vomissements; une épistaxis peu abondante. Langue blanche, soif très-fréquente, pouls à 96. — Eau rougie; glycérine, 60 grammes.

Le 19, deux garde-robes en diarrhée; pas de vomissements; ventre souple, aplati, douloureux partout. Langue blanche, soif excessive. Pouls à 88.

Un peu d'appétit; teint extrêmement pâle, et il y a un peu de bouffissure au visage.

L'urine, décolorée, traitée par la chaleur et l'acide nitrique, ne donne aucun précipité. Elle ne renferme pas de sucre pour réduire la liqueur de Barreswill. — Eau rougie; glycérine, 60 grammes; potages au riz.

Le 20, pas de garde-robes; l'enfant a mieux dormi; pouls à 96.

Le 21, une seule garde-robe en diarrhée.

Le 22, une seule selle liquide; ventre toujours très-douloureux. Langue blanche, bon appétit; la pâleur est la même, c'est-à dire celle d'une anémie très-prononcée. — Glycérine, 100 gr.; bain.

Le 23, pas de garde-robe.

Elle a une selle demi-solide par fragments, non moulée. — Glycérine, 120 gr.

Le 25, plusieurs selles en diarrhée devenues involontaires. L'enfant a été prise de convulsions avec mouvements toniques et cloniques, avec écume à la bouche, perte de connaissance et conservation de la sensibilité. Ces phénomènes ont duré une heure, puis le calme est revenu, et ensuite il y a eu une nouvelle perte de connaissance avec contracture des membres, et cris aigus très-perçants. A cette contracture a succédé un tremblement musculaire général, qui existe encore ce matin. Pouls à 132.

Ce matin l'enfant est sans connaissance, les pupilles non dilatées immobiles; la respiration est haute et fréquente, un peu entrecoupée. Il existe un tremblement très-prononcé dans les membres inférieurs, et qu'on ne peut arrêter en fixant le membre. Ce tremblement existe aussi dans les muscles du tronc.

La peau est chaude, tout à fait insensible, et on peut lever l'enfant sur son séant sans la faire sortir de la somnolence où elle est tombée. — Deux vésicatoires aux cuisses.

Le 26, l'enfant n'a pas bougé et n'a pas repris connaissance. De temps à autre, il y a des secousses convulsives, tantôt à droite, tantôt à gauche; diarrhée continue, involontaire, pas de cris. L'enfant est pâle, immobile, les avant bras et les mains sont contracturés. La respiration est diaphragmatique, irrégulière, un peu convulsive; les paupières sont abaissées, pas de strabisme. Pupilles contractées, immobiles, peau très-chaude, pouls à 152. Mort le 27 février, à sept heures du matin.

Autopsie, le 28 février 1856. — Dès qu'on incise la dure-mère, il sort un flot de liquide rougeâtre; ce liquide est un peu plus considérable à droite qu'à gauche; les méninges présentent une vascularisation à mailles très-serrées, qui leur donne en quelques points une couleur rouge presque uniforme; elles adhèrent intimement à la substance cérébrale, dont elles ne peuvent être séparées sans en emporter des lambeaux.

Les feuillets de la pie-mère, qui se prolongent sur les parois des anfractuosités cérébrales, adhèrent aussi au cerveau. Du reste, pas de traces de granulations ni à la surface de l'encéphale ni au niveau des scissures. Si l'on parvient par place à arracher un lambeau de la pie-mère, la substance grise apparaît ramollie et parsemée d'une quantité considérable de petits points rouges.

Les veines qui rampent à la surface de l'encéphale, entre les circonvolutions cérébrales, sont volumineuses, grosses comme des lombrics, et oblitérées par des caillots dont l'aspect varie un peu dans les différentes veines; on trouve quelques caillots d'un rouge brun, mais la plupart sont jaunâtres; plusieurs présentent un grenu jaunâtre, qui tranche sur le reste du caillot. Du reste, tous les caillots incisés présentent à leur centre du sang noirâtre dans un état de coagulation plus ou moins avancé.

Le degré d'adhérence aux parois veineuses est assez variable; en résumé, toutes les veines donnent assez bien l'aspect de lombrics qui ramperaient à la surface de l'encéphale. Ces veines sont entourées, surtout au niveau de la scissure inter-hémisphérique et au niveau de la scissure de Sylvius, d'une exsudation jaunâtre, puriforme, adhérente, et qui va un peu s'infiltrant dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien: c'est de la lymphe plastique mélangée à du pus.

Toutes ces lésions sont beaucoup mieux caractérisées à la face supérieure qu'à la face inférieure du cerveau, et plus prononcées à droite qu'à gauche.

Dans la partie externe de la scissure de Sylvius, à droite, on trouve un épanchement sanguin noirâtre de la pie-mère situé autour des veines de cette région; cet épanchement a une étendue de trois centimètres. On rencontre bien encore dans quelques anfractuosités de petites extravasations sanguines, mais elles n'ont guère que le volume d'un petit pois.

Tous les caillots des veines qui rampent à la surface du cerveau se continuent avec le caillot qui oblitère le sinus longitudinal supérieur dans toute son étendue. Ce caillot du sinus longitudinal supérieur est très-volumineux; son adhérence aux parois du réservoir sanguin n'est pas la même dans tous les points; presque partout il est jaunâtre à sa surface, mais il contient dans son intérieur un sang noir foncé, en partie encore demi-liquide. Quand on a enlevé le caillot, la surface interne du sinus offre des plaques d'un rouge presque uniforme, que ni le grattage, ni le lavage ne peuvent enlever. Les sinus latéraux et occipitaux postérieurs ne sont nullement oblitérés ni altérés.

Toutes les parties centrales de l'encéphale (corps calleux, trigone, cloison demi-transparente, parois des ventricules latéraux) offrent un degré notable de ramollissement, et il n'y a plus de liquide dans les ventricules au moment où on les ouvre.

La substance blanche offre généralement un piqueté abondant.

Dans la corne frontale de l'hémisphère droit se trouve un foyer apoplectique du volume d'une noisette. Une partie du sang épanché est d'un noir foncé; le reste présente déjà un aspect jaunâtre. Autour de ce foyer apoplectique, la substance cérébrale est notablement ramollie dans une petite étendue.

Le poumon gauche présente simplement de la congestion à sa base.

Le poumon droit, vers le sommet, adhère fortement au feuillet costal de la plèvre; au niveau de ces adhérences, les bronches sont dilatées; il y a des vacuoles pleines de pus. Le reste du poumon droit offre un peu de congestion.

Les ganglions bronchiques et le cœur ne présentent rien à noter.

La surface interne de l'estomac est parsemée de taches de purpura.

La dernière partie de l'intestin grêle offre des ulcérations anciennes sur les follicules isolés et sur des plaques de Peyer; les bords de ces ulcérations sont affaissés, de couleur gris noirâtre ardoisé. Par places même, le travail de cicatrisation est complet, et l'on trouve, au lieu d'une ulcération, une surface lisse, déprimée, avec un léger relief noirâtre au pourtour.

C'est surtout vers la valvule iléo cœcale qu'il existe encore des ulcérations grisâtres ardoisées dont la cicatrisation est complète.

A peu près au niveau de sa partie moyenne, l'intestin grêle présente un appendice en doigt de gant de 4 centimètres de longueur, et dans lequel le pouce entre librement. Ce diverticulum présente exactement la structure de l'intestin, et les fibres se continuent directement avec celles du reste du tube digestif; il renferme quatre ou cinq cicatrices d'ulcérations ayant eu pour siége les follicules isolés.

Le gros intestin n'offre que quelques marbrures et quelques follicules légèrement tuméfiés.

Les ganglions mésentériques sont rougeâtres, un peu volumineux.

Le foie est volumineux et remplit en grande partie l'hypocbondre gauche; du reste, pas de foyer hémorrhagique.

La rate est ferme et de consistance normale.

La membrane muqueuse des calices et du bassinet présente dans chaque rein de nombreuses taches de purpura.

La muqueuse vésicale est saine.

Les deux membres inférieurs offrent un certain nombre de plaques violettes de la largeur d'une pièce de 20 centimes; les taches sont plus nombreuses du côté gauche que sur le membre droit. Elles sont manifestement formées par une extravasation du sang dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Cette observation est des plus curieuses qu'on puisse rencontrer.

L'enfant était malade depuis un mois lorsqu'elle est arrivée dans mon service. Elle avait de la fièvre, de la courbature; pas d'appétit et une grande diarrhée.

Au moment de son entrée, elle avait la langue sèche, de la soif; pas de vomissements, de la diarrhée; de la sensibilité dans le ventre, à la fosse iliaque droite; de la toux et des râles sibilants et ronflants épars dans toute l'étendue de la poitrine. La fièvre, assez forte, variait de 100 à 116 et à 120 pulsations. Il y avait un peu de délire la nuit. La peau était pâle, décolorée, anémique. Je considérai cet état comme la conséquence d'une fièvre typhoïde très-avancée en voie de guérison, mais laissant après elle une anémie très-prononcée, et cela d'après le siége de la douleur du ventre, la diarrhée, les râles de la poitrine et le délire.

Ces phénomènes ont continué pendant treize jours, et rien de ce que je fis ne put arrêter la diarrhée; l'état cachectique se prononçait davantage; puis vinrent des convulsions avec perte de connaissance, la contracture dans les membres supérieurs, le tremblement dans les membres inférieurs, l'insensibilité, le coma et la mort au bout de 48 heures.

La nécropsie a révélé trois choses importantes:

1° Des lésions de la fièvre typhoïde en voie de guérison;

---

aujourd'hui nous voulons vous exposer quelques nouvelles applications de la télégraphie.

Voici d'abord le télégraphe de M. Walker, qui permet de correspondre d'une station aux deux stations voisines en amont et en aval, comme aussi de prévenir immédiatement deux stations consécutives d'un déraillement ou de tout autre accident survenu dans l'intervalle qui les sépare. Chaque station est munie d'un timbre à signaux et d'une pile locale; une des extrémités de chacune des piles est en communication avec la terre; les piles successives communiquent entre elles par leurs extrémités libres, mais les extrémités en regard et unies sont les pôles opposés, ou de noms contraires. Par là même, à l'état normal ou ordinaire, les courants des piles se neutralisent ou ne se produisent pas, et les timbres ne sonnent point. Mais si l'un des fils qui unissent les timbres est mis en communication avec la terre ou avec les rails, l'équilibre se trouble, deux courants efficaces s'établissent, et les timbres des stations, à droite et à gauche du point où la communication a été établie, commencent à retentir. Cette communication avec le sol peut se faire à l'une des stations, et aussitôt les timbres des stations voisines sonnent. S'il survient un accident, le conducteur du train n'a qu'à faire communiquer le fil télégraphique avec le sol ou avec les rails, pour signaler l'accident aux deux stations, en avant et en arrière. Un mécanisme très-simple fixé aux poteaux, de distance en distance, fournit le moyen d'établir sans embarras la communication du fil avec la terre.

C'est encore un nouveau moyen de prévenir ces accidents qui se produisent encore malheureusement si souvent.

A côté de cette invention, voici un nouveau télégraphe écrivant de M. Thomas John, qui a été soumis, sur le chemin de fer de Rouen à Paris, à des expériences assez satisfaisantes, comme on va le voir.

L'organe traçant est une molette métallique placée à l'extrémité d'un long levier coudé, sur lequel réagit, par l'intermédiaire d'une bielle et d'une tige articulée, l'armature de l'électro-aimant. Cette molette plonge par sa partie inférieure dans un réservoir fixe rempli d'encre de Chine délayée, et comme elle est reliée, par un système de poulies de renvoi, à un galet qui reçoit son mouvement de glissement de la bande de papier, elle tourne tant que l'appareil fonctionne, et présente toujours ainsi, devant le point où doit se faire l'impression, une partie de sa circonférence fraîchement imprégnée d'encre.

Afin que les traces noires laissées par la molette sur la bande de papier puissent être assez courbes et assez nettes pour former les points qui entrent dans les combinaisons de l'alphabet Morse, la bande de papier guidée par une gouttière qui avance presque jusqu'au contact de la roue traçante se relie brusquement sur elle-même, et se trouve maintenue dans cette direction par trois galets, dont l'un sert à faire tourner la roue traçante, ainsi que nous venons de le dire. L'avantage que présente cette disposition, c'est de tenir tendue sur une longueur de 20 centimètres la bande de papier aussitôt après son impression, ce qui facilite beaucoup la lecture des dépêches.

Pour fonctionner, l'appareil n'a qu'à approcher la roue à encre de la bande de papier; aussi n'y a-t-il ni relais ni autre mécanisme que celui qui fait avancer la bande. Cette suppression des relais lui donne une marche plus régulière. Dans les circonstances les moins favorables (pluie), ce télégraphe, avec 25 éléments, transmet parfaitement les dépêches de Rouen à Paris.

Jusqu'ici nous voyons toujours une pile voltaïque présider à l'action du télégraphe; mais on a été plus loin, et MM. Siemens et Halske (de Berlin) ont inventé une pile magnéto-électrique que nous allons examiner. Ici point de pile voltaïque, et cependant les dépêches sont transmises à des distances qu'on a évaluées à mille lieues sans perdre de leur clarté! De plus, toujours prêt à fonctionner, ce télégraphe n'exige qu'un seul fil. Mais comme il y a toujours un revers à la plus belle médaille, il faut reconnaître que ses transmissions sont lentes, parce qu'il marche pas à pas.

Comme à l'ordinaire, il se compose d'un récepteur et d'un transmetteur. Le récepteur est formé de deux aimants permanents fixés dans une monture. Les pôles opposés sont en regard, et sont séparés par un électro-aimant ou aimant temporaire mobile, c'est-à-dire suspendu, de manière que les deux pôles puissent s'approcher ou s'éloigner des pôles des aimants permanents. Des courants positifs et négatifs traversent alternativement le fil de l'électro-aimant et l'aimantent en sens contraire; cette attraction et cette répulsion déterminent un mouvement de rotation de l'électro-aimant: ce mouvement est saccadé, et chaque saut fait avancer sur un cadran l'aiguille des signes.

Le manipulateur ou transmetteur se compose de plusieurs aimants permanents, dont les pôles regardent une armature commune formée

2° Du purpura de l'estomac et des reins ;

3° Une phlébite des veines de la pie-mère, ce que dans les veines des membres on eût appelé une *phlegmatia alba dolens*.

1° L'intestin grêle était rempli d'ulcérations anciennes en voie de cicatrisation, et d'ulcérations guéries sur les follicules agminés et sur les plaques de Peyer; il y en avait également sur la valvule iléo-cœcale dans une étendue très-considérable. Les ulcérations guéries étaient grisâtres, formées par la muqueuse amincie, ardoisée et offrant un contour plus foncé à la place des bords de l'ulcération. A la valvule iléo-cœcale, il y avait encore des plaques ulcérées dont les bords affaissés, noirâtres, étaient en voie de guérison ; toute cette partie avait une teinte grise ardoisée caractéristique.

2° La membrane muqueuse de l'estomac, celle des calices et des bassinets offraient çà et là des taches de purpura bien caractérisées. Il existait aussi sous la peau des membres inférieurs, dans le tissu cellulaire sous-cutané, de petites ecchymoses formées par des foyers hémorrhagiques développés dans les dernières heures de l'existence ; car la veille de la mort, les jambes ayant été examinées pour observer le tremblement continuel dont elles étaient le siége, je ne constatai pas la présence de ces ecchymoses.

3° L'altération la plus curieuse et en même temps la plus rare, est celle dont les sinus du cerveau et les veines cérébrales étaient le siége.

Tout le sinus longitudinal supérieur était oblitéré par des caillots adhérents de toutes parts, noirs ici, grisâtres ailleurs, entièrement décolorés dans quelques parties, et toutes les veines de la pie-mère sortant de ce sinus étaient également oblitérées par des caillots de sang noir. Le cerveau avait l'air d'être couvert de lombrics noirs, car les veines oblitérées avaient le volume d'un tuyau de plume ordinaire. Ces veines rampaient dans la pie-mère au-dessous de l'arachnoïde, et il y avait çà et là le long des vaisseaux un enduit blanchâtre formé par du pus. La suppuration n'existait que sur les vaisseaux et à leur extérieur. Les parois vasculaires étaient épaissies, et leur membrane interne d'un rouge uniforme, répandu à toute la surface. Leurs caillots étaient mous, friables, et d'un beau noir. Toute la pie-mère était infiltrée de sang à la surface du cerveau et dans l'intérieur des circonvolutions, elle s'était même déchirée en quelques points, puisque çà et là il y avait des extravasations sanguines très-prononcées. Dans la scissure de Sylvius, à droite, il y avait un épanchement de sang assez considérable.

A l'extrémité du lobe antérieur droit du cerveau, il y avait un *foyer sanguin* anguleux, d'un centimètre carré, placé au milieu de la substance blanche un peu ramollie et piquetée ; il était formé de sang moitié noir, moitié décoloré, comme si l'hémorrhagie avait déjà quelques jours de date.

Toute la pie-mère enfin était infiltrée de sérosité, mais il n'y en avait pas dans les ventricules.

La circonstance au milieu de laquelle s'est produite cette coagulation de sang veineux dans les veines cérébrales, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde mal traitée, et ayant amené une cachexie très-prononcée, lui donne une importance inusitée.

On connaît très-bien, depuis les travaux de Tonuelé, la phlébite des sinus de la dure-mère et des veines cérébrales ; chacun a pu voir des faits de cette espèce, et j'en ai publié quelques exemples. Celui-ci a de plus curieux que les autres un foyer apoplectique du cerveau *sans hémiplégie*. Mais ce n'est pas le point sur lequel je veux appeler l'attention.

On sait aussi que dans les maladies chroniques, dans les cachexies scrofuleuses chez les cancéreux et les phthisiques, dans la convalescence des fièvres graves, il se fait des oblitérations veineuses dans les membres, semblables à celle de la fièvre puerpérale et qu'on nomme des *phlegmatia alba dolens*. Ces oblitérations veineuses ont été, de ma part, l'objet d'un mémoire spécial publié il y a une dizaine d'années, et l'on y trouve un fait de coagulation du sang veineux des membres dans une convalescence de fièvre typhoïde. J'en tirai cette conclusion, que toutes les maladies chroniques, les cachexies et l'anémie de la convalescence, disposaient d'une manière toute particulière au développement de cette complication.

Depuis lors, chacun a pu vérifier l'exactitude de cette proposition, qui est généralement acceptée, et le fait que je signale aujourd'hui la confirme pleinement. Il y a cela de particulier et de neuf en même temps, que l'oblitération veineuse s'est faite dans la tête au lieu de se produire dans les membres, comme cela est ordinaire. C'est toujours dans les veines des membres inférieurs que se forme cette coagulation du sang; puis, par exception, viennent les veines des membres supérieurs, la veine-cave supérieure, la veine-porte, l'artère pulmonaire, faits aujourd'hui bien connus; mais on n'a pas encore signalé la formation de cet accident dans les veines du cerveau. C'est la première fois que le rapprochement entre une cachexie et une phlébite cérébrale est établi.

Chez le jeune enfant dont j'ai rapporté l'histoire, et qui est resté un mois en service actif de domestique, au milieu d'une fièvre typhoïde légère, avec diarrhée abondante, la constitution s'était profondément altérée, le sang avait perdu sa force, et à son entrée, la malade était pâle, bouffie, profondément cachectique et dévorée par la fièvre.

Le séjour à l'hôpital n'a rien changé à cet état; au contraire, malgré la glycérine à l'intérieur et un peu de nourriture, la diarrhée, qui avait un peu diminué, qui cessa même quarante-huit heures, avait eu un effet si dépressif, que l'anémie, chaque jour plus forte, entraîna les accidents convulsifs précurseurs de la mort.

Cette enfant était donc dans un état d'anémie et de cachexie très-prononcée lorsqu'elle fut frappée de perte de connaissance avec conservation de la sensibilité, convulsions toniques et cloniques des membres, écume à la bouche, le tout pendant une heure. Il y eut ensuite un instant de calme et de retour à l'état normal, suivi d'une nouvelle perte de connaissance avec convulsions et tremblement musculaire général qui ne cessa plus jusqu'à la mort.

A cette seconde convulsion succéda un sommeil profond, un coma prolongé, avec *contracture permanente* des avant-bras et des mains, serrement des mâchoires, *contraction* des pupilles, les yeux étant tournés en haut, et tremblement musculaire général. C'est dans cet état, au bout de trois jours, qu'a eu lieu la mort; et on a pu voir quelle avait été la cause des accidents cérébraux observés pendant la vie.

La cause des phénomènes convulsifs n'est pas douteuse; ce qui peut l'être, c'est l'origine de la complication cérébrale, c'est-à-dire de la phlébite adhésive de la pie-mère. Est-ce là une complication fortuite ou, au contraire, le résultat de la cachexie observée chez l'enfant. Pour moi, poser la question, c'est la résoudre. Les faits de coagulation du sang veineux dans les différentes parties du corps, engendrée par l'état cachectique, ne se comptent plus; il y en a par centaines, et celui que je viens d'observer dans les veines du cerveau doit être ajouté à ceux que renferme déjà la science. C'est ce qu'on aurait appelé, dans la cuisse, une *phlegmatia alba dolens*. Comme le siége des maladies ne change rien à leur nature, il en résulte que les veines du cerveau peuvent être affectées comme les veines des membres, et que la phlébite adhésive de cet organe est de la même nature et reconnaît les mêmes causes que celle de la *phlegmatia alba dolens*.

SULFATE DE PROTOXYDE DE FER SUCRÉ.

Il est fort difficile d'empêcher la suroxygénation du sulfate de fer, et pourtant, soit dans les recherches chimiques, soit dans les usages de la pharmacie, il est important d'avoir du sulfate de protoxyde de fer bien pur. Or, d'après M. E. Latour, pharmacien aide-major, l'addition du sucre permet de conserver ce sel sans altération. M. Latour s'est assuré de plus, par des analyses minutieuses, que ce sel ainsi sucré a une composition constante et cristallise d'une manière régulière.

Voici comment il le prépare : on fait dissoudre, d'une part, 200 grammes de sulfate de fer pur dans 100 grammes d'eau distillée bouillante, et, d'autre part, 50 grammes de sucre candi dans 30 grammes d'eau distillée bouillante. On mélange les deux liqueurs, on filtre rapidement, et on fait cristalliser à une température de 35 à 40°. Les cristaux, recueillis et séchés entre deux feuilles de papier à filtrer, sont renfermés dans un flacon bien sec. Par la concentration, la liqueur abandonne une nouvelle quantité de sel. Les cristaux sont des prismes rhomboïdaux obliques. La composition est :

Sulfate de protoxyde de fer. . . .	54,57
Eau.	32,50
Sucre.	12,93
	100,00

(*Gaz. méd. de l'Algérie.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 octobre 1857. — Présidence de M. Isid. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Prétendu remède contre la rage. — M. DUMÉRIL fait un rapport verbal sur un prétendu remède contre la rage, au sujet d'une lettre de M. Charles Laurent, annonçant qu'il a recueilli, dans un voyage récent qu'il a fait en Grèce, le récit de la grande réputation dont jouit un remède contre la rage distribué près d'Eleusis, dans le monastère Phanéromène.

Ce remède serait composé d'un mélange de poudres :

1° D'un insecte de la famille des épispastiques ou vésicants (*Mylabris*, que l'on nommerait *bimaculata*);

2° De celle d'une plante qui serait une espèce d'Arguel (*Cynanchum excelsum*), de la famille des asclépiadées.

On connaît parfaitement, dit M. le rapporteur, l'action de ces deux sortes d'ingrédients en médecine. Les mylabres sont de véritables vésicants quand on les applique sur la peau; mais quand on les administre à l'intérieur, ils produisent une action irritante sur la vessie et sur les organes génito-urinaires. Les cynanques ou arguels sont des purgatifs et même des drastiques comme le séné, la scammonée, le jalap.

Déjà l'Académie a envoyé à trois de ses commissaires l'examen d'un remède analogue contre la rage, c'est la poudre d'un coléoptère de notre pays, la cétoine émeraudine (*Cetonia aurata*).

Quant à notre opinion sur le prétendu spécifique ou préservatif signalé par M. Laurent, nous dirons qu'il rentre dans la catégorie des mille remèdes proposés et employés malheureusement sans succès jusqu'ici, tels que les préparations mercurielles jusqu'à ce qu'elles aient produit la salivation. Parmi les végétaux, la belladone, l'opium, la jusquiame, le datura, le mouron rouge, la coloquinte, etc.; et parmi les insectes, les proscarabées, les méloés, les téléphores, etc.

Nous proposons à l'Académie de ne pas donner suite à la proposition faite par l'auteur de la lettre.

Propriétés et usages du sang rouge et du sang noir. — M. BROWN-SÉQUARD lit sur ce sujet un quatrième mémoire dans lequel il expose les faits suivants :

I. Si l'on comprime les quatre troncs artériels qui portent du sang à l'encéphale, on voit que l'animal meurt très-vite, après avoir présenté des phénomènes d'asphyxie. Sir Astley Cooper avait vu que si aussitôt après les derniers mouvements il enlevait la compression, l'animal se rétablissait promptement. Mais il n'a pas cherché ce qui arriverait si la compression n'était interrompue que quelques minutes plus tard. En faisant cette expérience, j'ai constaté que, déjà trois minutes après le dernier mouvement respiratoire, la cessation de la compression est très-rarement suivie du retour à la vie. En cessant la compression deux minutes plus tard, jamais je n'ai vu la vie revenir, bien que le cœur envoyât encore quelquefois alors beaucoup de sang à l'encéphale.

Il ressort de là que déjà cinq minutes après la dernière action de l'encéphale, cet organe a perdu le pouvoir d'être stimulé par le sang noir. Mais alors, et même bien plus tard, le sang rouge a la faculté de régénérer les propriétés et l'activité spontanée du cerveau et de la moelle allongée. Si l'on pratique l'insufflation pulmonaire aussitôt après le dernier mouvement respiratoire, le tronc et les membres de l'animal se ravivent rapidement; mais la tête, toujours privée de circulation sanguine (par suite de la compression des artères carotides et vertébrales), reste absolument inerte. Après cinq, dix ou même quinze minutes d'insufflation, si l'on cesse la compression des quatre artères encéphaliques, du sang rouge circule aussitôt dans l'encéphale, et bientôt des mouvements respiratoires et des mouvements volontaires mon-

---

d'un noyau de fer doux entouré d'un fil de cuivre isolé. Cette armature est mise en mouvement au moyen d'une roue à pignons et d'une manivelle fixée sur un cadran qui porte les mêmes signes que le récepteur. A chaque demi-révolution de l'armature, il se produit un courant alternativement négatif et positif qui traverse le fil de l'électro-aimant du récepteur et fait avancer l'aiguille indicatrice des signes.

Ce dernier télégraphe a été admis à l'exposition annuelle de la Société des arts de Londres.

— Les piles sont tellement liées à la télégraphie, que nous ne sortirons pas du sujet en signalant une nouvelle pile.

La pile Grenet se compose d'éléments formés de plaques de graphite et de zinc, disposées à peu près comme les anciennes auges galvaniques. Chaque batterie de 8, 10 ou 12 couples est enfermée dans une boîte hermétiquement close : un nombre plus ou moins grand de ces boîtes superposées et communiquant toutes entre elles par des trous convenablement répartis constitue une pile dans l'intérieur de laquelle on fait circuler une liqueur excitatrice, dont le chromate de potasse est un des principaux éléments. Ce que cette pile présente de plus curieux, c'est que, du moment où par un tube on injecte de l'air avec un puissant soufflet, l'énergie du courant se trouve considérablement augmentée. Cet effet semble pouvoir s'expliquer par l'air qui, en balayant les plaques de zinc, emporte les bulles de gaz dont l'accumulation mettait obstacle à l'action du liquide excitateur.

— On connaît l'horloge de Flore : rien de plus ingénieux que cette idée de trouver l'heure dans la régularité avec laquelle certaines plantes déploient chaque jour, presque au même instant, les plis de leur corolle; eh bien, un chasseur naturaliste a voulu refaire ce travail à son point de vue, et, tout en observant le réveil et le chant des oiseaux, il a pu construire une horloge ornithologique que nous allons faire connaître.

Le plus matinal des oiseaux est le pinson, qui, devançant l'aurore, se fait entendre d'une heure et demie à deux heures du matin.

De deux heures à deux heures et demie, la fauvette à tête noire s'éveille et fait entendre son chant délicieux.

Mais voici venir la providence des débiteurs malheureux : de deux heures et demie à trois heures, la caille répète son cri : Paye tes dettes ! paye tes dettes ! L'aurore est si proche !

De trois heures à trois heures et demie, la fauvette à ventre rouge laisse tomber ses trilles mélodieux.

Le merle noir, — cet oiseau qui apprend si facilement les airs, que M. Dureau de la Malle fit chanter la *Marseillaise* à tous les merles d'un canton en donnant la volée à un merle à qui il l'avait serinée, — se réveille de quatre heures et demie à quatre heures.

Continuons. De quatre heures à quatre heures et demie, le pouliot.

De quatre heures et demie à cinq heures, la mésange à tête noire fait grincer son chant agaçant.

Il est cinq heures, et l'on entend le moineau franc, ce gamin de Paris, gourmand, paresseux, tapageur, mais hardi, spirituel et amusant dans son effronterie.

Les oiseaux gazouillent de toutes parts; l'horloge ornithologique n'a plus d'indications, mais Flore vient à notre secours. L'épervière des murailles épanouit ses fleurs : il est six heures.

— Cette bluette scientifique, que nous empruntons à l'*Ami des sciences*, nous amène tout naturellement à vous annoncer une bonne nouvelle. Nous avons parlé il y a quelques mois de la publication entreprise par M. Victor Meunier d'une série d'études sur divers points de la science. Déjà, dans un premier volume, le savant auteur des *Essais scientifiques* avait exposé d'une manière générale le rôle immense réservé dans ce siècle à la grande méconnue des autres âges. Aujourd'hui, plus de discussions vaines et creuses ; nous sommes au temps des faits, des expériences, des applications utiles; la science inaugure son règne.

Encore quelques jours, et un nouveau volume viendra s'ajouter à la série des *Essais scientifiques* de M. Meunier. Tous ceux qui ont lu l'*Apostolat scientifique* feront, nous en sommes certain, le meilleur accueil à ce nouveau travail de notre distingué confrère.

Dr E. RENAUD.

trent que la vie *en acte* a succédé à la mort apparente dans le cerveau et dans la moelle allongée. Des chiens sont revenus complétement à la vie, et même, une fois, après dix-sept minutes de mort apparente.

II. Dans d'autres expériences, en opérant sur des têtes séparées du corps, j'ai vu revenir des signes évidents de vie (mouvements respiratoires de la face et des narines, mouvements volontaires des yeux, etc.), après avoir injecté du sang chargé d'oxygène par les quatre artères encéphaliques à la fois. En cherchant quels sont les éléments du sang qui ont le pouvoir de régénérer l'activité de l'encéphale, j'ai constaté : 1° que du sang défibriné est capable d'agir tout aussi bien et tout aussi vite que du sang normal ; 2° que le sérum seul, quelque chargé d'oxygène qu'il soit, paraît être sans aucune influence ; 3° que plus le liquide sanguin employé contient de globules et d'oxygène, plus son influence régénératrice est grande. Comme on sait que le sérum absorbe considérablement moins d'oxygène que les globules, et comme plus il y a de globules dans le sang, plus il est capable d'absorber de l'oxygène, il fallait chercher si c'est par les globules seuls, ou par l'oxygène et les globules à la fois, ou enfin par l'oxygène seul que le sang agit dans ces expériences. Il est très-certain que ce n'est pas par les globules seuls ; car le sang noir, riche en globules, est incapable de régénérer l'activité de l'encéphale. Il est probable que c'est par l'oxygène seul ; mais comme il faut des globules pour porter l'oxygène, il reste possible que cet élément du sang et peut-être aussi quelques autres jouent un rôle essentiel dans la revivification de l'encéphale.

III. Les physiologistes sont presque unanimes à considérer le sang veineux comme ne jouant aucun rôle dans l'économie, et Bichat a essayé de montrer que ce sang est un poison. On pense généralement que le sang artériel possède des propriétés stimulatrices, et l'on voit en lui l'*excitant* de la moelle allongée (J. Mueller, par exemple), du cœur (Haller et son école) ou au moins du cœur gauche (Marshall Hall). A peine quelques physiologistes ont-ils pensé que le sang veineux, par l'acide carbonique qu'il contient, est un excitant de quelques organes ou de quelques parties d'organes, tels que la moelle allongée, les nerfs vagues dans les poumons, les bronches et les nerfs sensitifs dans la peau et les muqueuses (Marshall Hall, Volkmann, Kuerschner, Erichsen). J'ai trouvé et constaté par des expériences nombreuses, variées et très-souvent répétées depuis dix ans, que le sang artériel, ou mieux le sang rouge, artériel ou veineux, n'est un *stimulant*, un *excitant* pour aucun organe, pour aucun tissu ; tandis qu'au contraire le sang noir (sang veineux ordinaire, sang artériel dans l'asphyxie, etc.) est un stimulant pour tous les tissus contractiles et nerveux, ou au moins pour la plupart d'entre eux. Il faut qu'on se rappelle que stimuler ou exciter est l'acte par lequel les propriétés vitales de ces tissus sont mises en jeu, et non pas l'acte de nutrition par lequel l'énergie de ces propriétés s'augmente. Le premier de ces actes semble ne pouvoir être accompli que par le sang noir, tandis que le second semble ne pouvoir l'être à un degré notable que par du sang rouge. Ainsi donc, le sang artériel rouge sert à la nutrition, c'est-à-dire à la production et au maintien des propriétés vitales, et le sang veineux noir met en jeu ces propriétés par une stimulation. Le premier donne donc la *faculté d'agir*, la *force*; le second, avec les autres stimulants, donne l'*action*, et par là fait dépenser la force ; le premier donne la vie *en puissance*, le second la vie *en acte*, et il diminue par là ce que le premier augmente. Et comme les propriétés vitales de certains organes ne sont stimulées que par le sang veineux noir (normal) et que la mise en jeu de ces propriétés est essentielle à la vie, il s'ensuit que le rôle du sang veineux est essentiel comme celui du sang artériel normal.

IV. Dans les cas très-curieux où l'on a réussi par l'insufflation pulmonaire, ou à l'aide d'une diminution notable de la chaleur animale, etc., à rendre le sang rouge même dans les veines, on observe l'inverse de ce qui a lieu dans l'asphyxie, et j'ai trouvé qu'il y a alors une telle augmentation des propriétés vitales que la moindre excitation semble causer de la douleur, et qu'après la mort il y a une bien plus longue durée de la faculté réflexe, des mouvements du cœur, de l'excitabilité des nerfs moteurs et de celle des tissus contractiles, etc. En un mot, il y a alors une somme de vitalité considérable, tandis qu'après l'asphyxie, surtout si, étant incomplète, elle a été très-prolongée, les propriétés vitales de tous les tissus nerveux et contractiles disparaissent très-rapidement après la mort.

V. On a pensé que l'agitation et même les mouvements convulsifs de l'asphyxie dépendaient d'une influence d'un prétendu besoin de respirer.... Ces convulsions dépendent surtout de l'influence stimulatrice du sang noir sur la moelle épinière, car si elle est détruite, on ne voit plus que des tremblements dans ces membres.

VI. Si l'on ouvre l'abdomen d'un mammifère vivant et que l'on injecte alternativement et à plusieurs reprises du sang noir et du sang rouge dans l'aorte au-dessus de l'origine des artères rénales, on voit éclater des mouvements convulsifs dans le train postérieur à chaque injection de sang noir, et on les voit cesser sous l'influence du sang rouge.

VII. Si sur une chienne ou une lapine prêtes à mettre bas on sépare l'utérus de toutes ses connexions avec le système nerveux central et qu'on injecte ensuite du sang noir par l'aorte, on voit toujours des contractions de l'utérus et souvent une expulsion d'un ou de plusieurs fœtus ; si l'on remplace le sang noir par du sang rouge, les contractions cessent.

VIII. Des muscles de la vie animale paralysés par suite de la section de leurs nerfs moteurs se comportent comme l'utérus sous l'influence du sang noir et du sang rouge, mais les contractions sont moins fortes.

IX. Une propriété spéciale de la stimulation exercée par le sang noir est de produire des actions intermittentes.

X. Les belles recherches de MM. Prévost et Dumas sur la transfusion du sang et celles de Dieffenbach, de J. Mueller et de Bischoff, ont montré que le sang d'un animal agit souvent comme un poison pour un animal d'une autre espèce. J'ai constaté que cela dépend surtout de l'état du sang employé : s'il est noir, il tue en donnant lieu à des phénomènes convulsifs, comme dans l'asphyxie ; s'il est rouge, on peut l'injecter impunément.

Conclusion générale. — Nous croyons qu'il ressort des faits mentionnés dans ce travail que le sang rouge augmente les propriétés vitales, mais qu'il est incapable de les mettre en jeu en les stimulant, tandis que le sang noir est un stimulant énergique des centres nerveux, et aussi, mais à un moindre degré, des nerfs et des tissus contractiles, mais qu'il n'a point ou du moins qu'il n'a qu'un très-faible degré le pouvoir de maintenir et encore moins de régénérer les propriétés vitales. (Commissaires : MM. Flourens, Milne Edwards, Cl. Bernard.)

Mécanisme de la production du relief dans la vision binoculaire. — M. GIRAUD-TEULON lit un mémoire sur le mécanisme de la production du relief dans la vision binoculaire.

Appelons harmoniques ou identiques, dit l'auteur, les points des deux rétines propres à produire sur le cerveau une impression unique quand ils sont simultanément frappés. Si l'on suppose les deux hémisphères postérieurs du globe oculaire superposés géométriquement l'un à l'autre, les points géométriquement correspondants ou homologues seront en même temps harmoniques ou identiques, et le seront seuls. Cette détermination théorique de l'impression unique, dans la vision binoculaire, est généralement admise ; mais elle n'a pu, jusqu'à présent, rendre compte des faits exceptionnels signalés par Wheatstone ; faits dans lesquels il voyait le renversement de la théorie des points identiques, et qui lui ont servi à établir empiriquement son stéréoscope.

L'auteur se propose de démontrer, dans ce travail, que ces faits et la théorie deviennent concordants si on analyse de près la production de ce phénomène, en s'écartant de l'hypothèse de l'inaltérabilité de forme de la surface rétinienne. Il entre à ce sujet dans des considérations qui renferment l'explication complète de la production des images converses de M. Wheatstone, et font rentrer des faits en apparence exceptionnels dans la loi générale de la vision simple s'appuyant sur la théorie des points identiques.

Recherchant ensuite quel est l'agent producteur du mécanisme dont il vient de développer la nécessité, il montre que cet agent est le muscle ciliaire périphérique externe décrit par Brücke et Bowmann sous le nom de *tenseur de la choroïde.*

En examinant, dit-il, les insertions de ce muscle annulaire fixé, par son bord antérieur, à l'union de la sclérotique et de la cornée, et se fondant par ses fibres suivant la direction de tous les méridiens de l'hémisphère oculaire, on ne peut s'empêcher de lui reconnaître pour principale distinction la tension de la choroïde suivant un nombre quelconque de ses méridiens. L'effet consécutif et direct en est le plissement, le froncement de la rétine suivant ces mêmes méridiens : c'est celui que nous avons démontré devoir être produit dans l'adaptation harmonique.

En résumé, dit l'auteur en terminant, le travail d'accommodation que nous venons de décrire est le secret, le mécanisme de la production du relief, soit dans la vision binoculaire réelle, soit dans la vision stéréoscopique, et les différencie nettement de la vision monoculaire, et rend aisément compte de toutes les difficultés qu'a rencontrées jusqu'ici l'explication d'un grand nombre de phénomènes remarquables et curieux accomplis par l'appareil de la vision. (Commissaires, MM. Pouillet, Milne-Edwards, Faye.)

Anatomie du système nerveux. — M. J. LENHOSSEK présente une collection de préparations anatomiques faites d'après la méthode de M. L. Clarke. (Nous publierons le résumé de ce travail dans le numéro prochain.)

Formation physiologique du sucre dans l'économie. — M. H. BONNET lit son mémoire sur la fonction glycogénique du foie. Des considérations développées dans ce mémoire, M. Bonnet croit pouvoir déduire les propositions suivantes :

Le foie, comme l'a avancé M. Cl. Bernard, est doué d'une véritable propriété glycogénique, et rien d'analogue n'existe dans le reste de l'économie.

La formation posthume du sucre est bien réelle, et les faits qu'on a voulu lui opposer n'ont rien de concluant au point de vue physiologique, car du hachis de foie n'est pas du foie. Les deux substances de M. Figuier, l'une qui serait dans le tube intestinal, l'autre dans la veine porte, et qui appartiendraient, selon lui, à la série glucique, n'existent pas.

Si l'on venait à admettre un sucre non fermentescible dans la veine-porte, il n'en resterait pas moins ce fait, que le foie, en faisant fermenter, serait doué d'une propriété glycogénique, propriété qu'on ne retrouve pas ailleurs.

Il existe dans l'économie des matières grasses, albuminoïdes et autres, dont les éléments, en se groupant molécule à molécule sous certaines influences inconnues, viennent donner la matière glycogène.

A force de traiter le sang dans lequel se trouvent tous les éléments aptes à une fabrication de sucre, on peut parfaitement arriver à produire quelque chose ayant de l'action sur la levûre de bière ; mais ce n'est plus l'économie qui fait la condition, et on ne produit ces actes chimiques qu'en dehors de la physiologie. On transforme molécule à molécule certains éléments du sang, et on en fait du sucre en dehors de l'économie avec les éléments que donne cette économie. On n'arrive pas à prouver que le sang contient une substance appartenant à la série glucique ou intermédiaire à l'amidon et au sucre.

On cherche vainement dans le sang de la veine-porte quelque chose qui puisse servir de base aux considérations que développe M. Sanson.

La dextrine se transforme immédiatement sous l'influence de l'acide azotique fumant en acide oxalique, sans passer par la transformation de xyloïdine.

La formule qui représente la composition de l'amidon ordinaire n'est pas la même que celle de la dextrine ; ces deux corps ne sont isomères qu'autant que l'on considère les éléments de l'eau comme ne faisant pas parties constituantes de l'amidon.

M. Sanson est, je crois, le seul chimiste qui ait rencontré de la dextrine dans le sang d'animaux carnivores ; je ne l'ai pas trouvée. L'amidon, sous l'influence de la diastase, se transforme en glycose ; mais la dextrine aussi.

Malgré une alimentation riche en principes susceptibles de se transformer en sucre, le sucre formé sous l'influence de la diastase rencontrant des acides dans l'estomac et le tube digestif, ne peut rester sucre et doit subir des transformations en rapport avec les acides qu'il rencontre ; mais je ne vois aucun élément rencontré qui puisse renouveler de la dextrine.

En supposant qu'il y aurait de la dextrine partout, et surtout dans la veine-porte, cette dextrine, de l'aveu même de M. Sanson, ne trouvant sa transformation en sucre que dans le foie, le foie a donc implicitement, d'après lui, une propriété glycogénique.

D'après les considérations que j'ai développées, le foie a donc bien, comme l'a avancé M. Cl. Bernard, une propriété glycogénique, propriété qu'on ne retrouve pas ailleurs dans l'économie. La matière glycogène, contrairement à ce qu'on a pu avancer, s'isole facilement ; sa formule se rapproche de celle de l'amidon hydraté ; elle présente les caractères de l'amidon et aucun de ceux de la dextrine. La dextrine ne se rencontrant pas dans le sang de la veine-porte, rien ne peut faire supposer que ce soit à elle qu'on puisse attribuer la glycogénie du foie. (Commission déjà nommée.)

— M. CARON DU VILLARDS adresse de Maracaibo (Amérique du Sud) un mémoire ayant pour titre : « Mémoire sur la taille chez la femme. »

Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Velpeau, J. Cloquet et Jobert.

— M. TIGRI adresse de Sienne une Note concernant des observations sur des changements qu'éprouvent les *globules rouges du sang humain* dans certaines circonstances et particulièrement sous l'influence de l'éther introduit dans l'économie animale par voie d'inhalation pulmonaire. (Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. Andral Rayer, J. Cloquet.)

— M. BÉGIN prie l'Académie de vouloir bien le comprendre au nombre des candidats pour la place d'académicien libre, vacante par suite du décès de M. Largeteau.

Cette lettre est réservée pour la future commission.

Larves vivantes dans les sinus frontaux d'une jeune fille. — M. LEGRAND DU SAULLE communique une observation de larves vivantes dans les sinus frontaux d'une jeune fille de neuf ans.

(Nous publierons cette observation dans l'un des prochains numéros.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 22 octobre, M. Luzet, chirurgien de 2e classe de la marine, actuellement au Sénégal, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le jury du concours pour l'externat, qui doit s'ouvrir le 4 novembre prochain, vient d'être arrêté de la manière suivante : MM. Hervieux, Vulpian, Goupil, Verneuil et Demarquay, *juges ;* MM. Lailler et Ad. Richard, *suppléants.*

— Par arrêtés de M. le gouverneur général de l'Algérie du 24 et du 29 septembre 1857, ont été nommés médecins coloniaux :

M. le docteur Miergues, à l'Arba, 4e circonscription médicale du département d'Alger, en remplacement du docteur Colard, démissionnaire;

M. le docteur Dinnat, à Tounin, 9e circonscription du département d'Oran, en remplacement de M. Nowicki, démissionnaire.

— Le concours ouvert près la Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles, pour sept places d'internes dans le service des hôpitaux, vient de se terminer par la nomination de MM. Royer, Thirifays, Allart, Lequime, Lebrun, Thiriaux, et Van Roye.

— Le bruit qui s'était répandu de la démission de M. le docteur Darralde, inspecteur des Eaux-Bonnes, n'était nullement fondé. On nous communique une lettre de cet honorable confrère qui dément positivement cette nouvelle.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Aulraye, né à Barbeville (Calvados) ; *Recherches sur quelques cas de péritonite puerpérale épidémique observés à l'Hôtel-Dieu de Caen.*

Souchu-Servinière, né à Laval (Mayenne) ; *De l'épithélioma.*

Desprez, né à Broyes (Oise) ; *Des polypes nasaux et naso-pharyngiens, et de leur traitement par un nouveau procédé opératoire.*

Noël, né à Noyers (Oise) ; *De la chromatopseudopsie.*

Cazes, né à Lauzerte (Tarn-et-Garonne) ; *Généralités sur l'hérédité des maladies.*

Guichemerre, né à Périgueux (Dordogne) ; *Recherches pour servir au diagnostic de la tuberculisation pulmonaire au début.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces libraires aux mêmes conditions qu'à Paris.

De l'influence des chagrins sur l'homme, hygiène de l'affligé, par M. le docteur A. Bidart (d'Arras). Un vol. in-18 de 140 pages. Prix, 1 fr. 50 c. Chez Schulz et Thuillié, quai des Augustins, 7.

Le Gérant, La Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 127. — JEUDI 29 OCTOBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 127. — JEUDI 29 OCTOBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — Réquisition des médecins. — HÔTEL-DIEU (M. Trousseau). De la transmission de la syphilis de la nourrice à l'enfant et de l'enfant à la nourrice. — Kyste séreux du cou; injection iodée; guérison. — Anatomie du système nerveux. — Emploi du soufre mou comme ciment des dents cariées. — Liqueur de quinquina. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 27 octobre. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 28 OCTOBRE 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion de la précédente séance a porté ses fruits. La commission s'est réunie dans l'intervalle des deux séances; elle a commencé par se mettre d'accord avec elle-même d'abord, puis avec la majorité de l'Académie. Aussi la première conclusion rédigée de nouveau dans un sens conforme à l'esprit de cette majorité, a-t-elle été adoptée sans discussion. Mais cet accord n'a pas été de longue durée. La deuxième conclusion a donné lieu à un nouveau débat, qui n'a été ni moins vif ni moins confus que celui de la semaine dernière.

Il s'agissait, pour la première conclusion, d'une difficulté scientifique, savoir si une statistique nosologique des causes de décès était possible dans l'état actuel de la science. Suivant que la question était comprise dans son sens absolu ou dans un sens relatif, les uns répondaient non, les autres oui, et tous avaient raison suivant leur point de vue. Il ne fallait que s'entendre. La question évidemment ne pouvait être prise qu'au sens relatif. On s'est entendu pour la comprendre ainsi. La réponse dès lors ne pouvait plus être douteuse ; aussi la grande majorité de l'Académie s'est-elle prononcée pour l'affirmative, et la nouvelle rédaction de la commission a été adoptée presque sans opposition.

Dans cette seconde conclusion, ce n'est plus d'une difficulté scientifique ou de principe qu'il s'agit, mais d'une difficulté pratique ; et celle-ci sera peut être moins aisée à lever.

Le principe de la statistique admis dans la première conclusion, la seconde a pour objet d'indiquer les voies et moyens d'exécution. Ici de nombreux obstacles se présentaient. Les faits exposés dans le travail que nous a communiqué M. le docteur Constantin Gaudon, comme bien on pense, ne sont pas isolés. Sauf les proportions, les mêmes choses à peu près se passent dans toutes les campagnes, c'est-à-dire que le quart au moins, la moitié, peut-être même les deux tiers des individus meurent sans avoir reçu de soins de médecins. Dès lors, comment établir cette statistique sur une base suffisante pour lui donner quelque valeur! D'un autre côté, par qui et comment seront faites les constatations des causes de décès? Fera-t-on appel au zèle des praticiens de chaque localité; étendra-t-on à toute la France le système de constatation des décès actuellement en vigueur à Paris et dans les principales villes; ou créera-t-on, *ad hoc*, un ordre spécial de médecins fonctionnaires? Chacun de ces moyens, pris isolément, était insuffisant ou inexécutable. Tout ce qu'a dit notre confrère, M. le docteur Gery, relativement au mode actuel de constatation des décès et à l'impossibilité d'en tirer quelques renseignements utiles au point de vue statistique, est parfaitement vrai. Aussi la commission n'a-t-elle pas pensé qu'il suffirait d'étendre ce système à toute la France pour atteindre le but proposé; mais elle a jugé que l'extension de ce service serait un des moyens qui pourraient y concourir utilement.

Le principe de la commission a été celui-ci : que, pour réaliser le projet ministériel, ce ne serait pas trop de multiplier les sources de renseignements, et de faire concourir à la fois à son exécution tous les éléments médicaux dont l'administration pourrait disposer, les médecins traitants, les médecins vérificateurs des décès et enfin les médecins cantonaux.

Elle propose en conséquence :

1° De généraliser l'institution des médecins vérificateurs;

2° De créer des médecins cantonaux chargés tout à la fois de donner des soins médicaux aux habitants pauvres des campagnes, et de rédiger en cas de décès le bulletin indicateur de la cause qui l'a déterminé ; — et plus loin, dans une conclusion qui figure sous le titre V ou VI (nous n'avons pas l'ensemble des conclusions sous les yeux), il est dit que toutes les fois qu'il y aura eu un médecin traitant, ce médecin sera dans l'obligation de délivrer le bulletin, sauf à le faire contrôler au besoin par le médecin vérificateur ou par le médecin cantonal.

Ces diverses dispositions complètent, comme on le voit, un système qui a pour but d'assurer par la réunion du plus grand nombre de garanties possibles la bonne exécution de la statistique. Mais l'éloignement où se trouvent, dans la nouvelle rédaction, les articles où sont stipulées ces diverses conditions, leur a nui quelque peu dans l'esprit d'un grand nombre de membres ; et de fait, il y aurait eu peut-être de l'avantage pour la clarté du plan à inverser l'ordre des articles en question.

Ce n'a pas été là toutefois l'unique objet de l'opposition qu'a rencontrée cette seconde conclusion. M. Velpeau, et quelques-uns de ses collègues ont été de son avis, a vu dans ce droit de contrôle octroyé aux médecins cantonaux ou aux médecins vérificateurs par rapport aux médecins traitants, une source de conflits qui pourraient compromettre l'avenir de l'institution qu'on se propose de fonder.

Nous ne développerons pas ici les termes de cette discussion, que l'on trouvera d'ailleurs dans le compte rendu de la séance ; ces motifs, bien que secondaires au point de vue du but principal du projet, ont paru cependant à l'Académie dignes d'être pris en considération ; en conséquence, la seconde conclusion a été renvoyée à la commission, avec invitation de la rédiger de nouveau d'une manière à la fois plus nette et plus conforme à l'esprit même du rapport. — Dr Brochin.

RÉQUISITION DES MÉDECINS.

Déjà plusieurs fois dans la *Gazette des Hôpitaux*, en 1855 et 1856, nous avons exposé l'état actuel de la jurisprudence adoptée par la cour de cassation quant à la réquisition des médecins par l'autorité. Dans un long article, entre autres (30 juin 1855), nous avons rappelé trois arrêts, l'un en date du 29 fructidor an X, l'autre du 4 juin 1830, le dernier enfin du 18 mai 1855, dans lesquels il était dit en substance que la disposition de l'art. 475 du Code pénal n'est pas applicable au médecin qui refuse son ministère dans un cas d'accident, et que ce refus ne peut être assimilé au cas de calamité publique, etc. En un mot, la liberté de la pratique médicale paraissait être un fait désormais acquis.

Aujourd'hui, la cour suprême semble avoir changé sa jurisprudence, et les deux arrêts que nous rapportons plus bas d'après le *Journal du droit criminel*, qui les fait précéder d'une longue discussion que nous reproduisons également, tendent à prouver que cette cour reconnaît à l'autorité le droit de forcer les médecins à exercer leur ministère à sa réquisition.

Nous nous permettrons ici une réflexion : il nous a paru surprenant de voir la nouvelle doctrine soutenue dans une des causes que nous rapportons par un des membres les plus éminents de la cour, M. Faustin Hélie, qui dans son remarquable ouvrage, la *Théorie du Code pénal*, avait conclu à la non-application de l'art. 475 en pareille circonstance.

Voici le paragraphe auquel nous faisons allusion :

« Dans l'article 475, dit-il, il ne s'agit que d'un concours matériel ; » les exemples cités par la loi le démontrent suffisamment; c'est pour » éteindre un incendie, sauver des naufragés, etc. Dans tous ces cas, » il y a urgence d'un secours immédiat; il peut y avoir impossibilité » de se procurer sur-le-champ les secours organisés par l'administration; on invoque l'aide et l'appui des simples particuliers; la loi » leur fait un devoir de le prêter; elle punit leur refus comme une » faute. Mais il n'en serait plus ainsi d'un concours *intellectuel* ou » moral. Supposons qu'un avocat, un *médecin*, un expert soient requis » de procéder à une vérification, à une opération chirurgicale, à une » expertise ; leur refus ne motiverait nullement l'application de l'article, » car il serait peut-être absurde, et certainement ridicule, de contraindre par une pénalité un jurisconsulte à examiner un point de droit, » un médecin à faire une autopsie, un maître d'écriture à vérifier une » pièce fausse. Quelle confiance pourraient inspirer des experts contraints par la force à expertiser? Quel bénéfice la justice retirerait- » elle d'un pareil concours? » Dr A. Foucart.

Voici l'article du *Journal du droit criminel* :

Comment est sanctionné le devoir, pour les médecins et autres hommes de l'art, de prêter leur concours à la justice qui le requiert?

« I. Dans l'ancien droit, les experts pour vérification d'écritures pouvaient refuser leur concours, par le motif sans doute qu'il s'agissait d'un travail intellectuel qui ne saurait être requis avec contrainte ; et néanmoins les médecins ou chirurgiens, s'ils refusaient le ministère demandé par ordonnance du juge, encouraient une répression, parfois même la perte de leur état (Serpillon, *Code du faux*, p. 20-49, et *Code crim.*, t. I, p. 407; Jousse, *Justice crim.*, t. I, p. 408; t. II, p. 43).

» La législation actuelle, loin de poser une règle précise à cet égard, rend difficile une solution satisfaisante en ce qu'elle contient une foule de dispositions diverses qui fournissent des raisons de douter plutôt que des raisons de décider. Le Code de procédure civile, après avoir réglé les formes pour la nomination d'experts par le juge, admet qu'un expert peut refuser sa mission en ne se présentant point, et, pour le cas de refus ou négligence après serment prêté, limite la condamnation possible aux frais frustratoires avec dommages et intérêts, s'il y échet (art. 316). Le Code d'instruction criminelle, ayant prévu le cas de flagrant délit et spécialement celui d'une mort violente ou de cause suspecte, dit que le procureur impérial se fera accompagner ou assister d'une ou de deux personnes de l'art, d'un ou de deux officiers de santé, qui feront leur rapport après serment, mais sans émettre ici aucune disposition coërcitive ou répressive (art. 43 et 44); tandis qu'il y a des dispositions de cette nature à l'égard des témoins récalcitrants dans l'article 80, conférant au juge d'instruction lui-même le pouvoir de prononcer une condamnation à l'amende avec contrainte par corps, et dans les articles 304 et 355, étendant cette règle coërcitive vis-à-vis des témoins cités par le président d'assises pour un supplément d'instruction, ou bien assignés pour le débat en cour d'assises. Le Code pénal ne comprend pas les experts dans sa disposition qui, pour le cas de refus avec allégation d'une excuse reconnue fausse, édicte contre les jurés et témoins, outre les amendes pour la non-comparution, un emprisonnement de six jours à deux mois (art. 236) ; mais il ne fait aucune distinction quant aux personnes, lorsqu'il punit d'une amende de police « ceux qui, le pouvant, auront refusé ou négligé de faire les tra- » vaux, le service, ou de prêter le secours dont ils auront été requis, » dans les circonstances d'accidents, tumulte, naufrage, inondation, » incendie ou autres calamités, ainsi que dans les cas de brigandages, » pillages, flagrant délit, clameur publique ou d'exécution judiciaire » (art. 475, n° 12). » Enfin le décret du 8 juin 1811, tarifant les différentes opérations médicales avec transport judiciaire, met tous les experts sur la même ligne et ne leur accorde que des émoluments insuffisants, qui sont parfois inférieurs à leurs débours, tandis que certains cas demandent toutes les ressources de la science et obligent à requérir des médecins renommés, pour qui le déplacement est aussi difficile que coûteux (voyez les art. 16, 17, 19, 24, 25, 90, 91, 96, et Dalmas, *Frais de justice*, p. 41 et 44).

» De là quelques exemples d'hésitations et même de refus inexpliqués, d'injonctions persistantes et même de poursuites à fin de répression, ce qui nécessite une décision en principe.

» II. Pas plus que les experts en écritures, les médecins ou chirurgiens ne peuvent être assimilés aux témoins et contraints ou punis, soit en vertu de l'article 80 du Code d'instruction criminelle, ou des articles 304 et 355, soit par application de l'article 236 du Code pénal. Il y en a plusieurs raisons. Le témoin est indiqué par les circonstances du délit et par l'instruction; la déposition de tel témoin peut être absolument nécessaire; elle ne demande pas un travail intellectuel : il y a donc nécessité judiciaire et légale, sans aucun obstacle de droit ou de convenance pour les moyens coercitifs et répressifs vis-à-vis du témoin proprement dit. Quant à l'expert, c'est le choix du juge qui l'appelle ; à défaut de telle personne, on peut employer telle autre, dont l'état fait présumer une capacité suffisante. Sans doute, il y a des cas où l'on doit appeler un docteur en médecine ou en chirurgie, au lieu d'un simple officier de santé, où les connaissances spéciales de tel docteur doivent le faire préférer à d'autres; mais la présomption est que le juge aura toujours à sa disposition un expert suffisamment instruit et consciencieux, et la garantie de la justice se trouve dans le devoir moral que comprennent généralement ceux auxquels elle s'adresse, sans parler de leur intérêt et du tort que leur ferait un refus sans cause légitime. Comment d'ailleurs employer la contrainte pour un travail d'intelligence ou une opération scientifique pour obtenir un avis ou une opinion qui n'ont de valeur qu'autant qu'il y a eu pleine liberté? Et puis, le législateur eût-il pu autoriser ici la contrainte et punir le refus, toujours est-il qu'il ne l'a fait par aucune disposition pareille à celles qui concernent les témoins. Telle est la doctrine généralement admise et enseignée sans qu'aucun arrêt ait jugé le contraire (voy. *Journ. du droit criminel*, art. 859 et 962, *Théorie du Code pénal*, t. IV, p. 425; Mangin, *Instruction criminelle*, t. I, n° 86; Duverger, *Manuel du juge d'instruction*, t. II, p. 89; Devergie, *Traité de médecine légale*, t. I, p. 8; Trébuchet, *Jurisprudence de médecine*, p. 9).

» III. Les raisons qui ont déterminé le législateur à ne pas comprendre les experts dans l'article 80 ne devraient-elles pas aussi leur rendre inapplicable l'article 475, n° 12? C'est l'avis des auteurs de la *Théorie du Code pénal*, qui soutiennent que cette dernière disposition

a seulement en vue un concours matériel ; qu'elle ne peut pas s'appliquer au concours intellectuel, qui doit être libre et qui est rarement d'une urgence extrême (t. VIII, p. 392). Ajoutons qu'il serait étrange, quand le juge d'instruction et le président de la Cour d'assises n'ont pas de pouvoir vis-à-vis des experts refusant leur concours, de considérer comme obligatoire avec sanction pénale la réquisition de tout officier de police administrative ou judiciaire ; et qu'une poursuite en simple police est peu en rapport avec l'infraction, si l'on suppose qu'un médecin a manqué aux devoirs moraux et légaux d'une profession de cette importance, car il est certain que l'article 475 ne peut jamais être appliqué par le juge d'instruction ou le président d'assises (Duverger, t. I, p. 437). La jurisprudence elle-même a reconnu que notre législation pénale n'a pas de dispositions contre un refus inhumain, tel que celui d'une sage-femme appelée pour l'accouchement d'une indigente (Cour de cassation, 4 juin 1830) et celui d'un aubergiste chez qui la gendarmerie avec le maire conduisait un homme atteint d'une congestion cérébrale pour lui faire donner les premiers secours (rejet, 17 juin 1853 ; *Justice criminelle*, art. 5581). Mais la Cour de cassation applique l'article 475 à toutes les personnes, même aux médecins appelés comme experts, dès qu'il y a l'une des circonstances ici prévues, et spécialement celle de *flagrant délit*. Un premier arrêt, se fondant uniquement sur le texte, a déclaré passible de la peine de police un officier de santé chirurgien qui n'avait pas déféré à la réquisition à lui faite par le maire pour qu'il visitât le cadavre d'un homme pendu (Cour de cassation, 6 août 1836; *Justice criminelle*, art. 1942). Un arrêt récent a jugé l'article 475 inapplicable, parce qu'il n'a pas considéré comme rentrant dans ses prévisions la mort accidentelle à l'occasion de laquelle un médecin avait été requis par le commissaire de police, qui ne demandait que la constatation du décès (rejet, 18 mai 1855 ; *Justice criminelle*, art. 6260). Les deux arrêts que nous recueillons appliquent cette disposition pénale dans des cas de blessures et de découverte d'un cadavre qui ont paru constituer le flagrant délit. »

Arrêt (Ministère public contre Cayet). — La Cour : — vu l'article 475 du Code pénal, — attendu que cet article punit d'une amende de 6 à 10 francs ceux qui, le pouvant, auront refusé ou négligé de faire les travaux, le service, ou de prêter le secours dont ils auront été requis, dans les circonstances d'accidents, tumultes, naufrage, inondation, incendie ou autres calamités, ainsi que dans le cas de brigandage, pillage, flagrant délit, clameur publique ou d'exécution judiciaire ; — qu'il résulte du procès-verbal du commissaire de police que cet officier de police judiciaire a requis le sieur Cayet, officier de santé, de l'accompagner dans un cas de flagrant délit, pour apprécier la nature et les circonstances d'une blessure faite au nommé V. Marchand ; que cette réquisition faite en vertu des articles 43 et 50 du Code d'instruction criminelle et dans l'un des cas prévus par l'article 475, n° 12 du Code pénal, imposait à l'homme de l'art auquel elle était adressée l'obligation de prêter son concours, dans l'intérêt de la justice, aux opérations qui en étaient l'objet, à moins qu'il ne justifiât d'une impossibilité personnelle d'y obtempérer ; — que le jugement attaqué ne constate aucune impossibilité de cette nature ; qu'il se borne à déclarer que l'article 475, n° 12, n'est pas applicable au cas où un homme de l'art est requis pour apprécier la nature et les circonstances d'un crime ou délit, et que c'est par suite de cette interprétation qu'il a renvoyé le sieur Cayet des fins de la poursuite ; — que, par là, ce jugement a commis une violation formelle de l'article 475, n° 12, qui comprend le flagrant délit parmi les cas qu'il a énumérés ; — casse.

Du 20 février 1857. — Cour de cassation. — M. Faustin Hélie rapporteur.

Arrêt (Ministère public contre Lannégrie). — La Cour : — vu l'article 475, n° 12, du Code pénal ; — attendu que cette disposition punit d'amende, depuis 6 jusqu'à 10 francs inclusivement, ceux qui, le pouvant, auront refusé de faire le service ou de prêter le secours dont ils auront été requis dans le cas de flagrant délit ; — et attendu, dans l'espèce, qu'il résulte d'un procès-verbal régulier et du jugement énoncé qu'Étienne Lannégrie, docteur en médecine, fut requis, le 23 octobre dernier, par le commissaire de police des ville et canton de Morlaix, d'accompagner cet officier de police judiciaire, à l'effet de constater l'état d'un cadavre qui venait d'être trouvé sur le bord de la mer, et d'en faire son rapport pour être adressé au procureur impérial ; que cette réquisition était aussi légale et aussi obligatoire, selon les articles 32, 43, 49 et 50 du Code d'instruction criminelle, que si elle avait été faite par le procureur impérial, puisqu'elle avait pour cause un cas de flagrant délit ; — que ledit Lannégrie, qui refusa d'y obtempérer, ne pouvait être affranchi de la peine par lui encourue, que dans le seul cas où le tribunal saisi de la prévention aurait, d'après la preuve de ce fait produite devant lui, déclaré en termes formels qu'il avait été réellement dans l'impossibilité d'y obéir ; qu'en le relaxant de la poursuite, notamment par les motifs qu'il n'avait pas accepté la fonction qu'on voulait lui confier, et que le service était réclamé de lui dans un cas d'accident individuel et privé, déjà accompli, qui n'affectait point l'ordre public ni la sécurité des citoyens, le susdit jugement a commis un excès de pouvoirs, faussement interprété, et, par suite, violé expressément l'article 475, n° 12, du Code pénal ; — casse.

Du 20 février 1857. — Cour de Cassation. — M. Rives, rapporteur.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

De la transmission du virus syphilitique de la nourrice à l'enfant et de l'enfant à la nourrice.

Lorsque j'ai traité devant vous l'importante question de la syphilis congénitale (1), je vous ai prévenu que j'aurais un jour à entrer dans des considérations cliniques et médico-légales du plus haut intérêt relativement à la transmission de la vérole de la nourrice à l'enfant et de l'enfant à la nourrice. Le hasard ayant conduit dans notre petite salle des femmes nouvellement accouchées deux jeunes êtres qui nous ont présenté des traces non douteuses d'infection originelle, je ne veux point laisser échapper cette occasion de faire honneur à mes engagements.

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 25 octobre 1855.

Et d'abord, la syphilis chez le nouveau-né est essentiellement différente, selon qu'elle est congénitale ou acquise : ses manifestations et son pronostic ne sont plus les mêmes. La mort est la conséquence forcée de la contamination fœtale, tandis que la guérison est la loi générale de l'inoculation après la naissance.

La syphilis peut être congénitale de deux manières : ou bien la mère était déjà malade au moment de la conception, ou bien elle ne l'est devenue qu'après. Dans le premier cas, le germe a épousé la diathèse, et la vérole est éclose avec le premier battement du cœur ; dans le second, le mal est transmis de la tige à la greffe, du sein maternel à l'enfant déjà formé.

Le fœtus peut-il, lui aussi, communiquer *in utero* la syphilis à sa mère? En d'autres termes, un enfant dont le père jadis maltraité par le sort a cessé d'éprouver des accidents inoculables de l'homme à la femme, peut-il devenir pour sa mère le facteur du virus vénérien? Grave et difficile question que celle-là, cas bien embarrassant pour le praticien et le légiste. Que d'éléments en effet nous font défaut pour arriver à une solution! Toutefois, M. Ricord est disposé à adopter l'affirmative.

En y réfléchissant bien, il n'est pas plus malaisé de comprendre comment la mère peut, après avoir conçu, altérer le fruit de son ventre, qu'il ne l'est d'admettre la possibilité d'une contagion infectieuse du fœtus à la mère. Seulement, si l'un de ces faits est généralement accepté, l'autre reste un peu en litige.

Quel que soit son point de départ, la maladie n'en est pas moins une et identique ; aussi M. Ricord, réunissant ces deux variétés de syphilis congénitale, leur accorde-t-il la même place dans le cadre nosologique.

Quant à la syphilis acquise, nous devons tout d'abord nous demander si par le lait de la nourrice elle est transmissible au nourrisson. Eh bien, c'était parfaitement admis. Hunter vint, et il nia cette proposition ; ses disciples, confirmant l'opinion du maître, ne se sont pas départis de cette manière de voir, et M. Ricord, qui continue si glorieusement les traditions de l'école de Hunter, n'a pas rencontré un seul fait authentique de propagation vénérienne par le lait de la nourrice. Je dis *par le lait*, car il serait souverainement absurde de dire que le nourrisson jouit d'une complète immunité alors que sa nourrice porte un chancre infectant sur le mamelon.

Mais alors, comment s'opère la transmission ? Dans l'acte de l'accouchement et dans les présentations du sommet, le contact souvent répété des doigts du chirurgien sur les bosses frontales ou sur l'occiput de l'enfant est de nature à produire des excoriations ; que, dans ces circonstances, la femme porte des chancres dans le vagin, et le pus qu'ils sécrètent atteindra la surface dénudée, comme il pourra également s'inoculer à l'index écorché de l'accoucheur ou de la sage-femme. Je me hâte d'ajouter que, de toutes les causes de contamination syphilitique chez l'enfant, celle-ci est peut-être la moins fréquente, attendu le très-rapide passage de la tête à la région vulvaire, siége le plus habituel des lésions spécifiques, et attendu aussi la protection toute particulière due à l'enduit sébacé qui recouvre toute la surface du corps.

J'ai vu à l'hôpital Necker un petit garçon de quatre mois ayant des chancres. Sa mère, qui avait un chancre et des flueurs blanches, avait l'habitude de le prendre pendant la nuit dans son lit pour lui donner à teter. L'enfant, dont les cris étaient apaisés, se rendormait les fesses placées sur le ventre de sa mère, et, comme il avait quelques petites écorchures, il s'inocula le pus qui découlait de la vulve.

Il est des nourrices qui, pour obtenir le silence et le repos de l'innocente créature dont une mère confiante leur a livré le berceau, ont recours à des attouchements profanateurs, à d'odieuses caresses. Ces femmes, aux instincts dépravés, portent sur les parties génitales des enfants, et surtout des petites filles, des mains qu'elles ont souillées sur elles-mêmes. La plus légère excoriation a bien vite donné accès au poison.

Ces quelques exemples doivent vous faire pressentir combien il est essentiel de différencier la syphilis congénitale de la syphilis acquise, et combien il importe de suivre pas à pas l'évolution de cette dernière. Dans des questions aussi graves, la médecine légale est tous les jours appelée à éclairer la justice, et souvent de bien tristes débats ont retenti sur ce sujet sous la voûte de nos tribunaux. Je dis *bien tristes débats*, car la plupart du temps les données de l'art et de la science doivent céder le pas à celles de l'ignorance et du préjugé. Appliquez-vous donc à connaître intimement les récits où la magistrature relèguera un jour vos arguments, et convainquez-vous bien si vous voulez convaincre.

L'enfant que la syphilis atteint après sa naissance, porte un chancre absolument comme l'adulte ; les caractères de la lésion sont les mêmes. Cependant, le chancre dans le jeune âge a une plus grande tendance au phagédénisme, ce qui, vous le savez, éloigne un peu les manifestations d'accidents généraux ; en outre, il peut labourer la peau sans produire d'infection. Hunter l'a dit, M. Ricord l'a répété. Lorsque le chancre s'indure — et il s'indure sur place plus rarement chez l'enfant que chez l'adulte — la vérole est acquise. Devenue diathèse constitutionnelle, elle suivra ses allures ordinaires, mais en empruntant pour les jeunes sujets des formes plus exanthémateuses.

Les engorgements ganglionnaires accompagnent le chancre infectant; puis, au bout de six semaines ou de deux mois, la roséole apparaît, et plus tard le pharynx et le nez se prennent. Enfin, après un assez long espace de temps, les symptômes de la cachexie syphilitique ne sont plus récusables.

Que l'on vous mette en présence d'un enfant de quinze jours affecté de coryza spécifique — et c'est la règle dans la vérole héréditaire — est-ce que vous ne serez pas en droit d'affirmer qu'il s'agit là d'une maladie dont le point de départ a été le sein maternel? Évidemment, puisque le coryza est un des phénomènes tardifs de la syphilis acquise.

Qu'un autre enfant vous présente des plaques muqueuses huit ou dix jours après sa naissance, puis au bout d'un mois une hypertrophie du foie — ce signe positif de la cachexie vénérienne —, qu'il ait un peu plus tard des fissures aux lèvres, à l'anus, de l'écrasement du nez, et ce ne devra plus être pour vous une probabilité, mais bien une certitude absolue en faveur d'une vérole congénitale. Vous voyez combien ces signes différentiels de l'évolution d'une syphilis congénitale ou acquise peuvent éclairer une question de médecine légale, et de quel poids peut être votre témoignage.

Un enfant affecté de syphilis constitutionnelle peut-il communiquer des accidents à sa nourrice? M. Ricord avait nié que cela fût possible ; mais, observateur consciencieux et de très-bonne foi, il a aujourd'hui modifié son opinion première, et il pense que cette transmission peut bien avoir lieu. M. Ricord avait observé, et toute l'école huntérienne avait remarqué avec lui, la très-difficile inoculation des phénomènes secondaires de la syphilis; mais il existe maintenant dans la science un assez grand nombre de faits qui tendent à faire revenir le monde médical de son ancienne croyance. On résolvait donc par la négative la question que nous nous sommes posée, et voici le raisonnement bien simple des partisans de la non-transmission: les accidents secondaires ne se communiquent pas; or, la vérole dont a hérité l'enfant est secondaire; donc il ne saurait contagionner sa nourrice. L'observation semblait confirmer cette manière de voir. En effet, beaucoup d'enfants très-réellement infectés laissaient intacte la santé de la femme qui les avait allaités; mais voici venir d'autres faits qui établissent d'une façon péremptoire la possibilité de ce mode de contagion. Je me réserve de vous les citer dans la prochaine conférence.

Dr Legrand du Saulle.

KYSTES SÉREUX DU COU.

Injection iodée. — Guérison.

Par M. le Dr Dupuy, chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-André.

Obs. I. — Jeanne Sahort, de Rives (Basses-Pyrénées), âgée de quarante-deux ans, domestique, est entrée à l'hôpital le 23 février 1857, dans le service de M. le docteur Soulé fils.

Elle présente au côté droit du cou une tumeur allongée, s'étendant de la clavicule à l'apophyse mastoïde, en longeant le muscle sterno-cléido mastoïdien. Cette tumeur a commencé il y a deux ans ; elle s'est montrée d'abord à la partie moyenne du cou, d'où elle s'est étendue en haut et en bas jusqu'aux limites mentionnées déjà. Elle offre une fluctuation et une élasticité très-évidentes. M. Soulé annonce que c'est une hydrocèle du cou, devant être traitée comme les hydrocèles de la tunique vaginale.

Le 26 février, M. Soulé fait une ponction, évacue le liquide, et fait pousser une injection de teinture d'iode (quatre parties d'eau pour une de teinture). Cette injection est laissée en grande partie dans l'intérieur de la cavité.

La tumeur disparaît peu à peu. La malade sort le 8 mars complétement guérie. Elle rentre le 23 mars pour une brûlure. On ne voit plus de traces de l'énorme tumeur opérée un mois auparavant. Cette circonstance permet de constater que la cure est bien radicale.

Le liquide contenu dans le kyste était transparent, limpide, absolument semblable au liquide de presque toutes les hydrocèles vaginales.

Obs. II. — Mme L... se présente à la consultation gratuite de l'hôpital Saint-André, le 8 mars 1857. Elle est âgée de quarante ans; elle a eu seize enfants qu'elle a tous allaités; bonne constitution; menstruation toujours très-régulière. Son dernier enfant est sevré depuis quatorze mois. Quelques jours après avoir cessé la lactation, sans éprouver aucune douleur, elle reconnut qu'elle avait le côté droit du cou tuméfié. Ce gonflement a successivement augmenté, et aujourd'hui on aperçoit sous le sterno-cléido-mastoïdien une tumeur considérable s'étendant de la clavicule à l'apophyse mastoïde, et de la ligne médiane antérieure jusqu'à 3 ou 4 centimètres de l'épine cervicale. La tumeur est étranglée, suivant la ligne du cléido-mastoïdien, en avant duquel se trouvent deux ventres ou renflements. Le larynx est fortement dévié à gauche. Pas de changement dans la coloration de la peau; développement des veines superficielles.

Par le toucher on la trouve molle, peu résistante, indolore; la fluctuation paraît évidente.

La santé générale n'a reçu aucune atteinte de la présence de cette tumeur, son volume gêne les mouvements de la tête, et surtout les mouvements de la déglutition; il y a raucité de la voix.

Elle a le même siége, la même forme, les mêmes apparences enfin que le kyste séreux du cou dont l'observation vient d'être rapportée et à l'opération duquel j'avais assisté. Je porte le même diagnostic, et procède à l'opération le 11 mars. La ponction est faite avec un trocart ordinaire à la partie supérieure, en arrière de la ligne du sterno-mastoïdien. Le liquide injecté, contenant une partie de teinture d'iode sur trois parties d'eau, fut laissé dans la poche pendant dix minutes. Les douleurs furent vives en commençant ; le pouls devint petit et très-lent (40 pulsations). Après avoir malaxé la tumeur pour que la solution d'iode agît également sur toutes les portions du kyste, je retirai en grande partie le liquide injecté.

Tuméfaction, douleur, rougeur, et un peu de fièvre le second jour.

Le troisième jour, l'état fébrile disparaît ; la malade se lève le quatrième jour pour faire son ménage ; la tumeur diminue peu à peu ; le quinzième jour elle n'a plus que le volume d'un gros œuf. Un mois après l'opération, on remarque seulement une légère différence entre les deux côtés de la région cervicale ; le larynx est revenu à sa place ; la rau-

cité de la voix a diminué ; le toucher fait reconnaître un noyau induré adhérent à la face profonde du sterno-mastoïdien et au lobe droit de la glande thyroïde.

Aujourd'hui, 15 mai, la guérison est confirmée, le noyau a disparu ; la malade a meilleur teint, elle a pris de l'embonpoint.

Le liquide que contenait ce kyste était roussâtre, peu transparent. Il tenait en suspension une infinité de granulations comme de très-petits grains de semoule. Par le repos, il se séparait en une couche superficielle ayant le tiers d'épaisseur de la couche profonde, et présentant un aspect gluant. L'acide nitrique et la chaleur le transformaient complétement en une masse d'albumine.

Je transcris la note que m'a remise M. le docteur de Sainte-Marie sur son analyse micrographique :

Liquide rempli de corpuscules micacés. Ces corpuscules, vus au microscope, se montrent composés essentiellement de cristaux de cholestérine très-abondants. En outre, dans le liquide nagent un assez grand nombre de globules sphériques, de six à neuf millièmes de millimètre, à contenu transparent muni de une, deux ou trois granulations fortement accentuées. Sont-ce des noyaux à l'état libre appartenant aux cellules de l'épithélium des vésicules glandulaires de la thyroïde, ou bien, sont-ce ces mêmes cellules incomplétement développées par suite d'un état pathologique ?

Ce kyste se rapproche des tumeurs méliceriques de la peau, dans lesquelles, *chose assez rare du reste*, le contenu s'est considérablement liquéfié, de manière à ne contenir que des amas de cholestérine et très-peu de cellules transparentes caractéristiques du sébum, cellules considérées généralement, mais un peu à tort, comme des cellules épithéliales privées de noyaux et remplies d'une graisse opaline.

(*Union médicale de la Gironde.*)

ANATOMIE DU SYSTÈME NERVEUX.

Par M. J. Lenhossek.

(*Académie des sciences, séance du 19 octobre 1857.*)

Le travail sur l'anatomie du système nerveux que M. Lenhossek a présenté à l'Académie des sciences dans la séance du 19 octobre est résumé dans les conclusions suivantes :

Il résulte de mes recherches, dit l'auteur :

1° Que le système nerveux central se compose de substance grise, de substance blanche, et d'une substance intermédiaire dite *substance gélatineuse de Rolando*.

2° Que la substance grise est formée d'une masse hyaline générale avec des cellules nerveuses de trois espèces :

A. De cellules nerveuses avec tous leurs attributs généralement répandus.

B. De grandes cellules nerveuses avec tous leurs attributs réunies en groupes. Elles se montrent dans les colonnes motrices, dans les colonnes sensitives et ailleurs.

C. De cellules nerveuses sphériques avec tous leurs attributs, remplies de pigment brun foncé. Celles-ci forment seulement la substance ferrugineuse et la substance noire de Sœmmering.

3° Que la substance blanche est formée de fibres primitives qui se terminent dans les divers organes du système nerveux central en forme de radiations.

4° Que la substance dite *gélatineuse* est formée par la substance grise qui traverse les faisceaux de la substance blanche en forme de filet.

5° Que la substance grise a les rapports suivants :

A. Dans la moelle épinière elle constitue quatre colonnes, dont deux antérieures motrices et deux postérieures sensitives qui sont réunies les unes aux autres par la commissure grise.

B. Dans la moelle allongée ces quatre colonnes changent leur position relative : les colonnes antérieures deviennent internes et les colonnes postérieures externes. Elles conservent cette juxtaposition dans toute l'étendue du sinus rhomboïdal ; plus loin les colonnes motrices se continuent seules au fond du troisième ventricule pour se terminer dans l'infundibulum. Les colonnes sensitives au contraire passent dans les couches optiques et dans les corps striés.

C. A l'endroit où la juxtaposition des quatre colonnes a lieu, disparaît la commissure et commence la cloison médiane de Vicq-d'Azyr, qui est formée par le prolongement de la substance grise. Cette cloison se continue dans toute la longueur du pont de Varole.

6° Que dans la moelle épinière la substance blanche d'un côté est complétement séparée de celle du côté opposé par la fente longitudinale antérieure et postérieure, et que dans la moelle allongée et dans le pont de Varole une séparation analogue a lieu par la cloison de Vicq-d'Azyr.

7° Qu'à l'endroit où la juxtaposition des quatre colonnes de la substance grise a lieu, la substance blanche se porte de plus en plus en avant, jusqu'à ce que la substance grise reste enfin à découvert dans le sinus rhomboïdal.

8° Que les fibres primitives des racines de tous les nerfs prennent naissance dans la substance grise :

A. Dans quelques cas ces fibres proviennent des prolongations des cellules nerveuses.

B. Mais le plus ordinairement elles prennent naissance par groupes, sans qu'on puisse déterminer leur origine. Ces groupes fibreux traversent dans différentes directions la substance blanche pour former à la surface les racines des nerfs. Ces fibres ne contribuent jamais au développement de la substance blanche ; de même celle-ci ne donne pas de fibres pour les racines des nerfs spinaux.

9° Que les racines motrices des nerfs spinaux et des nerfs moteurs cérébraux, tels que l'hypoglosse, le moteur oculaire externe et interne, le facial, la petite portion du trijumeau, le moteur oculaire commun, prennent naissance seulement dans les colonnes motrices.

10° Que les racines sensitives des nerfs spinaux et des nerfs sensitifs cérébraux, tels que l'acoustique, la grande portion du trijumeau, l'optique et l'olfactif proviennent seulement des colonnes sensitives.

11° Que les racines des nerfs cérébraux mixtes, tels que les deux racines supérieures des nerfs accessoires de Willis et le pneumogastrique, prennent leur origine aussi bien dans les colonnes sensitives que dans les colonnes motrices.

12° Qu'il y a quatre sortes de croisements dans la moelle épinière, la moelle allongée et le pont de Varole.

A. Dans la moelle épinière, les fibres primitives des racines motrices se croisent en avant du canal central et les fibres des racines sensitives en arrière de ce canal. Ces entre-croisements sont produits par l'origine dans le côté opposé d'une partie des fibres primitives des racines.

B. Dans la moelle allongée et dans le pont de Varole les fibres primitives des racines des nerfs moteurs cérébraux et seulement la portion motrice des nerfs cérébraux mixtes s'entre-croisent au milieu des colonnes motrices par la même cause que dans la moelle épinière.

C. Dans la cloison de Vicq-d'Azyr, il y a un entre-croisement de droite à gauche de quelques fibres de la substance blanche, de la moelle allongée et du pont Varole.

D. Il y a un croisement des six parois de faisceaux de la substance blanche et de la moelle allongée en avant du canal central connu sous le nom de *décussation pyramidale*.

13° Les fibres primitives des racines du plexus nerveux de la pie-mère, comme celles de toutes les racines des nerfs accessoires de Willis (les deux racines supérieures exceptées), proviennent de toute la périphérie de la substance grise.

Dans le plexus à la surface de la pie-mère on trouve :

A. Entre les fibres primitives nerveuses, des cellules nerveuses intercalées.

B. Des cellules nerveuses groupées, suspendues, flottantes à la surface externe des nerfs de la pie-mère. Ces dernières sont remplies de pigment.

14° Que les deux corps olivaires sont composés de deux substances, l'une externe grise avec circonvolutions, l'autre interne blanche. La substance blanche est formée par l'irradiation des fibres primitives des pédoncules de ces corps, qui prennent leur origine dans les colonnes motrices et par la commissure transversale qui traverse la cloison de Vicq-d'Azyr.

15° Que le canal central de la moelle épinière parcourt toute la longueur de celle-ci et s'ouvre dans le calamus scriptorius. Les parois sont formées intérieurement par une enveloppe de cellules épithéliales cylindriques, et extérieurement par une couche des fibres longitudinales de M. L. Clarke, qui se prolongent dans la couche épithéliale du sinus rhomboïdal.

Dans la région lombaire on rencontre une masse granuleuse intercalée entre cette couche fibrillaire et les cellules épithéliales.

16° Que de chaque côté du canal central il y a une grosse veine qui se bifurque successivement dans la région de la moelle allongée d'une part, et dans celle du cône médullaire de l'autre. (Commissaires : MM. Serres, Flourens, Milne Edwards et Cl. Bernard.)

EMPLOI DU SOUFRE MOU COMME CIMENT DES DENTS CARIÉES.

M. H. Henriot fait connaître l'heureux emploi qu'il a fait du soufre mou pour remplacer les mastics divers appliqués aux dents cariées. Cette matière, qui acquiert peu de temps après son introduction dans la cavité dentaire une dureté considérable, est insoluble à froid dans tous les corps (le sulfure excepté) ; elle n'est attaquée par aucune des substances alimentaires ou dentifrices. Enfin, sa préparation et son application se font avec une facilité et une promptitude extrêmes. Il suffit, en effet, de prendre un petit tube de verre fermé à une de ses extrémités, d'y mettre quelques fragments de soufre ordinaire, ou mieux un peu de fleur de soufre lavé, de chauffer avec une lampe à alcool et de précipiter dans l'eau. Il est nécessaire que le soufre soit porté à une température supérieure à 200° pour obtenir par sa précipitation dans l'eau cette masse spongieuse, brune, molle et élastique, qu'on appelle le soufre mou. On reconnaît que la température s'est élevée à un degré suffisant, lorsque le liquide en fusion, après être devenu visqueux, reprend sa fluidité première. La préparation ainsi obtenue, on l'introduit sous forme de petites boules, et on la tasse dans la dent cariée. En deux minutes, on peut préparer le soufre mou.

(*Journ. des connaiss. méd.*)

LIQUEUR DE QUINQUINA.

M. Deschamps a publié la formule suivante qu'il croit pouvoir être substituée au vin de quinquina, parce qu'elle possède des vertus médicales plus constantes et qu'elle sera d'un prix moins élevé.

Alcool à 86 degrés centésimaux.	162	grammes.
Eau	847	—
Acide sulfurique à 66 degrés	1	—
Quinquina jaune	100	—
Ecorce d'orange	5	—

Laissez macérer le tout pendant dix jours, passez et ajoutez à une partie du macéré une demi-partie de sucre ; laissez dissoudre le sucre et filtrez.

30 grammes représentent le macéré de 2 grammes de quinquina. L'écorce d'orange est employée pour aromatiser un peu la liqueur.

Cette formule pourrait servir à préparer un certain nombre de liqueurs médicinales, en remplaçant le gramme d'acide sulfurique par un gramme d'eau. (*Bulletin de thérap.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 octobre. — Présidence de M. Michel Lévy.

M. le ministre du commerce transmet :

1° A titre de communication, un exemplaire d'un volume résumant les travaux du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département du Tarn, pendant l'année 1856 (commission de statistique) ;

2° Un rapport de M. le docteur Haime, médecin des épidémies de l'arrondissement de Tours, sur une épidémie de rougeole et de suette qui a régné dans la commune de Rochecorbon, pendant les mois de mars et d'avril derniers (commission des épidémies) ;

3° Une demande d'avis et de rapport sur une source minérale sise à Martigny-la-Marche (Vosges), que le sieur Morlot demande l'autorisation d'exploiter (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Chrestien (de Montpellier) adresse un nouveau mémoire sur l'innocuité et les avantages du seigle ergoté dans les accouchements, lorsqu'il est administré à propos. Ce travail fait suite à une communication précédente du même auteur sur le même sujet. (Commissaires, MM. Depaul et Danyau.)

M. le docteur Santero Mirone demande à l'Académie un tour de faveur pour la lecture d'un mémoire sur la phthisie syphilitique.

— M. le Président annonce à l'Académie qu'elle se formera en comité secret à quatre heures et demie, pour entendre la lecture d'un rapport de prix.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Monstruosité double. — M. Depaul annonce qu'il a reçu de M. le docteur Le Roy Desharres (de Saint-Denis) une lettre qui l'informe qu'il vient de délivrer une femme de vingt-neuf ans, déjà mère de cinq enfants bien conformés, et qui a mis au monde deux enfants jumeaux monstrueux, accolés par la région abdominale et vivants. La réunion a lieu sur la ligne médiane, de l'ombilic au pubis exclusivement. Ces deux jumeaux n'avaient, ainsi que c'est le cas ordinaire, qu'un seul placenta et un seul cordon. Ils avaient aussi les mêmes enveloppes. Les corps de ces deux enfants sont parfaitement distincts jusqu'à l'ombilic, ce qui établit une différence entre le cas actuel et celui qu'a cité autrefois Duverney, de deux enfants réunis par fusion des bassins. Mais si ces enfants ont deux bassins distincts, ils manquent complétement d'ouvertures anales ; l'un d'eux rend par la verge du méconium mêlé de gaz, tandis que l'autre ne rend que de l'urine par le même organe, ce qui donne à penser que, malgré l'indépendance des bassins il y a une fusion plus ou moins complète des organes contenus dans chacun d'eux. D'ailleurs, les organes sexuels extérieurs sont normalement conformés.

M. Depaul exprime le regret qu'un malentendu l'ait empêché de présenter ces enfants à l'Académie ; il invite ceux de ses collègues qui désireraient les voir, à se rendre chez lui demain matin à midi.

M. le président propose à l'Académie de nommer une commission qui examinera ces sujets et en fera l'objet d'un rapport.

MM. Velpeau, Moreau, Cruveilhier et Depaul sont délégués pour faire partie de cette commission.

— L'ordre du jour appelle la discussion du rapport sur la statistique des causes de décès.

DISCUSSION.

Statistique des causes de décès. — M. Guérard, sur l'invitation de M. le président, monte à la tribune et lit le supplément de rapport qui suit :

La commission de statistique nosologique des décès s'est réunie pour procéder, conformément à votre décision, à une rédaction nouvelle de la *première conclusion* du rapport qui vous avait été lu en son nom dans la séance du 13 de ce mois, et dont la discussion s'est ouvert mardi dernier.

La rédaction nouvelle est celle-ci : *Dans l'état actuel de la science en France, une bonne statistique médicale, c'est-à-dire l'enregistrement régulier des causes de décès, est possible et doit être mise à exécution.*

Après avoir adopté cette rédaction, la commission a pensé qu'il convenait de soumettre à la discussion les autres conclusions du rapport, afin de les mettre en harmonie avec la première, et de faire droit aux observations qui ont été produites devant vous dans la dernière séance.

Un premier fait est ressorti de cette discussion, nous voulons parler de l'avantage qu'il y aurait à ne pas nous astreindre à suivre la lettre ministérielle question par question.

Sans rien changer à l'esprit de notre rapport, nous nous sommes attachés, dans la nouvelle rédaction, à suivre l'enchaînement logique des idées reliant par un simple renvoi la conclusion qui les résume à la question à laquelle elles se rattachent.

C'est ainsi qu'ayant établi tout d'abord que *la statistique nosologique est possible et qu'elle doit être mise à exécution*, nous indiquons immédiatement les moyens propres à atteindre ce but.

Ces moyens sont : 1° La création de médecins cantonaux ; 2° l'extension de l'institution des médecins vérificateurs. Les premiers donneront des soins pendant la maladie aux habitants des communes rurales, soins dont ces habitants sont trop souvent privés, et en cas de décès ils seront parfaitement placés pour en constater la réalité et en assigner les causes.

Les imperfections inhérentes à l'institution des médecins vérificateurs de décès telle qu'elle existe, disparaîtront par l'obligation imposée à tout médecin ayant traité un malade, de délivrer, en cas de décès, un bulletin indicateur de la cause qui l'a déterminé.

Mais il est un troisième rouage qui vient s'ajouter aux deux premiers et en rend l'action aussi simple que facile ; c'est la formation d'un *bureau médical de statistique*, siégeant auprès de l'administration centrale, et appelé à dépouiller les *bulletins* indicateurs. Le concours des médecins qui feraient partie de ce bureau donnerait au travail dont il s'agit un degré d'exactitude qu'on ne saurait trop favoriser. Déjà le *Congrès statistique* de Paris avait exprimé le vœu que des médecins fussent appelés à concourir à ce dépouillement des bulletins. Avec ce bureau et les deux ordres de médecins fonctionnaires précités, il n'est plus besoin de *liste de synonymie*, ni même de *loi*, pour faire exécuter les prescriptions de l'administration et suivre les instructions de l'Académie.

Tous les *bulletins* seront secrets, et envoyés avec numéro d'ordre et cachetés à la mairie de la commune : de là ils passeront au chef-lieu de canton, où on les rassemblera sous un même titre pour les

transmettre au chef-lieu d'arrondissement, et plus tard, en leur conservant leur marque d'origine et de date, au chef-lieu de département, d'où ils seront enfin expédiés à l'administration centrale, au bureau de statistique médicale, qui en opérera le dépouillement.

Voici maintenant les conclusions auxquelles s'est définitivement arrêtée la commission, et qu'elle a l'honneur de vous proposer d'adresser à M. le ministre en réponse aux questions qui vous ont été soumises en son nom :

1° Dans l'état actuel de la science en France, une bonne statistique médicale, c'est-à-dire l'enregistrement régulier des causes de décès, est possible et doit être mise à exécution (1re question);

2° Pour faciliter cet enregistrement régulier des causes de décès, il convient :

1° De généraliser l'institution des médecins *vérificateurs* (5e question);

2° De créer des médecins cantonaux chargés tout à la fois de donner des soins médicaux aux habitants pauvres des campagnes, et de rédiger en cas de décès le *bulletin indicateur* de la cause qui l'a déterminé.

(Nous n'avons sous les yeux que les conclusions qui ont été soumises à la délibération dans cette séance. Nous reproduirons les autres à mesure qu'elles seront discutées.)

M. DESPORTES demande la parole sur l'ensemble des conclusions.

L'Académie consultée décide que la discussion générale ne sera pas rouverte.

On passe à la discussion de chacune des conclusions.

M. GUÉRARD donne lecture de la rédaction nouvelle de la première conclusion.

M. DESPORTES observe qu'il y a des inconvénients à ne pas suivre l'ordre même des questions ministérielles. Ainsi la première question de M. le ministre comprend deux paragraphes ; il demande d'abord si une bonne statistique nosologique des causes de décès est possible, et en second lieu il appelle notre attention sur les causes de mort les plus fréquentes. La commission se borne à répondre à la deuxième partie de la question. Je crois qu'il vaudrait mieux conserver l'ordre des questions ministérielles.

M. DEVERGIE croit aussi qu'il y aurait un grand intérêt à suivre l'ordre indiqué par M. le ministre. Il conviendrait même de donner une nouvelle lecture des questions pour voir s'il y a une correspondance exacte entre les demandes et les réponses.

M. LE PRÉSIDENT fait remarquer que la commission a préféré suivre l'ordre logique plutôt que l'ordre littéral des questions auxquelles elle avait à répondre ; il demande si l'Académie est d'avis de renvoyer de nouveau les conclusions à la commission pour les mettre en rapport avec l'ordre littéral des questions ministérielles.

M. JULES GUÉRIN insiste pour la lecture des questions ministérielles.

M. GUÉRARD. Ainsi que j'ai eu l'honneur de le dire en commençant, la disposition nouvelle adoptée par la commission pour les conclusions a eu pour objet de suivre l'ordre logique des questions ministérielles, et de montrer la sympathie de la commission, et probablement de l'Académie, pour les mesures proposées. L'impression générale produite par la lecture des conclusions, déjà publiées par la presse médicale, a été défavorable en ce sens qu'on a pu croire que la commission n'était pas sympathique à l'institution nouvelle. De ce qu'une pareille entreprise présente de grandes difficultés, ce n'est pas une raison pour ne pas donner suite à ce projet, et les imperfections mêmes de nos premiers résultats apprendront à mieux faire dans l'avenir. Peut-être est-ce à la manière dont étaient disposées les questions qu'était due l'impression défavorable dont je viens de parler ; la rédaction nouvelle des conclusions nous paraît de nature à détruire cette première impression. Chaque fois qu'on arrivera à une conclusion nouvelle, je pourrai lire la question ministérielle qui s'y rapporte pour mieux éclairer le débat et répondre au désir qu'on vient d'exprimer.

M. GUÉRARD donne lecture de la première question et de la première conclusion.

La première conclusion est mise aux voix et adoptée.

M. H. LARREY demande la parole pour une motion d'ordre ; il s'attendait, dit-il, à ce que chaque conclusion donnerait lieu à une discussion spéciale, et qu'on ne se bornerait pas à les mettre successivement aux voix.

M. GUÉRARD donne lecture de la deuxième conclusion, dont les motifs se trouvent expliqués dans le corps du rapport ; cette conclusion se rapporte en partie à la cinquième question, ainsi conçue : *L'Académie n'estime-t-elle pas que la statistique nosologique serait particulièrement facilitée si l'institution des médecins vérificateurs des décès était généralisée, au moins dans les villes chefs-lieux d'arrondissement?* La commission, dans sa réponse, a ajouté un complément à la pensée du ministre.

M. MOREAU pense qu'il serait utile de réunir les fonctions de médecins vérificateurs des décès à celles des médecins cantonaux.

M. VELPEAU demande si l'on n'entrevoit pas de difficultés à instituer des médecins cantonaux chargés de vérifier les décès dans les villes de peu d'importance, et surtout dans les campagnes. A Paris même, les médecins vérificateurs sont assez mal vus par les autres médecins, et ce n'est pas sans raison. En effet, un malade succombe, le médecin vérificateur n'est pas toujours bien disposé en faveur du médecin qui l'a traité ; sans rien dire même, il laisse souvent entrevoir des choses dont la famille se saisit. Et ceci n'est pas une vue de l'esprit, c'est une chose qui arrive souvent. De pareils faits se retrouveront dans les petites villes et dans les campagnes. Pourquoi les médecins qui soignent les malades ne seraient-ils pas chargés de donner leur avis sur la cause de décès, pour éviter toutes ces complications?

M. GUÉRARD. D'après les conclusions dont nous proposons l'adoption à l'Académie, tout médecin traitant sera tenu d'indiquer sur un bulletin la cause du décès ; mais il a fallu prévoir le cas où un malade n'aurait pas réclamé les secours d'un médecin. Les fonctions de médecin vérificateur ont offert quelquefois des inconvénients, dit M. Velpeau ; est-ce une raison pour rejeter une bonne institution ? Il ne faut pas se préoccuper ainsi des petites passions humaines. Les médecins cantonaux surtout sont appelés à rendre de grands services dans les campagnes. Dans les pays où la population est clair-semée, une grande partie des paysans, la moitié, les deux tiers, les trois quarts peut-être, meurent sans secours ; l'institution des médecins cantonaux fera cesser un aussi triste état de choses. Lorsque nous avons prononcé le mot de fonctionnaires, nous avons voulu dire, sans prononcer le mot *argent*, que ces médecins seraient convenablement rétribués, qu'ils seraient traités comme des fonctionnaires. Il n'est pas dans la pensée de la commission ni de l'administration de nommer un médecin vérificateur des décès par canton, c'est une mesure qui ne peut s'appliquer qu'aux villes d'une certaine importance ; mais là où ces médecins auront été institués, ils pourront concourir utilement à la statistique des causes de décès.

M. DESPORTES. On pourrait parer à l'inconvénient qu'on signale en demandant que les fonctions de médecins vérificateurs et de médecins cantonaux fussent faites à tour de rôle.

La proposition de M. Desportes n'est pas appuyée.

M. VELPEAU ne voit pas de meilleur moyen de pallier l'inconvénient qu'il a cité, que de demander l'indication de la cause de décès au médecin même qui a traité le malade.

M. MICHEL LÉVY. L'institution des médecins cantonaux fonctionne depuis trente ans en Alsace et depuis quelques années dans la Moselle, et elle n'a jamais donné lieu à des réclamations.

M. GUÉRARD. Je voudrais faire bien comprendre l'intention de la commission ; elle a été celle ci : il y aurait eu lacune dans les statistiques par suite du défaut de soins donnés aux malades dans les campagnes. Pour combler cette lacune, la commission propose d'établir des médecins cantonaux.

M. GIBERT. La mesure est excellente au point de vue des malades ; il faut laisser un peu de côté notre intérêt professionnel et ne s'occuper que de la question d'humanité.

M. DEVERGIE. Il faut nécessairement un article de loi pour obliger le médecin à déclarer le décès, de même qu'une loi l'astreint à la déclaration des naissances ; vous ne pourrez pas l'y contraindre sans cela.

M. GUÉRARD. Le ministre demande s'il suffira d'une circulaire ou s'il faut une loi pour assurer la délivrance des *bulletins indicateurs*. Du moment où le ministre pose cette question, il pense qu'on a le droit de réclamer des médecins la remise de ces bulletins. Il a prévu le cas où la déclaration de la cause de décès aurait des inconvénients pour les familles, et il a voulu concilier l'obligation d'indiquer la cause de décès avec la prescription de l'article 378 du Code pénal par certaines mesures qu'il nous a soumises. La loi ne serait pas nécessaire pour obtenir les bulletins indicateurs, mais elle pourrait devenir nécessaire pour vaincre les résistances d'une partie du corps médical.

M. MICHEL LÉVY, président. Dans la pensée de la commission, le médecin traitant devra toujours déclarer la cause de décès, et le médecin cantonal ne sera là que pour combler une lacune et exercer un contrôle. Je propose de passer outre et de voter sur la deuxième conclusion.

M. VELPEAU. M. le président vient de dire que le médecin cantonal exercera un contrôle sur le médecin traitant. Je n'ai rien à dire contre l'institution des médecins cantonaux, mais je ne voudrais pas lui accorder de contrôle sur le médecin traitant. Celui-ci est en mesure, mieux que personne, de dire de quoi le malade est mort. Je voudrais que le *bulletin indicateur* fût demandé au médecin traitant, et *quand il n'y en a pas eu*, au médecin cantonal. Je formulerais ainsi cette conclusion : *Le bulletin de la cause de décès sera donné par le médecin traitant, ou à son défaut par le médecin cantonal.* Il me semble inutile de parler des médecins vérificateurs.

M. GUÉRARD. Il n'y a de médecins vérificateurs qu'à Paris et dans les grandes villes et il n'est pas question d'en instituer partout. Mais là où ils existent, pourquoi se priver de leur concours. De ce que quelques-uns manquent à leurs devoirs et à la dignité médicale, faut-il les envelopper tous dans une proscription commune? De ce qu'un consultant retournera dans la maison où il a été appelé pour se substituer au médecin ordinaire, est-ce une raison pour renoncer aux consultations, qui sont une chose bonne et utile?

M. BARTH. Il me semble que la commission dit que le médecin traitant devra délivrer le bulletin indicateur de décès, mais que le médecin cantonal interviendra dans certains cas, lorsque des familles, pour une raison quelconque, n'auront pas appelé de médecin auprès de leurs malades.

M. GUÉRARD donne de nouveau lecture de la deuxième conclusion.

M. ROBERT appuie la proposition de M. Velpeau. Les médecins vérificateurs remplissent une mission tout à fait étrangère à la statistique ; ils constatent simplement la réalité du décès, et ne peuvent s'éclairer que des ouï-dire des personnes qui ont entouré le malade. Il demande qu'on supprime de la deuxième conclusion l'idée de généraliser l'institution des médecins vérificateurs, attendu qu'ils ignorent le plus souvent les causes du décès.

M. JULES GUÉRIN observe que le ministre a posé une question pratique et qu'on lui répond par une question de principe. Il faut répondre à M. le ministre que le bulletin indicateur devra être délivré par le médecin traitant, et en son absence, par le médecin cantonal.

M. BOUCHARDAT parle dans le même sens.

M. CAZEAUX. En ajoutant un mot à la rédaction de la commission, les deux propositions en présence seraient consolidées. Il suffirait de dire que l'indication du décès sera fournie par le médecin cantonal quand il n'y aura pas de médecin traitant.

M. ADELON. Les médecins vérificateurs sont institués pour un seul point, pour constater que le décès est constant, pour qu'on n'enterre pas une personne vivante. Il n'y a aucun rapport entre leur mission et celle du médecin qui constatera la cause du décès. Les médecins cantonaux pourraient être institués pour répondre à tous les besoins de l'autorité.

M. GUÉRARD. M. Adelon nous dit que les médecins vérificateurs n'ont à constater que la réalité du décès. Le vérificateur découvre cependant quelquefois des cas de mort violente, et, indépendamment des médecins vérificateurs, on a créé des médecins inspecteurs de la vérification des décès, à l'intervention desquels a été due la découverte de certains cas de mort violente qui avaient échappé aux premiers vérificateurs. Le médecin traitant devra toujours délivrer le bulletin indicateur du décès, et, dans ce cas, le médecin cantonal n'aura rien à faire. Les médecins vérificateurs n'auront non plus rien à faire ici, excepté dans les villes où ils sont institués.

M. JULES GUÉRIN. Je demande que la conclusion de M. Guérard soit mise en rapport avec la pensée qu'il vient d'exprimer.

M. VELPEAU insiste pour l'adoption de sa proposition et combat l'idée de généraliser l'institution des médecins vérificateurs.

M. LE PRÉSIDENT. Qu'ils vous déplaisent ou non, les médecins vérificateurs existent ; la commission, consultée sur la question de savoir si leur destitution est de nature à faciliter la statistique nosologique, doit répondre par oui ou par non ; elle propose d'utiliser ces médecins vérificateurs pour la statistique des décès.

M. BÉGIN appuie la proposition de M. Velpeau.

M. GUÉRARD. Il me semble que nous faisons convenablement droit au vœu qu'on exprime ; les médecins cantonaux ne rédigeront de bulletin de décès que lorsqu'un malade aura succombé sans soins médicaux.

M. BÉGIN. Si l'Académie veut décider en principe ce que propose M. Velpeau, M. le rapporteur modifiera en conséquence le texte de la deuxième conclusion de son rapport. Il me semble qu'il y a accord sur le fond même de la question.

M. H. LARREY. Je suis frappé d'une contradiction frappante entre la première conclusion que nous venons d'adopter, et celle qu'on nous propose maintenant. L'honorable rapporteur nous a dit tout à l'heure qu'un grand nombre de malades mouraient sans secours. Comment, dès lors, constater la cause de décès, là où il n'y aura pas de médecins cantonaux ? Nous avons dit cependant dans la première conclusion que, dans le plus grand nombre des cas, les causes de décès pouvaient être exactement observées.

M. GUÉRARD. C'est parce que la possibilité scientifique de constater la cause de décès existe, que nous proposons des moyens pratiques d'arriver à cette statistique. Quand l'administration aura créé des médecins cantonaux et les aura élevés à la dignité de fonctionnaires, le problème deviendra beaucoup plus facile à résoudre.

M. JULES GUÉRIN. Nous demandons la mise aux voix du principe seulement de la deuxième conclusion.

M. VELPEAU. Nous ne voulons pas subordonner le médecin traitant au médecin cantonal.

M. MICHEL LÉVY, président. Il y aura un remaniement à faire à la rédaction de cette deuxième conclusion. Je mets aux voix le principe de cette conclusion.

La deuxième conclusion est adoptée en principe.

— Il est quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les rapports de deux commissions de prix.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté en date du 23 octobre 1857, M. J. B. Coze, doyen et professeur de matière médicale et de pharmacie de la Faculté de médecine de Strasbourg, est, sur sa demande, mis en congé de disponibilité.

M. Ehrmann, professeur d'anatomie et d'anatomie pathologique, est nommé doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. Coze.

M. Coze (Pierre-Léon), agrégé près la même Faculté, est chargé du cours de matière médicale et pharmacie pendant la durée du congé accordé à M. J. B. Coze.

— Le jury du concours pour le prix des internes est composé de MM. Bouvier, Bouley, Oulmont, Cullerier et Manec, *juges*; et de MM. Cazalis et Morel-Lavallée, *suppléants*.

— Le *Phare de la Manche* cite les vers suivants de Dubartas, poëte du seizième siècle, qui prouveraient que déjà au temps de ce poëte la chirurgie avait recours aux narcotiques dans les cas d'opération grave :

Comme le médecin qui désire trancher
Quelque membre incurable, avant que d'approcher
Les glaives impiteux de la part offensée,
Endort le patient d'une boisson glacée,
Puis sans nulle douleur, guidé d'usage et d'art,
Pour sauver l'homme entier il en coupe une part.

— Les journaux portugais continuent à s'occuper des ravages que l'épidémie fait à Lisbonne, et bien que les médecins ne soient pas d'accord sur sa nature, la majorité la considère comme la fièvre jaune.

— MM. les docteurs en médecine, autorisés par M. le ministre de l'instruction publique à faire des cours dans l'École pratique, sont invités à se rendre le lundi 9 novembre, à midi précis, à la Faculté pour la distribution des heures et des amphithéâtres.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Pouget, né à Paris (Seine) ; *Considérations sur les divers traitements appliqués aux différents états pathologiques que l'on désigne communément sous le nom de fièvre typhoïde.*

Esnault, né à Caen (Calvados) ; *Des paralysies symptomatiques de la métrite et du phlegmon péri-utérin.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Rappel des principes doctrinaux de la constitution de l'homme, énoncés par Hippocrate, démontrés par Barthès et développés par son école, et application de ces vérités à la théorie des maladies ; par M. le professeur LORDAT. 1857. — A Montpellier, chez Patras et chez Pitrat, à Paris, chez J. B. Baillière.

Tribut à la chirurgie, ou Mémoires sur divers sujets de cette science ; par M. E. F. BOUISSON, professeur de clinique chirurgicale à Montpellier. Tome Ier. Un vol. in-4°. 1858. — A Paris, chez J. B. Baillière ; à Montpellier, chez Patras et chez Pitrat.

La Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 128. — SAMEDI 31 OCTOBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 128. — SAMEDI 31 OCTOBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Des oblitérations de la veine-cave supérieure. — Cathétérisme du larynx dans un cas de croup, suivant le procédé de M. le docteur Loiseau (de Montmartre). — Syphilis galopante; chancre induré suivi rapidement de l'apparition simultanée d'accidents secondaires et tertiaires. — Iléus, guérison par la glace. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 21 octobre. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Bibliographie.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des oblitérations de la veine-cave supérieure.

Nous avons fait connaître, il y a quelque temps, les résultats des intéressantes recherches cliniques de M. le professeur Gintrac (de Bordeaux) sur les oblitérations de la veine-porte. Nous ignorions alors, — nous en demandons pardon à l'auteur et à nos lecteurs, — les recherches que M. le docteur Oulmont avait faites, non sur le même sujet, mais sur un sujet analogue, sur les oblitérations de la veine-cave supérieure. Il y aurait eu sans aucun doute de l'intérêt à rapprocher ces deux travaux, qui, en se complétant l'un l'autre, apportent tous deux d'importants éléments pour la constitution de l'histoire si peu connue par nos devanciers, et si incomplète encore de nos jours de la pathologie du système veineux. Ce que nous n'avons pu faire alors, nous pouvons le faire aujourd'hui, grâce à l'obligeance de notre confrère, qui nous a mis à même de réparer cette omission involontaire.

Frappé de la singularité des symptômes qu'il avait constatés il y a environ une dizaine d'années sur un sujet qu'il sut plus tard avoir présenté à l'autopsie une oblitération de la veine-cave supérieure, M. Oulmont a fixé depuis son attention sur tous les cas de ce genre qui ont pu se présenter, et en quelques années il a observé lui-même, ou connu par des communications de ses collègues des hôpitaux, quatre faits entièrement inédits; et par ses recherches dans les traités et recueils, il a pu réunir en outre quinze observations. C'est avec ces dix-neuf faits qu'il a tracé l'histoire dont nous allons essayer de reproduire les principaux traits.

Ces dix-neuf cas d'oblitérations de la veine-cave peuvent se répartir dans deux grandes catégories : — oblitérations par concrétion; — oblitérations par compression.

La première catégorie comprend cinq observations d'oblitération par concrétion sanguine, et trois observations d'oblitération par concrétions cancéreuses.

La deuxième catégorie comprend les faits de compression de la veine-cave : 1° par tumeurs cancéreuses du médiastin ou du poumon (au nombre de cinq); 2° par ganglions tuberculeux du médiastin (deux); 3° par anévrisme de l'aorte (quatre).

L'oblitération de la veine-cave supérieure, ainsi qu'on peut le voir par ce premier aperçu statistique, résulte rarement d'une maladie primitive de ce vaisseau. Sauf quelques cas de phlébite, elle a été à peu près constamment produite, soit par une cause mécanique, la compression, soit par des lésions organiques ayant altéré ou détruit plus ou moins complétement les parois de ce vaisseau.

Malgré la diversité de ces causes, les effets ont toujours été les mêmes; elles ont toutes amené invariablement l'arrêt du cours du sang dans la veine-cave et le développement d'une circulation collatérale. Ces modifications ont été accompagnées de phénomènes remarquables et tellement constants, que M. Oulmont s'est cru fondé à en faire les caractères spéciaux de la maladie.

Voici les symptômes qui, d'après ces observations, caractérisent l'oblitération de la veine-cave supérieure.

La maladie débute ordinairement par de la toux et de la dyspnée, et quelquefois par une orthopnée intense. Dans quelques cas, on a trouvé du sang dans les crachats, pur ou mélangé à des matières muqueuses; quelquefois même il est survenu une véritable hémoptysie ou des vomissements de sang. A ces symptômes se joignent des palpitations de cœur plus ou moins marquées. Dans d'autres circonstances, les premiers phénomènes observés ont été de la céphalalgie, des vertiges, une tendance marquée aux congestions cérébrales pouvant revenir sous l'influence de causes souvent légères. Enfin, la maladie a commencé quelquefois d'emblée par l'œdème de la face. Ce dernier symptôme, dans les cas où il n'ouvrait pas la scène, ne tardait toujours pas à se montrer, et constituait un des phénomènes les plus importants.

L'œdème, commençant par l'un ou l'autre côté de la face, envahit bientôt cette région tout entière, s'étend au front et au cuir chevelu. Plus tard, le cou et les extrémités supérieures s'infiltrent. A un degré plus avancé, les parois thoraciques antérieures et postérieures sont envahies; mais l'œdème s'arrête assez brusquement à la région ombilicale, qu'il dépasse rarement.

Le contraste frappant qu'offre cet œdème de la moitié supérieure du tronc avec la sécheresse de la partie inférieure, est un des caractères les plus constants et les plus curieux de cette maladie.

Les parties œdématiées ne tardent pas à prendre une teinte bleuâtre qui est marquée surtout à la face, à laquelle elle donne l'apparence de la cyanose, et qui augmente sous l'influence de toutes les causes qui peuvent gêner le retour du sang des parties supérieures, telles que des efforts, des accès de toux, etc. Enfin, les veines superficielles de la face, du cou, de la poitrine se dilatent, deviennent très-apparentes et offrent quelquefois à la surface une ligne rosée qui dessine leur trajet. Bientôt surviennent de la céphalalgie, des vertiges, lorsque le malade fait un mouvement un peu étendu. Quelquefois ce sont de véritables congestions cérébrales qui se dissipent plus ou moins rapidement, et même des attaques d'apoplexie.

Habituellement les nuits sont pénibles, agitées, sans sommeil. Quelquefois il y a des hémorrhagies, des épistaxis, des hémoptysies, des hématémèses, ou bien simplement une expectoration de crachats sanguinolents; en même temps le malade est pris de dyspnée ou même d'orthopnée, assez rarement d'accès de suffocation. Il survient de la toux avec expectoration à caractère variable.

Au milieu de ces phénomènes, le pouls reste calme et ne devient fébrile que vers la période ultime de la maladie. Il y a souvent des palpitations. Enfin, dans quelques cas, on a trouvé de l'albumine dans les urines.

Ces symptômes persistent quelquefois sans variations appréciables; mais le plus ordinairement l'œdème de la face augmente, celle-ci devient énorme; elle offre alors une teinte violacée très-marquée; les lèvres sont bleuâtres; les conjonctives ont une teinte rouge très-foncée. L'œdème des bras et de la poitrine augmente également, les veines deviennent de plus en plus saillantes et apparentes; les phénomènes cérébraux s'aggravent, il survient du délire, du coma, de l'agitation, auxquels se joint une fièvre plus ou moins intense, et le malade ne tarde pas à succomber. Dans quelques cas, la mort survient inopinément, sans que rien ait pu faire prévoir une terminaison funeste aussi rapide.

Tel est le tableau général que M. Oulmont trace de cette maladie, d'après l'analyse des dix-neuf observations qui sont la base de son travail. Mais pour que ce tableau soit complet et laisse dans l'esprit des lecteurs une empreinte plus profonde, il est nécessaire de revenir avec l'auteur sur quelques-uns des principaux symptômes, afin d'en mieux connaître le degré de fréquence et d'importance.

Les symptômes caractéristiques du début ont varié pour la rapidité de leur développement suivant la cause qui avait déterminé l'oblitération, et suivant que cette cause avait agi lentement ou brusquement. Nous reviendrons là-dessus d'ailleurs en parlant de la marche de la maladie.

L'*œdème* de la face et de la moitié supérieure du corps, avons-nous dit, a été un des symptômes les plus constants. Sur les dix-neuf observations, en effet, il a été constaté quatorze fois (dans quatre observations rapportées d'une manière incomplète, il n'a pas été noté. Une fois seulement, son absence a été formellement indiquée). Il ne s'est pas développé de la même manière dans tous les cas; quelquefois il a été assez léger au début, borné alors à la partie inférieure de la face et augmentant plus tard. Dans certains cas il n'a envahi d'abord qu'un seul côté, généralement le côté droit, ne s'étendant que plus tard au côté gauche. D'autres fois, au contraire, la face entière devenait bouffie tout à la fois, et non-seulement la face, mais le front et le cuir chevelu lui-même.

A une époque variable, mais généralement peu avancée, l'œdème s'étend au cou; dans quelques cas il arrive jusqu'à la partie antérieure de la poitrine, envahit les seins et ne s'arrête que vers la région ombilicale, qu'il dépasse rarement; le plus ordinairement, l'œdème envahit le cou et le tronc en avant et en arrière; enfin, les extrémités supérieures sont également œdématiées dans presque tous les cas.

Les caractères de l'œdème ont offert d'assez grandes variations; il était tantôt dur, élastique, résistant, tantôt mou. En général, il reste permanent jusqu'à la mort.

La *cyanose* a été notée dans dix observations; la face avait une

BIBLIOGRAPHIE.

Dei medici e degli archiatri dei principi della R. casa di Savoia, etc. (*Des médecins et des archiâtres des princes de la maison royale de Savoie.*) — *Recherches historiques*, etc., par M. le commandeur B. TROMPEO (1).

L'écrit que nous allons faire succinctement connaître est l'ouvrage d'*un de ces cœurs bien nés à qui la patrie fut toujours chère!* Il couronne dignement le faisceau des nombreux travaux déjà publiés par son honorable auteur, presque tous dans des vues de haute administration ou d'utilité publique, non-seulement profitables à son pays, mais encore susceptibles d'être fort avantageusement appliqués aux autres nations.

Cette première partie du savant ouvrage de M. Trompeo, extraite du IVe volume des *Mémoires de l'Académie royale médico-chirurgicale de Turin*, offre deux subdivisions bien distinctes : l'une est une *Notice sommaire sur la manière d'être et sur les fonctions des médecins et des archiâtres des princes de Savoie depuis les temps les plus reculés*, et l'autre se compose exclusivement de *Documents historiques* relatifs aux personnages, aux faits et aux événements dont il est question dans la *Notice*.

La première subdivision, sous le titre de *Prolusione*, porte tout son esprit dans cette épigraphe d'un si grand sens et de tant de justesse empruntée à Cicéron : *Nescire quid antequam natus sis, acciderit, id est semper esse puerum.*

A l'occasion de la *Notice sommaire*, l'auteur met en relief l'avantage qu'a procuré l'histoire en rapportant à des temps plus ou moins anciens des idées réputées nouvelles, et il fait ressortir les services que rend aux États sardes sous ce point de vue la belle institution ayant pour titre : *Commission royale des études sur l'histoire de la patrie*, fondée par le valeureux monarque Charles-Albert, si digne d'un meilleur sort.

Aussi M. Trompeo regrette-t-il que le ministre qui voulait créer une chaire de philosophie de l'histoire eût oublié de joindre à son projet une chaire de bibliographie et de littérature réunies à l'histoire de la médecine, conformément aux idées des Puccinotti, des Lordat, des Cervetto, et de beaucoup d'autres grands philosophes ou médecins de tous pays.

Dans cette revue rapide des archiâtres des princes savoisiens, l'auteur a voulu surtout d'abord remplir les lacunes que présentaient les travaux des savants Malacarne et Bonino, et ensuite pousser cette œuvre jusqu'aux temps où florissait le comte G. Audiberti, qui, comme les docteurs Rolando et Pentene, était demeuré attaché à l'auguste famille royale dans son adversité comme dans ses temps prospères.

Néanmoins il n'a pas oublié de mentionner des médecins piémontais devenus pour l'honneur de leur pays archiâtres d'illustres monarques étrangers.

Entre les médecins de l'île de Sardaigne contemporains d'Audiberti, tels que Fois, Cappai et Mameli, il signale particulièrement le professeur d'anatomie Boy.

Dans un autre groupe de grands anatomistes et physiologistes, il fait remarquer après Fontana, modeleur en cire de tant de mérite, le célèbre professeur Rossi, dont la pratique chirurgicale fut si heureuse, et qui le premier conçut la possibilité de faire passer des médicaments dans l'économie animale au moyen d'un courant électrique.

Si l'auteur ne veut rien dire des illustres archiâtres vivants MM. Battalia et Riberi, c'est uniquement parce que leur modestie, égale à leur mérite, ne saurait le permettre.

Après avoir témoigné la reconnaissance due au savant chevalier L. Cibario pour les importantes communications qu'il en a reçues, M. Trompeo annonce qu'il abordera sa rapide revue des médecins archiâtres des États sardes en donnant naturellement la préférence à l'ordre chronologique.

Comme preuve de la difficulté du sujet qu'il avait choisi, M. Trompeo allègue la *liste des archiâtres français*, publiée dans notre grand *Dictionnaire des sciences médicales*. Quoique commencée en 481, sous Clovis, et terminée par Corvisart, sous Napoléon Ier, cette liste ne donne que trente-quatre noms seulement, tant sont grandes ses lacunes et surtout celle qui est antérieure à 1108.

En rappelant que Corvisart avait fondé l'enseignement clinique non pas en France, comme il le dit, mais seulement à Paris, — car à Montpellier notre célèbre Fouquet avait devancé l'illustre médecin de l'empereur sous ce rapport, — M. Trompeo fait justement ressortir, avec satisfaction, que cet enseignement clinique existait déjà dans le Piémont depuis environ deux siècles.

Des médecins, autres que des archiâtres et quelquefois même des médecins étrangers au Piémont, ont rendu de grands services aux princes et aux princesses de cet État. M. Trompeo cite un exemple : un modeste médecin de village, Petecchia, sauvant la vie à Victor-Amédée II que ni les médecins de la cour ni de célèbres médecins étrangers, appelés en consultation, n'avaient pu guérir; le fameux

(1) Turin, 1857; gr. in-4°.

couleur violacée allant quelquefois jusqu'au bleu. Elle a paru être en général l'indice d'un degré avancé de la maladie. Elle accompagnait habituellement l'œdème. A une seule exception près, ces deux symptômes ont toujours coexisté. La cyanose ne disparaissait pas dans les moments de repos, mais elle augmentait considérablement pendant les efforts, les accès de toux ou de suffocation. On a noté plus rarement l'existence de la teinte cyanique aux mains et aux doigts.

La *dilatation des veines superficielles* de la moitié supérieure du tronc était accusée dans presque tous les cas, à un degré un peu avancé de la maladie, soit par leur coloration plus foncée, soit par un relief plus marqué qu'à l'état normal, lorsque toutefois l'œdème n'était pas trop considérable pour les masquer.

Les *hémorrhagies*, qu'on eût pu croire *à priori* devoir être fréquentes en pareille circonstance, n'ont été notées que dans sept cas : trois fois il y eut des épistaxis répétées et abondantes, trois fois des hémoptysies (sans tubercules pulmonaires); une fois, mais quatre ans avant la manifestation des accidents d'oblitération veineuse, des vomissements de sang, et une autre fois deux hémorrhagies cérébrales survenues chez le même malade à deux années d'intervalle.

Les *symptômes cérébraux* observés ont été, dans six cas, de la céphalalgie, des vestiges, des éblouissements, des tintements d'oreilles survenant au moindre mouvement pendant les accès de dyspnée. Dans quatre cas, on a constaté tous les accidents d'une congestion cérébrale assez intense revenue deux ou trois fois.

Indépendamment de ces symptômes, le sommeil était souvent pénible, agité, interrompu par des réveils en sursaut; quelquefois il y avait insomnie complète. Dans un cas, on a constaté une surdité assez prononcée. L'intelligence s'est conservée nette dans tous les cas.

Vers la fin de la vie, il s'est manifesté du délire, un état comateux profond, et une fois seulement des mouvements convulsifs.

Les symptômes du côté des *voies respiratoires* ont été, ainsi que cela a été déjà dit, la dyspnée plus ou moins marquée et la toux. Dans huit cas, la dyspnée a été jusqu'à l'orthopnée; trois fois il s'y est joint de véritables accès de suffocation. Une seule fois tous ces symptômes ont manqué complétement. Ces symptômes, tout en se rattachant à l'oblitération veineuse, semblaient cependant se rattacher plus particulièrement aux affections intra-thoraciques qui l'avaient déterminée. Il en était de même des palpitations constatées, surtout chez des malades qui avaient un anévrisme de l'aorte.

Les symptômes fournis par l'auscultation et la percussion ont été très-variés; le plus souvent ils étaient en rapport avec la présence dans la poitrine d'une tumeur cancéreuse, tuberculeuse ou de toute autre nature. C'était une matité plus ou moins circonscrite, du souffle bronchique, de la bronchophonie, et dans quelques cas l'absence complète du bruit respiratoire dans toute l'étendue de la matité. Dans un cas où l'oblitération était due à une concrétion sanguine, on ne put découvrir aucun signe stéthoscopique.

Deux fois seulement les malades ont accusé de la douleur soit à la partie antérieure de la poitrine, soit entre les deux épaules; dans trois cas la voix était altérée.

Le *pouls* a offert d'assez grandes variations. En général régulier, calme, faible ou mou, il était inégal et intermittent dans les cas d'anévrismes de l'aorte. Deux fois il a manqué à l'une des radiales.

Telles sont les particularités principales de la symptomatologie. Il nous resterait à étudier maintenant avec M. Oulmont la marche, la durée et la terminaison de la maladie, son étiologie et son anatomie pathologique. Ce sera l'objet d'un des articles de la prochaine *Revue*.

Cathétérisme du larynx dans un cas de croup, suivant le procédé de M. le docteur Loiseau (de Montmartre).

Une petite fille de quatre ans environ, blonde, de tempérament lymphatique prédominant, a été amenée le 19 octobre dernier dans le service de la clinique à l'Hôtel-Dieu pour y être traitée d'une diphthérie caractérisée par la présence de fausses membranes grisâtres occupant la langue, principalement la pointe. Aucun autre point des cavités buccale et pharyngienne ne présentait d'exsudation analogue, et l'on ne constatait qu'un léger gonflement des ganglions sous-maxillaires. Cependant la voix éteinte, la toux retentissante, faisaient craindre la propagation de la maladie au larynx, et si la glotte n'était pas encore manifestement envahie, l'aphonie, la modification dans le timbre de la voix, indiquaient un certain degré d'inflammation en cette région et du gonflement des cordes vocales.

L'état général semblait d'ailleurs satisfaisant.

Dès l'entrée de l'enfant à l'hôpital, on attaqua les fausses membranes par de vigoureuses cautérisations faites sur la langue avec le crayon de nitrate d'argent; puis on prescrivit des insufflations de tannin et d'alun, qui furent poussées itérativement, trois fois dans le courant de la journée, jusqu'au fond du pharynx. Le soir, on répéta la cautérisation; de plus, on fit prendre dès le matin à la petite malade une potion contenant 6 grammes de chlorate de potasse, et qui fut donnée par cuillerées à café d'heure en heure.

Le lendemain matin, aucun changement notable ne s'était manifesté dans la situation de la petite malade; elle avait eu un léger mouvement de fièvre. On insista néanmoins, comme on l'avait fait la veille, sur la nécessité de l'alimenter; à la visite, on répéta les cautérisations, en employant cette fois une solution saturée de sulfate de cuivre. Cette petite opération fut encore faite le soir, et dans l'intervalle on eut recours aux insufflations d'alun.

Le même traitement fut suivi le 22 et le 23 au matin. Les fausses membranes semblaient diminuer d'étendue. Il était plus facile de se rendre compte de ce résultat après les cautérisations avec le sulfate de cuivre qu'après celles qui avaient été faites avec le nitrate d'argent, ces dernières laissant les surfaces touchées couvertes d'une pellicule grisâtre facile à confondre jusqu'à un certain point avec l'exsudation diphthéritique, ce qui n'arrive pas lorsqu'on emploie le sulfate de cuivre.

Le 23 au soir, d'après les instructions qui lui avaient été laissées par M. le professeur Trousseau, M. Blondeau, chef de clinique, pratiqua le cathétérisme du larynx, en employant la méthode et les instruments de M. le docteur Loiseau (de Montmartre).

La première phalange du doigt indicateur de la main gauche étant armée d'un dé métallique, l'opérateur ouvrit la bouche de l'enfant à l'aide d'une cuiller. Ce premier temps fut le plus difficile, à cause de la résistance opposée par la petite malade. Cependant, étant parvenu à écarter les mâchoires, M. Blondeau saisit l'instant pour porter brusquement le doigt aussi profondément que possible dans l'arrière-gorge, de façon à atteindre la base de la langue et l'épiglotte. Il y parvint facilement, et l'épiglotte fut un instant soulevée par le doigt; malheureusement, l'anneau protecteur n'ayant pas les dimensions convenables, il fut obligé de lâcher prise, l'enfant l'ayant atrocement mordu.

Il fut plus heureux dans la seconde tentative, bien qu'encore le doigt n'ait été que médiocrement protégé contre les morsures de l'enfant. Néanmoins, sur ce doigt introduit dans la bouche, l'opérateur conduisit rapidement une sonde métallique munie de deux yeux et convenablement recourbée à son extrémité (une algalie ordinaire eût pu remplir exactement le même office). On arriva *facilement* ainsi dans le larynx, où le doigt, en tenant l'épiglotte soulevée, donnait aisément accès. On fut averti que la sonde avait bien réellement pénétré dans les voies aériennes au bruit que fit l'air en s'échappant par l'instrument. Aussitôt on poussa à travers celui-ci une injection caustique (solution saturée de sulfate de cuivre), puis immédiatement on retira la sonde. Toute cette opération, introduction du doigt, cathétérisme, injection, dura à peine quelques secondes.

Un fait remarquable, et auquel M. Blondeau, qui pratiquait pour la première fois cette opération, était loin de s'attendre, c'est que cette opération ne parut avoir de pénible pour l'enfant que le moment où le doigt fut introduit dans la bouche et souleva l'épiglotte. Alors seulement la petite malade fit des efforts et s'agita. Quant au cathétérisme, quant à l'injection elle-même, elle les supporta à merveille.

Une preuve de plus que la sonde était bien dans le larynx, et jusque dans la trachée, c'est qu'après l'injection d'une quantité assez notable de la solution caustique, il n'y eut ni vomissements ni même de nausées; or, chacun sait qu'il suffit qu'une proportion très-minime de sulfate de cuivre arrive dans l'estomac pour provoquer non plus seulement des envies de vomir excessivement pénibles, mais encore d'abondants vomissements. Or, rien de cela n'arriva, et la malade ne rejeta par la canule que du mucus visqueux en petite quantité, venant évidemment de l'appareil bronchique.

Le lendemain matin 24, la voix avait repris notablement de clarté. Un second cathétérisme fut fait néanmoins, cette fois par M. le professeur Trousseau lui-même, qui eut à supporter aussi la morsure de l'enfant, mais qui n'en parvint pas moins à son but. Le soir, l'opération fut encore répétée, mais cette dernière fois, le doigt fut parfaitement garanti, grâce à une légère modification apportée dans la confection de l'anneau, dont on augmenta la dimension en largeur, sur sa face supérieure. Le cathétérisme, pratiqué par M. Trousseau, eut pour témoin M. le docteur Bouchut, qui constata, comme tous les assistants, non pas seulement la facilité, mais encore l'innocuité, on pourrait dire même la bénignité de cette opération.

Le 25 au matin, le cathétérisme fut pratiqué pour la dernière fois. La situation était notablement améliorée, la voix reprenait de la clarté, la diphthérie linguale elle-même avait en presque totalité disparu.

Le 28, l'enfant entrait en convalescence, bien que la voix conservât encore un peu de raucité.

Nous n'avons pas craint d'entrer ici dans de longs détails, car si cette opération n'est pas nouvelle, comme on l'a vu par la discussion soulevée à l'Académie lors du rapport de M. le professeur Trousseau sur ce sujet, elle a été du moins nouvellement remise en faveur, et quoi qu'il en soit de la question de priorité, l'honneur de la réhabilitation, sinon de l'invention, revient du moins tout entier à M. Loiseau. Il nous paraît donc utile d'appeler l'attention des praticiens sur plusieurs points de l'observation que nous avons transcrite.

A première vue, on s'effraye à l'idée d'introduire un instrument dans le larynx, on doit craindre du moins d'amener des accidents de suffocation. Il n'en est rien. M. Loiseau l'avait dit en racontant les résultats de sa longue expérience; le fait actuel confirme ce qu'il avait avancé.

Jusqu'à un certain point, on pourrait se rendre compte de ce fait, qui paraît singulier, lorsqu'on pense à la facilité avec laquelle arrivent les accès de suffocation, alors qu'un corps étranger même le plus petit, alors qu'une simple goutte d'eau vient à toucher la glotte, lorsque l'agent chargé de défendre l'entrée de la trachée est pris en défaut, comme cela a lieu dans cet accident si commun qui se traduit par ces mots *avaler de travers*. Mais si l'on réfléchit aussi à ce qui se passe dans le cas particulier dont nous parlons, peut-être s'en rendra-t-on raison. Ne peut-on pas dire, en effet, comme nous le faisait observer M. le docteur Pillon, que dans ce cas il ne s'agit plus d'un corps étranger venant chatouiller, tourmenter l'entrée du larynx, mais bien d'un corps qui traverse brusquement celle-ci, qui force rapidement le passage pour aller jusque par delà?

Or si l'on comprend que les sentinelles — qu'on nous permette

---

Nostradamus, annonçant à la duchesse de Savoie, femme du duc Emmanuel Filibert, alors enceinte, qu'elle accoucherait heureusement d'un enfant mâle devant être un jour un grand capitaine; ce qui se réalisa dans la naissance de Charles-Emmanuel Ier; Tabarino, de Coni, attaché à la maison de S. A. R. la duchesse Christine, en 1776, à titre de chirurgien pour les maladies suites d'inoculation de *venins* (*operatore di contro veleni*), les fameux astrologues Cavalistri, Giobbe et S. Quintino, attachés à la cour du roi Victor-Amédée II, un des hommes les plus éclairés de son temps, et Valeriano Castiglione, qui, d'après la chute d'une salière sur la table et l'apparition d'une comète chevelue, annonça la mort du jeune duc François Hyacinthe, mort en effet réalisée comme elle avait été annoncée.

A cette occasion, l'auteur se laisse aller à une digression savante et curieuse sur diverses substances animales, ou sur différentes pierres plus ou moins précieuses, auxquelles la superstition attribuait de prétendues vertus aussi bizarres qu'irrationnelles.

C'est après ces savantes réflexions préliminaires que l'auteur aborde directement son sujet, en traitant de *l'origine des archiâtres et de la signification des fonctions et des prérogatives qui ont été attachées à ce titre en différents temps et chez diverses nations.*

M. Trompeo s'occupe d'abord à fixer soigneusement, au moyen de beaucoup d'érudition, le sens des mots *premier médecin, médecin des princes, archiâtre, comte des archiâtres, proto-medico ou magistrat de santé, etc.*, dont les fonctions étaient nombreuses et les pouvoirs fort étendus.

Les *proto-médecins ou magistrats de santé* furent supprimés en 1851, par leur fusion dans le conseil supérieur de santé.

A l'occasion de ces magistrats, l'auteur rappelle, dans une note des plus intéressantes, que si ce tribunal a pu condamner à mort, pour magie ou sortiléges, le comte Andrea Duplesz entre autres, et s'il a été jusqu'à rendre les animaux responsables de leurs actes, comme l'attesterait le curieux ouvrage du célèbre Menabrea, intitulé : *De l'origine, de la forme et de l'esprit des jugements rendus au moyen âge contre les animaux*, c'est du moins à l'observation rigoureuse de ses règlements que le Piémont a dû plus d'une fois l'avantage d'avoir été préservé de la peste.

Parmi les chirurgiens des princes de Savoie, le célèbre Bertrandi occupe naturellement le premier rang; il a fait pour son pays ce que notre Ambroise Paré avait fait pour la France.

L'auteur examine ensuite ce qu'étaient les archiâtres populaires, auliques, du Palais et de la Chambre.

M. Trompeo ne pouvait laisser dans l'oubli une anecdote des plus honorables pour une des reines les plus chéries et les plus vénérées de sa nation, mais qui ne saurait étonner ceux qui connaissaient les nobles qualités de l'âme et la réunion de toutes les vertus caractérisant la reine veuve Marie-Christine de Bourbon. Il avait été toujours interdit aux médecins attachés aux membres de la famille royale de visiter des malades atteints d'états morbides contagieux ou même seulement suspects. Eh bien, cette pieuse et vertueuse reine voulut qu'on dérogeât à cet usage, alors que M. Trompeo se trouvait auprès d'elle à titre de médecin attaché à sa personne, dans la ville de Naples, où le choléra indien sévissait avec la plus grande fureur, en 1836!...

L'auteur s'est convaincu, d'après de précieux documents faisant partie des archives royales, qui avaient été mises à sa disposition, qu'il était du devoir des médecins particuliers ou de la Chambre (*cubiculari*) de « rédiger les relations des maladies des princes, de leurs nécropsies et de leurs embaumements. »

L'histoire nous apprend que le duc Louis avait ordonné en 1444 à son médecin Antonio Forneri, d'examiner soigneusement dans certaine localité « si l'air était infect et s'il y existait des maladies de » mauvais caractères (*malœ œgritudines*). » Le savant chevalier Cibrario fait observer, à cette occasion qu'il fut plaisamment répondu à Forneri, par un médecin de Chambéry, que « toutes les maladies alors » courantes étaient saines (*omnes œgritudines nunc currentes sunt* » *salubres.*) »

Dans le grand-duché de Toscane, les archiâtres ont toujours joui des plus grands honneurs; ils y sont, depuis le grand-duc Pierre Léopold, présidents du collége de médecine. L'archiâtre président du collége actuel, est un ancien condisciple et ami de l'auteur, le célèbre Del-Punto.

Revenant à l'histoire de sa patrie, qu'il ne saurait perdre longtemps de vue, l'auteur prouve que, d'après diverses lois concernant les archiâtres, ces hauts fonctionnaires médicaux jouissaient à la cour de Turin des droits, des priviléges, des distinctions et des prérogatives les plus honorables, et que souvent même ils avaient été chargés, comme le célèbre Augustin Buccio, d'ambassades des plus flatteuses dans des circonstances des plus délicates. Plein de considération pour le savant archiâtre Buccio, à cause des éminents services qu'il avait rendus tant comme ambassadeur, jusqu'à quatre fois, que comme médecin quand il s'agissait de conjurer l'invasion des maladies pestilentielles, Emmanuel Philibert faisait souvent asseoir son archiâtre à sa table, selon l'usage alors suivi par les princes de la maison de Savoie « vrais Mécènes des hommes de sciences et de lettres. »

Parmi les archiâtres piémontais qui appartenaient à des familles illustres, ou qui ont laissé un beau nom à leurs descendants, M. Trompeo cite comme exemples, chez les anciens, le célèbre Argentero (*Argenterius* ou L'Argentière); et parmi les modernes, les Somis, les Ricardi,

un instant cette image — placées à l'entrée du conduit aérifère en défendent l'accès aux corps étrangers qui peuvent le plus habituellement y pénétrer, on comprend aussi que, ce passage forcé, les sentinelles ne soient plus d'aucune utilité, et qu'alors la suffocation, lorsqu'elle a lieu, n'a plus lieu qu'autant que le calibre du tube aérien sera complétement obstrué; or ici la sonde dont on doit faire usage n'a pas la capacité nécessaire pour amener cette obstruction. Quant à la trachée, quant au larynx lui-même, ils ne se révoltent plus comme se révolte l'entrée de la glotte sous l'action des corps étrangers; ils ne se révoltent même plus sous l'action des corps irritants, tels que les caustiques. M. le docteur Bouchut nous rappelait, en effet, pour nous faire comprendre comment la solution de sulfate de cuivre n'avait même pas déterminé d'accès de toux, que des expériences qu'il avait faites lui avaient appris que les animaux supportent parfaitement les injections caustiques dans la trachée sans éprouver ni toux ni suffocation; le fait dont nous étions témoin avec lui était une expérience nouvelle, une preuve de plus de cette proposition.

Ainsi, la crainte de déterminer des accidents de suffocation par le cathétérisme du larynx doit être rejetée; voilà un premier fait pratique destiné à mettre à couvert les consciences les plus timorées. Il est un autre point de notre observation sur lequel je dois revenir, à savoir, la nécessité de bien maintenir l'enfant sur lequel on opère. Ce précepte est capital. M. Loiseau y insiste avec juste raison; car de ce précepte, bien ou mal suivi, découle la plus ou moins grande facilité avec laquelle l'opération sera pratiquée. Si en effet, dans le fait dont nous parlons, le sujet eût été bien maintenu, l'opération eût réussi du premier coup, le doigt de l'opérateur n'ayant pas été forcé de lâcher l'épiglotte.

Syphilis galopante. — Chancre induré suivi rapidement de l'apparition simultanée d'accidents secondaires et tertiaires.

A l'aspect d'un malade qui présente simultanément des accidents syphilitiques primitifs, secondaires et tertiaires, on serait tout d'abord porté, sans doute, à voir là un témoignage accusateur contre la légitimité de la loi du développement et des évolutions successives de ces trois ordres de phénomènes morbides, ou tout au moins une exception à la marche ordinaire des choses. Il n'en est cependant pas ainsi; si l'on remonte par l'interrogatoire à la manière dont les phénomènes se sont manifestés, on arrive à reconnaître que l'ordre de succession des symptômes a été conforme au fait général; le temps seul a été supprimé; les périodes se sont succédé dans leur ordre habituel, mais abstraction faite de la durée ordinaire de leur incubation, et dans un laps de temps si court, qu'elles se trouvent réunies et confondues en un moment donné, l'accident primitif n'ayant pas encore terminé son évolution quand les accidents secondaires et tertiaires se sont déjà manifestés. On a donné à ces cas là dans l'École le nom de syphilis galopante. Nous acceptons ce nom.

Les cas de ce genre sont, à ce qu'il paraît, assez rares, pour que des praticiens très-répandus et même des spécialistes, n'en ayant jamais vu d'exemples, en aient nié la réalité. Le fait suivant, que M. Demarquay a eu l'obligeance de nous montrer dans le service de M. Monod, à la Maison de santé, offrira donc sous ce rapport quelque intérêt.

M. X..., âgé de trente-huit ans, marin, entre le 10 août à la Maison de santé, pour s'y faire traiter d'une ulcération siégeant à la partie postérieure de la région anale, au niveau de la pointe du coccyx. On découvre en effet dans cette région une ulcération de forme à peu près circulaire, à fond grisâtre, à base indurée. Elle date de cinq semaines. On constate en même temps une tuméfaction des ganglions inguinaux à gauche. Par la palpation on sent ces ganglions engorgés, mais ils sont peu douloureux à la pression; ils présentent tous les caractères du bubon indolent. C'était là tout ce que présentait ce malade lors de son entrée. On se borna à panser le chancre.

Mais deux ou trois jours après apparut une roséole syphilitique parfaitement caractérisée par des taches d'un rouge cuivreux très-confluentes, occupant toute la surface du corps, surtout la poitrine et l'abdomen. Le malade fut mis alors à l'usage des pilules de proto-chlorure de mercure de 5 centigrammes, et de la tisane de salsepareille.

Peu de temps après l'apparition de la roséole, on constate l'existence de légères ulcérations aux amygdales et à la face postérieure du pharynx, et de deux ou trois papules muqueuses à la surface de la langue.

Bientôt la roséole disparaît, et l'on voit apparaître alors sur la peau des membres inférieurs et supérieurs et sur le dos, des pustules d'ecthyma en petit nombre. A la face se montrent des tubercules rougeâtres, assez volumineux, à surface rugueuse.

Dans les premiers jours de septembre, les extrémités phalangiennes des doigts de la main gauche d'abord se tuméfient, puis celles des doigts de la main droite. La pulpe des doigts est indurée, la peau a une coloration violacée; le malade y éprouve des douleurs sourdes. L'ongle, peu à peu soulevé, laisse bientôt sourdre du pus, puis il se détache et tombe, laissant à nu le derme sous-unguéal ulcéré.

Vers le milieu du même mois surviennent des douleurs sourdes et profondes dans les tibias, douleurs que le malade ressent surtout quand il est dans son lit. En explorant la surface interne du tibia, on sent des rugosités, des inégalités dues apparemment à la tuméfaction du périoste. En même temps, le malade éprouve une sensation de pesanteur, de tiraillements dans les deux testicules, qui s'engorgent légèrement.

Ces douleurs sont si faibles au début que le malade n'en parle même pas. Mais bientôt, en même temps que se montrent d'autres manifestations vénériennes, la tuméfaction des testicules augmente et cause des douleurs vives pendant la marche et la station. Quand le malade est couché et que les bourses sont suspendues, la douleur spontanée n'existe pas: mais les deux testicules sont toujours très-sensibles à la pression. En les palpant, on constate les déformations suivantes: le scrotum n'est pas altéré; le cordon est aussi parfaitement sain. Par le toucher, on éprouve une sensation de dureté anormale à la face antéro-interne du testicule; quelques points semblent un peu plus durs. La face postéro-interne du testicule est élastique au toucher, et ne paraît pas encore envahie par l'épanchement plastique. Le testicule et l'épididyme sont confondus et ne peuvent être distingués l'un de l'autre. La tuméfaction marche lentement et d'une manière uniforme pour les deux testicules.

Au commencement du mois d'octobre, la douleur spontanée avait disparu, et celle que détermine la pression avait considérablement diminué.

Le malade à cette époque avait un teint terreux et un aspect cachectique.

Le traitement a consisté en bains de sublimé, puis fumigations cinabrées, et pilules de protochlorure.

La plupart des accidents étaient en voie d'amendement au moment où nous avons vu le malade, c'est-à-dire vers le milieu d'octobre.

On peut ainsi résumer l'ordre d'apparition des symptômes syphilitiques chez ce sujet:

1° Chancre induré, adénite inguinale non suppurée.

2° Six semaines après l'apparition du chancre, roséole syphilitique.

3° Très-peu de temps après la roséole, et presque simultanément, douleurs articulaires, plaques muqueuses, onyxis.

4° Tubercules à la peau, ecthyma et syphilide tuberculeuse.

5° Testicule vénérien, périostose des tibias et douleurs nocturnes.

ILÉUS, GUÉRISON PAR LA GLACE.

Le fait suivant, rapporté par M. Ferreira dans la *Gazetta medica* de Lisbonne, montre les bons effets de la glace à l'extérieur dans un cas grave d'iléus, et nous paraît digne d'être connu.

Une femme de vingt-trois ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, bien constituée, née et demeurant à Lisbonne, entre à l'hôpital S. Jose, salle Santa-Isanna, le 5 février 1856. Elle est sujette à des douleurs d'estomac, qui se dissipent spontanément; fonctions intestinales régulières. Ayant mangé le soir un peu plus tard que de coutume, s'étant promenée ensuite, puis couchée, elle éprouva à deux reprises au milieu de la nuit le besoin d'aller à la selle sans le satisfaire. Alors une violente douleur se fit sentir, surtout à l'épigastre, et voulant aller à la garde-robe, elle ne put expulser les matières fécales ni l'urine, malgré les plus grands efforts. L'anxiété augmenta, des vomissements survinrent, et la malade arriva à l'hôpital sur les cinq heures du matin.

Des vomissements de matières fécales étant survenus, le chirurgien de service prescrivit: Solution de sulfate de soude, 15 sangsues à l'épigastre, lavement purgatif, cataplasmes sur le ventre, sinapismes et vésicatoires aux extrémités inférieures.

A la visite, violentes douleurs dans tout le ventre, mais surtout dans la fosse iliaque gauche; ventre ballonné, douloureux à la pression; pouls petit et fréquent; peau humide et froide; prostration extrême; face altérée, nausées, vomissements répétés d'un liquide jaune obscur, suppression d'urine. — Huile de ricin; mixture purgative et anti-spasmodique. Cathétérisme.

A neuf heures du soir, l'état de la malade est empiré: prostration extrême; pouls presque imperceptible; la malade ne répond plus, mais accuse de la douleur à la pression de l'abdomen. (Application d'une vessie remplie de glace sur le ventre.) A minuit, le pouls se perçoit distinctement; la malade parle et dit être soulagée. Continuation de la glace jusqu'à six heures du matin, où l'urine s'écoule spontanément.

A sept heures, la malade est animée, le pouls est développé et un peu fréquent, la peau chaude, la voix claire, le ventre plus bas et moins douloureux. Nouvelle administration d'huile de ricin et d'un lavement purgatif, suivie immédiatement d'une évacuation de matières, puis bientôt d'une seconde. Soulagement notable; ventre encore douloureux. La malade se rétablit rapidement et sort de l'hôpital le 12.

(*Journ. des Connaiss. médicales.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 octobre 1857. — Présidence de M. BOUVIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— A son occasion, M. ROBERT entretient la Société du malade qui l'occupe depuis deux séances. Bien que tous les membres, dit M. Robert, n'aient pas été d'un avis unanime sur la conduite à tenir, j'ai suivi l'opinion réelle de la Société en pratiquant sur cet homme la ligature de la carotide gauche. Tout s'est bien passé pendant l'opération, et en ce moment, que quarante-huit heures se sont écoulées, tout va bien. Dès que la ligature a été serrée, la tumeur s'est affaissée et les battements y ont disparu. Toutefois, le matin, j'ai cru sentir au palper une légère oscillation. L'artère était très-volumineuse. En serrant le fil, je n'ai pas perçu le craquement, indice de la rupture des membranes internes.

Aucun symptôme cérébral ne s'est manifesté. Au contraire, chez la jeune fille à laquelle j'ai pratiqué la ligature de la carotide six mois après la ligature du même vaisseau du côté opposé, au moment où le cours du sang fut interrompu, la face devint pâle, la vue s'obscurcit; mais ces symptômes inquiétants ne durèrent qu'un instant.

M. GIRALDÈS. Je tiens à constater qu'il n'a été fourni devant la Société aucun fait établissant le danger des injections de perchlorure de fer. Quelques faits prouvent au contraire leur innocuité. M. Nélaton a injecté sans accident du perchlorure dans un anévrisme cirsoïde. A Londres, on a été jusqu'à faire cette opération sur une carotide. Le malade a vécu trois jours.

M. HUGUIER. J'ai assisté notre collègue. On sait que la striction du fil est souvent accompagnée d'une douleur vive vers la poitrine. Ici, il

---

les Adam, les Fantoni, les Ravetti, les Brondel, les Despine, les Guilland, etc.

En ce qui concerne les archiâtres des souverains pontifes, l'auteur se contente de rappeler que Saliceti fut le médecin de Pie VII, que Malpighi fut celui d'Innocent XII, et que Lancisi, ce fondateur de l'école clinique basée sur l'observation et l'expérience, remplit la même place auprès de Clément XI.

Outre le titre de *comte palatin*, conféré à plusieurs d'entre eux, les archiâtres avaient souvent aussi celui de *médecin en chef d'armée*, de *conseiller d'Etat*, de *chef de service de santé* (*del proto-medicato*), etc.

Avant 1770, le médecin des princes et de la maison royale était aussi le médecin des fonctionnaires et des domestiques attachés à la cour. Les charges, aujourd'hui communes, de *médecin de la famille royale*, *médecin ordinaire du roi*, *médecin des personnes attachées à Sa Majesté*, de *médecin accoucheur*, *médecin honoraire*, etc., n'avaient pas encore été créées en Sardaigne.

En remontant vers l'origine de la très-ancienne et auguste dynastie de Savoie, on remarque que les médecins particuliers des princes, dits *médecins de la chambre*, étaient honorés du titre de noblesse accompagné des priviléges, immunités et libéralités octroyées de nos jours par beaucoup de souverains.

Le nombre connu des archiâtres de Savoie, d'après le relevé fait par Malacarno et Bonino, était de *cent douze* seulement. Grâce aux communications qui lui ont été octroyées avec une extrême bienveillance, et aux soigneuses investigations, aux nombreuses recherches auxquelles il s'est livré dans les précieuses archives de l'État mises à sa disposition, notre savant confrère Trompeo s'est trouvé à même de joindre à ce nombre celui de soixante-dix archiâtres restés inconnus à notre époque. On en verra la preuve dans le *Catalogue* qui suivra plus tard la publication des *Documents historiques*.

Le catalogue des docteurs et des professeurs du collége de médecine de Turin imprimé en 1664, quoique malheureusement dénué de dates et défectueux encore sous d'autres rapports, n'en prouve pas moins que le choix des archiâtres fait par les princes de la maison de Savoie avait généralement pour objet des personnages les plus remarquables de leur époque par leur savoir et leur mérite généralement reconnus.

Après avoir parlé des distinctions, des honneurs, des priviléges, etc., attachés au titre de premier médecin ou d'archiâtre, notre savant confrère rappelle que, malheureusement, les médailles de ces hauts fonctionnaires médicaux ont aussi leur revers, comme tant d'autres, et que plusieurs d'entre eux ont terminé leur carrière d'une manière funeste à faire horreur. Parmi ces faits, heureusement exceptionnels, M. Trompeo se contente de citer les trois mémorables exemples suivants:

Alexandre le Grand fit détruire un temple d'Esculape, et crucifier le médecin Glaucias, uniquement parce que ce médecin lui avait refusé de se rendre auprès de son favori malade.

Vers la fin du sixième siècle, Austregilde, reine de Bourgogne, frappée par la peste, ayant voulu que son médecin fût mis à mort, le roi son mari eut la barbarie de souscrire à cette volonté.

Il est véritablement à déplorer qu'en 1305, maître Manuel, de Verceil, ait été barbarement massacré et horriblement dévoré (*divorato*) par les courtisans de Jean, marquis de Montferrat, pour n'avoir pu conserver la vie de ce prince, malade depuis longtemps.

On se félicite de ne rencontrer dans l'histoire qu'un assez petit nombre de faits attestant la vérité de cruautés aussi étranges.

II. La seconde subdivision de l'œuvre de M. Trompeo se compose exclusivement de documents historiques d'un haut intérêt, mais qui sont pour la plupart peu susceptibles d'une analyse régulière.

Notre savant confrère piémontais, le commandeur Trompeo, termine la première partie de son remarquable travail en annonçant, comme devant paraître bientôt, sa seconde et dernière partie, à laquelle sera joint le Catalogue des archiâtres de la royale maison de Savoie.

Cette suite sera une nouvelle bonne fortune, à laquelle nous nous empresserons de faire participer nos lecteurs.

H. KUHNHOLTZ,
bibliothécaire et professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De l'anesthésie provoquée (thèse inaugurale), par M. le docteur E. CHAIRON, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-4° de 50 pages. Paris, chez Leclerc.

A Treatise on diseases of the heart, by BELLINGHAM, M. D. F. R. C. S. (Part. I. — Traité des maladies du cœur.) Un volume in-8°. Dublin, Fannin and C°. Paris, J. B. Baillière et fils.

Notice sur les eaux minérales de Contrexeville (Vosges), par le docteur LEGRAND DU SAULLE. Paris, 1857, brochure in-8°; chez T. Viat, libraire, cour du Commerce, 12, faubourg Saint-Germain.

n'y a rien eu de pareil, à cause de la bonne exécution du manuel. L'isolement du vaisseau a été complet et les filets cardiaques épargnés. M. Robert dit n'avoir pas senti le craquement de rupture des membranes, mais il faut remarquer que notre collègue s'est servi d'un fil quadruple. En somme, tout s'est passé avec une régularité parfaite, et le malade n'a pas perdu une cuillerée de sang.

M. MAISONNEUVE. Je puis citer un bel exemple de l'innocuité d'une injection de perchlorure dans une artère. J'ai injecté 20 gouttes de perchlorure dans un anévrisme du tronc brachio-céphalique. Aucun accident ne s'est montré. La tumeur a un peu durci et est restée stationnaire dans son accroissement durant trois semaines. Après cela, ses progrès ont recommencé, et j'ai perdu l'opérée de vue.

CORRESPONDANCE.

M. MONOD dépose sur le bureau un mémoire imprimé sur l'introduction dans le larynx et la trachée de la sonde garnie d'un éponge.

M. LE PRÉSIDENT le charge de rendre compte de ce travail.

— M. Oscar Heyfelder, membre correspondant, adresse un mémoire imprimé sur la résection de la mâchoire supérieure.

M. BROCA est chargé d'en rendre compte.

— M. le docteur Dupierris, membre correspondant, adresse un mémoire imprimé sur la topographie médicale de la Havane.

Des remercîments sont adressés aux auteurs de ces envois.

LECTURE.

— M. MARJOLIN donne lecture de l'analyse de deux observations d'anévrismes traités au moyen de la compression, par M. le professeur Micbaux (de Louvain), membre correspondant.

Les anévrismes, comme le fait remarquer notre honorable collègue, sont à bon droit considérés comme des maladies graves, et c'est ce qui a dû engager les chirurgiens à essayer plusieurs méthodes de traitement.

Parmi les moyens qui avaient été jadis mis en usage, il en était un qui était presque complétement abandonné, et auquel on n'avait guère recours que pour favoriser la ligature : c'était la compression; puis, tout récemment, des faits assez nombreux en ayant de nouveau démontré les avantages, il a été étudié avec beaucoup de soin par plusieurs chirurgiens, notamment par M. Broca; et d'après les faits qui ont été exposés, on est porté à dire que la ligature ne doit être tentée qu'autant que la compression a échoué.

M. Micbaux a pensé qu'en présence des doutes qui peuvent encore exister sur la valeur réelle de cette méthode, il est du devoir de tout chirurgien de communiquer les faits qu'il est à même d'observer dans tous leurs détails, et c'est pour cette raison qu'il vous a adressé deux observations fort intéressantes d'anévrismes pour lesquels il a employé la compression. Ces deux faits étant rapportés jour par jour avec le soin le plus minutieux, je me bornerai, pour ne pas fatiguer votre attention, à vous en donner le résumé le plus complet.

OBS. I. — *Anévrisme spontané de l'artère poplitée droite; compression indirecte partielle et totale double alternatives sans succès; ligature de l'artère crurale; gangrène non limitée du pied et de la jambe; amputation de la cuisse; guérison.*

P..., de Konninck, âgé de quarante ans, veilleur de nuit au chemin de fer de Malines, me fut envoyé le 22 janvier 1856 par le docteur Denis. Cet homme, qui est habituellement d'une bonne santé, a eu autrefois un bubon vénérien dans l'aine droite; vers le mois de juin 1855, étant alors dans la cavalerie, il s'aperçut qu'il portait dans le creux poplité droit une petite tumeur indolente de la grosseur d'une aveline. Vers le mois de novembre, il remarqua que la flexion prolongée de la jambe sur la cuisse déterminait de la douleur, et que depuis il y avait des battements; malgré cela, il continua cependant à monter à cheval.

Vers le milieu de janvier 1856, ayant trébuché fortement en courant, il remarqua que la tumeur avait pris un accroissement considérable; de plus, la douleur était devenue assez forte pour empêcher la marche. Lorsqu'à cette époque il entra à l'hôpital Saint Pierre de Louvain, la tumeur du creux poplité avait 6 à 7 centimètres dans son plus grand diamètre longitudinal et 5 dans le transversal; elle était molle, dépressible, sans aucune altération des téguments. Une compression largement faite avec la paume de la main la faisait disparaître; les battements étaient sensibles non-seulement au toucher, mais à la vue. Ils cessaient, et la tumeur diminuait de volume par la compression de l'artère fémorale; l'inverse avait lieu lorsque le cours du sang était intercepté au-dessous de la tumeur. Par le toucher, on percevait un frémissement bien marqué, et par l'auscultation un bruit de râpe coïncidant avec la diastole artérielle.

La circonférence du membre au niveau du point le plus saillant de la tumeur était de 39 centimètres, tandis que celle du membre opposé n'en donnait que 34 à la même hauteur. La marche était gênée, et la tumeur douloureuse surtout lorsque le membre restait quelque temps dans la demi-flexion.

Du reste, l'état général du malade était bon; les battements du cœur ne présentaient rien d'anormal.

Après avoir bien examiné cet anévrisme spontané, qui n'offrait aucune complication, je pensai que, d'après sa situation, la compression indirecte double alternative pouvait réussir, et en conséquence, le 22 janvier 1856, j'appliquai l'appareil de M. Broca (fig. 39 de son ouvrage) qui m'avait été envoyé par M. Charrière fils. La pelote supérieure comprime l'artère sur la branche horizontale du pubis; au-dessous des cicatrices du bubon, la pelote inférieure comprime l'artère à son passage dans l'anneau du troisième adducteur. Le malade fut initié à la manœuvre de l'appareil de manière à pouvoir alternativement augmenter ou diminuer la pression, et en même temps soumis à un traitement modéré de Valsalva. Ainsi le premier jour on pratiqua une saignée de 300 grammes, l'alimentation fut diminuée, et à l'intérieur il prit 5 centigrammes de digitale pourprée.

Pendant les sept premiers jours la compression fut assez bien supportée; les battements persistaient, et de plus le pied était devenu douloureux, tuméfié. Aussi, le 5 février, une nouvelle saignée de 240 grammes fut-elle pratiquée, et la dose de la digitale portée à 10 centigrammes. Pendant les jours suivants jusqu'au 15, on vit la tumeur devenir plus dure et les battements diminuer, ainsi que l'œdème et la douleur du membre; mais dans les jours suivants, ces derniers symptômes augmentèrent à un tel point que le 25 février il fallut cesser la compression, précaution qui n'amena aucun soulagement. A ce moment la peau du genou menaçait de se gangréner, et l'usage de quinze centigrammes d'extrait gommeux d'opium ne pouvait faire cesser l'insomnie.

Au 4 mars, la douleur parut diminuer; les battements dans la tumeur n'étaient sensibles qu'autant qu'on appuyait fortement sur le sac anévrismal; sa dureté avait aussi un peu augmenté. La mensuration du membre au niveau de la partie moyenne de la rotule et du point le plus saillant de la tumeur donnait de 47 à 48 centimètres de circonférence.

L'anévrisme paraissant dans des conditions favorables pour essayer la compression directe, un bandage roulé médiocrement serré fut appliqué sur le pied, sur la jambe; des compresses graduées furent placées sur la tumeur et doucement assujetties par des tours de bande. Quarante-huit heures après cet essai, la douleur était devenue tellement insupportable qu'il fallut y renoncer. A dater de cette époque (6 mars), la douleur ne fit qu'augmenter.

Une tache noirâtre et une phlyctène de la grandeur d'une pièce d'un franc, distendue par un liquide brunâtre, se montrèrent à la face postérieure et externe de la tumeur; la peau du genou devint livide; les battements restèrent encore sensibles dans la tumeur, qui était indolente; mais l'état général du malade empira, il tomba dans une grande prostration. L'usage de l'opium et de la digitale furent suspendus; on administra du bouillon, de bons aliments, et par mesure de précaution, en cas d'ouverture du sac, le tourniquet de J. L. Petit fut appliqué sur le trajet de l'artère crurale.

Du 8 au 29 mars, l'état général parut s'améliorer, la gangrène resta stationnaire, mais la tumeur augmenta de volume, et la circonférence du membre à son niveau atteignit 50 centimètres. Jusqu'au 15 avril, aucun changement : à cette époque, le jury d'examen siégeant à Louvain, M. Micbaux pria nos collègues, MM. Burggraëve et Soupart d'examiner le malade; tous les deux ayant émis l'avis qu'il fallait tenter la ligature, elle fut pratiquée le 19 au lieu d'élection, au sommet du triangle dont la base est formée par l'arcade crurale et les côtés par les muscles couturier et moyen adducteur, seulement deux ligatures distantes l'une de l'autre de deux à trois centimètres, furent placées sur l'artère, et la section du vaisseau fut opérée dans cet intervalle. Jusqu'au 25, à part un peu de diminution dans le volume du membre et quelques petites taches bleuâtres éparses sur le pied, rien à noter.

Le 25, à la levée du premier appareil, la suppuration est bien établie, mais le pus fuse le long de l'artère dans la gaîne aponévrotique du couturier. Une contre-ouverture est faite, et un séton filiforme laissé à demeure. A cette époque, il n'y avait pas de battements dans la tumeur, et on ne sentait ni l'artère pédieuse ni l'artère tibiale postérieure; l'état général s'était amendé. Mais le 27, le pied et la jambe reprirent le volume qu'ils avaient avant l'opération, la chaleur et la sensibilité disparurent, et des taches livides gangréneuses se manifestèrent : deux incisions, l'une faite au dos du pied, l'autre à la partie postérieure de la jambe, amenèrent un peu de dégorgement, mais la gangrène continua à faire de tels progrès, et l'état général devint si mauvais, que M. Micbaux pensa qu'il ne restait d'autre ressource que l'amputation pour sauver le malade.

La cuisse fut amputée le 3 mai à la partie moyenne un peu au-dessous de la ligature. M. Micbaux suivit de préférence le procédé circulaire, pour éviter la moindre perte de sang possible. Le chloroforme ne fut pas employé, vu l'excessive faiblesse du malade. L'artère principale ne dut pas être liée, l'amputation ayant été pratiquée au-dessous de la ligature. Comme suites de l'opération, je dirai qu'elles furent très-heureuses, à part un peu de diphthérite sur la plaie; bientôt l'état général s'améliora, et la guérison fut assez rapide.

Les détails anatomo-pathologiques du sac anévrismal étant trop importants à connaître, je citerai ici textuellement l'observation de M. Michaux.

« Le membre est infiltré et présente un développement insolite des veines superficielles. Le dos du pied et la partie inférieure de la jambe sont recouverts de larges plaques gangréneuses; sur ces parties, on voit les incisions qui ont été faites pour dégager les tissus. La jambe ne peut plus être mise en extension sur la cuisse. L'escbare qui surmonte la tumeur sur sa face postéro-externe a 15 millimètres de diamètre environ; elle s'est détachée en partie, quoiqu'il n'y ait point d'inflammation suppurative; son décollement a laissé suinter quelques gouttes d'un sang noir altéré. Cette eschare intéresse la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose, et en partie les parois du sac anévrismal, mais pas dans toute leur épaisseur.

» En arrivant sur la tumeur, on rencontre les deux branches terminales du grand nerf sciatique, elles sont tendues sur la poche anévrismale et légèrement aplaties.

» La veine poplitée, déviée de sa direction normale, est couchée dans un sillon qu'elle s'est creusé sur la face superficielle du sac. Ce dernier ouvert laisse voir son intérieur rempli d'un sang noir coagulé; des caillots fibrineux peu épais et peu consistants sont adhérents à sa face interne.

» Ce sang et ces caillots étant extraits et une sonde introduite par le bout supérieur de l'artère, on reconnaît que l'ouverture de communication est vers la limite supérieure du sac et à l'union de ses deux faces antérieure et interne. Cette ouverture occupe à peu près le point milieu de l'artère poplitée; elle a une forme elliptique; c'est comme si l'on avait emporté les deux tiers de la circonférence de l'artère sur une étendue de deux centimètres. Près de cette ouverture, le sac forme une petite poche supplémentaire du volume d'une grosse noix, et qui est séparée du sac principal par un bourrelet laissant une ouverture de 15 millimètres à 2 centimètres de diamètre.

» L'artère se trouve sur le côté antéro-interne du sac. Celui-ci présentait avant son ouverture les mêmes dimensions qu'on lui avait reconnues pendant le cours de la maladie, c'est-à-dire 7 centimètres environ de diamètre vertical sur 5,6 transversalement. L'épaisseur des parois du sac est de 10 à 12 millimètres. Près de l'escbare, les parois sont amincies; elles n'offrent que 4 à 5 millimètres d'épaisseur. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 29 octobre 1857, M. Morlot, professeur adjoint de clinique interne à l'École préparatoire de Dijon, a été nommé professeur titulaire de clinique interne de ladite École, en remplacement de M. le docteur Salgues, décédé.

— Par arrêté de M. le préfet de la Meurthe, M. le docteur Rœber a été nommé médecin-adjoint de l'asile public d'aliénés de Maréville.

— Le prix Esquirol, institué en 1818, vient d'être décerné, pour l'année 1856, à M. Tillaux, élève de la Salpêtrière.

— La Société anatomique reprendra le cours de ses séances vendredi prochain, 6 novembre, à trois heures précises.

Ordre du jour. — Rapports sur les travaux présentés par les candidats au titre de membre adjoint. — Présentations de pièces anatomiques et communications diverses. — Discussion.

Dans une des séances suivantes, la Société procédera à l'élection des membres adjoints.

— La Société des sciences médicales du département de la Moselle a mis au concours, pour l'année 1858, les questions suivantes :

« 1° Du degré d'utilité pratique de l'électricité d'induction appliquée à la thérapeutique.

» 2° Faire l'histoire des maladies des ouvriers, déterminées par l'une » des principales industries de la Moselle. (Métallurgie, peluches, mi» nes, etc.) »

» 3° Des maladies les plus fréquentes à Metz.

» 4° Des anesthésiques en général; de leurs effets physiologiques et » pathologiques, et surtout de l'élément chimique qui spécialement » produit l'anesthésie. »

Chaque prix consistera en une médaille d'or. — Les mémoires devront être adressés, dans les formes académiques ordinaires, au secrétariat de la Société, à la Bibliothèque, à Metz, avant le 1er mai 1858.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Lavergne, né à Saulieu (Côte-d'Or); *De la phlegmatia alba dolens.*

Démonteil, né à la Châtre (Indre); *De la trachéotomie chez les enfants atteints de croup.*

Besson, né à la Ferté-sous-Jouarre (Seine-et-Marne); *Des fractures du maxillaire inférieur.*

Guérault, né à Orléans (Loiret); *Observations médicales recueillies pendant le voyage scientifique de S. A. I. le prince Napoléon dans les mers du Nord.*

Gay, né à Jarnac (Charente); *Des vomissements incoercibles pendant la grossesse.*

Labatut, né à Bègles (Gironde); *Des corps fibreux interstitiels de l'utérus.*

Blaise, né à Telloy-lez-Hermaville (Pas-de-Calais); *De l'anesthésie locale.*

Mendez, né à Montevideo (Amérique méridionale); *Du phlegmon et des abcès de la paume de la main.*

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Piorry). Du traitement de l'hystérie. — Observation de larves vivantes dans les sinus frontaux d'une jeune fille de neuf ans. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 26 octobre. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 21 octobre. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 2 NOVEMBRE 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a entendu dans cette séance la lecture d'un mémoire sur une question d'économie qui ne manquerait pas d'intérêt au point de vue hygiénique, si elle est réellement susceptible d'application. Il s'agit de l'utilité que pourrait avoir pour toutes les personnes que leur profession expose aux intempéries, et particulièrement pour les marins et les militaires, un mode particulier de préparation des étoffes destinées aux vêtements, qui a pour résultat de rendre ces étoffes imperméables à la pluie et même à l'eau versée à flots, sans qu'elles cessent d'être perméables à la transpiration. Mais malheureusement l'auteur, en exposant le but qu'il s'est proposé, n'en a pas fait connaître les moyens d'exécution. En conséquence, le bureau a désigné, sous condition, une commission qui prendra connaissance de ce mémoire et jugera s'il y a lieu de demander à l'auteur de faire connaître son mode de préparation, ses produits ne pouvant, aux termes du règlement, être l'objet de l'examen qu'il sollicite tant que le procédé sera tenu secret.

On a étudié au point de vue des réactions chimiques les éléments du système nerveux de l'homme et des animaux supérieurs. MM. Leconte et Faivre ont entrepris d'étendre ce genre de recherches au système nerveux des animaux inférieurs ; ils ont commencé par la sangsue médicinale. Il résulte de leurs analyses qu'il y a une différence de propriétés entre les ganglions et les nerfs qui en naissent ; une différence très-nette entre la constitution du névrilème, celle de l'enveloppe des tubes et de la matière granuleuse intérieure. Les réactifs histologiques leur ont révélé des différences de structure non moins tranchées entre ces éléments principaux du système nerveux. On verra dans le compte rendu de la séance les résultats constatés par MM. Leconte et Faivre. Nous les consignons comme il convient de faire pour tous résultats de recherches scientifiques, alors même qu'il n'en ressort immédiatement aucun fait général ou aucune idée d'une application ou d'une utilité directe.

M. le professeur Joly (de Toulouse) a adressé une note sur un nouveau cas de monstruosité, qui n'est pas moins intéressant par les particularités qu'il a offertes, que par les considérations générales dont l'auteur en a fait suivre la relation.

La famille des monstres doubles *monosomiens* est caractérisée, comme on sait, par l'unité apparente d'un corps dont la tête seule offre des indices d'une duplicité plus ou moins imparfaite. Trois genres composent cette famille : 1° le genre *atlodyme* (existence d'un seul corps avec deux têtes séparées, mais contiguës et portées sur un col unique) ; 2° genre *iniodyme* (deux têtes libres en avant, réunies latéralement dans la région de l'occiput) ; 3° genre *opodyme* (tête unique en arrière se séparant en deux faces distinctes à partir de la région oculaire). Ce troisième genre est, d'après M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire « le dernier degré de fusion que présente la nature, le dernier degré que la pensée puisse concevoir. » Un pas de plus vers la fusion complète, et l'on arriverait en effet presque immédiatement, comme le fait remarquer le savant tératologiste, à l'unité normale.

C'est un exemple de ce troisième genre, c'est-à-dire du dernier degré de fusion, que M. Joly a observé sur un jeune chat, qui fait le sujet de sa communication. Chez cet animal, la tendance à l'unité était tellement prononcée, et les deux faces d'une symétrie si parfaite, qu'il a cru un moment avoir sous les yeux un simple *bec-de-lièvre*. Mais un examen plus attentif n'a pas tardé à le convaincre qu'il avait affaire à une de ces monstruosités doubles, dans lesquelles la duplicité se masque à tel point qu'elle ne devient perceptible qu'à l'aide d'une analyse minutieuse. Il n'y avait aucune trace de fusion des globes oculaires sur la ligne médiane, comme cela a lieu généralement chez les *opodymes*. Les deux nez, séparés à leur origine par un léger enfoncement, convergeaient l'un vers l'autre, et venaient presque au contact à leur extrémité, ressemblant assez bien, dit M. Joly, à un nez de dogue. La bouche, fendue comme à l'ordinaire, ne frappait d'abord par rien d'étrange ; mais, lorsqu'elle était largement ouverte, on apercevait sur la ligne médiane un pinceau de poils occupant le milieu d'une saillie assez prononcée, formée par l'adossement des moitiés latérales internes des deux maxillaires. On voyait, en outre, deux langues séparées vers leurs bases par une cloison musculo-membraneuse, représentant les voiles du palais. Quant aux deux maxillaires, ils étaient réduits à leurs moitiés externes... Enfin, à partir du pharynx commun aux deux individus composants, on ne voyait plus aucune particularité à signaler.

M. Joly propose, en se conformant au principe de la nomenclature de M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, de donner à ce genre nouveau le nom de *rhinodyme*, qui serait ainsi caractérisé : un seul corps ; tête unique en arrière, mais formée en avant de deux moitiés de face tout à fait contiguës, mais non complétement soudées sur la ligne médiane ; appareil oculaire atrophié ou nul du côté de l'axe d'union ; nez contigus.

Ce monstre a vécu deux jours. M. Joly signale cette circonstance comme une nouvelle confirmation de cette loi de tératologie savoir : que plus un monstre double s'approche de l'unité, moins il a de chances de viabilité. Ce fait luimême est à la fois une confirmation et une vérification des principes et des prévisions de l'illustre auteur de la *Philosophie anatomique*.

Nous ne terminerons pas cet inventaire de la dernière séance de l'Académie sans mentionner deux intéressantes communications de pathologie dont on trouvera un extrait dans le compte rendu : un mémoire de M. le docteur Castorani sur le mécanisme de production de l'arc sénile, et une note de M. Deleau sur la paralysie du nerf facial produite à volonté dans un cas de lésion de l'oreille moyenne.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Du traitement de l'hystérie.

En présence des faits nombreux d'hystérie, qui chaque jour s'offrent à notre observation, je ne saurais mieux faire que d'aborder dans cette conférence la question si controversée du traitement de cette affection. Depuis des siècles, les auteurs ont individualisé, sous le nom d'hystérie, d'innombrables névropathies et se sont constamment mis à la recherche d'un remède particulier, d'un spécifique. Aussi vous ferai-je grâce des médications diverses, qui, suivant les époques et d'après les idées systématiques en vogue, ont été dirigées contre cet état pathologique, qui est loin d'être une maladie *unitaire*, comme on l'a prétendu. Supposez un groupe de modifications morbides momentanément survenues dans la structure et dans les fonctions des nerfs, et vous vous ferez une idée de l'hystérie ; étudiez isolément les indications présentées par ces phénomènes si dissemblables, et vous pourrez, d'une main sûre, en esquisser le traitement.

Et d'abord, il faut s'adresser à la constitution nerveuse, telle qu'elle existe en général chez les femmes sujettes à des attaques de nerfs, et demander à une hygiène spéciale, plutôt qu'à la pharmacie, les secours nécessaires en pareille occurrence. Prescrivez donc :

1° Une alimentation réparatrice ;

2° Des exercices gymnastiques propres à développer l'appareil musculaire ;

3° Des occupations susceptibles de diriger l'intelligence ailleurs que vers les idées fantastiques ou contemplatives ;

4° Veillez à ce que les organes des sens soient en quelque sorte familiarisés avec les modificateurs qui les excitent, et cela dans le but de diminuer leur impressionnabilité ;

5° Défendez, en conséquence, la vie sédentaire et monastique, tout aussi bien que les plaisirs qui enivrent ou allument les passions ;

6° Conseillez les voyages, les bains de mer, certaines eaux minérales, ou des occupations variées et plus ou moins agréables, mais cependant sérieuses.

7° Faites prendre enfin des bains tièdes ou même frais, prolongés et répétés.

Quels sont maintenant les moyens de prévenir les attaques d'hystérie ? Il faut d'abord éloigner toutes les circonstances qui tendraient à exciter trop vivement les organes génitaux, et rechercher si quelque disposition organique (ulcération du col utérin, déplacement de la matrice, polype, carcinôme) ou l'usage d'un pessaire, ne sont pas les points de départ de l'oscillation nerveuse. Trop souvent des lésions de ce genre, reconnues ou non pendant la vie, sont incurables, et alors le retour des accès ne peut pas être prévenu. Dans le cas aussi d'altération profonde des ovaires, il est impossible d'empêcher l'invasion de la névropallie ou oscillation nerveuse.

Lorsqu'on peut saisir le moment où la transmission de l'aura se fait de la région ovarique à l'épigastre, à l'œsophage, au pharynx, et que l'on prévoit par conséquent le temps qui précède plus ou moins immédiatement la progression du mal à l'axe nerveux luimême, il faut au plus vite recourir à des agents capables d'entraver dans les nerfs la marche de l'oscillation. La potion de quinine, telle que je l'ai formulée, pourra vous rendre alors de signalés services ; je vais vous rappeler sa composition :

Quinine brute.	30 grammes.
Alcool.	350 —
Eau distillée.	350 —

Filtrez. Deux cuillerées de cette solution représentent 1 gramme de sulfate de quinine, et c'est la dose habituellement prescrite.

L'alcool, la teinture de canelle et le sirop de fleurs d'oranger, la belladone, les narcotiques, divers excitants de la peau ou des membranes buccale, gastrique et rectale, sont susceptibles encore d'agir dans le même sens, bien qu'à un plus faible degré. L'avantage de la potion de quinine sur les autres médicaments est principalement fondé sur la promptitude de son action : Vous connaissez en effet le retrait si rapide de la rate, alors que le sel de quinquina vient d'être administré, et la merveilleuse propriété de cette substance contre les névropathies périodiques.

J'ai essayé l'emploi des inspirations d'éther, mais dans trois cas sur cinq, des attaques terribles, des symptômes épileptiformes, de très-violentes convulsions et du coma sont survenus, et je dois dire que les malades n'avaient jamais éprouvé antérieurement de phénomènes aussi graves. Peut-être les inspirations de chloroforme ou d'amylène auraient-elles moins d'inconvénients, mais les tristes exemples du passé doivent nous servir d'enseignements présents, aussi ne vous engagerai-je jamais à recourir à ces anesthésiques.

Une fois que l'attaque est déclarée, il est fort difficile, sinon impossible, d'en arrêter les périodes successives : j'ai vu mettre en usage et j'ai prescrit moi-même le castoréum, l'assa-fœtida, la myrrhe, le musc, la mélisse, l'opium, la belladone, le zinc, soit en potions, soit en injections dans le rectum ; j'ai appliqué de la glace sur le front, des ventouses ou des cataplasmes chauds aux cuisses ; j'ai fait tenir la tête levée et les pieds abaissés, pendants, mais rien de tout cela n'a pu entraver la marche des phénomènes nerveux. L'accès se terminait à peu près comme si je n'eusse rien fait.

La saignée a paru quelquefois calmer les symptômes, mais c'est plutôt comme remédiant à un état de pléthore générale qu'elle est appelée à rendre des services dans un cas donné. Les sangsues placées au bas-ventre, aux cuisses, à la vulve, sont non-seulement d'une application difficile à cause des mouvements convulsifs, mais encore elles occasionnent de vives douleurs, exaspèrent les malades et augmentent la violence des mouvements spasmodiques.

On pourrait peut-être avec de certains avantages appliquer l'éther ou le chloroforme à l'*extérieur*, le long de la colonne vertébrale, à l'épigastre ou au cou : il suffit pour cela de remplir un verre avec de la ouate, de placer par-dessus du coton imbibé de chloroforme, de poser le limbe du verre sur la peau de façon que la vapeur dégagée reste en contact avec le tégument et ne s'échappe pas au dehors, et de laisser cet appareil en place pendant quelques minutes. J'ai vu des névralgies être subitement calmées par ce moyen ; peut-être bien en serait-il de même pour des accès hystériques.

Il importe surtout d'avoir les plus grands soins pour la femme qui se débat dans des convulsions : évitez qu'elle se blesse ; maintenez-la non pas avec violence et en luttant avec elle, mais retenez-la légèrement et laissez-la se livrer à tous les mouvements qui ne

vous paraissent pas dangereux. Placez-la à terre sur deux matelas juxtaposés, au milieu de la chambre; elle ne sera plus exposée alors à se frapper la tête ou les extrémités contre les meubles ou les murs; traitez-la avec douceur, et conservez pour elle tous les égards et toute la retenue que commande une situation si pénible. L'opinion générale qui rattache l'hystérie aux troubles des fonctions des organes génitaux, ou même à la rétention de la liqueur spermatique, a conduit quelques médecins depuis l'époque la plus reculée à se livrer à de coupables manœuvres, à des attouchements profondément immoraux et dégradants pour la dignité professionnelle. N'allez pas commettre de ces énormités; unissez-vous plutôt à moi pour les flétrir et les condamner.

Les indications thérapeutiques qui se présentent ultérieurement aux attaques sont celles-ci : faire garder le silence, le calme, le repos; éloigner des malades toute cause d'excitation, et par conséquent bannir les sensations vives, les émotions, les impressions morales tristes ou gaies. Après ces crises, on se plaindra souvent à vous de douleurs névralgiques sans siége bien déterminé, ou de contractures musculaires : je n'ai point ici de conseils spéciaux à vous donner, car le meilleur est de combattre ces accidents par les moyens ordinaires, absolument comme s'il ne s'était pas manifesté d'oscillations morbides.

Nous n'avions pas vu jusqu'à ces derniers temps les paralysies de sensation ou de mouvement en rapport avec l'hystérie céder à la plupart des agents réputés *excitants*, *antispasmodiques*, *narcotiques*, etc. Notre éloignement pour l'emploi de la strychnine ne nous a pas permis d'avoir recours à ce poison décoré, souvent à tort, du nom de médicament. Les vésicatoires, les cautères, le magnétisme, l'électricité, les mouvements provoqués ont le plus souvent échoué. La paralysie se dissipe la plupart du temps d'une manière spontanée sans que nous puissions apprécier la cause de cette disparition. Il me revient cependant à la mémoire un fait de paralysie hystérique datant de plusieurs mois, et qui était accompagné de vives douleurs dans la région du rachis, où l'application du chloroforme sur les points douloureux, et par la méthode que je vous ai indiquée, a fait cesser le mal comme par enchantement. Toutefois la position de cette malade avait été déjà singulièrement améliorée au moyen de l'extrait aqueux de belladone (0,40 centigrammes par jour), que j'avais prescrit dans le but d'arrêter les oscillations morbides que je supposais exister dans les parties du système nerveux correspondant aux régions privées de sentiment et de mouvement.

Je ne terminerai pas ces considérations sans vous engager vivement à faire la part de l'exagération dans le récit compliqué et souvent extraordinaire que la femme hystérique vous condamne parfois à entendre : soit qu'elle veuille faire parler d'elle, soit qu'elle ait la prétention de se rendre vraiment digne de l'attention et de l'intérêt de tous, il vous arrivera dans quelques circonstances de la voir simulant une grave affection, ou opérant de ces actes surprenants, comme vous pouvez vous en représenter quelques-uns en songeant aux prétendus miracles des somnambules, aux extases cataleptiques et à tous les écarts des convulsionnaires. Ne péchez pas en ce cas par excès de crédulité, car la supercherie de la malade venant à se découvrir, le public vous couvrirait de ridicule, et il n'est point en France d'arme qui tue plus vite que le ridicule.

OBSERVATION

de larves vivantes dans les sinus frontaux d'une jeune fille de neuf ans.

Par M. le docteur LEGRAND DU SAULLE.

(Communiquée à l'Académie des sciences dans sa séance du 19 octobre.)

Lazarette P... est d'une taille moyenne, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'un caractère doux, facile et obéissant. Douée d'une intelligence assez précoce, elle a rapidement appris à lire, à écrire et à compter; elle a pour mère une femme de trente-six ans, d'un caractère un peu mélancolique; son père, âgé de quarante-huit ans, est un homme violent, irascible, adonné à la boisson.

Pendant ses premières années, Lazarette a joui d'une santé très-satisfaisante.

Par une belle soirée du mois d'octobre 1850, la petite fille, en se promenant dans la campagne avec son père et sa mère, s'amusa à cueillir un bouquet de fleurs des champs. Elle prit plaisir à respirer avec force et à de fréquentes reprises l'odeur parfumée des fleurs qu'elle s'était cueillies. Après une promenade d'une heure et demie environ, l'enfant rentra avec ses parents et se mit au lit, sans accuser aucun malaise. Dans les jours qui suivirent, elle fut prise tout à coup d'une céphalalgie frontale très-intense, caractérisée surtout par la présence d'un point extrêmement douloureux, ayant son siége dans les sinus frontaux, par des éblouissements, des vertiges, par un chatouillement tout particulier de la membrane pituitaire, enfin par des éternuments répétés.

Cet état se prolongea à peu près pendant six semaines, de la fin d'octobre au 10 décembre. — Plusieurs médecins éclairés furent consultés, mais, ne pouvant s'expliquer la cause réelle d'une maladie si difficile à définir, ils ne purent réussir à apporter quelques soulagements aux souffrances de la petite fille, dont le caractère subit un brusque et notable changement. De douce et obéissante qu'elle avait toujours été, elle devint vive, emportée, colère; dans ses moments d'impatience, elle insulte grossièrement son père et sa mère, brise tous les objets qui lui tombent sous la main, brûle ses jouets et fait voler en éclats plusieurs carreaux. Avec les enfants du voisinage, elle devient querelleuse et prend plaisir à les frapper. Éprouvant un besoin continuel de locomotion, on la voit aller çà et là, inquiète et chagrine; Lazarette est évidemment malade; elle est en ce moment sous l'influence d'une surexcitation nerveuse tout à fait anormale : nous constatons les prodromes d'un accès de manie. Mais poursuivons, nous allons bientôt être éclairés sur les causes et la nature de l'affection nerveuse jusque-là mal définie, au début de laquelle nous venons d'assister.

10 décembre. L'enfant semble aller beaucoup mieux depuis quelques jours; elle est calme et ne se plaint plus de maux de tête. — Au point douloureux, situé entre les arcades sourcilières, Lazarette s'est aperçue ce matin, en portant la main au front, qu'il s'était développé une chaleur singulière; de plus, après s'être mouchée, elle a par hasard remarqué qu'elle avait rendu, avec le mucus nasal, plusieurs *petits grains*, plusieurs *petites bêtes* remuant imperceptiblement dans son mouchoir.

Mme P. s'en inquiéta fort peu d'abord, et crut que son enfant avait des parasites; elle redoubla de soins, de précautions, mais elle ne tarda pas à s'apercevoir de son erreur.

L'inspection scrupuleuse et presque journalière des mouchoirs de sa fille lui fit au contraire découvrir dans le mucus nasal la présence des mêmes petits animaux. Fort inquiétée par un phénomène aussi singulier et si fréquemment réitéré, Mme P. alla présenter à son médecin le mouchoir dont l'enfant s'était servie la veille, 1er février 1851. Celui-ci, après avoir recueilli les petits corps épars dans le mucus nasal desséché et les avoir attentivement examinés, reconnut parfaitement qu'il avait affaire à des larves; mais, regardant au premier abord comme impossible l'existence de ces larves dans la membrane interne du nez ou dans les sinus frontaux, il tranquillisa Mme P. et lui promit d'aller voir la petite fille le lendemain.

Il se rendit presque immédiatement chez un professeur de la Faculté des sciences, auquel il présenta les larves en le priant de les examiner. M. Brullé, dont le nom fait autorité en entomologie, détermina scientifiquement, après une étude faite au microscope, la famille et le genre des insectes qui lui avaient été apportés (chrysoméline, diptères, coléoptères, scolopendres), et en fit l'objet d'une communication spéciale à l'Académie des sciences, arts et belles-lettres de Dijon.

Le 25 mars 1851, Lazarette éprouve une céphalalgie intense, des éblouissements, et perd tout à coup connaissance. A peine est-elle un peu revenue à elle-même qu'elle tombe dans des convulsions qui durent plusieurs heures. A la suite de cette crise longue et douloureuse, le médecin ordinaire remarque chez l'enfant un état comateux voisin de la congestion, un certain trouble des facultés intellectuelles, une amnésie complète. Dans la soirée, 12 sangsues furent appliquées aux apophyses mastoïdes; le lendemain, sauf une inappétence très-prononcée, Lazarette allait assez bien. Le médecin, craignant avec juste raison le retour d'accidents nerveux semblables à ceux qu'il avait observés la veille, conseilla à la famille de placer la petite fille à l'asile public d'aliénés de la Côte-d'Or, où elle entra le 24 avril.

Le 29 avril, à dix heures du matin, Lazarette se mettait à table et portait à sa bouche une première cuillerée de potage, lorsqu'elle poussa tout à coup un petit cri, tombe et se roule à terre en différents sens. Je me trouvais en ce moment dans une salle voisine; j'accours aussitôt, prévenu par la sœur de service, et je trouve la malade dans l'état que je vais essayer de décrire.

Les paupières sont fermées, mais elles s'entr'ouvrent parfois et me permettent d'apercevoir facilement que la partie inférieure du globe de l'œil converge vers les ailes du nez; la face est d'un rouge violacé; les mâchoires sont fortement serrées l'une contre l'autre. Les muscles se contractent convulsivement de la manière la plus bizarre; ainsi le bras droit est longitudinalement appliqué le long du corps dans une extension absolue, et les doigts sont un peu fléchis. L'avant-bras gauche est fortement appliqué sur le bras; la main est aussi convulsée dans le sens de la flexion, le pouce et les autres doigts contractés et ramenés dans une adduction forcée.

La respiration est haletante, précipitée; il y a une constriction de la gorge très-appréciable; le pouls reste petit et lent. Au moment où les convulsions diminuent, la face pâlit; les paupières, entourées d'un cercle bleuâtre très-prononcé, s'ouvrent entièrement et laissent apercevoir les yeux ternes et sans expression.

La malade, en reprenant connaissance, se plaint de lassitude dans les membres, demande ce qui s'est passé, pourquoi on l'a mise sur un lit, et semble étonnée qu'il se fait que plusieurs personnes l'entourent. A peine trois minutes s'étaient-elles écoulées depuis la fin de ce premier accès que l'enfant retombe dans une nouvelle crise identique en tous points à la précédente.

Après avoir donné à la sœur du service les indications les plus urgentes, je me rendis à la pharmacie de l'asile pour y préparer une potion contenant 20 gouttes de chloroforme. A mon retour, la malade était à sa neuvième crise; je fis appliquer des sinapismes aux mollets et placer en même temps sur la tête des compresses réfrigérantes. Les accidents nerveux continuant à se produire, je ne quittai pas Lazarette, et dans une rémission de cinq à six minutes, entre le dix-neuvième et le vingtième accès, je parvins à administrer la première cuillerée de la potion, mais elle fut presque immédiatement rejetée, et j'en cessai momentanément l'emploi. Enfin, après une série de quarante-cinq crises, dont la durée pour la première fut de 3 minutes, de 125 secondes pour la deuxième, et de 70 à 95 secondes pour les quarante-trois autres, tous les accidents cessèrent, et la malade s'endormit profondément au bout de quelques instants.

A six heures du soir, nous vînmes, mon chef de service M. le docteur Edouard Dumesnil et moi, voir Lazarette, qui ne s'était éveillée que depuis une heure seulement; elle était au lit, assise sur son séant, chantant et criant, puis pleurant et sanglotant tour à tour. Une potion antispasmodique et des applications froides sur la tête furent prescrites pour la nuit.

Le 30 avril, la nuit a été mauvaise; Lazarette n'a pas dormi; elle a chanté et a accablé d'invectives l'infirmière qui l'a veillée; plus de vingt fois elle a essayé de se lever; y ayant réussi une fois entre autres, elle a couru dans toute l'infirmerie, et a frappé une malade; il a fallu la camisoler et lui mettre les entraves.

A la visite du matin, elle répond de la manière la plus incohérente à toutes les questions qu'on lui adresse. — Bain de trois heures à 26 degrés avec irrigation froide sur la tête.

Lazarette continue pendant toute la journée à être fort agitée, et s'endort profondément vers le soir.

Le lendemain, 1er mai, la petite malade est très-calme, sa physionomie a repris son expression douce et gentille. — Bain de trois heures comme la veille, applications froides. Potion avec teinture de cantharides, 10 gouttes.

Le 2 mai, Lazarette présente trois larves qu'elle a rendues en se mouchant; la santé générale est bonne, sauf la céphalalgie qui, persiste dans le point que nous avons indiqué.

Le 15 mai, point d'accidents nerveux, mais depuis treize jours nous avons recueilli trois fois des larves. En présence de ces insectes rejetés à diverses reprises avec le mucus nasal, M. Dumesnil comprit qu'il avait affaire à une affection convulsive de nature toute particulière. Il n'hésita pas à admettre que des larves avaient pu s'introduire par les fosses nasales jusque dans les sinus frontaux, et qu'elles avaient pu y vivre et s'y développer. L'existence de larves vivantes dans les sinus frontaux une fois admise comme cause efficiente de la maladie de Lazarette, il y avait tout lieu d'espérer qu'on arriverait à la faire disparaître en détruisant les insectes, en vertu du vieil axiome, *sublata causâ, tollitur effectus*. Mais si simple que paraisse cette idée, la mise à exécution n'en était pas facile; en effet, comment faire arriver jusqu'à dans l'intérieur des sinus des vapeurs ou des liquides irritants ou toxiques?

Voici comment M. Dumesnil résolut de procéder : il fit préparer chez un pharmacien de la ville une solution arsénicale, contenant deux grammes d'arséniate de soude pour environ trente grammes d'eau distillée. Un morceau de papier non collé, d'une grandeur déterminée, fut imbibé de cette solution, puis séché et roulé sur lui-même en forme de cigarette; chaque cigarette pouvait contenir à peu près cinq centigr. d'arséniate de soude.

Le 20 mai, les cigarettes me furent remises, je fis immédiatement venir Lazarette, et lui allumant une première cigarette, je la lui fis fumer, et j'obtins d'elle, d'après les recommandations de mon chef de service, qu'après de lentes aspirations, elle rendît la fumée aspirée par le nez. Afin d'obtenir complétement ce résultat, je veillai à ce que l'enfant conservât la bouche fermée, de sorte que l'expulsion de la fumée se fit forcément par les narines. Cette première expérience fut pénible pour la jeune malade, elle occasionna de la toux, des vertiges, un commencement d'ivresse; néanmoins, le soir même et malgré sa répugnance, je l'obligeai à fumer devant moi une seconde cigarette, de la même manière que le matin.

Le malaise qui avait suivi la première épreuve se renouvela, avec moins d'intensité toutefois; le commencement d'ivresse se dissipa après quelques minutes d'exposition au grand air.

Le 22 mai, l'enfant est aussi bien que possible; depuis le 1er du mois elle prend chaque jour un bain de deux à trois heures, et sa potion avec la teinture de cantharides; la dose a été augmentée tous les matins d'une goutte. Aucun accident ne s'est déclaré du côté de la vessie, bien qu'aujourd'hui il y ait 32 gouttes de teinture dans la potion.

Le 23 mai, depuis trois jours, Lazarette fume matin et soir sa cigarette en ma présence; elle y est maintenant habituée et semble même y prendre plaisir. A trois heures de l'après-midi, je suis appelé auprès d'elle, et j'assiste à trente et une petites crises hystéro-épileptiformes semblables à celles du 29 avril, mais dont la durée cependant ne dépasse guère quarante-cinq à soixante secondes. Un léger accès de manie succède à ces crises; l'excitation dure toute la nuit, et se prolonge pendant toute la journée du lendemain 24 mai.

Le 25 mai, la malade est peu à peu revenue à l'état où elle se trouvait l'avant-veille, on reprend le traitement suspendu depuis l'apparition des dernières crises convulsives.

Le 30 mai, on nous présente à la visite quatre ou cinq larves sans mouvement et mortes selon toute apparence, que Lazarette a rendues en se mouchant; de plus, nous constatons dans le mouchoir, au milieu du mucus nasal desséché, la présence de larves nombreuses à des degrés plus ou moins avancés de développement, et des points brillants qui sont probablement des débris de larves.

Le 9 juin, depuis le 31 mai, la température des bains que prend chaque jour la malade est abaissée de presque un degré; elle tolère très-bien aujourd'hui l'eau à 17 degrés centigrades. Elle s'est plainte ce matin d'éprouver quelques douleurs en urinant; la potion avec la teinture de cantharides est supprimée. Le nombre des cigarettes vient d'être élevé à trois par jour.

Le 10, Lazarette a rendu dans la nuit un grand nombre de larves infiniment petites.

Le 15, la malade, en se plaignant ce matin d'éprouver un mal de tête violent, a été prise en notre présence d'un accès hystéro-épileptiforme qui a duré trois minutes. Dans la journée, la malade a gardé la diète et a pris une potion avec un gramme de chloroforme. Vers le soir, il s'est déclaré une seconde crise dont je n'ai pas été témoin, mais qui, d'après la sœur du service, aurait été moins longue que celle du matin.

Le 16, à notre grand étonnement, point d'excitation maniaque. Un fait important que je n'ai point encore signalé, car nous nous en apercevons seulement aujourd'hui, c'est que le sens de l'odorat est lésé chez notre malade; elle ne perçoit aucune odeur, même parmi celles qui sont les plus diffusibles et les plus pénétrantes. A quelles causes est due cette abolition du sens de l'odorat? Faut-il l'attribuer à la présence des insectes qui auraient déterminé dans les filets olfactifs qui pénètrent la membrane pituitaire une irritation susceptible d'amener un trouble de la fonction, ou ne devons-nous voir là qu'un de ces désordres fonctionnels qui se rencontrent assez communément après les attaques hystériques et épileptiformes?

C'est ce qu'il nous paraît difficile de décider.

Le 25, l'état de la malade est très-satisfaisant; nous constatons d'une manière certaine que la calorification exagérée que nous avions si souvent remarquée vers l'espace inter-surcilier, où Lazarette accusait habituellement une douleur vive, a sensiblement diminué.

L'enfant fume maintenant quatre cigarettes par jour, bien qu'elle ne rende plus aucune trace de larves. Chaque après-midi elle prend, dans la pièce d'eau de l'asile, un bain de dix, quinze ou vingt minutes; pendant la durée du bain, la tête est entourée d'une coiffe de toile imbibée d'eau.

Le 15 août, l'état général est excellent. Tout traitement est suspendu. Enfin elle quitta l'asile radicalement guérie le 8 novembre 1854. Rentrée chez ses parents, Lazarette fut placée comme externe dans un pensionnat, où elle fit preuve d'une intelligence très-développée, d'un caractère doux et facile.

Octobre 1857. Lazarette a seize ans, ne s'est jamais ressentie de sa maladie, et nous apprenons qu'elle vient de se marier.

RÉFLEXIONS. — L'observation qui précède n'emprunte pas son intérêt aux circonstances mêmes de la maladie de la jeune Lazarette. L'hystéro-épilepsie, sans être aussi fréquente chez les femmes avant qu'après l'âge de la puberté, n'est pas rare chez les enfants, et, dans le cas qui nous occupe, l'affection nerveuse n'a rien offert de particulier qui puisse fixer l'attention, non plus que les désordres nerveux ou purement psychiques qui ont précédé, accompagné et suivi les attaques convulsives, dont on peut les regarder comme la conséquence.

Le changement du caractère et des habitudes, l'amnésie, le trouble intellectuel général, la perversion ou la suspension de l'exercice du sens de l'odorat, l'excitation maniaque plus ou moins intense, forment trop souvent le cortége des attaques d'hystérie et d'épilepsie, pour mériter une mention spéciale. Il n'en est pas de même de la présence des larves vivantes dans les sinus frontaux; là a été vraisemblablement le point de départ des désordres qui ont été observés.

Quelque extraordinaire que soit ce fait, il est difficile de le révoquer en doute; l'observation attentive et suivie à laquelle l'enfant a été soumise, ne permet pas d'admettre une supercherie dont on chercherait d'ailleurs en vain la raison d'être. Il n'eût pas été possible à l'enfant de se procurer d'une manière aussi fréquente et en aussi grand nombre des larves d'insectes, dont quelques-unes sont difficiles à rencontrer même par le naturaliste exercé. D'autre part cependant, c'est une chose bien singulière que la coexistence de ces insectes dans les sinus frontaux. Il faut nécessairement admettre que des œufs d'insectes peuvent être déposés dans les cavités naturelles du corps en communication avec l'air extérieur, et particulièrement dans les fosses nasales, où ces œufs peuvent éclore. Il n'est pas moins incontestable qu'une fois écloses, les jeunes larves peuvent pénétrer jusque dans les sinus frontaux, et là, vivre et se développer.

A défaut d'observations directes chez l'homme, la pathologie comparée en fournirait au besoin d'assez nombreux exemples; on comprendra surtout aisément que cela puisse avoir lieu pour les œufs des diptères; on admettra bien encore, à la rigueur, que, par un hasard singulier, en aspirant fortement l'odeur d'un bouquet de fleurs des champs, la jeune Lazarette ait pu attirer dans ses narines des œufs déposés par des coléoptères; mais ce qui ne peut manquer d'exciter l'étonnement et même l'incrédulité chez beaucoup de personnes, c'est la réunion fortuite de larves appartenant à des genres divers et à des familles différentes.

En réfléchissant à la difficulté qui existe dans la détermination des larves, j'eusse pensé à une erreur possible, j'eusse admis peut-être que des larves d'une même espèce, à un degré plus ou moins avancé de développement, avaient été prises pour des larves de familles distinctes, si la désignation des espèces et des genres n'avait été faite par un homme aussi exercé que M. Brullé. Quoi qu'il en soit, qu'une seule espèce de larves ou que des larves différentes d'espèce, de genre et de famille, aient pu vivre et continuer à se développer dans les sinus frontaux, ceci importe peu, il n'en reste pas moins établi que des animaux articulés, qui ne sont pas des parasites habituels de l'homme, ont vécu à l'état de larves, pendant plusieurs mois, dans une des cavités naturelles, les fosses nasales. L'irritation causée par la présence de ces animaux sur la muqueuse, si bien indiquée par la chaleur exagérée et persistante observée vers la partie inférieure et moyenne du frontal, la céphalalgie, les éternuments, etc., a déterminé les accidents nerveux qui ont été décrits. Il s'est heureusement trouvé que nous avons eu affaire à une petite fille intelligente et à une mère attentive, de telle sorte qu'aucune des circonstances commémoratives ne nous a échappé. Nous avons eu ainsi des données probables pour établir un traitement rationnel, en remontant à la cause de la maladie. Que fût-il advenu si nous eussions eu affaire à des parents peu éclairés et peu soigneux, et à une enfant déjà hébétée par la maladie? Au lieu d'opposer au mal un traitement méthodique et curatif, nous eussions considéré peut-être les crises hystéro-épileptiformes comme susceptibles de guérison, et nous nous fussions bornés à des soins d'hygiène ou à l'emploi d'impuissants palliatifs. En ce cas, la guérison eût-elle été obtenue? il est bien permis d'en douter.

Assurément il n'est guère possible d'admettre que les insectes logés dans les sinus eussent pu continuer à y exister une fois arrivés à l'état parfait; alors ils eussent sans doute cherché et trouvé une issue par les fosses nasales, ou bien ils eussent péri au moment de leur métamorphose. Mais avant que l'une ou l'autre de ces hypothèses eût pu se réaliser, la maladie nerveuse n'aurait-elle pas fait des progrès, ne se serait-elle pas exaspérée en même temps qu'elle serait devenue plus ancienne? La malade alors n'aurait-elle pu rester sa vie entière affectée d'un mal terrible et dont les conséquences eussent été d'autant plus graves pour elle que le développement de l'intelligence n'étant pas complet, aurait été probablement arrêté, de telle sorte que les crises convulsives se fussent compliquées d'un état plus triste encore, l'imbécillité? Malgré la courte durée de la maladie, l'intelligence paraissait déjà s'affaiblir; il y avait perversion du sens de l'odorat, etc.

Le traitement le plus méthodique du mal n'eût fourni aucun résultat heureux avant la disparition de la cause. On ne pouvait espérer voir cesser les attaques épileptiformes que lorsque les insectes seraient détruits, et avec eux les désordres matériels et fonctionnels locaux; de même que chez les enfants atteints d'affections vermineuses on voit disparaître les crises convulsives après l'expulsion des vers. Mais comment arriver à ce résultat? M. Dumesnil eut l'ingénieuse idée d'établir de temps à autre une circulation de vapeurs toxiques dans les fosses nasales au moyen de cigarettes convenablement préparées, et dont la fumée, aspirée par la bouche à la manière ordinaire, serait lentement rendue par les narines. En surveillant rigoureusement l'application de ce moyen, il n'y aurait pas lieu de craindre d'altérer la santé générale, puisqu'il ne parviendrait dans les poumons qu'une quantité insignifiante de vapeurs; d'autre part, on était en droit d'espérer que la fumée, pénétrant des fosses nasales dans les sinus frontaux, pourrait y exercer son action léthifère sur les larves qui s'y trouvaient. Cette méthode ne détermina aucun accident et fut suivie d'un plein succès. Peu à peu des larves vivantes ou des débris de larves furent expulsés avec le mucus nasal; la chaleur exagérée de l'espace intersurcilier disparut. L'emploi simultané d'un traitement approprié à l'état nerveux général, les antispasmodiques, la teinture de cantharides, les applications réfrigérantes, les bains frais, amena rapidement une diminution d'intensité des crises, qui finirent pas disparaître, et avec elles les accès passagers de manie consécutifs. La cause détruite, la maladie céda facilement. La petite fille reprit son caractère heureux et enjoué, la mémoire se rétablit, l'intelligence redevint libre et continua à se développer.

Cette observation démontre une fois de plus d'une manière authentique que des crises épileptiformes peuvent être déterminées par la présence d'insectes accidentellement logés dans les cavités naturelles du corps humain, et nous fait voir avec quelle circonspection on doit s'informer, auprès des malades récemment et subitement attaqués de maladies convulsives, des circonstances commémoratives, pour voir s'il n'y a pas de causes extérieures déterminantes susceptibles d'être combattues avec succès.

En résumé: 1° Des larves d'insectes peuvent être déposées, vivre et se développer dans celles de nos cavités qui sont en communication directe avec l'air extérieur;

2° La présence de ces corps étrangers peut déterminer des attaques simulant l'hystérie et l'épilepsie;

3° Enfin la destruction de ces animaux est facile, sans inconvénients pour la santé générale, au moyen de vapeurs toxiques; combinée avec un traitement approprié, elle amène la guérison.

Il existe certainement dans la science des faits analogues, mais je ne sais s'il y en a qui soient exposés d'une manière aussi complète. Des circonstances heureuses m'ont permis d'être exactement informé de tout ce qui s'était passé dès le début du mal et de l'observer, de le suivre pas à pas pendant son accroissement, et depuis son paroxysme jusqu'à son déclin et sa disparition.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 octobre 1857. — Présidence de M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire.

Constitution chimique du système nerveux chez la sangsue médicinale. — MM. LECONTE et E. FAIVRE communiquent le résultat de leurs études sur la constitution chimique du système nerveux chez la sangsue médicinale. Ces recherches ont été faites par des agents des deux sortes, les uns agissant chimiquement et permettant de distinguer les diverses substances qui entrent dans la composition des éléments nerveux, et conduisant ainsi à une sorte d'analyse qualitative; les autres ayant pour effet d'indiquer les détails de structure (réactifs histologiques). Voici quelques-uns des résultats que les auteurs ont constatés:

1° *Réactifs chimiques.* — Le système nerveux de la sangsue médicinale semble composé d'éléments chimiques assez nombreux et jouissant de propriétés différentes; l'hypochlorite de soude à la température de l'ébullition dissout les connectifs et les nerfs latéraux, mais ne dissout nullement le ganglion qui reste intact. Ainsi il y a une différence de propriétés entre les ganglions et les nerfs qui en naissent.

Il y a également une différence très-nette entre la constitution du névrilème, de l'enveloppe des tubes et de la matière granuleuse intérieure.

En effet, la liqueur d'étain dissout le névrilème et ne dissout pas les tubes, ni la matière granuleuse.

Le suc gastrique possède une action analogue.

La solution de potasse caustique à une température élevée dissout le névrilème et les tubes en laissant intacte la matière granuleuse. L'acide chlorhydrique fumant à 100 degrés dissout également le névrilème, et les enveloppes en donnant une liqueur violette, tandis que la matière granuleuse ne se dissout point et se colore en jaune. L'acide azotique fumant colore en jaune la matière granuleuse et ne colore pas le névrilème ni les tubes.

Le névrilème et les tubes restent également incolores sous l'influence de l'azotate de protoxyde de mercure, qui à chaud colore en rouge-brique la matière granuleuse, sous l'influence de la solution alcoolique d'iode qui colore en jaune cette matière, ou du permanganate de potasse très-étendu qui lui donne une coloration analogue.

Quelques réactifs démontrent l'existence de propriétés communes au névrilème, aux tubes, à la matière granuleuse: ainsi le mélange d'acide azotique fumant et d'alcool dissout à chaud toute la préparation sur laquelle on opère. L'acide sulfurique fumant à une température peu élevée a une action très-importante: il colore en rose la matière centrale du ganglion, et en jaune la matière granuleuse périphérique, ainsi que celle des connectifs et des nerfs latéraux. Ainsi la matière granuleuse est loin d'avoir dans toutes les parties des propriétés analogues. L'éther sulfurique a démontré la présence dans le système nerveux d'une très-grande quantité de matières grasses.

Parmi les sucs digestifs, un seul, le suc gastrique, agit chimiquement en dissolvant le névrilème; si l'on ajoute de la bile, son action est complétement arrêtée. L'action préalable de la bile empêche toujours l'action du suc gastrique de s'exercer.

2° *Réactifs histologiques.* — Les réactifs qui peuvent être employés avec le plus d'avantage pour distinguer les détails de structure sont principalement: l'acide acétique, l'acide arsénieux, l'acide chromique, l'azotate d'uranium, le permanganate de potasse, le suc gastrique, l'iodure ioduré. Les réactifs qui agissent chimiquement ne sont pas dépourvus non plus d'une certaine action histologique: ainsi on peut employer l'acide sulfurique concentré pour isoler le nerf intermédiaire entre les deux connectifs.

Ces divers agents mettent en évidence des détails de structure différents: le suc gastrique permet de reconnaître les anastomoses des tubes et les cellules intercurrentes; l'acide arsénieux, le permanganate de potasse, l'azotate d'uranium apprennent à distinguer la texture des différentes parties du ganglion lui-même; l'acide arsénieux fait très-bien voir les cellules et leurs prolongements, l'azotate d'uranium les fibres ascendantes et descendantes qui partent des nerfs latéraux. L'iodure ioduré fait bien ressortir les nerfs intermédiaires et leur communication à travers le ganglion.

Les réactifs, en général, agissent de deux manières sur la matière nerveuse: les uns la rétractent, la durcissent et la colorent: tels sont les acides forts et leurs sels; les autres la gonflent, la ramollissent et la rendent plus pâle: tels sont les acides faibles et les alcalis puissants. (Commissaires: MM. Milne Edwards, Cl. Bernard et Moquin-Tandon.)

— M. N. JOLY adresse une note sur un nouveau cas de monstruosité offert par un chat monosomien, pour lequel l'auteur propose le nom de *rhinodyme* (voir plus haut).

Cercle sénile. — M. CASTORANI présente un mémoire sur le cercle sénile. Il résulte de ses recherches sur ce sujet: 1° que le cercle sénile est le produit d'une imbibition immédiate de la circonférence de la cornée par les sécrétions plus ou moins abondantes de la conjonctive; 2° que l'imbibition requiert comme condition indispensable le contact plus ou moins permanent des paupières avec la cornée; 3° que ce travail d'imbibition est en raison inverse de la résistance de la cornée et de la densité des liquides sécrétés. Pour étayer l'opinion que nous avons émise, dit l'auteur, il est indispensable de démontrer tout d'abord que quand la cornée est baignée par des liquides plus ou moins abondants, plus ou moins denses, elle devient opaque par un travail d'imbibition, et que cette opacité est plus prompte et plus complète quand la cornée est à l'abri de l'évaporation. Voici quelques expériences.

Pour diminuer la résistance de la cornée, nous avons ouvert à la partie postérieure la sclérotique d'un lapin. Alors il nous a été facile de faire sortir avec un stylet une certaine quantité d'humeur vitrée. Après ce travail d'élimination, nous sommes parvenu, au moyen d'une seringue, à faire tomber goutte à goutte sur la cornée de l'eau distillée. L'injection a été faite d'une manière lente et continue. Au bout d'une demi-heure la cornée devient trouble comme une glace ternie par l'haleine. Si l'on prolonge l'injection plus longtemps, on s'aperçoit au bout de deux heures et demie à trois heures que la cornée devient blanche et opaque, surtout à la partie supérieure où l'eau arrive directement. Dès que l'on vient à interrompre l'injection, il est aisé de voir que l'eau qui avait pénétré les couches superficielles s'évapore assez rapidement, et quelques minutes suffisent pour rendre à la cornée sa transparence normale. Ce temps néanmoins était beaucoup plus long lorsque le tissu cellulaire sous-conjonctival venait à s'infiltrer, et qu'il formait ainsi comme un chémosis séreux autour de la cornée.

Dans plus d'une circonstance, nous avions été à même d'observer qu'après la section des nerfs ciliaires il se produisait une hypersécrétion de la conjonctive, et que dans ce cas la cornée devenait promptement et facilement blanche, opaque et épaisse. Notre conclusion était que l'hypersécrétion de la conjonctive était la cause de l'opacité de la cornée. Ce que le raisonnement nous apprenait, l'expérimentation est venue le confirmer.

Après nous être assuré d'une manière certaine que la cornée peut devenir opaque et blanche par un travail d'imbibition, il ne nous restait plus qu'à produire une opacité circulaire de la cornée tout à fait semblable au cercle sénile. Sur un lapin, nous avons coupé les deux paupières de chaque œil au delà du niveau des arcades orbitaires. Après cette opération, l'animal fait des efforts pour cacher l'œil dans l'orbite, et pendant ces contractions on voit se former un petit bourrelet de la conjonctive et du tissu cellulaire sous-conjonctival qui recouvre la circonférence de la cornée, et qui ne tarde pas à se coller contre cette membrane. Les choses étant dans cet état, quatre jours après environ l'opacité circulaire est formée. Quand nous voulions obtenir dans l'hémisphère supérieure de la cornée une opacité ayant la forme d'un demi-cercle, nous avions soin de couper à temps le bourrelet conjonctival qui était en rapport avec l'hémisphère inférieur de la cornée à mesure qu'il se formait. En outre, si nous voulions une opacité circulaire placée à 2 millimètres environ de la circonférence de la cornée, nous faisions l'application d'un mince cercle d'acier entre la circonférence de la cornée et le bourrelet conjonctival pour empêcher le contact de l'un avec l'autre.

Selon nous, l'opacité de la cornée est le produit d'un travail d'imbibition, et non d'une différence d'équilibre entre l'endosmose et l'exosmose, car nous croyons que l'eau qu'on trouve dans la cornée fait partie de l'albumine dont se compose cette membrane. Il est vrai que la cornée est en rapport avec l'air, et par conséquent il va sans dire qu'elle est soumise aux lois de l'évaporation. Mais la nature pour tenir la cornée toujours humide et remplacer continuellement le liquide qui s'évapore, a créé les paupières.

Après avoir exposé quelques expériences que nous avons pratiquées sur les animaux, examinons le cercle sénile sur l'homme.

C'est ordinairement chez les vieillards que l'on observe le cercle sénile: ce qui du reste est très-connu. Les vieillards, en effet, réunissent les trois conditions favorables pour la formation du cercle sénile: ainsi l'on remarque que la sécrétion de la conjonctive est plus ou

moins augmentée, que les paupières sont peu mobiles et étroites, et que la résistance de la cornée est diminuée.

Les individus avancés en âge offrent naturellement la sécrétion conjonctivale plus abondante. Il n'est personne qui n'ait eu l'occasion de remarquer cette particularité : ainsi se trouve justifiée l'existence de l'élément qui sert à imbiber la cornée. Les autres sécrétions sont aussi plus abondantes, et, selon nous, ce phénomène se produit parce que le mouvement de décomposition l'emporte sur celui de composition. C'est ainsi que l'on pourrait expliquer la mort naturelle. Les paupières chez les vieillards sont naturellement rétrécies et peu mobiles. Voici ce qui se passe. Il paraît que lorsque l'individu est avancé en âge, le tissu cellulaire graisseux de l'orbite diminue par un travail de résorption pendant que le même effet se remarque sur les autres parties du corps. Alors le globe oculaire, pour remplir le vide, rentre dans l'orbite, et les paupières viennent en tapisser la voûte. Mais dans ce moment de rétrocession, les paupières éprouvant un tiraillement perdent plus ou moins de leur mobilité, s'appliquent étroitement contre l'œil, et recouvrent la cornée plus que d'ordinaire, surtout en haut. De là vient que les vieillards paraissent avoir quelquefois de petits yeux. Le cercle sénile existe le plus souvent à la partie supérieure de la cornée, parce que la paupière correspondante, ayant plus d'étendue, recouvre constamment cette partie et la met ainsi à l'abri de l'évaporation. La forme du cercle sénile en est celle du bord de la paupière qui s'applique d'une manière étroite contre la périphérie de la cornée. Le cercle sénile se complète quelquefois, et cela s'explique par la réunion du demi-cercle supérieur et inférieur. La résistance de la cornée chez les vieillards se trouve diminuée par l'affaiblissement du courant de l'humeur aqueuse. En effet, la chambre antérieure est plus petite, l'iris étant devenu légèrement convexe en avant, et la cornée elle-même, pour la même raison, ayant perdu un peu de sa convexité.

On a dit que le cercle sénile est une espèce d'atrophie de la cornée. Cela ne pourrait arriver que par défaut de nutrition. Dans ce cas, l'opacité devrait plutôt se former vers le centre de la cornée qu'à sa périphérie; car aujourd'hui presque tout le monde reconnaît que la cornée se nourrit aux dépens des membranes environnantes.

Pour le traitement, il n'y a rien à faire. En effet, on ne peut pas, chez les vieillards, diminuer la sécrétion plus abondante de la conjonctive, comme aussi on ne peut nullement modifier la disposition naturelle des paupières et rendre à la cornée toute sa tension. (Commissaires, MM. Velpeau, Cl. Bernard, J. Cloquet.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 21 octobre 1857. — Présidence de M. BOUVIER.

Dans la deuxième observation il s'agit d'un anévrisme spontané au tiers supérieur de l'artère crurale gauche, la compression indirecte partielle intermittente ayant été employée, la peau se gangréna au point comprimé. La compression digitale fut alors substituée pendant quarante-huit heures, et la guérison fut obtenue.

P. J. Boulard, âgé de cinquante ans, cultivateur à Wodecq, d'une bonne constitution, entra le 27 novembre 1856 à l'hôpital. A part quelques antécédents de maladie qui ne semblent avoir aucun rapport avec l'affection qui nous occupe, il avait toujours joui d'une bonne santé; seulement à partir de 1851 quelques douleurs, d'apparence rhumatismale, se fixèrent sur la cuisse gauche et prirent quelquefois assez d'intensité pour obliger le malade à garder le repos. En 1856, ces douleurs devinrent encore plus vives; elles se fixèrent d'abord dans la jambe gauche, et au mois d'août envahirent la cuisse. A ce moment Boulard, en faisant des fomentations froides sur le membre douloureux, s'aperçut qu'il portait une tumeur à la partie antérieure et interne de la cuisse, et qu'il y avait des battements. Dans les deux mois suivants le volume resta le même; mais au mois de novembre il augmenta sensiblement. Ce fut à cette époque que M. le docteur Cambier (de Forest) l'adressa à M. Michaux. Lorsque notre collègue examina le malade, il boitait en marchant et se tenait un peu courbé; dans la région précédemment indiquée, à 6 centimètres de l'arcade crurale, en suivant le trajet de l'artère, on remarquait une tumeur de forme ellipsoïde, dont le diamètre transversal avait 14 centimètres, et le vertical 11. Les signes observés ne laissaient aucun doute sur la nature de la maladie. Si l'on comprimait l'artère crurale sur la branche horizontale du pubis, de manière à suspendre la circulation, on voyait le volume de la tumeur diminuer; on pouvait même encore la réduire beaucoup, si on la comprimait avec la main. La circonférence du membre, prise au niveau de la partie la plus saillante de la tumeur, était de 52 centimètres, tandis que celle du membre sain n'était au même niveau que de 42.

L'appareil circulatoire offrait de nombreux phénomènes morbides; la région précordiale présentait une légère exagération de la voussure normale; les battements du cœur étaient forts et s'entendaient plus bas que dans l'état normal; la percussion dénotait de la matité depuis la quatrième côte jusqu'à la septième; à l'auscultation on percevait un bruit de souffle à chaque temps; au niveau de la crosse de l'aorte, il existait un bruit de râpe très-intense, ayant son maximum d'intensité au niveau de l'articulation sterno-claviculaire; des deux côtés ce bruit se prolongeait jusque dans l'artère carotide droite et les artères axillaires. L'artère carotide primitive droite présentait des battements très-sensibles à la vue; elle était comme anévrismatique dans toute son étendue, et au niveau de la division en carotide interne et en carotide externe, les doigts rencontraient une tumeur à battements expansifs et du volume d'une petite noix.

Malgré des recherches réitérées, je n'ai point trouvé, dit M. Michaux, d'artère carotide primitive gauche; une petite artère bat derrière les insertions inférieures du muscle sterno-cléido-mastoïdien, mais on ne la retrouve plus à la partie moyenne du cou. Au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde, on sent battre une deuxième artère, qui semble venir de derrière le larynx pour remplacer la carotide externe gauche; mais elle est si peu développée que ses pulsations, sensibles au-devant du conduit auditif externe, ne se retrouvent plus à l'endroit où devraient se rencontrer les divisions de l'artère temporale superficielle. Il n'y a pas de pulsations sur le trajet ordinaire de l'artère faciale gauche.

Un bruit de souffle assez rude règne sur toute la longueur de l'aorte descendante, dans les artères iliaques primitives et externes, et jusque dans les artères crurales. L'aorte abdominale est le siége de pulsations énergiques.

Il est évident, d'après tous ces symptômes, qu'il existe des lésions profondes et étendues non-seulement dans le cœur, mais dans tout le système artériel, lésions consistant, selon toute apparence, dans une dégénérescence athéromateuse ou cartilagineuse des tuniques interne et moyenne de ce système.

L'appétit est peu prononcé, la soif modérée, les digestions lentes et difficiles, les selles régulières. Les autres appareils fonctionnent régulièrement et ne présentent rien à noter.

Quoique la compression n'eût pas réussi chez de Tonninck, j'avais des motifs pour la tenter ici. En effet, si j'avais donné la préférence à la ligature, j'aurais dû faire celle de l'artère iliaque externe; or cette opération, toujours grave dans les circonstances ordinaires, aurait été d'autant plus grave ici qu'il n'y avait pas de doute sur l'existence d'une altération profonde de ce vaisseau, et qu'il était à supposer qu'il ne supporterait pas la constriction du fil. Cependant le siége de l'anévrisme, situé à 6 centimètres seulement de la racine du membre, ne me permettait pas de recourir à la compression alternative avec deux pelotes; il me fallut donc avoir recours à un autre procédé, c'est-à-dire à la compression sur un seul point de l'artère, et le 28 novembre je la commençai avec l'appareil de M. Broca, muni seulement de sa pelote supérieure. L'appareil est placé à onze heures du matin; la pelote comprime l'artère sur l'éminence iléo-pectinée; on saupoudre la peau de poudre de lycopode, et on interpose entre elle et la pelote une plaque d'agaric bien doux. On montre au malade la manière de relâcher ou d'augmenter la compression jusqu'au degré où il pourra la supporter.

La compression est seulement partielle, et elle sera intermittente, c'est-à-dire que toutes les quatre ou cinq heures on lèvera un moment la compression pour laisser reposer le malade. — Je fais pratiquer une saignée du bras de 15 onces; je prescris un régime sec, une demi-ration; un grain de poudre de feuilles de digitale pourprée soir et matin.

Il n'y eut pas de sommeil la nuit qui suivit l'emploi de la compression, une douleur vive se manifesta dans les lombes. Le lendemain, en examinant le point comprimé, on trouva la peau d'un rouge violacé; quelques frictions avec de l'eau-de-vie camphrée et un peu de repos, suffirent pour la ramener à son état naturel. Le surlendemain, à ce point il y avait une phlyctène, plus de la douleur dans le pied; il fallut encore cesser momentanément la compression. Cependant, malgré ces intermittences, le volume de la tumeur avait diminué, et les battements étaient moins forts.

Enfin, au quatrième jour, l'état de la peau ne permettant pas de continuer la compression, il fallut la suspendre tout à fait. Il est à remarquer que pendant tout ce temps l'insomnie persista, malgré l'emploi de l'opium à la dose de 10 centigrammes par jour. L'amélioration que la tumeur avait subie par suite de la compression intermittente, engageait d'une part M. Michaux à la continuer, mais d'autre part l'eschare qui existait devait faire repousser tout appareil; restait la compression avec le doigt. En conséquence, elle fut tentée le 5 décembre, à neuf heures du matin, et faite par les élèves du service. Le voisinage de l'eschare la rendait fort douloureuse, mais le malade s'y soumit dans l'espoir de guérir.

A dater de ce moment, un mouvement de fièvre se manifesta, le membre devint œdématié, des fourmillements et de l'engourdissement se firent sentir, et, vers le soir, le pied se refroidit; on dut l'entourer avec des boules chaudes. Dans la nuit, ces symptômes augmentèrent, mais la tumeur devint plus dure, les mouvements d'expansion diminuèrent, des caillots semblèrent la combler. Notons que pendant ce temps la fièvre était très-intense, que le malade ne put goûter aucun repos, et qu'il fut tourmenté en outre par de violentes coliques.

Comme au milieu de cet état général assez grave la tumeur se modifiait de la manière la plus heureuse, M. Michaux fit continuer la compression digitale, et vingt-quatre heures juste après la première application, il eut le plaisir de constater que tout battement avait cessé, que tout bruit de souffle avait disparu, et qu'on n'entendait seulement que le bruit des pulsations de l'artère, qui battait fortement jusqu'à la limite supérieure du sac. Au-dessous, on ne trouvait plus trace de pulsation artérielle dans aucun point du membre, dont la température semblait avoir diminué.

La compression fut cependant encore continuée, et à midi une saignée du bras de dix onces fut pratiquée. La nuit l'insomnie fut telle et le malaise général si prononcé, que la compression fut suspendue une heure et demie, puis reprise jusqu'à neuf heures du matin, époque où elle fut définitivement abandonnée.

A partir de cette époque, il est à remarquer que le malade éprouva une sorte de congestion cérébrale, que le membre fut douloureux, mais la tumeur devint de plus en plus dure et plus petite. Trois ou quatre jours après, la circulation commença à se rétablir doucement vers la partie inférieure du membre, et alors les symptômes généraux se calmèrent, mais lentement; l'eschare résultant de la première compression se détacha, la plaie se cicatrisa, et le malade quitta l'hôpital le 24 janvier, dans l'état suivant :

La tumeur, devenue très-dure, offre 5 centimètres dans son diamètre vertical et 7 dans le transversal. On sent toujours les battements de l'artère crurale près de la limite supérieure de la tumeur.

Malgré tous les soins mis dans les recherches, on ne rencontre point de pulsations dans l'artère poplitée, ni dans la tibiale postérieure, ni dans la pédieuse; mais les petites artères signalées depuis longtemps continuent à battre manifestement.

Je conseille au malade d'éviter tout excès, les émotions vives. Je lui recommande de prendre de temps à autre quelques grains de digitale pendant quelques jours, et enfin d'avoir immédiatement recours à un médecin dès qu'il ressentira la moindre indisposition.

RÉFLEXIONS. — Après avoir lu ces deux observations, on doit naturellement se demander pourquoi la compression a échoué chez le premier malade et pourquoi elle a réussi chez le second, quoique chez celui-ci les circonstances fussent en apparence moins favorables à la réussite de la compression. En effet, l'âge, les altérations du système artériel et du cœur, le volume considérable de la tumeur, son siége qui ne permettait pas de recourir à la compression double alternative, étaient autant de conditions qui, chez le malade de la seconde observation, paraissaient peu avantageuses au traitement de cet anévrisme par la compression.

Il nous est souvent impossible de dire pourquoi un moyen thérapeutique administré dans une même maladie a des effets différents d'après l'individualité; cependant, dans les deux cas dont il est ici question, ne peut-on pas trouver par l'analyse quelques motifs de l'échec et du succès? Chez Dekoninck, malade de la première observation, le sang que l'on a retiré de la veine était assez séreux, peu plastique, par conséquent peu propre à former des caillots actifs organisables. Aussi, à l'autopsie de la tumeur, y avait-il très-peu de fibrine déposée dans le sac, quoiqu'on eût exercé la compression pendant plus d'un mois et que la ligature de l'artère fût faite depuis treize jours. Ce peu de plasticité du sang dépendait probablement chez notre premier malade de son tempérament lymphatique et de ce que, étant veilleur de nuit et ouvrier, il ne prenait pas le repos nécessaire pour une bonne santé et ne tenait pas un régime assez animal. Chez Boulard, au contraire, le sang était très-plastique; aussi cet homme, d'un tempérament sanguin, habitant la campagne et se trouvant dans une certaine aisance, passait de bonnes nuits et prenait toujours une bonne nourriture.

La compression a été, chez nos deux malades, très-douloureuse, cependant plus douloureuse chez le premier, qui n'avait peut-être pas non plus une aussi ferme volonté à souffrir pour guérir. Nous nous sommes demandé si Dekoninck, qui connaissait le mécanisme de l'appareil à compression, n'avait pas relâché trop souvent celle-ci dans le but de diminuer ses souffrances.

La compression artérielle faite au moyen des doigts ne produit-elle pas moins de douleur que celle exercée par un appareil élastique à pelote étroite? Je le pense. Aussi suis-je devenu très-partisan de la compression digitale depuis que je l'ai employée chez Boulard. Je sais qu'on pourra objecter que ce mode de compression ne pourra être employé que dans des hôpitaux d'instruction, où il se trouve des élèves dévoués qui veulent bien se prêter à cette manœuvre. Il me semble cependant qu'il ne sera.t pas impossible d'y avoir recours dans la pratique privée. En effet, pour bien exercer la compression digitale, il suffira d'être à trois ou quatre chirurgiens qui se relèveront toutes les deux ou trois heures, à tour de rôle. On pourrait même faire exercer la compression par des aides étrangers à l'art, et qui seraient surveillés dans leurs fonctions par un chirurgien. Le malade même a quelquefois fait cette compression avec succès (*voir* la 49ᵉ observation de l'ouvrage de M. Broca, p. 810). Du reste, je ne propose de remplacer la compression élastique faite au moyen des appareils par la compression pratiquée avec les doigts que lorsque le moment est arrivé de rendre celle-ci *totale*.

La compression digitale sera moins douloureuse et mieux surveillée que la compression par les appareils. Il me semble que nous pouvons conclure :

1° Que la ligature employée de prime abord chez Dekoninck n'aurait pas mieux réussi que la compression et la ligature appliquée consécutivement à cette dernière;

2° Que Boulard, dont l'anévrisme a été guéri par la compression, a été exposé à beaucoup moins de dangers par ce mode de traitement que si on avait pratiqué la ligature de l'artère iliaque externe.

M. LE PRÉSIDENT annonce que la discussion de ce travail aura lieu dans la prochaine séance, que l'analyse détaillée lue par M. Marjolin sera insérée dans les procès-verbaux, et les deux observations de M. Michaux honorablement déposées dans les Archives.

Le secrétaire de la Société, AD. RICHARD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 25 octobre 1857, ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur (pour prendre rang du 8 octobre 1857) :

Officier : M. Maublanc, pharmacien-major de 2ᵉ classe à l'hôpital militaire de Châlons.

Chevaliers : MM. Chaumeron et Spire, médecins aides-majors de 1ʳᵉ classe à l'hôpital militaire de Châlons.

— Par suite des vacances qui ont eu lieu dans le cours de l'année, le nombre des places à donner au prochain concours de l'internat dans les hôpitaux de Lyon, sera de dix au lieu de neuf.

— On annonce que le roi de Hollande vient de décerner à M. le docteur L. Fleury, auteur du *Traité d'hydrothérapie*, la croix de commandeur de l'ordre de la Couronne de Chêne.

— Par arrêté royal du 24 octobre dernier, M. Fallot, président de l'Académie de médecine de Bruxelles et du Congrès d'ophthalmologie, a été nommé commandeur de l'ordre de Léopold.

MM. E. Warlomont, secrétaire général du Congrès d'ophthalmologie; — Pierard, médecin à Charleroi; — Kluyskens, médecin à Saint-Gilles (Flandre orientale), — et Garin, médecin à Tournai, ont été nommés chevaliers du même ordre.

— Le dernier concours pour la nomination à deux places de pharmacien des hôpitaux de Paris n'ayant pas donné de résultat, il en sera ouvert un nouveau le 1ᵉʳ décembre prochain.

— M. le docteur Paul Meynet vient d'être nommé chef de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Lyon.

— Dans son dernier comité secret, l'Académie a entendu un rapport sur le concours pour le prix Barbier, et un autre sur le concours pour le prix Civrieux.

Pour le premier, on assure que deux mémoires seulement auraient été remarqués; ils ont pour auteurs MM. Boinet et Guillon. Tout en leur accordant de justes éloges, la commission et l'Académie auraient décidé qu'ils ne rentraient pas dans les conditions du concours.

Quant au prix Civrieux, il a été décerné à M. le docteur Max Simon. Deux mentions honorables ont été accordées : la première à M. Trastour (de Nantes), la deuxième à M. Neucourt (de Verdun).

LE GÉRANT.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.
L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »
Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 4 novembre 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur la statistique des causes de décès continue à se traîner péniblement, mettant de plus en plus à nu les difficultés du projet et l'inexpérience de l'Académie, qui n'était évidemment pas préparée à cette discussion par une étude suffisante de la question. Ce défaut de préparation se révèle surtout par le caractère de la plupart des objections adressées au travail de la commission; objections qui, en prêtant au projet une étendue et une portée autres que celles qu'il a en réalité, accumulent comme à plaisir obstacles sur obstacles, ajoutant aux difficultés trop réelles du sujet une foule de difficultés imaginaires. Il se révèle, il faut le dire aussi, du côté de la commission, par des hésitations qui trahissent à la fois son désir de conciliation et un manque de fermeté dans ses convictions. Il en résulte une position particulièrement difficile pour le rapporteur, qui, malgré les louables efforts qu'il ne cesse de faire pour ramener la question à ses termes les plus simples et les plus pratiques, se trouvera bientôt entraîné de concessions en concessions et de remaniements en remaniements à soutenir des conclusions toutes différentes des conclusions primitives.

Cette séance n'a pas suffi encore pour faire voter la seconde conclusion modifiée conformément aux principes qui avaient paru prévaloir dans la dernière séance. Après une discussion un peu moins confuse peut-être que les deux précédentes, mais moins féconde encore en résultats, le bureau s'est vu obligé de renvoyer la suite de la délibération à huitaine, sans qu'aucune décision ait été prise.

Parmi plusieurs pièces de la correspondance relatives au sujet de la discussion, nous signalerons particulièrement à l'attention de nos lecteurs un contre-projet rédigé par M. Devergie, et qui a été renvoyé à la commission. (Voir plus bas.)

Cette question, du reste, produit une grande agitation dans le corps médical. De toutes parts les communications se multiplient. Nous en avons reçu pour notre part plusieurs, dont nous aurons prochainement à présenter un résumé.

Avant l'ouverture de la discussion, M. Jeannel, professeur à l'École préparatoire de médecine de Bordeaux, a lu en son nom et au nom de M. Mansel, pharmacien aide-major à l'hôpital militaire de cette ville, un travail très-intéressant sur une des questions de chimie physiologique qui préoccupent en ce moment le monde savant. Nos lecteurs trouveront dans le compte rendu les conclusions qui résument le travail de ces deux savants chimistes. — Dr Brochin.

CONTRE-PROJET DE RÉPONSE
aux questions du ministre relatives à la constatation des décès.

Par M. Devergie.

1. Dans l'état actuel de la science en France, une bonne statistique médicale, c'est-à-dire l'enregistrement régulier des causes de décès, est possible et doit être mise à exécution.

2° Les médecins qui ont soigné le malade décédé peuvent seuls faire connaître la cause certaine de la mort. C'est donc à eux qu'il convient de la demander.

3° A cet effet, le ministre, par une circulaire adressée à tous les médecins de France, pourrait, sur la proposition de l'Académie, provoquer de leur part la déclaration de la cause de la mort dans les vingt-quatre heures du décès, déclaration qui serait adressée par les médecins au maire de la commune, du canton ou de l'arrondissement de l'individu décédé.

4° Lorsque cet acte n'aurait pas été spontanément accompli par le médecin traitant dans les vingt-quatre heures du décès, le maire l'inviterait à donner ce renseignement à l'autorité.

5° Dans tous les cas, cette déclaration de la part du médecin sera toujours *facultative*.

6° La déclaration sera faite dans un pli cacheté. Ce pli cacheté portera pour suscription le *nom* de l'individu décédé et le titre : *Cause de mort*. Le maire le fera parvenir au ministre par l'intermédiaire des préfets, sans que ce pli cacheté puisse, dans aucun cas, être ouvert ailleurs que dans le bureau de statistique dont il sera question plus loin.

7° Lorsque le malade n'aura pas reçu les soins d'un médecin, le maire de la commune, du canton ou de l'arrondissement du domicile du défunt, chargera officiellement un médecin de s'enquérir de la cause de la mort.

8° Dans l'un et l'autre cas, le médecin emploiera, pour la désignation de la cause de la mort, telle désignation scientifique qu'il jugera convenable.

9° Quelle que soit cette désignation, elle ne saurait mettre obstacle à l'enregistrement actuel de toutes les causes de la mort.

10° L'ouverture du bulletin, le dépouillement et l'enregistrement de toutes les causes de mort, auront lieu au ministère de l'intérieur.

11° Il sera créé près l'administration centrale un bureau médical de statistique chargé de présider au dépouillement et au classement des bulletins des causes de décès.

12° Tous les documents ressortissant à la statistique autres que la cause de la mort seront fournis par le maire ou par un de ses délégués.

13° Dans ce but il conviendra de rédiger un modèle qu'il suffira de remplir.

14° L'augmentation du nombre des médecins vérificateurs des décès serait une mesure inutile à la statistique médicale, attendu que les médecins vérificateurs ne peuvent connaître que d'une manière imparfaite et souvent ne peuvent énoncer la cause de la mort;

15° Mais il conviendrait d'augmenter autant que possible le nombre des médecins cantonaux et communaux, dans le double but de donner des soins à un grand nombre d'individus qui succombent sans avoir pu appeler un médecin, et de multiplier ainsi *les sources certaines* de la connaissance des causes de mort.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Nonat.

Antéversion de l'utérus. — Métrite interne. — Douleur lombo-ovarique gauche. — Douleurs névralgiques symptomatiques. — Accidents nerveux hystériformes.

(Observation recueillie par Eug. Bisson.)

Sans nous préoccuper de savoir quel est le siége de l'hystérie proprement dite, nous ne doutons pas que tous les phénomènes de cette affection ne puissent quelquefois être symptomatiques d'une lésion de l'utérus. Déjà nous avons eu l'occasion d'en observer plusieurs exemples; mais dans aucun cas, l'hystérie symptomatique ne nous a paru plus nettement tranchée que dans l'observation suivante.

Aimée R..., âgée de vingt et un ans, coulisseuse, d'une constitution peu forte, d'un tempérament nerveux, est entrée le 26 février 1857 à la salle Saint-Joseph, n° 23.

Elle a été réglée à l'âge de douze ans sans aucun accident. Les règles sont venues ensuite régulièrement chaque mois fort abondantes et ne durant pas moins de six à huit jours. Elles venaient sans douleur, et dans l'intervalle de chaque époque la malade ne se plaignait jamais de souffrances dans le bas-ventre.

Il y a quatre ans, à la suite d'une grande frayeur, la malade ressentit une vive douleur du côté du cœur, et ses règles, qu'elle avait depuis deux jours, s'arrêtèrent brusquement; mais le lendemain elles reparurent et furent moins abondantes que d'habitude. C'est à cette époque que cette jeune fille fixe le début de sa maladie.

En effet, elle commença alors à perdre en blanc, et ces pertes n'ont fait qu'augmenter, surtout depuis un an. Elle éprouvait par instants un resserrement douloureux dans tout le bas-ventre, resserrement qui se prolongeait assez longtemps et qui ne se calmait que par l'écoulement abondant de flueurs blanches, analogues à du blanc d'œuf. A partir de l'époque de sa frayeur, la malade n'a pas cessé de ressentir des douleurs assez vives dans différents points du corps. Ces douleurs sont parties d'abord du côté gauche de la poitrine, au niveau de la cinquième et de la sixième côte, se sont ensuite propagées au creux de l'estomac, ont passé de là dans le dos et dans les reins, et enfin ont gagné le bas-ventre. Ces douleurs persistaient dans l'intervalle des règles, mais elles étaient peu intenses généralement, sauf aux époques menstruelles. Les digestions devinrent alors difficiles, et cependant l'appétit augmenta. Les règles furent moins abondantes, et chaque époque fut d'une plus courte durée.

L'HOPITAL MILITAIRE DE VINCENNES.

L'administration de la guerre vient de faire construire à Vincennes un magnifique hôpital, dans lequel sont réunis tous les progrès et toutes les améliorations que l'art et l'expérience modernes ont reconnus. Cet établissement s'élève dans la partie la plus avantageuse du bois, à six kilomètres et demi de Paris, entre la route impériale et l'avenue du Bel-Air, près de Saint-Mandé.

Le terrain qu'il occupe appartenait à la liste civile de l'Empereur, qui en a fait don au ministère de la guerre; le bois a été coupé pour l'emplacement des constructions et de la cour; on a conservé le reste et il sera disposé en massifs, à l'usage des malades.

Les travaux, commencés vers le milieu du mois d'avril 1856, sont presque entièrement achevés, et dans quelques jours on pourra, si on le juge utile, procéder à l'installation du service.

L'hôpital se compose de trois corps principaux de bâtiments : l'un placé parallèlement à la route, dont il est distant d'environ 150 mètres, et les deux autres, placés symétriquement de chaque côté et à angle droit, sur le prolongement du premier, forment ainsi une cour intérieur de 120 mètres de longueur sur 90 mètres de largeur, occupée par un parterre au centre duquel est placé un bassin.

Le bâtiment du centre contient, au rez-de-chaussée, la chapelle et les bureaux; au premier étage, les logements des fonctionnaires attachés à l'hôpital. Son architecture est d'un style plus riche que celle des deux autres parties. Au centre est un petit avant-corps, dépassant les deux ailes d'un étage en attique et surmonté d'un campanile. Sur le fronton est un trophée aux armes impériales; au-dessous se trouve l'horloge, qui répète les heures sur les deux façades.

Les bâtiments latéraux forment un avant-corps sur chaque aile, terminé à son extrémité par un pavillon. La couverture de ces pavillons dépasse celle des ailes; la partie supérieure est surmontée de cheminées exhaussées de 2 mètres environ au-dessus du toit et servant à la ventilation; leur style offre un certain caractère d'élégance, qui ne nuit pas à l'effet général. Ces deux bâtiments ont leur façade exposée à l'est et à l'ouest.

Le pavillon nord est affecté aux officiers malades; il est desservi par un escalier spécial. Le pavillon symétrique est destiné à la communauté des sœurs, qui, on le sait, sont employées aujourd'hui dans les hôpitaux militaires comme dans les hôpitaux civils. La pharmacie et ses dépendances, la tisanerie et les bains, occupent le rez-de-chaussée de l'aile nord. Un magnifique promenoir à arcades, garni de châssis vitrés et surmonté d'une terrasse avec un mur d'appui, règne sur la façade sud du bâtiment d'administration et se retourne sur les bâtiments des malades, jusqu'au pavillon du centre. Une communication couverte est établie, par ce moyen, entre les malades et les divers accessoires de l'édifice.

L'hôpital de Vincennes est le premier établissement militaire auquel on ait appliqué un système régulier de chauffage et de ventilation; ce système, formant un ensemble complet, mérite une description détaillée; il a été adopté à la suite d'un concours entre les différents systèmes proposés, et qui satisfaisaient également aux conditions du programme tracé par l'administration de la guerre.

Le chauffage par circulation de vapeur a obtenu la préférence, comme le plus économique sous le point de vue des frais d'établissement et de la dépense annuelle. Deux chaudières pouvant fonctionner ensemble ou séparément, suivant les besoins, fournissent la vapeur, qui se distribue dans les divers locaux à chauffer au moyen de tuyaux circulant dans des conduits placés dans l'axe longitudinal des salles et dans la hauteur des planchers.

Ces conduits sont recouverts par des plaques en fonte; des poêles à eau, chauffés par des serpentins en communication avec les tuyaux de circulation de vapeur, sont placés de distance en distance dans l'une des salles. Entre chaque poêle, des grilles sont placées au-dessus des tuyaux de vapeur. Les salles sont donc chauffées par le rayonnement des poêles à eau, et le calorique développé par les tuyaux de vapeur trouve issue par les grilles.

La disposition des tuyaux de vapeur permet de ne chauffer que les salles occupées. Une colonne partant des chaudières monte jusqu'à la hauteur du dernier plancher, et, arrivée au sommet de la course, ramène la vapeur condensée, formant avec la chaudière un circuit continu. A chaque étage, des conduits horizontaux sont branchés sur cette colonne, et arrivés à l'extrémité de leur parcours horizontal, reviennent, en suivant leur trajet en sens inverse, communiquer avec la co-

Depuis le mois d'août dernier, tous les accidents ont pris une très-grande intensité, se sont aggravés rapidement et compliqués de nouveaux accidents. Quelques jours après ses règles, en août, la malade éprouva une vive contrariété, à la suite de laquelle elle eut une crise caractérisée par des douleurs dans le bas-ventre, dans la jambe, dans la banche et dans le bras du côté gauche. Pendant cette crise qui dura deux heures, elle eut des mouvements convulsifs et éprouva tous les symptômes de l'hystérie. Mais il est important de noter que les douleurs restèrent limitées du côté gauche et que la malade ne perdit pas connaissance. Depuis lors les crises se sont répétées assez souvent. A l'approche des règles et pendant les règles, il n'y en a jamais; mais quelques jours après leur cessation, les crises reviennent, et quelquefois même se produisent trois et quatre fois par jour, d'autant plus fréquentes que l'époque des règles s'éloigne davantage. Elles sont précédées de tous les symptômes ordinaires de l'hystérie, et de plus, d'une exaspération des souffrances du bas-ventre, qui persistent pendant toute la durée des mouvements convulsifs. Une fois les crises finies, la malade se met à pleurer et éprouve la plus grande tristesse.

En outre de tous ces accidents, la jambe gauche de la malade est faible et engourdie; le caractère est changé; il existe un profond dégoût du travail. Chloro-anémie, constipation habituelle, envies fréquentes d'uriner.

Avant d'entrer à l'hôpital, la malade a consulté plusieurs médecins; les uns l'ont soumise à un régime fortifiant, fer, vin de quinquina, etc.; d'autres lui ont fait appliquer des vésicatoires qui la soulageaient beaucoup.

Entrée en janvier 1857 dans la salle Saint-Joseph, elle en fut renvoyée bientôt à cause de ses attaques nerveuses, dont on craignait la contagion chez les autres femmes du service.

Elle rentra le 26 février 1857.

Le toucher vaginal pratiqué avec ménagement chez cette jeune fille fait constater une antéversion de l'utérus : le col est à 0,08 de la vulve et présente quelques granulations. A gauche, il existe une très-grande sensibilité dans le ligament large, et l'on rencontre un petit noyau d'engorgement ayant pour siége l'ovaire, symptômes de la métrite externe et interne. — Cataplasmes laudanisés, repos absolu, bouillons, potages.

Le 28 février, la malade n'a pas eu de nouvelles attaques.

Le 2 mars, les règles apparaissent; pas de crises. — Cataplasmes laudanisés, repos absolu, une portion.

Le 8, au spéculum on voit suinter à travers l'orifice utéro-vaginal un liquide analogue à du blanc d'œuf. — Cautérisation de la surface externe du col avec un gros pinceau imbibé de nitrate d'argent liquide. Bain alcalin.

Le 16, rien de particulier ne s'est présenté dans les huit jours qui précèdent; il n'y a pas eu de crises. Les douleurs sont restées les mêmes; les digestions se font toujours mal. — Vésicatoire volant sur l'estomac.

Le 21, la malade s'est bien trouvée du vésicatoire; ses digestions se font mieux. — Cautérisation transcurrente au fer rouge sur le bas-ventre et sur la partie interne de la cuisse du côté gauche.

Le 22, le soulagement a été presque instantané dans les parties où le fer rouge est passé; mais toutes les autres parties sont beaucoup plus douloureuses. — Vésicatoire volant sur l'estomac.

Le 24, les digestions se font très-bien. — Bain; 2 portions, le reste *ut suprà*.

Le 26, on répète la cautérisation transcurrente sur le ventre et sur le côté gauche et la jambe gauche.

Le 27, peu de soulagement. — 5 ventouses scarifiées sur la région des reins.

Le 28, tout le bas-ventre est très-douloureux. Les ventouses ont procuré un soulagement qui n'a pas duré plus de dix minutes. — Cataplasmes laudanisés. Sinapismes sur les membres supérieurs. Infusion pectorale édulcorée avec sirop de gomme. Julep béchique. Bouillons et potages; repos au lit.

Le 29, les douleurs se sont peu à peu calmées, et la malade qui n'en a plus aujourd'hui que le souvenir, désire sortir. Elle reste néanmoins encore quinze jours à l'hôpital, soumise à un régime fortifiant. Elle n'a ressenti aucune douleur ni d'un côté ni de l'autre. Les règles sont venues normalement. Plus de pertes blanches.

Depuis lors, la guérison s'est fort bien maintenue.

Dans l'observation qui précède, il s'agit d'une jeune fille qui, à la suite d'une suppression brusque des règles, fut prise de douleurs qui envahirent d'abord les nerfs intercostaux du côté gauche, et qui plus tard se répandirent dans le bas-ventre et la cuisse du même côté. Puis à ces phénomènes nerveux vinrent s'ajouter tous les symptômes qui appartiennent à l'hystérie. Ces symptômes se répétèrent à des intervalles plus ou moins éloignés. En raison de ces accidents et d'autres phénomènes du côté de l'utérus, nous crûmes d'abord qu'il existait chez cette malade une métrite interne et une affection hystérique concomitante. Mais plus tard nous pûmes nous convaincre que la métrite interne était la maladie principale, et qu'à cette affection étaient liés les troubles nerveux que nous observions, soit dans le bas-ventre, soit dans les parties plus éloignées, et que les phénomènes hystériques eux-mêmes devaient être considérés comme un des nombreux effets de l'affection utérine. Ce qui nous a permis d'établir qu'il en était ainsi, c'est qu'il existait dans ce cas un symptôme qui déjà plusieurs fois nous avait conduit à distinguer l'hystérie symptomatique de l'hystérie idiopathique. Ce symptôme, qu'on ne retrouve jamais dans l'hystérie proprement dite, c'est la douleur du bas-ventre qui précédait et accompagnait les accidents hystériformes.

Nous ne saurions trop insister sur ce fait, attendu que le succès du traitement dépend entièrement de sa détermination. Pense-t-on, en effet, que si nous avions eu affaire chez cette malade à de véritables attaques d'hystérie, nous aurions obtenu la cessation des accidents à l'aide de la cautérisation transcurrente et d'une application de ventouses scarifiées ? Ces moyens eussent assurément échoué, tandis qu'ils ont eu un succès inespéré. Un soulagement rapide a suivi la cautérisation transcurrente, et, comme nous avons déjà eu souvent l'occasion de l'observer, les douleurs se sont exaspérées dans les points non cautérisés. Nous avons dû répéter une seconde fois la cautérisation transcurrente. Cette opération amena peu de soulagement, et nous présumâmes alors que l'insuccès de cette médication était dû à la prédominance de l'élément inflammatoire. En conséquence, nous fîmes faire une application de ventouses scarifiées sur la région des reins. Aussitôt il y eut une diminution remarquable des douleurs ; mais cette amélioration ne fut d'abord que momentanée. Puis dès le lendemain de l'application des ventouses, la malade se sentit tout à coup délivrée de toutes ses souffrances, qui n'ont jamais reparu.

PARALYSIE ATROPHIQUE DES BRAS

accompagnée d'arthrites multiples suite de rhumatisme articulaire aigu. — Emploi des bains. — Guérison.

Par M. Cl. Berlemont, de Joncourt (Aisne).

H. Leroy, cultivateur, âgé de 55 ans, d'une constitution athlétique, a toujours joui d'une santé excellente. L'année dernière, vers le début du mois de juin, cet homme fut atteint d'un rhumatisme articulaire aigu qui envahit toutes les jointures, même celles du cou. L'affection, incomplétement soignée, dura deux mois. Au bout de ce temps, le malade put être mis sur les jambes; mais il fallait qu'il fût soutenu par deux bras.

Le 15 septembre 1856, lorsque je vis Leroy pour la première fois, sa tête était fortement fléchie par suite de la perte de tonicité des muscles de la partie postérieure du cou, ses bras pendaient au-devant du tronc; le malade était assis sur un siége très-haut, car il ne pouvait ployer aucune des articulations du membre inférieur.

Le malade dépouillé de ses vêtements, je constate que les deltoïdes ne sont pas seulement paralysés, mais encore ont perdu plus de la moitié de leur volume; sous l'influence de cette atrophie, une sorte de diastase de l'articulation scapulo-humérale gauche commence à se produire. Des jointures du côté gauche qui ont été plus fortement envahies par le rhumatisme, aucune n'est exemptée de lésions secondaires; elles font toutes entendre un bruit de parchemin, et leurs mouvements sont limités à un quart ou aux deux tiers de leur étendue normale. Ce résultat semble dû surtout à la rétraction des parties ligamenteuses qui maintiennent la contiguïté des surfaces articulaires.

Comme on le voit, je me trouvais en face de lésions secondaires multiples, suites d'un rhumatisme articulaire aigu trop mollement traité, surtout lorsque l'affection se montre chez un sujet fort et vigoureux.

Quel traitement adopter? Il fallait apprécier les divers éléments morbides, et diriger contre chacun d'eux les meilleurs moyens thérapeutiques.

Contre la paralysie atrophique des deltoïdes, employer la faradisation, afin de réveiller leur nutrition et leur contractilité tonique, et prévenir les progrès de la diastase des articulations scapulo-humérales. Les excitations électriques devaient être étendues aux muscles de la partie postérieure du cou et surtout au trapèze, afin de rendre à la tête son attitude normale.

Il était possible de faire marcher parallèlement le traitement des arthrites. Des mouvements communiqués, imprimés chaque jour avant que le malade quittât le lit, devaient chercher à détruire les adhérences produites par les exsudats plastiques, à allonger les tissus rétractés et à réveiller la nutrition de toutes les parties affectées.

A dater du mois d'octobre, je mis en œuvre ces divers moyens. Tous les deux jours je soumettais le malade à une séance de faradisation, à l'aide du petit appareil électrique de MM. Legendre et Morin. Le lendemain matin, afin de soutenir les mouvements d'excitation produits, une friction stimulante était pratiquée avec l'huille essentielle de térébenthine. Enfin, chaque séance était terminée par quelques mouvements imprimés à toutes les articulations malades.

Cette gymnastique communiquée devait être répétée le soir, au moment où le malade se mettait au lit; mais cette partie du traitement, dont je dus confier l'exécution à la femme du malade, ne donna pas les résultats que j'étais en droit d'en attendre.

Les premiers effets du traitement furent de réveiller la contractilité tonique dans les muscles du cou et des épaules, et de rendre à ces parties leur attitude normale; mais l'électrisation et les frictions de térébenthine purent enrayer seulement l'atrophie des deltoïdes.

Sous l'influence des mouvements communiqués, les mouvements des articulations du genou et de la banche se rétablirent assez pour permettre au malade de s'asseoir sur un siége de hauteur élevée; mais il me fut impossible de leur faire dépasser la flexion à angle droit.

La marche sur un sol uni ne tarda pas à devenir possible.

Je comptais sur le temps, ce collaborateur si actif de tout traitement, pour augmenter l'amélioration de l'état du malade, car toutes les fonctions de la vie végétative s'accomplissaient normalement; mais il n'en fut rien.

Enfin le mois de juin 1857 arriva, et avec lui le moment d'aller demander aux eaux thermales de Bourbon-l'Archambault, si puissantes dans ces cas, les secours que nos moyens thérapeutiques nous refusaient. Mais Leroy est à la tête d'une exploitation agricole très-importante, et il ne voulait pas entendre parler d'un traitement qui le forçât d'abandonner la surveillance des travaux de sa ferme.

Il ne répugnait à aucune tentative, à aucun sacrifice, mais à la condition qu'il demeurerait chez lui.

En présence de cette résistance, l'idée me vint d'essayer de la stimulation produite par les bains minéraux dont M. Pennes a publié la formule. Les résultats remarquables que j'en ai obtenus m'engagent à m'étendre un peu sur le mode que j'ai suivi dans mon expérimentation.

La résistance de la maladie à des moyens aussi puissants que l'électrisation, les frictions stimulantes et la gymnastique employées simultanément et pendant des mois entiers, me prouvait que pour obtenir un résultat utile je devais avoir recours à de hautes doses de sel minéral. Ne voulant exposer mon malade à aucun résultat fâcheux, voici comment je procédai, et j'avais pour moi l'aphorisme : « *A juvantibus et lædentibus fit indicatio.* »

Le 13 juin 1857, Leroy prend un bain avec une dose de sel minéral; le 14, la dose est doublée; elle est portée à 3 le 15, à 4 le 16, et à 5 le 17; arrivé à ce chiffre, je m'arrête. La durée de ces bains était d'une demi-heure et le malade, mis au lit immédiatement après, y restait une heure ou deux. Les phénomènes éprouvés par le malade ont consisté en un sentiment de fourmillement dans la peau, qui s'est manifesté à la suite du troisième bain; cette sensation se montrait immédiatement après la sortie de l'eau et durait d'autant plus longtemps que le nombre des doses était considérable; la progression fut de 5, 10, 15 minutes : 5 minutes par dose.

Le 18 juin je revins à une dose, et les suivantes furent progressivement élevées jusqu'à 6. Les phénomènes furent exactement les mêmes, nuls pendant les deux premiers bains; les fourmillements apparurent au troisième et durèrent 5, 10, 15 et 20 minutes; arrivé à cette dose élevée, quelques mouvements fibrillaires apparurent dans les muscles superficiels du tronc.

Le malade, que depuis une année on habillait comme un enfant, put à dater de ce moment se passer d'aucun aide, car il pouvait porter le bras en arrière et le faire passer dans l'ouverture des manches de son gilet; la flexion des articulations du genou et de la banche, plus étendue, lui permettait de se baisser et de se relever très-facilement; il marchait huit et dix heures par jour. L'amélioration qu'il ressentait était telle, que Leroy accepta le rôle de témoin pour le mariage de l'un de ses neveux qui habite une commune voisine, puis trois jours après assista à une seconde noce. Les fêtes au village durent plusieurs jours et on y vit largement: notre malade a supporté si bien ces petits excès, qu'il se croit guéri, et malgré mes recommandations il ne veut plus se borner à surveiller les travaux de sa ferme, mais y prendre part : il charge plusieurs voitures de récoltes. Le sentiment de courbature douloureuse qu'il ne tarde pas à ressentir dans les muscles pectoraux et deltoïdes vient l'avertir qu'il se hâte trop de jouir des résultats inespérés de son traitement. Les muscles deltoïdes ne sont plus paralysés, les fibres ont recouvré leur motricité, c'est-à-dire qu'elles répondent à l'incitation de l'influx cérébro-spinal; mais leur nutrition est loin d'avoir marché du même pas et leur volume est toujours peu considérable.

Après huit jours d'interruption, nous parvenons à faire reprendre à notre malade l'usage des bains Pennes, dont il use de la même façon; seulement les doses sont portées à sept, et il prend quatre jours de suite un bain avec cette dose élevée, dont l'action reste bornée à ces sensations de fourmillement dans la peau de vingt à vingt-cinq minutes de durée, et de mouvements fibrillaires dans les muscles les plus étendus, ceux de la partie postérieure du tronc.

A dater du 12 juillet, j'autorise Leroy à reprendre tous ses travaux, à l'exception toutefois de ceux qui exigent des efforts violents et sou-

---

lonne descendante, conservant la vapeur condensée. Un robinet placé sur les tuyaux de départ et de retour de vapeur près des embranchements répondant aux diverses salles, permet d'interrompre à volonté le chauffage dans les salles.

Par ventilation, on comprend l'enlèvement de l'air vicié des salles et son remplacement par de l'air pur. Le programme du concours a fixé à 30 mm. par lit et par heure le chiffre de la ventilation; il a imposé aux appareils un excès de puissance pouvant porter au double en cas d'épidémie ou d'insuffisance dans la ventilation obtenue.

L'enlèvement de l'air vicié se fait par appel en contre-bas, au moyen de gaînes placées dans les trumeaux, débouchant entre les lits un peu au-dessus du sol, descendant jusqu'au-dessus du sol des caves, et aboutissant, au moyen des conduits horizontaux établis à la partie inférieure des gaînes verticales, dans un canal venant déboucher au bas de la cheminée d'appel, dont la partie supérieure sort au-dessus du comble du pavillon central. Le tuyau de fumée des chaudières traverse la cheminée d'appel dans toute sa hauteur, et détermine dans la cheminée, par la chaleur qu'il y développe, un tirage dans les gaînes d'appel et un mouvement ascensionnel dans la cheminée. Un foyer spécial supplémentaire est placé à la partie inférieure de la cheminée d'appel, pour activer l'extraction de l'air vicié des salles et son ascension dans la cheminée.

Il ne suffit pas d'extraire l'air vicié des salles, il faut encore le remplacer par de l'air pur, en quantité égale à celui enlevé. On est arrivé à ce résultat au moyen de grandes gaînes placées à l'extrémité des salles dans chaque aile, débouchant à la partie inférieure dans les caves, et à chaque étage sous les planchers. L'air pur est donc pris dans les caves; il est sollicité à monter et échauffé à l'aide de poêles à eau, chauffés par des serpentins de vapeur et placés à la partie inférieure des gaînes. Des conduits ménagés sous les planchers l'amènent dans le conduit longitudinal de chaque salle qu'il parcourt, et il se rend dans les salles en passant par les grilles ménagées dans les plaques en fonte et en traversant les poêles à eau.

La superficie du terrain qu'occupe l'hôpital militaire de Vincennes est d'environ 6 hectares; celle des constructions est de 4,350 mètres carrés. Il est établi pour 600 malades. Sa dépense totale sera d'environ 2,400,000 fr., dépense de beaucoup inférieure à celle des établissements civils du même genre et de la même importance.

Ce bel établissement, qui a déjà reçu la visite d'un grand nombre de savants et d'étrangers de distinction, a été construit sous la direction de M. Livet, lieutenant-colonel du génie. M. Merland, capitaine du génie, a été adjoint à cet officier supérieur pour l'exécution des travaux.

Dans la partie boisée du jardin de l'hôpital s'élève une petite chapelle en pierre construite sur les dessins de M. Lefuel, membre de l'Institut, architecte de l'Empereur, et dédiée à la sainte Vierge. Ce pieux monument est un *ex voto* de Sa Majesté l'Impératrice, qui a voulu rappeler ainsi qu'elle n'oublie jamais nos braves soldats dans leurs souffrances. (*Moniteur de l'Armée.*)

tenus des deltoïdes, comme ceux de charger ses voitures. Ainsi, au moment où je vous adresse cette observation, Leroy, après avoir concouru au labourage de ses terres, les ensemence toutes, car là est l'œuvre du maître.

Maintenant ce fait parle trop haut pour que j'aie à vous présenter de longues réflexions sur les services rendus à mon malade par l'usage de ces bains minéraux artificiels. Je ne poserai même pas la question de savoir si les eaux de Bourbon-l'Archambault eussent mieux et plus promptement guéri mon malade; le choix ne m'était pas laissé, et, sans les bains médicamenteux de Pennes, Leroy serait condamné encore à rester immobile dans son fauteuil, écoutant le récit de ses ouvriers, au lieu de se rendre sur le terrain pour juger de leurs travaux et même de pouvoir y prendre part.

RUPTURE DU TENDON ROTULIEN

au niveau de son insertion tibiale. Guérison sans claudication.

Par M. le docteur Piachaud (de Genève).

M. G., Anglais, habitant les environs de Berne depuis plusieurs années, est venu passer l'hiver à Genève; il est âgé de quarante-cinq ans, de taille moyenne, maigre et bien constitué. Le 20 avril 1857, il est allé faire une course sur une montagne voisine; après s'être élevé à une certaine hauteur pour examiner des rochers, il redescendit par un sentier rocailleux, lorsqu'il glissa, et afin de prévenir une chute en arrière, il fit un violent effort, ne tomba pas, mais ressentit une douleur vive au genou gauche; la marche devint impossible, il ne put se tenir debout. Il ne peut pas affirmer si une pierre n'a pas basculé et n'a pas heurté le genou; mais il ne le croit pas. On dut le transporter au village le plus voisin, et de là sa voiture le ramena à Genève. Je le vis le soir même, et je constatai une notable augmentation de volume de l'articulation du genou avec vague fluctuation; la rotule était soulevée et remontée de 2 centimètres; du reste, elle me parut intacte et assez mobile; vers son extrémité inférieure il y avait un point douloureux à la pression, sans aucune trace notable de contusion. Les mouvements étaient fort difficiles, mais non très-douloureux; le membre était dans l'extension complète. Je fis appliquer de suite 15 sangsues autour de l'articulation et des cataplasmes de farine de lin.

Les jours suivants le gonflement ne fit pas de progrès; la fluctuation devint plus évidente; la rotule, plus facile à explorer, me parut bien entière, mais, en la faisant mouvoir, on sentait au-dessous une sorte de crépitation sourde, que j'attribuai à des caillots sanguins situés dans la capsule. Au-dessous de la rotule, le gonflement était plus notable et plus dur, ayant la forme d'un demi-œuf; puis, plus bas, on sentait très-facilement la tubérosité antérieure du tibia avec une sorte d'enfoncement mou à la place que devait occuper la saillie du tendon rotulien. Je fus convaincu dès lors qu'il s'agissait d'une rupture ou plutôt d'un arrachement de ce tendon au niveau de son insertion tibiale.

En même temps, vers le cinquième jour, apparut au creux du jarret et sur les parties latérales de l'articulation, une teinte ecchymotique très-prononcée qui a duré dix à quinze jours sans gonflement et sans douleur. Elle remontait en dehors jusqu'au milieu de la cuisse, et en bas jusque vers la partie moyenne du péroné. En dedans, elle était bornée au voisinage de la jointure. Aucune trace de phlegmasie ne se montra dans l'articulation, et le traitement a consisté dans le repos absolu du membre étendu et un peu relevé sur un coussin, avec des applications résolutives sous forme de pommade au chlorhydrate d'ammoniaque, à l'acétate de plomb, à l'iodure de plomb, etc.

Vers le dixième jour, le gonflement du genou commença à diminuer pour disparaître entièrement; mais en dessous de la rotule il persista, sous forme d'une tumeur arrondie, saillante, élastique et non douloureuse; en même temps, l'enfoncement signalé au-dessous de la tubérosité tibiale devint plus marqué, la rotule était toujours élevée de 2 centimètres.

Au bout d'un mois, le malade appelé par des affaires désire retourner à Berne. J'enveloppai son genou dans un bandage dextriné, et le voyage se fit sans aucune difficulté.

Le professeur Demmé lui donna des soins. Son traitement consista dans l'application de l'appareil à mouvement de Bonnet pour les fractures de rotule, il le fit marcher par petites fractions et obtint un bon résultat; car quelque temps après le malade put marcher avec des béquilles, puis des cannes.

Le 20 août, c'est-à-dire quatre mois après l'accident, M. G... revint à Genève; il marche sans difficulté, peut se passer de canne et boite à peine; seulement la jambe malade est plus faible que l'autre et se fatigue vite; il peut arriver à la demi-flexion sans douleur. Dans cette position, je constate que la rotule fait une saillie notable, surtout par son extrémité inférieure; elle est toujours à 2 centimètres plus haut que l'autre; l'enfoncement sus-tibial est très-marqué, et par là il est très-facile de pénétrer à travers la peau. Dans l'intervalle de la jointure, il n'y a pas trace de tendon. Sous la rotule, et comme appendue à son extrémité inférieure, on retrouve la tumeur arrondie, mais moins saillante, dure, élastique et indolente, décrite plus haut.

Le malade va aux bains d'Aix, afin d'obtenir, par l'effet des douches sulfureuses, une plus grande souplesse en même temps qu'une plus grande force dans les mouvements du membre.

Réflexions. — La rupture du tendon rotulien est un accident fort rare; car les auteurs n'en rapportent qu'un petit nombre d'exemples. Boyer, à ce qu'il paraît, n'en a pas vu, et il n'en existe, en effet, que deux cas, empruntés l'un au *Journal de médecine* (t. XXIX, p. 342), l'autre à Duverney (*Maladies des os*, t. I, p. 394); aussi m'a-t-il paru intéressant de faire connaître le cas que j'ai eu occasion d'observer.

Les faits de cette nature ne sont pas assez nombreux pour qu'on puisse se rendre compte de la cause que produit un pareil accident. Boyer pense que le ligament de la rotule est si fort qu'il résiste à une contraction des muscles extenseurs de la jambe capable de fracturer la rotule, et qu'il faut, pour le rompre, le concours de cette contraction et celui d'une violence extérieure. Il en donne pour preuve les deux observations qu'il cite; mais les détails sur la manière dont la chute a eu lieu, et surtout l'absence de contusion au niveau des genoux, ne me paraissent pas bien concluants en faveur de cette manière de voir. Quoi qu'il en soit, il est certain, dans le cas que je rapporte, qu'il n'y a pas eu de violence extérieure, et que l'arrachement du tendon rotulien s'est fait sous l'influence de la seule contraction des muscles extenseurs de la jambe.

Quant au point du tendon où la rupture peut se faire, M. Nélaton pense qu'elle est impossible au point d'insertion des fibres tendineuses au tibia, sans qu'une portion de substance osseuse les accompagne, tandis que Boyer regarde les choses comme possibles aux extrémités comme dans le corps du tendon. Notre observation justifie cette dernière opinion.

Sous le rapport du pronostic, on voit d'après cet exemple que non-seulement il n'y a pas lieu de s'alarmer, comme on serait porté à le faire *à priori*, car au bout de trois ou quatre mois notre malade marchait sans claudication.

Et ce n'est pas au traitement employé qu'on doit rapporter le bénéfice de ce résultat, car, ainsi qu'on a pu le voir, je me suis borné à prévenir les accidents inflammatoires et à conserver au membre une position convenable dans l'extension; aucunes tentatives n'ont été faites pour abaisser la rotule et pour favoriser la cicatrisation du tendon dans sa position nouvelle.

C'est sur ce point qu'il me paraît important d'appeler l'attention des praticiens, car on peut, à mon avis, rapprocher l'accident dont je m'occupe des fractures de rotule, et leur appliquer les mêmes considérations sous le rapport du traitement. Mon maître, M. le professeur Velpeau, insiste chaque année sur ce point si important, à savoir : que des malades guéris de fractures de rotule avec écartement des fragments et interposition d'un tissu fibreux dans une étendue plus ou moins grande marchent sans claudication. Le docteur Maunoir m'a cité un cas de sa pratique dans lequel, malgré l'application de bandages méthodiques, il est resté entre les fragments un écartement de 5 centimètres, et cependant le malade marche facilement. D'un autre côté, malgré une application régulière et ingénieuse de bandages plus ou moins compliqués et faigants pour les malades, on n'arrive pas à rapprocher assez les fragments pour obtenir leur réunion par tissu osseux : d'où M. Velpeau tire la conclusion fort rationnelle que l'emploi de ces moyens contentifs est au moins inutile, et qu'il vaut beaucoup mieux se borner à maintenir le membre dans l'extension pendant un temps suffisant pour permettre au tissu fibreux de se former.

C'est d'après ce principe que j'ai pensé qu'il n'y avait pas lieu d'employer dans ce cas des moyens propres à abaisser la rotule, bien convaincu que ce ne serait pas la position vicieuse de cet os qui s'opposerait à la marche; le résultat montre que j'ai eu raison d'agir ainsi.

Il restait dans ce cas particulier un point délicat, c'était la manière dont on s'y prendrait pour permettre les mouvements de flexion du genou. Le point d'appui du triceps fémoral était en effet singulièrement affaibli par l'absence d'insertion du ligament rotulien, et on ne pouvait compter que sur les expansions aponévrotiques qui de chaque côté vont prendre des insertions sur les parties osseuses qui entourent l'articulation; comme elles ne sont pas très-fortes, il était important de n'exécuter les mouvements de flexion qu'avec de grands ménagements, afin d'éviter toute nouvelle rupture. C'est ce que le professeur Demmé (de Berne) a fait très-heureusement en employant l'appareil à mouvements de M. Bonnet (de Lyon); avec cet ingénieux moyen, il a pu produire la flexion d'une manière presque insensible en l'augmentant chaque jour d'un on quelques millimètres.

Maintenant le malade est guéri sans avoir de tendon rotulien, et sans que rien le remplace; la rotule n'est maintenue que par les brides fibreuses latérales et les expansions aponévrotiques périarticulaires, et c'est par là seulement que les muscles extenseurs de la jambe prennent leur point d'appui. Aussi le membre est-il faible, et pour qu'il reprenne ses fonctions d'une manière complète, il faut que ces brides fibreuses s'épaississent et deviennent plus fortes et plus solides; ce sera, je l'espère, l'affaire du temps.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 novembre 1857. — Présidence de M. Michel Lévy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 et 1856 dans les départements de l'Hérault et de Vaucluse (commission des épidémies);

2° Plusieurs recettes de remèdes secrets (commission des remèdes secrets et nouveaux.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur E. Santon (de Saint-Hippolyte-sur-le-Doubs) adresse une note relative à un nouveau procédé de réduction de luxation de l'épaule. (Commissaire, M. Malgaigne.)

— M. le docteur Goupil, membre correspondant de l'Académie, à Nemours, adresse un mémoire sur le traitement de la pustule maligne. (Commissaires, MM. Delafond, Trousseau et Nélaton.)

— M. le docteur Lepetit, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers, adresse un mémoire sur la guérison des tranchées utérines qui accompagnent souvent la menstruation, par la belladone administrée en suppositoire. (Commissaires, MM. Cruveilhier, Boudet et Danyau.)

— M. le docteur A. Legrand adresse une note sur la curabilité relative des scrofules des os. (Commissaire, M. Laugier.)

— M. Le Roy-d'Etiolles prie l'Académie de lui accorder la parole pour la lecture d'un mémoire sur la lithotritie.

— M. A. Devergie, membre de l'Académie, communique un contre-projet en réponse aux questions de M. le ministre relatives à la statistique nosologique des causes de décès. (Renvoyé à la commission.)

— M. le docteur Pellerin (de Bar-le-Duc) et M. le docteur Maire (du Havre), adressent des réflexions sur le même sujet. (Même commission.)

— M. le Président informe l'Académie qu'elle se formera en comité secret à quatre heures et demie pour entendre la lecture du rapport sur le prix Portal et les conclusions du rapport sur les épidémies.

COMMUNICATION.

Chyle émulsionné d'animaux auxquels on a lié le canal pancréatique. — M. Bérard présente à l'Académie deux flacons, l'un contenant du chyle émulsionné recueilli sur un animal auquel on avait pratiqué la ligature du canal pancréatique; le second, contenant de la graisse obtenue du chyle recueilli sur un autre animal dans les mêmes conditions. Cette présentation se rattache à un rapport que M. Bérard doit lire prochainement, mais qui n'est pas encore prêt. Il la fait afin que l'Académie puisse constater de suite l'état des produits qui sont mis sous ses yeux, et qu'il ne serait pas possible de conserver jusqu'au moment de la lecture du rapport.

LECTURE.

Emulsionnement des corps gras par les carbonates alcalins. — M. Jeannel lit, en son nom et au nom de M. Monsel, un mémoire fait en commun sur l'émulsionnement des corps gras par les carbonates alcalins et sur les corps gras considérés comme véhicules des bases minérales et organiques.

Ce mémoire, auquel les auteurs ont donné pour épigraphe ces mots : L'émulsionnement des corps gras par les oxydes est un fait général, comme la saccharification de l'amidon par les acides, est résumé dans les conclusions suivantes :

1° Tous les liquides à réaction alcaline d'origine inorganique ou organique émulsionnent les huiles dans l'eau distillée, et les bases métalliques insolubles puissantes produisent à un certain degré le phénomène de l'émulsionnement.

2° Ce phénomène de l'émulsionnement par les bases résulte d'un commencement de saponification qui a lieu à froid, ou tout au moins d'une manifestation à froid des affinités qui déterminent la saponification par l'intervention de la chaleur.

3° Cinq centigrammes de carbonate de soude ou de potasse pure ou de savon suffisent pour émulsionner d'une manière permanente 8 grammes d'huile dans 100 grammes d'eau distillée. L'intensité de l'émulsionnement se montre en raison directe de l'alcalinité. L'acidité d'un liquide exclut la possibilité de l'émulsionnement.

4° Le suc pancréatique est le plus utile à la digestion des corps gras de tous les sucs intestinaux, parce qu'il est le plus alcalin; mais l'ensemble des observations porte à penser que les autres sucs alcalins peuvent le suppléer quant à la digestion des corps gras.

5° L'introduction d'une proportion modérée d'alcali dans l'estomac avec les aliments de manière à diminuer l'acidité du chyme ou seulement l'abstention des aliments acides favorise indirectement l'émulsionnement des matières grasses dans l'intestin, car plus le chyme est acide, plus il doit neutraliser en passant dans l'intestin les sucs alcalins nécessaires à l'émulsionnement des graisses.

6° Il est de la plus haute importance d'interdire l'usage des acides aux malades tombés dans le marasme, ou aux convalescents qu'on cherche à fortifier par l'alimentation, puisque les acides s'opposent à l'émulsionnement des corps gras.

7° Il faut proscrire les acides et prescrire de petites doses d'alcali lorsqu'on administre l'huile de foie de morue comme reconstituant.

8° Il faut aciduler les potions laxatives huileuses.

9° L'huile est un dissolvant aussi général que l'eau. Elle dissout toutes les substances qui entrent dans la composition de l'organisme animal, elle dissout un grand nombre d'oxydes métalliques, elle dissout un grand nombre d'oxydes métalliques et les alcaloïdes; elle s'empare de l'excès de base d'un certain nombre de sous-sels; elle dissout les stéarates et les oléo-stéarates à bases minérales ou organiques.

10° Les huiles métalliques qui offrent à l'état liquide les agents les plus actifs sont insipides ou peu sapides, elles ne sont point irritantes pour les tissus; les réactifs ordinaires n'y découvrent point les bases métalliques et organiques, enfin elles s'émulsionnent comme les huiles pures dans l'eau distillée, au moyen de proportions très-minimes de carbonate alcalin (surtout lorsqu'elles ne sont pas saturées).

11° Les stéarates et les oléo-stéarates métalliques ou organiques insolubles dans l'eau, et par conséquent insipides et sans action sur l'estomac, sont solubles dans les huiles et par conséquent assimilables dans l'intestin. Ils sont d'une préparation très-facile, soit directement par la dissolution des bases dans les acides gras, soit par double décomposition en traitant les sels solubles par la solution de savon.

12° Les huiles oléo-stéaratées et les oléo-stéarates permettent d'observer l'action dynamique des agents les plus puissants de la matière médicale, en éludant leur action chimique locale.

13° Dans les recherches de poisons mêlés aux matières organiques, il ne faut pas négliger les matières grasses, puisque les huiles s'emparent des oxydes ou des carbonates précipités par les carbonates alcalins.

Il paraît même possible d'extraire, au moyen de l'huile dans les liquides complexes, les oxydes métalliques ou les alcaloïdes précipités par un léger excès d'alcali, et les acides arsénieux ou arsénique mis en liberté par un léger excès d'acide sulfurique.

14° Les carbonates alcalins à la dose de 5 à 10 centigrammes dans l'eau distillée permettent d'obtenir instantanément avec les huiles des émulsions non visqueuses, qui rendront facile l'administration des huiles médicinales et du copahu.

(Le travail de MM. Jeannel et Monsel est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Bérard, Wurtz et Bouchardat.)

DISCUSSION.

Statistique des décès. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la statistique des décès.

M. GUÉRARD. Vous savez, messieurs, que la deuxième conclusion proposée par la commission a été adoptée en principe ; elle nous a été renvoyée seulement pour être modifiée dans la forme. Il s'agissait de sauvegarder l'indépendance et la dignité de nos confrères, et de ne point les soumettre à une sorte de hiérarchie médicale. Pour cela, il nous a semblé que c'était aux familles qu'il fallait imposer l'obligation de présenter un certificat du médecin traitant avant de permettre l'inhumation. Déjà cette manière de faire a été régulièrement organisée dans l'arrondissement d'Avranches, et les résultats nous en ont été transmis par le conseil d'hygiène et de salubrité du département. La commission a pensé qu'il y aurait avantage à introduire cette prescription réglementaire dans la deuxième conclusion modifiée. Voici maintenant cette deuxième conclusion, telle qu'elle est sortie des nouvelles délibérations de la commission :

Deuxième conclusion: « Pour faciliter cet enregistrement régulier des causes de décès, il convient :

» 1° De généraliser l'institution des médecins vérificateurs (cinquième question) ;

» 2° De créer des médecins cantonaux chargés de donner des soins médicaux aux malades pauvres des campagnes ;

» 3° De ne permettre l'inhumation que sur la présentation par la famille du défunt d'un certificat du médecin traitant, qui atteste la réalité du décès.

» Le médecin traitant rédigera en outre un bulletin indicateur de la cause du décès, dont il fera l'usage énoncé à l'article 8.

» A défaut de médecin traitant, le médecin vérificateur des décès ou le médecin cantonal seront chargés d'office par l'administration locale de la délivrance du *certificat* et de la rédaction du *bulletin indicateur.* »

Vous voyez que l'intervention du médecin cantonal ou du médecin vérificateur n'est invoquée qu'en l'absence du médecin qui aura traité le malade. La commission espère que cette nouvelle rédaction satisfera l'Académie.

M. JULES CLOQUET. Une foule de malades meurent sans avoir fait appeler de médecin, quel sera le devoir de l'administration en pareil cas?

M. GUÉRARD. A défaut de médecin traitant, l'administration désignera d'office un médecin pour constater la réalité du décès, et les causes présumées de la mort. Je viens de citer l'arrondissement d'Avranches, où les choses se passent ainsi. L'intervention d'un homme de l'art n'est ordinairement requise aujourd'hui que lorsqu'on soupçonne qu'il y a eu mort violente; mais ne peut-il arriver aussi qu'on enterre des personnes qui ne sont pas mortes? Il suffira d'appeler sur ce point l'attention des familles. Un autre avantage de cette rédaction, ce sera l'atténuation de mauvaises tendances, de l'avarice, de l'incurie de certaines familles, lorsqu'on saura qu'il faut nécessairement faire appeler un médecin pour constater le décès. En résumé, toutes les fois que la famille aura appelé un médecin pour donner des soins à un malade, ce médecin devra constater la réalité du décès, et rédiger le *bulletin indicateur ;* mais quand il n'y aura pas eu de médecin traitant, le médecin vérificateur, dans les villes, le médecin cantonal, dans les campagnes, sera chargé de ces constatations.

M. DESPORTES. Il y a ici une confusion; il n'a pas été question dans la dernière séance de la constatation du décès, mais de la confection du bulletin indicateur. Que la constatation du décès suive sa marche ordinaire, ceci ne nous importe pas; mais il faut que le bulletin indicateur précise bien la lésion ou la maladie à laquelle le malade aura succombé. Le médecin traitant seul peut rédiger ce bulletin. Je propose de diviser en deux la solution que propose la commission : d'abandonner à l'administration le soin de faire constater le décès, et de réclamer seulement du médecin traitant la rédaction du bulletin indicateur.

M. GUÉRARD. Le médecin appelé par l'administration en l'absence d'un médecin qui ait donné des soins au malade constate le décès pour que l'inhumation puisse avoir lieu; mais, puisqu'il est là, il indique de plus autant que possible les causes de la mort, et peut fournir quelques utiles éléments de statistique. Il pourra dire si le malade a succombé à une maladie aiguë ou à une maladie chronique, ajouter les renseignements que pourra donner la famille et qui auront un caractère suffisant d'exactitude. Ces documents auront encore une certaine valeur. C'est pourquoi, à défaut d'un médecin traitant qui puisse fournir des détails plus précis, il est bon de confier la rédaction du bulletin indicateur au médecin vérificateur ou au médecin cantonal.

M. DEVERGIE. Je trouve des inconvénients beaucoup plus graves à cette nouvelle rédaction de la deuxième conclusion qu'à la première. Vous demandez au médecin traitant de constater non pas seulement le décès lui-même, mais ses causes présumées. Vous forcez ainsi le médecin dans certaines circonstances à révéler en quelque sorte des secrets de famille. Vous donnez au médecin traitant les fonctions d'un agent de l'autorité. Quant au médecin vérificateur ou cantonal, il devra chercher dans les cas où il sera appelé les causes de la mort dans les dires de la famille ou en compulsant les ordonnances ; à quelles méprises ne serait-il pas exposé? Demandez au médecin qui a traité le malade un bulletin indicateur facultatif, mais n'imposez pas ainsi au médecin des obligations nouvelles. C'est un mauvais système, à mon avis, que d'obliger le médecin traitant à rédiger un bulletin indicateur; c'est un mauvais système encore que de multiplier les médecins vérificateurs des décès dans un but de statistique. Le but que l'on poursuit serait atteint tout aussi bien en laissant facultative pour le médecin qui a traité un malade la rédaction du bulletin indicateur; le maire désignerait d'office un médecin dans le cas où le médecin ordinaire n'aurait pas rempli cette formalité pour une raison quelle qu'elle soit.

M. GUÉRARD. Je ne suivrai pas M. Devergie dans toute son argumentation, mais permettez-moi pourtant de vous dire un mot. L'Académie veut ou ne veut pas de statistique nosologique des décès. Qui veut la fin veut les moyens; si l'Académie veut cette statistique, il nous semble que le seul moyen d'y arriver est celui que propose la commission. En prenant l'expression de M. Devergie, le médecin cantonal ou le médecin vérificateur serait l'homme de l'autorité. Mais tous les médecins sont aussi des hommes de science, et ce qu'on leur demandera au nom de la science, ils voudront y satisfaire. Quand on imposera aux familles l'obligation de faire constater la réalité de la mort, de crainte d'inhumations précipitées, on en comprendra les avantages, et on ne voudra pas s'y soustraire. Si cette prescription n'est que facultative, vous n'aurez que des documents insuffisants, et dès lors sans utilité.

M. TROUSSEAU. Je viens appuyer la proposition de M. Velpeau. La commission demande que le médecin traitant vienne constater la mort du traité; ne serait-ce pas souvent une chose cruelle pour le médecin que de se présenter ainsi dans une famille après la mort du malade auquel il aura donné des soins! Il y a plus, dans les campagnes, une pareille tâche ne serait pas toujours sans péril. J'arrive à un autre point; nous parlons trop ici en gens de Paris. A Paris et dans quelques grandes villes comme Lyon, Bordeaux, Nantes, Marseille, il suffit d'une heure, une heure et demie pour constater un décès; mais dans certains départements, comme ceux des Pyrénées, du Gers, des Landes, le médecin ordinaire aura quelquefois 30 ou 40 kilomètres à faire pour aller constater un décès. Peut-on forcer ainsi le médecin qui vit très-péniblement de sa profession à sacrifier une journée entière pour l'accomplissement de cette formalité nouvelle? Je ne conçois pas qu'on demande au médecin traitant une chose qui deviendrait souvent physiquement impossible. Qu'un malade vienne à mourir dans certaines localités éloignées de la demeure du médecin, le maire devra faire prévenir celui-ci par deux ou trois gardes-champêtres, par les gendarmes; mais souvent il n'y en a pas; on ne trouvera pas le médecin chez lui, il ne rentrera qu'au bout d'un temps plus ou moins long, et l'inhumation se fera trop longtemps attendre pour la santé publique. On a dit: Eh bien, le médecin cantonal sera, dans ces cas-là, chargé de la constatation du décès. Les mêmes difficultés ne se représenteront-elles pas? D'ailleurs, M. Lévy nous a dit, il est vrai, que l'institution des médecins cantonaux marchait parfaitement en Alsace; elle ne marche pas de même partout, et il y a de ces médecins rétribués d'une manière *si indigne*, je dis *si indigne*, qu'on ne peut songer à leur imposer des obligations nouvelles. Ne vaudrait-il pas mieux se borner à ceci : Chaque médecin remettrait au maire de sa commune une liste mensuelle comprenant les décès survenus dans sa clientèle, avec l'indication présumée des causes de décès. Je ne me préoccupe pas des quelques cas où le secret pourrait paraître nécessaire au médecin dans l'intérêt de la famille. Qu'importe qu'une fois sur deux ou trois cents on mette *cause inconnue?* cela ne peut altérer en rien les résultats généraux. Je me range à l'opinion de M. Velpeau, et je demande que le médecin traitant donne un bulletin, mais sans être obligé de venir constater la réalité du décès.

M. GUÉRARD. Nous ne pouvons pas empêcher que les fonctions des médecins vérificateurs des décès ne s'exercent dans les grandes villes. Ce que nous avons voulu dans notre rédaction, ce que nous demandons, c'est que les médecins ne soient pas exposés à voir intervenir auprès d'eux des confrères plus ou moins mal disposés. M. Trousseau s'est plu à réunir toutes les difficultés possibles contre l'exécution de ce que nous avons proposé. Je veux le redire encore ; cela n'est pas impossible, puisque cet ordre de choses existe à Avranches. Un décès étant survenu, si le médecin traitant se refuse à l'aller constater, l'administration y pourvoira. Lorsqu'il y aura par trop de difficultés, le médecin se bornera à dire que le décès est très-probable. L'homme vraiment sérieux et très-attaché à ses malades sait, à peu de choses près, dans une maladie chronique, par exemple, le moment où le malade aura succombé.

La commission pense qu'il y a intérêt, non pour la science présente, mais pour la science à venir, à recueillir ces documents statistiques. Les premiers résultats seront mauvais; on en aura de meilleurs ensuite, et plus tard d'excellents. La géographie médicale est encore à peu près nulle. Quand on nous demande où il convient d'envoyer une personne qui a la poitrine faible, nous ne savons que répondre exactement; nous jugeons par des à peu près. Si l'Académie veut s'unir à la résolution adoptée par les trois congrès internationaux de statistique, elle adoptera les conclusions que lui propose la commission. S'il y a des difficultés, on cherchera à les lever. Je crois que, dans la détermination qu'a prise la commission, les intérêts de tous sont sauvegardés et le service de la statistique assuré. Lorsque les familles sauront combien elles sont intéressées à ces mesures, elles s'empresseront de s'y conformer.

M. VELPEAU. Un mot seulement; je crois que l'Académie a un grand intérêt à ne pas brusquer sa décision au sujet de la conclusion qu'on nous propose. Je trouve, à dire vrai, plus d'inconvénients à la nouvelle rédaction de la conclusion qu'à la première. Comme le faisait très-bien observer M. Trousseau, la constatation des décès dans les campagnes serait assez souvent physiquement impossible. Je voudrais que ce fût l'administration qui fît procéder à la constatation du décès. Cette constatation obligée par un médecin autre que le médecin traitant, à quoi conduira-t-elle? à prouver que le décès est constant, et ensuite à savoir quelle a été la cause de la mort! Il est au moins douteux que la recherche des causes de décès, instituée de cette façon, puisse fournir d'utiles résultats. L'éloignement des médecins dans les campagnes est un obstacle qu'on ne saurait trop prendre en considération. Le médecin cantonal devrait parcourir souvent des rayons de deux et trois lieues autour de sa résidence pour se conformer à ce que vous proposez d'exiger de lui ; on ira chez le médecin, il sera absent et ne pourra venir que trop tardivement. Dans les grandes villes il arrive quelquefois, vous le savez tous, qu'on donne un certificat sans avoir vu le malade; ce fait se reproduira sur une bien plus grande échelle dans les campagnes, où la population est très-disséminée. Il y a à Paris un lieu où on reçoit les malades et où ne se succèdent que des médecins instruits ; l'habitude s'est établie de n'y désigner que sous le nom de *fièvres* toutes les maladies internes, et sous celui de *blessures* toutes les maladies externes ou chirurgicales. Vous obtiendrez quelque chose de semblable avec la statistique que vous proposez. Si on tient à ce projet pourtant, j'en reviens à ma proposition : « La cause de la mort sera donnée par le médecin traitant dans un pli cacheté adressé au sous-préfet dans le cours de la semaine (il n'est pas nécessaire que la remise du bulletin ait lieu le soir même), et, à défaut du médecin traitant, par le médecin cantonal. »

M. GUÉRARD. Je vous avoue que je ne suis pas bien frappé des exemples cités par M. Velpeau, et je remarque de plus des contradictions frappantes entre ce qu'il a proposé dans la séance dernière et ce qu'il vient de nous dire aujourd'hui. M. Velpeau nous a dit qu'*au bureau central* il n'y avait plus que deux classes de maladies; cela se comprend aisément. J'ai été moi-même au *bureau central*, je perdais dans l'origine, ou plutôt je faisais perdre beaucoup de temps aux malades qui se présentaient, parce que je voulais établir un diagnostic assez inutile, puisque je ne pouvais l'aller vérifier au lit du malade. Le diagnostic, porté dans ces circonstances, peut être utile à celui qui le précise, il ne peut l'être en aucune façon au malade. Au *bureau central* il suffit, pour les malades qui veulent entrer dans les hôpitaux, de ne pas mettre en médecine des malades atteints de lésions chirurgicales, et réciproquement. Un diagnostic précis ne devient vraiment nécessaire que pour les malades qui viennent seulement réclamer une consultation.

Voici pour le premier point; j'arrive au second. Que le médecin traitant, dit M. Velpeau, indique la cause du décès, et l'administration fera vérifier le décès lui-même. Nous nous trouvons alors en présence de cet inconvénient sérieux sur lequel M. Velpeau basait surtout ses objections dans la dernière séance, de ce contrôle par un confrère quelquefois peu bienveillant, de ces paroles de blâme avidement recueillies, de ces attitudes, de ces réticences interprétées dans le sens le plus fâcheux. Nous avons voulu éviter cela; c'est pourquoi nous avons demandé que le médecin traitant fournisse les deux pièces. Lorsque les distances seront par trop considérables, le médecin pourra se borner à déclarer que le décès est très-probable. On empêche la science de progresser en se laissant arrêter par l'imperfection des moyens dont on dispose; M. Arago a empêché pendant douze ans de doter la France de chemins de fer, parce qu'on était encore trop peu avancé dans l'établissement de ces voies de communication. On a passé outre, et nous devons à cette détermination le magnifique réseau de chemins de fer qui sillonne notre territoire. Le projet que nous discutons est d'une réalisation possible; quant aux difficultés d'exécution, c'est à l'administration de rechercher les moyens de les résoudre.

M. LE PRÉSIDENT. Messieurs, l'heure est avancée, et l'Académie va se former en comité secret; il y a plusieurs partis à prendre : on peut mettre aux voix la deuxième conclusion modifiée, renvoyer une seconde fois cette conclusion à la commission, ou remettre purement et simplement à la prochaine séance la continuation de la discussion.

L'Académie consultée décide que la discussion sera continuée dans la prochaine séance.

— Il est quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les rapports des commissions de prix.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour les prix de l'internat a commencé le 3 novembre par la composition. Les internes de 3e et de 4e année ont eu à traiter la question suivante : *Le cœcum et les abcès de la fosse iliaque droite;* ceux de 1re et de 2e année : *Les voies biliaires et l'ictère grave.*

— Les séances du concours de l'externat des hôpitaux auront lieu les lundis, mardis, jeudis et vendredis à quatre heures du soir. La première séance, consacrée à l'examen oral, est fixée à vendredi prochain.

M. Follin a été nommé juge suppléant en remplacement de M. Ad. Richard, empêché.

— L'examen d'aptitude au grade de pharmacien aide-major de 2e classe vient de se terminer au Val-de-Grâce. Ont été reconnus admissibles et classés dans l'ordre suivant: MM. Thomas, Verrier, Déchamps, Renault, Berquier.

— Une organisation nouvelle des services sanitaires de l'armée en Angleterre et en Portugal est préparée en ce moment dans ces deux royaumes. Une commission dans laquelle les médecins sont très convenablement représentés fonctionne déjà depuis quelque temps au ministère de la guerre, à Londres, et tout fait prévoir qu'avant peu elle aura terminé ses travaux.

En Portugal, un projet de loi ayant pour but d'améliorer la condition des officiers de santé de l'armée, a été soumis aux Cortès par un député à la représentation nationale.

— La *Gazette médicale russe* annonce que pendant la dernière guerre, la Russie a perdu 382 médecins. Nous ignorons le nombre total des médecins russes employés pendant cette guerre ; mais on se souvient que sur 550 officiers de santé français, 83 (soit 1 sur 6 7/10) sont morts par suite de maladies contractées dans leur service en Crimée.

— M. Gosselin reprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital Cochin, le mardi 10 novembre à huit heures du matin, et les continuera les mardis, jeudis et samedis.

— M. A. Becquerel, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera ses conférences cliniques à l'hôpital de la Pitié, vendredi 6 novembre à neuf heures du matin, et les continuera les lundis et vendredis à la même heure.

La première partie du cours sera consacrée à l'examen des lésions et à l'étude des maladies des reins et du foie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Martin, né à Voiron (Isère); *Education et hygiène des enfants du premier âge.*

Tuilant, né à Charny (Yonne); *Considérations sur l'alimentation dans le traitement des plaies.*

Hubert, né à Adainville (Seine-et-Oise); *Des convulsions.*

LE SOUSP.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 131. — SAMEDI 7 NOVEMBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 131. — SAMEDI 7 NOVEMBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des indications curatives de l'intoxication saturnine.

Quand on réfléchit à l'extrême gravité de l'affection saturnine, à la fréquence des récidives qui suivent un traitement incomplet ou qui n'a eu pour objet que de combattre les symptômes les plus apparents, on ne saurait trop s'attacher à signaler l'insuffisance de ces traitements qui ne s'attaquent qu'au symptôme, et insister sur la nécessité de combattre de bonne heure l'*intoxication* par une médication énergique et longtemps continuée, continuée jusqu'à élimination complète du poison, jusqu'à l'épuration de l'économie de toute trace d'empoisonnement. L'importance de ce précepte justifierait au besoin ses répétitions. Aussi, revenons-nous volontiers sur ce sujet toutes les fois que l'occasion s'en présente, dussions-nous encourir ce reproche, si tant est que c'en soit un.

Cette occasion nous est fournie aujourd'hui par un excellent rapport fait à la Société médicale des hôpitaux par M. Legroux sur ce sujet, et publié dans le *Bulletin* de cette Société.

La manière dont M. Legroux a formulé, dans ce rapport, les indications générales du traitement de l'intoxication saturnine, nous paraît tout à fait conforme aux plus saines données de la science et de l'expérience pratique à la fois; aussi avons-nous jugé utile de les reproduire ici.

Rappelons d'abord que M. Legroux part de ce principe que nous venons d'énoncer, savoir : que ce n'est point contre une *colique*, mais contre un *empoisonnement*, que la thérapeutique doit être dirigée; car c'est là le principe fondamental qui ne doit jamais être perdu de vue, et auquel doivent incessamment se rattacher les indications principales. Cela dit, voici en quels termes le médecin de l'Hôtel-Dieu formule ces indications :

La première indication à remplir est la neutralisation et surtout l'élimination du plomb déposé à la surface de la peau et des membranes muqueuses, ou incrusté dans leur tissu.

La coloration noire de la peau due au sulfure plombique formé dans les bains sulfureux se reproduit souvent à plusieurs reprises dans trois ou quatre bains plus ou moins éloignés. Elle n'est plus alors que partielle, et c'est surtout au pourtour des ongles qu'elle se montre en dernier lieu. Cette circonstance doit toujours tenir en garde contre les récidives, qui sont à craindre tant que le plomb est en présence.

Ce qui existe à la surface de la peau se retrouve sur les muqueuses. Le liséré gengival, dû au sulfure de plomb formé à l'aide de la suppuration du bord ulcéré des gencives, persiste alors que la guérison paraît assurée, à moins que l'on ait eu la précaution de nettoyer la bouche. De même, après d'énergiques purgations, on trouve encore chez les sujets qui succombent la muqueuse du gros intestin d'une couleur ardoisée due au sulfure de plomb incrusté dans cette membrane. Cette longue persistance du liséré des gencives et de la teinte ardoisée de la muqueuse du gros intestin suffit pour démontrer, comme la production du sulfure sur la peau, la longue persistance du plomb sur les deux grandes surfaces tégumentaires, la nécessité d'un traitement prolongé bien au delà de l'apparente guérison.

Lorsqu'un cérusier est admis dans mon service, dit M. Legroux, je pose en règle qu'il doit être plongé dans un bain sulfureux, et que, pendant le bain, à l'aide de brosse et de savon, il enlève le sulfure formé. Le malade n'entre dans son lit qu'après cette première épuration.

Recommandation est faite aussi d'épurer ou de changer les vêtements qui viennent d'être quittés, afin qu'après guérison le malade ne se trouve plus enveloppé d'une couche de l'agent toxique.

Pendant le bain, les cheveux sont l'objet d'un nettoyage spécial. Les chaussures sont plongées dans le bain et savonnées.

Cette opération est répétée plusieurs fois à plusieurs jours d'intervalle, et alors même que le dernier bain n'a point amené de colorations noires, l'expérience ayant appris qu'après avoir disparu de la peau, le sulfure plombique peut s'y reproduire de nouveau, dans un cinquième ou sixième bain sulfureux, bien qu'il ne se soit plus montré dans le troisième ou le quatrième.

L'utilité de tous ces détails est aisée à comprendre ; et il serait superflu d'entrer dans de plus grands développements pour la faire ressortir.

L'épuration de la surface muqueuse digestive s'opère à l'aide d'évacuants plus ou moins énergiques. Les évacuants entraînent les molécules de plomb restées libres dans le canal digestif; ils provoquent des exhalations, des sécrétions de toute nature, à l'aide desquelles se détache le poison incrusté dans la muqueuse, ou s'élimine celui que l'absorption a introduit plus profondément.

Mais il ne suffit pas d'un ou deux purgatifs pour arriver à une dépuration complète. Il faut souvent insister pendant une ou deux semaines sur leur emploi. Il faut apporter la même persévérance à l'épuration interne qu'à l'épuration externe.

A côté de cette épuration vient se placer une autre indication, celle de la neutralisation.

Extérieurement, dit M. Legroux, si l'on avait affaire à une préparation soluble, il y aurait avantage direct à la transformer en sulfure insoluble; mais le plus ordinairement les sels déposés à la surface de la peau sont insolubles, et leur transformation en sulfure n'a aucun effet thérapeutique immédiat; mais il décèle le poison partout où il existe, et indique les points sur lesquels doit plus spécialement porter le nettoyage de la peau. Il a, en outre, une action tonique favorable dans ce genre d'intoxication, caractérisé par la débilitation générale.

Intérieurement, la neutralisation a-t-elle une action plus directe? On a encore ici les mêmes préparations, insolubles dans la majorité des cas, mais qui rencontrent probablement dans le canal digestif des conditions de solubilité. Il est donc rationnellement utile d'entretenir dans ce conduit des moyens de neutralisation. Mais quels sont les meilleurs neutralisants? — Les plus usités sont la limonade sulfurique, l'alun, les eaux sulfureuses, le persulfure de fer.

M. Legroux n'accorde aucune confiance à la limonade sulfurique, qui est au moins insuffisante pour le but qu'on se propose, si même elle n'est pas nuisible en fixant le plomb dans l'économie et en empêchant son élimination.

L'alun et les eaux sulfureuses lui semblent passibles des mêmes reproches.

Le persulfure de fer, qui parcourt en majeure partie tout le canal digestif, lui semble offrir un moyen de neutralisation plus certain, puisqu'il est mis en rapport avec toute l'étendue de la muqueuse. La partie qui peut en être absorbée sert d'ailleurs à combattre l'anémie. Mais seul et sans le secours des évacuants, il ne serait pas plus efficace que les autres neutralisants. Ce serait donc une erreur grave que de préconiser la neutralisation seule comme méthode thérapeutique de l'intoxication saturnine.

Une troisième indication, qui n'est pas moins importante que les deux précédentes, est celle de l'*élimination* du plomb absorbé.

On sait, et ce qui précède le démontrerait d'ailleurs au besoin, combien il faut de temps, souvent, pour opérer le nettoyage de la peau, combien il en faut surtout pour épurer le canal digestif; combien de malades, guéris en apparence, retombent après quelques jours de convalescence et d'alimentation. C'est que tout le plomb, dans ce cas, n'a point été éliminé. Il est resté à l'état latent dans l'économie, incorporé aux tissus, ou circulant avec le sang.

Le fait suivant rapporté par M. Legroux en fournit une nouvelle preuve :

Un cérusier entre dans son service à l'Hôtel-Dieu, robuste et sanguin d'ailleurs, et après un mois seulement de travail dans une fabrique de céruse, n'ayant par conséquent pas encore subi la détérioration anémique. L'intensité des accidents abdominaux exigea l'emploi de deux traitements successifs de la Charité.

Après quinze jours de médication, après avoir pris plusieurs bains sulfureux, où il avait cessé de noircir, il se trouvait en bonne voie de rétablissement. Cependant il se plaignait de céphalalgie, d'étourdissements; il réclama une saignée, qui lui fut pratiquée

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité d'anatomie topographique médico-chirurgicale, considérée spécialement dans ses applications à la pathologie, à la médecine légale, à l'art obstétrical et à la chirurgie opératoire, par M. le docteur PÉTREQUIN, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon (1).

M. Pétrequin est un de ces travailleurs infatigables qui, depuis le commencement de leur carrière, ne doivent certainement pas avoir perdu une heure de leur temps à des occupations futiles. A se rappeler seulement la liste de ses travaux les plus importants, on reste étonné du nombre des choses qu'il a, non pas vues en courant, mais sérieusement et profondément étudiées; des points qu'il a touchés en laissant toujours une trace durable de son passage; des heureuses modifications qu'il a apportées à une foule de procédés opératoires incomplets ou défectueux; des découvertes originales enfin qu'il a faites lui-même, et au moyen desquelles il a souvent agrandi le domaine de la science.

Nous disons qu'il a touché bien des points divers de la science. Contentons-nous de rappeler en peu de mots ses *Recherches sur la menstruation, la puberté et l'âge critique*, dissertation inaugurale qui, sortant de la routine vulgaire, dénonçait comme un savant physiologiste l'élève sortant à peine des bancs de l'école; ses *Etudes expérimentales sur les propriétés de la noix vomique* et l'action thérapeutique des préparations strychniques dans le traitement des paralysies; comme aussi celles sur *le manganèse* associé au fer au point de vue de la reconstitution de l'organisme; travaux qui ont donné la preuve de ses aptitudes sous le rapport de la médecine pure, si souvent, hélas! oubliée par les chirurgiens; enfin, de nombreux et intéressants mémoires sur les sujets les plus variés de la chirurgie, la taille et la lithotritie, les rétrécissements de l'urètre, les maladies des yeux et des organes des sens, les autoplasties, les fractures, les résections, les anévrismes, etc., mémoires qui l'ont placé depuis longtemps au premier rang parmi les représentants les plus distingués de la chirurgie française.

Tous ces titres étaient plus que suffisants pour permettre à M. Pétrequin d'entreprendre, sans être taxé de témérité, le *Traité d'anatomie topographique médico chirurgicale*, dont il publiait la première édition il y a près de quinze ans, et dont la seconde est aujourd'hui sous nos yeux.

Pas n'est besoin de rappeler le succès qui l'accueillit tout d'abord, malgré les circonstances défavorables qui semblaient devoir s'opposer à ce qu'il se répandît avec promptitude et d'une manière assez générale. L'auteur n'était pas professeur dans une de nos trois grandes facultés, et trois ouvrages au moins sur le même sujet avaient paru recommandés au monde médical par les noms bien connus de maîtres de l'art. De plus, M. Pétrequin était un praticien de province, et l'on sait encore quelle peine ont à réussir les livres dont les auteurs n'exercent pas sur le grand théâtre, d'où il est à peu près convenu que nous vient exclusivement la lumière.

Toutes ces difficultés, le livre de M. Pétrequin sut les vaincre. Il avait adopté un plan, une classification tout à fait différents de ceux de ses devanciers. Au lieu de faire dans chaque région l'anatomie isolée de chaque organe, de chaque partie d'organe qui s'y trouve, de s'occuper successivement de physiologie et de chirurgie, ou de sacrifier à cette dernière la partie anatomique, l'auteur avait étudié couche par couche avec leurs rapports chacun des objets que le scalpel met à découvert; de plus, il avait constamment cherché à faire marcher de conserve la pathologie et l'anatomie. « A mesure que l'auteur découvre un objet, disait à cette époque un savant confrère, compatriote de M. Pétrequin, M. Brachet, qui avait accepté la tâche délicate d'examiner l'ouvrage encore en manuscrit, il y joint sur-le-champ les considérations qui se rapportent à ses lésions physiques et vitales, et toutes les conséquences qu'on peut en tirer pour le manuel opératoire. Cette manière de faire réunit plusieurs avantages; elle évite de nombreuses répétitions, et surtout elle fait mieux saisir les nuances opératoires, parce qu'elles se trouvent là enchaînées aux organes dont on vient de parler et dont elles semblent faire partie intégrante. On n'a pas eu le temps de perdre de vue leur disposition. Tout se trouve ainsi lié de la manière la plus intime; ce ne sont plus les parties d'un tout, c'est un tout indivisible. En procédant ainsi, l'auteur atteint plus facilement le but qu'il s'est proposé: de ne pas se renfermer exclusivement dans les considérations relatives à la chirurgie, mais d'embrasser en même temps la médecine... »

L'honorable médecin que nous citons avait raison; on trouve dans le livre de M. Pétrequin une couleur médicale qui manque complètement aux autres traités du même genre; de plus, il n'est pas une des branches pratiques de l'art de guérir qui n'y rencontre à chaque page d'utiles renseignements; en effet, en dehors de la médecine et de la chirurgie proprement dites, le médecin qui s'est livré à l'étude spéciale de l'obstétrique le consultera avec avantage quand il s'agit, par exemple, des déformations du bassin de la mère et de la tête du fœtus; le médecin légiste y trouvera des notions satisfaisantes sur les plaies, la strangulation, l'asphyxie, la perforation de l'estomac, des intestins, etc.

Eh bien, cet ouvrage, aussi complet, aussi bien conçu, passé à l'état de livre classique presque aussitôt qu'il avait paru, traduit en Italie et en Allemagne, et l'on sait que nos confrères d'outre-Rhin, avec leur esprit de minutieuse investigation, sont difficiles et ne prodiguent pas leur approbation à la légère, cet ouvrage, M. Pétrequin ne l'a pas encore cru assez parfait pour se borner à une simple réimpression. Bien

(1) 2e édition. Un volume grand in-8°. Chez Victor Masson.

en raison de ses apparences pléthoriques; il fut aussitôt soulagé. M. Grassi, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, ayant fait sur la demande de M. Legroux l'analyse du sang extrait, trouva une notable quantité de plomb appréciable à tous les réactifs. Et cependant ce malade, comme il a été dit, avait été vigoureusement évacué pendant dix à douze jours. Depuis sa saignée, il a été purgé de nouveau, a repris un bain sulfureux, la peau a noirci dans quelques points, surtout au pourtour des ongles...

Ce fait, où l'on constate encore la présence du plomb dans l'économie après un traitement énergique, longtemps continué malgré toutes les apparences d'une guérison que l'on pouvait croire certaine, établit mieux que tous les raisonnements l'utilité de cette troisième indication, l'élimination.

Pour remplir cette indication, il convient, suivant M. Legroux, de revenir fréquemment aux évacuants et aux bains sulfureux. L'iodure de potassium, que quelques médecins emploient en pareil cas, bien qu'il ne l'ait point encore expérimenté lui-même, lui paraît indiqué; il ne verrait qu'avantage à le combiner avec les moyens évacuants.

Il est enfin une dernière indication, qui ne le cède pas aux autres en importance, surtout comme moyen préventif des rechutes, c'est celle d'une médication reconstituante. Dans cette dernière période thérapeutique, M. Legroux est d'avis qu'il faut encore user de temps en temps de purgatifs et de bains sulfureux. « On n'aura, dit-il, le droit de compter sur une guérison certaine qu'assez longtemps après la disparition des accidents douloureux, de la teinte ictéro-plombique, quand les fonctions digestives sont rétablies, et que le malade a recouvré des forces et une coloration normale. »

Ainsi, en résumé, pour embrasser toutes les indications curatives, il convient, d'après M. Legroux, dont nous adoptons entièrement les excellentes vues pratiques à cet égard, d'ajouter au traitement banal de la Charité, qui provoque des évacuations abondantes et réunit les calmants et les toniques aux évacuants et aux sudorifiques, le nettoyage de la peau et les moyens reconstituants.

Des oblitérations de la veine-cave supérieure (1).

On a vu, par notre article de la précédente *Revue*, que quelques-uns des symptômes de l'oblitération de la veine-cave supérieure présentaient parfois une sorte d'intermittence; mais c'est là le cas le plus rare. Le plus habituellement la marche de la maladie a été continue et ses symptômes constants.

La durée de la maladie s'est montrée variable, quoique dans des limites assez étroites. Ainsi, les renseignements que l'on a pu obtenir de huit malades au moment de leur entrée à l'hôpital ont appris que l'affection dans deux cas remontait à cinq mois, dans deux autres cas à trois mois, dans trois autres à un mois, et une fois à un temps indéterminé.

La terminaison a été constamment mortelle. Une fois seulement la mort est venue lentement, à la suite d'amaigrissement et d'émaciation; une autre fois elle a eu lieu dans un temps très-court, par affaissement graduel. Deux fois la mort est survenue subitement pendant que les malades parlaient ou satisfaisaient à un besoin. Une fois elle a eu lieu à la suite d'un accès de suffocation, accompagné d'une extrême anxiété; quatre fois, enfin, elle a été précédée de délire et d'assoupissement, ou de convulsions générales, puis de coma.

Lorsque la maladie se présente avec l'ensemble des caractères qui ont été précédemment énoncés, le diagnostic n'est pas difficile. Un pareil ensemble de symptômes ne se rencontre guère, en effet, que dans les cas d'oblitération de la veine-cave supérieure. Cependant il est une autre affection, très-rare, il est vrai, qui, présentant la plupart de ces symptômes, pourrait être confondue avec celle qui nous occupe; c'est l'anévrisme variqueux de l'aorte et de la veine-cave supérieure. M. Oulmont, en compulsant les annales de la science et en ajoutant au produit de ses recherches les résultats de ses propres observations, n'est parvenu à réunir que quatre exemples de cet anévrisme variqueux. Or voici ce qui ressort de la comparaison de ces quatre faits avec les observations d'oblitération de la veine-cave:

1° Dans l'anévrisme variqueux de l'aorte et de la veine-cave supérieure, dit M. Oulmont, le début est brusque; les premiers symptômes apparaissent quelquefois à la suite d'un accès de toux, d'un violent effort; dans d'autres cas, ils surviennent spontanément et sans qu'il ait existé auparavant autre chose que de la toux, de la dyspnée, des palpitations. Dans les oblitérations de la veine-cave, au contraire, le début est assez lent (M. Oulmont n'a trouvé à signaler qu'un seul exemple de début brusque).

2° L'œdème apparaît rapidement dans l'anévrisme variqueux, envahit la face et la partie supérieure du tronc, et devient très-considérable. La teinte cyanosée se prononce très-vite à la peau et sur les muqueuses. Il y a une tendance très-marquée aux accidents cérébraux, céphalalgie, vertiges, congestions, etc. Tous ces symptômes existent également dans l'oblitération, mais à un moindre degré; l'œdème est moins considérable, la cyanose est rarement aussi marquée, la tendance aux accidents cérébraux moins prononcée. Il en est de même de la dilatation des veines sous-cutanées de la partie supérieure du corps, qui apparaît assez vite et qui devient très considérable dans un espace de temps beaucoup plus court que dans l'oblitération simple.

3° La marche de l'anévrisme variqueux est très-rapide; il s'est terminé par la mort en trois, sept et dix jours, tandis que dans les oblitérations la durée a été beaucoup plus longue (généralement de plusieurs mois).

4° Enfin, l'examen de la poitrine fait reconnaître une maladie des organes de la circulation avec quelques caractères spéciaux qui paraissent tenir particulièrement à l'anévrisme artérioso-veineux. Ces caractères sont l'existence d'un bruit de souffle très-intense au premier temps et quelquefois au second temps, ayant son maximum à la partie supérieure du bord droit du sternum et se prolongeant le long de cet os. Ce bruit de souffle, dans les cas où il a pu être constaté, était accompagné d'un bruissement et d'un frémissement vibratoire très-marqué entendu dans la région du cou jusqu'à la mâchoire inférieure et coïncidant avec la diastole artérielle.

Le diagnostic de la cause de l'oblitération est d'autant plus difficile qu'il se complique de toutes les obscurités qui entourent le diagnostic des tumeurs intra-thoraciques. La plupart des causes d'oblitération n'ont été reconnues qu'à l'autopsie. Il est néanmoins, selon M. Oulmont, un certain nombre de signes qui, lorsqu'on les rencontre, peuvent servir de point de repère et amener ainsi à un diagnostic assez exact.

Les oblitérations dues à la présence de tumeurs intra-thoraciques offraient, outre les signes habituels de l'oblitération :

1° Une dyspnée très-considérable avec orthopnée et accès de suffocation quand le malade voulait se coucher sur l'un des côtés du corps;

2° Une matité complète de l'un des côtés de la poitrine avec vibration des parois;

3° Une respiration bronchique soufflante dans toute l'étendue de la matité, et aux limites de celle-ci une respiration faible avec expiration prolongée. Il y avait également de la bronchophonie et une fois de l'égophonie à la base. Dans une autre observation, au lieu de souffle bronchique dans toute l'étendue de la matité, la respiration était nulle; seulement vers les limites il y avait quelques râles. Ces symptômes, n'ayant été rencontrés que dans les cas de tumeurs intra-thoraciques, ont par eux-mêmes une certaine valeur diagnostique.

M. Oulmont joint à ces signes comme un élément précieux de diagnostic l'existence de la cachexie cancéreuse.

Dans les observations de compression de la veine-cave par un anévrisme de l'aorte, il a trouvé comme signes particuliers: 1° une dyspnée extrême, avec sentiment d'anxiété insupportable; 2° une voussure à la partie supérieure du sternum, avec matité plus ou moins étendue; 3° dans la même région, un double battement indépendant et distinct de celui du cœur; 4° dans un cas il existait une tumeur pulsatile vers le haut du sternum, et dans un autre, l'artère sous-clavière gauche était très-dilatée et offrait à l'auscultation un bruit de souffle manifeste; 5° enfin, le pouls a été souvent inégal, irrégulier, sensible seulement à l'une des radiales.

M. Oulmont n'a pu recueillir aucune donnée de quelque importance sur l'étiologie, du moins sur l'étiologie éloignée, c'est-à-dire sur les causes prédisposantes ou occasionnelles de l'oblitération; quant aux causes immédiates ou pathologiques, nous avons déjà dit quelles étaient les principales. L'auteur les a groupées sous trois chefs : les concrétions sanguines résultant d'une phlébite; la compression par des tumeurs ou productions morbides de voisinage; et la compression par un anévrisme de l'aorte.

Le pronostic est des plus graves, puisque tous les cas que M. Oulmont a pu réunir se sont terminés par la mort. Mais il faut distinguer cependant, parmi les éléments de ce pronostic, ceux qui dépendent du fait même de l'oblitération, de ceux qui se tirent de ses causes. Ainsi, l'oblitération étant due le plus souvent à des causes qui par elles-mêmes entraînent la mort, il est évident qu'on doit en tenir compte dans le pronostic. Mais si l'on fait abstraction de cette circonstance et que l'on n'envisage l'oblitération qu'en elle même, ou, pour parler un langage plus conforme à la réalité des faits, si l'on a affaire à une oblitération due à une compression par une tumeur de nature bénigne par elle-même, il ne répugne nullement d'admettre la compatibilité de cette lésion avec la conservation de l'existence. Ce qui justifierait cette restriction au pronostic, c'est la possibilité de l'établissement d'une circulation collatérale suffisante pour obvier aux conséquences fâcheuses de l'oblitération, possibilité démontrée par quelques exemples, et notamment par un fait qui lui a été communiqué par M. Woillez et dont nous avons été témoin nous-même. Il s'agit d'un homme qui a été dans le temps dans le service de M. Louis à l'Hôtel-Dieu, et qui présentait tous les symptômes d'une oblitération de la veine-cave supérieure, moins l'œdème de la face, qui avait existé au début, mais qui s'était dissipé depuis. L'autopsie donna l'explication de cette apparente anomalie, en montrant d'une part, à côté d'une oblitération complète de la veine-cave par une énorme tumeur cancéreuse du médiastin, une circulation collatérale parfaitement établie.

Quant au traitement, il ne peut évidemment être que palliatif, les causes de la maladie étant le plus souvent au-dessus des ressources de l'art. Les émissions sanguines générales et les purgatifs sont les médications qui ont semblé à M. Oulmont amener le plus de soulagement; elles agissaient, dit-il, tantôt en diminuant le volume de l'œdème de la partie supérieure du tronc, tantôt en faisant disparaître momentanément la teinte cyanosée. Divers autres médicaments ont été employés, tels que les mercuriaux, les diurétiques, etc.; mais il n'a paru en résulter aucune modification dans la marche de la maladie.

(1) Voir sur ce même sujet la correspondance.

---

qu'il fût épuisé depuis longtemps, il n'a pas voulu en donner une nouvelle édition sans l'avoir revu, repassé avec la plus scrupuleuse attention, sans l'avoir en quelque sorte refait en entier. Il a consacré quatre hivers à revoir à l'amphithéâtre, sur le cadavre, chacune de ses descriptions,

Nil actum reputans, si quid superesset agendum;

et ce travail de révision, il le dit lui-même, l'a conduit à plus d'une découverte utile. Depuis dix ans, il a extrait de ses lectures tout ce qui pouvait apporter à son œuvre quelques perfectionnements, et il a fouillé, parfois avec avantage, dans les littératures anglaise, américaine, italienne et allemande.

Il n'est pas un chapitre de la première édition qui n'ait subi de nombreuses retouches; en même temps qu'il l'augmentait de nombreuses additions, il retranchait quelques développements dont le temps avait diminué la valeur ou l'à-propos. C'est enfin, avec les mérites du livre ancien, un livre tout nouveau que nous présente l'auteur, et partout on y trouve les améliorations que nécessitait le progrès incessant de la science.

Parmi ces additions, nous avons remarqué comme les plus essentielles des tableaux où sont exposées les mesures comparatives de la poitrine, et d'autres non moins importants dans lesquels se trouvent établies aux différents âges de la vie intra-utérine les dimensions de la tête du fœtus, pour servir de règle dans la pratique de l'accouchement prématuré artificiel, et déterminer facilement les époques auxquelles il faut agir.

Mentionnons également des considérations de la plus grande valeur sur la physiologie pathologique des mouvements de la main et du pied, des doigts et des orteils, pour laquelle il a mis à profit les précieuses recherches de notre savant ami le docteur Duchenne (de Boulogne), etc.

En résumé, la nouvelle édition du livre de M. Pétrequin est appelée, malgré la publication des nombreux ouvrages sur le même sujet qui ont paru depuis quelques années, à un succès plus complet encore que la première, et nous ne faisons aucun doute que la troisième ne vienne d'ici à peu de temps témoigner de la justesse de nos prévisions.

Dr A. Foucart.

Guérison des douleurs et des paralysies par une méthode spéciale externe, avec observations de cures obtenues, par le docteur Mallat de Bassilan (1).

M. Mallat de Bassilan possède, nous dit-il, un médicament tout-puissant contre le phénomène douleur, principalement, et aussi pour la guérison des entorses, des foulures, le soulagement de la goutte, l'amélioration des paralysies, etc., et pour preuve il nous donne dans son livre l'histoire de 87 malades auxquels il a rendu la santé à l'aide d'un procédé particulier, d'un baume dont il tient encore la formule secrète.

Nous n'avons pas beaucoup de sympathie pour les remèdes secrets en général, et nous ne croyons pas beaucoup aux miracles quand il s'agit de thérapeutique. Cependant, d'après les faits rapportés par le docteur Mallat de Bassilan, faits qui se trouvent étayés par bien des noms illustres, et qui paraissent dignes de toute confiance, il semblerait qu'en effet il y a quelque chose de réel dans ces cures, qui, au premier abord, étonnent au plus haut degré. Comment est-il arrivé à la connaissance de ce précieux médicament, dont il nous promet, du reste, la formule lorsqu'il aura réuni un assez grand nombre d'observations et complété ses recherches ? Voici ce qu'il raconte à ce sujet :

M. de Bassilan fut, il y a assez longtemps déjà, chargé par le gouvernement français d'une mission importante dans les mers de Chine, et pendant sept années il exerça sa profession comme médecin en chef de l'hôpital St-Jean de Dieu à Manille. On conçoit que, pendant une période aussi étendue, il ait pu acquérir une vaste expérience. De plus, une longue fréquentation des médecins indiens et chinois, une correspondance étendue, lorsqu'il vivait dans ces pays lointains, avec les missionnaires français introduits en Chine; une consciencieuse observation, sans préventions scolastiques, des méthodes mises en usage par les naturels des pays civilisés ou un peu sauvages qu'il a parcourus ou habités, l'ont conduit à constituer une méthode curative dont il assure que la haute efficacité ne peut plus désormais être mise en doute. C'est un vrai service que rend M. Mallat de Bassilan en publiant ces résultats de sa pratique, et l'on ne saurait trop le louer de la promesse qu'il fait de donner prochainement de la publicité à ses moyens thérapeutiques.

Dr M. Moreau.

(1) Un vol. in-8°. Chez Germer Baillière.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces libraires aux mêmes conditions qu'à Paris.

Considérations pratiques sur le croup en Auvergne, par M. le docteur A. Babu. Broch. in-8°, 57 pages. Riom, G. Leboyer, et Paris, chez tous les libraires de médecine.

Conclusions statistiques contre les détracteurs de la vaccine, précédées d'un Essai sur la méthode statistique appliquée à l'étude de l'homme, par M. le docteur Bertillon. Un volume in-18 de 233 pages. Paris, Victor Masson. Prix, 3 fr.

Note historique et critique sur le rôle du suc pancréatique dans la digestion des matières amylacées, par M. Longet. Broch. in-8°, 20 pages. Paris, Victor Masson.

Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine (séance générale). Broch. in-8°, 52 pages. Paris, imprimerie Simon Raçon et Cie, rue d'Erfurth, 1.

Nouveaux exemples de rhumatisme larvé.

M. le docteur Cade, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon, nous communique, à l'occasion de l'article intitulé *Rhumatisme cérébral*, de notre *Revue clinique* du 10 octobre dernier, deux observations qui, indépendamment de leur intérêt propre, empruntent un intérêt particulier d'actualité à l'analogie qu'ils présentent avec les faits contenus dans cet article.

Voici ces deux faits, dont nous faisons suivre la relation, des réflexions très-judicieuses qu'elles ont suscitées à notre honorable confrère :

Peu de temps après l'inondation de 1840, S..., maçon, doué d'une bonne constitution, âgé d'environ trente-cinq ans, fut atteint d'une douleur rhumatismale intense au genou, laquelle s'accompagna de tuméfaction. Une forte application de sangsues fit disparaître cette douleur; mais immédiatement après, le malade se plaignit d'une violente douleur de tête, et le délire ne tarda pas à se joindre à la céphalalgie.

Le genou, sur lequel on avait appliqué les sangsues, était dans l'état le plus satisfaisant. Plus de douleur, plus de tuméfaction, en un mot, plus aucun signe de fluxion sur cette articulation.

Le docteur Deloulene, appelé en consultation, pensa, avec M. Cade, qu'il convenait de rappeler sur le genou le mouvement fluxionnaire, dont la disparition subite avait eu des suites aussi fâcheuses.

Ils employèrent, en conséquence, des sinapismes et un vésicatoire autour du genou. La fluxion rhumatismale reparut sur le genou avec une intensité telle, que le malade a conservé de la claudication.

La céphalalgie et le délire se dissipèrent aussitôt que le genou fut de nouveau tuméfié, et depuis cette époque le malade s'est toujours bien porté et n'a plus qu'un peu de claudication.

— Le sujet de la deuxième observation est un M. R..., contremaître d'une grande maison de commerce, sanguin, d'une forte constitution, et sujet à un rhumatisme pour lequel il devait aller cette année aux eaux minérales de Velleron (Vaucluse), où se sont effectuées plusieurs guérisons de douleurs rhumatismales, notamment cette année. Il en fut empêché par un surcroît d'occupations survenu pendant la saison des eaux.

Le 12 septembre 1857, M. R... fut atteint dans l'hypochondre droit d'une douleur intolérable, qui ne lui permettait pas de faire les moindres mouvements dans son lit. Une forte application de sangsues, *loco dolenti*, amena du calme et permit au malade de faire des mouvements.

Le 14 septembre, la langue étant chargée d'un sédiment très-épais, M. R... prit 20 grammes d'huile de ricin. Il vomit cette purgation, et les douleurs de l'hypochondre se réveillèrent. Ces douleurs s'irradiaient vers le thorax, et l'oreille appliquée sur les dernières côtes ne percevait aucun bruit respiratoire. C'était probablement parce que les muscles intercostaux, le diaphragme et les muscles abdominaux du côté droit étaient paralysés par la douleur. Cette douleur semblait céder à des liniments anodins, mais elle revenait par paroxysmes, dont l'opiniâtreté aurait fait craindre une inflammation de la plèvre ou du péritoine, si l'apyrexie et le défaut de douleur à la pression n'eussent dévoilé un peu de rhumatisme.

Enfin, après plusieurs alternatives de rémissions et de paroxysmes, le malade fut entièrement débarrassé de son rhumatisme le 25 septembre; mais peu après le gros orteil du pied droit fut atteint de douleur et de tuméfaction, que M. Cade prescrivit d'entretenir par des cataplasmes sinapisés.

Cette observation et la précédente démontrent, dit notre confrère, les effets singuliers que peut produire la diathèse rhumatismale, quand son action se porte sur des viscères importants ou dans le voisinage de ces viscères.

Quel praticien appelé auprès de S... au moment de la congestion cérébrale eût diagnostiqué que cette congestion et le délire étaient sous la dépendance du rhumatisme? Rien au contraire de plus facile que ce diagnostic avec la connaissance des antécédents, et de plus clair que l'indication de rappeler la fluxion au *pars mandans*.

Dans la deuxième observation, on voit les grandes proportions que peut prendre un rhumatisme négligé. L'efficacité des eaux minérales salines n'est pas contestée. Mais dans certaines stations thermales on remarque des accidents de nature à éloigner les malades, et ces accidents proviennent souvent, surtout dans nos contrées méridionales, de ce qu'on ne prend pas suffisamment en considération la constitution pléthorique du sujet et la nature excitante des eaux où on l'envoie.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Ad. Richard, suppléant.

Conjonctivite catarrhale diphthéritique.

Morel (Martial), âgé de trente-six ans, commis dans une maison de banque, cité Boufflers, n° 7, est entré à l'hôpital le 18 septembre dernier.

Cet homme, d'une constitution débile, souvent traité pour des rhumes prolongés, a eu il y a quinze ans la syphilis; des accidents primitifs seulement. Depuis huit jours il est atteint d'un coryza intense qui s'est compliqué depuis trois jours d'une stomatite et d'une double conjonctivite.

Le 19 septembre, on constate tous les signes d'une conjonctivite catarrhale au deuxième degré sur les deux yeux. Le malade accuse une sensation de picotement très-prononcé. Les vaisseaux de la conjonctive oculaire et palpébrale sont fortement injectés; la sclérotique présente une teinte rouge uniforme; la cornée est parfaitement saine; il n'y a pas de chémosis. La caroncule palpébrale est rouge et légèrement hypertrophiée. Dans le sac inférieur des larmes il y a un peu de pus. A la face interne des paupières supérieure et inférieure, principalement au fond des culs-de-sacs palpébraux, on aperçoit plusieurs tractus blanchâtres adhérents à la muqueuse, et qui, par leur aspect et leur consistance, offrent un caractère diphthéritique bien tranché. Par une légère traction, on les enlève avec des pinces, et on reconnaît alors des fausses membranes incomplétement organisées. Il n'y a pas de rougeur perceptible dans les narines.

Dans la cavité buccale, au contraire, la muqueuse est rouge et très-vivement injectée. Elle est en outre recouverte dans toute son étendue par une grande quantité de petites plaques blanchâtres qu'au premier abord on prendrait pour du muguet. Les plaques sont des fausses membranes en tout semblables à celles des paupières; elles sont extrêmement rapprochées les unes des autres, principalement à la face interne des lèvres et des joues et sur les gencives; la langue seule n'en présente aucune trace. La sensibilité est très-exagérée; la douleur au contact s'étend vers le pharynx. Il y a une dysphagie intense. Rien du côté du larynx; la voix est claire.

Comme symptômes généraux : léger mouvement fébrile; insomnie; céphalalgie depuis plusieurs jours.

Traitement. — Un purgatif; pour collyre, mucilage tannique gomme et tannin, 5 grammes; eau distillée, 15 grammes; deux fois par jour, instillation dans l'œil au moyen d'un pinceau de blaireau; julep gommeux avec 4 grammes de chlorate de potasse; deux potages.

Le 20, les yeux sont moins injectés; il n'y a plus sur les paupières de fausses membranes. Même état de la cavité buccale. — Même prescription.

Le 21, l'injection de la sclérotique a complétement disparu. Le malade n'accuse plus qu'une très-légère sensation de gravier. L'état de la cavité buccale s'est beaucoup amélioré; il n'y a plus de fausses membranes, la dysphagie a cessé. — Même traitement. Une portion d'aliments solides.

Le 22, les paupières seules sont encore légèrement injectées. Dans la cavité buccale, il ne persiste plus qu'une sensibilité un peu exagérée. — Même traitement. Deux portions.

Le 23, le malade sort aujourd'hui. Il ne souffre plus du tout des yeux ni de la bouche. Il continuera encore pendant quelques jours la potion avec le chlorate de potasse.

OBSERVATION DE RUPTURE DE LA MATRICE

au moment de l'accouchement,

suite d'oblitération presque complète du col,

Par M. Miguérèz, médecin de l'Etat civil, à Alger.

Ramona Marsal, native d'Ysatiba (Espagne), âgée de vingt-neuf ans, constitution débile, tempérament nervoso-sanguin, stature moyenne, bien conformée du reste, mariée à l'âge de vingt ans, accoucha au bout de quelques mois d'un fœtus mort, parvenu presque à terme. Une seconde grossesse se termina, au cinquième mois, par un avortement; une troisième, à sept mois, nous présenta un enfant mort-né; une quatrième parturition atteignit le terme : mais, au moment de l'accouchement, on eut affaire à une présentation par le bras. La sage-femme tenta la version : après de longs efforts, elle opéra l'extraction d'un fœtus qui ne donnait aucun signe de vie; les signes extérieurs démontraient que la mort datait de plusieurs jours. Malgré les labeurs de l'enfantement, la mère recouvra promptement la santé.

Vingt-deux mois plus tard, Ramona devint encore enceinte, et dans le courant de décembre 1845, elle éprouva les premiers symptômes de l'accouchement. La sage-femme chercha vainement à constater l'état du col. Les douleurs étant distancées, elle se retira, croyant pouvoir attendre : à son retour, les mêmes embarras l'engagèrent à me mander. Je crus d'abord pouvoir attribuer la difficulté à une obliquité de l'utérus, et je me mis en devoir de varier la position de la femme, dans l'espoir qu'un moment favorable me permettrait de réussir à mieux définir la situation.

Mais, ni le toucher par le doigt, ni l'introduction de la main, portée aussi haut que possible et promenée en tous sens, ne parvinrent à trouver le col, et l'idée se présenta à mon esprit qu'il pourrait bien être oblitéré.

Cependant, comme l'état de la malade, à part un peu d'agitation et des douleurs assez intenses, ne commandait pas une résolution extrême et instantanée, je résolus d'attendre et je proposai une consultation.

Le docteur Cabrol, appelé près de la malade, procéda d'abord par les moyens d'exploration qui m'avaient servi, puis nous décidâmes l'application du spéculum. L'instrument placé convenablement, une glace servit à diriger sur le fond du vagin les rayons lumineux réfléchis de manière à éclairer complétement les parties. Apparut alors devant nous une surface arrondie, lisse et polie, au centre de laquelle se dessinait à peine une légère dépression, de forme et de volume assez analogues à celles d'une cicatrice de bouton variolique : nous crûmes que cette dépression correspondait au col utérin.

Vers le côté droit de la matrice et à son tiers inférieur environ, les fibres de l'organe semblaient comme éraillées et amincies : là, seulement on sentait la fluctuation de la poche amniotique. La rupture de la matrice s'annonçait déjà sur ce point. Fallait-il la provoquer incontinent ou laisser agir la nature? Nous nous accordâmes sur cette dernière alternative. La femme, depuis quelques jours, ne sentait plus les mouvements de l'enfant, et d'ailleurs aucun accident ne semblait imminent.

Toute la journée, les douleurs continuèrent avec assez de régularité et sans aggravation sensible dans l'état des choses. A neuf heures du soir, en explorant de nouveau, je reconnus que la paroi droite de la matrice s'amincissait de plus en plus, et qu'à chaque contraction la *poche* y devenait plus saillante; la rupture ne pouvait plus tarder.

Appelé en effet vers deux heures du matin, je trouvai Ramona Marsal délivrée d'un enfant mort. La sage-femme me raconta qu'après une forte douleur le fœtus s'était présenté par les pieds et avait été expulsé en totalité, suivi de très-près par l'arrière-faix. L'examen du cadavre de l'enfant nous donna à penser que depuis plusieurs jours il avait cessé de vivre.

Je ne voulus pas m'éloigner de la malade sans m'être assuré du mécanisme de l'accouchement. J'introduisis donc la main gauche dans le vagin, je la dirigeai du côté droit du bassin, et je reconnus assez facilement l'emplacement du col : son ouverture était tellement obturée que je ne pus parvenir à y faire pénétrer le doigt. En promenant tout autour l'indicateur, je rencontrai un peu plus haut la solution de continuité opérée sur le tissu utérin. Cette place béante était située à quinze millimètres environ au-dessus du col. Je pinçai effectivement ce dernier entre l'index placé à l'intérieur et le pouce resté en dehors de la matrice. Cette seconde exploration me convainquit que le col était non-seulement oblitéré, mais très-épais (cinq millimètres environ).

Malgré tant de souffrances et les chances consécutives de métro-péritonite, l'accouchée se rétablit bien et même assez promptement; au bout de quelques jours elle prit un nourrisson qu'elle allaita parfaitement pendant quinze mois, et qui lui fut retiré alors, sur les indices assez manifestes d'une sixième grossesse.

Six mois après, Ramona Marsal ressentait les premières douleurs de l'enfantement. Une présentation du bras nécessita la version, et on retira cette fois encore un fœtus inanimé.

Au mois de septembre de la même année, j'eus l'occasion de revoir la mère, de la toucher et de l'examiner au spéculum. Le museau de tanche présentait à droite et en arrière, au point où je l'avais déjà observé précédemment, une rupture de la matrice, qui vraisemblablement avait livré passage au dernier enfant; cette fois seulement le col, endommagé par la déchirure, se confondait avec elle. Un écoulement fétide et sanguinolent suintait à travers l'orifice, qui était violemment injecté. Pendant plusieurs semaines après la délivrance, l'accouchée éprouva de vives douleurs dans la région lombaire et fut sujette à de petits accès de fièvre assez persistants. Elle jouit aujourd'hui d'une santé florissante. (*Gaz. méd. de l'Algérie.*)

ULCÈRE CONTAGIEUX DE MOZAMBIQUE,

Par M. le docteur Vinson.

Cette maladie, dont nos livres classiques ne font pas mention, est caractérisée par un ulcère d'étendue variable, mais disposé à s'agrandir et à acquérir des dimensions considérables, toujours situé aux membres inférieurs, éminemment contagieux, sécrétant une matière séro-sanieuse, fétide et abondante, qui pénètre en quelques heures les bandages les mieux faits. Cet ulcère débute par une petite plaie presque imperceptible, qui peu à peu devient une surface ordinairement ronde, quelquefois ovale, saignante ou blafarde, semée de granulations charnues, relevée sur ses bords par une sorte d'ourlet blanchâtre, déprimée au centre. Son aspect fongueux simule un vésicatoire ancien. Il est quelquefois assez profond pour entamer les plans musculaires.

Ce genre d'ulcère se montre surtout aux jambes. Il débute quelquefois entre les orteils, et s'étale ensuite sur le pied.

Un caractère tranché de la maladie est sa contagiosité. Dans les deux circonstances où l'auteur a eu occasion de la voir, elle avait été transmise une fois à des Indiens par une femme de Madagascar, et la seconde fois par deux Cafres à douze compatriotes avec lesquels ils avaient communiqué dans une île des Séchelles. « Il était évident, dit l'auteur (et cela n'échappa à personne), que la matière contagieuse était transportée et transmise par les mouches, qui abondaient dans l'établissement, où les retiennent les bœufs de charroi et les mules toujours en nombre dans les manufactures de sucre. Il devint facile de s'assurer que tous les Indiens *qui se blessaient aux jambes*, quelque légères que fussent leurs blessures, les voyaient rapidement se transformer en ulcères et multiplier ainsi les foyers de contagion. »

La guérison est rare, et l'on ne connaît pas de traitement dont l'efficacité à un degré quelconque soit bien démontrée.

La maladie est désignée dans le pays sous le nom de *pian*; mais elle diffère du pian véritable, et c'est pour cela que nous disions tout à l'heure qu'elle n'était pas décrite par les dermatologues. Voici comment l'auteur établit cette distinction :

« Dans sa forme élémentaire, le pian est une affection tuberculeuse qui se termine par suppuration. Dans l'ulcère contagieux, le point initial, lorsqu'il est donné de le saisir, est une simple élevure au centre de laquelle naît une excoriation légère. Cette petite plaie, insignifiante d'abord, acquiert en quelques jours une étendue considérable. Le premier début échappe souvent au sujet, qui rapporte à une blessure inaperçue l'origine de sa maladie. Quelquefois aussi c'est sur une plaie de cette nature, accidentelle et simple, que la matière contagieuse a été déposée. Dès ce moment la rapidité de l'extension de la plaie et ses caractères indiquent que c'est un ulcère de cette nature. En peu de temps en effet la plaie s'étend, et en trois jours elle a pris des dimensions remarquables.

» On note dans le pian une fièvre d'invasion (forme de fièvre éruptive); dans l'ulcère contagieux, la fièvre manque ou elle n'arrive que lorsque les tissus profonds viennent à être affectés; l'étendue des désordres donne lieu alors à des accidents consécutifs graves et inflammatoires, auxquels la fièvre se mêle nécessairement.

» Le pian apparaît sur le front, sur les bras, sur la poitrine, ainsi que l'indiquent les observations des auteurs. L'ulcère contagieux ne se montre communément qu'aux membres pelviens. J'ai cité un cas où il était apparu accidentellement à la région lombaire, mais le sujet était déjà infecté à la jambe de façon à réclamer l'amputation.

» Le pian présente plusieurs tubercules qui s'ulcèrent et parmi lesquels il existe une *ulcération dominante* qui prend le nom de *maman-pian*. L'ulcère contagieux du Mozambique est presque toujours unique ; quelquefois il en existe deux chez le même individu, mais ces cas se montrent pour un tiers au plus : il ne m'a pas été donné encore d'observer trois ulcères sur le même individu.

» Le vrai pian existe à l'île de la Réunion, importé de la côte d'Afrique ou de Madagascar ; mais je l'ai toujours trouvé conforme à la description des auteurs et différent de l'ulcère contagieux de Mozambique. »

(*Moniteur de l'île de la Réunion* et *Gazette hebdomadaire*.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 octobre 1857. — Présidence de M. Bouvier.

M. MARJOLIN soumet à l'examen de la Société un enfant de quatorze mois chez lequel, à la suite d'une chute d'un lieu élevé, faite il y a quelques jours, il est survenu au niveau de la région pariétale gauche une tumeur volumineuse, molle, fluctuante, et présentant des battements isochrones aux pulsations du pouls. Cette tumeur serait, d'après lui, formée par un épanchement sanguin très-probablement compliqué de fracture des os du crâne.

M. MOREL-LAVALLÉE. Cet enfant présente sur le côté du crâne une tumeur assez volumineuse, pulsatile, assez molle pour permettre au doigt d'arriver jusqu'à la surface de l'os. On trouve ainsi une lacune dans la boîte du crâne. Chez un adulte, une fracture serait évidente ; mais dans le jeune âge, il est extrêmement difficile de fracturer les os. Ils sont élastiques, et se plient en quelque sorte à la manière du cuir. Sans nier absolument ici cette lésion, il me semble plus probable que la communication de la tumeur avec le crâne a lieu par une fontanelle non encore ossifiée, ou par une suture encore incomplète. Mais il est évident pour moi que la tumeur reçoit des battements de l'impulsion du cerveau, de la circulation cérébrale.

Quant au traitement, je me bornerais aux résolutifs, et à une compression légère et prudente, et il est probable que la guérison ne se ferait pas attendre. Si la résolution ne se faisait pas, on pourrait évacuer la poche par une ponction sous-cutanée à l'aide d'un petit trocart.

M. DESORMEAUX. La cause des battements me paraît moins claire qu'à M. Morel ; à ce niveau, je ne vois ni suture ni fontanelles, et à travers celles-ci la communication des battements me paraît douteuse.

M. DEMARQUAY. Sans me prononcer sur la nature de la tumeur, je dois dire que les battements ne me paraissent pas douteux ; d'ailleurs les tumeurs sanguines avec battements artériels ne sont pas rares, et dans ces cas surtout, quand les tumeurs sont récentes. Il y a un an, j'ai été appelé près d'un enfant qui venait de faire une chute sur la tête ; une tumeur sanguine, grosse comme un gros œuf de poule, se manifesta dans la région temporo-frontale. Ce malade éprouvait de vives douleurs dans sa tumeur ; celle-ci était de plus le siége de battements artériels très-marqués. J'ai cru devoir, d'après les faits qui avaient été signalés à la Société de chirurgie, faire une ponction capillaire, et évacuer une certaine partie du sang. Mais au bout d'une demi-heure les douleurs devinrent intolérables ; je fis de nouveau une ponction avec un trocart explorateur ; j'évacuai plusieurs cuillerées de sang. Il y eut encore au bout de peu de temps tension nouvelle de la tumeur et douleurs violentes ; j'abandonnai les ponctions ; je fis une application de glace, que je continuai plusieurs jours. Je vis ainsi les douleurs disparaître, ainsi que les battements, et finalement mon malade guérit.

Ce fait prouve que la ponction avec un petit trocart appliquée aux tumeurs sanguines récentes, est loin d'être un bon moyen dans tous les cas.

M. CAZEAUX. Avant de discuter sur la valeur séméiologique des battements, il faudrait être sûr de leur existence. Ni moi ni M. Michon n'avons pu en découvrir. Je crois qu'il s'agit là d'un épanchement sanguin sous-péricrânien, comme le céphalœmatome, et surtout je pense qu'il faut s'abstenir de toute opération.

M. AD. RICHARD. Au crâne, comme en d'autres régions du corps, on a déjà signalé des épanchements sanguins accompagnés de battements artériels et se reproduisant dès qu'ils sont ponctionnés. J'en ai vu plusieurs de cette sorte, en particulier de la cuisse, occupant presque toute la profondeur du membre, et qui finit par une résolution complète au bout de six semaines à deux mois.

M. HUGUIER. Tout le monde paraît croire à une tumeur sanguine. La mollesse, les circonstances du développement ne m'éloigneraient pas de penser qu'il s'agit plutôt d'un abcès. En tout cas, une petite ponction pourrait être utile.

M. MOREL-LAVALLÉE. Pour moi, l'existence des battements est évidente, ainsi que la nature sanguine de la tumeur. Parvenu à la surface de l'os, j'ai cru sentir une ligne qui indique une communication intra-crânienne.

M. GIRALDÈS. Il pourrait sembler étrange de voir se prononcer des opinions aussi diverses. Heureusement il est permis de dire que nos collègues ne sont pas en mesure de se décider. Il faut du temps pour cela, et nous ne l'avons pas. Les battements sont incontestables ; mais pour en tirer la vraie conclusion, il faut un examen approfondi auquel se livrera notre collègue M. Marjolin.

M. FORGET. Un fait m'a frappé ; quand l'enfant crie, la tumeur se gonfle ; s'il reste tranquille, on arrive facilement sur les os, et on y trouve une déhiscence manifeste ; le doigt sent une ligne de fracture : M. Richet l'a sentie comme moi.

M. MOREL. L'opinion de M. Forget rentre dans la mienne. Mais peut-il y avoir fracture à cet âge des os du crâne ? Pour moi je n'en ai jamais pu produire artificiellement. En tout cas, s'il existe une fente, les fragments ne peuvent être séparés.

M. LARREY. Je croirais à un abcès sanguin, de ceux que mon père désignait sous le nom d'abcès traumatiques, et cela sans communication intra-crânienne.

M. GUERSANT. Il y a tous les symptômes d'un abcès sanguin, et je ne vois aucun inconvénient à une ponction.

M. JARJAVAY. J'ai vu un fait analogue à l'Hospice des enfants trouvés. L'enfant avait six mois ; la tumeur était sur la région pariétale, molle et fluctuante. Je fis une ponction. Au bout de deux jours nouvelle poche. Mort quatre jours après. Il y avait fracture du pariétal, épanchement entre les os et la dure-mère. Chez l'enfant de M. Marjolin, j'ai bien constaté que les cris gonflent la tumeur, et j'admets une communication intra-crânienne.

M. DEGUISE. Il existe un sillon creux sur les os, qui indique une solution de continuité du crâne. Pourquoi ferait-on une ponction ? Peut-elle modifier le traitement ? Non. Donc il faut s'en abstenir, car elle peut être dangereuse.

M. GIRALDÈS. Le fait de M. Jarjavay ferait penser qu'il existe ici une fracture. Mais une déhiscence comme celle dont nous a parlé M. Forget, cela est impossible. Les os du crâne d'un petit enfant ne peuvent se séparer. Pour le traitement, je pense qu'il faut attendre.

M. RICHET. Contrairement à ce que dit M. Giraldès, j'affirme que la séparation des os du crâne existe à la partie postérieure du vertex. La comparaison des deux côtés lève tous les doutes.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. VERNEUIL demande la parole à l'occasion du travail de M. Michaux, et examine d'une manière générale l'influence que la compression digitale a exercée dans ce dernier temps sur le traitement des anévrismes, et quels immenses services elle est appelée à rendre par la suite. Après avoir sommairement indiqué ce que l'important mémoire de M. Broca renferme sur cette question, il revient sur les deux faits communiqués à la Société de chirurgie par M. Vanzetti (de Padoue), et sur le second fait de M. Michaux, fait d'autant plus intéressant que la compression digitale, bien qu'employée dans des conditions défavorables, n'en a pas moins réussi.

M. Verneuil, après avoir insisté sur la simplicité du moyen et sur la promptitude du succès, a dit avec raison que, lors même que ces observations seraient les seules, elles suffiraient pour recommander vivement la compression digitale à l'attention des chirurgiens. Quelle objection faire, en effet, à un procédé qui guérit des anévrismes poplités en cinq heures, en quarante-huit heures, et un anévrisme considérable de l'artère fémorale en vingt-quatre heures ?

Après avoir insisté sur ces faits, M. Verneuil pense que si M. Broca en avait eu connaissance avant son travail, il eût parlé autrement de la compression digitale. Malgré les insuccès de ce dernier moyen, il sera toujours supérieur aux appareils mécaniques, et d'un usage plus facile et moins pénible pour les malades. Puis enfin, en ne prenant en considération que les chiffres seuls, on trouve un résultat qui plaide bien en faveur de la compression digitale ; en effet, sur dix-sept cas où elle a été employée, on ne compte que sept insuccès.

M. Verneuil, après avoir cité sommairement ces dix-sept observations et insisté sur leurs différences, termine son travail par cette conclusion.

Dans l'état présent de la question, on peut sans témérité énoncer les propositions suivantes :

1° La compression digitale indirecte, continue et même intermittente, exécutée par les mains habiles des aides ou par les malades, a pu à elle seule, et sans le concours antérieur ou ultérieur d'aucun autre moyen, guérir des anévrismes.

2° Associée avec le tourniquet et alternant avec lui, elle a produit également des cures rapides et d'une grande simplicité. En général ; le succès ne se fait pas attendre quand il doit couronner la tentative.

3° A elle seule, elle a guéri des anévrismes alors que la compression mécanique était impraticable ou avait dû être abandonnée ; bien mieux supportée, en effet, que cette dernière, la compression digitale peut être appliquée sur des points où la peau est déjà enflammée.

4° « Cette compression est la plus efficace et la moins douloureuse » de toutes ; elle permet de n'agir que sur l'artère, en respectant les » nerfs et les veines voisines, et en ménageant la peau. » (Broca, page 807.)

5° La compression digitale peut échouer ; mais, dans ce cas, elle modifie le plus souvent avec avantage l'état de l'anévrisme.

6° Il est permis de croire que, seule, elle aurait réussi plus souvent si elle avait été pratiquée avec plus de persévérance et de régularité que cela n'a eu lieu dans les cas précités.

7° Jamais, jusqu'à ce jour, un accident quelconque n'a pu être imputé à ce procédé.

8° Appliquée pour la première fois avec succès par Saviard, à la suite d'une opération d'anévrisme par la méthode ancienne, la compression digitale indirecte est donc essentiellement d'origine française ; on ne lui a pas, jusqu'à ce jour, donné toute l'extension et toute la généralisation dont, à notre avis, elle est susceptible.

M. BOINET. Je porte un anévrisme de l'artère coronaire labiale depuis 25 ans. Il date en effet de 1832, époque à laquelle j'eus cette partie fortement contuse par le recul d'un fusil de chasse. Il y a douze ans, j'étais presque décidé à me faire pratiquer une ligature. On m'en a dissuadé. Pour le faire diminuer, je le comprime avec le doigt, et au bout de deux ou trois heures, les battements et les douleurs cessent presque entièrement. Aujourd'hui, j'en suis à peine gêné, et la tumeur est fort petite.

M. GIRALDÈS. Les succès de la compression digitale sont bien naturels. Le doigt est pour ce but spécial l'instrument le plus parfait. Dans les revers de la compression, peut-être faut-il accuser quelquefois la nature de l'anévrisme, sujet encore obscur ; mais bien plus souvent la faute en est aux appareils. En effet, chaque malade exigerait un appareil à lui spécialement destiné, moulé sur la configuration du membre. J'ai déjà signalé cet écueil de la méthode compressive dans un travail inséré en 1835 dans le journal de M. Malgaigne, où je faisais connaître les travaux irlandais. Je crois donc que toutes les fois que le doigt pourra être employé, il faut y avoir recours.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. HUGUIER présente un hygroma hématique du volume d'une grosse orange, et qu'il a extirpé le 25 octobre sur une femme de quarante-quatre ans. Voici cette observation :

Hygroma hématique du volume d'une grosse orange : ablation le 25 octobre 1857. — Le 21 octobre 1857, est entrée à l'hôpital Beaujon (salle Sainte-Clotilde) la nommée Péronneau (Jeanne), cuisinière, âgée de quarante-quatre ans.

Cette femme se présente avec une tumeur considérable au-devant de la rotule ; cette tumeur, d'après son récit, a pris naissance il y a près de dix ans sans cause connue. La malade n'a pas conscience d'avoir reçu de coup sur le genou ni d'être tombée ; elle affirme également n'avoir éprouvé aucune gêne dans la marche, et n'avoir jamais été forcée de se mettre au lit. Seulement, quelque temps avant son entrée, elle commença à éprouver quelques élancements qui lui donnèrent des inquiétudes, et la décidèrent à venir réclamer l'ablation de cette tumeur, dont le volume égale celui d'une très-grosse orange.

Le 25, M. Huguier se décide à l'opération ; après avoir constaté que la tumeur est manifestement fluctuante, qu'elle est située au-devant de la rotule, et qu'elle n'a aucune connexion avec l'articulation du genou, il embrasse la tumeur par une incision elliptique, de façon à laisser de chaque côté des lambeaux suffisants pour permettre la réunion. Puis il dissèque chaque lambeau en soulevant la tumeur, et la détache de la face antérieure de la rotule. L'opération fut d'ailleurs des plus simples. Il n'y eut pas d'écoulement de sang ; réunion par une suture ; incisions latérales pour permettre à la peau de glisser et aux lambeaux de venir au contact. Pansement simple.

La tumeur incisée laissa écouler un liquide d'un brun rougeâtre dans lequel nageaient des détritus blanchâtres, qui sont, d'après toute évidence, des restes de fibrine dégénérée.

Le 26 et le 27, pas d'accidents. La suture paraît devoir réussir. Les épingles ne sont pas enlevées ; il y a peu d'inflammation.

Le secrétaire de la Société, Ad. Richard.

CORRESPONDANCE.

A M. le rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Mon cher confrère et ami,

Vous avez rapporté dans votre *Revue clinique hebdomadaire* de samedi 31 octobre dernier de longs extraits d'un travail de M. Oulmont sur les *oblitérations de la veine-cave supérieure ;* dans ce travail, je vois que la deuxième catégorie des faits cités par l'auteur comprend cinq faits de compression de la veine-cave par tumeurs cancéreuses du médiastin ou du poumon, et deux par ganglions tuberculeux du médiastin.

Je n'ai nullement dessein d'élever de réclamation de priorité. Permettez-moi seulement de vous rappeler qu'en 1847, dans les numéros du 20 et 27 novembre, chargé alors dans la *Gazette des Hôpitaux* de la rédaction de la *Revue clinique hebdomadaire*, j'ai consacré deux longs articles à l'histoire de ces lésions. J'ai rapporté à cette occasion neuf faits de compression de la veine-cave supérieure par des tumeurs cancéreuses ou tuberculeuses du médiastin, lesquelles avaient fini par déterminer l'oblitération de cette veine.

Une des circonstances curieuses de ces recherches de 1847, c'est qu'elles furent faites à l'occasion d'une tumeur découverte à l'Ecole pratique par M. le docteur Demarquay, tumeur que me fit voir ce confrère, alors prosecteur de la Faculté, et dont nous regrettions fort de ne pouvoir compléter l histoire, ne sachant dans quel hôpital avait succombé le sujet qui la portait. Or il semblerait résulter du travail dont la *Gazette des Hôpitaux* vient de publier le résumé, que cette tumeur de 1847 proviendrait du premier malade observé par M. Oulmont, malade dont l'affection a été méconnue de son vivant, puisque le corps a été apporté à l'Ecole pratique sans avoir été ouvert. Ce qui le prouverait, c'est la première phrase du deuxième alinéa de votre article : Frappé de la singularité des symptômes qu'il avait constatés il y a environ une dizaine d'années sur un sujet qu'il sut plus tard avoir présenté à l'autopsie une oblitération de la veine-cave supérieure, M. Oulmont, etc....

Si je vous adresse cette petite réclamation, et si je vous prie de rappeler les deux articles de novembre 1847, c'est simplement pour vous faire voir que le sujet a déjà été traité, et qu'il en a été déjà question dans ce même journal il y a aujourd'hui dix ans bien révolus.

Agréez, etc. A. Foucart.

Nous remercions notre collaborateur et ami, M. Foucart, d'avoir bien voulu nous rappeler des faits d'autant plus intéressants qu'ils confirment les observations que nous avons empruntées au travail de M. Oulmont, dont l'objet est moins d'exposer des faits nouveaux ou inconnus, que de constituer, avec des observations recueillies à diverses époques, l'histoire générale de l'oblitération de la veine-cave supérieure. (*Note du Rédacteur.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Scoutetten, médecin en chef de l'hôpital militaire de Metz, vient de recevoir de l'empereur de Russie la croix de l'ordre de Saint-Stanislas, de 2e classe, comme « un témoignage de bienveillance particulière d'Alexandre II, pour les soins que le docteur a accordés aux prisonniers russes pendant son séjour à Constantinople en qualité de chef des hôpitaux français. »

— Le *Boston medical Journal* annonce que la Société royale de Londres vient d'accorder à M. Brown-Séquard une somme de 100 livres sterling sur celle que la reine d'Angleterre met annuellement à la disposition de la Société pour récompenser les travaux les plus remarquables qui se sont produits dans l'année. C'est la seconde récompense que M. Brown-Séquard obtient de cette société savante.

— L'Association médicale américaine a tenu sa dixième séance annuelle sous la présidence du docteur Zina Pitcher (de Michigan).

— M. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, rue de Sèvres, commencera son cours sur les maladies chirurgicales des enfants le jeudi 12 novembre, et le continuera tous les jeudis.

A 8 heures, visite des malades ; de 9 heures à 10 heures, leçons et opérations.

Le Sous...

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 132. — MARDI 10 NOVEMBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 132. — MARDI 10 NOVEMBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 9 NOVEMBRE 1857.

DE LA STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS.

Le projet d'établissement d'une statistique des causes les plus communes de décès, avons-nous dit dès l'origine de la discussion que soutient en ce moment l'Académie de médecine, présente de nombreuses et sérieuses difficultés ; mais ces difficultés ne sont pas insurmontables, et l'utilité du but doit faire tendre tous les efforts à les surmonter. Le projet est difficile, mais il n'est pas impossible ; de plus il est utile, et l'on doit par conséquent désirer qu'il reçoive son exécution. Voilà en très-peu de mots et très-nettement énoncée l'opinion que nous avons conçue dès le principe sur cette question.

Après les débats qui ont eu lieu, soit sur l'ensemble des propositions de la commission, soit sur les premiers articles soumis à la délibération de l'Académie, après avoir étudié la question avec plus de maturité, et recueilli les impressions diverses produites par ce débat, comme les opinions formulées par les divers organes de la presse médicale, notre opinion est restée la même. Mais il ne suffit plus aujourd'hui de l'énoncer. Le moment est venu de la motiver et de la justifier au besoin aux yeux de ceux qui ne croiraient pas devoir la partager.

Déclarons tout d'abord que loin de nous être dissimulé les difficultés, nous avons des premiers accueilli les communications qui avaient pour objet de les mieux faire ressortir. Parmi les objections sans nombre qu'a suscitées déjà la discussion, s'il en est qui sont sans valeur et sans fondement réel, nous sommes loin de méconnaître ce que quelques-unes ont de très-vrai et de très-sérieux. Disons plus encore : si l'Académie a accumulé comme à plaisir les obstacles devant le projet de la commission, elle est loin encore d'avoir épuisé le chapitre des difficultés. De nouveaux documents que nous avons reçus de nos confrères des départements, bien mieux placés pour en juger que nous ne le sommes à Paris, nous en ont révélé de nouvelles auxquelles aucun membre de l'Académie n'avait songé, et qui ne sont peut-être pas les moins sérieuses, comme on en pourra juger plus tard.

Nous n'avons, comme on le voit, nulle envie de déguiser les nombreuses entraves que rencontrera l'exécution d'un semblable projet. Mais plus ces entraves sont considérables et nombreuses, plus il importe de se demander avant d'entreprendre l'exécution de ce projet, quel est le genre et le degré d'utilité qu'on en peut attendre. Les difficultés ne seraient rien ou que peu de chose, s'il s'agit d'un but dont la science et l'humanité puissent tôt ou tard retirer un notable avantage ; si cet intérêt était nul, à quoi bon s'engager dans les liens inextricables d'une discussion sans motif et dans les embarras sans nombre d'une expérience sans résultat? — Or la première et la plus grave de toutes les objections qui aient été faites au projet de la commission, c'est de ne conduire, en pratique à aucun résultat utile, c'est en un mot d'être sans objet.

Le premier devoir de ceux qui appuient le projet et poussent à l'expérience, est donc de combattre cette objection capitale, c'est-à-dire de chercher à établir l'utilité de la mesure. Cette utilité établie, autant qu'elle puisse l'être pour une chose à venir, il nous restera à examiner la question des difficultés d'exécution, ce qui ne sera pas la moindre partie de notre tâche. Ce premier point sera plus que suffisant pour le moment, si nous parvenons à le faire admettre.

Sur quoi s'est-on fondé pour proclamer *à priori* l'inutilité d'un relevé statistique des causes de décès, ou du moins la stérilité des résultats qu'elle devrait donner.

Il faut le dire tout de suite, sur un malentendu ; sur ce qu'on a donné à la mesure projetée un but et une portée tout autres que le but et la portée qu'elle doit avoir en réalité. On a supposé qu'on demandait aux médecins de formuler un diagnostic *scientifique* des affections auxquelles ont succombé les malades confiés à leurs soins, c'est-à dire un diagnostic précis, rigoureux, complet, embrassant à la fois toutes les données relatives à l'étiologie de l'affection, à sa nature, à sa marche, à ses lésions fonctionnelles ou organiques caractéristiques et à ses caractères différentiels ; en un mot, un diagnostic tel qu'on pût considérer chaque bulletin comme un élément devant servir à constituer une classification nosologique une et uniforme, une dans ses principes et uniforme par sa nomenclature. Un pareil but serait assurément des plus désirables et des plus dignes d'encouragement; mais, outre que la statistique n'aurait guère que faire ici, l'infinie variété des cas morbides ainsi considérés, constituant presque autant d'unités distinctes, peu susceptibles d'être alignées en colonne et soumises à l'inflexible rigidité du calcul, si c'était là ce qu'on dût exiger de tous les médecins, nous n'aurions pas été des derniers à déclarer le projet impossible, irréalisable.

Nous ne croirions pas faire injure au corps médical, en déclarant que, dans un certain nombre de cas, il serait impossible, même aux praticiens les plus instruits, de formuler un pareil diagnostic. Mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit, et nous leur ferions injure réellement si nous ne jugions pas l'immense majorité de nos confrères parfaitement en état de répondre à ce qu'on attend d'eux.

De quoi s'agit-il, en effet? Le voici, du moins comme nous l'avons compris, et comme cela ressort manifestement et des questions du ministre et du projet de réponse de la commission. Il ne s'agit pas de dire, avec la précision d'un compétiteur à un concours du Bureau central ou d'un chef de clinique préparant une pièce pour le musée d'anatomie pathologique, à quel genre d'accident, par quel trouble fonctionnel spécialement a succombé un malade, quelles lésions l'autopsie a révélées et quels étaient les rapports de ces lésions avec les symptômes observés pendant la vie. On ne demandera pas au médecin qui a soigné un malade atteint de fièvre typhoïde, s'il a succombé à une perforation ou à une hémorrhagie intestinale, ou bien à l'épuisement nerveux; on ne demandera pas à celui qui a soigné un phthisique s'il a succombé aux conséquences d'une fistule pulmonaire ou à l'accumulation de l'écume bronchique, ou bien à la diarrhée et aux sueurs colliquatives; on ne demandera pas à celui qui aura vu succomber un malade à une hernie étranglée, si l'étranglement avait lieu par le collet du sac ou par l'anneau; à celui qui aura constaté chez son malade tous les signes d'une lésion organique de l'estomac, s'il a su distinguer l'ulcère simple de l'ulcère cancéreux, le squirrhe de la tumeur fibro-plastique et de l'hypertrophie musculaire ; à celui qui aura reconnu les symptômes de l'apoplexie cérébrale, si cette apoplexie a été le résultat d'une hémorrhagie des corps striés ou de la protubérance annulaire; on ne demandera pas au médecin qui aura été appelé auprès d'un malade qui succombe avec les symptômes d'un obstacle à la circulation veineuse supérieure, de déclarer s'il a eu le soin de distinguer les signes de l'oblitération de la veine-cave supérieure d'avec ceux de l'anévrisme artérioso-veineux de

---

SOUVENIRS D'UN VOYAGE EN CHINE (1).

N'avoir vu que Macao, ce n'est connaître ni la Chine ni les Chinois; laissons nous donc conduire à Canton, la ville la plus riche, la plus populeuse, la plus indépendante du Céleste-Empire, et qui, au point de vue commercial, présente bien plus d'importance que Pékin, la capitale. Deux fleuves, remarquables par leur étendue et leur profondeur, et qui rappellent un peu les Amazones et le Mississipi, traversent la Chine dans toute sa longueur, et apportent à ce vaste empire un luxe de végétation et une facilité de communications qui feraient de ce pays un des plus riches et des plus heureux du globe, si le Chinois voulait tirer parti de ce que la nature a fait pour lui. Ces deux fleuves prennent naissance dans les hautes montagnes du Thibet, envoient de tous côtés de vastes ramifications, et viennent se jeter dans la mer à une assez grande distance l'un de l'autre. C'est sur l'un d'eux, nommé par les Chinois le *fleuve aux perles*, que se trouve bâtie la ville de Canton, à une petite distance de son embouchure. Large et profond, les plus gros navires peuvent le remonter à une assez grande hauteur, en profitant toutefois d'un bon vent, qui permet de lutter contre le courant rapide qui se dirige vers la mer. Depuis son embouchure, que les Portugais ont appelée *Boca-Tigris*, jusqu'à Canton, il est garni de forts présentant aux regards de nombreuses ouvertures qui rendraient impossible l'accès de ses rives, si les canons qui les défendent étaient confiés à la garde de soldats plus expérimentés et plus braves que ne le sont les Chinois. Mais il suffit aux Européens de montrer un peu d'audace et de déployer quelques forces pour faire taire toute cette artillerie de parade et mettre en fuite ses défenseurs effrayés. C'est ici surtout que nous allons trouver le Chinois s'abandonnant à sa passion pour le vol et à tous ses mauvais penchants. Dans toutes ces îles que nous trouvons situées en face et à l'embouchure de la rivière qui nous conduit à Canton, on peut voir circuler de nombreuses jonques chargées d'équipage; ce sont là des pirates, *ladrones*, comme les appellent les Portugais, qui se cachent au milieu de ces îles hérissées d'écueils et d'un abord trop dangereux pour que les navires de guerre puissent les y poursuivre avec succès; là, ils attendent une occasion favorable pour surprendre soit un navire de commerce qui remonte vers Canton avec un riche chargement, soit une jonque qui leur a été signalée sans défense et renfermant une somme d'argent importante; alors ils tuent impitoyablement tous ceux qui leur résistent; ils volent tout ce qu'il leur est possible d'emporter, demandant ainsi à la ruse et à leur adresse ce qu'ils ne peuvent attendre de leur courage, car ils n'attaquent jamais que les équipages sans défense, et quand ils sont cinquante contre dix. Quant à nous, qui n'avions rien à craindre de ces redoutables forbans, nous pûmes remonter sans peine jusqu'à Wampoa, petit village à dix milles de Canton, et où s'arrêtent ordinairement les grands navires de guerre. Là, nous avons passé deux longs mois à l'ancre, nouillés au milieu des riches rizières qui bordent les deux rives du fleuve. Ce n'est pas sans étonnement que l'on se voit au milieu de ces vastes champs de riz, qui, quand la mer est basse, présentent aux regards leur mouvante verdure, sur laquelle l'œil se repose avec joie, et qui quelques heures plus tard disparaissent sous la nappe d'eau jaune et un peu bourbeuse de la rivière accrue par la marée montante. Nous laisserons pour quelques jours notre frégate mouillée à Wampoa, où il n'y a rien de curieux à voir, et nous nous embarquerons dans une jonque chinoise qui nous fera remonter jusqu'à Canton. Cette courte traversée de quelques heures est loin d'être dépourvue d'attraits, car à toute minute un spectacle nouveau se présente à nos regards et appelle notre attention. Ce sont des tours, des pagodes en porcelaine, avec leurs mille clochetons, qui se dessinent au milieu des arbres, des jonques de toutes formes, de toutes couleurs, avec leurs grands yeux de poisson dessinés sur leur avant, qui se croisent en tous sens, sans jamais s'aborder, sur ce beau fleuve qui à certaines heures de la journée ressemble à la rue la plus animée de nos grandes villes d'Europe.

Avant d'accoster la rive sur laquelle est bâtie Canton, il nous faut passer à travers une longue file de bateaux réunis les uns aux autres et formant une véritable *ville flottante*, où toute une population naît, vit et meurt, n'allant jamais à terre que pour y chercher ce qui est indispensable à la vie matérielle. Chaque famille a son logement mobile, petite barque de 3 à 4 mètres de long sur 2 de large au plus, et à laquelle on donne le nom de *tan-kia*, qui veut dire *maison ovaire*, à cause de la ressemblance de cette embarcation avec la moitié d'un œuf auquel on aurait pratiqué une section longitudinale; toutes ces tan-kia sont retenues au rivage par un pieu piqué en terre, et reliées entre elles par des planches qui servent de ponts de communication. Une tente en bambou ou en natte tressée constitue la toiture de cette pauvre maison et abrite incomplétement la famille qui l'habite; hommes, femmes et enfants vivent là dans le plus parfait communisme sous l'œil de leur dieu, affreux petit magot logé dans une niche plus ou moins pauvrement décorée, et devant lequel ils font brûler des parfums. De distance en distance, l'œil est attiré par des jonques plus grandes, plus richement décorées à l'extérieur, portant à leurs mâts des banderolles, des lanternes de toutes couleurs : ce sont des *bateaux-fleurs*, tristes lieux de débauche que les Chinois auxquels les jouissances de la terre ferme sont refusées, choisissent de loin en loin pour venir secouer leur misère, fumer de mauvais opium, ou boire du sam-chou, et s'abandonner enfin à toutes les orgies que l'ivresse entraine à sa suite.

(1) Suite. Voir le numéro du 17 octobre.

l'aorte, etc. Il s'agit moins encore de remonter à une étiologie, dont la détermination est souvent impossible et pour laquelle il faudrait, comme le dit un de nos correspondants dans une lettre que nous avons sous les yeux, « soulever les suaires, se pencher sur les corps inanimés, et demander aux agitations de leur vie à peine éteinte le secret de leur mort. » Ce serait là une statistique morale plus impossible encore que la statistique médicale.

Ce qu'on lui demandera, c'est de déclarer si le malade est mort d'une fièvre typhoïde, et pour être plus large encore, nous voudrions qu'on supprimât même cette dénomination trop sujette à contestation, et qu'on lui substituât celle de fièvre continue grave; s'il est mort d'une phthisie, s'il a succombé à une hernie étranglée, aux suites d'une apoplexie, d'une lésion organique de l'estomac, d'une lésion des centres circulatoires; s'il est mort d'une variole ou de toute autre fièvre éruptive, etc., etc. Or, nous le demandons, quels sont les médecins qui ne seraient pas en état de faire ces diagnostics? Et c'est là uniquement ce qu'on leur demande. Ce qu'il faut établir maintenant, c'est l'utilité que pourront avoir les renseignements de ce genre. C'est ce que nous tâcherons de démontrer dans un article suivant. — Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. BOUVIER.

Courbures latérales du rachis.

On réunit sous le nom de *scoliose* toutes les courbures latérales du rachis, que leur convexité soit tournée à droite ou à gauche.

Je n'en excepterai que les courbures de la région cervicale avec rotation de la tête et de l'atlas sur la deuxième vertèbre du cou; elles constituent une affection distincte, le *torticolis*.

Je décrirai séparément la scoliose par flexion et la scoliose par déformation, qui diffèrent plus l'une de l'autre que les formes correspondantes de la cyphose. Ces deux espèces sont, à la vérité, très-souvent réunies; mais il nous sera facile de tenir compte de cette circonstance, tout en les étudiant chacune en particulier.

Scoliose par flexion. — La courbure latérale par flexion mérite à peine le nom de *scoliose*, qu'il faudrait peut-être réserver pour la courbure permanente qui se lie à l'état anatomique du rachis.

Cette fausse scoliose n'est en effet qu'une simple attitude semblable à celles qui se produisent dans les mouvements ordinaires du tronc; elle ne tend même pas d'une manière absolue à devenir une scoliose vraie, quoiqu'elle favorise le développement de la courbure par déformation.

Une connaissance exacte des attitudes physiologiques de la colonne vertébrale, produites par ses inflexions latérales, est nécessaire pour l'intelligence de cet ordre de faits.

Flexions latérales physiologiques. — Les inclinaisons latérales du rachis diffèrent suivant que l'on est assis, debout ou couché; suivant que le tronc n'a pour support, dans la situation droite, que sa base de sustentation inférieure, ou qu'il est, en outre, soutenu par des appuis latéraux; suivant que la base de sustentation est horizontale ou inclinée, unique ou composée de plusieurs plans, suivant les positions diverses, le repos ou l'action des membres supérieurs, etc.

Les attitudes du tronc qui résultent de ces inflexions latérales de l'épine sont, les unes régulières, habituelles, les autres anomales, accidentelles; je ne m'arrêterai qu'aux principales.

A. La plus simple consiste dans la flexion latérale de la partie supérieure du tronc, à droite ou à gauche, toutes les vertèbres étant inclinées dans le même sens. Le rachis décrit un arc très-oblique, à courbure un peu inégale. La région cervicale s'infléchit le plus, puis vient la région lombaire ou plutôt dorso-lombaire; car, suivant la remarque de plusieurs anatomistes, confirmée par les recherches de M. Weber, les dernières dorsales et les premières lombaires sont plus mobiles que les autres vertèbres; mais d'après ces mêmes recherches, la flexion latérale des dernières lombaires sur elles-mêmes et sur le sacrum est pour le moins aussi prononcée que celle de la région dorso-lombaire, de sorte qu'il y a comme deux angles dans la partie inférieure de la courbe, angles très-peu marqués à la vérité, l'un dorso-lombaire et l'autre lombo-sacré. On comprend d'ailleurs que, suivant la volonté du sujet ou d'autres circonstances, la flexion peut être plus prononcée au cou ou aux lombes,

On remarquera que, dans ce mouvement du rachis, les vertèbres s'inclinent directement sur le côté, sans tourner le moins du monde autour de leur axe. Les courbes antérieure et postérieure sont exactement parallèles; la courbure a la même étendue et la même forme, que l'on considère le rachis du côté des corps vertébraux ou du côté des apophyses épineuses. C'est une erreur de Pravaz d'avoir cru *à priori* à une torsion du rachis dans ce cas, d'après la direction des apophyses articulaires. La torsion physiologique de la colonne vertébrale est un mouvement tout à fait distinct de sa flexion latérale.

Dans cette attitude du tronc, la tête, le cou, l'une des épaules, un côté du thorax s'abaissent et se rapprochent du côté correspondant du bassin. L'autre épaule, la moitié opposée du thorax s'élèvent et s'éloignent, au contraire, de l'os iliaque. D'un côté, le flanc rentre et s'efface, les espaces intercostaux diminuent, l'abdomen et le thorax perdent de leur capacité, les mouvements respiratoires deviennent plus bornés, les viscères thoraciques et abdominaux sont comprimés. Du côté opposé, le flanc s'étend, les côtes s'écartent, le diamètre des cavités s'accroît, les viscères se dilatent, la mensuration fait reconnaître une plus grande circonférence du demi-thorax dans ce second sens que dans le premier. Un des côtés du dos est un peu plus bombé que l'autre; les muscles des gouttières vertébrales sont soulevés, tendus d'un côté, ramassés et effacés de l'autre; les téguments forment un ou plusieurs plis au-dessus de la hanche du côté où penche le tronc.

Si le bassin reste horizontal d'un côté à l'autre, le haut du corps s'éloigne considérablement de son aplomb. Si le bassin se relève d'un côté et concourt ainsi à la flexion du rachis, l'arc est moins incliné, à égalité de courbure, et l'équilibre est moins compromis. L'arc peut même devenir tout à fait vertical lorsque le bassin est très-oblique.

La flexion latérale de la partie supérieure du tronc est une attitude anomale dans la station, à moins que le membre supérieur abaissé ne trouve un appui; elle est moins rare dans l'attitude assise avec supports latéraux; mais elle est surtout très-régulière et habituelle dans la position horizontale, quand le corps, par exemple, est soulevé à demi sur un coude, attitude familière aux anciens dans leurs repas et dans d'autres circonstances. Vous en observerez tous les détails sur plusieurs figures représentées couchées dans nos musées et nos jardins publics.

B. Il peut arriver, même sans que le bassin s'incline, que l'arc décrit par les vertèbres soit droit, que sa corde soit perpendiculaire au sacrum. Il suffit pour cela que la cinquième lombaire seule, ou en même temps la quatrième, se meuvent latéralement et s'inclinent sur le bassin en sens contraire de la flexion des autres vertèbres. Cette flexion est moins prononcée que dans l'attitude précédente; elle ne fait que ramener l'extrémité supérieure de la courbe à la ligne médiane. Les enfants, les femmes encore jeunes prennent aisément cette pose; les hommes adultes ne la produisent guère qu'en étendant à toutes les lombaires le mouvement d'inclinaison des dernières vertèbres de cette classe sur le sacrum. C'est une attitude anomale dans l'état physiologique; mais elle joue un rôle important dans l'état pathologique.

C. Ajoutez à une légère flexion latérale, en C vertical, un petit mouvement du bassin qui la rend plus facile, vous aurez une attitude des plus communes, que chacun de nous prend sans cesse dans la station: c'est le *hancher*, comme disent les peintres. Toutes les fois qu'on reste quelque temps debout, immobile, on ne tarde pas à ressentir de la fatigue aux lombes, et, pour se soulager, on fait porter le poids du corps alternativement sur chacun des membres inférieurs; l'autre membre est alors légèrement fléchi et porté un peu en avant; le bassin, abaissé du côté de ce membre, incline dans le même sens l'extrémité inférieure du rachis. Le mouvement qui se produit pour ramener les vertèbres sur la ligne médiane donne lieu à une courbure verticale, formée surtout par les vertèbres inférieures. L'équilibre est assuré par cette pose, dont le nom vient de la saillie de la hanche du côté où le tronc s'infléchit, c'est-à-dire du côté du membre qui soutient le corps. Elle a, en outre, pour effet de déprimer le flanc correspondant et d'élever l'épaule opposée. Le soulagement qu'elle fait éprouver résulte de ce que l'action de la pesanteur est principalement contre-balancée par les muscles d'un seul côté, ce qui repose ceux de l'autre côté, et aussi de ce que cette action est en partie supportée par la résistance des tissus fibreux.

D. Si l'on se hanche fortement, et si en même temps on penche la tête du côté de la hanche qui s'abaisse, on pourra faire décrire au rachis deux courbures opposées mais inégales, la supérieure cervico-dorsale étant toujours moins marquée que la dorso-lombaire. C'est là une attitude anomale.

Shaw et Pravaz se sont mépris en admettant cette disposition du rachis dans l'attitude habituelle du hancher. Il vous sera facile de constater, sur le vivant comme sur le cadavre, et dans toutes les œuvres d'art qui offrent cette pose, qu'il ne se forme généralement alors qu'une seule courbure.

E. Cette courbure en S, qui ne se montre qu'accidentellement dans l'action de se hancher, caractérise une autre attitude, anomale aussi, il est vrai, mais intéressante pour la pathologie. On la produit en inclinant les lombes sur une hanche, le bassin étant droit comme dans la flexion latérale simple du tronc, et en ramenant en sens inverse le haut du corps vers la ligne médiane; ou bien en courbant d'abord le haut du corps et en redressant, par un mouvement inverse des lombes, la courbure oblique qui a été ainsi formée. C'est cette attitude que l'on obtient le plus souvent chez l'homme adulte, au lieu de la courbure simple, verticale, dont j'ai parlé tout à l'heure, sans doute à cause de la souplesse moindre des ligaments des dernières lombaires et de l'articulation lombo-sacrée. Il est facile, chez les jeunes sujets, de faire prédominer à volonté la courbure inférieure ou la supérieure, et de rapprocher ainsi la courbure en S de la courbure simple.

En raison de la différence de mobilité des trois régions, c'est surtout, comme Shaw en a déjà fait la remarque, vers le cou et les lombes que ces deux courbes opposées se produisent.

La forme du tronc tient à la fois dans ce cas des courbures droite et gauche qui constituent cette double flexion. C'est l'épaule correspondante à la concavité dorsale qui devient la plus basse; son abaissement est même nécessaire pour que le sujet puisse prendre cette attitude. Les deux flancs présentent chacun une petite dépression, mais à des hauteurs inégales. La hanche la plus saillante est

---

Le vice du jeu est très-développé dans cette partie de la population, et le gouvernement de l'Empereur paraît professer un tel mépris pour les Chinois de la basse classe, qu'il semble que les lois sévères auxquelles sont soumis les mandarins, les fonctionnaires et les gens de la classe élevée n'aient pas été faites également pour ceux qui sont condamnés à vivre constamment sur les bords du fleuve, sans jamais avoir le droit de venir réclamer une place sur le territoire de l'empire. Aussi ils profitent de cette liberté pour se livrer à leur passion pour les jeux de dés, de cartes; quelques-uns prennent plaisir à faire battre des cailles et des espèces de grillons. Inutile de dire que ce n'est pas sans de grands dangers que des Européens pénétreraient dans ces *bateaux-fleurs*, le soir quand le Chinois s'y abandonne à ses orgies; le jour il est permis de les visiter sans crainte, mais la nuit on pourrait payer cher son imprudence.

Canton est une grande ville à laquelle on donne trois lieues de circonférence et une population d'un million d'habitants; c'est l'endroit que choisissent de préférence tous les bandits, tous les vagabonds de l'Empire, qui, grâce à une absence complète de police active, cherchent à voler les étrangers que le commerce y attire. C'est donc une lutte et une surveillance continuelles qui attendent l'étranger décidé à venir habiter Canton; c'est au riche à se défendre lui-même et au volé à punir le voleur comme il l'entend, quand il est assez adroit pour le surprendre; celui qui tue un malfaiteur qui cherchait à pénétrer dans sa maison commet un *homicide excusable;* on comprend comment avec un principe semblable il est facile de se faire justice soi-même.

Canton est divisée en deux parties: la *ville chinoise* proprement dite, entourée d'une muraille qu'il n'est donné à aucun Européen de franchir, et que nos missionnaires seuls ont le privilége de connaître, grâce à leur déguisement; et les *faubourgs* habités par les marchands chinois et les négociants étrangers. C'est donc d'une très-grande distance seulement qu'il nous a été permis de voir cette ville tant vantée, et de notre observatoire nous n'avons pu distinguer que quelques temples, quelques pagodes, qui ne nous apprennent rien sur ce qui se passe au milieu de cette population qui fait tout au monde pour rester ignorée. Je sais seulement que les maisons y sont basses, toutes à un seul étage, comme dans tout l'Empire chinois, quelques-unes ne recevant le jour que par une ouverture pratiquée au toit, n'ayant pour ornement qu'une niche destinée aux dieux, et sur les murailles des inscriptions plus ou moins sentencieuses en caractères chinois. Les rues sont longues, sinueuses, étroites, laissant à peine passer trois ou quatre personnes de front. Mais en dehors de Canton est une seconde ville bien plus importante, bien plus riche, et où s'opère un immense commerce auquel prennent part toutes les nations du monde. C'est là que l'on trouve les plus beaux magasins de soieries, de laines, d'objets en porcelaine et en ivoire, de thé, et de tous les produits recherchés que l'Europe et l'Amérique viennent demander au Céleste Empire; toutes les maisons sont converties en boutiques occupées par d'adroits marchands, qui ne sont que les représentants de riches mandarins, ou les instruments d'un gouvernement trop adroit pour entrer en relation avec des étrangers qu'il ne veut pas admettre auprès de lui soit par crainte, soit par orgueil.

Les négociants qui sont amenés à Canton par le commerce habitent *les Factoreries*, beau quartier tout à fait en dehors de la partie de la ville occupée par les Chinois. En Chine, il n'y a pas d'horloge publique; au bout des principales rues, un homme est chargé de frapper sur un *gong*, sorte d'instrument en cuivre très-sonore, un certain nombre de coups pour indiquer l'heure; mais comment s'y prend-il pour régler la marche du temps? Il consulte tout simplement ses caprices, et chacun doit se fier à son bon vouloir. Cependant tous les Chinois recherchent avidement nos montres, qu'ils choisissent toujours aussi grandes que possible et qu'ils portent dans une petite poche, ayant le soin de les exposer le plus qu'ils peuvent aux regards des passants. Ce n'est pas toujours impunément que notre curiosité d'étrangers cherche à pénétrer dans les secrets de la vie des Chinois. Dans une promenade que nous fîmes un jour pour visiter des ateliers où l'on travaillait la laque et la porcelaine, nous fûmes attaqués par trois cents Chinois au moins; nous crûmes prudent de ne pas faire tête à l'orage, attendu que nous étions à peine un contre vingt, et nous nous réfugiâmes chez un mandarin connu qui voulut bien nous accueillir. Cette détermination de notre part était d'autant plus naturelle que, devant l'émeute qui grossissait, toutes les portes se fermaient au plus vite; car les marchands chinois, habitués à cette manœuvre, savaient bien que nous, étrangers, nous n'étions que le prétexte, l'occasion que d'adroits voleurs attendent toujours pour piller les magasins au moment d'une lutte improvisée à propos. Sur une plainte de notre consul portée à Ki-in, le vice-roi de Canton, pour l'insulte que nous avions reçue, il nous fut répondu que justice nous serait rendue. En effet, nous apprîmes, peu de jours après, que quelques malheureux Chinois, pris au hasard dans les prisons de Canton, où l'on en garde toujours quelques-uns en réserve pour les livrer à la justice des étrangers, et qui bien certainement n'étaient pas nos agresseurs, avaient été sévèrement punis. Un des châtiments les plus employés en Chine est le *kia* ou cangue, que l'on appelle aussi le collier de bois. Ce supplice consiste à enfermer le cou et les mains du coupable dans une vaste planche carrée, plus ou moins pesante, que le patient est condamné à porter nuit et jour sur ses épaules pendant un temps quelquefois très-long; il reste ainsi exposé aux regards et à la risée des passants, portant écrit sur un coin de son pénible carcan la faute pour laquelle il subit son supplice.

Nous ne pouvons nous dispenser de parler de ces petits enfants que leurs mères ont, dit-on, la honteuse barbarie d'abandonner sur la voie publique, de vendre à des étrangers, ou d'exposer sur les rives des fleuves et des rivières d'où le flot doit les emporter à la mer, ou les engloutir, quand un cœur plus humain ou guidé par la charité chrétienne ne vient pas les enlever à la mort. L'infanticide pour les enfants du sexe féminin se voit quelquefois, en effet, dans les grandes villes,

celle qui répond à la concavité dorsale, par conséquent à la convexité lombaire. C'est le contraire quand la courbure en S accompagne le hancher.

FLEXION LATÉRALE PATHOLOGIQUE. — Les développements dans lesquels je viens d'entrer sur les attitudes physiologiques produites par les flexions latérales du rachis me permettent d'être bref en ce qui touchent les attitudes pathologiques de la scoliose *fausse*. Ces dernières sont en effet identiques aux premières; elles n'en diffèrent qu'en ce qu'elles constituent un fait anormal indépendant de la volonté du sujet.

Nous retrouvons ici à peu près les mêmes distinctions que pour la cyphose et la lordose. Ainsi je diviserai la flexion latérale pathologique du rachis en flexion spontanée ou essentielle et en flexion symptomatique.

A. La flexion latérale spontanée est ordinairement un simple résultat de l'habitude. C'est ce que des auteurs étrangers ont nommé *scoliosis habitualis*, bien qu'ils aient eu le tort d'y rapporter des faits appartenant à la véritable scoliose.

Une foule de circonstances, en provoquant la répétition fréquente des mêmes attitudes, finissent par les rendre habituelles. Je citerai l'habitude de pencher la tête en regardant de côté, qui détermine à la longue une inclinaison permanente du cou; l'élévation répétée ou prolongée d'une épaule, suivie de flexion latérale habituelle de la région dorsale; le port de fardeaux d'un même bras, produisant l'inclinaison du corps du côté opposé pour rétablir l'équilibre, par exemple chez les jeunes filles qui portent des enfants; l'action de se hancher debout ou assis, trop souvent répétée chez les enfants par fatigue, faiblesse ou nonchalance, et par suite la dépression habituelle d'un des flancs, la saillie de la hanche due à une flexion lombaire devenue presque constante.

Werner, médecin orthopédiste d'Allemagne, trop tôt ravi à la science, affirme qu'une jeune fille de dix-huit ans, à force de se tenir hanchée, parce que cette pose plaisait à son fiancé, contracta une scoliose habituelle des lombes.

On comprend qu'un défaut de symétrie, une inégalité de force des deux côtés du corps, des membres ou des organes des sens, puisse donner lieu à ces inflexions latérales habituelles, qui reconnaissent presque toujours une cause interne ou externe et sont moins souvent qu'on ne le croit l'effet d'un tic purement volontaire.

Le caractère commun de ces flexions latérales est de céder instantanément à de légers efforts du sujet ou d'une personne étrangère, sans laisser de conformation anormale, de disparaître même par un simple changement de position du corps. Si elles se reproduisent incessamment, c'est parce que le système nerveux tend à coordonner instinctivement l'action musculaire suivant l'habitude qu'il a contractée.

Rompre cette habitude, tel doit être l'effet des moyens à employer. Ces moyens sont du même ordre que ceux que l'on oppose aux flexions antéro postérieures. Ils consistent à faire cesser d'abord les actes qui ont provoqué et qui entretiennent l'habitude prise; à substituer à celle-ci une habitude contraire par des mouvements et des attitudes opposés; à se servir au besoin de bandages pour vaincre une nature récalcitrante ou pour soutenir un corps débile jusqu'à ce que le retour des forces les rende superflus.

Tout ce que j'ai déjà dit des exercices gymnastiques et des corsets trouve ici son application; la direction à imprimer au rachis est la seule chose qui diffère : il faut reporter sur les côtés les influences qui agissaient dans le sens antéro-postérieur. Les membres supérieurs, entraînant l'épine latéralement dans leurs mouvements de totalité, fournissent d'excellents moyens de modifier sa direction à volonté, de changer la hauteur comparative des épaules, etc. Les membres inférieurs, vous l'avez vu, exercent la même influence sur la région lombaire. Tout ce que nous savons maintenant des attitudes physiologiques peut être mis à profit pour combattre, dans ce cas, leurs propres effets.

B. La flexion latérale symptomatique compte autant de variétés qu'il existe de causes capables de la produire. J'indiquerai les suivantes :

1° *Flexion latérale par contracture.* — Commune au cou, mais accompagnée de rotation; très-rare aux régions dorsale et lombaire.

2° *Flexion latérale par paralysie.* — Dans l'hémiplégie, le haut du tronc penche ordinairement un peu de côté; le rachis décrit une courbure longue et peu profonde, dont la concavité est du côté malade, si le sujet a peu de vigueur, ou du côté sain, comme l'a déjà indiqué Vicq d'Azyr, par un effort d'équilibration instinctif et par la prédominance d'action des muscles de ce côté. L'état du membre inférieur influe aussi, dans ce cas, sur l'attitude.

3° *Flexion latérale par douleur.* — Très-commune, elle revêt plusieurs formes qui rentrent dans les attitudes physiologiques que j'ai décrites. On la voit dans le torticolis aigu, le lombago, la pleurodynie, dans un grand nombre d'affections thoraciques et abdominales, à la suite de la pleurésie, — je reviendrai sur cette dernière espèce, — dans le mal vertébral, abstraction faite des inclinaisons dues à la destruction partielle des vertèbres.

4° *Flexion latérale de compensation.* — Dans toutes les espèces de torticolis qui inclinent la tête latéralement, une courbure de compensation, qui n'est longtemps qu'une simple *flexion*, s'établit dans la région cervico-dorsale.

Dans toute claudication, quelle que soit la cause de l'inégalité de longueur des membres inférieurs, l'inclinaison du bassin, dans la station, donne lieu à une courbure dorso lombaire, dont la concavité, de même que lorsqu'on se hanche, regarde le membre le plus élevé. Cette courbure disparaît dès que le malade se couche, s'assied, ou si l'on rétablit par quelque autre moyen la direction normale du bassin.

La durée de ces scolioses symptomatiques est subordonnée à celle de l'affection qui les produit. Elles persistent toute la vie, si cette affection est incurable et si l'on ne peut en pallier les effets statiques; elles disparaissent complétement d'elles-mêmes si leur cause s'évanouit. Cette disparition est quelquefois très-prompte ou même subite dans la flexion latérale par douleur, par contracture comme on en trouve un exemple remarquable dans un excellent travail de M. O. Landry.

DE LA SECONDE DENTITION

et des phénomènes qui l'accompagnent dans les pays chauds.

Par M. ORANGE, médecin-dentiste à Alger.

Les dents de lait, au nombre de vingt, dix à chaque mâchoire, se reconnaissent à leur teinte blanche et à la forme de leur corps. Ce dernier est plus court dans les incisives et plus large dans les molaires que celui des dents de remplacement. La couleur s'y montre plus pâle, parce qu'elles se sont formées aux dépens de sucs laiteux, ce qui rend aussi leur consistance moins solide.

Une fois sorties, les dents de lait durent généralement jusqu'à l'âge de sept à huit ans, époque à laquelle elles se renouvellent dans l'ordre de leur apparition. Leur destruction s'opère par la pression de la couronne de la dent de remplacement, couronne hérissée de petites pointes qui s'effacent bientôt, après la sortie hors de l'alvéole, par l'effet de la mastication.

Les dents secondaires, enchâssées par leurs racines dans les alvéoles des os maxillaires et maintenues par le tissu dense des gencives, ont leur couronne revêtue de l'émail. Cette substance blanche et luisante, inaltérable au contact de l'air, ne se prolonge pas au delà du collet, c'est-à-dire de la partie rétrécie qui sépare la racine de la couronne. Il y a, dans la dentition définitive, seize dents à chaque mâchoire, quatre incisives en avant, deux canines sur les côtés, et en arrière dix molaires, dont trois grosses et deux petites de chaque côté.

Lorsqu'un enfant souffre de la sortie des dents définitives, son visage est bouffi, son caractère s'aigrit, ses forces diminuent, tout son être semble abattu; les membres fléchissent, les chaires sont molles; on dirait que la peau est le siége d'une sorte d'œdème général. Une inflammation plus ou moins vive surgit aux points de la gencive voisine de la dent en travail de chasser l'autre. L'haleine est fortement odorante, fétide parfois. Les glandes sous-maxillaires se tuméfient et s'engorgent. Les yeux, les oreilles deviennent le siége de diverses éruptions. Les amygdales se gonflent, deviennent aphtheuses, ulcérées; des furfurs envahissent successivement diverses parties du visage, le cuir chevelu se parsème de petites plaques humides, comme dartreuses.

Souvent on voit les organes de la respiration, de la circulation, prendre des allures d'activité exceptionnelle. La poitrine se dilate d'une manière bruyante, saccadée, anxieuse, rapide. Il y a quintes de toux, stertor, besoin et difficulté d'aspirer. Le pouls est vif, inégal, sautillant, plus rarement plein et concentré.

L'innervation elle-même paraît surexcitée. L'enfant est inquiet, impressionnable; des douleurs fugaces, qui viennent et s'en vont sans raison, lui arrachent des plaintes sourdes ou des cris aigus.

Sous ces influences, la nutrition perd de son énergie. Faute d'assimilation suffisante, les tissus se flétrissent, l'amaigrissement se déclare et progresse à vue d'œil. La croissance est ralentie, arrêtée même.

On ne saurait apporter une trop grande attention à entretenir et modérer convenablement le jeu normal de ces fonctions importantes de la vie à une époque si décisive de l'évolution de l'enfance. Que de fois des anomalies physiologiques fâcheuses n'ont-elles pas été la suite de négligences coupables, en Algérie surtout, où des conditions climatériques spéciales contribuent nécessairement à exalter encore les troubles que nous venons d'énumérer! Malheur alors aux parents insouciants qui s'en remettent exclusivement à la nature du soin de résoudre seule ces difficultés!

Le plus souvent des affections lymphatiques, avec lesquelles les enfants auront à compter plus tard, datent de cette époque.

Pour atténuer autant que possible l'établissement de ces diathèses scrofuleuses, il importe :

1° De conjurer par une thérapeutique locale et générale appropriée les phénomènes inflammatoires dont les symptômes respiratoires et circulatoires sont l'expression. L'état du pouls, les saburres, les embarras gastro-intestinaux, la toux, la nervosité, doivent être combattus par les médications antiphlogistique, émolliente, antispasmodique connues.

2° On prescrira un régime tonique, des frictions légèrement excitantes de la peau secondées par le port habituel des vêtements de laine directement appliqués sur le corps, un exercice modéré. L'hématose se faisant mieux, la circulation devenant plus libre et plus rapide, la constitution au lieu de s'affaisser poursuivra son développement normal, les chairs seront entretenues dans un bon état, grâce à la bonne continuation fonctionnelle de l'absorption.

Dans les pays chauds, et nous le constatons malheureusement tous les jours en Algérie, les affections intestinales comptent pour une très-grande part dans les causes de mortalité qui pèsent sur l'enfance. Il y a à n'en pas douter une double relation entre les

---

où la population, très-misérable, pourvoit à peine à sa subsistance; cependant je crois qu'on a exagéré dans un but louable ces noyades barbares, quoique dans ce pays l'impunité mette l'assassinat un peu à l'ordre du jour, comme nous l'ont maintes fois prouvé ces cadavres qui passaient le long de notre frégate mouillée à Wampoa, et que les flots emportaient à la mer.

Les Chinois ont toujours professé pour la vieillesse le respect le plus profond; chez eux, c'est surtout le talent et le savoir qui les mènent au premier rang de la société; la capacité intellectuelle est la principale source des honneurs et de la considération en Chine, et le choix des fonctionnaires publics, qui composent la plus haute aristocratie, ne tombe généralement que sur des hommes de mérite « en science, dit une de leurs maximes; l'âge et la jeunesse ne font rien : le plus instruit prend le premier rang. » L'autorité civile l'emporte sur l'autorité militaire, ce qui augmente encore la supériorité des gens de lettres.

« On voit souvent, dit J. Davis dans son *Histoire de la Chine*, un mandarin militaire du grade le plus élevé marcher modestement à pied, tandis qu'un officier civil d'un rang ordinaire serait considéré comme dégradé s'il paraissait autrement que dans une chaise à quatre porteurs. »

Les Chinois sont aussi pleins de respect pour les morts et pour la mémoire de leurs ancêtres. A certaines époques, des cérémonies funèbres ont lieu sur les tombes de ceux qui ne sont plus; des parfums, des objets précieux, sont brûlés sur ces tombeaux, qui, grands et petits, ont la forme de la lettre grecque Ω. Le printemps et l'automne sont les époques fixées pour les cérémonies en mémoire des morts.

A la mort de leurs parents, ils observent religieusement un deuil très-sévère; il est de trois ans pour un père et une mère: le blanc est la couleur adoptée pendant toute la durée du deuil. Les mandarins et les fonctionnaires publics se dépouillent alors de leurs marques distinctives; la boule est enlevée de leur bonnet; ils laissent pousser leurs cheveux et leur barbe, et ne peuvent quitter leur maison qu'avec l'autorité formelle de l'empereur.

Les gens un peu aisés se font porter en palanquin; les simples particuliers ne peuvent avoir que deux porteurs; les mandarins en ont quatre; le vice-roi huit; l'empereur seul peut en avoir seize. Quand un haut fonctionnaire circule dans les rues, il est précédé de soldats et d'une garde d'honneur, qui annoncent en courant le passage d'un haut personnage; les mêmes honneurs son rendus à nos consuls, quand ils sortent officiellement dans les principales villes de l'empire.

Il existe des lépreux en Chine; la situation de ces malheureux est d'autant plus triste, que rejetés par toute la société, ils sont abandonnés par leur propre famille. A l'est de la ville de Canton, on trouve un hôpital destiné à ces pauvres parias; il peut contenir environ trois cents malades. Il y a aussi un hôpital de deux à trois cents lits pour les enfants trouvés: il est placé en dehors des murs. Un troisième établissement est destiné aux indigents que la vieillesse ou les infirmités mettent dans l'impossibilité de subvenir à leur existence. Comme l'hôpital des enfants trouvés, il est placé sous le patronage de l'empereur.

Pendant les deux mois que nous avons passés au mouillage de Wampoa, nous avons eu à souffrir d'une chaleur accablante et des pluies qui, à l'époque du changement de saison, tombent avec abondance. Malgré les mauvaises conditions hygiéniques qui nous entouraient pendant notre séjour dans la rivière de Canton; malgré les émanations paludéennes qui se dégageaient des rizières que la mer laissait à découvert autour de nous pendant plusieurs heures de la journée, nous avons été assez heureux pour n'avoir parmi nos équipages aucune maladie vraiment sérieuse. Plusieurs de nos hommes ont subi à un faible degré l'influence marécageuse, et ont éprouvé des accès intermittents qui ont toujours cédé facilement aux préparations de quinquina, sans jamais présenter aucun caractère pernicieux. Ce fait est d'autant plus surprenant, que presque tout l'équipage de notre frégate, officiers et matelots, passaient la nuit couchés sur le pont, n'ayant pour abri que des tentes, forcés que nous étions de quitter tous les soirs nos chambres, dont la température était insupportable, et que nous trouvions complétement envahies par des nuées de moustiques, dont le bourdonnement et les piqûres rendaient tout sommeil impossible.

Cette immunité dont a joui notre équipage pendant les premiers mois de notre séjour dans les mers de la Chine, malgré les causes assez nombreuses de maladies auxquelles il s'est trouvé exposé, il la devait à la richesse de son organisation, qui n'avait pas encore subi la fâcheuse influence d'un séjour longtemps prolongé dans les pays chauds. Depuis un an que nous étions partis de France, nous n'avions eu à constater que quelques indispositions légères, quelques dyssenteries dont une seule fut très-grave et promptement mortelle; trois ou quatre décès avaient eu pour cause la phthisie, cette cruelle affection qui, arrivée à un degré un peu avancé, s'accommode si peu de la navigation et des pays chauds. Quelques mois plus tard nous retrouverons ces mêmes hommes affaiblis, anémiés par une longue station dans des pays pour lesquels ils n'ont pas été organisés, réagir avec moins de bonheur contre les causes de maladies, et nous constaterons alors des dyssenteries, des coliques végétales, des fièvres pernicieuses, des altérations du foie, et tout ce cortége d'affections si graves que nous rencontrons dans les pays à température élevée.

Quittons maintenant Canton et les Chinois, pour lesquels nous ne professons ni une admiration ni un enthousiasme bien exaltés, pour nous diriger vers un autre point de la mer de Chine, et nous arrêter après quelques jours de traversée à *Tourane*, port principal de la Cochinchine, pays tout aussi curieux, bien plus arriéré en civilisation, et encore moins connu que la Chine elle-même.

Dr J. LECOQ.

Cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal; par M. le docteur Al. MAGNE, chevalier de la Légion d'honneur. 2e édition. — A Paris, chez J. B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

deux états pathologiques dont les jeunes sujets peuvent être alors simultanément atteints. D'une part, un affaiblissement intestinal antécédent et prolongé influe d'abord directement sur la régularité du développement et de la sortie des dents de remplacement; puis l'économie, qui aurait besoin de toutes ses ressources pour subvenir à un travail pénible, se trouve doublement affectée par l'absence de réserves précieuses. D'autre part aussi la dentition peut troubler les fonctions digestives les mieux ordonnées, et l'on a vu, faute de soins et de prévoyance, des entérites produites de la sorte conduire à la longue les petits malades à l'amaigrissement, aux engorgements mésentériques, au marasme.

Dans les phases difficiles de cette époque critique, il importe donc d'avoir l'œil ouvert sur les phénomènes qui s'accomplissent dans les alvéoles. La beauté de la dentition n'est pas seulement intéressée à cette surveillance. Le diagnostic d'autres affections y trouvera aussi son compte, et, indépendamment de plusieurs indications locales utiles à l'hygiène de la bouche, le traitement de lésions organiques éloignées en tirera un grand bénéfice.

Une aération bien surveillée, un régime sain, l'ensemble des précautions hygiéniques indispensables au maintien de la santé ne seront jamais d'une observation plus opportune que pendant cette période de la seconde dentition, trop négligée par les uns, de même qu'elle est, à tort, considérée par les autres comme le point de départ absolu de toutes les indispositions intercurrentes qui se présentent alors chez l'enfant. (*Gaz. méd. de l'Algérie.*)

CHLORATE DE POTASSE

employé avec succès pour combattre une sialorrhée produite par l'ammoniaque;

Par M. le docteur Fonssagrives.

Un matelot âgé de cinquante-six ans, avala 30 grammes environ d'ammoniaque caustique, dans le but, avoué plus tard, de se suicider. Il survint presque aussitôt un vomissement composé exclusivement de mucosités sanguinolentes. De l'émétique appliqué aussitôt sur le lieu même de l'accident, provoqua encore le rejet de mucosités teintes de sang. A son entrée à l'hôpital, des neutralisants acides, et notamment de l'eau vinaigrée, avaient été donnés en assez grande abondance. Lorsque M. Fonssagrives vit le malade, cinq heures après l'ingestion du poison, la face était pâle, le pouls lent et irrégulier, la peau froide. Il existait de l'oppression avec toux sonore, humide, du râle trachéal tenant à l'agitation des mucosités épaisses du pharynx par le courant respiratoire. Les lèvres, la muqueuse buccale et la langue étaient d'une rougeur scarlatiniforme; la voûte palatine surtout était fortement injectée. Absence de selles et d'urines; douleur vive à l'épigastre, augmentant par la pression.

Le danger, dans ce cas, paraissant résider dans l'entrave que le gonflement inflammatoire de l'orifice supérieur du larynx pouvait opposer au passage de l'air, M. Fonssagrives prescrivit immédiatement de larges émissions sanguines, générales et locales, décidé, si la suffocation faisait de nouveaux progrès, à recourir à la trachéotomie.

Les accidents restèrent à peu près stationnaires dans la journée. Le soir, le malade commença à expectorer des crachats filants très-copieux et mélangés d'un peu de sang. Le lendemain, cette sécrétion de mucosités et de salive devint si abondante, que le malade était obligé de se tenir constamment penché sur un bassin pour n'être pas suffoqué.

Les deux jours suivants, l'état du malade ne se modifiant pas, sauf la fièvre, qui était tombée, mais l'oppression persistant toujours et la sialorrhée ne fournissant pas moins de 3 litres de liquide par vingt-quatre heures, ce qui compromettait gravement la nutrition, M. Fonssagrives eut la pensée d'essayer l'action du chlorate de potasse à la dose de 2 grammes par jour en potion. Le résultat, dit-il, tint du merveilleux. Dès le lendemain, le flux des mucosités était diminué de moitié; les jours suivants il devint de moins en moins abondant, et le cinquième jour il était réduit à une quantité insignifiante. Le vingtième jour de l'accident, le malade était dans un état très-satisfaisant; le sommeil était revenu, l'oppression réduite à rien; et, sauf un certain degré de dysphagie qui gênait encore la déglutition des aliments solides, il ne restait presque plus de traces de l'accident. (*Union médic.*)

DES INJECTIONS DANS L'INTÉRIEUR DE L'UTÉRUS

dans les cas d'hémorrhagies après la délivrance.

Par M. S. Wray.

On a proposé de nombreux moyens pour arrêter l'hémorrhagie après la délivrance. Dans ces cas terribles, on a indiqué les affusions d'eau froide, l'injection d'eau froide dans le vagin, la compression de l'utérus, l'introduction de la main, les astringents, les stimulants, etc.

Parmi tous ces nombreux moyens, on a, dit M. Wray, oublié le plus simple, le plus direct, et celui qui, durant sa pratique de quarante ans, a toujours été le plus efficace, c'est-à-dire l'injection d'eau froide *dans la cavité même de l'utérus;* par ce moyen, un courant d'eau froide est dirigé vers les orifices béants des vaisseaux eux-mêmes; le sang est entraîné, et on a la certitude absolue que l'organe est stimulé à se contracter.

Il n'y a aucune difficulté ni aucun danger à procéder ainsi : on introduit le bec d'une seringue à 1 ou 2 pouces dans l'orifice de la matrice, et on le maintient dans cette position, tandis qu'un aide pousse le piston. On peut maintenir le courant aussi longtemps qu'on le juge nécessaire. Si le cas est très-urgent, il est bien d'injecter une quantité égale de vinaigre et d'eau.

(*Medical Times* et *Gaz. méd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 novembre 1857. — Présidence de M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire.

Conservation des sangsues. — Sangsues algériennes. — M. DE QUATREFAGES lit une note sur quelques expériences relatives à l'emploi des sangsues algériennes et à la conservation des sangsues en général.

Les documents qui font l'objet de cette note ont été fournis par l'administration de la guerre. Ils sont appréciés ici par M. de Quatrefages tout à fait isolément et sans rien préjuger au sujet de leur mérite relatif ou de toute question de priorité, par rapport aux nombreux mémoires communiqués à l'Académie sur l'élevage et la multiplication des sangsues, et qui devront être plus tard l'objet d'un rapport d'ensemble.

Cette note a pour objet de démontrer, contrairement à l'opinion le plus généralement accréditée jusqu'ici, que les sangsues de l'Algérie, connues dans le commerce sous le nom de *dragons*, sont, au point de vue du service médical, comparables aux autres espèces qui figurent sur le marché de la France. Cela résulte surtout de la comparaison qui a été faite entre ces sangsues conservées et importées en France par le procédé de M. Vayson, et les sangsues bordelaises réputées les meilleures.

M. de Quatrefages résume dans les conclusions suivantes les considérations très-détaillées dans lesquelles il est entré sur ce sujet d'après les documents qu'il a reçus du ministre :

1° La sangsue algérienne, dite dans le commerce *dragon d'Alger*, est aussi bonne pour le service médical que la sangsue bordelaise.

2° L'Algérie peut devenir un des principaux centres de production de sangsues.

3° La pêche des marais de l'Algérie devrait être réglementée; en particulier, elle devrait être interdite à l'époque des pontes pour prévenir l'épuisement.

4° Les marais domestiques de M. Vayson remplissent toutes les conditions d'un excellent appareil de transport et de conservation pour les sangsues.

5° Il serait vivement à désirer que l'administration de la guerre fît continuer les expériences commencées par M. Tripier au Gros-Caillou sur la revivification des sangsues.

Tératologie. — M. ALBERT PUECH adresse une note sur divers vices de conformation observés chez une fille. (Nous publierons les détails de cette observation dans un prochain numéro.)

— **M. DALLY**, en adressant un exemplaire de sa *Cinésiologie ou science du mouvement appliqué à l'éducation, à l'hygiène et à la thérapie*, exprime le désir d'obtenir le jugement de l'Académie sur cet ouvrage, dont il présente en même temps une analyse manuscrite.

L'ouvrage, en tant qu'imprimé et écrit en français, ne peut devenir l'objet d'un rapport spécial; mais, comme à en juger par le titre la question du mouvement y est aussi considérée au point de vue de la santé, rien ne s'oppose à ce qu'il soit compris dans le nombre des pièces admises au concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

— **M. FLOURENS** présente, au nom de l'auteur M. Gratiolet, un volume sur l'anatomie comparée du système nerveux dans ses rapports avec l'intelligence.

Ce livre est destiné à compléter le travail de Leuret sur l'anatomie comparée du cerveau, et à tenir lieu d'une deuxième partie que l'auteur commençait déjà à rédiger lorsque la maladie et la mort vinrent l'interrompre.

— **M. DESCHARMES** adresse de nouveaux renseignements sur les résultats obtenus à Amiens et dans les environs, relativement à l'extraction de l'opium du pavot-œillette.

La richesse en morphine de l'opium œillette, dit M. Descharmes, a été ici, en 1857, plus grande encore que dans les années précédentes, comme on en peut juger par le tableau suivant :

	Quantité de morphine pour 100 parties d'opium-œillette.
1853.	14,57
1854.	16,00
1855.	20,10
1856.	22,00 (suc frais)
1857.	23,46 (suc frais)

Tous les dosages ont été faits d'après un même procédé, celui de M. Guillermont un peu modifié.

Addition à la séance du 26 octobre.

Paralysie du nerf facial produite à volonté. — M. DELEAU jeune présente un mémoire sur la paralysie du nerf facial produite à volonté dans un cas de lésion de l'oreille moyenne. Il résulte, dit l'auteur, des faits consignés dans mon mémoire et des réflexions qu'ils suggèrent, que :

1° La paralysie essentielle du nerf facial est probablement très-rare;

2° Sa cause prochaine est l'étranglement de son tronc dans son passage dans l'aqueduc de Fallope;

3° L'exaltation de l'ouïe qui accompagne la paralysie est un symptôme de l'otite interne;

4° Pour guérir la paralysie faciale, il faut traiter activement cette otite.

Si des médecins doutaient encore des vérités que je viens d'énoncer dans ces conclusions, je m'offre de constater, à l'aide du cathétérisme de la trompe d'Eustache, la lésion de l'oreille moyenne avant ou pendant la paralysie de la face.

J'appelle, en terminant, l'attention des praticiens sur l'état de tous les conduits osseux qui donnent passage aux nerfs sensitifs ou moteurs. J'ai l'intime conviction que beaucoup de névralgies n'ont pas d'autre cause que l'étranglement opéré dans ces canaux par inflammation et par épaississement de tissus. (Commissaires, MM. Serres, Velpeau, J. Cloquet.)

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Le mardi, 1er décembre 1857, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'Administration, rue Neuve-Notre-Dame, 2, pour la nomination à deux places de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

Sont admis à concourir les élèves en pharmacie ayant exercé pendant trois années au moins, en cette qualité, soit à la pharmacie centrale, soit dans les hôpitaux et hospices de Paris.

Pourront aussi être autorisés à concourir tous autres élèves en pharmacie ou pharmaciens, qui présenteront les garanties convenables.

L'inscription des candidats aura lieu au secrétariat de l'administration, depuis le lundi 2 novembre jusqu'au samedi 14 du même mois inclusivement, à trois heures de relevée.

Le secrétaire général, L. Dubost.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 31 octobre, M. Bérard, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé, pour cause de santé, à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1857-1858, par M. Béclard, agrégé.

M. Andral, professeur de pathologie et de thérapeutique générale, est autorisé, pour cause de santé, à se faire suppléer pendant le même semestre par M. Lasègue, agrégé.

Le cours de médecine légale aura lieu dans le semestre d'été.

— Le *Courrier de Paris* publie l'article suivant :

« Lundi 16 novembre doit s'ouvrir à Paris le *Cercle de la presse scientifique* de la rue de Seine, dont les bases avaient été arrêtées dans le dîner mensuel des rédacteurs scientifiques de tous les journaux de Paris. Ces rédacteurs formeront naturellement le noyau du nouveau cercle, auquel ne tarderont certainement pas à se faire affilier une foule de savants distingués. Par une innovation dont il faut féliciter les organisateurs de cette société, il y aura tous les huit jours, le lundi, une séance dans laquelle les inventeurs seront admis à développer leurs inventions. Alors, grâce à l'esprit d'initiative de la presse, grâce à sa haine pour les préjugés qui, malheureusement, se réfugient trop souvent au sein des Académies, nous n'aurons plus à craindre de voir les inventions utiles dédaignées et méconnues. Si ces réunions hebdomadaires eussent commencé plus tôt, bien certainement Fulton n'eût pas porté à l'Amérique l'invention des bateaux à vapeur, bien certainement Frédéric Sauvage ne serait pas devenu fou.

» Hamlet s'écrie dans le drame de Shakspeare : *Ceci est paradoxe aujourd'hui et demain sera lieu commun.* Que de paradoxes anciens arrivés aujourd'hui à l'état de lieux communs ! L'esprit du siècle n'est rien autre chose qu'une série de paradoxes individuels, devenus grâce à la presse des persuasions générales. Attendons donc les meilleurs résultats de ces réunions hebdomadaires qui vont mettre les faiseurs de paradoxes en relations continuelles avec les propagateurs de la presse.

» Dans la première réunion du Cercle scientifique, celle qui aura lieu le jour même de l'ouverture, M. Thomé doit développer son plan de réunion de la France avec l'Angleterre par un immense tunnel sous-marin. »

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance demain 11 novembre, à huit heures très-précises du soir, à la mairie du 12e arrondissement, place du Panthéon.

Ordre du jour. — 1° Dépouillement de la correspondance et compte rendu d'ouvrages imprimés, par le secrétaire général; 2° discussion sur la lithotripsie, communication de M. Mercier; 3° des entozoaires de l'homme, par M. Sandras; 4° de l'ophthalmie blennorrhagique, par M. Coursserant; 5° cas d'accouchement difficile, par M. Vergne; 6° communications diverses.

Les membres des autres sociétés médicales sont invités aux séances, qui ont lieu le deuxième mersredi de chaque mois. Les personnes qui désirent faire des communications à la Société sont priées d'en informer le secrétaire général avant le 1er du mois.

— D'après les dernières nouvelles données par la *Gazette médicale de Lisbonne*, l'épidémie de fièvre jaune, dont les caractères sont devenus de plus en plus tranchés, tend à décroître. Du 9 septembre au 15 octobre (dix heures du soir), les hôpitaux avaient reçu 1,645 malades, dont 940 hommes et 191 femmes. 387 hommes et 75 femmes ont succombé; 553 et 116 femmes ont guéri. La proportion des décès dans les hôpitaux est de 1 sur 3,56. La mortalité générale est de 1 sur 4,31. En ville, comme dans les hôpitaux, le nombre des hommes atteints dépasse de beaucoup celui des femmes, ce qu'on attribue en particulier à ce que les hommes s'exposent plus à l'infection. — On dit que le gouvernement français a l'intention d'envoyer des médecins étudier l'épidémie; si cette nouvelle est exacte, il n'y a pas de temps à perdre, puisque heureusement cette épidémie semble être sur son déclin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Pinguet, né à Rioz (Haute-Saône); *L'ipécacuanha, son emploi thérapeutique et son utilité dans la période prodromique du choléra.*

Bestel, né à l'île Maurice (colonie anglaise); *Considérations sur les épidémies en général, et particulièrement sur celles du choléra, au point de vue des moyens prophylactiques.*

Dassen; *Etude sur la nature et le siége de la grenouillette, et sur son traitement par les injections irritantes.*

Duplais, né à Cozes (Charente-Inférieure); *De quelques applications de l'électricité à la médecine.*

Faveyrial, né à Usson (Loire); *Considérations sur l'allaitement maternel.*

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 11 NOVEMBRE 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance a été bonne et fructueuse. Cinq conclusions, de la deuxième à la sixième, ont été votées, non sans discussion, mais sans modification aucune et telles qu'elles avaient été arrêtées dans la dernière rédaction de la commission. Nous félicitons sincèrement l'Académie de ce résultat, mais nos félicitations doivent s'adresser surtout à la commission, qui dans un excellent esprit de conciliation et avec un désir manifeste de bien faire, a su, sans déroger à l'esprit général du projet et sans en abandonner les points fondamentaux, faire à quelques-unes des objections sérieuses qui lui ont été adressées des concessions utiles et sacrifier à propos quelques dispositions secondaires qui ne faisaient que compliquer et embarrasser sans nécessité la marche du projet. Telles sont entre autres les dispositions relatives aux médecins cantonaux et aux vérificateurs des décès, dont il n'est plus question dans la nouvelle rédaction que d'une manière incidente et secondaire, ainsi que cela devait être. Enfin, puisque nous sommes en veine de compliments, nous ne devons point oublier le rapporteur, à qui l'on doit notamment l'heureux résultat de cette séance, par la manière nette, précise et toujours sensée avec laquelle il a répondu à toutes les objections, paré à toutes les difficultés, par le tact et la convenance parfaite avec lesquels il a maintenu dans de sages limites, contre des prétentions justes et légitimes sans doute, mais peut-être inopportunes, l'intervention de l'Académie sur de pures questions d'administration.

On comprendra aisément, en lisant le compte rendu de la séance, à quoi nous faisons allusion en ce moment. D'ailleurs, pourquoi ne pas le dire? — Une question délicate a été soulevée à l'occasion de la sixième conclusion. La nouvelle charge imposée aux médecins sera-t-elle gratuite ou devra-t-elle être rémunérée? La chose ne fait pas de doute pour les médecins requis d'office par l'administration; les médecins cantonaux ou les médecins vérificateurs appelés en l'absence du médecin traitant à constater la cause d'un décès, auront droit à une vacation. Mais il n'est rien spécifié de semblable à l'égard de celui-ci. A ce sujet M. Michel Lévy a fait entendre un langage, qui fait honneur à ses sentiments élevés et qui n'honorerait pas moins le corps médical tout entier, s'il en acceptait sans réserve la solidarité. Ce qu'on demande aux médecins n'est à ses yeux que le complément obligé de leurs devoirs, la conséquence même de la manière dont ils disposent, sous leur seule responsabilité morale, de la vie humaine. Quelques-uns ont trouvé ces sentiments quelque peu chevaleresques et ce langage un peu sentimental. M. Velpeau, qui, avec son esprit positif et son expérience pratique des choses et des hommes, avait déjà posé nettement la question dans une précédente séance, n'a pas manqué l'occasion d'y revenir, appuyé cette fois de la parole incisive de M. Malgaigne.

Le langage de M. Lévy trouvera de l'écho, sans aucun doute, dans le corps médical; mais il ne faut pas oublier non plus que le dévouement et l'abnégation veulent avant tout de la spontanéité; il leur faut leur temps, leur occasion. On court le risque, en y faisant trop souvent appel, de les trouver sourds ou épuisés. Tout en acceptant le point de vue élevé sous lequel l'honorable président a envisagé les devoirs de la profession médicale dont il nous a montré le beau côté, nous pensons qu'il ne faut pas entièrement en dissimuler le revers, et nous nous rangerions volontiers à l'idée qu'il peut y avoir quelque chose à faire dans le sens des propositions de MM. Velpeau et Malgaigne. Mais ce qu'il y a à faire, était-ce à l'Académie qu'il appartenait de le dire? C'est là un point très-délicat. Aussi comprenons-nous, sans l'approuver formellement, la réserve de l'Académie sur ce point.

Nous reprendrons dans le prochain numéro la suite des développements que nous nous sommes proposé de donner à l'étude de cette importante question. — Dr Brochin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. L. ORFILA, professeur agrégé.

Empoisonnement par l'arsenic. — Symptômes. — Lésions de tissu. — Diagnostic. — Traitement.

Après les généralités, nous devons aborder l'*arsenic*.

Sous ce titre je réunis toutes les préparations arsenicales ; mais l'acide arsénieux (vulgairement appelé arsenic), doit fixer particulièrement notre attention.

Les relevés officiels nous apprennent que, depuis 1827, l'acide arsénieux a été la cause des deux tiers des empoisonnements. Aussi n'est-il pas étonnant que les recherches aient porté de préférence sur cette substance; de sorte que son histoire toxicologique est la plus complète que la science possède. Nous trouverons donc dans l'étude que nous allons faire l'occasion d'appliquer la plupart des connaissances générales développées dans les précédentes leçons, en même temps que nous apprendrons tout ce qui concerne un poison important.

Ces considérations m'ont déterminé à choisir pour la seconde partie de ce cours l'histoire des préparations arsenicales, et à vous la présenter dans l'ordre suivant : nous commencerons par étudier l'acide arsénieux avec tous les détails nécessaires, et nous passerons rapidement sur les autres composés arsenicaux qui présentent de l'intérêt.

De l'acide arsénieux. — Des expériences et des observations nombreuses établissent que l'acide arsénieux est un poison, c'est là un fait que personne ne conteste; mais nous ignorons encore quelle est la plus petite dose à laquelle l'acide arsénieux est toxique pour l'homme. Cependant nous possédons une donnée qui nous manque pour les autres poisons. Je vous ai déjà fait connaître une expérience d'Orfila, qui montre que 75 à 100 milligrammes d'acide arsénieux suffisent pour déterminer la mort d'un chien robuste. De là on a conclu qu'une dose double (soit 20 centigrammes) doit être mortelle pour l'homme. C'est aller un peu vite; quoique ce soit possible, ce n'est pas démontré. Les observations publiées par M. Lachèze ne décident pas la question. Suivant cet auteur, l'acide arsénieux déterminerait des accidents sur l'homme à la dose de 6 à 10 milligrammes, et une dose de 10 centigrammes serait suffisante pour amener la mort; mais le calcul des doses fait par M. Lachèze ne présente pas, à mon avis, une exactitude suffisante; et, d'ailleurs, les observations ne sont pas assez nombreuses pour autoriser une conclusion générale.

Nous ignorons, et nous ignorerons sans doute longtemps encore, quelles sont les doses les plus faibles des poisons suffisantes pour déterminer la mort de l'homme. L'acide arsénieux n'a pas échappé à la loi commune. Nous pouvons cependant admettre qu'en général l'administration, répétée pendant cinq ou six jours, de 2 à 6 milligrammes de quelques composés d'acide arsénieux, entraîne des troubles notables des différentes fonctions. Quoi qu'il en soit, l'acide arsénieux doit être rangé parmi les poisons les plus actifs.

Comment l'acide arsénieux détermine-t-il des accidents si graves? Pour mémoire seulement, je vous dirai que l'action délétère qu'il exerce a été attribuée à la fluidification du sang, à l'arrêt des battements du cœur, ou à des troubles de l'innervation. Le

s

PROGRAMME DU CERCLE DE LA PRESSE SCIENTIFIQUE.

Nous avons annoncé dans notre dernier numéro l'ouverture du *Cercle de la presse scientifique.* Nous donnons aujourd'hui les statuts du Cercle et le programme de ses travaux.

Le Cercle de la presse scientifique se propose :

1° D'offrir à ses membres le moyen de se trouver continuellement en contact ;

2° De tenir des séances hebdomadaires dans lesquelles tout auteur d'une découverte nouvelle, tout inventeur dans l'ordre des sciences pures et appliquées, sera admis à exposer ses idées et ses travaux devant les membres assemblés de la presse scientifique de Paris.

Une création de ce genre était devenue indispensable, car les services rendus par la presse scientifique augmentent tous les jours son influence. Par ses réunions quotidiennes, où chacun de ses membres profitera des lumières de ses confrères, et par ses séances hebdomadaires, dans lesquelles les auteurs et inventeurs viendront faire connaître leurs idées et leurs découvertes, le Cercle de la presse scientifique atteindra le but qu'il s'est proposé.

Nous avons la conviction de créer une œuvre utile à la science qu'elle propagera, utile au public qu'elle éclairera, utile enfin aux inventeurs qu'elle secondera, et qui trouveront, avec un accueil sympathique, un écho puissant qui portera au monde entier, par les mille voix des journaux, les résultats de leurs recherches et de leurs découvertes.

LOUIS FIGUIER, rédacteur de la *Presse*; J. RAMBOSSON, rédacteur de la *Gazette de France* et de la *Science pour tous*; LECOUTURIER, rédacteur du *Pays* et du *Musée des sciences*; FÉLIX ROUBAUD, rédacteur de l'*Illustration* et de la *France médicale*; commissaires du Cercle.

ANTONIN BOSSU, rédacteur de l'*Abeille médicale*, trésorier du Cercle.

N. B. Les auteurs et inventeurs qui désireront faire une communication au Cercle, devront en adresser la demande, par écrit, à M. le secrétaire-trésorier du Cercle de la presse scientifique, rue de Seine, 31.

STATUTS DU CERCLE DE LA PRESSE SCIENTIFIQUE,

ART. 1. Il est établi un Cercle sous le nom de *Cercle de la presse scientifique.*

ART. 2. L'objet de ce Cercle est de resserrer les liens de confraternité entre les membres de la presse scientifique, et de travailler à la diffusion générale et à la propagation des sciences.

ART. 3. Une séance par semaine, et qui aura lieu le soir, sera consacrée à la discussion régulière des questions scientifiques du moment, comprenant les sciences pures et appliquées. Ces réunions seront présidées par un commissaire, et, si l'assemblée le désire, par un président spécial. Le secrétaire sera pris parmi les commissaires.

ART. 4. Seront admis à faire partie de ce Cercle les membres de la presse scientifique. Pourront être néanmoins admises les personnes qui se seront fait connaître par des publications importantes dans les sciences.

ART. 5. Le nombre des membres fondateurs est fixé à cinquante; celui des non fondateurs sera limité à cent-cinquante.

ART. 6. Tout candidat, pour être admis, doit en faire la demande, et être présenté par deux membres qui signeront le bulletin de présentation comme parrains et répondants.

ART. 7. Le vote sur l'admission d'un membre se fera dans l'une des séances scientifiques hebdomadaires. Le nom du candidat devra demeurer, auparavant, affiché pendant quinze jours, avec celui de ses parrains, dans le lieu le plus apparent du cercle.

ART. 8. Le candidat ne sera admis que s'il a obtenu les quatre cinquièmes au moins des suffrages exprimés.

ART. 9. L'abonnement annuel est de 50 francs, payables par trimestre et d'avance. Chaque membre payera, en outre, une entrée de 10 francs.

ART. 10. Le Cercle est administré par douze commissaires nommés tous les six mois, et qui exercent leurs fonctions à tour de rôle. Deux commissaires seront de service chaque jour.

ART. 11. Les commissaires sont chargés de faire exécuter le règlement et de faire la police des salons. Ils ont le droit de convoquer le Cercle en assemblée extraordinaire.

ART. 12. Le conseil du Cercle est composé de la réunion des douze commissaires.

ART. 13. L'exclusion d'un membre ne pourra être prononcée que par le Cercle réuni en assemblée générale, et à la majorité des quatre cinquièmes des suffrages exprimés. Le membre accusé sera admis à présenter sa défense.

ART. 14. Les décisions prises par les assemblées générales seront obligatoires pour tous les membres du Cercle.

ART. 15. Les délibérations des assemblées générales ne seront valables qu'autant qu'elles auront été prises par le quart au moins des membres inscrits au tableau.

ART. 16. Toutes discussions politiques, religieuses ou d'économie sociale, sont interdites dans les salons du Cercle.

ART. 17. Les jeux autorisés par les règlements de police sont seuls admis dans le Cercle.

ART. 18. Les personnes étrangères au Cercle ne pourront y être introduites qu'accidentellement par les membres titulaires : elles devront être présentées, à leur arrivée, au commissaire de service. On pourra, pourtant, délivrer des cartes mensuelles aux savants étrangers momentanément à Paris.

ART. 19. Le trésorier sera nommé par l'assemblée générale pour une année ; il pourra être réélu.

ART. 20. Les rédacteurs ou collaborateurs des journaux ou revues scientifiques seront tenus d'envoyer leurs feuilles au Cercle. Chaque membre du Cercle lui fera hommage des ouvrages qu'il publiera après son admission.

désordres locaux dus au contact ne peuvent pas être considérés comme le point de départ des phénomènes de cet empoisonnement, car ils ne sont pas constants, et presque toujours ils sont trop légers.

Quant à la question de savoir si l'action de l'acide arsénieux est *sthénisante* ou *hyposthénisante*, elle ne sera pas difficile à juger pour vous quand vous connaîtrez les symptômes de l'empoisonnement. Vous comprendrez que les discussions dont ce point a été l'objet n'ont pu être aussi longues, que parce que chaque camp outre-passait les limites du vrai : il est facile de voir, d'après les observations et les expériences, que l'acide arsénieux agit tantôt comme *sthénisant*, tantôt comme *hyposthénisant*.

L'élimination de l'acide arsénieux est terminée chez les chiens au bout de douze à quinze jours; l'arsenic s'échappe de l'économie avec l'urine, par la peau, par la muqueuse gastro-intestinale. Malheureusement les observations sur l'homme nous ont appris jusqu'à présent seulement que l'élimination se fait par l'urine et par la peau; mais, quant au temps qu'elle dure et au séjour de l'arsenic dans les organes, nous ne pouvons que supposer par induction que tout l'arsenic doit avoir abandonné les organes au bout de six semaines; mais cette supposition est très-fondée, j'ai déjà eu l'occasion de la formuler et de la motiver devant vous en traitant de l'élimination en général.

Symptômes de l'empoisonnement prompt par l'acide arsénieux. — Ces symptômes, comme ceux de la plupart des empoisonnements, varient suivant une foule de circonstances : ils ne sont même pas toujours semblables, alors que les conditions nous paraissent identiques. Quelques auteurs ont cependant essayé d'en donner une description générale; ces tentatives ne sont pas, à mon avis, assez heureuses pour que je cherche à les renouveler. Je me bornerai à vous indiquer les principaux phénomènes que l'on observe le plus souvent. Il reste bien entendu que tous ne se présentent pas dans tous les cas.

Voici cette espèce de catalogue :

Saveur légèrement âpre, sensible seulement quelque temps après l'ingestion; ptyalisme, soif intense, constriction du pharynx et de l'œsophage; agacement des dents; nausées, vomissements; ceux-ci ne se manifestent pas immédiatement et persistent quelquefois pendant plusieurs jours; ils entraînent des matières muqueuses ou bilieuses, et quelquefois du sang mêlé avec ces matières. Dans la région stomacale, le malade sent une douleur très-vive, qu'il compare souvent à une brûlure. Outre ces phénomènes, on observe des coliques vives accompagnées de déjections alvines fréquentes et fétides. A ces troubles des voies digestives viennent se joindre le hoquet, la gêne quelquefois très-marquée de la respiration, l'oppression; le pouls est accéléré, irrégulier, petit, serré; les battements du cœur sont forts et inégaux; des défaillances surviennent. La peau est chaude, et se couvre quelquefois d'éruptions papuleuses ou roséoleuses déterminant des démangeaisons. Il y a souvent de la céphalalgie, quelquefois du délire, de l'insensibilité et de la paralysie. Enfin des convulsions atroces précèdent la mort. Dans des cas tout à fait exceptionnels, les urines sont supprimées; en général, elles sont rares, quand le malade est abandonné à lui-même; mais il n'est pas impossible de les faire venir, même en abondance, au moyen de boissons diurétiques. Quand l'empoisonnement ne se termine pas par la mort, il cause souvent pendant plusieurs mois et même pendant des années une gêne dans les mouvements des bras et des jambes.

Voilà une première forme, pour ainsi dire, de l'empoisonnement. Dans d'autres cas, en général, lorsque l'acide arsénieux a été ingéré en grande quantité, à doses élevées, les troubles des fonctions digestives sont accompagnés d'une dépression telle que la maladie ressemble singulièrement au choléra asiatique. La face est grippée, les yeux sont caves, la peau est froide; le pouls est fréquent, petit, filiforme, insensible; des syncopes se manifestent, des crampes surviennent dans les membres.

Encore une fois, il ne faut pas considérer cette récapitulation comme une description générale des symptômes de l'empoisonnement par l'acide arsénieux; c'est un résumé extrait de toutes les observations recueillies jusqu'à présent : cela est si vrai, que l'on a vu des individus périr sans avoir éprouvé d'autres accidents que des syncopes légères. Chaussier, Laborde et Renault ont rapporté des observations de ce genre. En somme, vous le voyez, il y a, pour ainsi dire, deux formes différentes; mais on n'observe pas toujours l'ensemble des phénomènes que je vous ai énumérés, et partant la symptomatologie ne présente pas toujours une forme tranchée.

Il y a dans certains cas de véritables intermittences dans les symptômes; mais elles ont été courtes en général, et elles n'ont présenté aucun signe qui permît d'en prévoir ou d'en expliquer l'apparition.

On a voulu déterminer l'intervalle qui sépare l'invasion de la maladie du moment où le poison est ingéré, ainsi que la durée de la maladie ou l'époque à laquelle survient la mort; mais ces déterminations ne peuvent être que vagues. Pour l'invasion, les limites sont comprises entre dix minutes et 84 heures; celles de la durée varient depuis trois heures jusqu'à des mois. La voie d'introduction, l'état de la substance, et d'autres circonstances, peuvent retarder ou accélérer l'invasion et la terminaison de la maladie. Je n'ai rien de particulier à ajouter aujourd'hui, sur ce sujet, à ce que je vous ai déjà dit en traitant les généralités.

Symptômes de l'empoisonnement lent. — Lorsque l'acide arsénieux pénètre dans l'économie animale par petites doses souvent répétées, les symptômes de l'empoisonnement ressemblent à ceux dont je vous ai tracé le tableau; seulement, d'après quelques auteurs, on n'observerait ni vomissements ni déjections alvines. Si cette remarque était vraie, il y aurait un moyen précieux pour reconnaître s'il n'y a pas eu ingestion d'une forte dose d'une préparation arsenicale au milieu d'une médication arsenicale : du moment qu'il y aurait vomissements ou déjections alvines, on saurait qu'il faudrait en chercher la cause ailleurs que dans une médication trop active.

Lésions de tissu. — Comme pour les symptômes, je vais vous tracer une récapitulation des lésions qui ont été observées jusqu'à présent; mais ne croyez pas que toutes se rencontrent dans chaque cas. Il n'est même pas très-rare de n'en trouver aucune; et, d'ailleurs, il y a des degrés nombreux pour la quantité et l'importance de ces altérations.

Lorsque l'acide arsénieux a déterminé la mort, on peut ou ne retrouver sur le cadavre aucune trace de son action, ou bien observer les lésions suivantes : Dans l'estomac et les intestins, des granulations, des rougeurs, des ecchymoses, des ulcérations, et quelquefois des eschares plus ou moins étendues de la muqueuse qui tapisse ces organes. Ces perforations sont extrêmement rares. La gorge et l'œsophage présentent aussi dans quelques cas rares des traces d'inflammation. Mais le jéjunum, l'iléon et le côlon ne sont presque jamais atteints. Tous les intestins ont été trouvés quelquefois rétrécis ou contractés. Les poumons sont souvent gorgés de sang ou même offrent des marques évidentes d'inflammation, et quelquefois la membrane muqueuse de la trachée-artère présente une coloration rouge prononcée. L'endocarde peut être le siége de taches rouges ou noirâtres plus ou moins étendues. Le sang est quelquefois fluide et brun foncé. Le cerveau, dans des cas peu nombreux, est congestionné. Dans les organes génitaux, on a trouvé quelquefois des signes d'inflammation plus ou moins vive, quelquefois de gangrène. La putréfaction a été quelquefois plus lente après l'empoisonnement par l'acide arsénieux; mais ce n'est pas constant.

Un fait remarquable qu'il ne faut pas oublier, c'est que toutes les altérations du tube digestif que je vous ai indiquées, ont été observées dans les cas où le toxique avait été appliqué sur des plaies des membres, aussi bien que quand il avait été porté dans le canal intestinal : preuve qu'elles ne sont pas produites par le contact direct.

C'est ici, je crois, à propos des lésions, le lieu de vous dire que des fragments d'acide arsénieux, ou quelquefois de petits grains jaunes résultant de l'action de l'acide sulfhydrique des intestins sur l'acide arsénieux, ont été trouvés dans la cavité du tube digestif. Il faut donc, à l'autopsie, rechercher avec soin si l'intestin ne contient pas de l'acide arsénieux ou du sulfure d'arsenic.

Diagnostic. — Vous voyez que d'après les symptômes seuls il n'est pas facile de reconnaître un empoisonnement par l'acide arsénieux; car, même dans les cas les plus favorables, alors que l'ensemble des phénomènes morbides se présente tel que je vous l'ai décrit, on peut fort bien le confondre avec un autre empoisonnement ou avec le choléra. La première erreur n'influerait pas beaucoup sur le traitement; mais il n'en serait pas de même de la seconde, et elle a été commise par des praticiens éminents : soyez donc sur vos gardes.

Traitement. — Les indications que je vous ai signalées à propos du traitement de l'empoisonnement en général subsistent à propos de l'acide arsénieux aussi bien qu'à propos de tous les poisons. Je vais vous indiquer les moyens les plus convenables de les remplir, ou plutôt je vais vous tracer une règle de conduite pour la pratique. Examinons successivement les trois cas qui peuvent se présenter.

A. *L'acide arsénieux a été porté dans l'estomac.* — Si vous êtes appelés peu de temps après l'ingestion, il faut faire vomir. Dans ce cas, je vous recommande, de même que dans tout empoisonnement, de préférer l'eau albumineuse (10 ou 12 blancs d'œufs pour un litre d'eau) à tout autre agent. Elle présente l'avantage de pouvoir toujours être administrée immédiatement; car vous trouverez toujours sous la main immédiatement de l'eau et des œufs; et son efficacité dans les empoisonnements par l'acide arsénieux a été plusieurs fois constatée sur l'homme. C'est un vomitif excellent, très-doux. D'ailleurs, en enveloppant le poison et en le diluant, elle diminue beaucoup l'action locale. Du reste, ne craignez pas d'en prolonger l'usage.

En fait de contre-poisons, il n'y en a véritablement qu'un dont l'efficacité ne soit pas contestable pour moi, c'est le sesquioxyde de fer hydraté récemment préparé. Rappelez-vous qu'il faut l'administrer en grand excès, et n'oubliez pas qu'un contre-poison ne peut être vraiment utile que dans les premiers moments qui suivent l'ingestion. Ne perdez donc pas une minute à attendre, et prescrivez de suite l'eau albumineuse ou même l'eau tiède, sauf à donner le sesquioxyde de fer plus tard, quand il aura été préparé.

Je n'ose pas me prononcer sur la magnésie et sur le sulfure de fer; les faits ne me semblent pas encore suffisants pour établir leur valeur.

Toutes les autres substances, acide sulfhydrique, vinaigre, tisanes mucilagineuses, bouillon, eau de veau ou de poulet, infusions de quinquina, de noix de galle, thériaque, sucre, charbon, considérées à tort comme des contre-poisons, peuvent être utiles en diminuant le contact du toxique avec la paroi interne de l'estomac, mais voilà tout; leur action se borne là. Quant au foie de soufre, gardez-vous de l'employer; il est lui-même un agent très-délétère.

Ne manquez pas, même après l'emploi d'un contre-poison excellent, et malgré l'amélioration qui pourra survenir, de débarrasser le tube digestif du nouveau composé au moyen de vomitifs ou de purgatifs. A la longue, ce composé pourrait déterminer lui-même des accidents.

Si malgré tous ces soins, malgré des vomissements répétés et abondants, la maladie continuait son cours, ou si vous aviez été appelés à un moment où l'absorption avait déjà introduit dans le sang et porté dans les organes une notable portion d'acide arsénieux, il faudrait traiter les symptômes suivant leur nature : par les antiphlogistiques s'il y a des signes d'inflammation, par les stimulants si l'adynamie est évidente. Dans ce cas, vous administrerez d'ailleurs en abondance un diurétique composé de quatre litres d'eau, d'un demi-litre de vin blanc, d'un litre d'eau de Seltz et de 12 à 15 grammes d'azotate de potasse. Par ces moyens, vous pourrez bien obtenir la guérison. Il faudrait alors prescrire un régime très-doux, c'est chose fort importante. Le convalescent ne doit se nourrir que de lait, de gruau, de crème de riz, et il ne doit faire usage que de boissons adoucissantes.

B. *Si l'acide arsénieux a été placé sur un point du corps accessible*, plaie externe, par exemple, il faut commencer par l'enlever aussi complétement que possible au moyen de lavages faits avec soin, et il faut administrer le diurétique indiqué plus haut, en même temps qu'il faut opposer aux phénomènes morbides le traitement rationnel le plus actif.

C. *Si enfin le poison avait pénétré par un point du corps inaccessible*, les voies respiratoires, par exemple, c'est aux diurétiques qu'il faudrait avoir recours, tout en traitant aussi les différents symptômes qui se présenteraient.

MÉMOIRE SUR LA SAPONIFICATION DU BAUME DE COPAHU.

Par le docteur André Lebel (de Paris).

S'il est en médecine un agent dont les propriétés thérapeutiques aient de la valeur, c'est sans contredit le médicament appelé *baume de copahu*. Les annales de la médecine pratique fourmillent d'observations propres à en démontrer l'utilité, non pas seulement dans le traitement des blennorrhagies, mais encore dans les cas de catarrhes chroniques de différentes muqueuses, dans les flueurs blanches en particulier; Ribes a été jusqu'à lui reconnaître une vertu spécifique contre les écoulements de source vénérienne, quelque fût leur siége. Delpech ne lui accordait pas une moindre confiance, et chaque jour des praticiens habiles en font la base des médications les plus heureuses.

Comme tout médicament, le copahu compte des succès et des revers. Tantôt la dose est trop forte, tantôt le moment de son administration n'est pas bien choisi, ou la constitution du malade est réfractaire. Mais, disons-le hautement, les causes principales de ces insuccès sont la fraude, qui altère presque tout; la répugnance invincible que beaucoup de malades, courageux et résolus du reste, ont éprouvée par l'odeur pénétrante et le goût désagréable de ce médicament; les accidents qui surviennent fréquemment pendant le cours d'un traitement déjà en partie couronné de succès, tels que renvois, nausées, vomissements, diarrhées plus ou moins violentes. Souvent aussi le malade, délivré ou non de sa blennorrhagie, reste sujet à la gastralgie, à l'inappétence; ce qui prouve que l'estomac est encore plus sensible que l'intestin à l'action irritante du copahu.

Diverses tentatives ont été faites pour masquer l'odeur et la saveur du baume de copahu. D'abord on lui a associé des alcooliques et des infusions aromatiques, des huiles essentielles, qui avaient le double avantage de stimuler d'une manière agréable les appareils du goût et de l'olfaction, et de soutenir l'estomac au niveau de la tâche qu'on lui imposait; mais le copahu en nature arrivait toujours au contact de la langue, du pharynx; son odeur incommodait encore le malade et ne traduisait que trop clairement à tout venant ce qu'il aurait voulu quelquefois cacher à tout prix.

Un procédé plus récent, l'emploi de capsules gélatineuses ou autres, possède l'avantage d'isoler le copahu et d'éviter au malade le dégoût qui accompagne la déglutition. Mais, outre que cette déglutition est parfois très-difficile, les parois capsulaires souvent se fendillent ou se ramollissent, laissent transsuder du copahu; de plus, arrivé dans l'estomac, le médicament sorti de son enveloppe recouvre toutes ses propriétés et ses inconvénients, et nous avons vu qu'ils peuvent aller jusqu'à causer des accidents graves.

Il importait donc de trouver un moyen propre à faire disparaître les entraves qui s'opposent à l'administration du copahu, à son action thérapeutique elle-même.

La nouvelle préparation consiste en un savonule de copahu.

1° Le fait même de la saponification implique nécessairement la pureté absolue du copahu. Je dis nécessairement, car la solidification du copahu par la magnésie calcinée n'est pas une garantie positive de la pureté, attendu que de mauvais copahus, mélangés de certaines térébenthines, peuvent se solidifier plus ou moins. Le baume de copahu pur, de source authentique, seul se saponifie, seul il peut acquérir une bonne consistance pilulaire. Une foule d'expériences comparatives nous ont parfaitement édifié sur cette question, et il sera facile à qui que ce soit de s'en convaincre.

2° La résine, complétement saponifiée, devient digestible, assimilable, partant plus de vomissements, de gastrites, et autres accidents plus ou moins considérables causés par l'indigestibilité de la résine. (Fait admis depuis longtemps.)

3° Le copahu, rendu ainsi innocent, n'irritera plus la muqueuse intestinale, ne provoquera plus une sécrétion aussi brusque, aussi abondante, ne déterminera plus de contractions aussi actives de ce canal, et par conséquent il demeurera plus longtemps en contact avec les surfaces absorbantes; et s'il est vrai, comme l'affirment les thérapeutistes et comme le démontrent au moins en partie les qualités de l'urine sur l'individu soumis à l'influence du copahu, que les effets de

ce médicament soient dus aux particules qui pénètrent dans la masse du sang pour se rendre en partie dans la trame des tissus malades, en partie dans les urines qui baignent la surface de ces mêmes organes, cette préparation aura l'avantage de faciliter cette absorption.

4° La présence de la soude est une condition qui permettra aux sucs gastriques et intestinaux, à la bile, d'agir avec plus de promptitude sur la substance médicamenteuse, d'en opérer plus rapidement la solution ou au moins la division, circonstance qui vient encore diminuer les chances d'une action défavorable sur l'estomac et sur les intestins.

Il résulte de ce qui vient d'être dit que la proportion utile, active d'une dose formée de copahu, sera bien plus considérable, et que la quantité à administrer devra diminuer d'autant. Nouvel avantage, nouvelle chance d'éviter les accidents gastriques et intestinaux.

Tels sont les avantages de cette préparation. On voit qu'ils consistent surtout dans une modification profonde de la partie résineuse du copahu, modification telle, qu'une fois la résine saponifiée, elle est digestive en quelque sorte, et forme une émulsion qui suppose une division infinie du baume. Quant à l'huile essentielle, qui a la plus grande importance dans l'action thérapeutique du copahu, elle est emprisonnée en quelque sorte entre les molécules, et, par conséquent son action sera moindre sur les surfaces sensibles. Mais j'ai voulu qu'elle fût nulle au moment de l'ingestion du copahu. Pour cela, une couche de sucre déposée sur la savonule, à l'aide d'un procédé convenable, empêche d'une manière parfaite la transsudation la plus minime de copahu, et en masque complétement l'odeur et la saveur âcres et repoussantes.

LUXATION DU POIGNET EN ARRIÈRE.

Par M. le docteur PIACHAUD (de Genève).

Un jeune garçon de quatorze ans m'est amené le 8 octobre 1857; il vient de faire dans une chambre une chute en arrière, et, en voulant se retenir, c'est le poignet gauche qui a porté sur le parquet; mais il ne peut pas dire de quelle manière la main se trouvait placée au moment de la chute. L'accident étant tout récent, il n'y a pas de gonflement, mais il y a une déformation considérable au poignet gauche. Latéralement la main est restée dans l'axe de l'avant-bras; mais en arrière la portion carpienne fait une saillie arrondie très-notable environ à 3 centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde du cubitus; cette saillie est évidemment formée par la rangée carpienne articulaire; les tendons extenseurs sont soulevés par la tumeur. A la face palmaire existe un enfoncement profond au niveau de la racine des éminences thénar et hypothénar; il semble qu'on y ait donné un *coup de hache;* le sillon a près d'un centimètre de profondeur. On sent distinctement l'apophyse styloïde du cubitus et l'extrémité inférieure du radius; toutes deux sont intactes. La direction générale de la main est portée vers la face palmaire.

Je procède immédiatement à la réduction, en faisant maintenir solidement l'avant-bras, et en exerçant une traction méthodique et graduée sur la main jusqu'à ce que je sente que la rangée carpienne est arrivée au niveau de l'articulation : à ce moment, je fléchis la main, et à l'aide de mes pouces j'appuie fortement le dos du carpe en avant; aussitôt j'ai la sensation, partagée par le malade, que les surfaces sont rentrées à leur place, et en effet la déformation a complétement disparu; les mouvements du poignet s'effectuent très-facilement, et il ne me paraît rester aucune lésion.

Je me contentai de l'application d'un bandage contentif pendant quelques jours.

DU CAMPHRE DANS L'EMPOISONNEMENT PAR LA STRYCHNINE.

Par M. G. W. ARNETT, M. D.

Le 20 février, je fus appelé en toute hâte pour visiter un nègre, âgé de vingt-huit ans, appartenant à M. R. C. N'ayant pour me rendre près de lui qu'une petite distance à parcourir, j'arrivai promptement au lit du malade, chez lequel je reconnus les symptômes suivants : il est étendu dans son lit, sur le dos, le corps s'inclinant un peu à droite; la face et le corps sont couverts d'une sueur abondante; la physionomie exprime une vive douleur et une grande frayeur; la tête est renversée en arrière, les muscles du cou et du dos sont fortement contractés. Cette espèce d'opisthotonos ne dure que peu de temps : il disparaît graduellement. Le trismus est manifeste; s'il diminue, ce n'est que d'une manière incomplète, et pour se montrer de nouveau et avec plus d'énergie. L'intelligence est intacte; il en est de même de la déglutition et des mouvements articulaires, tant qu'il n'y a pas de spasmes.

La gravité de l'affection ne me permit pas de prolonger mes observations. Deux moyens s'offraient à ma pensée pour combattre les accidents. J'avais lu dans le journal médical et chirurgical de la Nouvelle-Orléans que le camphre, en pareille occurrence, avait produit les plus heureux résultats; le second moyen dont je me proposais de faire usage si l'emploi du camphre ne répondait pas à mes espérances, c'était l'ingestion de substances adipeuses. Ma pensée, en ayant recours à ce remède, qu'on ne peut guère appeler ainsi, était de neutraliser l'effet de la strychnine, qui n'agit plus comme poison quand elle se trouve associée à des aliments gras; j'en concluais donc que les matières oléagineuses pouvaient détruire sa puissance toxique.

Comme le patient avait déjà vomi et que son maître y avait pourvu avant mon arrivée, je fis prendre immédiatement le camphre, et je pus de suite en constater les effets. Je prescrivis deux onces de teinture, préparée sur place en dissolvant le camphre dans du wiskey commun; j'en fis prendre à mon malade ce qu'il en voulut. Après un quart d'heure environ, la gravité des symptômes commença à diminuer; après un nouveau quart d'heure je donnai une seconde dose, qui détermina des résultats favorables encore plus marqués. Deux heures s'étaient à peine écoulées, qu'il n'existait plus aucun symptôme alarmant. Je revis ce garçon le jour suivant : il était convalescent; il se plaignait bien encore un peu d'un sentiment douloureux le long de l'épine dorsale et de tournoiements de tête; mais tout cela s'effaça dans les vingt-quatre heures suivantes, et sans laisser de traces.

Depuis ce jour, j'ai eu de nouveau occasion d'employer le camphre pour combattre l'action délétère de la strychnine, et avec les mêmes avantages que la première fois. Je me suis fait une règle, quand j'emploie la strychnine, d'élever les doses de ce médicament jusqu'à ce que les yeux du malade me paraissent plus brillants, jusqu'à ce qu'il y ait des contractions nerveuses évidentes, de la douleur au front, etc.; mais, si ces symptômes dépassent la limite dans laquelle je désire les enfermer, j'appelle aussitôt le camphre à mon aide pour les dissiper, et je suis rarement trompé dans mon attente. J'espère que ce moyen sera désormais expérimenté par d'autres, et que les résultats de ces expériences seront publiés. J'ajoute qu'on doit l'employer largement, tout en proportionnant cependant la dose à la quantité de strychnine ingérée et à la violence des symptômes déterminés par cette ingestion.

(*Charlestown medical Journal and Review.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 novembre 1857. — Présidence de M. Michel LÉVY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'intérieur prie l'Académie de soumettre à l'analyse un échantillon de la graisse de porc fournie par les entrepreneurs de la maison centrale de Limoges. (Commissaires, MM. Lecanu, Chevallier et Henry.)

— M. le ministre du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de Seine-et-Oise et du Puy-de-Dôme pendant l'année 1856;

2° Un rapport de M. le docteur Maugenest, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Amand, sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Châteauneuf (commission des épidémies);

3° Le rapport de M. le docteur Lebret, médecin inspecteur des eaux minérales de Balaruc, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1855;

4° Les rapports des médecins en chef des hôpitaux militaires de Guagno et d'Amélie-les-Bains, sur les maladies au traitement desquelles les eaux minérales de ces deux localités ont été appliquées pendant l'année 1857;

5° Une demande d'avis et d'analyse relative à une eau minérale de Saint-Loubouer (Landes);

6° Une demande en autorisation d'exploitation d'une source minérale sise dans la commune de Casteljaloux (commission des eaux minérales);

7° Deux lettres relatives à des recettes de remèdes secrets (commission des remèdes secrets et nouveaux).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Leras, docteur ès sciences, adresse une lettre relative au pyrophosphate de fer et de soude. L'auteur signale, dans cette lettre, les avantages de cette préparation martiale comparativement au sel de M. Robiquet. (Commissaires, MM. Velpeau, Depaul, Boudet, Bouchardat, Trousseau, rapporteur.)

— M. Garnier, pharmacien à Paris, adresse une lettre dans laquelle il appelle l'attention de l'Académie sur l'inconvénient qu'il y a à se servir, dans les formules, de certaines dénominations chimiques qui peuvent entraîner des confusions regrettables.

— M. Broca communique à l'Académie quelques-unes de ses recherches sur la galvano-caustique, ou cautérisation galvanique.

— M. Pelletier (d'Orléans) adresse des renseignements relatifs à la statistique des causes de décès.

— M. le docteur Baud, inspecteur des eaux de Contrexeville, adresse une note sous pli cacheté sur les applications thérapeutiques d'une substance inusitée encore en médecine, de la cérébrine, principe oléophosphoré de la pulpe nerveuse.

Le dépôt est accepté.

— M. le docteur de Larue (de Bergerac) communique une nouvelle observation de hernie étranglée traitée avec succès par l'extrait de belladone à l'intérieur. (Commissaire : M. Malgaigne.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie qu'elle vient de faire une nouvelle perte dans la personne de M. Bertrand, inspecteur des eaux minérales du mont Dore, et membre associé de l'Académie.

— L'Académie est prévenue que des lettres d'invitation ont été adressées au bureau pour les membres de l'Académie qui désireraient assister à la séance de rentrée de la Faculté de médecine, qui aura lieu le 14 novembre.

— M. le président prévient l'Académie qu'elle se formera en comité secret à quatre heures et demie pour entendre le rapport pour les prix Lefèvre et Capuron.

L'Académie n'ayant reçu aucun mémoire pour le prix Portal, il n'y a pas lieu à faire de rapport. Une commission aura à examiner s'il y a lieu de maintenir la même question pour l'année prochaine ou d'en proposer une autre.

Cette commission, s'il n'y a pas d'opposition, sera composée de MM. Roche, Trousseau, Barth, Louis et Bégin. L'Académie adopte.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la statistique des causes de décès.

DISCUSSION.

Discussion sur la statistique nosologique des causes de décès. — M. MICHEL LÉVY, président. Je prie l'Académie de remarquer que cette séance est la quatrième qu'elle aura consacrée à la discussion sur la statistique des causes de décès, et que vingt-deux académiciens ou savants étrangers sont inscrits pour des rapports ou des lectures. Je crois utile de rappeler aussi que l'Académie a voté la première conclusion proposée par la commission, et que c'est sur la dernière conclusion, qui a surtout pour but d'indiquer de quelle manière il faut procéder pour recueillir les éléments de la statistique nosologique, que la discussion s'est prolongée depuis trois ou quatre séances. L'institution des médecins cantonaux et celle des médecins vérificateurs de décès ayant été diversement appréciées dans cette enceinte, la commission a pensé qu'il y aurait sagesse à ne pas les nommer explicitement, et elle vous propose une nouvelle conclusion.

M. GUÉRARD donne lecture de la nouvelle conclusion proposée par la commission. Elle est conçue en ces termes :

Deuxième conclusion. — « Pour assurer l'exécution de cet enregistrement régulier des causes de décès, il est nécessaire que tout médecin remette à l'autorité un bulletin cacheté indiquant la cause du décès du malade auquel il aura donné ses soins.

» Dans les cas de mort subite ou par accident, et dans ceux où les malades auront succombé sans avoir reçu les soins d'un médecin, l'autorité avisera à la constatation de la cause du décès en déléguant un homme de l'art (5e question). »

Quelques membres de la commission avaient pensé, ajoute M. Guérard, qu'il fallait indiquer que les hommes de l'art devraient être convenablement rétribués; la majorité de la commission a pensé que c'était là un droit, mais qu'il n'y avait pas lieu d'en faire mention. Dans les cas où l'autorité déléguera un homme de l'art, celui-ci aura droit à ce que l'on appelle *une vacation;* si l'autorité a sous la main un médecin cantonal, elle le prendra; elle pourra aussi confier le soin de constater la cause de décès à un médecin vérificateur, et dans les communes où il n'y aura ni médecin cantonal ni médecin vérificateur, l'autorité déléguera le médecin qu'il lui conviendra de désigner.

M. BOULLAY trouve un peu vague le mot *autorité.*

M. MICHEL LÉVY croit qu'il vaut mieux s'en tenir au mot générique *autorité;* en disant l'autorité, on désigne nécessairement l'autorité compétente.

Sur une interpellation de M. Collineau, M. Michel Lévy répond encore que la constatation doit toujours avoir lieu par le médecin traitant; l'autorité ne déléguera un médecin que lorsqu'il n'y aura pas eu de médecin traitant.

M. DEVERGIE demande si la délivrance du bulletin sera facultative ou obligatoire.

M. GUÉRARD. Nous n'avons pas voulu employer le mot *obligatoire*, qui suppose nécessairement l'intervention d'une loi, mais nous avons dit *il est nécessaire*, qui indique bien que, dans la pensée de la commission, la délivrance du bulletin ne doit pas être seulement facultative.

La deuxième conclusion est mise aux voix et adoptée.

M. GUÉRARD donne lecture de la troisième conclusion ainsi conçue : *Troisième conclusion.* — « Dans la rédaction de leurs bulletins indicateurs des causes de décès, les médecins seront libres d'employer les dénominations scientifiques qui leur sont familières (2e question). »

Vous ne devez pas oublier, dit M. le rapporteur, que le dépouillement général des bulletins doit être fait avec l'assistance de médecins; il est inutile dès lors d'assujettir les médecins à une classification à peu près impossible d'ailleurs, ou de rédiger une liste de synonymie. Il vaut mieux laisser chacun employer les dénominations qui lui sont le plus familières.

M. GIBERT ne voit pas l'utilité de ce paragraphe.

M. GUÉRARD. Cette conclusion répond à une demande du ministre, la deuxième.

M. GIBERT. C'est que je trouve cette conclusion un peu naïve; il eût suffi de l'indiquer dans la précédente.

M. MICHEL LÉVY. La commission de statistique s'est réunie hier, et elle a reçu les communications verbales du chef de bureau de statistique au ministère de l'agriculture et du commerce, M. Legoyt. On aurait désiré au ministère une liste de synonymie, afin de se passer de l'intervention des médecins; mais, dans la conviction de la commission, une bonne statistique mortuaire ne peut être obtenue qu'avec les conseils et l'assistance des médecins.

M. JOBERT (de Lamballe). Nous aimons assurément à entendre parler M. le président, mais il me semble que c'est à M. Guérard à défendre les conclusions de son rapport; il résulte de l'intervention répétée de M. Michel Lévy dans la discussion une confusion que je ne puis m'empêcher de faire remarquer.

M. MICHEL LÉVY, président. Il suffit qu'une pareille observation ait été formulée par un membre de l'Académie pour que je me fasse un devoir de quitter pendant cette discussion le fauteuil de la présidence. Je prie M. le vice-président Laugier de vouloir bien me remplacer au fauteuil. (M. Laugier prend le fauteuil de la présidence.)

M. PIORRY. Le médecin n'est pas libre d'écrire tel ou tel mot sur le bulletin de décès; un mot doit toujours être la représentation d'une idée. Celui qui dit *gastro-entérite*, par exemple, veut dire que l'estomac et l'intestin sont enflammés. Celui qui dit *dotinenthérie* veut dire qu'il existe une maladie des glandes de l'intestin. Et de même partout. Comment voulez-vous faire une statistique avec des mots qui ne désignent pas vos pensées? Mieux vaut se servir du mot *fièvre*, tout brut qu'il est, que d'employer des dénominations sur lesquelles vous ne pouvez vous accorder.

M. GUÉRARD combat l'opinion de M. Piorry; qu'importe à la statistique l'idée doctrinale qu'on se forme de telle ou telle maladie; ce qui importe, c'est le fait en lui-même. Le mot, qui exprime aujourd'hui ce qui est, ne l'exprimera plus demain, pas plus qu'il ne l'exprimait hier. Le mot *gastro-entérite*, employé à une autre époque, représentait ce que nous appelons aujourd'hui *fièvre typhoïde*. Comme il y a des hommes, fort habiles praticiens d'ailleurs, qui se servent de certaines dénominations usitées à une autre époque, ces médecins doivent être libres de les employer de préférence dans la rédaction des bulletins indicateurs de la cause de décès. Pourvu que ces dénominations aient eu cours dans la science, nous les acceptons pour faire un relevé complet des causes de décès. Il vaut mieux que les médecins se servent de nomenclatures moins parfaites, mais généralement connues, que de nomenclatures plus exactes mais non communément acceptées.

M. LAGNEAU. Il est impossible qu'il n'y ait pas une divergence extrême entre les dénominations attachées à diverses maladies par les praticiens de province. Il y a encore parmi eux des médecins imbus de la théorie de Stahl, d'autres élevés dans les idées déjà fort raisonnables de Cullen; les uns sont demeurés partisans de Pinel et beaucoup encore de la médecine physiologique. Tous les médecins auront leur manière de désigner les maladies selon la nature de leurs études. Tous les bulletins divers arriveront à une commission centrale, composée de médecins parfaitement au courant des progrès de la science depuis

soixante ou quatre-vingts ans; cette commission en fera le dépouillement mieux que personne, et elle y verra clair, quelles que soient les idées qui aient présidé à la rédaction des bulletins.

La clôture de la discussion sur la troisième conclusion est mise aux voix et adoptée.

La troisième conclusion elle-même est ensuite adoptée par l'Académie.

M. LE RAPPORTEUR donne lecture de la quatrième conclusion.

Quatrième conclusion. — « Il y a lieu de procéder dès à présent, et autant que possible, à l'enregistrement de toutes les causes de mort (3e question). »

M. LE RAPPORTEUR ajoute quelques considérations pour montrer qu'il n'y a aucun avantage à poser des limites à la statistique nosologique et qu'il est préférable de la généraliser dès le début, plutôt que de la restreindre à un certain nombre de causes de décès plus importantes ou plus faciles à reconnaître. M. Guérard rappelle à cette occasion un passage du rapport primitif, et comme exemple de l'utilité de cette extension donnée à la statistique, il cite ce fait : Une maladie assez peu commune, celle que détermine le botryocéphale, se manifestant ordinairement dans une localité de la Suisse, avec une fréquence exceptionnelle, M. Milne-Edwards a recherché l'explication de cette endémie singulière, et il en a indiqué la cause probable.

La quatrième conclusion est mise aux voix et adoptée.

On passe à la cinquième conclusion, dont M. GUÉRARD est invité à donner lecture. En voici le texte :

Cinquième conclusion. — « Ce service d'enregistrement devra être établi dès le début dans toutes les communes, et non limité aux principales villes et aux chefs-lieux d'arrondissement (4e question). »

La cinquième conclusion est adoptée sans discussion.

Sixième conclusion. — « Une circulaire, rédigée à ce sujet par l'Académie, sera adressée à tous les médecins de l'empire (6e question). »

Nous avons pensé, ajoute M. Guérard, que l'immense majorité des médecins ne voudrait pas refuser son concours à une question qui est surtout de l'ordre scientifique. Il y a, en France, environ huit cent mille décès par an; en supposant que le quart de ces décès arrive par accident ou faute de secours, c'est déjà une notable proportion sur laquelle nous sommes assurés d'avoir des renseignements par les médecins délégués par l'autorité. Quant aux autres, nous n'avons pas hésité à croire que, du moment où les familles seraient rassurées par le secret du bulletin, il n'y aurait aucune raison pour le médecin de se refuser à indiquer la cause du décès. Tous les jours nous donnons cette indication aux personnes de la famille d'un malade que nous avons perdu, à des indifférents même; pourquoi la refuserait-on lorsqu'on parle au nom de la science? Il résulterait de l'ensemble des bulletins une réunion de matériaux qui serviraient aux progrès de la science. Le président de la commission de statistique et la commission ellemême ont reçu un grand nombre de lettres de médecins de province qui déclarent qu'on se prêtera généralement à fournir les éléments de statistique que nous réclamons; c'est pourquoi nous avons rejeté l'idée de demander une loi, qui entraînerait nécessairement une pénalité pour ceux qui négligeraient de s'y conformer.

M. CAZEAUX. Plus on attache d'importance à l'établissement de cette statistique, plus il importe, pour en assurer l'exactitude, de rendre obligatoire la délivrance des bulletins indicateurs des causes de décès, et l'on ne peut y arriver qu'au moyen d'une loi. Cette loi n'aura rien de bien particulier, de bien nouveau; elle ressemblera en tous points à la loi qui prescrit la déclaration de naissance par le médecin, en l'absence du père. Je sais bien qu'il y aura d'abord un mouvement d'émulation et d'effervescence parmi les médecins pour concourir à cette statistique nosologique; mais cette ardeur ne sera pas de longue durée, et neuf fois sur dix vous n'obtiendrez aucune indication de la cause de décès, en l'absence d'une loi qui rende cette constatation obligatoire. C'est parce que j'attache une grande importance à la statistique nosologique, que je voudrais qu'on se mît en garde contre les effets de l'incurie et de la négligence. Une loi sur la déclaration des causes de décès n'aurait rien de plus humiliant, de plus blessant que la loi sur les naissances, à laquelle personne ne songe à se soustraire.

M. GUÉRARD. Nous avons dit, dans la deuxième conclusion : *Il est nécessaire que tout médecin remette à l'autorité un bulletin cacheté indiquant la cause du décès du malade auquel il aura donné ses soins;* nous n'admettons donc pas que cette indication sera facultative. En exprimant la nécessité de la remise du bulletin, l'Académie espère que son invitation sera entendue de tous les médecins; si des résistances imprévues se produisaient, il faudrait bien les vaincre, ce serait à l'autorité à aviser; l'Académie aura rempli son devoir en indiquant ce qu'il est nécessaire d'obtenir.

M. CAZEAUX. Il ne faut pas s'attendre à des résistances, mais à de l'incurie, de la négligence, à des oublis nombreux, et l'on n'aura plus alors que des résultats très-incomplets. J'admets bien que, dans les villes, les lacunes seront peu nombreuses; mais en sera-t-il de même dans les campagnes, là où il faudra faire deux ou trois lieues pour porter un bulletin ou l'expédier par un messager? Une loi me paraît indispensable, et je repousse de toutes mes forces l'idée qu'elle pourrait avoir quelque chose d'humiliant pour le corps médical.

M. VELPEAU. Comme M. Cazeaux j'entrevois bien des raisons qui s'opposeront à l'enregistrement régulier des causes de décès, mais je ne pense pas qu'une loi doive être invoquée en pareille circonstance. M. Cazeaux nous a dit : Cela se fait pour les déclarations de naissance, et les médecins se résignent, mais les médecins n'en sont pas pour cela très-heureux; l'exemple cité n'est certainement pas encourageant. Cette loi nouvelle serait certainement une source d'ennuis, de tracas pour le médecin. Je comprends bien que sans cette loi il est à craindre qu'on n'obtienne que des résultats très-incomplets. Ne pourrait-on s'y prendre autrement? Il y a une pensée que j'ose à peine émettre à cause des idées *un peu romanesques* que l'Académie me paraît avoir sur le corps médical. Est-ce qu'il n'y aurait pas moyen d'attacher une petite rémunération à cette constatation de la cause de décès; cela ne blesserait personne et serait un encouragement aux médecins de campagne, dont la mission est souvent si pénible. Je ne pense pas qu'il y ait là rien de bien dispendieux pour l'administration.

M. GUÉRARD. Le nombre des décès dépasse huit cent mille par an, comme je l'ai déjà dit, et il s'agirait de plusieurs millions à dépenser dans ce but de statistique. Le médecin n'a pas à se déplacer; rentré chez lui, il rédige un bulletin, le cachète et l'envoie à la mairie. Ce bulletin porte un numéro d'ordre, et doit être conservé cacheté jusqu'à son envoi au chef-lieu. Là seulement il est ouvert loin des personnes intéressées à soulever le voile qui cache la cause du décès. Il y a obligation de fournir ce bulletin, puisqu'il porte un numéro correspondant à celui qui est porté sur le registre des décès. Vous pouvez craindre que le médecin ne donne une indication vague, qu'il déclare que le malade a succombé à une maladie inconnue. Il suffirait pour voir disparaître cet inconvénient, de publier que dans telle localité le nombre des maladies inconnues est considérable.

M. MICHEL LÉVY. La divergence n'est pas grande entre M. Cazeaux et la commission. Que dit la commission? La remise du bulletin est nécessaire. M. Cazeaux veut qu'elle soit obligatoire. M. Cazeaux veut une loi, la commission le voudrait aussi, mais elle a reculé devant une semblable demande; elle a eu des scrupules, une répugnance légitime à exprimer formellement le vœu de cette loi. Un mot encore; je me sens à l'aise en défendant les conclusions de la commission, car l'ensemble du système ne répond pas à ma pensée. J'aurais voulu la statistique par d'autres moyens; mais, avant tout, je veux la statistique, et ceux-là mêmes qui lui font opposition avec le plus de talent se féliciteront des résultats auxquels elle devra conduire. Dans peu de temps, paraîtra un premier volume de statistique mortuaire, rédigé par les soins de l'administration, sous la direction de M. Legoyt; je ne saurais dire avec quels éléments ce volume a été composé; il ne contient nécessairement que des résultats partiels, mais on sera étonné des conséquences qui ressortiront de cet essai de statistique. Je veux la statistique même par des moyens qui ne sont pas les miens. M. Velpeau, avec le côté positif qui est le caractère de son esprit, voudrait attacher une rémunération à la rédaction du bulletin de décès. Mais ce bulletin est le devoir moral du médecin; c'est, comme on l'a dit avec raison, le véritable complément de l'état civil, le complément moral de la mission du médecin. Le médecin, qui dispose de la vie humaine d'une façon presque irresponsable, qui agit, décide, tranche sous sa seule responsabilité, ne doit-il donc aucun compte à la société, quand le malade succombe, quand le blessé vient à périr? Le dernier des comptables des manutentionnaires justifie du compte des sacs de farine qu'il a reçus ou livrés, et le compte de sortie des malades ne serait pas qualifié? Serais-je romanesque en insistant sur une pareille anomalie? Mais cela se fait dans les hôpitaux civils comme dans les hôpitaux militaires; la cause du décès est toujours constatée. Ce qui se fait pour le dernier des indigents, pourquoi ne pas l'étendre à la pratique libre; il ne s'agit que de développer ce qui existe déjà. Ce sera, je le répète, le complément moral de la mission du médecin. Reste le scrupule d'énoncer la nécessité d'une loi; la commission est prête à inscrire dans ses conclusions que cette loi est nécessaire.

M. MALGAIGNE. J'applaudis de tout mon cœur aux paroles de M. Lévy; mais je ne vois pas bien ce qu'il a voulu démontrer. Nous sommes peut-être un peu moins avancés après qu'avant son discours. Nous désirons tous la statistique; nous avons dit, dans la deuxième conclusion, il *est nécessaire* que tout médecin remette un bulletin. Le ministre demande comment on obligera tous les médecins à remettre ce bulletin; s'il suffira d'une invitation de l'Académie ou s'il faut une loi. La commission estime que la délivrance du bulletin doit être obligatoire, et elle déclare qu'il suffira d'une circulaire. La commission vient de nous dire qu'elle ne comptait pas le moins du monde sur l'efficacité de cette circulaire.

M. GUÉRARD. Je n'ai pas dit cela.

M. MALGAIGNE. Une circulaire n'obligera personne. Mais j'entre dans les hautes considérations de M. Lévy. Le bulletin indicateur, nous a-t-il dit, c'est le complément moral de la mission du médecin : le moindre comptable rend compte des objets qui lui sont confiés. C'est très juste, mais les comptables sont payés pour cela. Nous faisons cette statistique dans les hôpitaux; mais nous sommes payés pour cela. Je dis que nous sommes payés pour cela; et voyez comme tout tout cela vient au-devant de nous. On nous présente, le lendemain de la mort d'un malade, une feuille de décès sur laquelle nous n'avons qu'à écrire la cause de la mort et à signer. Il est très-facile de dire de belles choses sur la profession médicale et le dévouement des médecins. Je suis d'avis que sur ce sujet on n'en dira jamais assez; mais ce dévouement est le plus souvent méconnu, et les médecins commencent à se lasser de la situation qui leur est faite. Le médecin de charité qui se dérangera pour constater une cause de décès sera rémunéré : c'est le cas de la vacation. Pourquoi ne pas étendre ce bénéfice à tous les médecins. Un médecin peut être, à Paris, éloigné d'une demi-heure ou trois quarts d'heure de la mairie dans la circonscription de laquelle résidait le malade auquel il a donné des soins; mais en province c'est bien autre chose; il peut en être à deux ou trois lieues. Les médecins sont bien obligés, dites-vous, d'accuser les naissances. Ce n'est pas tout à fait la même chose; cela est payé ou soi-disant payé par le prix de l'accouchement; l'humanité ou le lucre guide ici le médecin. En est-il de même pour une indication de décès? Que dira le médecin de province en apprenant votre décision? Il dira : Ces messieurs de l'Académie en parlent bien à leur aise, dans leur salle bien chauffée de la rue des Saints-Pères. J'ai entendu avec plaisir qu'on pouvait leur épargner une partie de ce dérangement. Mais les voilà obligés d'écrire ce bulletin, de le mettre sous enveloppe, de le jeter à la poste. Si cela va tout seul, je serai très-satisfait. Mais qui fera les frais de ces petites dépenses? J'ai proposé de renvoyer cette conclusion à la commission, qui l'examinera un peu plus mûrement. Si vous voulez une statistique, il faut que les médecins soient obligés de vous en fournir les éléments. Pour qu'ils y soient obligés, il faut dire au ministre comment il faut faire. Dites quelle est votre pensée; ne donnez à personne ce prétexte de dire que vous avez trompé la haute administration. Je penche beaucoup à croire qu'il faudra une loi; mais il faut prévenir le ministre que les médecins devront être indemnisés de leur perte de temps et de leurs fatigues. Ce qui empêche les praticiens de campagne de se tenir au courant de la science et de lire un journal (les journalistes de la presse médicale le savent fort bien), c'est qu'ils rentrent chez eux fort tard, harassés de fatigue, et qu'ils n'ont pas le temps de lire. Il faut réfléchir à tout ceci. M. Velpeau a touché le véritable point; il faut que cette statistique n'entraîne ni entraves ni dépenses pour le médecin. Je ne propose rien; la question est très-difficile. Ces difficultés ont été très-bien vues par M. Cazeaux et par M. Velpeau. Le corps médical doit vivre de sa profession; il ne faut pas le surcharger. Il faut prendre en considération la proposition de M. Velpeau, ou sinon la loi elle-même tombera en désuétude et fera maudire l'Académie qui l'aura provoquée.

M. GUÉRARD. M. Malgaigne m'a attribué la pensée de n'avoir pas confiance dans une circulaire de l'Académie; je crois que cette circulaire bien motivée sera favorablement accueillie. Il est dit, dans une des conclusions suivantes, qu'il y aura des bulletins imprimés qu'il s'agira simplement de remplir. Je suis moralement convaincu qu'il résultera de cette obligation un premier effet utile; le médecin, sachant qu'il devra inscrire sur un bulletin le nom de la maladie, mettra une attention plus grande à observer le malade. En bonne morale, il vaut mieux croire les hommes meilleurs que plus mauvais; c'est les exciter à mal faire que de les mal juger.

M. VELPEAU. Je demande pardon à l'Académie du mot *romanesque* que j'ai prononcé; je n'ai pas voulu dire qu'on faisait du roman, mais seulement qu'on restait un peu trop dans les nuages. Ma proposition ne me paraît pas devoir causer tant d'embarras ni de dépenses que l'a dit M. Guérard; le nombre des décès étant de 800 mille, quinze à dix-huit cent mille francs pourraient suffire. L'administration fait de ces dépenses pour des choses qui ont beaucoup moins d'importance.

M. CAZEAUX. Bien que j'aie été heureux d'entendre dire à M. Lévy que la commission estime qu'il serait bon de proposer une loi à la chambre, cela ne me paraît pas suffisant. Pourquoi la commission ne dirait-elle pas ce qu'elle pense, que la loi est utile et convenable, et ne ferait-elle pas remarquer l'insuffisance d'une circulaire académique?

M. GUÉRARD. Si on trouve, je ne dis pas de la tiédeur, mais des résistances, une loi sera nécessaire; mais nous devons avoir plus de confiance dans le bon vouloir de nos confrères.

M. MALGAIGNE insiste pour le renvoi à la commission.

Le renvoi à la commission est rejeté par l'Académie.

La sixième conclusion est mise aux voix et adoptée.

— Il est quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La séance de rentrée de la Faculté aura lieu après-demain samedi. Le discours d'usage sera prononcé par M. le professeur Nélaton. Le sujet de ce discours est l'éloge de Gerdy.

— La séance de rentrée des Ecoles préparatoires à l'enseignement supérieur d'Angers a eu lieu le 5 octobre, dans la grande salle de l'Ecole de médecine. M. Négrier, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie, a fait l'historique des travaux de l'année écoulée, et M. le docteur Dumont a, dans un discours très-remarquable, donné aux étudiants des conseils pleins de sagesse pour l'exercice de la profession dont ils font l'apprentissage.

Cette séance a été close par la distribution des prix aux élèves. Voici les noms des lauréats :

PRIX DE L'ECOLE DE MÉDECINE.

Elèves de 1re année. — *Prix :* MM. Janin et Dubourg, *ex æquo.* — *Accessit :* M. Laurent.

Elèves de 2e année. — *Prix :* M. Guinebertière. — *Accessit :* M. Priou.

Elèves de 3e année. — *Prix :* M. Meleux.

ELÈVES EN PHARMACIE.

Prix : M. Godin.

PRIX DE L'ADMINISTRATION DES HÔPITAUX.

1er *Prix :* M. Priou. — 2e *Prix :* MM. Guinebertière et Dubourg, *ex æquo.*

— M. le docteur A. Legrand vient d'être nommé membre correspondant de la Société médicale du canton de Genève.

— M. Serres, professeur au Muséum, membre de l'Académie des sciences, commencera son cours d'anatomie comparée le samedi 14 novembre à deux heures trois quarts, et le continuera les mardis et samedis suivants.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Couillaud, né à Chatain (Vienne); *De la trachéotomie dans le croup; indications et contre-indications.*

Fonteneau, né à Sougé (Loir-et-Cher); *De la dyssenterie observée en Algérie.*

Bocquet, né à Beuvry (Pas-de-Calais); *De l'hématocèle vaginale et de son traitement.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Mémoires de l'Académie impériale de médecine, t. XXIe, avec 5 pl. Un volume in-4o. Paris, 1857. Chez J. B. Baillière et fils.

Ce volume contient : 1o L'éloge de M. Roux, par M. Fr. Dubois; 2o le rapport général sur les prix décernés en 1856, par M. Depaul; 3o le rapport général sur le service médical des eaux minérales de la France pendant l'année 1854, par M. Guérard; 4o le rapport général sur les maladies qui ont régné en France pendant l'année 1854, par M. Barth; 5o l'histoire anatomo-pathologique des kystes, par M. Bauchet; 6o un mémoire de M. Bayle sur cette question : Y a-t-il un signe général des altérations du sang dans les maladies, et des signes particuliers pour chacune de ces altérations? 7o un mémoire de M. Silbert (d'Aix) sur la saignée dans la grossesse; 8o un mémoire intitulé : Du microscope et de ses applications à l'anatomie pathologique, au diagnostic et au traitement des maladies, par M. Michel; 9o un mémoire de M. Poterin du Motel, intitulé : Études sur la mélancolie et sur le traitement moral de cette maladie; un mémoire sur la rougeole épidémique qui a régné à Abbeville pendant l'année 1855, par M. Hecquet.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 134. — SAMEDI 14 NOVEMBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 134. — SAMEDI 14 NOVEMBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. De la statistique des causes de décès. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Traitement des accidents thoraciques de la fièvre typhoïde. — Fièvre pernicieuse de forme pneumonique. — Absence de cicatrisation des fractures linéaires des os plats et des os longs. — Aiguille à tricoter trouvée dans le foie. — Potion anti-diarrhéique. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 4 novembre. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 13 NOVEMBRE 1857.

DE LA STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS.

Nous avons vu que, pour répondre à une première objection tirée d'une difficulté inhérente à l'objet même de la statistique, c'est-à-dire la difficulté du diagnostic des maladies qui ont causé les décès, il suffirait de réduire ce diagnostic à ses termes les plus simples, en ne tenant compte que des unités morbides bien connues, et négligeant les maladies d'une nature douteuse ou trop difficiles à déterminer. Cette objection levée, voyons maintenant quel est le but qu'on se propose, et les résultats qu'on pourra atteindre avec ces renseignements.

On a dit au commencement de cette discussion, et cela est rappelé dans le préambule du rapport de la commission, qu'un service d'enregistrement des causes de décès fonctionnait depuis vingt ans à Genève, depuis quatorze ans en Bavière, depuis douze en Angleterre, depuis six en Belgique, etc. ; ce qui prouve, par parenthèse, que cela est possible. On sait aussi que le congrès international de statistique, dans les deux sessions qu'il a tenues en 1853 à Bruxelles, et en 1855 à Paris, a exprimé le vœu qu'il fût procédé à l'organisation d'un service de ce genre dans tous les pays de l'Europe. Il ne sera pas sans intérêt de rappeler ici les motifs sur lesquels se sont fondés les membres du congrès de statistique pour émettre ce vœu, d'autant plus que c'est ce vœu même qui a motivé les questions adressées à l'Académie par le ministre. Ce sera la meilleure manière de bien établir le but qu'on se propose.

Le congrès international, considérant les services que rend journellement la statistique à l'administration, a pensé qu'il serait utile d'engager les gouvernements à organiser partout, suivant les principes de la science, des enquêtes statistiques ; à rendre cette organisation analogue dans tous les pays, afin que la comparaison des résultats devenue possible, servît à étendre et à généraliser les déductions de la science ; à appliquer la statistique ainsi organisée à tous les faits sociaux qui peuvent se traduire par des nombres.

Parmi ces grands faits sociaux se présentait naturellement l'importante question des causes de décès. Ce fut aussi la première que le congrès de Paris mit à son ordre du jour.

Les membres éminents de la commission qui fut chargée d'étudier cette question ne se dissimulèrent et n'éludèrent aucune des difficultés qui s'offrirent tout d'abord à leur esprit, mais ils les réduisirent de suite en partant de ce principe, qu'il ne fallait se préoccuper surtout que de ce qui était possible dès à présent, et de ce qui était d'une application immédiate et universelle. Aussi, en établissant comme point de départ l'utilité de fixer dans tous les pays les causes morbides qui peuvent causer la mort, et de dresser une synonymie exacte de ces affections dans les langues parlées par les peuples représentés au congrès, la commission arrêta une liste des différentes causes de décès, qu'elle crut pouvoir, *au point de vue statistique*, reconnaître comme *unités* morbides, telles qu'elles sont reconnues effectivement dans tous les pays ; elle en élagua sciemment les maladies rares, ou qui ne donnent que rarement lieu à la mort, ou celles qui sont d'un diagnostic très-difficile, reléguant dans une catégorie commune sous le nom de *maladies mal définies*, toutes celles qui, soit par leurs symptômes mal définis ou par leurs caractères douteux, ne paraîtraient pas pouvoir être classées dans l'une des grandes unités morbides admises. Or, d'après les calculs approximatifs qui ont été faits, ces maladies mal définies ou d'un diagnostic difficile ou même impossible dans les conditions pratiques les plus communes, entreraient au plus pour un dixième dans les causes de décès, les maladies connues et susceptibles d'être habituellement diagnostiquées constituant les neuf dixièmes de la mortalité.

Quant aux dispositions de détail proposées par le congrès pour assurer l'exécution régulière et uniforme de l'enregistrement des causes de décès dans les différents pays de l'Europe, nous n'avons pas à nous en occuper ici. La plupart de ces dispositions se retrouvent d'ailleurs dans le rapport de la commission académique. Nous n'avons voulu indiquer seulement que les dispositions générales adoptées par le Congrès, pour montrer que la question avait déjà été étudiée, et qu'un certain nombre d'objections qui ont été faites au rapport avaient été prévues et en partie levées par le congrès.

L'Académie se serait épargné des longueurs et des débats inutiles, si la plupart des membres qui ont pris part à cette discussion avaient pris la peine de se mettre au courant de la question.

Quels résultats peut-on attendre de la statistique des causes de décès?

La question, sous ce point de vue, a été si bien étudiée et si bien exposée par M. le docteur Bertillon, l'un des membres du congrès de statistique, dans plusieurs publications périodiques et dans l'introduction de ses *Conclusions statistiques contre les détracteurs de la vaccine*, que nous ne saurions mieux faire que de lui emprunter les principaux faits et arguments qu'il a fait valoir en faveur de cet établissement projeté.

« Des problèmes considérables, écrivait notre savant confrère dans une série d'articles publiés il y a un an dans l'*Union médicale*, précisément à l'occasion des questions posées par M. le ministre à l'Académie, des problèmes considérables restent pendants parce qu'il est impossible de les résoudre sans la statistique nosologique ; tels sont ceux de l'antagonisme des maladies, des influences professionnelles, climatériques, géographiques, géologiques, connaissances si importantes en hygiène et si imparfaites, tant que de vaines et mensongères intuitions remplaceront les données positives de l'observation accumulée. On a dit qu'il y avait répulsion entre le miasme paludéen et les affections strumeuses et tuberculeuses. Quel autre moyen de le démontrer, que de rechercher si, dans nos contrées marécageuses, il y a autant, ou plus ou moins de phthisiques qu'ailleurs ?

» Des statisticiens ont attiré l'attention sur l'influence favorable des terrains crétacés. Ainsi un bon nombre de nos départements les plus favorisés sous le rapport de la vitalité, reposent sur un sol jurassique. Voilà une vue rationnelle ; mais le vrai moyen d'analyser les influences géologiques n'est-il pas de ranger les décès par causes et par âge, suivant la carte géologique de France ?

» Les astronomes viennent d'obtenir la création d'observatoires disséminés sur les différents points du territoire, afin de déterminer partout les modifications météorologiques, atmosphériques, etc. Quelle précieuse occasion offerte aux sciences médicales pour étudier parallèlement les rapports qui peuvent exister entre ces modifications rigoureusement déterminées et la santé publique, pour apprécier les influences de l'ozone, de l'iode, de l'électricité, du magnétisme ? » etc.

Et plus loin : « C'est surtout à l'étiologie, et par suite à l'hygiène publique, que la connaissance de la distribution géographique des causes de décès fournira de puissants secours. Pouvoir chaque année comparer successivement la distribution des causes de décès avec les modifications physiques et chimiques, fixes ou variables du sous-sol, du sol et de la végétation, des eaux, de l'air et du ciel ; pouvoir la comparer avec les quantités de ces fluides impondérables dont nous subissons l'action sans en avoir la conscience, mais dont nos chimistes, nos physiciens, nos astronomes savent mesurer la quantité et les qualités ; et, après avoir épuisé, s'il se peut, l'étude de ces rapports des phénomènes naturels avec nos maladies, pouvoir comparer cette même distribution nosologique avec les âges, les professions, les habitations, enfin avec toutes les influences artificielles dont les hommes s'entourent ; voilà certes tout un nouveau monde à livrer à l'étude, et dont il est impossible de mesurer l'étendue et les richesses ! »

Il peut se faire qu'un peu de fantaisie entre dans ce tableau, et que l'avenir ne réalise pas traits pour traits cette brillante image que M. Bertillon fait miroiter à nos yeux. Mais quelque inférieurs que soient à cet idéal les résultats réels d'une statistique établie sur les bases larges qu'il s'agit de lui donner, il est impossible de se refuser à admettre qu'ils seront encore d'une utilité et d'une importance considérables. Il faut surtout, pour en apprécier les avantages probables, se reporter à ce que l'on sait ou plutôt à ce que l'on ignore aujourd'hui sur tous ces points. Écoutons encore un instant M. Bertillon.

« Au lieu des connaissances précises que nous acquerrons par la statistique des causes de décès, quel est notre avoir aujourd'hui? Que l'on demande à un médecin quelles sont en France les localités les moins ravagées par la phthisie, si ces différences notables existent à ce sujet, si les rivages sont favorables ou défavorables, etc., il n'en est pas un qui puisse répondre avec connaissance de cause. Ainsi, voilà une maladie qui moissonne environ le dixième de l'espèce humaine, qui s'abat de préférence sur l'âge le plus précieux, la jeunesse adulte, qui cause, dit-on, la moitié des décès de quinze à trente ans, qui se transmet par l'hérédité, et qui souvent finit, après avoir désolé et ruiné les familles, par les éteindre entièrement ; et nous ne savons aucune des conditions d'existence de cette maladie terrible. Nous ne disons que par préjugé quels sont les lieux, les natures de sol, les expositions, les climats qui la combattent ou qui la favorisent ; nous ne pouvons donner un conseil valable à une famille qui, tremblante sous la menace de l'hérédité, veut fuir et porter sa résidence dans les contrées où elle a le plus d'espoir d'échapper à l'implacable fléau qui la poursuit ! »

Nous croyons en avoir dit assez pour montrer quelle est l'importance réelle, quelle peut être l'utilité sociale et pratique de la statistique des décès. Nous laissons avec intention de côté les résultats scientifiques importants qu'elle pourrait avoir aussi par la suite, à mesure que la masse des médecins mieux familiarisée avec son but, et rendue plus attentive à l'examen des malades par la nécessité de formuler le diagnostic des maladies susceptibles d'entraîner la mort, sera devenue plus apte à y porter l'exactitude et la précision scientifiques.

En réduisant les renseignements fournis aux notions diagnostiques les plus élémentaires, telles que nous les avons énoncées dans un précédent article, on voit combien ils peuvent être encore utiles et combien il est désirable que le projet ministériel reçoive son exécution.

Il nous reste maintenant à examiner les difficultés pratiques qui ont été objectées ; c'est ce que nous ferons dans un prochain article. — Dr Brochin.

La Faculté ouvrira ses cours d'hiver les lundi 16 et mardi 17 novembre. Ces cours auront lieu dans l'ordre suivant :

COURS.	PROFESSEURS.	JOURS.	HEURES.
Pharmacie	Soubeiran	Lundi, mercredi, vendr.	A 10 h. 1/2.
Physiologie	Bérard, suppléé par M. Béclard, agrégé.	Lundi, mercredi, vendr.	A midi.
Pathologie chirurgicale.	Denonvilliers	Mardi, jeudi, samedi.	A 4 h.
Chimie médicale	Wurtz	Mardi, jeudi, samedi.	A 10 h. 1/2.
Opérations et appareils.	Malgaigne	Lundi, mercredi, vendr.	A 4 h.
Pathologie et thérapeutique générales	Andral, suppléé par M. Lasègue, agrégé.	Mardi, jeudi, samedi.	A 3 h.
Pathologie médicale	Natalis Guillot	Lundi, mercredi, vendr.	A 3 h.
Anatomie	Jarjavay, chef des travaux anatomiques et agrégé, chargé du cours.	Mardi, jeudi, samedi.	A midi.
Clinique médicale	Bouillaud, Piorry	à la Charité.	Tous les jours de 6 à 10 h. du matin.
	Rostan, Trousseau	à l'Hôtel-Dieu.	
Clinique chirurgicale	Laugier, Jobert (de Lamballe)	à l'Hôtel-Dieu.	
	Velpeau	à la Charité.	
	Nélaton	à l'hôp. de la Faculté.	
Clinique d'accouchements	P. Dubois	à l'hôp. de la Faculté.	

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Traitement des accidents thoraciques de la fièvre typhoïde.

Ce n'est point du traitement général de la fièvre typhoïde qu'il s'agit ici. Nous aurons prochainement l'occasion de toucher à cette vaste et difficile question, trop négligée à notre avis par les cliniciens, et qui est cependant l'une des plus importantes de la médecine pratique. Nous n'avons pour le moment d'autre intention que d'appeler l'attention des lecteurs de la *Revue* sur un mode de traitement des accidents thoraciques dans cette forme particulière de l'affection typhoïde caractérisée par la prédominance de ces accidents, ou si l'on aime mieux dans la fièvre typhoïde à forme thoracique. Ce mode de traitement, préconisé par M. le docteur Béhier, médecin de l'hôpital Beaujon, qui assure en avoir retiré de très-bons effets, consiste dans l'application des ventouses sèches en très-grand nombre sur les parois thoraciques et surtout sur les membres inférieurs.

Avant d'entrer dans les détails d'application de ce traitement et d'en faire connaître les résultats, il est bon de dire d'après quelles considérations cliniques M. Béhier a été conduit à en généraliser l'emploi sur les malades de son service.

Voici en quels termes s'exprime M. Béhier à cet égard dans un mémoire qu'il vient de publier sur ce sujet dans les *Archives générales de médecine :*

« En dehors des cas, très-rares du reste, dans lesquels une complication phlegmasique, une pneumonie véritable vient se joindre à l'élément pathologique primitif, les désordres qui se manifestent alors vers les organes pulmonaires ne sont pas autre chose qu'une congestion analogue à celles que l'on rencontre vers différents points de la peau. Ces larges surfaces, d'un rouge sombre, non douloureuses, ne présentant aucune augmentation de chaleur, que

l'on observe vers différents points de l'enveloppe cutanée chez les sujets atteints de fièvre typhoïde, et qui tantôt occupent les bras ou les avant-bras, tantôt la face, le nez, les pommettes, peuvent servir à faire comprendre le mécanisme de ces congestions pulmonaires que l'on trouve, mais à un degré d'intensité variable, chez tous les sujets atteints de cette maladie. »

Comme les congestions cutanées, ces congestions pulmonaires ont évidemment en effet le caractère passif; elles répondent à ce que l'on désigne sous le nom de *pneumonie hypostatique*. Peu intenses, comme elles le sont le plus ordinairement dans la fièvre typhoïde, elles n'entraînent aucune indication spéciale ou n'entrent que pour une très-minime part dans les indications générales. Mais dans quelques cas, soit en vertu d'une disposition individuelle, soit par le fait d'une influence plus générale, telle qu'une constitution médicale spéciale, tout en conservant le même caractère, elles acquièrent un haut degré d'intensité. Cette dernière influence peut même, ainsi que M. Béhier le fait remarquer avec juste raison, ajouter un élément de plus. C'est ainsi, par exemple, que chez certains malades on voit se joindre à l'état congestionnel passif des poumons une affection des bronches, une sorte de bronchite capillaire.

Lorsque cette congestion prend un développement considérable, on voit apparaître les signes d'une asphyxie pulmonaire croissante. De là une cause de danger imminent, qui est indépendante de l'état typhoïde proprement dit.

Cette indication n'avait certainement point échappé aux praticiens, et la thérapeutique n'était point complétement désarmée contre cet accident. Mais parmi les moyens le plus généralement usités en pareille circonstance, les uns, tels que les évacuations sanguines, ne sont pas sans inconvénients pour l'état général; et d'ailleurs, en tendant à augmenter la faiblesse et avec elle la passivité pulmonaire, ils vont bien plutôt contre le but qu'on se propose, qu'ils ne lui viennent en aide; les autres, tels que les vomitifs, ipéca ou antimoniaux, sont assurément bien mieux appropriés à cette indication, et rendent journellement des services en pareils cas. Mais ils ont paru à M. Béhier insuffisants dans le plus grand nombre des cas. Comme on le verra d'ailleurs, leur usage se concilie fort bien avec le moyen préconisé.

Considérant la mobilité des congestions en général chez les sujets atteints de fièvre typhoïde, et convaincu de la nature congestive des phénomènes pulmonaires dont il s'agit, M. Béhier s'est demandé s'il n'y aurait pas de l'avantage à mettre en usage un moyen de dégorger le poumon, qui ne fût pas emprunté à la thérapeutique spoliatrice, et qui se bornât à opérer un simple déplacement.

C'est d'après ces vues qu'il a tenté dans ce cas l'application des ventouses sèches apposées en nombre considérable sur la poitrine, et surtout sur les membres inférieurs. Il est arrivé, d'essai en essai, à faire poser de 60 à 80 ventouses matin et soir. Cette application réitérée le soir lui a paru nécessaire pour s'opposer au retour de la congestion, détournée temporairement par la dérivation exercée le matin.

Sous l'influence de ces applications réitérées de nombreuses ventouses, il s'est produit souvent de très-larges ecchymoses, persistant pendant un temps plus ou moins long; mais il ne paraît pas, d'après ce qu'affirme au moins M. Béhier, qu'elles aient jamais été suivies d'un accident quel qu'il fût, bien que chez quelques malades le nombre des ventouses ait été de plus de 500 en dix jours.

Voici maintenant l'analyse sommaire de quelques faits, qui aidera à se faire une idée des résultats de cette médication, dont les premiers essais datent de deux ans.

Chez une première malade, jeune fille de vingt ans, présentant dès le surlendemain de son entrée à l'hôpital Beaujon tous les symptômes d'une fièvre typhoïde bien caractérisée, avec prédominance marquée des phénomènes morbides du côté du thorax: toux, oppression, gêne extrême de la respiration, crachats muqueux; râles muqueux et sonores très-abondants des deux côtés, surtout à la base en arrière; sonorité affaiblie, mais sans matité réelle. — Un vomitif suivi d'une application de sinapismes sur les membres inférieurs ne produit pas d'amendement notable.

Le jour suivant, on prescrit un nouveau vomitif (ipéca) et 40 ventouses sur le thorax. L'oppression diminue beaucoup.

Après une seconde application de ventouses, il n'y a plus d'oppression du tout; la sonorité de la poitrine devient parfaite. On ne fut point obligé de revenir à une troisième application.

Sous l'influence de quelques toniques et du régime, les autres symptômes typhoïdes se dissipèrent rapidement, et la malade entra très-promptement en convalescence.

Chez un second malade, garçon de vingt-huit ans, atteint de fièvre typhoïde avec état adynamique et prédominance des accidents thoraciques, 4 ventouses scarifiées et 160 ventouses sèches en cinq jours, sans le concours des vomitifs, dissipent les accidents thoraciques, mais sans exercer aucune influence sur les autres symptômes, qui cédèrent plus tard. L'extrait de quinquina et le régime ont fait avec les ventouses tous les frais du traitement.

Dans une troisième observation, nous voyons l'application successive de 460 ventouses sèches sur les membres inférieurs pendant six jours, amener à ce terme la disparition des symptômes thoraciques. Les autres symptômes cèdent le dix-neuvième jour du traitement et le trente-quatrième de la maladie.

Mêmes résultats à peu près dans une quatrième et une cinquième observation, avec 530 ventouses pour l'une, et 500 pour l'autre.

Enfin dans une sixième observation, la fièvre typhoïde, d'abord de forme abdominale, se complique vers le vingt-deuxième jour d'accidents thoraciques. 200 ventouses en cinq jours conjurent ces derniers accidents, qui avaient dans ce cas plus de gravité que dans les précédents.

M. Béhier fait remarquer en outre que chez quelques-uns de ces malades, la somnolence, le délire et la surdité ont paru heureusement modifiés par l'emploi de ce moyen. Ce même effet a été constaté chez d'autres malades, dont les observations n'ont point été rapportées. M. Béhier a vu plusieurs fois l'application des ventouses sèches en grand nombre calmer le délire tranquille et dissiper assez promptement la somnolence et le coma. Dans ces derniers cas, les accidents cérébraux étaient prédominants, et on ne constatait rien de bien tranché du côté de la poitrine.

D'après ces résultats, l'utilité de cette dérivation puissante lui paraît probable dans les formes comateuses, mais il n'en a pas étudié les effets sous ce rapport d'une manière assez rigoureuse pour formuler une opinion précise à cet égard. Quant aux formes ataxiques avec délire violent, dans trois cas où il a tenté de l'employer, elle ne lui a donné aucun résultat. Les préparations opiacées à doses assez élevées, unies au musc, lui ont paru de beaucoup préférables dans cette circonstance.

Enfin, un point sur lequel M. Béhier insiste beaucoup, c'est l'innocuité complète dont ce moyen lui a paru jouir. Jamais, dit-il, on n'a observé aucun désordre local à la suite des applications de ventouses, et jamais cette dérivation, quoique très-énergique, n'a paru déterminer aucun trouble de l'économie.

Fièvre pernicieuse de forme pneumonique.

Il est des sujets de médecine pratique sur lesquels on ne saurait trop souvent revenir, malgré leur apparente banalité; parce que, d'une part, ils sont d'une importance capitale — la moindre erreur de diagnostic en pareil cas, et la plus petite négligence à saisir au moment opportun l'indication thérapeutique, entraînant une issue presque constamment fatale — ; et d'autre part, parce que si, dans certaines contrées, les faits de ce genre n'échappent pas habituellement à l'attention du praticien, il n'en est pas de même partout, et notamment à Paris, où nous avons eu plusieurs fois le regret de les voir méconnaître par les hommes les plus habiles. Tel est le cas des fièvres pernicieuses en général, et particulièrement de la fièvre pernicieuse de forme pneumonique.

C'est ce motif, joint à l'intérêt même du fait, qui nous engage à mettre sous les yeux de nos lecteurs l'observation suivante, que M. A. Camino, interne à l'hôpital d'Alger, nous communique à l'occasion des faits de ce même genre que nous avons déjà publiés.

Le 25 novembre 1854, par une constitution épidémique abondante en fièvres paludéennes, s'est présenté à l'hôpital civil le sieur B..., cultivateur, âgé de trente et un ans, d'une constitution moyenne et d'un tempérament sanguin. Cet homme est né dans le département de Seine-et-Oise et habite l'Afrique française depuis onze ans. Sa résidence actuelle est la commune de Rovigo, qui, sans être une des plus salubres du département d'Alger, fournit cependant beaucoup moins de fièvres graves que celle de la Reghaïa, où le sujet de cette observation a néanmoins passé impunément les neuf premières années de son séjour en Afrique.

C'est vers les onze heures du matin qu'il est venu demander son admission à l'hospice. Il avait la respiration bruyante, entrecoupée, accusait depuis deux jours une douleur profonde dans la poitrine (vers la base des deux poumons), et rendait depuis le matin des crachats rosés. Quelques jours auparavant il s'était exposé à la pluie, et il attribuait son mal à cette cause.

Une heure et demie après, il présentait tous les signes d'une congestion pulmonaire arrivée au plus haut degré. La face, pâle dans certains endroits, violacée dans d'autres, était couverte, ainsi que tout le corps, d'une sueur froide et visqueuse; le regard était vitreux, la pupille dilatée et insensible; une écume épaisse, blanche et mêlée de stries sanguinolentes, s'échappait abondamment par la bouche et les narines, et venait ajouter un obstacle à la difficulté de respirer; la suffocation était imminente.

A l'auscultation, on constate une crépitation sèche à la base du poumon et sur les côtés; elle devient humide à mesure qu'on approche des grands tuyaux aériens; au niveau des bronches, souffle bronchique entrecoupé. Les signes donnés par la percussion sont en rapport avec ceux que fournit l'auscultation.

La marche si rapide qu'avait suivie la maladie fit immédiatement songer à une fièvre pernicieuse pneumonique de Hufeland; le pouls ne pouvait guider, il était celui d'un homme qui se meurt: on ne put le trouver qu'aux carotides, où il était excessivement irrégulier. La rate et le foie avaient à peu près leur volume normal.

L'enquête jusque-là était donc sans résultat; cependant le malade avait éprouvé quelques crampes aux jambes depuis son entrée; cette circonstance, jointe à la rapidité des accidents, décida néanmoins M. Camino à employer la médication anti-périodique. En conséquence, il fit immédiatement prendre de force au malade (au moyen d'un biberon) une potion de 1 gramme de sulfate de quinine dans du café, et un quart de lavement à 2 grammes.

Une demi-heure après, la respiration devint plus libre, et le malade commença à parler.

A trois heures, moment de la contre-visite, cet appareil de symptômes effrayants avait complétement disparu. B..., un peu faible, respirait librement, et, sur les questions qui lui furent adressées, il affirma n'avoir jamais eu les fièvres. C'était à peine si l'on rencontrait quelques râles crépitants à la base du poumon gauche; mais M. le docteur Martin, chef du service, fit remarquer une tuméfaction de la rate qui dépassait les fausses côtes de la largeur de la main.

Le soir à sept heures, le malade est bien; la rate est diminuée à peu près de moitié.

Le 26, à huit heures du matin, le malade éprouve de l'anxiété, des bâillements, des pandiculations, précurseurs d'un nouvel accès. Les poumons sont encore libres, la rate est revenue au volume de la veille à trois heures; les urines n'offrent rien de particulier. — Potion de quinine, *illico*, à 8 décigrammes; tisane chaude, diète.

A dix heures, chaleur vive, transpiration abondante; il n'y a eu ni frisson ni chaleur sèche; le pouls varie entre 120 et 130; crépitation dans toute l'étendue des deux poumons; elle est sèche à la base et au sommet, humide vers les bronches; plus de souffle tubaire; le volume de la rate continue à augmenter: elle arrive jusqu'à l'ombilic; céphalalgie frontale, crampes, crachats très-rouges. On applique des sinapismes aux mollets.

Le soir à trois heures, respiration et circulation normales; la rate est revenue au volume de la veille à la même heure. — Potion de quinine à 8 décigr. pour le soir à sept heures, et autant pour le lendemain à quatre heures du matin.

Le 27, potion de quinine à 6 décigr. pour 7 heures du soir.

La journée s'est bien passée; seulement vers midi il y a eu difficulté de respirer, mais bien moindre que la veille; le bord inférieur de la rate arrive de nouveau à l'ombilic, et cette fois le retrait est *peu marqué*.

Du 28 novembre au 7 décembre rien n'a reparu; la rate est revenue *lentement* à son état normal, et le malade, qui a pris tous les matins un café fébrifuge à 6 décigrammes, mange la demi-portion depuis deux jours et sort guéri.

Quatre choses sont dignes de remarque dans cette observation: la forme insidieuse de la maladie; son caractère dangereux; la substitution évidente d'une fluxion vers la rate à celle des poumons; et, enfin, ce fait qu'un long temps passé impunément dans des contrées marécageuses, n'est pas une garantie pour l'avenir.

M. Camino cite à l'appui de cette dernière proposition deux autres observations, l'une d'hémorrhagie intestinale, et l'autre de fièvre syncopale, ayant toutes deux guéri par l'anti-périodique et toutes deux survenues chez des individus habitant l'Afrique depuis longues années, sans avoir jamais payé leur tribut au génie paludéen.

ABSENCE DE CICATRISATION

des fractures linéaires des os plats et des fissures des os longs.

(Note lue à la Société de chirurgie par M. Houel, conservateur du musée Dupuytren.)

Le travail que je soumets à l'appréciation de la Société de chirurgie est depuis longtemps de ma part le sujet de nombreuses recherches, que je n'aurais peut-être pas encore communiquées de longtemps, si M. Richet, dans la dernière séance, n'avait présenté un malade offrant tous les symptômes cliniques d'une fracture de la base du crâne, guérie par la consolidation d'un cal osseux.

Il arrive assez souvent au crâne, que sous l'influence d'un choc plus ou moins violent, les os se fracturent longitudinalement; tantôt cette solution de continuité, quel qu'en soit le siége, occupe toute l'épaisseur de l'os, d'autres fois elle n'occupe qu'une partie de cette épaisseur, et elle est alors bornée à l'une des tables; cette fissure des os plats est connue depuis l'antiquité, puisqu'elle est mentionnée par Hippocrate.

La fissure des os longs est beaucoup plus controversée; après avoir été démontrée par Duverney, elle a été niée par Louis, Boyer, etc., et elle a été heureusement rappelée en France dans ces dernières années. M. Malgaigne lui a consacré un article dans son *Traité des fractures*. Cette variété de solution de continuité des os est aujourd'hui incontestable, et j'en ai rapporté plusieurs exemples dans mon *Manuel d'anatomie pathologique*. J'ai pu même donner les numéros des pièces déposées dans le musée Dupuytren. Lorsque les fractures linéaires des os plats sont sans grands désordres des parties molles, et sans grand écartement des fragments, elles se trouvent à peu près dans les mêmes conditions que les fissures des os longs. C'est pourquoi au point de vue du phénomène de la cicatrisation, j'ai cru devoir les confondre. Je me suis alors posé ces questions: La consolidation de ces fractures par un cal osseux qui en réunit les deux bords a-t-elle lieu, est-elle la règle ou bien l'exception?

Les auteurs sont muets à cet égard, et il résulte implicitement de leurs observations qu'à moins de mort rapide, le travail de consolidation des fractures linéaires et des fissures est la règle, qu'il s'opère de la même manière que celui des fractures ordinaires, c'est-à-dire qu'une substance osseuse désignée sous le nom de cal, s'interpose aux deux bords des fragments de la fente, qu'elle soude ensemble. Cette soudure serait quelquefois si directe, que j'entendais dire dernièrement à deux chirurgiens du plus grand mérite, MM. Robert et Richet, qu'à la manière de la consolidation du tissu spongieux des os, elle pouvait se faire presque sans trace apparente, ou bien en faisant seulement un léger relief à la surface de la solution de continuité.

Cette opinion, que je résume ici brièvement, est celle qui est généralement admise, il faut voir maintenant si elle est vraie; pour cela il suffit de consulter les faits, de voir si l'observation est d'accord avec ce que j'appellerais volontiers le raisonnement. Dans ce travail, je ne veux parler que des fractures linéaires, ou des fissures à leur plus grand état de simplicité, c'est-à-dire sans aucun désordre. Ces fissures sont très-rares pour les os longs, les observations de guérison sont donc peu nombreuses, et les fissures ou fractures linéaires simples du

crâne, qui siégent le plus souvent au niveau du rocher, sont presque toujours assez rapidement suivies de mort, avant le temps voulu pour que le travail de leur consolidation s'opère. M. le professeur Malgaigne admet même que ces fractures sont toujours mortelles. On comprendra alors comment la science ne possède qu'un très-petit nombre de faits qui puissent servir à éclairer la question que je me suis posée. Comme le Musée Dupuytren renferme précisément quelques-uns de ces faits, c'est ce qui m'a déterminé à la soumettre à votre examen.

Je ne me dissimule pas que le nombre des observations que je possède est insuffisant pour juger la question définitivement; mais il me paraît néanmoins suffire pour être pris en considération. Je vais étudier la cicatrisation des fractures linéaires et des fissures :

1° *Dans les os plats;*

2° *Dans les os courts;*

3° *Dans les os longs.*

1° *Fractures linéaires ou fissure des os plats.* — C'est exclusivement sur ceux du crâne qu'ont porté mes observations; si j'examine les pièces déposées dans le Musée, je trouve que dans toutes les fractures de la base, la mort est survenue assez rapidement pour que le travail de consolidation n'ait pas eu le temps de s'effectuer; ces pièces ne peuvent donc servir à juger la question : je suis forcé de les mettre de côté. Je ne puis m'empêcher cependant de rapporter ici une observation très-intéressante, qui a été vue dans le service de M. Velpeau et que m'a rapportée aujourd'hui même M. Dolbeau, qui était alors interne du service; c'est en 1855 que ce fait aurait eu lieu. Un homme, à la suite d'une chute, aurait eu une fracture linéaire qui avait divisé d'avant en arrière la base du crâne de la base frontale à l'occipital. Ce désordre n'avait point été soupçonné, et ce malade étant sur le point de sortir de l'hôpital trente-cinq jours après son accident, il succomba à une pneumonie. Le chirurgien fut très-étonné de trouver cette fissure, qui ne présentait aucune trace de consolidation, et les os jouaient les uns sur les autres comme si la fracture eût été faite à l'instant même.

Les exemples de fractures linéaires ou de fissures simples de la voûte sont nombreux; je ne citerai que les n°s 16, 17, 18, 19; sur ces pièces décrites par M. Denonvilliers dans son catalogue, on ne trouve point également de trace de consolidation; il est probable cependant que chez quelques-uns de ces individus la vie s'est assez prolongée. Sur la pièce du n° 19, qui provient de l'ancienne Académie de chirurgie, on trouve au crâne une fracture linéaire et rameuse de 20 centimètres de longueur, qui divise diagonalement le pariétal gauche de son angle antérieur et inférieur à son angle postérieur et supérieur, et il n'y a pas encore trace de consolidation. La fracture est cependant ici très-probablement de date ancienne, car on trouve sur le coronal une large plaque osseuse nécrosée, circonscrite par un sillon assez large et profond d'un millimètre. Au centre de cette nécrose a été appliquée une couronne de trépan. Ce travail de mortification et d'exfoliation a dû mettre un certain temps à s'établir, et il me paraît que le cal aurait dû commencer à se former.

Sur la pièce n° 22, qui provient encore de l'ancienne Académie de chirurgie, on trouve sur la bosse frontale droite la trace d'un violent coup de sabre, qui a coupé la table externe et fracturé l'interne dans une plus grande étendue; quoique, selon toute apparence, la lésion soit très-ancienne, on trouve bien une cicatrice isolée pour chacun des bords de la partie sectionnée, mais point de cal qui comble le léger écartement que l'on observe ni qui réunisse la portion fracturée.

Lorsque, au contraire, on examine les crânes qui ont été brisés dans une assez grande étendue et avec de grands désordres, de la fracture principale partent des fissures; on observe quelquefois, comme cela existe sur la pièce n° 35, que le travail de consolidation de la portion d'os comminutivement brisée s'est étendu à la partie fissurée; c'est ce travail que j'ai vainement cherché sur les pièces que j'ai eu occasion d'examiner, et qui présentaient des fissures simples.

2° *Fissure des os courts.* — Cette solution de continuité est assez rare, puisque les auteurs n'en signalent que quatre exemples, dont deux portent sur la rotule et ont été observés par Gulliver et M. Malgaigne; les deux autres portent sur les vertèbres et sont dues, l'une à Paletta, l'autre à Blandin. Cette dernière pièce est déposée dans le Musée Dupuytren sous le n° 2; il existe une fracture oblique consolidée du corps de la deuxième vertèbre lombaire, et du côté du canal rachidien, on observe les corps de la première et deuxième vertèbres qui sont fissurés verticalement d'arrière en avant dans les deux tiers environ de leur épaisseur. La consolidation est parfaite, comme vous pouvez le voir sur la pièce pour la fracture oblique et complète du corps, tandis qu'elle est nulle pour la fissure verticale, ou du moins l'écartement peu considérable qui sépare les deux fragments n'est point comblé par de la substance osseuse de nouvelle formation.

3° *Fissure des os longs.* — Ces fissures, aujourd'hui, sont nombreuses; j'en ai rapporté ailleurs un assez grand nombre d'exemples, mais dans toutes celles qui étaient simples et qu'il m'a été donné d'examiner, j'ai toujours vu la consolidation manquer. Je vais soumettre à votre examen deux pièces qui ne laissent aucun doute à cet égard; l'une porte le n° 221, et a été donnée par M. Marjolin. La lésion a été produite par une balle; il existe cinq fissures, dont trois sont très-étendues, et quoique anciennes, elles sont comme si elles venaient d'être produites; il n'y a pas trace de cal. Sur la pièce déposée par M. Béraud, il existe une fracture par pénétration de l'extrémité inférieure du radius, avec fissure verticale d'environ 5 centimètres d'étendue de la face postérieure du fragment supérieur. La femme sur laquelle a été trouvée cette fracture est morte au bout de vingt jours du choléra. Il y a déjà une consolidation assez avancée de la fracture par pénétration; la fissure est, au contraire, comme si elle venait d'être produite.

Enfin M. Malgaigne a fait dessiner dans son atlas une fissure considérable du fémur, due à M. Fleury, et déposée dans le musée du Val-de-Grâce, qui, si j'en juge par le dessin, est sans aucune trace de consolidation. Je regrette que le temps ne m'ait point permis d'examiner cette pièce.

Si je ne me trompe, il résulte des faits que je viens de rapporter, que le travail de consolidation dans les fractures linéaires et les fissures, quelle que soit la forme des os, lorsqu'elles se sont produites dans leur plus grand état de simplicité, c'est-à-dire sans enfoncement des os plats, et sans trop grand désordre des parties molles, ne se consolident que rarement, si même le fait existe. Quand les parties molles sont fortement endommagées ou que les os plats sont communitivement broyés, le problème est changé, le travail de consolidation qui s'opère lorsque le malade vit assez longtemps, au centre de la fracture comminutive n° 35, peut alors s'irradier dans la partie des os fissurés.

Cette opération que j'émets ici relativement à la cicatrisation des os, à la suite de fente linéaire et de fissure, paraît en contradiction avec les faits généralement admis; en effet, la plupart des anatomo-pathologistes pensent que pour les parties molles comme pour les parties dures, que la cicatrisation s'obtient d'autant plus facilement et rapidement, que les parties sont en contact plus direct ou plus immédiat. Ceci est vrai pour les parties molles, tandis que pour les parties dures, cette proposition me paraît inexacte. Peut-être; en effet, a-t-on voulu trop généraliser.

Ce n'est point du contact des parties que résulte la cicatrisation, mais bien d'une exsudation plastique de nouvelle formation; seulement, lorsque les deux lèvres de la solution de continuité se touchent, le travail réparateur a alors moins de peine à combler l'écartement. Comme ce produit résulte d'un travail inflammatoire, si aucun obstacle ne s'y oppose, l'inflammation adhésive est toujours suffisante dans les parties molles; mais pour les os, il me paraît en être autrement. Quand la fracture est simple, sans grands désordres, l'inflammation consécutive adhésive ne semble point se produire constamment; il faut un certain degré d'irritation qui peut manquer, et les fragments osseux restent alors, quant à l'écartement, dans les conditions dans lesquelles ils se trouvaient au moment de la séparation. C'est ce qui explique la différence que j'ai cherché à établir entre les fractures linéaires, les fissures simples et celles qui sont compliquées d'assez grands désordres.

La même condition ne s'observe-t-elle pas, mais moins souvent cependant, dans les fractures en travers ou obliques des os longs? Presque tous les auteurs admettent, et M. Cruveilhier professe cette opinion, que le défaut d'irritation nécessaire pour produire l'inflammation adhésive est une cause de non-consolidation des fractures, par conséquent de pseudarthrose. Ce manque d'irritation est l'exception pour les fractures ordinaires, tandis qu'il me paraît la règle pour les fissures : c'est ainsi que je serais tenté d'expliquer la distance qui, au point de vue de la consolidation, sépare ces deux variétés de solution de continuité osseuse.

AIGUILLE A TRICOTER TROUVÉE DANS LE FOIE.

Par M. le docteur Langwagen.

Le fait suivant a été observé à l'hôpital Saint-Georges de Leipzig dans le service du docteur Herm. Clarus.

La femme R. O..., âgée de quarante-six ans, fut portée à l'hôpital le 2 septembre 1856 avec des symptômes généraux et du délire. On prétendait que précédemment elle n'avait jamais été malade. Pendant son séjour à l'hôpital, elle fut dans un état d'excitation constante, presque toujours avec insomnie; elle refusa de prendre de la nourriture; tout au plus consentit-elle à boire de l'eau. Avec ce régime, elle s'affaiblit rapidement et maigrit de plus en plus; mais le marasme fit surtout du progrès vers la fin de la deuxième semaine, une diarrhée fréquente ayant succédé à la constipation jusque-là opiniâtre. Le pouls devint petit et faible, et la malade mourut le 27 du même mois.

Autopsie. — Dure-mère épaissie, adhérente en plusieurs points avec la pie-mère. A l'incision de cette dernière, il s'écoula environ 3 onces de sérosité. Veines extérieures gorgées de sang. La substance cérébrale elle-même présentait à la section un aspect rougeâtre; les ventricules contenaient environ une demi-once de sérosité limpide. Les plexus choroïdes étaient le siége de plusieurs kystes. Poumons œdémateux; infiltration hypostatique du lobe inférieur du poumon droit. Le foie, vu en masse, ne présentait rien d'anormal; le lobe gauche seulement était un peu atrophié.

Au niveau du sillon superficiel formé par l'union des lobes droit et gauche, on remarquait une cicatrice épaisse, dont la direction antéro-postérieure était celle de ce sillon. Le tissu de cicatrice, de couleur blanche, avait 3 pouces 1/4 de longueur et 2 lignes de largeur; il était très-dense, et contenait un fragment d'aiguille à tricoter de 3 pouces de longueur, qu'il entourait si bien qu'il était difficile de l'en séparer.

L'aiguille elle-même, débarrassée de la matière organique par le grattage, était fortement usée par la rouille; inégale sur un point seulement, elle avait conservé sa forme cylindrique et sa surface lisse. Presque immédiatement au-dessous de ce corps étranger, il y avait une branche veineuse considérable, qui ne présentait aucune altération. Aucune trace d'une blessure antécédente ne put être trouvée ni sur les téguments de l'abdomen, ni dans l'estomac, ni sur le foie lui-même. Les parents de la malade ne pouvaient donner aucun renseignement à cet égard.

Il est probable que ce fragment d'aiguille a été avalé par la malade et qu'il a cheminé à travers les tissus sans provoquer d'accidents sur son passage, comme cela se voit très-fréquemment.

(*Arch. f. physiol. Heilkunde* et *Gazette hebdomadaire.*)

POTION ANTI-DIARRHÉIQUE.

Perchlorure de fer liquide à 30°.	2	grammes.
Eau de fleurs d'oranger. . . .	30	—
Sirop diacode.	30	—
Eau de fontaine.	90	—

Mêler.

A prendre par cuillerées à café d'heure en heure jusqu'à ce que la diarrhée cesse.

Le perchlorure de fer liquide à 30° contient la moitié de son poids de perchlorure sec.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 novembre 1857. — Présidence de M. Bouvier.

Hygroma du genou. — M. HUGUIER annonce que la malade opérée de l'énorme hygroma du genou est en très-bonne voie de guérison.

M. HOUEL a examiné la tumeur; c'est un hygroma aussi simple que possible; seulement il signale comme un fait anormal la disposition du contenu de la poche. Contre l'ordinaire, c'est une masse grenue, sans consistance, sans cohésion, libre en tous sens, et formée par la fibrine du sang.

M. VERNEUIL a eu l'occasion, dans une tumeur analogue du coude, d'examiner la même forme de la substance fibrineuse déposée. Elle avait tout à fait l'aspect de râpure de bois. C'est, avec l'observation de M. Huguier, le seul fait de ce genre qu'il ait rencontré.

— M. MARJOLIN communique l'observation du petit malade qu'il avait présenté dans une précédente séance.

Nous transcrivons cette observation.

Bosse sanguine du cuir chevelu, présentant des battements isochrones au pouls et un bruit de souffle. Fracture du pariétal. — M. MARJOLIN. Dans la dernière séance, j'ai cru devoir soumettre à votre examen, à cause de la rareté du fait, un jeune enfant de quatorze mois, tombé dans un escalier quinze jours avant, de la hauteur d'un second étage, sur le côté gauche de la tête. Au dire de la mère, il resta peut être trois quarts d'heure sans connaissance, et lorsqu'il revint à lui on ne remarqua aucun signe de paralysie; seulement on s'aperçut que sur le côté gauche de la tête, au niveau de la région pariétale, il y avait une petite bosse qui, suivant la mère, disparut au bout de quelques jours, puis se remontra bientôt après dans le même point en prenant assez rapidement le volume que vous lui avez vu, celui de la moitié d'une orange. Pendant tout ce temps l'enfant, qui est très-chétif, ne présenta aucun symptôme inflammatoire général ou local; il continua à bien prendre le sein de sa mère.

Il y a mercredi huit jours, lorsqu'il me fut amené à l'hôpital, de suite je pus très-facilement reconnaître que cette tumeur, qui était fluctuante dans tous les points, présentait partout des battements isochrones aux pulsations du pouls; il me sembla même dans certains points percevoir un bruit de souffle assez distinct. L'origine de la tumeur, son développement, l'aspect de ses bords, qui présentent au plus haut degré les caractères propres aux tumeurs sanguines du cuir chevelu, si bien décrites par J. L. Petit (*Des bosses à la tête sans plaies aux téguments*), ne me laissèrent aucun doute sur sa nature.

Aujourd'hui encore, comme dès le premier jour, malgré plusieurs objections faites dans la dernière séance par quelques-uns de nos honorables collègues, je suis d'autant plus porté à croire que nous avons affaire à une bosse sanguine dont les battements sont entretenus par la lésion d'une artère, compliquée en outre d'une fracture des os du crâne, que j'ai pu depuis examiner et faire examiner à plusieurs reprises le petit malade, alors qu'il était calme et que les cris ou les mouvements ne s'opposaient plus à une investigation prolongée. Nul doute ne peut exister sur l'existence des battements. Un de mes collègues de l'hôpital, M. Barthez, M. le docteur Alipe qui assistait à la visite, et tous les élèves du service, ont pu, non-seulement les sentir, mais les compter très-facilement, et chaque fois ils ont été trouvés isochrones aux pulsations du pouls.

Reste la question du bruit de souffle, qui donnerait un caractère bien plus précis au diagnostic. Ce matin, 4 novembre, j'ai pu l'entendre très-distinctement au sommet de la tumeur, dans le point où une fracture du pariétal a été constatée, d'abord par M. Forget, et ensuite par M. Richet, bien que je n'aie pas été seul à le percevoir; M. Barthez n'a pu le retrouver, vraisemblablement à cause de l'agitation du petit malade. Il m'a dit à ce sujet que sur des enfants anémiques dont les fontanelles ne sont point encore ossifiées, on rencontrait quelquefois ce bruit de souffle. Je l'ai alors cherché chez notre blessé, et ne l'ai point rencontré là, comme au sommet de la tumeur.

J'ajouterai maintenant que depuis huit jours, malgré une compression très-modérée, et l'emploi de la teinture d'arnica étendue d'eau, la tumeur a augmenté de 4 centimètres dans sa convexité, et que l'on sent toujours la même absence de caillots dans toute son étendue. J'aurai soin de tenir la Société au courant de ce fait.

M. GOSSELIN demande à M. Marjolin de vouloir bien s'expliquer sur le mode d'exploration qu'il a suivi pour reconnaître la présence des battements isochrones avec ceux des artères; si pour quelques-uns de nos collègues il y a eu des doutes sur la réalité de ces battements, cela tient sans doute à la manière dont ils ont été recherchés.

Ainsi, en se bornant seulement à les trouver à l'aide du toucher, ils étaient difficiles à percevoir; mais il n'en était pas de même si, avec le toucher on combinait la vision. En fixant les yeux sur les doigts appliqués sur la tumeur, on les voyait alors manifestement soulevés. Je crois, ajoute M. Gosselin, qu'il est très-utile d'insister sur ce fait, car il m'a semblé que le caractère des battements ainsi perçus, pouvait offrir de l'importance au point de vue étiologique. Si en effet pour percevoir les battements les doigts ne suffisent pas, on peut en conclure que la cause de ces pulsations n'est pas dans la tumeur elle-même, mais est produite dans le voisinage, et dans ce cas particulier, me fondant sur la présence du caractère que je signale, je suis porté à admettre que les pulsations viennent de l'intérieur du crâne.

M. MARJOLIN. Afin d'avoir plus de certitude sur l'existence réelle des battements, j'ai dû les constater de plusieurs manières; non-seulement j'ai pu compter les soulèvements bien sensibles d'un doigt appliqué sur la tumeur, mais en posant la main sur ce point, j'ai pu, ayant la tête tournée, noter avec le doigt sur une table chacune des pulsations, et elles ont concordé avec le pouls observé par un des internes. Cette épreuve a été répétée par plusieurs personnes, et constamment elle a donné le même résultat.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je rappellerai que dans la précédente séance j'ai fait observer que le doigt placé sur la tumeur était soulevé et rendait ainsi les pulsations perceptibles à l'œil.

Par le toucher on les sentait également quand on comprimait une partie de la tumeur pendant que le doigt en explorait une autre partie. Suivant moi, sans cette précaution, qui réduit l'étendue de la poche, l'impul-

s'on artérielle se disperse insensible sur ses parois trop larges et trop flasques.

LECTURE.

M. HOUEL communique un travail sur l'absence de cicatrisation des fractures linéaires des os plats et des fissures des os longs. (Voir plus haut.)

DISCUSSION.

M. GIRALDÈS désire faire à M. Houel deux objections. La première est relative à l'historique ; la priorité des recherches signalées dans le travail de M. Houel ; ne peut être reportée à M. Malgaigne; car avant lui, MM. Debrou et Campagnac avaient déjà fixé l'attention des chirurgiens sur cette question.

La deuxième objection est relative à l'interprétation que M. Houel donne à la suite de l'examen des pièces 19 et 2.

La pièce 19 (fracture du crâne) présente à la table interne les traces manifestes d'un travail pathologique; cette partie est en effet criblée de trous. Dès lors qu'il y a eu une inflammation dans ce point et un travail pour produire la suppuration, on comprend que ce devait être à l'exclusion de la nutrition, sans laquelle la réparation ne pouvait se faire.

La même observation est applicable à la pièce n° 2 (fracture de la colonne vertébrale).

M. HOUEL répond d'abord à la première objection, en disant qu'il n'a pas eu l'intention d'exposer l'historique de la question, historique qu'il a introduit dans un autre travail.

M. LARREY. Si M. Houel a omis à dessein de citer les travaux antérieurs au sien sur les fractures longitudinales, et notamment le mémoire de Campagnac, ainsi que le travail plus étendu encore de M. Bouisson, il me permettra de ne point admettre l'interprétation des faits observés par lui-même.

Ces faits sont d'abord en trop petit nombre pour justifier la théorie tellement exclusive d'un défaut de consolidation ou de la persistance de la solution de continuité. Je suis porté à croire, au contraire, qu'un grand nombre de fractures longitudinales doivent se produire, soit isolément, soit comme complication d'autres accidents, se consolider ensuite et disparaître enfin, sans laisser même de traces du cal. Il n'y a, en effet, dans les cas simples ni déplacement, ni déformation, ni aucune des circonstances qui, dans d'autres fractures, s'opposent à la réunion osseuse. S'il s'agit des cas compliqués, soit de contusions, soit de plaies, ou bien d'inflammation, de suppuration, telles qu'ostéo-périostite, abcès sous-périostiques, etc., la consolidation d'une fracture linéaire pourra sans doute être retardée par ces complications elles-mêmes. Mais leur gravité peut suffire à la perte d'un membre ou à la mort du blessé, et il n'en faut pas conclure que la formation du cal n'a pu se faire par elle-même, puisqu'elle a été empêchée par d'autres causes.

Il faut enfin tenir compte de l'époque de l'accident, et ne point rechercher un travail de consolidation sur des os trop récemment fracturés. Ce temps, nous le savons, est quelquefois très-long, lorsque surtout des lésions concomitantes accompagnent la fracture.

Il est vrai, par contre, et nous devons en convenir, que certaines fractures nettes, linéaires, se consolident parfois plus difficilement que d'autres, irrégulières ou dentelées ; mais ce fait-là ne suffit point pour justifier la théorie de M. Houel.

M. MOREL-LAVALLÉE. Il serait très-étrange qu'une fracture se présentant dans les conditions les plus favorables à la consolidation, un affrontement exact des fragments, leur immobilité, et souvent l'intégrité du périoste, fût précisément celle dont la guérison s'obtiendrait avec le plus de difficulté.

En examinant la pièce sur laquelle un coup de sabre a produit une double fracture de la table interne et de la table externe du crâne, il n'y a, nous dit M. Houel, aucune trace de consolidation sur la table interne. Eh bien, à l'intérieur, on peut voir qu'il n'y a en effet aucune trace de cal; mais aussi on reconnaît une altération pathologique manifeste. Il existe au niveau du coup de sabre une ostéite condensante et un commencement de nécrose ; c'est sans doute à la présence de cette maladie des os qu'est due l'absence de tout travail de consolidation.

Sur un malade offrant tous les symptômes les moins douteux d'une fracture étendue de la base du crâne, la guérison a été obtenue ; et sans avoir pu constater par la nécropsie la réparation de cette fracture, je suis cependant fondé à admettre qu'elle a eu lieu.

C'est, en résumé, une question importante et qui mérite de fixer l'attention de la Société.

M. GOSSELIN. Il peut paraître irrationnel de combattre un travail lorsqu'en résumé on n'a aucun fait pour servir de base aux objections. Cependant la discussion reste encore possible en s'adressant pour infirmer les conclusions de M. Houel aux analogies d'abord.

Ainsi, en étudiant les fractures récentes des os longs, on trouve que presque constamment, en outre de la fracture transversale ou oblique, il existe des fissures longitudinales formant des rayons qui partent de la solution de continuité. Si M. Houel est dans le vrai en signalant la non-consolidation des fractures longitudinales, on devrait, en examinant les os après guérison de la fracture transversale, retrouver ces fissures non consolidées : il n'en est rien cependant.

J'ajouterai, comme cela a été déjà dit par quelques-uns de nos collègues, que sur les pièces présentées par M. Houel le cal a fort bien pu disparaître sous l'influence de la maladie qui a déterminé la mort.

En terminant, j'adresserai encore une objection : il est souvent très-difficile d'apprécier sur des os secs l'état dans lequel se présentait le cal sur le cadavre frais.

La consolidation définitive du cal ne s'obtient qu'après un temps très-long, des mois, quelquefois même des années. Il se peut que sur quelques-unes des pièces qui ont servi à édifier le travail de M. Houel le cal encore fibreux qui existait lors de la mort des malades ait disparu par la macération. J'ai pu constater cette particularité que je signale.

M. CLOQUET pense que la fracture des os plats, de ceux du crâne en particulier, se consolide à la suite d'un travail semblable à celui qui opère la réunion des fractures des autres os. Il cite l'observation d'un garçon maçon, nommé Roussel, qui en 1827 fut apporté à l'hôpital Saint-Louis après avoir eu la tête écrasée d'avant en arrière par la chute d'une pierre de taille volumineuse. Les os de la face étaient comme broyés, le nez enfoncé, et les os du crâne présentaient des fractures si nombreuses qu'elles se constataient dans toute la région de cette boîte osseuse, et qu'on pouvait sentir leur mobilité et parfois leur crépitation; du sang s'écoulait abondamment par l'oreille gauche, signe d'une fracture à la base du crâne. La tête avait changé de forme : elle était manifestement aplatie d'avant en arrière. Il y avait perte complète de connaissance.

Après un traitement antiphlogistique des plus énergiques, les accidents disparurent peu à peu, et le malade put sortir de l'hôpital en ne conservant de son accident qu'une surdité de l'oreille gauche et une déformation du visage et de la tête.

M. J. Cloquet déclare n'avoir jamais vu de fracture du crâne aussi grave et guérie sans de moins graves conséquences. Le crâne, à la vérité, était resté déformé, mais ses pièces étaient solidement réunies les unes aux autres; le malade avait recouvré l'intelligence ordinaire, qui était probablement celle qu'il avait avant son accident.

M. HOUEL. Cette observation, communiquée par M. Cloquet, loin d'infirmer mes conclusions vient les confirmer; car j'ai dit que ces fractures accompagnées de grands désordres se consolidaient. J'en dirai autant des objections de M. Gosselin relatives à la consolidation des fissures compliquant les fractures transversales. Je n'ai parlé, en effet, que des fissures sans autres fractures.

En résumé, je puis dire que, malgré les recherches auxquelles je me suis livré, je n'ai pu trouver aucun exemple de consolidation par un cal osseux de fissures simples. Je sais bien que la question est loin d'être jugée, mais en vous la soumettant j'en appelle la solution.

M. Larrey m'a fait une objection sérieuse, déjà M. Malgaigne me l'avait faite, à savoir : l'absorption du cal pendant la maladie qui détermine la mort du malade. Je ne décline pas la gravité de cette observation. Ce qui ressort actuellement de l'examen des pièces que je vous soumets, c'est la consolidation des fractures complexes et la non-consolidation des fractures simples longitudinales; rien de plus facile à constater sur la colonne vertébrale. La même pièce vous montre un cal osseux parfait là où il y a eu écrasement, et l'absence complète de travail de réparation sur la fissure.

Il y a donc quelque chose de spécial dans ce mode de fracture, et M. Gosselin, qui a si bien étudié les fractures en croix, a bien su reconnaître leur extrême gravité, puisqu'il propose l'amputation quand on a reconnu leur existence.

M. GOSSELIN. Je n'ai proposé l'amputation dans ce genre de fractures que lorsqu'il y a plaie. Mais ceci dit, pour revenir au travail fort intéressant de M. Houel et pour répondre à la dernière argumentation qu'il base sur l'examen de la fracture de la colonne vertébrale, je lui ferai observer que la différence entre les fractures du tissu spongieux et du tissu compacte, quant à la rapidité de la guérison, est tout à fait remarquable.

Dans le tissu spongieux écrasé ou non, la consolidation se fait rapidement, tandis qu'elle est très-lente dans le tissu compacte. Dès lors, la réparation que l'on remarque sur le corps des vertèbres est tout simplement en avance sur celle qui aurait dû se faire sur le tissu compacte.

M. ROBERT. M. Gosselin a fait au travail de M. Houel une objection très-sérieuse en parlant de la lenteur que le cal définitif met pour se produire. Or aucune des pièces présentées ne s'accompagne de renseignements suffisants sur la date de la lésion. Au trente-cinquième jour, nous savons qu'on ne trouve rien ou presque rien entre les fragments; aussi, sans nier, je demande, pour juger la question, des pièces plus probantes. On doit être d'autant plus sévère, qu'il s'agit ici d'un fait qui serait tout à fait en dehors des lois admises en anatomie pathologique.

M. HOUEL. Avant de répondre aux objections que l'on m'adresse, je demanderai d'abord à M. Robert s'il croit aux lois formulées par Dupuytren sur le cal provisoire et sur le cal définitif. Quant à moi, dit M. Houel, je les repousse absolument, et je suis convaincu qu'il n'existe qu'un seul cal ; il commence partout du moment où il se produit.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur du sein enlevée d'un seul bloc par la cautérisation. — M. MAISONNEUVE présente une tumeur du sein du volume d'une moitié d'œuf d'autruche, qu'il a enlevée d'un seul bloc par la cautérisation pratiquée avec le caustique de *Canquoin*. Des ponctions faites à la base de la tumeur à l'aide d'un bistouri permettent d'introduire des flèches de caustique qui isolent et détachent la partie qui doit être enlevée.

Cette opération ne donne lieu à aucune suite fâcheuse. Il n'y a pas de réaction.

M. LARREY est heureux d'entendre la communication de M. Maisonneuve. Elle permet d'accepter un procédé opératoire jusqu'alors abandonné à des mains étrangères à la chirurgie pratique.

M. VERNEUIL a vu M. Girouard pratiquer avec succès ce mode opératoire.

M. Manec a aussi expérimenté les caustiques sur une assez grande échelle. Il se servait d'une préparation arsenicale, qui, appliquée avec précaution et sur de petites surfaces seulement, déterminait la chute des tumeurs cancéreuses. Il semblait que l'arsenic possédait une puissance destructive spécifique sur la substance cancéreuse, qui seule se trouvait détruite. M. Verneuil, tout en approuvant l'emploi des caustiques, signale leur insuffisance dans les cas si ordinaires d'adénite de voisinage.

Ablation partielle de l'os maxillaire inférieur. — M. MAISONNEUVE présente une autre pièce anatomo-pathologique. C'est un fragment du maxillaire inférieur qu'il a enlevé. Il croyait d'abord n'avoir affaire qu'à une simple ostéite produite par la pousse vicieuse d'une dent de sagesse. Après avoir mis l'os à nu et l'avoir trépané, il a reconnu qu'il s'agissait d'une ostéite tuberculeuse, et il s'est décidé à réséquer la partie malade. Le volume exagéré de l'apophyse coronoïde a rendu l'opération assez laborieuse.

M. CLOQUET croit que la maladie dans ce cas a été en effet produite par la dent de sagesse ; il engage M. Maisonneuve à examiner la pièce avec soin et à communiquer le résultat de cet examen.

Le secrétaire de la Société, E. LABORIE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 24 octobre, M. le docteur Hatin, chevalier de la Légion d'honneur, est nommé médecin de l'Ecole normale supérieure, en remplacement de M. Paulin, décédé.

— Par arrêté du 7 novembre, un congé de six mois est accordé à M. Schlagdenhauffen, agrégé de l'Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg.

M. Oppermann, directeur de la même Ecole, professeur de pharmacie, est chargé de l'enseignement de la toxicologie et de la physique pendant le premier semestre de la présente année scolaire.

— Par arrêté du 10 novembre, M. Feltz a été nommé aide de clinique à la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Fritz, dont le temps d'exercice est expiré.

— M. Chassaignac commencera un cours complet de médecine opératoire, le samedi 21 novembre à quatre heures de l'après-midi (amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique), et le continuera les mardis, jeudis et samedis.

Conférences cliniques à l'hôpital Lariboisière. Visite des malades à huit heures. Opérations principales tous les lundis à neuf heures.

— M. le docteur Mattei ouvrira son cours public d'accouchements à l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique de la Faculté, le 23 novembre courant, à 1 heure, et le continuera à la même heure les lundis, mercredis et vendredis suivants. Il développera dans ce cours l'étude : 1° des accouchements anormaux (avortement, accouchement prématuré et retardé, accouchement provoqué, accouchement en présentation du siége, de la face et du tronc); 2° des accouchements pathologiques (tous les accidents graves qui peuvent arriver pendant l'accouchement et les suites de couches); 3° des opérations graves qui se pratiquent sur la mère et l'enfant.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 135. — MARDI 17 NOVEMBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 135. — MARDI 17 NOVEMBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Séance de rentrée de la Faculté de médecine. — Eloge de Gerdy. — Proclamation des prix. — HÔTEL-DIEU (M. Trousseau). De la transmission du virus syphilitique de la nourrice à l'enfant et de l'enfant à la nourrice. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 16 NOVEMBRE 1857.

SÉANCE DE RENTRÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

La séance de rentrée de la Faculté de médecine de Paris a eu lieu samedi à une heure, d'après le programme arrêté et avec le cérémonial accoutumé. Le discours d'usage a été prononcé par M. Nélaton; il avait pour sujet l'éloge de Gerdy.

Nous avons souvent, à l'occasion de ces sortes de solennités, entendu poser cette question : Que doit être un discours de ce genre? Doit-il être un panégyrique, une biographie plus ou moins élogieuse du savant dont l'Ecole veut honorer la mémoire, ou bien une simple appréciation historique et critique de ses travaux et titres scientifiques, une sorte de bilan de son apport aux progrès de l'art ou de la science qu'il était chargé d'enseigner?

Des opinions très diverses ont été émises à ce sujet; nous ne nous croyons obligé d'en accepter aucune exclusivement, par la raison toute simple qu'à notre avis toute latitude doit être laissée à cet égard à l'orateur, qui, pourvu qu'il ne s'écarte jamais de l'équité, seule règle absolue à laquelle il soit astreint, ne doit s'inspirer, pour tout ce qui regarde le caractère et la forme de son discours, que de son sujet et de lui-même.

C'est ce qu'a fait M. Nélaton : ayant à louer cet homme austère, aux mœurs simples et même un peu rigides, peu envieux d'honneurs et de louanges, qui n'avait jamais eu qu'une seule passion, l'amour de la science, qu'un seul mobile, le sentiment de la vérité et de la justice poussé souvent jusqu'à la rudesse, il l'a loué comme Gerdy a dû souhaiter de l'être, c'est-à-dire avec impartialité et avec une simplicité de forme qui, pour être exempte de recherche et de prétention, n'est point pour cela dépourvue de qualités.

Ce qui est en effet le caractère principal de ce discours, c'est la sobriété même du style, c'est sa sévérité, sa clarté surtout, véritable éloquence du langage scientifique.

C'est ainsi qu'après avoir raconté simplement les principaux événements de la vie de Gerdy, sans céder à l'entraînement du mouvement oratoire, sans se laisser séduire par le succès facile du genre anecdotique, M. Nélaton s'est attaché surtout à apprécier les travaux si nombreux et si variés de son ancien collègue, et à lui assigner le rang que devra lui maintenir l'histoire parmi cette brillante pléiade de chirurgiens qui, grâce à l'heureuse alliance de la médecine et de la chirurgie, ont reculé les limites que la grande école du dix-huitième siècle croyait avoir posées aux progrès ultérieurs de cet art.

L'assemblée a prouvé, par une triple salve d'applaudissements, qu'elle avait su apprécier la justesse et le sévère mérite de cette lecture.

La séance a été terminée par la proclamation des prix et encouragements décernés par la Faculté. — Dr Brochin.

ÉLOGE DE GERDY.

Messieurs,

Je dois aujourd'hui retracer devant vous la vie d'un homme qui a toujours fait profession de dédaigner la louange. Amant passionné de la vérité, il voulait qu'on la fît entendre aux vivants pour les corriger de leurs défauts ou de leurs vices, et sur la tombe des morts pour servir d'enseignement à la postérité. La meilleure manière d'honorer sa sa mémoire comme lui-même désirait qu'elle le fût, c'est donc d'apprécier sa vie et ses ouvrages avec la froide impartialité de l'historien.

N'attendez pas de moi, messieurs, cette recherche, cette élégance de style auxquelles vous ont habitués mes prédécesseurs dans les solennités de ce genre. Outre que ma faiblesse, disons mieux, mon insuffisance m'interdit de pareils ornements, vous comprendrez facilement que l'austérité de cette existence dont je vais retracer ici les principales phases, doit se refléter en quelque sorte dans la simplicité et la sévérité de mon langage.

Pierre-Nicolas Gerdy naquit le 1er mai 1797 à Loches, petit village du département de l'Aube, où ses parents, simples cultivateurs, faisaient valoir de leurs propres mains quelques champs de prés et de vignes. Il eut donc sous les yeux, dès ses premières années, l'exemple des travaux rudes et pénibles de la campagne, auxquels il prit part lui-même.

A onze ans, il entra au collége de Bar-sur-Seine, où il fit des études assez médiocres. Chez lui, l'homme physique l'emportait encore sur l'homme intellectuel, et il laissait volontiers les livres pour s'abandonner avec cette fougue qu'il mettait dans toutes ses actions aux jeux de son âge et aux exercices violents du corps.

A sa sortie du collége, il n'avait pas de vocation bien décidée; et c'est seulement d'après les conseils de son père qu'il se détermina à embrasser la profession médicale, qui lui offrait la chance, si recherchée alors, d'être admis dans l'armée comme officier de santé, et d'échapper ainsi aux dangereux hasards de la conscription.

Mais son éducation était incomplète; il le savait, et seul, sans maîtres, mais soutenu par la volonté de réussir, il parvint à se faire recevoir bachelier ès lettres, et vint à Paris vers la fin de l'année 1813 pour prendre sa première inscription.

Ses études médicales furent interrompues par les deux invasions étrangères, traversées par les maladies; une variole d'abord, puis une tumeur blanche de l'articulation du genou, qui le retint au lit pendant sept mois, entravées enfin par les plus dures privations.

Cependant, la paix venait d'être signée, le calme rétabli; Gerdy va pouvoir reprendre le cours de ses études. Une espérance s'offre à lui; la carrière des concours est ouverte; là le mérite est sûr de triompher. Il pourra donc mettre à profit les connaissances qu'il a acquises par tant de sacrifices, par tant de travaux accomplis pour la plupart sur son lit de douleur.

Ses débuts dans cette nouvelle voie ne furent pas heureux. Aux tourments qu'il avait éprouvés vinrent se joindre les déceptions, les désappointements, plus cruels pour lui peut-être que tout ce qu'il avait enduré. Jusqu'alors, en effet, les accidents qui étaient venus fondre sur lui étaient en dehors de toute prévision. Il avait souffert des grands chocs politiques qui frappaient en même temps toute la France; les maladies dont il avait été atteint étaient de ces chances communes à tous les hommes; mais ses nouveaux revers, qui renversaient toutes ses espérances, à lui si pauvre, si isolé et pourtant si courageux, devaient jeter dans une âme ardente et passionnée un découragement plein d'amères récriminations.

Aussi le voit-on, en 1817, à la suite d'un concours pour la place d'aide d'anatomie, dans lequel on lui avait préféré Bogros, quitter Paris, renonçant à cet avenir qu'il avait préparé par quatre années de travaux, décidé à s'ensevelir dans la modeste position de praticien de village.

Mais la Champagne, déjà désolée par les deux invasions, était alors en proie à une affreuse disette. Sa famille, plongée dans la détresse, ne pouvait lui venir en aide et lui continuer la modique pension dont il avait vécu jusqu'alors; plus d'une fois le pain avait manqué dans cette demeure désolée. Pendant les quelques mois qu'il passa auprès de ses parents, Gerdy dut leur venir en aide par son travail; il partagea leurs pénibles labeurs, et celui dont la puissante intelligence devait un jour pénétrer les secrets de la philosophie la plus abstraite, travaillait de ses mains comme un simple manouvrier.

Cependant un acte de réparation était venu le ranimer au milieu de tant de souffrances. La Faculté lui avait accordé, comme conséquence de ses brillantes épreuves dans le dernier concours, une place d'aide devenue vacante depuis son départ. Il revint donc à Paris, rêvant de nouveau la gloire et les succès. Après une série de luttes honorablement soutenues, il était arrivé à la position de prosecteur de l'Ecole (1821); il avait alors vingt-quatre ans, et déjà depuis trois années il avait publié son célèbre mémoire sur la structure du cœur et de nouvelles idées sur la circulation qui seront exposées plus loin.

Enfin, en 1823, il se fait recevoir docteur en chirurgie, et fournit comme acte probatoire cette thèse dans laquelle il dépose, pour ainsi dire, les semences de tant de connaissances diverses qu'il devait reprendre et féconder plus tard. Les deux années suivantes sont marquées pour lui par de nouveaux succès; en 1824 il est reçu agrégé, en 1825 chirurgien des hôpitaux, avançant ainsi à grands pas dans la carrière qu'il s'était choisie.

Depuis plusieurs années Gerdy menait de front avec activité ses recherches anatomiques et physiologiques, ses concours, et un enseignement particulier dans lequel il donnait jusqu'à trois et quatre leçons par jour, enseignant successivement l'anatomie descriptive pour les élèves en médecine, l'anatomie des formes pour les peintres, la physiologie, la médecine opératoire, les bandages et l'hygiène. Quelle santé eût pu résister à tant de fatigues?

En 1830, une déception plus amère que celles qu'il avait éprouvées jusqu'alors allait l'atteindre. Depuis près de dix années il enseignait aux artistes l'anatomie des formes; il venait de publier un ouvrage original sur ce sujet; la place de professeur d'anatomie à l'école des Beaux-Arts devient vacante, ses droits à cette place paraissent si évidents que deux anatomistes éminents se retirent devant lui....... On sait comment et à qui cette place fut donnée!

Bientôt après, la chaire de physiologie fut mise au concours; il se présentait là avec une confiance qu'autorisaient ses travaux dans cette science et le succès de ses leçons particulières: il fut vaincu cependant après un concours resté célèbre, où se trouvèrent en présence tous ces jeunes agrégés dont l'enseignement particulier avait pendant huit années soutenu la gloire de l'École. C'est dans cette glorieuse pléiade que notre Faculté, régénérée en 1830, devait recruter ses membres les plus distingués. Avec de pareils compétiteurs la défaite était honorable, et Gerdy se plaisait à le proclamer: il avait trouvé des adversaires dignes de lui.

Mais la secousse n'en avait pas été moins vive; sa santé en éprouva le contre-coup, et à la fin de l'année une hémoptysie le força de suspendre son enseignement: il s'enferma, maintenant autour de lui une température élevée et ne sortant presque pas. Pendant cette réclusion à laquelle il se soumit durant l'hiver de 1831 à 1832, il travailla avec ardeur la pathologie externe, qu'il avait négligée pour d'autres études; mais l'invasion du choléra vint bientôt l'enlever à ce loisir sans repos.

Lui-même nous raconte qu'à peine convalescent il eut à donner ses soins, dans l'hôpital Saint-Louis, aux malheureux frappés par l'épidémie. Puis, quand la maladie s'apaisait à Paris, elle envahit son pays natal avec une extrême violence.

Malgré l'état de faiblesse dans lequel l'avaient jeté ces nouvelles fatigues, il partit le 1er juin, déjà atteint de quelques symptômes précurseurs, et après huit jours de courses dans les villages ravagés par l'épidémie, il fut frappé à son tour: sa convalescence dura plusieurs mois, et il ne put revenir à Paris que dans le courant du mois d'octobre suivant. A peine de retour, c'est pour se remettre au travail; il termine la seconde partie de son premier volume de physiologie.

Enfin s'ouvre en 1833 le concours pour la chaire de pathologie externe. Gerdy s'y était préparé, mais il devait retrouver là pour adversaires des hommes qui s'étaient illustrés par leurs ouvrages et leur enseignement particulier, quelques-uns s'étaient même montrés avec honneur dans le concours de physiologie, prouvant ainsi la variété et la solidité de leurs connaissances. La lutte fut ce qu'elle devait être entre pareils concurrents, et après diverses péripéties, Gerdy fut nommé. Dès lors le but de ses rêves était atteint, il pouvait rendre à sa famille ce qu'il en avait reçu, et reconnaître les sacrifices qu'elle s'était imposés pour lui.

A la suite de sa nomination il fit un voyage de quelques mois dans le Midi, et sous l'influence de ce déplacement, mais plus encore, peut-être, du bonheur imprévu qui venait de lui arriver, sa santé éprouva une amélioration marquée.

A dater de cette époque, sans abandonner ses études de prédilection sur la physiologie et la psychologie, il se livre avec ardeur à la chirurgie, qu'il doit bientôt enrichir de nouvelles découvertes. Ainsi, dans l'espace de quelques années, il publie ou fait publier divers travaux sur les maladies des os, les fractures, les luxations, les hernies; il donne son procédé pour la cure radicale de la hernie inguinale; un nouveau mode de traitement de la fistule lacrymale, etc.

Gerdy s'était déjà présenté en 1835 à l'Académie de médecine, mais il avait cru devoir s'effacer devant Blandin, qui, ayant échoué à l'École, dans le concours où lui-même avait été nommé, avait, disait-il, droit à une compensation. Admis en 1837, il vit s'ouvrir devant lui une nouvelle carrière de succès, les succès oratoires. On n'a pas oublié les discussions mémorables dans lesquelles il prit la parole, et la foule qui se pressait pour venir l'entendre.

En 1848, ses compatriotes lui donnèrent un témoignage d'estime et de reconnaissance en l'appelant à les représenter à l'Assemblée nationale.

Sa vie, depuis cette époque jusqu'au moment de sa mort, ne fut plus qu'une longue suite de souffrances, encore aggravées par des excès de travail, et le régime débilitant auquel un état habituel de dyspepsie l'avait assujetti. Ses forces déclinèrent rapidement, une affection des voies urinaires vint, pendant l'hiver de 1852 à 1853, ébranler encore sa santé déjà si gravement compromise par des migraines incessantes, des douleurs rhumatismales chroniques et la tuberculisation pulmonaire, dont il portait les germes depuis longtemps et dont la marche avait été seulement ralentie. Cependant un séjour aux eaux d'Uriage, une excursion en Italie avaient promptement relevé ses forces et ranimé son ardeur au travail.

C'est au moment où la main de la mort allait s'appesantir sur lui que, nourrissant le long espoir et les vastes pensées dont parle le poëte, il avait entrepris la rédaction d'un traité complet de chirurgie, divisé en monographies, qui devaient paraître successivement.

Trois volumes seulement ont paru, et le troisième, enfanté au milieu des souffrances qui ont amené sa fin, renferme précisément l'histoire complète des maladies du système osseux. C'était en quelque sorte son testament scientifique; c'est précisément pour achever ce volume que, se refusant aux instances de ses amis, il s'opiniâtra à rester à Paris. Aussi la phthisie fit-elle de rapides progrès, et à partir du mois de décembre 1855, il ne quitta plus la chambre. La fièvre hectique se montrait déjà; ses migraines, qui l'avaient tourmenté toute sa vie, reparaissaient dès qu'il voulait se livrer au travail... Et pourtant il endurait tous ces maux avec un courage inouï; jamais il ne montra à ses amis plus d'aménité et de douceur que dans ces derniers moments.

Dans les semaines qui ont précédé sa mort, son intelligence, jusque-là si puissante, si vivace, s'était notablement affaiblie; mais elle subissait en quelque sorte par continuité d'action ce fiévreux besoin de travail qui l'avait tourmenté sans relâche, et il trouvait encore à s'occuper. Gerdy sur son lit de mort analysait toutes ses sensations. C'est ainsi qu'il s'éteignit le 18 mars 1856, vers cinq heures et demie du soir.

Nous avons cru devoir entrer dans quelques détails sur la vie douloureusement laborieuse et si tourmentée de Gerdy, parce qu'ils nous semblent expliquer en grande partie la rudesse de ses allures et la ténacité de ses ressentiments qu'on lui a si souvent reprochées.

Gerdy tenait de son père cette volonté opiniâtre, inébranlable qui le

caractérisait; son éducation agreste lui donna ce mépris pour les délicatesses de la vie, et peut-être un peu pour certaines convenances de la société. Ses premiers échecs dans un moment où le succès lui était si nécessaire l'aigrirent contre les hommes, qu'il regarda désormais comme injustes et méchants; son état de souffrance habituelle fit le reste.

On peut le dire hautement, ceux qui n'ont connu Gerdy que dans les relations extérieures de l'Ecole ou des académies, ne l'ont réellement pas connu. Oui, cela est incontestable, il était ombrageux, irascible, toujours prêt à engager la lutte, non pas, comme on l'a cru, par amour pour la lutte elle-même, mais parce qu'il ne pouvait laisser passer une assertion qu'il regardait comme contraire à la vérité sans protester aussitôt, et parce qu'il ne pouvait tolérer l'ascendant qu'il voyait prendre à certains hommes, dont, à tort ou à raison, la loyauté lui était suspecte. Suivant une maxime qu'il avait souvent à la bouche, l'honnête homme ne doit pas se borner à pratiquer la justice et l'équité, son devoir est encore d'y rappeler ceux qui s'en écartent, et, comme le voulait Alceste, de les poursuivre

. . . . de ces haines vigoureuses
Que doit donner le vice aux âmes vertueuses.

Ses ressentiments s'étendaient systématiquement au delà de la mort; car, disait-il, la tombe ne doit pas être un refuge contre le jugement des hommes, mais ils s'éteignirent toujours devant la défaite ou la chute de ses ennemis.

Son grand tort fut de croire trop facilement à la mauvaise foi de ses adversaires, et trop souvent il fut encouragé dans ses luttes par des hommes qui étaient bien aises d'opposer un antagoniste aussi redoutable à leurs propres ennemis sans engager eux-mêmes le combat. Trop souvent aussi l'enivrement de la parole l'entraînait au delà de ses propres intentions, et plus d'une fois on le vit tout surpris de l'importance que l'on avait attachée à quelques expressions un peu vives qui lui étaient échappées.

Mais il ne faudrait pas rendre son cœur solidaire des erreurs de son esprit. Tout le monde a pu le remarquer, dans son hôpital il était d'une douceur et d'une patience inépuisables avec les malades; c'est qu'aussi la misère et la souffrance avaient des droits sacrés à sa commisération.

Dans l'intimité, il était gai, affectueux, aimant la plaisanterie et s'y prêtant volontiers; dans les discussions, il s'animait, se passionnait encore, mais sans emportement, et c'est alors seulement que la contradiction l'excitait sans l'irriter. Pourquoi faut-il que le cercle de ses affections ait été aussi restreint? Gerdy aimait à obliger pourvu que ce fût sans blesser la justice, et c'est avec bonheur qu'il voyait les succès conquis par le vrai mérite. Ainsi il ne connaissait Sanson que comme le disciple d'un homme qu'il croyait son ennemi. Mais le caractère rigide et si profondément honnête de l'ami de Dupuytren avait attiré toutes ses sympathies. Juge dans le concours où Sanson fut nommé, il contribua de tous ses efforts à cette nomination, et quand Sanson vint l'en remercier, Gerdy, si réservé, si peu expansif d'ordinaire, courut l'embrasser avec effusion en le félicitant de son triomphe.

Or, c'est précisément parce qu'il voulait voir triompher le vrai mérite qu'il se montra toujours partisan enthousiaste du concours, et qu'il saisit avec empressement toutes les occasions de le défendre contre ses détracteurs. D'abord dans cette enceinte, à pareille époque, lorsqu'il prononça l'éloge de ce même Sanson, que nous avons eu le bonheur d'avoir pour maître, plus tard en publiant une brochure pour répondre aux attaques dont le concours avait été l'objet à la Chambre des pairs, de la part d'un philosophe illustre. Il démontra par des faits et des exemples nombreux, et avec une logique irrésistible, que ces tournois de l'intelligence et du savoir excitent une émulation généreuse, poussent aux recherches originales, mettent en relief les vraies qualités du professeur, dont ils relèvent encore l'autorité loin de l'amoindrir, qu'ils obligent les candidats à compter plus sur leurs propres forces que sur tout autre appui, et n'éloignent enfin que ces renommées mensongères qui n'osent affronter le danger des épreuves au grand jour.

Nous l'avons dit plus haut, Gerdy obtint de véritables succès comme orateur dans les discussions académiques. Son élocution, ordinairement facile et abondante, devenait quelquefois diffuse et même un peu traînante quand le sujet ne l'intéressait que médiocrement ou qu'il voulait disserter dogmatiquement sur un point de science. Mais que le débat vînt à se passionner, qu'une contradiction un peu tranchante vînt effleurer son ombrageuse susceptibilité, aussitôt sa parole devenait rapide, saisissante, vivement imagée, et alors son débit impétueux, ses gestes saccadés, sa physionomie mobile et fortement accentuée, et jusqu'à cette voix sourde, mais qui grondait avec une expression si énergique, contribuaient singulièrement à l'effet oratoire.

Cette inégalité se fait remarquer aussi dans ses écrits, d'un style tantôt simple, clair, correct, tantôt dur, heurté, obscur même, s'élevant enfin d'autres fois à des mouvements d'une véritable éloquence. Et ici nous ne pouvons résister au plaisir d'en citer un exemple. Gerdy veut démontrer la supériorité du sens de la vue sur les autres sens, et particulièrement sur le sens du toucher, il s'écrie :

« L'œil abandonne-t-il la terre, s'élance-t-il dans l'espace, il mesure la vaste étendue des cieux, et embrasse à la fois des mondes innombrables.

» Ainsi, tandis que l'ouïe et l'odorat ne peuvent sentir leurs excitants qu'à peu de distance de leur origine; tandis que le goût ne peut jouir des saveurs que lorsque les corps sapides baignent la surface de la bouche, tandis qu'enfin le toucher ne peut reconnaître les qualités des corps qu'autant qu'il s'y applique immédiatement et rampe pour ainsi dire à leur surface, la vue s'élançant dans les plaines du ciel, les franchit d'un mouvement sans durée, y distingue les astres immobiles d'avec ceux qui se promènent solitaires dans les déserts de l'infini, et en embrasse plus d'un coup d'œil que la main n'en pourrait toucher pendant l'éternité des siècles. »

Je viens, Messieurs, d'esquisser à grands traits la vie de notre collège; j'ai cherché à peindre cet homme à la fois austère et bienveillant, passionné, mais non injuste. Étudions maintenant ses œuvres, et souvenons-nous qu'il ne réclama qu'une seule chose... un jugement impartial.

Les principaux travaux de Gerdy se rattachent à l'anatomie, à la physiologie, à la chirurgie, à l'hygiène.

Ses travaux anatomiques ont trait pour la plupart à la structure de nos organes; l'un d'eux, cependant, touche à l'anatomie physiologique; le plus important, sans contredit, est son anatomie des formes extérieures.

Les recherches de Gerdy sur l'anatomie de structure sont relatives au tissu musculaire, aux os et à l'encéphale.

Certains organes, tels que la langue, le cœur, l'utérus, sont essentiellement musculaires. Jugeant de l'état de la science d'après les auteurs dogmatiques de son temps, Gerdy resta convaincu que la structure de tous ces organes avait été considérée jusqu'alors comme inextricable. C'est pour protester contre une telle opinion qu'il entreprit de les soumettre à l'analyse anatomique.

Le cœur, qui était le plus compliqué, fut aussi celui par lequel il débuta. Il posa d'abord en principe que, semblable à tous les autres muscles, celui-ci possède une partie fibreuse et une partie charnue; puis il montre que la partie fibreuse affecte la figure d'anneaux, que ces anneaux correspondent aux orifices artériels et auriculo-ventriculaires; tout ce qu'il avance à ce sujet est empreint d'une grande exactitude. Ce premier point établi, il passe à l'étude des fibres musculaires; les détails étendus dans lesquels il entre peuvent être résumés dans les trois propositions suivantes :

1° Toutes les fibres forment des anses suspendues aux anneaux fibreux du cœur par leurs deux extrémités;

2° Chaque ventricule a ses fibres propres qui lui forment une cavité distincte;

3° Ces deux cavités sont contenues dans une troisième qui les unit l'une à l'autre, d'où le nom de fibres unitives qu'il a imposé aux fibres de cette cavité commune.

Cette description était à la fois d'une grande vérité et d'une grande netteté; formuler en termes si clairs la structure d'un organe aussi compliqué, c'était assurément faire preuve d'une rare sagacité. Mais, pour être vrai, nous devons dire que la disposition en anse des fibres du cœur avait déjà été signalée par l'illustre Sténon; elle a été mentionnée plus tard par Lower. Quant à la formule générale qui ressort de sa description, on la retrouve tout entière, disons même plus complète, dans l'ouvrage de Winslow.

Ce premier travail, qui honore sa jeunesse, n'apportait donc en réalité aucun progrès à la science. Loin de nous toutefois la pensée d'accuser le jeune anatomiste d'avoir dissimulé un emprunt fait à ses devanciers; la sévérité de sa conscience ne le lui eût pas permis.

Ce qu'il décrit, il l'a bien réellement découvert. Nous regrettons seulement qu'il n'ait pas assez consulté l'histoire; sans doute elle lui aurait ravi sa découverte, mais elle lui aurait laissé le mérite d'avoir rappelé à ses contemporains des vérités tombées dans l'oubli depuis près d'un siècle.

Après le cœur, ce fut la langue qui attira son attention; ici, Messieurs, je me vois obligé d'abréger les détails, quelque importants qu'ils puissent être; je ne puis mieux reconnaître votre bienveillante attention qu'en m'efforçant de n'en pas abuser. Rappelons donc seulement que Gerdy chercha à débrouiller la structure, alors peu connue, de la langue;

Qu'il eut le premier l'honneur de démontrer que tous les muscles sont entourés d'un étui fibreux, observation bien importante dans la pratique chirurgicale, et dont les recherches contemporaines ont fait voir la parfaite exactitude;

Qu'il croyait l'encéphale formé de faisceaux latéraux, entourés, chacun en particulier et même ensemble dans certains points, par des anneaux de substance médullaire;

Enfin, que dans un parallèle ingénieux sans doute, mais souvent basardé, il considère le corps de l'homme comme un édifice symétrique où les parties dirigées vers la tête dans une moitié des corps ont leurs analogues dirigées vers l'extrémité pelvienne dans l'autre moitié.

Mais un titre impérissable, quoique malheureusement peu connu des médecins, lui est assuré par son ouvrage sur l'anatomie des formes; travail plein d'originalité et de précision, et qui renferme une foule de notions applicables à la chirurgie.

Arrêtons-nous cependant un moment encore sur la structure du système osseux; quelques détails nous sont ici indispensables pour faire comprendre les idées de Gerdy concernant la pathologie de ce système.

Ses recherches sur la structure des os se résument en deux propositions fondamentales, dont l'une concerne le tissu compacte, et l'autre le tissu spongieux. Le tissu compacte se compose de canalicules vasculaires et non de fibres parallèles ou obliques, ainsi qu'on le pensait alors. Cette première proposition était vraie, et elle a été universellement admise. Il n'en fut pas ainsi de la seconde. Le tissu spongieux, dit-il, est formé d'un tissu canaliculaire, d'un tissu réticulaire et d'un tissu spongieux. Ce langage était un peu nébuleux; il ne permet pas de saisir bien clairement la pensée de l'auteur, qui semble s'être exprimé vaguement, parce qu'il n'avait sur ce point que des notions vagues.

Gerdy avait bien étudié la diaphyse des os longs, et avait vu une partie de la vérité; et ici encore nous voyons apparaître les ombres de ses prédécesseurs. A. de Leeuwenhoek en 1686 avait très-bien vu les canalicules des os, qu'il range en quatre classes d'après leurs différents diamètres. Clopton Havers, en 1692, les avait aussi signalés en les distinguant d'après leur direction en transverses obliques, et longitudinaux. Albinus, en 1754, les avait mieux décrits encore, et avait démontré, par d'habiles injections, qu'ils étaient destinés à loger des vaisseaux. Convenons que Gerdy n'a pas eu le mérite de découvrir le premier la structure canaliculaire des os, mais il s'est du moins montré observateur aussi éminent que ses illustres devanciers, et il a assuré le triomphe définitif d'une importante vérité.

Dans ses premières recherches anatomiques nous avons suivi l'auteur sur le terrain de l'observation pure, dans son travail sur l'encéphale, qui parut beaucoup plus tard; il abandonna cette voie pour raisonner sur les données fournies par d'autres observateurs. Il va se montrer à nous sous un nouvel aspect comme physiologiste.

Parmi les hommes qui cultivent les sciences, les uns sont plus frappés par les différences des choses, les autres par leurs analogies et leurs ressemblances. Ces deux dispositions d'esprit, que Bacon avait signalées, sont toutes deux favorables aux progrès, mais toutes deux peuvent conduire sur des écueils. L'une d'elles distinguait particulièrement Gerdy; peu de personnes ont montré plus de sagacité dans l'analyse des phénomènes complexes de la vie.

Imbu de ce principe : que c'est seulement en décomposant les faits que l'on peut arriver à en acquérir une connaissance exacte, il se créa une méthode particulière d'observation qui va toujours examinant isolément un à un les éléments des faits complexes, et apprécie par le jugement et le raisonnement. Il semble que Gerdy ait voulu tout d'abord mettre un frein aux écarts de son génie essentiellement indépendant et aventureux en s'imposant des procédés d'observation aussi rigides que minutieux, et ce n'est pas là un des traits les moins saillants de cette physionomie originale que ce mélange de fougue et de discipline, d'imagination et de méthode.

Dans les recherches scientifiques, Gerdy voulait que l'on se servît plus particulièrement de l'observation directe, aidée du raisonnement; et pour la physiologie en particulier, il pensait que la connaissance exacte de la structure des parties où se passent les diverses fonctions est la voie la plus sûre pour arriver à l'intelligence de celles-ci. Il ne rejetait pas absolument les expérimentations, comme on le lui a reproché à tort, mais il ne leur accordait qu'une confiance très-limitée. Rien de plus difficile, disait-il, que de bien interpréter le langage des expérimentations en physiologie; mille choses dont on suppose l'impuissance, dont on ne remarque pas ou dont on ne peut pas remarquer l'action; mille autres choses réellement impuissantes auxquelles on accorde du pouvoir, y multiplient les illusions. Les procédés mêmes de l'expérimentation, les opérations qu'il faut pratiquer, troublent et modifient les phénomènes que l'on voudrait étudier, ou même produisent des phénomènes qui paraissent ne point arriver dans l'exercice régulier des fonctions; elles conduisent souvent à des conséquences incertaines, parce qu'elles varient dans leurs résultats. Aussi, ajoutait-il, on ferait un livre curieux avec les discordances sur les mêmes faits des expérimentateurs physiologistes. Or, remarquez-le, Messieurs, ceci était écrit en 1832. Depuis, l'art des expérimentations a fait de grands progrès, et pourtant nous n'avons pas encore ouï dire que l'harmonie la plus parfaite règne dans le camp des vivisecteurs.

Gerdy aborda très jeune l'étude de la physiologie; ses premiers travaux sur la circulation datent de 1819. Son mémoire si remarquable sur l'*analyse des phénomènes de la vie* parut en 1821; l'auteur, encore étudiant, n'avait alors que vingt-quatre ans, et fit preuve d'une puissance d'analyse bien rare à cet âge. Gerdy se rangea tout d'abord dans le camp des vitalistes; sa profession de foi à cet égard ne manque ni d'énergie ni d'originalité. Un physiologiste auquel l'Institut avait ouvert ses portes venait d'écrire :

« On a établi, ou plutôt imaginé des propriétés vitales, et je m'étonne que l'esprit puisse se contenter d'une semblable mystification. »

En réponse à ces paroles dédaigneuses, Gerdy annonce au début de son mémoire « qu'il va traiter avec tous les développements qu'elle » réclame, l'histoire des propriétés vitales si scandaleusement réprouvées aujourd'hui. »

Gerdy promet des développements et il tient parole; car à l'aide d'une analyse très-délicate et peut-être un peu subtile, il énumère jusqu'à dix-huit actes primordiaux distincts des phénomènes physiques et chimiques, et par conséquent dix-huit propriétés vitales. On est surpris de cette longue nomenclature, et cependant il faut convenir avec l'auteur qu'il y a dans les êtres vivants d'autres phénomènes primordiaux que ceux de la sensibilité et de la contractilité admis par Bichat, et la logique exige qu'on les rapporte à des propriétés vitales distinctes. Mais voyez où conduit cette inflexible logique. Si l'on veut créer une propriété vitale pour chacun des phénomènes élémentaires, le nombre de ces propriétés ne sera pas de dix-huit, il sera presque infini. Les propriétés reconnues par Gerdy seraient, comme il en convient lui-même, des genres qui comprendraient chacun plusieurs espèces.

Parmi les applications les plus heureuses que Gerdy ait faites de sa méthode, nous devons citer son analyse des phénomènes de la locomotion et des sensations.

Dans tout ce qui tient à la mécanique animale, aux causes de déchet de l'action musculaire, l'ouvrage de Gerdy peut être cité comme un modèle; il a en quelque sorte fait revivre Borelli et créé dans notre langue un pendant au travail du célèbre physiologiste napolitain.

Les études de Gerdy sur les sensations l'ont conduit à une analyse de tous les phénomènes propres à cette fonction, plus complète peut-être que celle qui avait été faite jusqu'à lui. Les idées qu'il a développées sur ce sujet ne manquent ni d'originalité ni de profondeur. Cependant, il faut le reconnaître, elles ne sont pas toujours acceptables. Nous savons, en effet, que toute sensation se compose de trois phénomènes : impression, transmission et perception; il n'y a donc pas de sensation sans perception, et cependant Gerdy admet des sensations non perçues.

Ce fut encore l'analyse qui lui permit d'apprécier les causes qui peuvent accélérer ou ralentir le cours du sang dans les différentes parties de son mouvement circulaire. C'est par elle qu'il arrive à donner une description nouvelle du phénomène de la déglutition, dans laquelle il indique avec précision la part que prennent à ce mouvement les muscles du pharynx, dont il avait étudié le jeu sur lui-même.

A l'aide du même moyen d'investigation, il parvint à déterminer avec beaucoup de rigueur le mécanisme de l'articulation des différents sons. Dans ces études sur la prononciation, Gerdy n'a pas fait preuve seulement de talent, mais on pourrait dire qu'il a fait preuve de courage; car il y en avait à braver l'espèce de ridicule qui semblait s'attacher aux démonstrations que ce sujet nécessite, après la scène du *Bourgeois gentilhomme*. Mais à ceux qui auraient été tentés de le tourner en ridicule, Gerdy aurait pu répondre par cette phrase de Haller, appliquée à des phénomènes d'un autre genre :

« *Ridiculam adnotationem vocaverit qui memor non fuerit, naturam semper seriam esse.* »

A côté de son travail sur les sensations, se placent naturellement ses recherches psychologiques. Tout le monde a lu les pages immortelles où Buffon, voulant exposer le développement des facultés intellectuelles, raconte les impressions du premier homme s'éveillant à l'existence. On sait que le grand philosophe Condillac a supposé une statue qui est successivement dotée des différents sens et des idées qu'ils lui fournissent. Gerdy, physiologiste avant tout, a choisi une route plus naturelle pour arriver au même but. Il prend l'homme au

berceau, décrit ses premières sensations, expose leur succession et montre comment les idées, d'abord confuses, deviennent de plus en plus nettes et distinctes à mesure que les sens et le cerveau se développent. Gerdy continue ainsi à suivre pas à pas le développement des facultés jusque chez l'adulte, et leur décadence chez le vieillard, à mesure que les organes s'affaiblissent et se détériorent.

Tant de travaux auraient pu suffire pour illustrer sa mémoire. Nous allons voir cependant que ceux qu'il entreprit sur la chirurgie les dépassent encore par leur nombre et par leur importance. Nous ne saurions les faire passer tous sous vos yeux, ni vous en donner une notion même sommaire; nous nous bornerons donc à jeter un coup d'œil rapide sur ceux qui ont acquis le plus de célébrité, et auxquels Gerdy lui-même attachait le plus de prix.

A ce titre, figurent en première ligne ses mémoires sur la cure radicale des hernies, sur l'influence de la pesanteur, sur l'ostéite, et son *Traité de chirurgie.*

Le nom de Gerdy est attaché, on peut le dire, à l'histoire d'une opération qui pourtant est l'une des plus anciennes de la chirurgie; c'est celle qui se propose de guérir radicalement la hernie, non-seulement pour éviter au malade la gêne d'un bandage, mais surtout pour l'affranchir des graves dangers qui le menacent tant qu'une voie demeure ouverte à l'issue de l'intestin.

Ce n'est point ici, messieurs, le lieu de juger cette opération, qui n'a jamais pu triompher entièrement des répugnances légitimes qu'elle inspire. Ce que je tiens à faire ressortir à vos yeux, c'est la place hors ligne, pour ainsi dire, qui appartient à Gerdy dans l'interminable historique que de l'antiquité jusqu'à nos jours on pourrait dresser de la cure radicale de la hernie. En créant la méthode de l'invagination, il a dirigé dans sa véritable voie cette partie délicate de la médecine opératoire; et depuis quinze ans les nombreux chirurgiens qui l'ont suivi n'ont fait que modifier l'idée de notre collègue.

Gerdy était trop sincère pour ne pas reconnaître qu'il s'était fait au début quelques illusions. Déjà au sein d'une société célèbre, malgré sa jeunesse, nous l'avons entendu déclarer que la peau refoulée ne retient pas les viscères par une oblitération mécanique; qu'elle se déroule et se déplisse, et que la guérison doit être rapportée à une rétraction inflammatoire du tissu cellulaire du canal et des anneaux. Si l'extrême bonne foi de Gerdy n'avait été un peu aveuglée par ce sentiment si naturel de la paternité pour sa découverte, sans doute il eut encore ajouté quelques concessions. Il aurait avoué que cette opération de cure radicale n'est pas aussi exempte de dangers qu'il l'avait d'abord espéré; que certaines guérisons ne se sont point soutenues, que d'autres enfin s'expliquent facilement par l'âge du malade, le repos exigé par les suites d'une opération, l'obligation de porter longtemps un bandage.

L'influence de la pesanteur sur les liquides contenus dans les vaisseaux était un phénomène trop évident pour avoir échappé à l'attention des observateurs. Mais on n'en avait pas compris toute l'importance. Personne plus que Gerdy n'a contribué à généraliser, à féconder et à faire entrer dans le domaine de la science, par son enseignement officiel, ses écrits et les faits tirés de sa pratique, les nombreuses applications qu'on peut faire de cette loi à la pathologie et à la thérapeutique.

Dans son célèbre mémoire sur l'ostéïte, Gerdy, contrairement à l'opinion généralement admise, démontre que l'inflammation des os est une affection des plus fréquentes; il fait voir que toute phlegmasie voisine d'un os, toute blessure, toute solution de continuité du tissu osseux est accompagnée d'un travail inflammatoire dont les traces sont faciles à retrouver même après un laps de temps très-considérable. Il nous montre les innombrables canalicules vasculaires sillonnant le tissu compacte, le raréfiant et donnant lieu à cette variété de l'ostéïte qu'il appelle *raréfiante.* En opposition à cette première variété, il nous en montre une seconde, qui n'avait point été soupçonnée; celle-ci a pour siége le tissu spongieux dont les mailles sont rétrécies et même oblitérées par des dépôts osseux de nouvelle formation : c'est l'*ostéïte condensante.* Poursuivant ce travail morbide dans son évolution, il arrive à distinguer la nécrose primitive du tissu osseux, des nécroses consécutives à la carie. Vous pouvez voir dans le musée Dupuytren toute une série de pièces recueillies par lui dans les catacombes de Paris, sur lesquelles on retrouve encore exprimées de la manière la plus évidente les traces de cette lésion, que plusieurs siècles n'ont pu effacer.

Le *Traité de chirurgie pratique* était destiné à reproduire l'enseignement officiel auquel Gerdy se livrait depuis 1833. Il se compose d'une série de monographies; cette forme inusitée dans les traités dogmatiques avait pour lui le grand avantage de lui permettre de donner à chacun des sujets qu'il devait aborder un complet développement. Une œuvre semblable exigeait une longue expérience; c'est pourquoi il ne consentit à l'entreprendre qu'après trente ans d'observations. La mort est venue le surprendre lorsqu'il l'avait à peine commencée. Il ne nous a laissé que trois monographies. La première est consacrée à la pathologie générale envisagée dans ses applications à la chirurgie, idée qui, sans être absolument neuve, réalisait cependant un véritable progrès; la seconde concerne l'inflammation considérée dans toutes ses conséquences; la troisième est relative aux maladies de l'appareil locomoteur. On retrouve dans chacune des parties de cet ouvrage cette originalité que nous avons eu déjà souvent l'occasion de signaler, et une critique quelquefois sévère mais toujours consciencieuse des travaux modernes.

Si nous voulions continuer cet examen des travaux de notre éminent collègue, nous dépasserions beaucoup les limites que nous avons dû nous imposer. Comment, en effet, vous donner une idée de cette foule de mémoires, d'observations, d'expériences, de rapports, d'articles publiés dans toutes les revues contemporaines embrassant les sujets les plus variés!

Nous ne ferons que citer ses mémoires sur les luxations du fémur, du radius et de la jambe; son remarquable rapport sur la réduction des luxations congéniales du fémur par la méthode de Pravaz; ses recherches expérimentales sur la réduction des luxations de l'humérus et des phalanges; ses nombreuses observations sur l'exophthalmie, le trichiasis, la rétraction des tissus albuginés, la staphyloraphie, les hernies étranglées, l'hydrocèle, le sarcocèle, les résections de la mâchoire, la ténotomie, les injections iodées, les polypes, etc., etc. Tant de travaux, portant sur des sujets si divers, attestent mieux que nous ne saurions le faire la variété de ses aptitudes, son infatigable activité, et son zèle ardent pour la science.

Vous avez pu juger, messieurs, l'immensité du savoir de Gerdy. On peut à peine comprendre qu'un seul homme, distrait par les exigences quotidiennes de l'hôpital et de la Faculté, par les luttes de nombreux concours, et plus encore par les cruelles atteintes d'un état maladif incessant, ait cependant trouvé le temps d'accomplir tant de travaux.

Et pourtant, Messieurs, l'activité scientifique de notre collègue, disséminée ainsi sur tant de sujets différents, trouvait à se concentrer sur ce bel enseignement de la pathologie externe que, de cette chaire, pendant plus de vingt ans, il a dispensé aux générations d'élèves qui vous ont précédés. Or, Gerdy estimait, et c'est là l'opinion de vos maîtres, que pour faire une bonne et profitable leçon, il est besoin d'une préparation longue et consciencieuse : il faut prévoir et tourner les difficultés; le point qui devant vous ne sera qu'effleuré demande pourtant à être approfondi par le professeur, et ce qui pour l'auditeur a le charme et le coulant d'une improvisation, est souvent le fruit de laborieuses recherches et d'une méditation soutenue.

Si donc vous voulez mesurer en quelque sorte la somme du travail dépensé par Gerdy pour maintenir constamment son enseignement à la hauteur des progrès incessants de la chirurgie, reportez-vous un instant à l'époque où cet enseignement fut inauguré.

C'était après 1830. La chirurgie n'était guère alors que celle de la fin du dix-huitième siècle, celle de l'Académie royale de chirurgie, vulgarisée par l'enseignement populaire d'Antoine Dubois, formulée dans un chef-d'œuvre, le *Traité de Boyer*; fière enfin et à juste titre de quelques brillantes conquêtes de l'art opératoire, la ligature de la carotide externe, de la sous-clavière, de l'iliaque, les résections, et dominant le reste comme une des grandes découvertes modernes, la lithotritie. Un homme allait disparaître, dont l'admirable enseignement avait préparé l'avénement de l'école nouvelle. Dupuytren, dominé par les exigences d'une immense position, n'écrivait pas; il avait pour ainsi dire fixé et immobilisé la chirurgie dans ses mains puissantes, et les voies ouvertes par son génie apparurent surtout après sa mort.

A cette époque, au moment où cette chaire s'ouvre pour Gerdy, l'ardeur des innovations opératoires fait place à un mouvement bien autrement général et fécond. Tout, depuis les grands principes de la science chirurgicale jusqu'aux plus minces détails de pratique, est soumis à révision; on demande sa raison d'être à chaque fait, à chaque opinion. Dans cette recherche ardente de la vérité, à laquelle concourent une foule de travailleurs, une partie du glorieux édifice des Paré et des J. Louis Petit résiste et se consolide, une autre s'écroule pour faire place à des matériaux entièrement neufs et de création contemporaine.

Et, par exemple, « l'histoire des luxations, disait-on il y a quarante » ans, semble toucher à cet idéal qu'on nomme perfection. » Que représentent pourtant ces noms nouveaux par lesquels vous désignez les diverses espèces dans chaque luxation? Une révolution radicale dans cette importante étude, la vérité substituée à l'erreur, à l'à peu près l'exactitude.

Dans l'étude des maladies des yeux, le succès des travaux contemporains est plus éclatant encore; non-seulement les inflammations de chaque partie de l'œil sont reconnues et décrites, mais encore l'analyse de chacune d'elles isole une foule d'espèces qui toutes sont une maladie distincte.

A côté de ce grand résultat, suivez-en un autre plus modeste, de simple critique, d'examen sévère et tenace, qui fixe à jamais, nous l'espérons, la plus belle intervention de l'homme sur son semblable, l'opération de la cataracte. Cette balance si exactement tenue entre l'abaissement et l'extraction, que le choix semblait purement dépendre du caprice de l'opérateur, trébuche tout à coup devant l'examen longuement suivi, cent fois répété, des sujets opérés par les deux méthodes. On prouve que les vieillards chez lesquels l'opération, tout en débarrassant le champ pupillaire, a laissé dans l'œil un corps étranger qui ne s'y dissout presque jamais, perdent le plus souvent sous l'influence de cette cause tout le bénéfice de l'intervention chirurgicale : sur cette démonstration s'établit le triomphe de l'extraction, de cette méthode française si précieuse dans les mains exercées.

Vous pourriez facilement poursuivre, Messieurs, ce perfectionnement de la chirurgie dans presque toutes ses branches.

Vous parlerai-je de toutes les créations de l'art anaplastique? Est-ce un médiocre résultat que celui qui rend à la société cet homme qui était partout repoussé comme un objet d'horreur ou de dégoût? Pourrait-on contester l'importance d'une opération qui, en même temps qu'elle corrige une hideuse difformité, conserve un organe précieux en lui rendant ses moyens de protection? Et, pour dernier exemple, quelle consolation pour le clinicien, pour le professeur, quand, faisant trêve à ses sombres pronostics, à côté de ce cancer, désespoir de la pratique et de l'humanité, il vous apprend, grâce aux travaux de vos maîtres, à en distinguer les tumeurs bénignes!

Tout n'est pas fait encore sans doute; mais sous la lutte encore ardente, n'allez pas méconnaître le progrès accompli. S'il faut du temps et de nouveaux efforts pour le dégager entièrement, n'est-il pas évident pourtant dans l'étude des maladies syphilitiques, dans la doctrine des accidents herniaires, dans les divers modes de compression appliqués au traitement des anévrismes, dans l'emploi des sections musculaires, enfin dans l'intervention du microscope en anatomie pathologique?

Si, d'autre part, quelqu'un était tenté de penser que cet esprit de critique et de révision générale ait rien enlevé à l'essor des découvertes, chacun de vous répondrait par un mot, l'anesthésie, cette gloire de notre art et de notre siècle. La douleur est supprimée, et voilà que du même coup surgissent à côté de cet immense bienfait une foule d'applications nouvelles pour la réduction des parties déplacées, l'extraction des corps étrangers, l'emploi hardi du fer rouge. Car, dans ce grand mouvement qui agite notre art, dès qu'une découverte apparaît, elle est promptement fécondée, étendue, perfectionnée. Voyez l'écoulement séreux par l'oreille, symptôme de certaines fractures de la base du crâne : l'observation sagace d'un de vos maîtres le fait connaître; de suite la clinique, la physiologie, la chimie, l'anatomie pathologique s'en emparent, l'analysent, le retournent pour ainsi dire de toutes façons, et il en sort cette histoire si complète, une des belles pages de la chirurgie française.

De même pour l'infection purulente.

Lorsqu'en 1828 un savant bien regretté établit la coïncidence entre les abcès métastatiques et la phlébite suppurée, la chirurgie put s'enorgueillir de connaître enfin le cruel ennemi auquel nous sommes obligés, dans les hôpitaux surtout, de disputer la plupart de nos opérés. Cependant l'horizon de cette découverte pouvait sembler borné, quand un autre savant, et celui-là, nous le possédons, nous le voyons au milieu de nous, en quelques pages justement saluées du nom de chef-d'œuvre, bien que ce soit un simple article de dictionnaire, oppose à l'infection par phlébite suppurée celle que produit la résorption des éléments décomposés d'un pus qui se pourrit à l'air, en un mot, l'infection putride.

L'infection purulente ne se produit qu'à la suite des grandes plaies; nous multiplions, nous varions tous les moyens d'en prévenir le développement; mais quand elle est développée, notre action est bien faible, bien incertaine pour éloigner la mort qui presque toujours la suit. Au contraire, l'infection putride naît dans des conditions variées; nous sommes presque tout-puissants contre elle dès que nous avons su la reconnaître. De la découverte ou du perfectionnement, lequel ici a le plus servi la chirurgie et la médecine?

La chirurgie et la médecine, Messieurs, comment en effet pourrions nous les séparer, en parlant des progrès contemporains? Ce qui profite à l'une sert à l'autre; elles se rencontrent, elles se confondent dans ces grands résultats.

N'est-ce pas un médecin qui, pour attaquer les tumeurs placées dans le ventre, pose l'indication de l'adhérence des deux parois péritonéales, et donne en même temps le moyen le plus sûr et le plus facile d'atteindre ce résultat?

Vous nommez les deux médecins, le maître et l'élève, aux efforts courageux desquels tant d'enfants déjà depuis trente années sont redevables de la vie sauvée par la trachéotomie.

Enfin, où distinguer la médecine de la chirurgie dans cette extension hardie de la méthode des injections pour la cure des kystes ovariques, des poches hydatiques du foie, des grands épanchements dans les cavités splanchniques?

Je m'arrête, Messieurs, dans l'énumération de toutes ces brillantes conquêtes de la chirurgie contemporaine. J'en ai dit assez pour faire entrevoir l'étendue et la grandeur de la tâche accomplie par Gerdy dans ses leçons si suivies, où développant ce beau tableau de notre chirurgie actuelle, il enflammait l'émulation de vos aînés...

Cette noble émulation, elle vous anime déjà, nous le savons, Messieurs; mais que le souvenir de Gerdy vous laisse surtout dans l'esprit et dans le cœur le culte de ce qui chez lui n'a jamais un moment failli, le travail et l'honnêteté.

Après ce discours, M. le professeur Gavarret a proclamé les noms des lauréats :

Prix de l'Ecole pratique. — Grand prix (médaille d'or). M. Dezanneau (Alfred-Pierre-Joseph).

1er prix (médaille d'argent). M. Luys (Jules-Bernard);

2e prix. M. Blachez (Paul-François);

Mentions honorables. MM. Créquy (Jean-Baptiste-Ulysse) et Dupont (Emile-Jules).

Prix Corvisart. — (Médaille d'or). M. Laborde (Jean-Baptiste);

Mentions honorables. MM. Dumont et Milon.

Prix Montyon. — (Médaille d'or). M. Dumont Pallier (Victor-Alph.-Amédée);

Mention honorable. M. Tarnier.

La rentrée de l'Ecole supérieure de pharmacie a eu lieu mercredi dernier. M. le professeur Le Canu a prononcé l'éloge de Thénard; puis M. Lefort a fait un rapport au nom de la commission de la Société de pharmacie chargée d'examiner les mémoires envoyés sur *l'analyse du nerprun.* Ses conclusions sont : accorder un encouragement de 500 fr. aux auteurs des mémoires nos 1 et 2, et continuer le concours jusqu'au 1er juillet 1859. Enfin, M. le professeur Guibourt a lu un autre rapport sur le concours des prix, qui ont été distribués ainsi qu'il suit :

Pas de premier prix.

Deuxième prix : M. Bretonneau (de Blois);

Mentions: MM. Vée (de Paris); Joulie (de Valence, Drôme).

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la transmission du virus syphilitique de la nourrice à l'enfant et de l'enfant à la nourrice (1).

J'en suis arrivé maintenant à vous citer quelques faits établissant d'une façon péremptoire la possibilité de la contagion de l'enfant à la nourrice.

Un de mes confrères de Paris me mande en consultation chez une famille de sa clientèle. Il m'apprend que la dame de la maison était accouchée sept mois auparavant d'un enfant bien portant, mais qui devint souffrant quinze ou vingt jours après sa naissance, sans présenter toutefois de manifestations morbides du côté de la peau.

Vers la fin de son deuxième mois et au commencement du troisième survinrent des accidents cutanés de nature à inspirer l'idée de la syphilis. Un peu plus tard, la nourrice éprouva quelques symptômes peu rassurants à la mamelle, de l'engorgement ganglionnaire dans l'aisselle correspondante, une éruption de roséole sur toute la surface du corps et du mal de gorge.

Le médecin demanda au père de l'enfant si jadis il avait eu la vérole : celui-ci le nia énergiquement. Adresser une semblable question à la mère était chose à peu près impossible, aussi mon

(1) Fin. — Voir le numéro du 29 octobre.

confrère ne fit-il que s'assurer qu'elle ne présentait aucune trace de la maladie. L'état de la nourrice empira à ce point que l'allaitement dut être confié à une autre femme. Trois semaines après, la seconde nourrice fut prise d'accidents du côté de la mamelle. Je fus appelé à peu de distance de là, et moi-même je constatai chez elle les signes les plus évidents de la diathèse. Quant à l'enfant, il avait une hypertrophie du foie, ainsi que des lésions cutanées et buccales.

Admettrez-vous que ces deux femmes aient été également infectées? C'eût été d'abord une singulière coïncidence, mais la première de ces nourrices était mariée et se portait à merveille ainsi que son mari, avant de commencer l'allaitement. La seconde était une jeune fille arrivant de la campagne, accouchée depuis quatre mois et n'ayant jamais éprouvé quoi que ce soit. Cependant elles étaient infectées toutes deux, et toutes deux de la même manière!

De pareils faits sont bien graves, et leur nombre commence aujourd'hui à grossir. Les accidents secondaires se transmettent donc beaucoup plus difficilement sans doute que les accidents primitifs, mais enfin ils se transmettent; et de l'enfant à la nourrice, la contagion dépend de conditions spéciales, sur lesquelles je désire fixer un instant votre attention.

Personne n'ignore que la vérole se contracte lorsque, sans excitation préalable, le pus infectant est mis en contact avec une surface dénudée. Introduisez, par exemple, sous la peau de la cuisse, du virus provenant d'un chancre syphilitique, et vous provoquez l'évolution d'un autre chancre également contagieux. Mais ce n'est pas là le mode le plus ordinaire : l'inoculation a lieu par l'excitation génitale, quand la femme porte des lésions spécifiques sur le col utérin, à la vulve, dans le vagin. L'intromission du pénis, alors même qu'il est sans écorchures, peut suffire pour inoculer le mal vénérien; il se passe probablement une sorte de phénomène d'endosmose.

L'enfant contamine par la succion le mamelon de sa nourrice. Les lésions de la bouche sont souvent les premières qui apparaissent chez le nouveau-né syphilitique : je vous ai fait constater ce fait sur les deux petits malades de notre salle. Lorsque l'enfant approche ses lèvres pour teter, le mamelon entre en érection, et c'est cette érection qui après un certain temps détermine la montée du lait et le fait jaillir. Il y a là une véritable éjaculation des glandes mammaires. De même, l'érection du membre viril produit la montée du sperme et l'éjaculation des glandes séminales.

Ce rapprochement vous paraîtra peut-être un peu étrange, mais il est physiologique et très-exact. Cette érection du mamelon se répète à de fréquents intervalles, et les femmes pour endormir leurs nourrissons les laissent quelquefois au sein deux, trois, quatre heures de suite. Or vous comprenez tout ce que peut avoir de grave un contact très-prolongé dans des conditions si actives, et de la part de l'enfant qui se consume en efforts de succion, et de la part de la nourrice dont le mamelon reste en érection continue.

Dans les rapports de l'homme avec la femme, tandis que la contamination est le fait de l'excitation génitale, en vertu d'un phénomène d'endosmose, la transmission au contraire du virus syphilitique de l'enfant à sa nourrice s'effectue par des surfaces excoriées. Nous voyons tous les jours, en effet, le mamelon des femmes qui allaitent devenir le siége d'écorchures et de fissures dues tantôt à une mauvaise conformation du sein, tantôt à l'appétit vorace de l'enfant. Vous pressentez alors comment l'inoculation est rendue facile : elle s'opère directement des lèvres malades du nourrisson au mamelon excorié de la nourrice. Que ce mode de propagation ne soit pas très-commun, mais il n'en est pas moins vrai que les exemples tendent aujourd'hui à devenir assez nombreux.

Voici des faits bien acquis : la syphilis se transmet à l'enfant après sa naissance par sa mère, sa nourrice ou toute autre personne, et elle se communique de l'enfant à la nourrice. Vous vous prononcerez là-dessus en toute certitude de cause; mais on peut vous demander votre avis sur une question infiniment plus complexe, dans les cas, par exemple, où l'enfant atteint de syphilis congéniale est confié à une nourrice infectée d'*ancienne date*.

Il y a peu de temps, M. Ricord, un de nos confrères de Paris et moi, nous donnions un certificat en qualité d'experts dans une affaire de ce genre. Le tribunal de première instance nous donna gain de cause, la cour impériale nous condamna.

Un enfant vient au monde avec toutes les apparences de la meilleure santé, et est placé en nourrice à la campagne. Quinze jours après sa naissance, il est pris de la rougeole, — affection alors épidémique dans le pays, — puis il succombe à l'âge d'un mois ou de cinq semaines des suites d'*une espèce d'affection de la peau qui avait succédé à la rougeole*. La nourrice reprend son propre enfant et lui donne le sein; quinze jours plus tard celui-ci présente des phénomènes morbides du côté des fesses, du nez et de la peau, tous les symptômes, en un mot, de la syphilis constitutionnelle.

En proie à des accidents et conduite à Paris, on constate chez cette femme un engorgement des ganglions inguinaux, engorgement chronique et datant certainement de plusieurs mois. On ne découvrit pas de traces de chancres à la vulve. Quelques plaques muqueuses existaient sur la mamelle, mais sans aucune espèce de tuméfaction des glandes de l'aisselle.

Nos conclusions furent à peu près les suivantes :

1° Il existe chez la nourrice un engorgement des glandes de l'aine. Or l'induration des ganglions inguinaux atteste une maladie chronique;

2° L'engorgement des glandes de l'aine témoigne d'une vérole ayant débuté par les parties génitales; or un nourrisson ne transmet pas de ce côté la syphilis à sa nourrice, mais par le mamelon;

3° Il n'y a pas eu d'accidents d'inoculation du côté du mamelon, car si un chancre s'y était développé, les ganglions de l'aisselle eussent été engorgés, et ils ne l'ont pas été. De plus, l'enfant même de cette femme est là pour accuser hautement sa mère, puisqu'il est affecté de syphilis constitutionnelle quinze jours au plus après qu'elle lui a donné le sein. Or il est impossible qu'une vérole constitutionnelle survienne chez un enfant *quinze jours* après l'apparition d'un chancre infectant de la bouche.

Nous fîmes donc ressortir dans nos conclusions la certitude de l'infection vénérienne chez la nourrice, avant son accouchement, avant l'époque par conséquent où le nourrisson lui avait été confié. Nous ne pûmes pas dire si ce nourrisson avait lui-même éprouvé les atteintes du mal, nous l'ignorions; mais nous savions toutefois que les parents examinés attentivement par nous et à plusieurs reprises, ne portaient aucune trace suspecte. Nous certifiâmes enfin que le propre enfant de la nourrice était affecté de syphilis congénitale, et qu'il l'avait prise dans le sein maternel.

En première instance, je vous l'ai dit, notre rapport eut gain de cause; mais en appel, *les parents furent condamnés à payer à la nourrice une indemnité considérable*. La justice a prononcé, je ne récriminerai point, mais ce que je peux dire, c'est que les magistrats sont ordinairement mal éclairés sur de semblables matières. Aussi, je ne saurais trop vous engager à ne point perdre le souvenir de ces faits, car vous serez consultés un jour ou l'autre dans des circonstances analogues, et vous voyez combien il est important d'empêcher qu'un arrêt injuste apporte la honte dans une famille, et soit pour elle l'occasion d'une très-lourde perte d'argent.

Permettez-moi de vous dire maintenant quelques mots de l'infection paternelle.

D'après quelles conditions un père qui a eu la vérole la transmettra-t-il à son enfant? C'est extrêmement difficile à établir. En effet, les individus qui paraissent quelquefois le plus complétement guéris, et qui n'éprouvent plus d'accidents actuels, restent néanmoins sous le coup d'une diathèse dont les manifestations apparaîtront, indépendamment de toute contamination nouvelle, quatre, six ou huit ans après, et souvent ils procréent des enfants syphilitiques.

L'un des plus illustres professeurs de clinique qui m'ait précédé dans cette chaire, Récamier, avait l'habitude de nous dire, en parlant de la syphilis constitutionnelle et de sa transmission héréditaire, que de très-nombreux faits observés dans sa pratique lui avaient appris que des hommes, mariés avec l'apparence de la plus florissante santé, à des femmes également bien portantes, n'avaient jamais pu avoir que des avortons. Les enfants arrivaient morts au sixième ou au huitième mois de la grossesse, ou bien s'ils étaient conduits à terme, ils ne tardaient pas à succomber. Récamier attribuait cette fin prématurée, non pas à la mauvaise constitution de la mère, mais à une syphilis antécédente du père. S'il venait à interroger celui-ci, et à analyser les détails pathologiques de sa vie, il voyait se confirmer ses prévisions. En soumettant le père et quelquefois la mère à un traitement spécifique plus ou moins prononcé, ces mariages inféconds rentraient dans la loi générale de la nature.

Je fus frappé, dès le commencement de mes études, par ce grand fait que Récamier proclamait dans cette enceinte, j'ai pu moi-même en vérifier assez souvent toute l'exactitude.

Il y a onze ans, je fus mandé pour pratiquer l'opération de la trachéotomie. Nous vîmes le malade en consultation avec MM. Rayer, Bouillaud, Blandin. Il mourait étranglé par une maladie du larynx, qui fut rapidement modifiée par l'usage de préparations mercurielles, puis complétement guérie sous l'influence de l'iodure de potassium. C'était un homme d'une vigueur athlétique, présentant toutes les apparences d'une merveilleuse santé. Il nous raconta qu'à l'âge de dix-neuf à vingt-ans, il avait eu la vérole, mais que depuis lors, n'ayant jamais éprouvé d'accident vénérien et se croyant radicalement guéri, il s'était marié. Sa femme était devenue six fois grosse, et six fois ses enfants n'étaient pas arrivés à terme, bien que leur mère se trouvât dans d'excellentes conditions. Ces avortons avaient tous présenté des lésions du côté de la peau, qui avaient paru fort étranges au médecin, et lui avaient laissé supposer *un vice de constitution chez la femme*.

Un de mes amis, dont les jeunes années n'avaient été traversées que par des symptômes syphilitiques peu intenses, se maria et vit mourir ses premiers enfants avant qu'ils fussent parvenus à l'échéance normale de la gestation : ils avaient la peau couverte d'excoriations, sur la nature desquelles je me prononçai difficilement. Le père ne présentait aucune trace de maladie vénérienne. Je le mis cependant à l'usage de l'iodure de potassium, et je fis bien, car il est depuis cinq enfants parfaitement bien portants.

A quelle époque un individu ayant eu la vérole ne sera-t-il plus susceptible de transmettre ce triste héritage à ses enfants? C'est chose difficile à dire.

Il y a deux ans, un jeune homme atteint d'une syphilis constitutionnelle fort grave se mariait un mois seulement après la sensible amélioration de ces accidents. Il souffrait même encore, les ganglions cervicaux étaient toujours engorgés; aussi voulais-je que le mariage fût différé. Cela ne fut pas possible. La femme est devenue grosse, et l'enfant né de cette union est aujourd'hui admirablement portant : il a quinze mois.

Ainsi, un homme qui vient d'avoir la vérole constitutionnelle avec des accidents graves, et qui n'est pas encore tout à fait hors d'affaire, peut ne pas communiquer la syphilis à l'enfant qu'il procrée, alors que d'autres, paraissant absolument quittes de tout, ont le déplorable privilége d'entacher leur descendance. Voici encore un fait à l'appui de la première de ces deux propositions :

Un officier avait contracté la vérole en 1813, et l'avait gardée à cheval et aux bivouacs jusqu'à la paix de 1814; il en conservait même des traces durant la campagne de 1815. Peu de temps après l'année 1816, sa guérison fut complète. Le général se mariait en 1830. Il me consulta à cette époque, et je l'engageai à se traiter vigoureusement avant son mariage, car il avait du coryza syphilitique. Il suivit mon conseil. De son union sont nés deux enfants, vivants aujourd'hui et se portant à ravir. Le général n'était cependant pas guéri, et en voici la preuve. En 1837, alors qu'il ne s'était exposé à aucune contamination nouvelle, il reprenait une psoriase vénérienne et un coryza spécifique frappant jusqu'aux os du nez. De nouveau soumis à un traitement syphilitique, il fut de nouveau guéri; mais en 1853, bien qu'avancé en âge, il venait encore me consulter pour ce coryza et cette psoriase, qui se manifestaient une fois encore. La vérole était bien *en puissance* chez cet homme et le mal bien invétéré, et cependant ses enfants n'ont hérité de rien!

La syphilis n'est donc pas fatalement transmissible; mais les exemples de propagation sont néanmoins assez communs pour que dans un service de jeunes enfants tel que celui de l'hôpital Necker, j'eusse chaque année quinze ou vingt nourrissons affectés de syphilis congénitale. Ici même, dans notre petite salle des femmes nouvellement accouchées, je peux toujours vous montrer, dans le semestre d'été, plusieurs nouveau-nés atteints de la même maladie.

Afin de rendre cette leçon aussi complète que possible, laissez-moi vous rappeler comment j'entends chez ces jeunes êtres le traitement du mal vénérien. Je conseille habituellement des bains de sublimé, dont voici la composition :

Sublimé.	de 1 à 2 grammes.	
Alcool.	10	—
Eau distillée. . . .	30	—

Faites dissoudre pour mettre dans l'eau du bain.

Je prescris en même temps la liqueur de Van-Swieten à la dose d'un gramme, ce qui équivaut à un milligramme de deuto-chlorure de mercure. La thérapeutique doit également s'étendre à la nourrice. Pour elle, j'administre l'iodure de potassium depuis la dose de 50 centigrammes jusqu'à celle de 1, de 2 ou de 3 grammes par jour, et pendant plusieurs mois consécutifs, sauf à interrompre pendant quelque temps, pour ne jamais manquer de revenir à la même médication.

Quant à la syphilis acquise, elle se traite chez l'enfant absolument comme chez l'adulte.

Telles sont les considérations cliniques médico-légales et thérapeutiques que je tenais à vous présenter sur la syphilis infantile. Si vous savez en conserver le souvenir, j'espère qu'elles seront peut-être de nature à vous éviter un jour bien des écueils dans la pratique de notre art.

Dr L. DU S.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous avons reçu un grand nombre de lettres à l'occasion de la dernière séance de l'Académie de médecine. Nous donnons celle qui suit et qui nous est adressée du département de la Nièvre comme un spécimen de l'approbation qu'a reçue en province le discours de M. Michel Lévy :

« Les médecins de province s'apprêtent à voter à M. Michel Lévy, dont le nom indique cependant une nationalité qui ne néglige pas ses intérêts matériels, une couronne d'immortelles pour les nobles sentiments qu'il a exprimés au nom du corps médical. Pour entrer plus complétement dans ses vues, je serais d'avis de proposer à nos confrères d'adresser au ministre de la guerre une pétition à l'effet de supprimer les appointements des médecins militaires, et de remplacer ces appointements par une médaille d'honneur, qui serait délivrée à la fin de chaque année à ceux d'entre eux qui auraient montré le plus de zèle, de désintéressement, de dévouement et d'abnégation dans leur service. — M. le directeur du Val-de-Grâce appuierait, j'espère, cette pétition de tout son pouvoir.

» Ceci me rappelle un préfet de je ne sais plus quel département, qui, éprouvant le besoin d'avoir des médecins cantonaux, les institua et leur promit une médaille pour récompense à la fin de l'année. Qu'aurait-il dit si l'on avait proposé de supprimer le traitement des préfets et de les mettre au régime de la médaille?

» Dans la Nièvre, nous n'avons pas été traités ainsi. Notre honorable préfet a fait ce qu'il a pu; il a divisé les cantons en circonscriptions, les a attribuées aux divers médecins du canton, et à tous il a donné un minimum de 150 fr. Il espère augmenter ce traitement chaque année, et il l'a, en effet, augmenté déjà dans plusieurs circonscriptions.»

— Un concours sera ouvert le 20 janvier prochain au Val-de-Grâce pour un emploi de professeur agrégé en médecine, vacant à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Aux termes de l'article 6 du décret du 15 novembre 1852, ne peuvent être admis au concours, pour les emplois de professeur agrégé, que les médecins des grades de major de 1re et de 2e classe et d'aide-major de 1re classe.

— Le concours pour l'admission à l'Ecole de Strasbourg aura lieu à Paris le 27 novembre. Le nombre des candidats inscrits est de dix-huit seulement. C'est bien peu, surtout quand on songe qu'on a constaté, au mois de juillet dernier, quinze vacances produites parmi les élèves par suite de décès ou de démissions. — Comme le disait récemment la *Gazette médicale de Strasbourg*, il est temps que l'on songe aux moyens de recruter notre corps de santé de l'armée.

— M. le professeur Piorry commencera sa clinique médicale à la Charité, le vendredi 20 novembre à 8 heures du matin, et la continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

LA SOUDE.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 136. — JEUDI 19 NOVEMBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 136. — JEUDI 19 NOVEMBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 18 NOVEMBRE 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a sursis à la discussion sur la statistique des décès, pour entendre le rapport annuel sur les vaccinations. La lecture de ce rapport a donné lieu à un échange d'explications entre MM. Trousseau, Moreau, Renault et le rapporteur, au sujet de l'utilité des revaccinations et des divers procédés en usage pour la conservation du vaccin. Ces explications, en ce qui concerne ce premier point, n'ont entraîné du reste aucune dissidence réelle. Tout le monde est d'accord, dans le sein de l'Académie du moins, sur l'utilité des revaccinations. Mais convient-il d'en proposer à l'autorité l'exécution obligatoire, ou de se borner à lui en signaler l'opportunité ? Là seulement gît le dissident entre M. Trousseau, qui est pour la première manière de faire, et M. Depaul, qui est pour la seconde. L'Académie a paru par son silence même être de l'avis de M. Depaul.

Après une intéressante présentation de M. Scoutetten, dont le sujet est énoncé dans le compte rendu, l'Académie s'est formée en comité secret. — Dr Brochin.

DE LA STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS.

Les loisirs que nous laisse la séance d'hier à l'Académie de médecine nous permettent de continuer aujourd'hui l'exposition des divers points relatifs à la question de la statistique des causes de décès, que nous nous sommes proposé d'examiner.

Nous croyons avoir montré l'utilité du but qu'on se propose par cette statistique, et établi sa possibilité scientifique. Il nous reste à montrer maintenant la possibilité de son exécution matérielle. Ce ne sera pas la partie la moins difficile de notre tâche. Un grand nombre de difficultés se dressent en effet devant l'exécution de ce projet : quelques-unes avaient déjà été prévues par le rapport de la commission ; la discussion en a fait surgir d'autres qui lui avaient échappé. Mais c'est surtout dans notre correspondance que les objections nombreuses et pressées se présentent avec un caractère d'unanimité qui ne laisse pas que de les rendre imposantes.

Cependant, malgré l'autorité et la compétence en pareille matière de ceux de nos confrères des départements qui ont bien voulu nous communiquer leur opinion sur le projet, nous n'en persistons pas moins à croire avec la commission et avec la majorité de l'Académie à la possibilité de son exécution.

Nous laisserons de côté les objections qui ont été soulevées dans le sein de l'Académie et qui ont été pour la plupart réfutées par le rapporteur de la commission, et nous nous bornerons à passer en revue les principales difficultés arguées par nos correspondants.

Constatons d'abord que, en général, le projet est accueilli avec assez peu de faveur par nos confrères des départements, notamment par les praticiens des campagnes, qui en porteraient plus particulièrement la charge.

Ces difficultés sont de deux ordres : les unes, en quelque sorte toutes matérielles, pèsent tout entières sur le praticien, telles, par exemple, que les distances à parcourir, le temps à consacrer à la rédaction des bulletins et les embarras d'une sorte de tenue administrative, à laquelle les médecins sont généralement peu faits et peu enclins ; les autres, plutôt morales, sont tirées des répugnances que l'on présume devoir être suscitées dans les populations par ce genre d'enquête.

Pénétré que nous sommes de l'utilité de la mesure, il importe de voir ce qu'il y a de réel et de fondé dans ces objections, et de les réduire à leur juste valeur.

Afin d'épargner le temps de nos lecteurs, nous présenterons en bloc en quelque sorte les objections formulées dans les nombreuses lettres et communications que nous avons reçues. Cette besogne nous sera facilitée d'ailleurs par un excellent rapport que M. le docteur A. Chevandier, membre du conseil d'hygiène de Die, a adressé au sous-préfet de cet arrondissement sur cette question, et dont il a eu l'obligeance de nous transmettre une copie. Ce rapport, rédigé avec talent et plein de vues justes et sensées, résume en effet dans leur ensemble et dans leurs détails la plupart des objections reproduites ou répétées dans les autres communications.

Nous avons dit que quelques médecins présentaient comme impraticable le relevé des causes de décès, en se fondant sur les répugnances que ce genre d'enquête exciterait dans les populations. C'est sur cette considération surtout que s'appuie M. Chevandier pour montrer la difficulté de la réalisation du projet. D'abord, sur l'utilité hygiénique et administrative de la constatation de la réalité et de la cause des décès, sur laquelle, dit-il, il ne peut y avoir qu'une parfaite communauté de vues dès qu'il s'agit du moyen d'exécution, il se fait l'organe des hésitations et des appréhensions respectables que le gouvernement lui-même a pressenties de la part des médecins, en leur faisant demander, par l'intermédiaire de ses agents : « s'ils se prêteraient facilement à déclarer sur un bulletin remis par le maire la cause de la mort. »

« On ne saurait croire, dit-il, combien, dans les campagnes, les parents tiennent à ce que les maladies causes de la mort ne soient pas divulguées, alors même qu'elles ne renferment aucune honte.

« La haine et la médisance ne respectent pas mieux la mort que la vie. Que la phthisie vienne de faire une victime dans une famille, le deuil des premiers jours s'étendra peut-être jusque sur les voisins et les proches ; mais qu'une contestation arrive, qu'un projet de mariage soit connu, et on ne tardera pas à voir surgir, tantôt comme une injure, tantôt comme un obstacle, la phthisie dénoncée par le vérificateur des décès.

« Si à côté de cette maladie, ajoute M. Chevandier, nous rangeons toutes celles que l'hérédité est susceptible de transmettre, nous verrons combien seront nombreux les cas où le médecin devra ne pas dénoncer les causes de la mort..... Et outre toutes ces maladies, n'y a-t-il pas encore celles qui, n'ayant rien d'inavouable dans les circonstances de leur production, doivent pourtant rester dans le mystère que la décence et la pudeur recherchent. »

En présence de ces faits, M. Chevandier se demande quelle devra être la conduite du médecin. La nécessité morale où il se trouvera de désavouer la malveillance en fournissant un abri à l'honorabilité des familles, lui semble incompatible avec la dénomination du mal réel au maire de la commune.

Avant d'aller plus loin, et sans méconnaître tout ce qu'il y a de juste et d'honorable à la fois dans le scrupule qui préoccupe nos confrères, nous leur ferons remarquer qu'il est en réalité sans fondement dans l'espèce.

Le ministre dans les questions adressées à l'Académie, et la commission dans son rapport, ont prévu et senti en effet la nécessité de concilier l'accomplissement de la nouvelle obligation imposée au médecin avec l'obligation du secret qui est inscrite en même temps dans la loi et dans sa propre conscience.

Le secret est suffisamment garanti par la prescription qui est faite au médecin, dans le huitième article des nouvelles conclusions du rapport (ou septième de la première rédaction), de n'inscrire aucun nom sur les bulletins, de ne les remettre que *cachetés* entre les mains de l'agent de l'autorité locale. Il est spécifié, en outre, dans cette même conclusion que ce bulletin sera transmis, sans avoir été ouvert, par le maire de la commune où il aura été déposé, au sous-préfet ou au préfet, lequel le transmettra à son tour, toujours cacheté, à l'administration centrale, où il ne sera ouvert que par la commission chargée du dépouillement.

Ajoutez que tout cela peut se faire parfaitement à l'insu des familles, quand c'est le médecin traitant qui rédige le bulletin. Il n'y a donc là rien qui ressemble à cette sorte d'enquête toujours pénible pour une famille en deuil, et qui, aux yeux des populations naturellement défiantes et ombrageuses des campagnes, pourrait paraître avoir quelque chose d'inquisitorial et de vexatoire.

L'objection subsisterait tout au plus pour le cas où, en l'absence d'un médecin traitant, ce serait un médecin délégué par l'autorité, médecin vérificateur, cantonal ou autre, qui aurait à fournir le

FEUILLETON.

Les zoospores. — Des organes phosphorescents de certains coléoptères. — Extinction des vibrations sonores par les liquides hétérogènes. — Dosage de l'argent dans les galènes argentifères. — Le collier syphilitique. — Cryptogamie.

Depuis les magnifiques travaux de M. G. Thuret sur le mode de reproduction des algues, les zoospores et les anthéridies sont tombées dans le domaine de la science, et les savants armés de leur microscope étudient les faits et gestes de ces étonnants animaux-graines ou graines animées. On comprendra facilement cette vive curiosité, si l'on veut suivre un instant la très-intéressante communication que vient de faire M. Le Jolis devant une de nos plus laborieuses sociétés départementales, je veux dire la Société des sciences de Cherbourg.

Si l'on prend une espèce d'algue ou de varech et qu'on soumette au microscope un des filaments qui la composent, on aperçoit une sorte de tube rempli d'une matière verdâtre. Arrivée à la période de reproduction et de multiplication, la matière verte s'organise sous forme de petits grains. Bientôt un mouvement singulier se déclare, et le tube se déchire pour livrer passage à un nombre fabuleux de petites graines qui troublent l'eau et se livrent à un tournoiement incroyable. Ce mouvement impétueux ne peut guère être comparé qu'à celui d'une fourmilière ou d'un essaim d'abeilles. Pour étudier les formes de ces graines, qui ne sont autre chose que des zoospores, il est nécessaire de les tuer au moyen d'un acide ou d'eau iodée. Cette dernière est cependant préférable, car elle teint les graines en brun et rend leurs formes plus sensibles.

Les zoospores ont à peu près la forme d'un œuf ou d'une toupie. La partie la plus large est occupée par la matière verte. Elles se terminent en avant par une sorte de bec (rostre) près duquel un point rougeâtre ressemble aux yeux des infusoires. Ajoutez à ce bec des cils vibratoires qui font office de pattes ou nageoires, et vous aurez une idée de ce singulier animal-graine.

Après un temps plus ou moins long, de quelques heures à plusieurs jours, le mouvement du zoospore se ralentit et l'animal va se fixer par le rostre sur les parois du vase dans lequel on l'observe. Les cils natatoires devenus inutiles disparaissent; l'extrémité antérieure s'élargit, devient une racine ; l'autre extrémité grandit, et bientôt on se trouve en présence d'une plante semblable à celle qui a donné naissance aux zoospores, et qui doit elle-même lancer à son tour des myriades d'animaux reproducteurs.

Très-sensible à l'action de la lumière, on voit le zoospore s'élancer vers le côté éclairé; quelquefois on en rencontre qui, au contraire, recherchent l'obscurité. Outre la faculté de se mouvoir, elles possèdent celle de se contracter, et nous voici placés sur cette limite qu'on avait cru pouvoir établir entre le règne animal et le règne végétal. Le zoospore germe, il est donc un végétal; mais il se contracte, et cette contractilité appartenait en propre au règne animal? Ici surgit cette grande difficulté de la limite entre les deux règnes en question ; car en présence de ces êtres ambigus qui, par certains caractères, semblent se rattacher à chacun des règnes animal et végétal, que peut le naturaliste, sinon répéter le mot de Linné : *natura non facit saltus*, et reconnaître que dans la nature tout se lie, s'enchaîne par des transitions qui échappent à notre entendement, mais qui n'en sont pas moins réelles et positives.

Les zoospores ne sont pas les seuls moyens de reproduction des algues et d'autres cryptogames ; on sait que des animalcules, nommés enthérozoïdes ou spermatozoïdes, concourent à la multiplication de la plante. Mais ces derniers, munis de cils vibratiles, et se mouvant avec rapidité, se trouvent cependant dans l'impossibilité de germer, caractère assez tranché pour les distinguer des zoospores.

— Ne quittons pas encore ce microscope, qui nous révèle les mystères du monde infiniment petit ; entre les mains de M. Kolliker, il va nous initier au secret des organes phosphorescents.

Ce savant histologue a trouvé des nerfs dans les organes phosphorescents des coléoptères luisants, et il s'est assuré que la propriété de luire était placée sous l'influence directe de la volonté et du système nerveux. Tous les agents propres à irriter les nerfs (agents mécaniques, électriques ou thermiques, les alcalis caustiques, les acides, les dissolutions salines, l'alcool, l'éther, etc.), produisent une phosphorescence vive de l'organe ; tandis que les substances qui exercent une action toxique sur les nerfs, et en particulier l'acide cyanhydrique et la conicine, font cesser toute phosphorescence.

Ces organes phosphorescents sont, d'après M. Kolliker, des capsules à parois délicates, remplies de cellules polygonales. De ces cellules, les unes, transparentes, pâles et entièrement comblées par une masse moléculaire très-ténue, sont les éléments phosphorescents ; les autres contiennent des grains blancs, qui ne sont que de l'urate d'ammoniaque. Entre ces cellules, dont les premières ont la plus grande ressemblance avec les cellules nerveuses, se ramifient des trachées et des branches nerveuses que M. Kolliker n'a pu poursuivre jusqu'à leur extrémité.

Les femelles du *Lampyris splendidula* présentent à l'abdomen deux

bulletin. Ici, en réalité, le caractère de l'enquête existe, mais avec les mêmes conditions de secret, sous la garantie du moins de la probité et de la discrétion du délégué. Il dépendrait dans tous les cas du tact et de la convenance que celui-ci apporterait dans l'accomplissement de cette fonction, d'en atténuer le mauvais effet auprès des familles, en leur faisant connaître le but utile et en quelque sorte tout confidentiel de sa démarche.

« Supposant qu'il soit laissé assez de latitude au médecin pour que sa susceptibilité ne soit pas inquiétée, ajoute plus loin M. Chevandier, il importera encore de rendre excessivement simple une enquête pour laquelle il avoue son peu de goût. D'un autre côté, le zèle médical à l'endroit des recherches de l'administration est assez tiède ; et cette sorte d'indifférence appartient non-seulement aux nombreuses fatigues que le médecin de campagne a à subir, mais encore à ce qu'il n'est point convaincu que la vérification conduise sûrement aux résultats pratiques désirés. »

Ce qui vient d'être dit répond à la première partie de ce paragraphe. Pour la seconde partie, il y a deux réponses à faire, et l'Académie les a déjà faites, sinon explicitement, du moins d'une manière implicite. L'appel qui sera fait par la circulaire académique au zèle et au dévouement des médecins, pour l'accomplissement d'une œuvre dont elle saura très-certainement leur faire sentir toute l'utilité et tout l'intérêt hygiénique et scientifique, sera indubitablement entendu par la grande majorité, sinon même par l'universalité de nos confrères. C'est ici le cas d'ajouter que la « *petite* gratification de M. Velpeau » ne gâterait rien à l'effet de cette circulaire.

A cette question : « Le service de vérification des décès étant établi, sera-t-il confié aux soins de tous les médecins indistinctement ou à ceux d'un médecin spécial ? » on connaît la réponse faite par la commission. En principe, ce sont les médecins traitants, *tous* les médecins par conséquent qui seront astreints à ce nouveau service, et, en cas seulement d'absence de médecin traitant, un médecin délégué par l'autorité sera appelé à constater le décès et à en enregistrer la cause.

Un grand nombre de nos confrères ont fait la même objection, très-nettement formulée par M. Chevandier et présentée déjà devant l'Académie, celle de l'éloignement, des distances à parcourir, et de l'alternative embarrassante dans laquelle pourra se trouver le praticien entre l'obligation d'obéir aux injonctions de l'administration qui le chargerait d'aller reconnaître les causes d'un décès, et la nécessité de se rendre à la prière d'un malade qui l'appellerait d'un autre côté à sauvegarder sa vie.

Cette objection est sans fondement pour les médecins traitants, qui n'auront nullement à se déranger pour rédiger le bulletin, connaissant, dans le plus grand nombre des cas du moins, le décès de leur malade et la cause qui l'a produit ; — car il importe de le faire remarquer, la plupart des objections sont fondées sur la confusion que font les adversaires du projet entre l'enregistrement des causes de décès et la constatation des décès, qui est une question connexe sans doute, mais que l'Académie en a avec raison disjointe pour le moment.

Quand au médecin délégué qu'elle concerne exclusivement, les déplacements et les pertes de temps auxquels il serait astreint par ce service, sont autant de conditions acceptées d'avance, et qui n'auraient par conséquent rien d'onéreux ni de désobligeant pour lui.

Ce sont là, croyons-nous, sauf quelques omissions probablement peu importantes, les difficultés principales que nos confrères des départements opposent à l'exécution matérielle du projet. Si nous ne nous abusons, elles sont notablement atténuées par les explications que nous venons de donner.

Nous aurons à examiner plus tard, dans le cas où, contre nos prévisions, ces objections auraient conservé dans la pratique toute leur force, les divers systèmes que quelques-uns de nos confrères, notamment M. Chevandier et M. le docteur E. Facieu (de Montans), ont proposé de substituer au système de l'Académie. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. Bouchut.

Abcès du cuir chevelu avec nécrose d'un pariétal ; convulsions, paralysie ; œdème sans albuminurie. Injections d'eau bromée ; guérison.

J'ai déjà publié plusieurs faits de guérison d'abcès au moyen des injections d'eau bromée, dont l'usage a été substitué dans mon service à la teinture d'iode. En voici un nouvel exemple très-curieux à plus d'un titre ; par l'âge de l'enfant ; par le siége de l'abcès sur un pariétal nécrosé ; par les convulsions et la paralysie observées dans la durée du traitement ; enfin par la guérison. La médication peut s'honorer du succès, mais il n'y avait guère lieu d'y compter, en raison des conditions déplorables où se trouvait l'enfant.

Hubert, âgée de seize mois, entrée le 8 janvier 1855, au n° 6 de la salle Sainte-Marguerite, et passée au n° 15 de la salle Sainte-Rosalie, sortie guérie le 3 mai suivant.

Cette petite fille, très-chétive, enfant unique de parents bien portants, n'a pas été souvent malade. Au mois de septembre dernier, elle a eu une diarrhée cholériforme très-grave. Elle a six dents.

Le 29 novembre 1854, abcès considérable du cuir chevelu au niveau du pariétal droit, lequel s'est ouvert à la fin de décembre. A ce moment, convulsions permanentes de trois jours, suivies de cécité absolue, d'abaissement de la paupière gauche, de résolution incomplète des quatre membres sans paralysie évidente. Les grandes convulsions ayant cessé, ont été suivies, dit-on, de convulsions sourdes, avec faibles secousses et petits cris de la part de l'enfant.

Cette petite fille n'a jamais eu de gourmes d'ophthalmie, ou de ganglions cervicaux engorgés.

Le 8 janvier, l'enfant est très-petite, maigre, facies rouge, paupière supérieure gauche paralysée, sans strabisme ni cécité ; mouvements des membres difficiles, lents ; pas de paralysie ; œdème des membres inférieurs et des mains. Les gencives sont très-rouges, gonflées, ramollies par le travail de la dentition. Abcès considérable du cuir chevelu, avec décollement considérable de la peau au niveau du pariétal gauche, dans une étendue de 8 à 10 centimètres. Un stylet conduit par plusieurs ouvertures de la peau frotte sur l'os rugueux et dénudé. L'enfant tousse un peu et a du râle sous-crépitant dans la poitrine. Peau chaude, pouls à 120. — Injection d'eau bromée dans le foyer purulent du crâne.

Le 12, la paupière supérieure gauche recouvre entièrement l'œil qui est absolument fermé. Les mouvements des membres sont tous possibles. L'œdème a diminué, mais il est encore très-appréciable ; les urines, extraites par la sonde, sont acides, et ne précipitent point par l'acide et par la chaleur. L'enfant boit cinq tasses de lait par jour, il ne vomit pas, n'a point de diarrhée, et il tombe dans une sorte d'état léthargique, avec refroidissement du visage et des extrémités. — Lait, sachet de sable chaud, enveloppement de laine.

Le 13, convulsions avec écume de la bouche ; perte de connaissance, yeux demi-ouverts, bouche déformée, tête agitée de secousses convulsives, cécité absolue ; roideur et mouvements cloniques des membres, pas de cris. Pouls à 160.

Le 17, pas de convulsions, cécité, pas de fièvre. Il se développe un furoncle dans le dos. L'abcès de la tête jette beaucoup, le décollement est considérable.

Le 18, la vue semble revenir, et l'enfant suit les objets qu'on lui montre. La paupière supérieure peut se relever. L'enfant ne conserve sa chaleur que dans un sac de laine. Il se refroidit et s'engourdit dès qu'on lui ôte. — Injection d'eau bromée dans l'abcès du cuir chevelu.

Le 9 février, l'enfant a toujours une tendance excessive au refroidissement. Il ne vit que dans le sac de laine.

La tête suppure beaucoup ; décollement considérable des parties molles, et le stylet ne retrouve plus de parties dénudées.

Un abcès suivi d'ulcération s'est développé à la partie antérieure de la jambe droite ; les bords sont rouges, épais, coupés à pic, et le fond grisâtre, couvert de bourgeons charnus.

L'enfant est très-pâle, ne vomit pas, n'a pas de diarrhée. — Une injection bromée dans le foyer du cuir chevelu.

Le 26, convulsion très-forte caractérisée par la pâleur du visage, strabisme, contractions spasmodiques de la bouche à droite, sortie de la langue, secousses latérales de la tête de droite à gauche, et rien dans les membres. Cet état a duré un quart d'heure ; le refroidissement était général ; la chaleur n'est revenue que lorsque les convulsions ont cessé. On ne cesse d'entourer l'enfant de boules d'eau chaude, et on la tient enveloppée de laine.

Le 15 mars, un peu de diarrhée.

Le 30, diarrhée fréquente, quatre selles par jour liquides, blanchâtres.

Le 15 avril, l'enfant n'a plus de diarrhée, a repris de l'appétit et de l'embonpoint. Le teint est clair, rose, et la tendance à se refroidir a disparu. La suppuration du cuir chevelu est tarie, les trajets fistuleux sont fermés ; la peau rouge, couturée de cicatrices, un peu douloureuse, est recollée dans toute la surface du pariétal.

Le 3 mai, l'enfant, parfaitement guérie, est rendue à ses parents.

L'absence de renseignements sur les antécédents de cette enfant nous a empêché de remonter à la cause de cet abcès du cuir chevelu, qui devait entraîner avec la nécrose d'un pariétal des accidents d'une telle gravité qu'on a peine à comprendre que l'enfant ait pu y survivre.

A part la cause de l'abcès, qui peut être une diathèse en raison d'un autre abcès du dos et d'un abcès à la jambe, sans gravité tous les deux, qui se sont développés dans le cours de la maladie, il est curieux de voir des désordres locaux aussi considérables se terminer heureusement, et il ne peut être sans intérêt de suivre après coup les phases du travail qui a opéré la guérison. Nous avons eu sous les yeux un foyer purulent de 8 à 10 centimètres d'étendue, ouvert en arrosoir et placé sur le pariétal dénudé et nécrosé superficiellement, qui a suppuré pendant trois mois et demi avant de guérir, et qui s'est terminé par le recollement complet des parties molles sur les parties osseuses malades. Trois injections d'eau bromée ont été faites dans cet intervalle, et, sans leur attribuer tout le mérite de la guérison, nous pensons, d'après d'autres observations, qu'elles y ont beaucoup contribué.

Que d'accidents avant d'en arriver là ! Le premier de tous, et sans contredit le plus grave, c'est la tendance à se refroidir qui faisait presque de l'enfant un animal à sang froid. Incapable de se réchauffer par elle-même, elle tombait dans la torpeur et devenait glacée dès qu'on ne l'échauffait pas artificiellement au dehors par la laine et du calorique accumulé, au dedans par du lait de bonne qualité qu'on lui donnait à chaque instant au moyen d'une cuiller. Sans les soins de ce genre donnés à cette enfant par de bonnes religieuses dévouées, elle eût succombé peu après son entrée à l'hôpital, et durant son séjour des deux premiers mois, la prolongation chaque jour aussi incertaine de sa vie était une preuve des soins dont elle était entourée.

Avec ce danger, elle a triomphé des accidents nerveux directs ou sympathiques les plus graves ; convulsions sur convulsions, paralysie de certains muscles, cécité passagère, rien n'a manqué pour donner à ces phénomènes une importance considérable. On peut, en effet, se demander si les troubles sensitifs et musculaires, paralytiques et convulsifs ont été causés par l'extension du travail inflammatoire du péricrâne aux membranes internes et à la superficie correspondante du cerveau, ou bien au contraire si ces accidents ont été purement sympathiques. Tout porte à nous faire admettre la première hypothèse, à cause de la paralysie observée dans le côté du visage opposé à la lésion du pariétal ; ainsi, paralysie de la paupière supérieure gauche, paralysie du buccinateur gauche avec déviation de la bouche à droite dans les convulsions, et cécité, voilà les raisons qui nous font croire à des convulsions et à une paralysie symptomatique plutôt qu'à un simple trouble sympathique du système nerveux. Cette déduction nous mène un

---

rangées d'organes phosphorescents libres (quatre ou cinq de chaque côté) ; trois organes analogues adhèrent à la membrane chitineuse de la partie ventrale du sixième ou du septième segment abdominal. Le mâle ne possède que les organes adhérents au squelette chitineux ; ils sont fixés aux sixième et septième segments. Si l'on soumet au même examen le *Lampyris noctiula*, on pourra constater deux organes adhérents au dernier segment abdominal du mâle ; tandis que la femelle en a quatre appliqués au squelette chitineux du sixième, septième et huitième segment. Le corps graisseux ne produit point de lumière, et les corpuscules soi-disant phosphorescents, que Leydig croyait formé de phosphore, ne sont que de l'urate d'ammoniaque. M. Kolliker veut voir dans ces concrétions un appareil à renvoyer, et par suite à renforcer la lumière.

Quoi qu'il en soit de ces recherches histologiques, on peut retirer de l'étude de M. Kolliker ce point assez curieux de la vie de ces coléoptères luisants, que c'est sous l'influence directe de la volonté que se produisent les phénomènes de phosphorescence.

— Lorsqu'on frappe un verre rempli d'une liqueur gazeuse, on obtient des vibrations sonores qui varient selon que le gaz se dégage ou reste dissous dans le liquide. Dans le premier cas, le son est sans écho ni retentissement ; on dirait un verre fêlé ; mais, lorsque tout dégagement a cessé, le son a repris son éclat.

Cette observation a surtout été faite à propos du vin de Champagne ; on sait qu'un coup donné adroitement avec la paume de la main sur l'orifice du verre fait naître un second dégagement de gaz. On avait d'abord remarqué le son clair du verre lors du choc après le dégagement, mais on voyait avec les nouvelles bulles de gaz se reproduire les mêmes changements de sonorité ; la conclusion avait été que le gaz dissous n'entrait pas en cause, mais que tout phénomène était dû à l'interposition du gaz avec le liquide.

M. E. Baudrimont n'a pas voulu se contenter de cette explication, et voici la manière dont il interprète ces changements de sonorité. Toutes les fois que des liquides ne sont pas homogènes, la marche régulière, la transmission des vibrations sonores sont interrompues ; elles ne peuvent plus suivre les lois d'un milieu homogène. Restait à démontrer cette proposition, et M. Baudrimont institua nombre d'expériences dont le plus grand nombre eurent un résultat satisfaisant, comme nous allons le voir. Remplissez un verre d'eau ou d'huile, et vous obtiendrez une vibration franche ; mais à ces liquides, mêlez de la craie ou tout autre corps grossièrement pulvérisé, versez dans de l'huile de l'eau de manière à obtenir une émulsion mal préparée, alors la vibration sera notablement diminuée. Un vase sonore contenant de l'empois d'amidon ou de la gélatine donnera un son mat.

Ces remarques ne sont justes que pour les vibrations produites par choc, car une eau gazeuse, un liquide non homogène n'empêcheront pas les vibrations si éclatantes qu'on obtient en promenant rapidement l'index sur les bords d'un verre à boire. Ces dernières vibrations, n'étant pas de même ordre que les précédentes, ne sauraient être soumises aux mêmes lois.

— Devant l'importance des dosages de l'argent dans les minerais argentifères, on ne peut que bien accueillir tous les moyens que la science propose. On sait que l'essai des minerais argentifères consiste à faire passer dans le plomb l'argent des minerais, pour l'isoler ensuite au moyen de la coupellation. Nous ne désirons pas étudier ici les méthodes de coupellation et de chloruration aujourd'hui en usage ; mais nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître que, malgré la délicatesse de la coupellation, qui permet de retrouver des millionnièmes du métal, cette méthode entraîne avec elle des résultats souvent peu exacts et une perte considérable de temps. Si nous ajoutons que la tolérance de 3/1000es au-dessus et au-dessous du titre légal vient encore la condamner, on comprendra l'importance de tous les essais par la voie humide, et c'est une opération de ce genre que M. Mène vient offrir aux métallurgistes.

Ce nouveau procédé est fondé sur la sensibilité de l'oxyde d'argent dans l'ammoniaque caustique et l'insolubilité des sels de plomb dans ce même alcali en excès.

On place dans une capsule de porcelaine 20 grammes de l'échantillon bien pulvérisés, et on les traite à l'ébullition par l'acide azotique étendu de trois ou quatre fois son volume d'eau. Au bout de peu de temps tout le soufre se sépare en nature et le plomb se dissout. La liqueur filtrée est précipitée par un grand excès d'ammoniaque, puis refiltrée rapidement avec une eau ammoniacale. Par ce réactif tous les oxydes sont d'abord précipités, puis ceux qui ont la faculté de s'y redissoudre par l'excès passent dans la liqueur d'essai. Ils ne sont nullement une cause de gêne, car une fois obtenue, cette liqueur est traitée par un excès d'acide chlorhydrique, *mêlée de quelques gouttes d'acide azotique*, précaution utile pour la précipitation absolue et complète du chlorure d'argent. Alors il y a combinaison de l'acide avec les oxydes de la liqueur, mais comme tous sont solubles, à l'exception du chlorure d'argent, il est facile d'isoler ce dernier et d'en obtenir le poids, duquel on déduit la quantité de métal à la manière ordinaire.

Ce procédé est applicable dans tous les cas d'analyse, quels que soient les éléments de l'échantillon. Supposons, en effet, une galerie formée de sulfures de plomb, d'argent, d'arsenic, de zinc, de cuivre,

peu loin ; car si les convulsions ont été symptomatiques, il faut conclure à l'existence d'une méningo-encéphalite partielle, également terminée par guérison, ce qui est encore fort rare, et non moins curieux que le rappel de la caloricité opéré dans le même moment. Disons enfin que tout cela s'est accompli dans les salles d'un hôpital, au milieu des circonstances les plus défavorables, celles qui font périr tant d'autres enfants par les maladies éruptives et catarrhales épidémiques, et qu'il faut que la petite Hubert ait été d'une vitalité naturellement bien forte pour sortir si heureusement d'épreuves ordinairement si fatales.

OBSERVATION REMARQUABLE D'UNE FRACTURE

de la mâchoire inférieure occasionnée par l'application de la clef de Garengeot dans un cas d'extraction dentaire.

Par M. Alph. Désirabode.

L'instrument le plus usité de tous pour l'extraction des dents est la clef de Garengeot, sa construction est des plus ingénieuses ; car, à bien considérer, il n'est pas à la rigueur de dents qu'elle ne puisse ôter. Mais cet instrument est-il aussi favorable à l'opéré qu'il est commode à l'opérateur ? Le simple bon sens force de suite à répondre par la négative. En effet, quelles que soient sa conformation et les modifications qu'on lui ait fait éprouver, il agit toujours :

1° En comprimant avec force, entre son crochet et le panneton, la dent et l'alvéole opposée recouverte de sa gencive ;

2° En faisant exécuter à la dent un mouvement de bascule dans le sens de celui qu'on imprime à son manche et dont l'étendue est proportionnée à la longueur de la racine, qui tend alors à écarter les parois de l'alvéole.

Or, dans le premier cas, de deux choses l'une : ou le crochet et le panneton sont placés tout à fait sur le collet de la dent et sur le bord alvéolaire, et alors l'évulsion est manquée ou la dent se brise ; ou bien ils sont appliqués plus profondément, et alors la dent est saisie avec force, mais avec un commencement d'écrasement de l'alvéole et de meurtrissure de la gencive.

Pour le second temps, l'extrémité de la racine, en basculant, décrit un quart de cercle qui fait presque toujours éclater l'alvéole, et emporte avec elle des lambeaux de gencives, comme on le voit tous les jours, surtout si l'on n'a pas eu la précaution de déchausser la dent avant de commencer.

Il est juste toutefois de reconnaître que, parmi les chirurgiens, autres que les dentistes, qui, faute peut-être de pouvoir se servir d'instruments meilleurs, croient devoir recommander l'emploi de la clef, ceux qui se sont donné la peine de se rendre un compte exact de son vrai mode d'action n'en sont plus à constater qu'elle doit d'ordinaire briser l'alvéole, mais se bornent à déclarer que « l'habileté consiste seulement à en briser le moins possible. »

Il résulte de cette appréciation que c'est surtout dans l'application de la clef de Garengeot que l'esprit doit toujours être en garde contre des accidents graves qui surviennent quelquefois, et toujours par la faute du dentiste, soit par l'opération elle-même, soit à la suite de mouvements exécutés par les opérés. Il n'est point rare, en effet, de les voir porter les mains sur celles de l'opérateur pour augmenter la force que celui-ci doit employer et qu'ils jugent insuffisante, ou bien, au contraire, pour fuir la douleur, ils tournent la tête, se lèvent, se laissent glisser du fauteuil, etc.

Dans ces circonstances il ne faut jamais résister, mais toujours suspendre l'opération ; car, dans toute extraction, l'instrument quel qu'il soit ne doit jamais être perdu de vue, si l'on ne veut avoir à déplorer de graves mécomptes que le client peut reprocher à bon droit, et c'est ce qui arriverait sans cette précaution que les auteurs ont oublié de mentionner. Tout récemment encore nous avons vu un client victime de l'abstention de ce précepte.

Voici ce qui s'était passé. M. Jules, âgé de trente-quatre ans, se confie à son beau-frère pour se faire extraire la première petite molaire gauche de la mâchoire inférieure, dont il souffrait depuis longtemps. Les préliminaires de cette opération accomplis, M. Jules, assis sur un fauteuil, ouvre la bouche ; l'instrument est mis en place ; l'opérateur tourne le poignet pour extraire la dent douloureuse, et lacère la gencive avec les mors du crochet de la clef. La douleur fait faire un mouvement au malade ; le chirurgien serre davantage pour ne pas lâcher prise et retenir l'opéré ; mais celui-ci se laisse glisser du fauteuil à terre ; l'opérateur le suit dans ce trajet, se met à genoux en continuant le mouvement de rotation. La clef se dérange et change de direction pendant cette espèce de lutte engagée entre l'homme qui veut se soustraire aux souffrances et celui qui veut terminer l'évulsion. Enfin, dans un effort brusque, un craquement se fait entendre !

La mobilité de la dent est manifeste ; elle est luxée ; il n'y aura plus qu'à terminer l'opération avec une pince. Ainsi pensait le chirurgien ; alors la clef de Garengeot est retirée.... Mais quelle n'est pas sa stupéfaction quand il s'aperçoit que du même coup il a fracturé toute la couronne qui forme le bord alvéolaire depuis la première grosse molaire gauche jusqu'à la deuxième à droite, c'est-à-dire sept dents encore implantées dans l'os, et deux autres dents, deuxième petite et première grosse molaire, au niveau desquelles la fracture a eu lieu. Ces deux dents avaient été enlevées par l'instrument avec la face externe de leur alvéole et une partie de la face interne : la gencive était complétement meurtrie.

Dans une semblable situation, il n'y avait qu'un parti à prendre, c'était de tenter la consolidation de l'os fracturé, et par suite de conserver les sept dents qu'il supporte. Cette tentative eut lieu en effet ; les pièces furent affrontées à l'aide de fils métalliques passés entre les grosses molaires ; mais ces moyens d'attache étaient insuffisants, et l'os fracturé vacillait au moindre mouvement de la langue ; aussi la consolidation n'eut pas lieu. Un mois après cet accident, M. Jules L..., voyant la mobilité de sa mâchoire augmenter, résolut de venir à Paris consulter sur le parti qu'il avait à prendre ; c'est dans ces circonstances qu'il s'est présenté à nous.

La portion du maxillaire était flottante, et ne tenait plus que par les fils et une faible portion de gencive ; les alvéoles étaient en partie dénudées, et leur couleur ne laissait plus d'espérance de consolidation. Les fils enlevés, une double incision sur la gencive nous suffit pour éliminer cette portion d'os contenant, comme nous l'avons dit, sept dents saines renfermées dans leurs alvéoles et partie de l'alvéole de la dent cause de ce déplorable accident. Le canal dentaire avait été compris dans cette fracture, et la lèvre était paralysée. Disons en passant que M. Jules L... était d'un tempérament scrofuleux, et qu'il portait au cou des traces de ganglions suppurés ; mais rien sur la pièce pathologique ne peut faire préjuger la friabilité du tissu osseux ; bien au contraire, et aujourd'hui que la pièce est desséchée l'on voit les dents solidement fixées dans leurs loges.

Trois mois après, nous avons placé une pièce artificielle à base métallique, creuse, sur laquelle nous avons monté des dents minérales à gencives, afin de fermer cette énorme brèche et pour rendre à la physionomie son intégrité, empêcher l'écoulement salivaire qui était continuel, et replacer la lèvre dans sa position normale par ce point d'appui, car elle s'était déjà affaissée dans cet énorme vide ; rétablir la prononciation et l'alimentation qui étaient très-difficiles ; enfin pour obvier à tous les inconvénients qu'engendrait une telle perte de substance. (*Revue de thérapeutique.*)

DE L'EXOSMOSE INTESTINALE PUTRIDE,

Par M. le professeur Tigri.

Le professeur Tigri remarque que toutes les fois qu'il a examiné les corps de sujets morts de péritonite, il a toujours trouvé la collection de sérosité puriforme présentant les mêmes caractères de couleur et de composition, et différant de celle observée dans les autres membranes séreuses, siége d'inflammation aiguë. Son attention était appelée sur les signes d'une putréfaction commençante pendant la vie dans quelques-uns de ces cas, et sur la rapidité avec laquelle ce travail avait lieu après la mort, comme le démontraient l'altération du sang, la décomposition rapide, etc. Cela donne lieu de penser que les parois d'un canal ou d'une cavité, qui est en contact avec l'air extérieur, ou avec des matières subissant une décomposition, ont perdu en partie, par le fait de l'inflammation, leurs propriétés physiologiques, au point de rendre l'exosmose possible. Si l'on examine le péritoine viscéral qui a été récemment le siége d'une inflammation aiguë, on en trouvera la surface libre opaque, rugueuse, dépolie, ramollie, et se séparant facilement de la paroi intestinale. Cette exosmose établie, nous pouvons aisément comprendre la décomposition consécutive des produits d'inflammation exsudés de la surface péritonéale, ainsi que l'aggravation des symptômes inflammatoires, et l'apparition de troubles en rapport avec l'absorption putride.

Il paraît étrange qu'une péritonite partielle soit par elle-même capable d'éteindre la vie, l'office de cette membrane, bien qu'important, n'étant pas de nature à exciter une grande perturbation des fonctions essentielles, pendant la durée de ses états pathologiques. Une semblable perturbation a eu lieu cependant, et elle revêt un caractère dangereux ; mais cet effet est la conséquence de l'extension du travail inflammatoire, et du passage dans le sang de matières putrides absorbées, résultant de l'établissement de l'exosmose et de la corruption des fluides intra-péritonéaux. La tympanite, si commune dans cette affection, est un des effets de l'exosmose.

Comme indication découlant de ces vues, M. le docteur Tigri conseille, tout en combattant la péritonite d'une manière très-active, d'administrer de bonne heure, dans le but de diminuer l'exosmose autant que possible, des purgatifs à doses petites et répétées, en choisissant ceux qui, au lieu de favoriser la production de l'hydrogène sulfuré, possèdent une tendance anti-putride, tels que le calomel, la magnésie, l'aloès, etc. En même temps des eaux ferrugineuses affaiblies seraient données en boissons, celles de Rio dans l'île d'Elbe, qui est douée d'une propriété certaine de désinfecter les matières fécales.

Le fait de l'existence de cette exosmose est démontré dans d'autres formes de maladie, dans la fistule borgne de l'anus, par exemple. Dans les affections aiguës de la trachée terminées fatalement, dans les maladies chroniques ulcératives de la muqueuse laryngo-trachéale, l'auteur a souvent observé, peu d'heures après la mort, un remarquable accroissement de volume des tissus suprajacents ; en même temps que s'était manifestée exclusivement dans ces tissus, et de bonne heure, cette coloration verdâtre qui est caractéristique de la décomposition putride.

Les abcès des parois abdominales ouverts extérieurement et ayant dénudé largement les parties adjacentes du péritoine réclament un soin particulier dans le but de prévenir le passage par endosmose du pus décomposé à travers la membrane séreuse. Les lavages répétés, l'application de l'iode ou de la cérosote à la totalité de la surface interne de ces abcès, la position, la compression, les contre-ouvertures sont indiqués. Dans les abcès des autres régions, lorsque la peau devient très-amincie, l'air extérieur peut agir sur le contenu de ces abcès, et donner naissance au développement de gaz dans l'intérieur de leurs parois. De même dans la cysto-péritonite, nous devons toujours avoir dans l'esprit la possibilité de l'exosmose des matières contenues dans la vessie elle-même. De la même manière, il y a à craindre l'infection putride par suite de la décomposition des fluides intra-péritonéaux, dans la dothinentérie quand il y a gangrène ou ulcération profonde des glandes de Peyer, quoique la paroi intestinale reste sans perforation.

Les effets dépendront beaucoup de la nature de l'inflammation. Si elle est aiguë, la mort peut avoir lieu rapidement ; mais quand elle est chronique, comme dans les cas de dépôts strumeux ou tuberculeux, un obstacle suffisant peut s'opposer à l'exosmose. Dans plusieurs autopsies pratiquées chez des sujets atteints de telles maladies, le docteur Tigri a trouvé que, là où les parois intestinales étaient altérées de manière à être exposées à l'exosmose, elles avaient été épaissies par des dépôts plastiques, ou bien des adhérences s'étaient formées, adhérences allant quelquefois presque jusqu'à l'oblitération de cette large cavité séreuse.

Dans d'autres cas, dans lesquels il n'y avait pas de telles adhérences pour prévenir l'exosmose et ses conséquences, la marche lente du travail inflammatoire avait détruit le pouvoir absorbant de la membrane séreuse. (*Journ. des conn. méd.*)

ÉPILEPSIE. — COMPRESSION DES CAROTIDES.

Chez un jeune homme épileptique, ayant eu plus de cinq cents attaques dans l'espace de huit ans, le docteur Reimer, directeur d'une maison de santé pour les épileptiques, essaya la compression des deux carotides exercée jusqu'à la cessation complète des pulsations.

Cette opération, pratiquée vingt-deux fois dès la première apparition des phénomènes précurseurs qui annonçaient l'approche d'un accès, eut constamment pour effet de borner celui-ci à quelques légers symptômes convulsifs presque insignifiants, au lieu des contractions cloniques, de l'opisthotonos, de l'écume à la bouche, de la respiration stertoreuse, et des autres symptômes graves qui caractérisaient ordinairement les attaques.

Sous l'influence de ce traitement, le malade est devenu tout autre ; sa force musculaire, diminuée auparavant, revint plus intense, et son humeur est devenue sereine et égale.

---

de fer, avec une gangue de sulfate barytique, quartz et argile. Par l'ébullition avec l'acide azotique, tous les sulfures se décomposent : le soufre se sépare à l'état de liberté ou à l'état oxydé. Les métaux se dissolvent ou restent comme oxydes, tandis que les gangues ne sont pas attaquées (excepté l'alumine de l'argile), qui peut passer en partie. En filtrant sa liqueur et en la précipitant par l'ammoniaque, on obtient un magma général des oxydes qui étaient dissous. Cependant l'excès d'ammoniaque fait reprendre l'oxyde d'argent, un peu d'acide arsénieux ou arsenique, et les oxydes du zinc et du cuivre. Après le filtrage, on sature la liqueur avec de l'acide chlorhydrique (étendu d'un peu d'acide nitrique) pour faire passer ces métaux restants à l'état de chlorures solubles. Un seul reste en précipité insoluble et facile à isoler, c'est celui de l'argent que l'on cherche à déterminer.

— Mais quittons les régions sévères de l'analyse chimique ; il est temps de se reposer, et voici que se présente à nous une méthode assez curieuse de se garantir de la syphilis. C'est en Servie qu'il faut nous transporter. On sait que si la prostitution est heureusement soumise en notre pays à de sages règlements, il n'en est plus de même à mesure qu'on se rapproche des peuples de l'Orient. Là, la syphilis est reine et se développe avec son cortége le plus hideux. Cependant, au milieu de cette désastreuse liberté, on est heureux de saisir les mesures que certains peuples ont cru devoir prendre. La prostitution est soumise en Servie à certains règlements qui arrêtent un peu les progrès du mal. La femme convaincue de syphilis peut se faire traiter à un hôpital spécial, ou réclamer à son choix des soins à domicile. Mais on comprend facilement les désordres et le danger que pourrait entraîner cette dernière mesure, si le médecin n'avait en son pouvoir un moyen de prémunir tout homme du contact de la femme malade.

Lorsque celle-ci demande à se traiter chez elle, le médecin lui passe un collier autour du cou et réunit les deux extrémités au moyen d'un cachet que la malade briserait infailliblement si elle essayait de le quitter. La violation de ce sceau est punie très-sévèrement, et quiconque approche d'une prostituée sait, à l'aspect de ce collier, à quoi s'en tenir sur son état sanitaire. Il est à regretter que cette prudente mesure ne soit pas plus généralisée dans les pays où la prostitution n'est soumise à aucun contrôle.

— Un dernier mot à l'adresse des botanistes.

L'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Rouen propose pour 1860 un prix de 300 francs à l'auteur du meilleur travail sur la question suivante : *Tracer la flore cryptogamique des côtes maritimes de la Seine-Inférieure.* Le mémoire couronné est destiné à combler la lacune si importante qui jusqu'à ce jour régnait dans cette partie de la flore normande. A l'œuvre donc, et puissent les efforts des travailleurs être couronnés de succès ! Dr E. Renaud.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq ; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la cause immédiate et du traitement spécifique de la phthisie pulmonaire et des maladies tuberculeuses, par M. le docteur J. Francis Churchill. In-8° de xx-256 pages. Prix, 5 fr. — Paris, chez Victor Masson.

Dans un cas aussi grave et aussi invétéré, le résultat obtenu n'aurait pu, suivant l'auteur, être amené par aucun autre moyen. (*Deutsche Klinik.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 novembre 1857. — Présidence de M. Isid. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

M. SÉDILLOT communique une note sur une nouvelle méthode de traitement des épanchements purulents intra-thoraciques (empyème ou pyothorax). (Nous ferons connaître plus tard le contenu de ce travail.)

— M. GUÉRIN-MÉNEVILLE adresse, comme pièce à l'appui de ses précédentes communications sur la cétoine dorée considérée comme remède contre l'hydrophobie, l'extrait suivant d'une lettre de M. Bogdanow, membre de la Société impériale d'agriculture de Moscou.

« Monsieur, vos recherches et communications faites à l'Académie des sciences ont déjà attiré l'attention des naturalistes sur la cétoine dorée, qui est employée contre la rage. Permettez-moi de vous communiquer un fait qui peut avoir quelque intérêt pour vous. Dans les gouvernements de Voronéje et Koursk, je connais quelques amateurs de chasse qui ont l'habitude de donner de temps en temps aux chiens, comme préservatif contre la rage, une moitié de cétoine mise en poudre et donnée avec le pain ou même un peu de vin. On croit que c'est un moyen très-efficace et très-utile. J'ai cru devoir vous annoncer ce fait dont j'ai été témoin; j'ajouterai que, parmi le peuple russe, il existe des personnes qu'on assure guérir cette maladie avec le suc d'une plante *qui doit être tout à fait frais*. Je pense que dans cette dernière condition on peut trouver l'explication de la non-réussite des remèdes conservés dans des pharmacies, les remèdes populaires n'agissant dans les mains des médecins-paysans que parce que ceux-ci administrent le suc des plantes qu'ils viennent de cueillir. J'écrirai à Voronéje pour avoir des renseignements plus détaillés sur cette matière; mais malheureusement la personne dont j'ai besoin est absente pour quelque temps. »

— M. GODINET soumet au jugement de l'Académie la description des procédés qu'il a imaginés pour rendre les étoffes imperméables à l'eau, sans cesser d'être perméables à l'air et à la transpiration cutanée.

A la description de ces procédés sont joints plusieurs échantillons d'étoffes qui ont reçu cette préparation dans un établissement qu'il a créé à cet effet à Rennes.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 novembre 1857. — Présidence de M. Michel LÉVY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle ne comprend qu'une pièce relative à un remède secret et des états de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. N. Hoursolle (de Bayonne) adresse l'état des vaccinations pratiquées à Bayonne dans le courant de l'année 1857. (Commission de vaccine.)

— M. le docteur Burq adresse des observations relatives à la statistique des décès.

— M. VELPEAU dépose sur le bureau une observation d'opération césarienne pratiquée avec succès vingt-cinq minutes après la mort de la mère, arrivée au terme de la grossesse, par le docteur Leroy des Barres, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Denis.

L'Académie sait, dit M. Velpeau, qu'on a agité la question de savoir s'il fallait pratiquer l'opération césarienne quand une femme meurt enceinte à une époque rapprochée du terme de la grossesse. Il y a déjà un certain nombre de faits qui prouvent que l'opération césarienne permet d'extraire quelquefois l'enfant vivant. L'observation de M. Leroy des Barres est une nouvelle confirmation de ces faits. Notre confrère a été assez heureux pour extraire une petite fille vivante et qui continue de se bien porter. (Commissaire, M. Barth.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le professeur Pélikau (de Saint-Pétersbourg) assiste à la séance.

— M. LE PRÉSIDENT prévient l'Académie qu'elle devra se former en comité secret à quatre heures et demie, pour discuter les récompenses à donner aux médecins vaccinateurs; mais il est réglementaire qu'un rapport général sur la vaccine soit fait à l'Académie. M. Depaul va donner lecture de ce rapport, et on reprendra ensuite, si l'heure n'est pas trop avancée, la discussion sur la statistique nosologique des causes de décès.

RAPPORT.

Vaccine. — M. DEPAUL donne lecture, au nom de la commission de vaccine, du rapport général sur la vaccine pour l'année 1855. Dans ce travail, qui ne nous a pas été communiqué, M. le rapporteur insiste particulièrement sur les avantages constants de la pratique de la vaccine, l'utilité des revaccinations, et les inconvénients qu'il y a à conserver le virus-vaccin entre deux plaques de verre.

M. MOREAU observe que pour établir plus exactement le rapport des vaccinations aux naissances, comme l'a fait M. Depaul, il conviendrait peut-être d'indiquer, dans une catégorie à part, le nombre des enfants morts avant la vaccination.

M. TROUSSEAU. Dans le rapport que vous venez d'entendre, il y a plusieurs points sur lesquels je désire appeler l'attention de l'Académie, notamment sur la conservation du vaccin et la pratique de la revaccination. C'est la première fois qu'un membre de cette Académie, et j'en félicite M. Depaul, signale l'inconvénient de conserver le vaccin entre deux plaques de verre. On éprouve une très-grande difficulté à obtenir la vaccination avec les plaques que l'Académie envoie aux médecins qui en font la demande. M. le rapporteur a dit lui-même que ce mode de conservation est insuffisant, et que, dans la moitié des cas, le vaccin ainsi conservé ne peut être inoculé. Je crois qu'ici il y a une exagération dans un sens favorable à l'Académie; c'est dans la proportion *de plus des quatre cinquièmes* qu'il m'a été impossible d'obtenir la vaccination avec les plaques venant de l'Académie. Le rapport dit que le moyen d'obvier à ce grave inconvénient, ce serait de conserver le vaccin dans des tubes; il est très-certain que, de cette façon, on peut compter sur une très-grande efficacité du vaccin. Mais il y a une grande précaution à observer dans le choix de ces tubes; on trouve chez les principaux fabricants des tubes renflés en pipette et non pas des tubes simplement capillaires, comme il serait préférable de les choisir. Il en résulte qu'il faudrait le vaccin de trente ou quarante enfants pour remplir un de ces tubes. Lorsqu'on prend le vaccin au moment le plus favorable, c'est-à-dire au cinquième ou au sixième jour, la pustule vaccinale contient si peu de virus, qu'il est impossible avec dix ou douze pustules de remplir un de ces tubes ainsi renflés. Le vaccin reste alors en contact avec l'air et s'altère promptement. Lorsqu'on se sert simplement de tubes *de flint* capillaires et non pas renflés en forme de fuseau, le vaccin se conserve pendant plusieurs années sans rien perdre de son efficacité, et il est facile de vacciner plusieurs enfants avec le contenu d'un même tube. Il serait donc à désirer que le vaccin ne fût envoyé que dans des tubes capillaires. Je sais bien qu'il y a à ceci un très-grand inconvénient, c'est que ces tubes sont très-longs à remplir; mais on pourrait confier à un officier de l'Académie, qui n'aurait pas besoin d'être un médecin, le soin de remplir et de fermer ces tubes capillaires. Voilà ce que j'avais à dire à propos de la conservation du vaccin.

J'arrive maintenant à la revaccination. M. le rapporteur apprécie à merveille l'utilité de cette pratique; il a cité des épidémies éteintes par la revaccination de toute une commune, de tout un canton.

L'Académie ne pourrait elle émettre dans son rapport le vœu que la revaccination fût rendue obligatoire pour l'armée? Vous savez qu'il en est ainsi dans plusieurs Etats de l'Allemagne, et c'est par ce moyen qu'on a pu éteindre des épidémies de variole qui avaient sévi en 1834, 1835, 1836 dans les armées prussienne, wurtembergeoise, bavaroise, etc. L'Académie pourrait étendre ce vœu non-seulement aux soldats, mais encore aux personnes qui sont pour ainsi dire sous la dépendance de l'autorité. Nous savons que les ouvriers ne peuvent travailler sans un livret délivré par la préfecture de police; nous savons aussi combien succombent par suite de la variole, et comment ils deviennent une cause de propagation de cette affreuse maladie. Il serait bon d'obliger ces ouvriers à avoir un certificat de vaccine avant de leur donner un livret. Il n'y aurait rien là d'attentatoire à la liberté individuelle. Personne de nous n'a été admis dans un collége, dans une pension, personne n'est reçu dans la moindre école de village sans présenter un certificat de vaccine. Si les gens opulents, aussi bien que les gens pauvres, ne peuvent recevoir l'instruction sans avoir été vaccinés, je ne vois rien d'attentatoire à la liberté à exiger que les soldats et les ouvriers soient vaccinés, et je voudrais que l'Académie priât M. le rapporteur de placer une proposition dans ce sens dans une partie de son rapport.

M. DEPAUL observe qu'il n'appartient pas à l'Académie d'indiquer à l'administration le moyen à employer pour généraliser la pratique de la revaccination; elle en montre l'utilité, elle en exprime le vœu; elle ne peut aller plus loin. M. Trousseau est de mon avis, continue M. Depaul, relativement à la conservation du vaccin sur des plaques. Il est incontestable que le virus conservé sur des plaques perd singulièrement de son efficacité. J'ai dit qu'on échouait dans la moitié des cas en pratiquant la vaccination avec le vaccin ainsi conservé; c'est en tenant compte de ce que j'ai trouvé dans les rapports transmis à l'Académie par les médecins vaccinateurs de tous les points de la France, que j'ai indiqué cet à peu près. Mais j'accepte, avec M. Trousseau, que le vaccin des plaques reste sans effet dans les quatre cinquièmes des cas où il est employé; je voudrais qu'on proscrivît absolument les plaques.

Je veux prendre, au contraire, la défense des tubes dans lesquels on conserve ordinairement le vaccin. Si M. Trousseau avait essayé lui-même d'en remplir quelques-uns, il aurait été moins absolu dans ses affirmations à cet égard.

M. TROUSSEAU. Je l'ai essayé plus de cent fois.

M. DEPAUL. Les tubes capillaires avec un léger renflement fusiforme se remplissent en un quart de minute, et on peut, avec une seule pustule, remplir plusieurs tubes. C'est un moyen réellement facile à mettre en pratique pour la conservation du vaccin. M. Trousseau m'a adressé un petit reproche auquel je suis très-sensible, puisque je concours à recueillir le vaccin et à pratiquer les vaccinations au nom de l'Académie. Il n'a pas tenu compte de nos efforts pour assurer une meilleure conservation du vaccin en le recueillant dans des tubes. Je dis dans un paragraphe de mon rapport que, pendant l'année 1855, l'Académie a expédié 9,970 plaques de vaccin, et 4,200 tubes remplis du même fluide. De plus, 1,113 plaques et 371 tubes ont été envoyés aux colonies.

M. TROUSSEAU. J'ai dit qu'il serait à souhaiter que le vaccin ne fût conservé que dans des tubes.

M. DEPAUL. De sorte qu'en définitive nous sommes à peu près d'accord avec M. Trousseau.

M. MOREAU approuve tout à fait les mesures proposées par M. Trousseau, mais il observe que, depuis plus de trente ans, l'Académie a vainement émis ces mêmes vœux.

M. TROUSSEAU. Parce qu'on ne spécifie pas assez.

M. MOREAU. Nous avons obtenu à une autre époque qu'on demandât un certificat de vaccine aux enfants admis dans les établissements d'instruction publique, et c'est aussi par suite de nos réclamations que les colonels des régiments en garnison à Paris envoyaient à un certain moment leurs soldats à nos vaccinations gratuites.

M. RENAULT. M. Trousseau a dit une chose très-juste en avançant que le virus-vaccin conservé entre des plaques échouait très-fréquemment. Il résulte de mes expériences que le virus claveleux échoue toujours quand il est sec, et ne réussit guère quand il est conservé entre deux plaques de verre, à moins qu'il ne soit pas entièrement desséché et qu'il ait encore une certaine mollesse. Les matières virulentes se conservent au contraire des années entières avec toutes leurs propriétés renfermées dans des tubes capillaires. Quant à la question des tubes, M. Trousseau a dit une chose très-exacte en affirmant que la présence de l'air était une condition défavorable à la conservation du virus-vaccin. Lorsqu'une seule bulle d'air s'est introduite dans un tube où l'on a recueilli un virus quelconque, il s'en exhale lorsqu'on l'ouvre une odeur ammoniacale, et ce virus ne prend jamais.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tératologie; monstruosités héréditaires des pieds et des mains. — M. SCOUTETTEN présente quelques pièces moulées en plâtre, et qui se rattachent à différents points d'organogénésie. Il s'agit de difformités des pieds et des mains existant au moment de la naissance et transmises héréditairement dans certaines familles.

— Il est quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

A la suite du concours ouvert le 1er octobre dernier au port de Brest, ont été promus ou nommés dans le corps des officiers de santé de la marine :

Au grade de chirurgien de 2e classe, MM. Nielly, Béal, Benoist de la Grandière, Maret, Nicolas, Deschamps.

Au grade de chirurgien de 3e classe, MM. Voyé, Le Guern, Lemoyne, Dumas, Lemercier, Texier, Paulier, Beziau, Turquet, Mory, L'Helgonac'h.

— Le concours pour l'internat des hôpitaux civils de Lyon a eu lieu les 3, 4 et 5 novembre. Le jury se composait de MM. Bonnaric, Desgranges, Frêne, Garin, Gromier, Rollet et Valette.

Les candidats étaient au nombre de vingt, parmi lesquels figuraient trois élèves de Montpellier, un de Paris et cinq fils de médecins. — Ont été élus : MM. Bouchard, Sabatier, Polaillon, Noack, Leenhard, Villaret Conche, Neyrand, Muguet, Mayet.

— Par arrêté royal du 8 novembre ont été nommés chevaliers de l'ordre de Léopold : MM. les médecins de régiment P. Van Lil, du 10e de ligne; A. Lelong, du régiment des guides, et M. le médecin de bataillon de 1re classe A. Limauge, de l'école militaire.

— Dans notre dernier numéro, en parlant de la diminution progressive du personnel de santé militaire, nous avons attribué par erreur au cadre des élèves les quinze vacances survenues en un seul mois, par décès, retraite ou démission, dans les divers grades de la médecine militaire; c'est au cadre du corps de santé qu'appartiennent ces vacances.

— D'après les renseignements communiqués à l'Académie par M. Descharmes, l'extraction de l'opium du pavot-œillette a donné à Amiens et dans les environs des résultats encore plus satisfaisants cette année que les années précédentes. Tandis qu'en 1853, 54, 55, 56, la quantité de morphine fournie par 100 parties d'opium œillette avait été progressivement chaque année de 14,57 à 22,00, cette quantité a été en 1857 de 23,56. Tous les dosages ont été faits d'après un même procédé, celui de M. Guilliermond (de Lyon).

— Une note a été présentée à l'Académie de Nîmes par M. de Quatrefages, dans le but de démontrer, contrairement à l'opinion le plus généralement accréditée jusqu'ici, que les sangsues de l'Algérie, connues dans le commerce sous le nom de *dragons*, sont, au point de vue du service médical, comparables aux autres espèces qui figurent sur le marché de la France. Cela résulte surtout de la comparaison qui a été faite entre ces sangsues et les sangsues bordelaises, réputées les meilleures. M. de Quatrefages pense que l'Algérie peut devenir un des principaux centres de production de sangsues, et que la pêche des marais de l'Algérie devrait être réglementée pour prévenir leur épuisement.

— Presque tous les voyageurs qui ont visité l'Orient parlent dans leurs récits de certains cafés spécialement destinés à la vente d'électuaires narcotiques. Les cas de folie furieuse, provoqués par l'abus de ces dangereuses drogues, ont été depuis quelque temps si nombreux et si fréquents, que l'autorité a dû remédier à un pareil état de choses. Tous ces cafés ont été fermés dernièrement par son ordre. Quelques centaines d'ocques de ces électuaires ont été saisies et jetées à la mer, et les ordres les plus sévères ont été envoyés à la douane pour en prohiber l'entrée. (*Gaz. méd. d'Orient*. Constantinople.)

— La haute cour de justice d'Edimbourg vient de condamner à huit mois d'emprisonnement une servante qui s'est rendue coupable d'homicide par imprudence dans les circonstances suivantes : voulant endormir un petit enfant qui lui était confié, elle lui fit prendre dix gouttes de laudanum. La mort fut la conséquence de cette administration. (*The med. Circular.*)

— On lit dans l'*Asylum journal* que l'Association générale des médecins d'asiles et d'hôpitaux consacrés aux aliénés, a nommé M. le docteur Brierre de Boismont membre honoraire, dans la réunion annuelle qui a eu lieu à Londres.

— La Société médicale d'Amiens, dans sa séance publique annuelle de 1858, décernera une médaille d'or de la valeur de 100 fr. à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

« Faire la topographie médicale d'une ou plusieurs localités du département de la Somme, et indiquer les améliorations dont ces localités sont susceptibles dans l'intérêt de l'hygiène et de la salubrité. »

Le lauréat sera nommé membre correspondant de la Société. Une ou plusieurs mentions honorables seront accordées.

Les mémoires devront être remis dans les formes académiques, sous peine d'exclusion, au secrétaire de la Société, avant le 1er juillet 1858.

— M. le docteur Phillips commencera la deuxième partie de son cours des maladies des voies urinaires, le mardi 8 décembre, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et il le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 137. — SAMEDI 21 NOVEMBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 137. — SAMEDI 21 NOVEMBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Phlegmatia alba dolens hors l'état puerpéral.

La *phlegmatia alba dolens* est si fréquente chez les femmes nouvellement accouchées, que le nom de cette maladie emporte avec lui l'idée d'une affection puerpérale. Il n'est pas rare cependant de la rencontrer en dehors de cette condition, et les hommes même, comme on le sait, n'en sont point exempts. On l'observe assez souvent chez les phthisiques, par exemple, et chez les sujets qui sont en proie à la diathèse cancéreuse. Cette affection ne présente d'ailleurs dans ces conditions diverses aucun caractère distinctif tranché. On en trouverait au besoin la preuve chez deux malades qui se trouvaient dans le service de M. Trousseau à l'Hôtel-Dieu, l'une nouvellement accouchée et qui avait une phlegmatia double, c'est-à-dire qui après avoir occupé d'abord le membre abdominal gauche, avait frappé en second lieu le côté droit; l'autre, atteinte d'une phthisie tuberculeuse avancée et chez laquelle l'affection n'occupait que le côté droit. Les symptômes étaient parfaitement identiques dans l'un et l'autre cas : douleur très-vive à la partie postérieure du mollet, à la face interne de la cuisse, remontant au-dessus de l'aine jusque dans la fosse iliaque. Non-seulement chez ces deux malades les veines profondes ont été enflammées et oblitérées, comme cela a lieu habituellement dans cette maladie, mais encore quelques veines superficielles ont été prises, notamment chez la femme phthisique, la saphène interne, qui formait un cordon dur sous la peau, à la partie interne du genou.

Mais ce n'est pas là le point qui nous intéresse en ce moment. Nous ne voulons emprunter à ces deux faits que l'occasion de rappeler un précepte pratique sur lequel M. le professeur Trousseau a appelé l'attention de ses élèves au sujet de ces deux malades. Ce précepte consiste à s'abstenir d'une pratique que l'on voit trop souvent encore mettre en œuvre dans ce cas, quoiqu'elle ait été depuis longtemps déjà condamnée par les médecins qui ont fait une étude spéciale de cette affection, nous voulons parler de la compression.

Déjà l'année dernière, en traitant cette question à sa clinique, M. Trousseau a insisté longuement sur ce point de thérapeutique. Il a été conduit à y revenir par le cas suivant, dont il nous a fait la relation à peu près en ces termes :

« J'ai été appelé récemment en consultation par un jeune Anglais de vingt-sept à vingt-huit ans, qui au mois de décembre dernier avait eu une *phlegmatia alba dolens* de la jambe gauche; cette phlébite occupait tout le membre depuis la veine iliaque externe jusqu'en bas. Mais ces vaisseaux profonds avaient seuls été pris. Ce malade avait été très-énergiquement traité à Dublin par des applications de sangsues, des onctions mercurielles, les préparations hydrargyriques données à l'intérieur, et d'autres moyens plus violents encore. Lorsqu'il fut en meilleur état, on l'envoya en Italie, d'où il est arrivé depuis peu de temps. Plusieurs médecins des plus éminents, consultés à Paris, ont conseillé les bains de Baréges et l'application d'un bandage compresseur de la jambe. La santé de ce jeune homme m'a paru complétement rétablie, mais les veines superficielles du membre inférieur étaient très-gonflées sans être variqueuses; elles étaient turgescentes, comme elles le deviennent après un exercice un peu violent. De plus, le malade éprouvait un certain engourdissement dans les deux premiers orteils; il pouvait marcher, bien que le bas de la jambe se tuméfiât après la marche.

» Comme il me demandait mon avis sur ce qu'il avait à faire et qu'il paraissait fort préoccupé de son état, je lui expliquai pathologiquement sa situation, lui faisant comprendre que ses veines profondes ayant été oblitérées par l'inflammation, la circulation ne s'y faisait plus et avait lieu par les veines superficielles, qui les suppléaient et les suppléeraient désormais; je lui expliquai comment, en conséquence, ces veines superficielles devaient nécessairement augmenter de volume pour remplir les nouvelles fonctions dont elles allaient être chargées.

» Le malade a parfaitement compris dès lors qu'en interrompant par un bandage compresseur le cours du sang dans les veines superficielles, on agirait contrairement à la raison, puisque les veines profondes étant oblitérées, on interromprait forcément la circulation au retour. »

Chacun comprendra, en effet, combien serait vicieux un traitement destiné à comprimer les veines superficielles, seule voie offerte à cette circulation au retour. Mais si une compression vigoureuse est nuisible, extrêmement nuisible même, il n'en est plus ainsi d'une compression modérée, qui aura pour but d'empêcher les veines de devenir variqueuses. Non-seulement cette compression modérée sera sans danger, mais elle sera utile en prêtant son secours aux veines superficielles, dont les parois ne sont renforcées que par les téguments que ces vaisseaux parcourent. C'est bien le cas d'employer les bas élastiques, qui compriment modérément, ou mieux encore des caleçons de tricots, qui suffisent au plus grand nombre des malades.

D'une nouvelle méthode de traitement des épanchements purulents intra-thoraciques.

Dans une communication faite à l'Académie des sciences, et qui a été mentionnée seulement dans notre dernier numéro, M. le professeur Sédillot a exposé une nouvelle méthode de traitement de l'empyème ou pyothorax, qu'il a expérimentée avec succès dans les hôpitaux de Strasbourg, et qu'il propose de substituer aux diverses méthodes en usage. Nous disons une nouvelle méthode à tort; c'est une méthode très-ancienne, au contraire, la plus ancienne de toutes, car elle remonte à Hippocrate. Mais M. Sédillot l'a rajeunie et faite sienne en en formulant les indications, et, ce qui est mieux encore, en les remplissant.

L'idée principale de cette méthode est de donner issue au pus d'une manière graduelle, par une ouverture maintenue fermée pendant un certain temps, et d'achever la cure par des injections. Plusieurs objections s'élevaient contre cette manière de faire, et l'avaient fait abandonner. Telles sont, entre autres, l'insuffisance des tampons de toile et de charpie, et des autres moyens d'occlusion de la plaie, l'introduction de l'air venant prendre la place du pus à mesure que celui-ci est évacué, etc. M. Sédillot a pensé qu'on pouvait avantageusement reprendre l'idée en la soumettant à des indications mieux précisées, et en lui appliquant les ressources et les procédés plus parfaits de la médecine opératoire.

Voici les indications qu'il s'est proposé de remplir par cette méthode :

1° Se rendre complétement maître de l'écoulement du pus, afin de retenir ou d'évacuer à volonté une partie donnée de ce liquide ;

2° Empêcher, pendant un temps plus ou moins long après l'opération, l'introduction de l'air dans le foyer de l'épanchement ;

3° Maintenir dans un même foyer une pression assez forte pour prévenir l'altération de la membrane pyogénique ;

4° Entretenir un pus louable ou en combattre la décomposition par des évacuations et des injections modificatrices convenables ;

5° Amener une organisation du sac pseudo-pleural assez avancée pour permettre impunément l'introduction et le contact de l'air, et provoquer, surveiller et obtenir l'oblitération de la cavité morbide intra-thoracique, comme on le fait pour tous les abcès.

Le procédé à l'aide duquel M. Sédillot a pensé qu'il remplirait le mieux ces indications, consiste dans la perforation d'une côte, proposée par Hippocrate contre l'hydrothorax, et par M. Reybard pour l'évacuation continue et entière du pus épanché; mais en modifiant le procédé qui avait les graves inconvénients de tendre à faire le vide dans le sac pseudo-pleural, de diminuer la pression à laquelle sont soumises ses parois internes, et de provoquer en conséquence de très-graves accidents.

Voici de quelle manière il agit :

Une incision cruciale est faite sur la partie moyenne de la neuvième ou dixième côte. Le périoste est détaché et écarté de la substance osseuse, dont un petit trépan perforatif traverse le centre à égale distance des bords supérieur et inférieur pour éviter la blessure des artères intercostales. Ce trépan, de 4 millimètres de diamètre, soutenu par un manche, et offrant une extrémité acérée, pénètre facilement dans la poitrine. On le retire aussitôt, et on le remplace par une canule en argent et à ailes latérales, destinée à remplir exactement l'ouverture costale. Le pus s'échappe par un jet continu d'une force proportionnée à la quantité de l'épanche-

---

BIBLIOGRAPHIE.

Exposition critique et pratique des nouvelles doctrines sur la syphilis, suivie d'une étude sur de nouveaux moyens préservatifs des maladies vénériennes : par M. le docteur DIDAY, de Lyon (1).

Il y a vingt-cinq ans environ, un homme doué d'un rare talent d'observation, d'un esprit droit, sagace et éminemment logique, fut placé, par un de ces hasards providentiels qui semblent réservés aux intelligences d'élite, à la tête d'un des services de chirurgie de l'hôpital des Vénériens de Paris. Peu de mois s'étaient écoulés que, cherchant à expliquer les faits qui se produisaient journellement sous ses yeux, à débrouiller les rapports de cause à effet qui pouvaient exister entre eux, à établir leur filiation et par suite leur thérapeutique, il restait frappé de l'impuissance des anciennes doctrines à éclaircir ces obscurités, à rendre compte de la valeur des symptômes, à établir l'ordre de succession des phénomènes.

Pour les esprits de cette trempe, reconnaître et signaler une lacune, c'est prendre l'engagement de la combler; M. Ricord se mit à l'œuvre, recueillit des milliers de faits, les examina sous toutes leurs faces, les rapprocha les uns des autres, les compara, et au bout de cinq ou six années de ce patient travail, on voyait s'élever, au merveilleux étonnement du monde médical, un édifice entier, complet de sa base à son couronnement, un admirable système à l'aide duquel il était facile de remonter toujours à la source de la vérité, et d'harmoniser les disparates en apparence les plus choquantes.

(1) Un vol. in-18. — J. B. Baillière et fils.

A ce spectacle, la jeune génération battit des mains; tous se pressèrent à l'amphithéâtre du Midi, jaloux de connaître enfin cette branche de la pathologie dont l'intelligence avait si longtemps échappé aux yeux les plus exercés. La démonstration était si claire, tout s'enchaînait avec tant de force et de logique, qu'il fut permis de croire au triomphe désormais assuré et définitif du système. On se trompait. On commença par jeter à la face du créateur de la théorie nouvelle ce reproche toujours adressé aux inventeurs : ce n'est pas nouveau, et il y eut des gens qui, avec leurs yeux de lynx, découvrirent immédiatement dans Hunter l'œuvre entière de M. Ricord.

Malheureusement Hunter n'était pas devenu si rare que l'on ne pût chercher à vérifier le fait. Il fut impossible de constater le vol; on n'y trouva que le germe d'une idée qui était restée inféconde et stérile. Alors on eut recours à un autre procédé. On remit tout doucement à neuf les matériaux usés et détraqués entassés dans le vieil arsenal à peine visité par quelques fidèles, et un beau matin on vit surgir, couvert du nom d'un chirurgien connu pour un infatigable travailleur, mais qui eut le tort en cette circonstance de sacrifier à une ambition personnelle qui n'aboutit pas, la cause du progrès et de la vérité, on vit surgir, disons-nous, un livre qui prétendait ruiner de fond en comble toute l'œuvre de l'école moderne. Dans ce travail, rien n'était original; c'était l'ancien chaos rajeuni çà et là par une forme nouvelle que l'on s'efforçait de substituer à l'ordre établi par M. Ricord.

Ce livre, un des anciens élèves de M. Ricord, élève devenu maître à son tour, comme je l'écrivais il y a quelques jours dans un feuilleton de ce journal, une des gloires de la chirurgie de province, et en particulier de la grande cité lyonnaise, M. Diday, l'a pris à partie, non pas comme l'œuvre de M. Vidal plutôt que de tout autre, mais parce que, lors de son apparition, les débris de la vieille école, se ralliant autour de lui, l'ont adopté comme un drapeau, et ont officiellement reconnu son auteur pour leur champion.

La réfutation des anciennes erreurs auxquelles Vidal a voulu faire les honneurs d'une résurrection, est le but principal de l'ouvrage dont nous allons essayer de donner une idée. Cependant, n'oublions pas tout d'abord, et pour bien prouver l'indépendance de l'auteur, de dire que sur certains points importants, il a cru devoir se séparer du créateur de la théorie nouvelle; que, par conséquent, on ne devra pas le regarder (cette idée ne viendra jamais à ceux qui le connaissent) comme le séide de M. Ricord, mais comme un zélé défenseur de la vérité.

Quant au reproche qu'on lui fait de s'attaquer à un auteur que la mort a frappé, M. Diday relève dignement et repousse le reproche. « Je m'incline devant une tombe, dit-il, mais qu'on n'y réclame pas droit d'asile pour l'erreur ! Le mensonge aurait beau jeu vraiment s'il suffisait de succomber à son service pour le rendre inviolable. Ce que, lui vivant, je commençai sans passion, mort, je saurai l'accomplir sans faiblesse..... L'ouvrage de M. Vidal retarde d'un demi-siècle le progrès. Pour le bien de l'humanité, pour la considération de notre époque, pour l'honneur de la science médicale, dans l'intérêt même d'une réputation légitimement acquise hors d'une sphère spéciale, il ne faut pas que ce livre survive à son auteur. »

On a trouvé cette dernière phrase un peu dure. Nous ne pouvons partager cette opinion. Si ce qu'a écrit Vidal paraît à M. Diday être l'expression d'une erreur volontaire ou involontaire, le droit de ce dernier, nous dirons plus, son devoir est de le dire bien haut, et de chercher, par tous les moyens possibles, à détruire la funeste influence de ces assertions. Or, si sévère, si inflexible que soit son argumentation, le médecin de Lyon s'est toujours tenu dans les limites des con-

ment et à l'élasticité des parties environnantes. Bientôt une légère différence se remarque dans la force de projection du liquide.

Dès que le jet du pus se ralentit et ne dépasse plus 7 ou 8 centimètres de longueur pendant les expirations, après avoir été projeté à une distance beaucoup plus grande, on ferme la canule avec un petit bouchon de liége fin. On répète ces évacuations toutes les quatre heures le premier jour; ensuite on en éloigne les intervalles en se guidant sur la force d'impulsion du liquide. L'indication prédominante est de faire écouler le trop plein du pyothorax, afin de permettre aux organes circonvoisins de revenir à leur situation normale, sans jamais déterminer de tendance au vide dans la cavité de la poitrine, et sans s'exposer par conséquent à la congestion et aux autres modes d'altération de la membrane pyogénique, en évitant absolument l'introduction de l'air, qui ne saurait pénétrer, puisqu'il n'y a pas de place pour le loger. On retarde ainsi la fétidité du pus et les infections qui en sont la suite.

Dans le cas où la canule métallique gênerait ou deviendrait trop petite pour fermer exactement la côte, M. Sédillot propose de la remplacer par une sonde de gomme élastique taillée en biseau et d'une longueur convenable. Il se sert, dans ce but, d'un long mandrin métallique engagé dans la canule; celle-ci est retirée sur ce mandrin et remplacée par la sonde, qu'on introduit aisément et sans tâtonnement.

Quelquefois le pus ne coule pas. Tantôt c'est un flocon fibrineux qui bouche la canule; tantôt l'extrémité de celle-ci arc boute contre le sac pseudo-pleural, ou l'on a décollé un lambeau au pourtour de la plaie, ou on n'a pas bien pénétré dans la cavité de l'épanchement. Ces divers embarras ou accidents peuvent être facilement levés. Voici de quelle manière :

Si le pus s'est écoulé en trop grande quantité par la chute accidentelle du bouchon de la canule ou de la canule elle-même, ou par le trop faible diamètre de cette dernière; si de l'air a pénétré et a rendu le pus fétide, dans tous ces cas il faut se rendre maître de l'écoulement en employant une canule ou une sonde de gomme élastique d'un diamètre approprié; ensuite on se hâte de rétablir la pression intérieure par des injections, et enfin, s'il est entré de l'air ou que le liquide épanché ait de l'odeur, on le remplace en totalité par des injections multipliées, dont chacune entraîne avec le trop plein une petite quantité de pus. On peut également faire usage d'injections iodées, dont l'action désinfectante est modificatrice des surfaces pyogéniques.

Le régime et l'application de cautères potentiels sur les parois de la poitrine viennent en aide au traitement, et ne sauraient jamais être négligés.

En agissant ainsi, dit M. Sédillot, on obtient graduellement la diminution du sac pseudo-pleural, dont les parois se rétractent et se rapprochent. Le pus devient moins abondant et plus épais, la santé s'affermit, et l'on peut espérer la guérison. Quelquefois des accès de fièvre plus ou moins violents se déclarent; on doit les attribuer à la rétention, à l'altération du pus ou à des abcès interstitiels du tissu cellulaire sous-pleural. On insiste sur les injections détersives et émollientes, auxquelles on mêle l'iode, les chlorures alcalins, l'azotate d'argent; et si l'on découvre de l'empâtement vers la région dorso-lombaire, on combat la formation d'un abcès par l'application de cautères, dont on augmente la profondeur avec de la pâte de Canquoin si de la fluctuation apparaît.

Tels sont, d'après M. Sédillot, les principaux accidents à prévoir et à combattre.

Quant à la marche de la guérison, elle est d'autant plus lente, que le pyothorax est plus ancien et plus étendu, que les fausses membranes sont plus adhérentes et plus épaisses, le poumon plus refoulé contre le rachis, ainsi que les médiastins et le cœur si la collection s'est développée dans la plèvre gauche. Il faut souvent plusieurs mois avant que ces organes reviennent à leur position normale, et pendant ce temps il convient de ne pas tenir compte seulement des diamètres de la poitrine du côté malade, mais de mesurer également ceux du côté opposé, les recherches de M. Sédillot à cet égard lui ayant démontré qu'un épanchement purulent gauche ou droit modifie d'une manière très-marquée l'ampleur de toute la poitrine.

Plusieurs malades traités par cette méthode paraissent en avoir retiré d'incontestables avantages. L'un d'eux a vécu près d'une année, et avait repris des forces et les apparences de la santé. La mort fut causée par la persistance du sac pseudo-pleural et par des suppurations diffuses de la région dorso-lombaire aggravées par de perpétuels écarts de régime. Un autre malade opéré au mois de janvier dernier, dans un état désespéré, a pu aller seul aux eaux d'Amélie-les-Bains, et en est revenu tout récemment (au mois d'octobre) dans des conditions de santé et de vigueur très-satisfaisantes, au dire de M. Sédillot, quoique la cavité de l'épanchement ne soit pas encore complétement fermée et qu'elle communique par un trajet fistuleux avec la région lombaire.

Traitement des vomissements incoercibles par la teinture d'iode.

Dans les numéros du 22 août, du 29 du même mois et du 5 septembre, nous avons fait connaître les essais qui ont été tentés pour combattre les vomissements incoercibles des femmes grosses par la teinture d'iode et l'iodure de potassium. On se rappelle que sur l'annonce des bons effets que M. le docteur Eulenberg (de Coblentz) affirmait avoir obtenus de l'emploi de la teinture d'iode, M. Becquerel nous a communiqué un cas de guérison d'une gastralgie avec vomissements par le même moyen, mais avec une modification dans la formule. Cette modification consiste à additionner la teinture d'une certaine quantité d'iodure de potassium, destinée à faciliter l'absorption de l'iode par suite de sa plus parfaite dissolution. Puis est venu M. le docteur Bacarisse, qui a revendiqué pour l'iodure de potassium seul une vertu égale à celle de la teinture d'iode, nous faisant savoir que, dès l'année 1853 il avait expérimenté ce médicament avec succès, d'abord chez des sujets syphilitiques, il est vrai, mais plus tard chez des femmes enceintes, qui ne présentaient point cette complication.

M. le docteur Buisson (de Bordeaux), qui n'avait eu jusque-là que des insuccès par les méthodes en usage, s'est empressé de saisir la première occasion d'expérimenter la nouvelle méthode et d'essayer successivement les diverses formules proposées. Il a traité ainsi trois malades.

Voici les résultats de ces trois tentatives, qu'il vient de rapporter dans le dernier numéro de l'*Union médicale de la Gironde* :

Une femme de trente-cinq ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, ayant eu déjà deux grossesses pendant lesquelles elle a été atteinte de vomissements incoercibles, redevient enceinte dès le commencement du mois d'août dernier. Dès les premiers jours de la fécondation, les vomissements surviennent; l'intolérance de l'estomac est telle, que l'eau froide, administrée par cuillerée, n'est pas même tolérée. Potion de Rivière, opiacés, injections vaginales avec la décoction de feuilles de belladone, bains prolongés, sous-nitrate de bismuth à haute dose, tout reste infructueux.

Le 28, il administre la préparation de M. Eulenberg (teinture d'iode, 1 gramme; alcool rectifié, 5,40 centigr.). Les 29, 30, 31 et 1[er] septembre, les vomissements persistent avec la même ténacité; les douleurs de l'épigastre sont intolérables; l'odeur seule invitant la malade à vomir, on cesse de donner les remèdes.

Après huit jours d'interruption, M. Buisson prescrit l'iodure de potassium à la dose de 0,50, puis 0,60 centigr. par jour, en solution dans un demi-verre d'eau sucrée, d'après la formule de M. Bacarisse.

L'emploi de cette médication, continuée jusqu'au 18 septembre, n'ayant produit aucun effet, il eut recours alors à l'usage de la teinture d'iode iodurée, non pas exactement d'après la formule de M. Becquerel, mais avec une petite différence dans la dose de l'iodure de potassium.

Voici du reste sa formule :

Teinture d'iode.	4	grammes.
Iodure de potassium.	6	—
Eau distillée.	120	—

Une cuillerée à bouche de ce mélange étendue dans un verre d'eau sucrée, à boire dans la journée en trois fois.

Cinq jours après, les vomissements avaient cessé, et jusqu'au 14 octobre rien ne semblait indiquer qu'ils dussent se reproduire.

Une jeune femme de vingt-deux ans, accouchée de son premier enfant le 24 du mois d'août, a vomi pendant toute la durée de sa grossesse. L'enfant succombe.

Le 7 septembre, la douleur très-vive ressentie par la mère lui cause quelques accidents nerveux et des vomissements qui ne lui permettent de rien conserver dans l'estomac.

Le 10, M. Buisson prescrit la solution d'iodure de potassium à 0,50 centigrammes par jour.

Le 27, les vomissements ayant persisté, il conseille la préparation formulée plus haut.

Le 1[er] octobre, les vomissements ont cessé complétement.

Le sujet de la troisième observation est une femme de trente-trois ans, qui, après avoir eu dans une précédente grossesse des vomissements que rien n'avait pu calmer, redevenue enceinte en juillet dernier, fut de nouveau en proie à des vomissements plus persistants encore que la première fois.

Au mois d'août, M. Buisson lui prescrit la préparation du docteur Eulenberg. L'usage en est continué pendant une dizaine de jours sans aucun effet. La malade désire au contraire la cessation du médicament, l'odeur seule lui donnant envie de vomir.

Après quelques jours de repos, le 7 septembre elle est mise à l'usage de l'iodure de potassium, à 0,50 centigr. par jour. Cette médication est continuée sans succès jusqu'au 20, époque à laquelle elle est remplacée par la préparation d'iode et d'iodure de potassium de la manière indiquée dans la première observation. Depuis le 1[er] octobre, les vomissements ont complétement cessé.

Ainsi de ces trois malades deux ont débuté par la teinture d'iode alcoolisée de M. Eulenberg, et chez tous deux les vomissements ont été augmentés, aussi bien que la douleur épigastrique. Après quelques jours, l'usage a dû en être cessé, l'odeur seule du remède provoquant à vomir. L'iodure de potassium administré seul à la dose de 0,50 et 0,60 centigr. par jour, dans une tasse d'eau sucrée bue en trois fois dans la journée, n'a modifié que fort peu les vomissements.

Ce n'est dans ces trois observations qu'en dernier lieu, et après avoir constaté l'insuccès de la teinture iodée alcoolisée et de l'iodure de potassium donnés séparément, que M. Buisson a prescrit la teinture d'iode iodurée sous une forme qui est à très-peu de chose près la même que celle de M. Becquerel, et dans les trois cas cette dernière médication a été suivie d'un plein succès.

Sans vouloir tirer de ces trois faits aucune conclusion générale, on ne peut du moins s'empêcher d'y voir un témoignage d'une grande valeur en faveur de la formule de M. Becquerel, légèrement modifiée par M. Buisson.

LIPOMES SYMÉTRIQUES DES DEUX JARRETS,

se comportant à la manière des hernies. — Abcès moniliforme simulant un lipome (1).

Par M. le docteur MOREL-LAVALLÉE.

J'ai soumis à l'examen de la Société de chirurgie, dans la séance

(1) Communiqués à la Société de chirurgie.

---

venances les plus parfaites. Il fait la guerre sans pitié, sans merci, mais il la fait loyalement, et sans avoir besoin de recourir à aucun procédé qu'il soit nécessaire de désavouer plus tard.

C'est sous forme de lettres adressées au fils de l'intelligent syphiliographe de Bordeaux, M. Vénot, que M. Diday s'est livré à cet examen critique. Nous ne pouvons qu'approuver son choix. La forme épistolaire, moins sèche, moins aride, moins pédante, qu'on nous passe le mot, que le traité didactique, laisse à la critique une allure plus libre, moins compassée, et permet à l'auteur, au milieu d'une discussion sérieuse, de s'échapper par la tangente pour vider un incident trop peu important pour faire à lui seul la matière d'un chapitre entier, et de revenir ensuite à son point de départ, sans être obligé à ces transitions habilement préparées auxquelles condamne l'adoption d'un genre en apparence plus sérieux.

Nous ne suivrons pas M. Diday dans tous les détails de son argumentation; il faudrait un volume pour exposer, et les objections que font à la nouvelle les anciennes doctrines et les victorieuses réponses que leur fait immédiatement le spirituel critique, prenant à chaque page ses adversaires en flagrant délit de contradiction avec eux-mêmes. Nous nous bornerons à exposer l'ordre qu'il a suivi dans ses réfutations; mais nous nous arrêterons plus en détail sur quelques chapitres où M. Diday a consigné certaines idées originales auxquelles l'a conduit l'observation, et qui nous ont paru de nature à éclaircir divers points encore obscurs de la syphiliographie.

Le sujet des premières lettres est tout naturellement le virus syphilitique, qui n'est pas du tout la même chose que le mucus pus de la blennorrhagie, et dont les effets sont tout différents; la blennorrhagie virulente, c'est-à-dire donnant naissance à un chancre chez un autre individu ou à des accidents constitutionnels chez le malade, est tout simplement constituée par un chancre larvé, dont l'inoculation révèle l'existence. Le meilleur traitement de la blennorrhagie est le traitement abortif, toutes les fois qu'il est applicable, et la répercussion du virus comme aussi les rétrécissements de l'urètre n'en ont jamais été la conséquence. La balanite, pas plus que la blennorrhagie, n'est syphilitique; mais elle peut se compliquer de chancres, qui rentrent alors dans la loi commune. Tous les chancres ne sont pas infectants; celui-là seul qui présente l'induration caractéristique, est suivi d'accidents constitutionnels, et ici se présente la question de la dualité du virus chancreux à laquelle M. Diday se rallie.

Certes, il faut bien le dire, cette dualité du virus chancreux établie par notre excellent ami M. Bassereau dans son *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*, nous semble conquérir chaque jour plus de terrain, et nous nous sentons de plus en plus disposé à répéter ce que nous disions dans ce journal il y a quatre ans déjà (24 mai 1853), « qu'elle présente les caractères de la vraisemblance la » plus absolue, et qu'il nous semble difficile d'infirmer des résultats » établis sur des faits aussi nombreux et aussi authentiques. »

A ces discussions, car chacun des chapitres dont nous nous bornons à signaler l'argument est un modèle de raisonnement et de logique, succède l'histoire non moins complète du bubon et surtout de ce mystérieux bubon d'emblée, dont ont fait tant de bruit l'école ancienne et son nouveau champion. Nous devons signaler à l'attention la lettre relative à ce bubon d'emblée, que M. Diday a observé assez souvent, qu'il décrit, mais qu'il n'a jamais vu, comme ses adversaires, fournir un pus chancreux, et qu'il n'a jamais vu non plus être suivi d'accidents de syphilis constitutionnelle. De l'existence de ce bubon d'emblée, même dans les conditions où l'a noté M. Diday, nous nous permettrons, nous, de douter encore, ne l'ayant pas jusqu'ici rencontré, mais sans vouloir le nier absolument non plus, car notre expérience restreinte ne peut entrer en parallèle avec le nombre immense des faits observés et recueillis par le savant chirurgien de l'Antiquaille.

L'examen de l'ordre de succession des symptômes constitutionnels, la détermination approximative des limites de chacune des périodes de leur évolution, ont conduit M. Diday à une série d'idées que nous croyons entièrement neuves, et de considérations pratiques sur les conséquences que peut avoir la vérole pour chaque individu, et sur le pronostic à porter. Voici en deux mots les résultats auxquels l'expérience des faits a conduit M. Diday, et dont il ne donne aujourd'hui qu'un simple exposé, une esquisse qu'il se réserve de compléter plus tard.

Les phases de la vérole, dit-il, ont-elles eu entre elles leurs intervalles réguliers? ont-elles consisté en accidents secondaires, et seulement secondaires? Les récidives ont-elles été en s'espaçant, en s'adoucissant de plus en plus? n'ont-elles enfin consisté qu'en lésions de même espèce que les précédentes? Portez un pronostic favorable. Effilé par le mercure ou usé par le temps, le ruban syphilitique s'est rompu. Vous avez tout lieu de supposer que cette diathèse va finir, et après un temps raisonnable vous pourrez, par exemple, permettre le mariage avec chances probables pour le malade d'obtenir une progéniture intacte. — Les phénomènes deviennent-ils, au contraire, de plus en plus accentués, le cachet du tertiaire se mêle-t-il aux éruptions des poussées du premier semestre, défiez-vous alors; il ne suffit plus de veiller, il faut combattre, et c'est alors qu'il faut avoir recours avec énergie aux spécifiques, dont on aurait à la rigueur pu se passer dans le cas précédent. — Les deux périodes de la vérole ne s'appellent pas; la tertiaire suppose forcément la préexistence de la secondaire; mais de ce que la secondaire s'est manifestée, il ne s'ensuit pas nécessairement que la tertiaire la suivra.

du 9 septembre, un malade affecté de plusieurs tumeurs de nature diverse et toutes d'une apparence très-insidieuse. Leurs caractères insolites et les difficultés sérieuses qu'elles offraient au diagnostic me font espérer que l'observation ne sera pas lue sans intérêt. Je l'ai recueillie à l'hôpital Necker, où je remplaçais pendant quelques jours M. Depaul, chargé lui-même temporairement du service de M. Lenoir.

Je reçus ce malade à la consultation le 29 août; il fut placé salle Saint-Pierre, 18. Nicolas Grassard est âgé de trente-six ans et d'une faible constitution, sans embonpoint notable. Il exerce le métier de tisseur; mais c'est un ancien militaire, qui a été traité à l'hôpital du Gros-Caillou pour deux blennorrhagies, un chancre, des bubons, des maux de gorge, etc.

Il était déjà entré deux fois cette année à Necker; la première, pour un abcès de la jambe droite, qui donna issue à du pus sanguinolent et qui le retint dans les salles du 25 février au 6 mars; la seconde fois, il entra le 24 avril suivant pour des abcès froids du cou, dont les ouvertures, pratiquées avec le bistouri, sont restées fistuleuses jusqu'à ce jour. Ajoutons qu'il a eu trois hémoptysies, et qu'on entend des craquements humides au sommet des deux poumons.

A mon premier examen, comme plus tard du reste, il se plaignit uniquement de douleurs qu'il éprouvait depuis quatre mois à la partie moyenne et postérieure de la cuisse droite, douleurs quelquefois lancinantes, mais assez peu vives pour lui permettre de vaquer à ses occupations. On trouve, en effet, dans cette région, une tumeur de la largeur, de la longueur, et presque de la forme du doigt, dont elle rappelle jusqu'à un certain point les saillies, par ses renflements moniliformes. Son axe est parallèle à celui du membre. Cette tumeur, avec ses renflements en chapelet, pourrait en imposer pour un lipome; mais la fluctuation en est assez nette pour me faire diagnostiquer un abcès. Je fis l'incision, et il sortit en effet du pus phlegmoneux. Elle s'était développée peu à peu.

L'intérêt de cet abcès réside surtout dans sa forme allongée et moniliforme et dans sa ressemblance avec un lipome.

C'est en examinant cette tumeur que j'en découvris deux autres situées dans les jarrets, et dont le malade ne soupçonnait pas l'existence. Elles me frappèrent pendant les mouvements que le malade, couché sur le ventre, exécutait pour se placer dans une attitude favorable à l'exploration.

A environ 2 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire, à la partie moyenne, surgit pendant la contraction des muscles une tumeur qui disparaît si complétement dans le repos, qu'on n'en soupçonnerait pas l'existence.

Elles se dessinent de chaque côté en dedans du tendon le plus postérieur de la patte d'oie, sans changement de couleur à la peau. Elles sont du volume d'un œuf, molles en apparence, assez nettement circonscrites; mais leur principal caractère est de se montrer pendant la contraction des muscles, et de disparaître subitement dès qu'elle cesse. Elles s'évanouissent également sous le doigt qui les explore, par l'impossibilité où se trouve le malade de se maintenir dans la situation fixe qui la met en relief. Ces tumeurs, en se dérobant ainsi au toucher, se prêtent mal à l'examen et ne donnent qu'une sensation vague de fluctuation. Une fois affaissées, elles offrent une fausse fluctuation. Explorées en travers, pendant la contraction musculaire, c'est-à-dire au moment où elles se prononcent à l'extérieur, on ne trouve point d'inégalités sensibles à leur surface; mais pendant le relâchement musculaire ou pendant l'affaissement des tumeurs, on en constate nettement la configuration lobulée. Cette sensation de lobules qu'on percevait au doigt rappelait assez bien celle que donnent les éraillures comme réticulées des aponévroses distendues par certains abcès froids de la cuisse; mais le doigt trouve inscrite dans cette apparence de lacune une petite tumeur lobulée. J'annonçai un lipome, et une ponction exploratrice faite avec un bistouri à lame étroite jusqu'au centre de la tumeur — car une seule dut fournir ce complément de diagnostic — ne donna effectivement issue qu'à de petits globules graisseux.

Ces deux tumeurs, avons-nous dit, paraissaient assez nettement circonscrites; elles l'étaient en effet, excepté en haut. Il y avait là une disposition extrêmement curieuse, sur laquelle nous devons revenir. Une traînée lipomateuse en forme de queue de comète, émanée de la portion supérieure de chacune de ces tumeurs, croise en dedans le tendon du demi-membraneux, et remonte jusqu'au tiers supérieur de la cuisse, où elle se termine insensiblement. Cette traînée triangulaire, à base inférieure, présente, en bas, une largeur de trois doigts et l'épaisseur d'un centimètre environ; elle va en s'amoindrissant à mesure qu'elle s'élève. On sent très-bien les lobules lipomateux de cette traînée sous-cutanée, surtout pendant la contraction des muscles, ainsi que M. Michon et plusieurs autres de nos collègues ont pu s'en assurer.

Pour donner une idée de la difficulté du diagnostic, je dois rappeler que la plupart des membres de la Société qui ont examiné ces tumeurs y ont cru reconnaître les caractères des kystes, erreur sans nul doute imputable tout entière à la rapidité de l'exploration, mais qui n'en montre pas moins ce qu'il y avait d'insidieux dans cette forme insolite de l'affection.

N'y a-t-il pas aussi quelque chose de bien insolite dans ces lipomes qui se comportent à la manière des hernies? Ils entreront dans un travail sur le diagnostic de certaines tumeurs; travail que j'espère bientôt soumettre à la Société.

Ces deux lipomes étant encore peu volumineux et ne causant aucune gêne, ont dû être respectés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 novembre 1857. — Présidence de M. Bouvier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. FOLLIN, à l'occasion du procès-verbal, réclame contre ce qui a été dit du procédé de M. Girouard, qu'il a employé et qu'il emploie encore souvent. Ce procédé permet de cautériser les tissus sous la peau à laquelle on ne pratique qu'une petite ouverture. Il lui a donné dernièrement un excellent résultat pour une tumeur du genou. Le tissu morbide, qui paraissait s'être développé à la surface externe de la synoviale, après s'être étendu sous la peau, l'avait perforée dans un point assez limité pour venir former à l'extérieur une tumeur considérable. Après avoir fait tomber au moyen du caustique la masse extérieure, M. Follin introduisit dans l'intérieur de la tumeur sous-cutanée, par le pertuis qui existait à la peau, des languettes de pâte au chlorure de zinc.

M. Follin a encore employé ce procédé pour une tumeur cancéreuse du pharynx. Lorsque le tissu est trop dur pour se laisser pénétrer par les languettes de pâte durcies, il les introduit à l'aide d'un trocart qu'il a fait fabriquer dans ce but.

M. BOINET a vu, il y a plus de vingt ans, des essais sur la pâte de Cancoin faits à l'Hôtel-Dieu par Sanson à l'occasion d'un rapport qu'il était chargé de faire. Dans ce rapport, l'éminent chirurgien signala divers inconvénients, entre autres les douleurs violentes et prolongées, et le danger de l'intoxication par le chlorure de zinc.

M. MARJOLIN. Il serait bien à désirer que MM. Maisonneuve, Larrey et Follin nous fissent connaître, d'après ce qu'ils ont observé, quelle a été l'influence des caustiques sur la récidive des affections cancéreuses. J'ajouterai que, puisque l'on a depuis quelque temps une certaine tendance à substituer les caustiques à l'emploi des instruments tranchants, il faudrait, pour éviter aux malades des douleurs qui sont toujours très-vives et très-prolongées, essayer, comme l'a fait M. Stanley, chirurgien de l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres, de se servir d'une solution plus ou moins étendue de chlorure de zinc. D'après les faits rapportés par M. Follin dans le numéro d'août 1857 des *Archives*, les pansements faits sur les surfaces cancéreuses ulcérées avec de la charpie imbibée d'une partie de solution de chlorure de zinc de Burnett, étendue de six ou huit parties d'eau, auraient produit de bons résultats sans amener de grandes souffrances.

Je me souviens très-bien des essais dont vient de parler M. Boinet. Sanson employa la pâte de Cancoin sur deux femmes qui se refusaient à l'opération, et ce caustique détermina des douleurs atroces.

M. FOLLIN reconnaît que la douleur causée par le chlorure de zinc est intense, mais avec les flèches elle ne dure que trois ou quatre heures; ensuite elle s'arrête, pour revenir beaucoup plus faible au bout de dix ou douze heures; enfin, elle reparaît un peu le lendemain, sans doute lorsque l'inflammation commence dans les tissus sains. Il n'a jamais eu d'accidents d'intoxication.

M. Follin n'a employé qu'une fois la solution de chlorure de zinc contre un cancer récidivé du sein. N'ayant pu trouver la formule de Burnett, il l'employa à la dose de 4 grammes de sel pour 100 d'eau; à cette dose, la douleur était presque nulle; la femme appliquait elle-même les compresses imbibées de la solution.

L'application de la solution de chlorure de zinc produit à la surface de l'ulcère une couche grisâtre qui tombe bientôt, et on arrive ainsi en quelques jours jusqu'aux tissus sains. M. Stanley, lorsque la tumeur n'est pas ulcérée, enlève la peau après l'avoir anesthésiée au moyen de la congélation.

M. HUGUIER rappelle que M. Maisonneuve a présenté la cautérisation comme une opération très-simple et sans douleur. Mais ce que craignent surtout les malades, ce qui leur fait rechercher l'emploi du caustique, c'est la crainte de l'instrument tranchant et de l'hémorrhagie. Or, pour introduire ses flèches, M. Maisonneuve fait des incisions de 2 en 2 centimètres; il y aura donc douleur, perte de sang, et l'opération sera longue. Un avantage de l'instrument tranchant, c'est que, après l'ablation de la tumeur, le doigt peut facilement explorer la plaie pour y chercher les restes de tumeur qui peuvent s'y trouver, et qu'on enlève facilement.

En résumé, M. Huguier ne voit d'avantage à la cautérisation que si elle met les malades à l'abri de l'infection purulente et de l'érysipèle.

M. CLOQUET a vu un grand nombre de récidives de cancer; il en a vu après la cautérisation, et ne pourrait dire si, dans ce cas, elles sont moins fréquentes qu'après l'emploi de l'instrument tranchant. Il demande à M. Follin s'il y a longtemps que sa malade est guérie, et s'il l'a revue depuis pour constater s'il y a récidive.

M. FOLLIN s'engage à prendre des renseignements qu'il apportera à la prochaine séance; mais en rapportant ce fait, il a voulu seulement signaler un procédé qui ne paraît pas mériter les reproches qu'on lui a faits.

M. GIRALDÈS fait connaître les résultats obtenus récemment dans le service spécial établi dans l'hôpital de Middlesex, pour le traitement des cancéreux, au moyen d'un caustique proposé par un chirurgien américain, et qu'on a su être composé d'un mélange de chlorure de zinc délayé dans partie égale d'une décoction de *sanguinaria canadensis*. D'après le rapport publié par les chirurgiens de l'hôpital, on commençait par faire des incisions à la peau, ou la détruire au moyen de l'acide nitrique, puis on appliquait des plumasseaux trempés dans la pâte caustique et renouvelés tous les jours, et la tumeur finissait par se détacher. D'après les auteurs du rapport, les hémorrhagies étaient plus rares qu'après l'usage de l'instrument tranchant, l'infection purulente et l'érysipèle étaient moins fréquents, mais cependant ont été observés. Enfin, l'action n'a pas pu être parfaitement limitée, car il est arrivé que la paroi abdominale a été ouverte.

M. BOINET répond à M. Huguier que les tumeurs mobiles bien circonscrites sont avantageusement attaquées avec le bistouri; mais que dans les tumeurs mal limitées, le caustique a l'avantage de n'attaquer que les parties malades.

M. VOILLEMIER répond : Les caustiques ne sont pas nés d'hier, et ce n'est pas la première fois qu'on a voulu en faire une méthode générale de traitement. Lorsqu'il y a vingt ans, on a voulu les remettre en grand honneur, ils furent assez froidement reçus par les chirurgiens. Aujourd'hui, on veut encore les remettre à l'ordre du jour, et je puis leur prédire une certaine vogue. Il y a pour cela plusieurs raisons. C'est d'abord que, substituer la cautérisation comme méthode générale de traitement, c'est faire autrement que tout le monde; et ce seul motif n'est pas sans un certain attrait aux yeux de ceux qui veulent faire du nouveau à tout prix. Puis il règne un préjugé singulier en faveur des caustiques. Le public s'imagine que cautériser n'est pas opérer. Quelques rares praticiens concourent encore à entretenir cette erreur, en promettant aux malades de les guérir par les caustiques et sans opération.

Ainsi pour une tumeur du sein, enlever une partie de la peau, faire dans l'épaisseur de la glande plusieurs incisions, dans ces incisions plonger des morceaux d'un caustique énergique, déterminer des douleurs très-vives qui se prolongent au delà de quelques heures, revenir plusieurs fois à de pareilles pratiques, voilà ce qu'ils appellent traiter les cancers sans opération. Pourtant, quoique l'on puisse dire, entre le chirurgien proposant l'instrument tranchant et celui qui, avec les caustiques, promettra de guérir sans opérer, le choix des malades ne sera pas douteux. Voilà pourquoi les caustiques feront leur chemin.

J'examinerai maintenant en peu de mots quelques-unes des opinions qui viennent d'être émises sur les caustiques. M. Boinet vous a dit

---

Certes, c'est là une manière de voir tout à fait nouvelle, imprévue, et de laquelle, si l'observation ultérieure la confirme, comme nous l'espérons, jaillira pour le praticien une source nouvelle d'indications, un élément précieux de pronostic qui augmentera dans une notable proportion l'étendue de cette espèce de pouvoir divinatoire dont parle M. Diday dans sa préface, pouvoir que puise le médecin dans l'application des doctrines de M. Ricord, et qui n'est pas moins stupéfiant pour les sceptiques que facile aux adeptes. Nous n'aurons pas, du reste, longtemps à attendre sur ce sujet, et M. Diday nous promet que d'ici à un an au plus il nous mettra à même de juger de la vérité de sa prévision.

Prenons acte ici de son engagement, qui nous vaudra un de ces livres ou tout au moins de ces mémoires que nous aimons tant à lire, et qui ne laissent jamais indifférente la foule de ceux que réjouit le progrès incessant de la science.

Dans cette revue si complète, la syphilis congéniale devait avoir son tour. On sait sur ce point de l'histoire de la vérole quelles sont les opinions de M. Diday; il a écrit dans son *Traité de la syphilis des enfants nouveau-nés* cette phrase bien claire qui résume sa manière de voir à ce sujet : Les lésions de la syphilis congéniale se distinguent de celles de la syphilis vulgaire en ce qu'elles sont contagieuses, comme les accidents primitifs de celle-ci, quoique offrant la forme et l'évolution des accidents secondaires. Quelle que soit à cet égard notre opinion personnelle, dont la valeur peut ne pas paraître bien lourde en regard de la vaste expérience de notre confrère, passons rapidement par-dessus des considérations pleines d'intérêt sur la transmission des symptômes constitutionnels, pour arriver à la solution d'une question d'une haute importance, que nous avons regretté bien des fois de n'avoir vue traitée nulle part, et qui, il y a trois mois à peine, se trouvait agitée entre quelques confrères et moi sans qu'aucune réponse ait pu être faite à mes interrogations.

Il est arrivé quelquefois que des accidents secondaires *ont paru* être transmis d'individu à individu. Ce fait est tout à fait inadmissible pour les partisans de la doctrine de l'hôpital du Midi. Mais, chose singulière, et qui va nous donner, suivant M. Diday, l'explication du fait réputé impossible, jamais vous ne verrez cette transmission faite par la femme à l'homme; ce sera toujours de l'homme à la femme qu'elle aura lieu. Comment interpréter cette singularité? Rien n'est plus simple, dit M. Diday. La femme infectée ne peut transmettre à l'homme des phénomènes non transmissibles par voie de contagion; mais l'homme vérolé, ne présentant aucun phénomène apparent de syphilis, et cependant sous l'influence de cette diathèse spécifique, cohabite avec la femme, la rend enceinte, et enceinte d'un enfant auquel il transmet, non pas fatalement et toujours, mais souvent, son infection. La femme avorte ou mène sa grossesse à terme, peu importe; mais pendant le temps qu'a duré la gestation, si court soit-il, il s'est fait entre l'enfant et la mère un échange de matériaux, infectés de la part de l'enfant, au moyen de la circulation intra-utérine commune. L'homme a transmis indirectement la vérole à sa femme par l'intermédiaire de l'enfant syphilitique qu'il a procréé. Et ce qui prouve bien qu'il en est ainsi, je le répète, c'est que la réciproque n'est pas vraie de la femme à l'homme.

Je le dis bien haut et sur-le-champ; cette interprétation doit être vraie; elle l'est certainement, car elle nous fournit l'explication de faits inexplicables sans cela et qui se rencontrent tous les jours. Pour ma part, elle me satisfait pleinement, car elle me rend parfaitement compte de deux observations recueillies dans ma clientèle, et qui, depuis fort longtemps, me préoccupaient au plus haut degré sans que je pusse en avoir raison, convaincu que je suis de la non-transmissibilité des accidents secondaires d'individu à individu. C'est à l'occasion d'un de ces faits que j'avais fait sans le moindre succès les recherches dont j'ai parlé plus haut.

J'aurais encore beaucoup à dire sur ce que renferme le livre de M. Diday, notamment sur la dernière lettre relative aux ingénieux moyens proposés par l'auteur comme préservatifs des maladies vénériennes; moyens dont l'application serait peut-être moins facile qu'il ne paraît le penser...; mais l'espace nous manque, et il nous faut terminer. Ce ne sera pas sans formuler, à notre grand regret, un léger reproche, dont l'auteur, j'espère, ne nous en voudra pas, car il ne porte que sur la forme matérielle de son œuvre. Comment se fait-il qu'à un livre d'une telle importance, qui est appelé à un succès des plus étendus, il ait permis d'infliger ce format in-18 si fort à la mode aujourd'hui dans la littérature légère, mais qui, dans la littérature médicale, a été presque toujours réservé jusqu'ici à ces indigestes manuels, la honte et le fléau de la science, tandis qu'un volume in-8° eût si bien fait pendant au *Traité de la syphilis des nouveau-nés*. Dr A. FOUCART.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la saignée dans la grossesse, Études pratiques sur la valeur des émissions sanguines et sur leur application aux divers ordres d'accidents pathologiques qui peuvent affecter les femmes enceintes; par M. le docteur P. Silbert (d'Aix). In-8° de xiij-224 pages. Prix, 4 fr. 50. — Paris, 1857, chez Victor Masson.

qu'on avait reproché aux caustiques de déterminer beaucoup de douleur, mais que ce reproche était sans valeur depuis l'emploi du chloroforme. Je ne saurais être de son avis. Les douleurs se prolongent pendant un temps trop considérable pour que le chloroforme puisse les empêcher. Car le chloroforme ne saurait être employé trop longtemps sans dangers. Il a ajouté que le chlorure de zinc, tout en attaquant les parties malades, respectait ordinairement les parties saines, telles que les aponévroses, les muscles. Mais j'ai plus d'une fois constaté le contraire. L'action des caustiques est très-difficile à mesurer. Il y a un mois environ, je fus chargé de faire l'autopsie d'une dame anglaise qui avait été traitée d'un cancer du sein par un praticien qui n'emploie que la cautérisation. Or, j'ai constaté que les caustiques avaient développé une pleuro-pneumonie du sommet du poumon droit, affection à laquelle la malade avait succombé.

Quant à ce qui a été dit de l'avantage de n'avoir pas d'hémorrhagie, est-ce une raison bien sérieuse à propos du cancer du sein ? Qui ne sait que dans les cas d'ablation de tumeurs simples rien n'est plus facile que d'empêcher l'hémorrhagie ? Elle n'a vraiment d'importance que dans les cas où il existe des ganglions dans l'aisselle et jusque sur le trajet des vaisseaux, et c'est précisément dans ces cas que les caustiques ne peuvent être appliqués.

J'ai plus d'une fois employé le chlorure de zinc pour détruire des cancers du sein chez des malades qui ne voulaient pas entendre parler d'instrument tranchant, et j'ai eu peu à m'en louer. Dernièrement encore, j'avais à l'hôpital Lariboisière une femme que je traitais ainsi. Les deux premières applications de chlorure de zinc furent tellement douloureuses, qu'elle se refusa à en supporter une troisième. Tandis que je la traitais, j'ai opéré dans la même salle quatre femmes qui sortirent guéries, pendant qu'elle était dans un assez mauvais état.

Loin de moi la pensée de rejeter les caustiques de la chirurgie. Employés dès la plus haute antiquité, ils ont rendu et rendent encore chaque jour les plus grands services. Dans les cancers du sein en particulier, ils peuvent être utiles pour modifier une plaie de mauvaise nature, pour faire tomber une tumeur qu'on ne veut point enlever par le bistouri, pour réprimer une récidive limitée dans la plaie ; mais ils serviront seulement comme palliatifs. Mais comme méthode générale, ils me semblent impuissants. Quant à prévenir les récidives des tumeurs cancéreuses, il faudrait méconnaître et les lois de la pathologie, et nier l'expérience de chaque jour pour soutenir cette opinion.

M. VERNEUIL pense qu'entre les deux méthodes mises en parallèle par M. Maisonneuve, il faudrait chercher les indications particulières à chacune d'elles. Lorsque la tumeur présente une très-large surface, le caustique est préférable. Mais s'il y a des ganglions engorgés, que doit-on faire ? M. Maisonneuve a paru penser qu'on peut les négliger. Cette pratique est contraire au précepte classique, et dans des ganglions gros comme des pois on trouve souvent l'élément cancéreux.

Cependant il y a des exceptions, et M. Verneuil rapporte le cas d'un jeune homme affecté d'un cancroïde énorme du dos de la main avec engorgement du ganglion épitrochléen, qui paraissait bien dégénéré. Néanmoins, après l'amputation de l'avant-bras, le ganglion, qui avait été conservé, a disparu, et il n'y a pas eu de récidive.

M. ROBERT pense que le malade de M. Verneuil avait un ganglion que l'on a cru cancéreux, mais qui ne l'était pas. Lorsqu'il existe à la fois une tumeur cancéreuse et des ganglions engorgés, ces ganglions peuvent être le siége d'une inflammation ou d'un cancer, il est impossible de savoir lequel des deux ; le plus souvent ils sont à la fois cancéreux et enflammés. Dans les cas de cancers du sein avec tumeurs considérables de l'aisselle, l'amputation du sein a peu de gravité ; mais si on fait en même temps l'ablation de la tumeur axillaire, le danger devient très-grand. En conséquence, M. Robert, en pareil cas, se contente d'enlever la tumeur du sein ; après cette opération, on voit ordinairement diminuer les ganglions axillaires, qu'on peut opérer bien plus facilement au bout de deux mois, sans que ce retard expose à laisser s'aggraver la cachexie. Dans quelques cas, les tumeurs axillaires ont disparu spontanément. C'est ce qui est arrivé à une jeune femme de dix-huit ans à qui M. Robert enleva un cancer du sein en laissant des ganglions axillaires, qui étaient complétement disparus six mois après la guérison de la plaie. Au bout de deux ans, il se développa de nouveau un petit ganglion axillaire que M. Robert enleva. Depuis un an il y a une nouvelle récidive, qu'il a dessein d'opérer encore.

M. CLOQUET demande qu'on mette à l'ordre du jour d'une autre séance la question de l'extirpation des ganglions engorgés au voisinage des cancers.

M. HUGUIER demande que la question qu'il avait soulevée sur la théorie de la formation du cal soit également remise à l'ordre du jour.

CORRESPONDANCE.

M. RICHARD écrit à M. le président pour l'informer que ses occupations ne lui permettant pas d'assister d'une manière régulière aux séances, il prie la Société d'accepter sa démission de secrétaire.

M. LE PRÉSIDENT annonce que dans la prochaine séance la Société aura à nommer un nouveau secrétaire.

— **M. MARJOLIN** dépose ensuite sur le bureau un registre renfermant le relevé complet qu'il a fait de tous les travaux adressés à la Société depuis 1843. Ce travail, qui comprend en outre toutes les commissions nommées pour en rendre compte, a permis de noter un certain nombre de rapports arriérés, et qu'il serait urgent de terminer promptement dans l'intérêt des auteurs.

Après cette communication, M. le président invite les rapporteurs des commissions à vouloir bien répondre aux lettres qui leur seront adressées d'ici à peu par M. le secrétaire général.

— M. le docteur Goyrand (d'Aix), membre correspondant de la Société, adresse un mémoire intitulé *Études sur les tumeurs adénoïdes du sein*. Vu l'heure avancée, la lecture de ce travail est renvoyée à la prochaine séance.

— M. le docteur Ancelet (de Vailly-sur-Aisne) adresse une observation d'ossifications développées en avant des deux ligaments rotuliens. Rapporteur, M. Verneuil.

— M. le docteur Denucé, professeur à l'Ecole de médecine de Bordeaux, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant, et à l'appui de sa candidature adresse quatre mémoires ou observations.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Lipome en nappe. — M. HUGUIER présente un lipome qu'il a enlevé dernièrement, et donne à ce sujet les détails suivants : La malade est une jeune fille de vingt-deux ans, qui depuis trois ans éprouvait des douleurs violentes à la partie interne de la cuisse, du genou et de la jambe, lorsque parurent dans ce point deux tumeurs molles situées l'une au-dessus de l'autre. On diagnostiqua des abcès suite d'affection des os, et on fit des onctions avec la teinture d'iode sans résultat.

Ces tumeurs, qui par leur réunion n'en formaient plus qu'une, lorsque M. Huguier les observa, étaient souples, douces au toucher, avec quelques points résistants ; elles étaient très-douloureuses à la moindre pression.

Le diagnostic était difficile ; cependant M. Huguier s'arrêta à l'idée d'un lipome en nappe, et se décida à l'enlever.

L'extirpation fut pratiquée au moyen d'une incision longitudinale.

Sur la pièce présentée, on reconnaît une plaque lipomateuse de 1 centimètre environ d'épaisseur, sur 15 centimètres de long, ressemblant à une portion d'épiploon herniée.

Cancer de l'œil. — M. HUGUIER présente encore une tumeur de l'œil. Le malade est un cuisinier âgé de cinquante-deux ans, qui attribue l'origine de sa maladie à un fragment de charbon allumé qu'il a reçu dans l'œil et à plusieurs chocs sur cet organe. Il y a un an environ qu'une tumeur commença à faire saillie par une ouverture de la sclérotique. M. Huguier trouva l'œil malade doublé de volume, sans bosselures, et présentant une tumeur noire de la grosseur d'une noisette, qui écartait les paupières. Il n'y avait pas d'altération de l'iris ; la vue était abolie. M. Huguier pensa que la tumeur s'était formée aux dépens de la choroïde. En effet, la rétine avait disparu, et la tumeur qui remplissait le globe de l'œil et avait éraillé la sclérotique était formée par la choroïde dégénérée, dans laquelle le microscope a démontré des globules cancéreux.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN rapporte qu'il a enlevé deux lipomes datant de la naissance, sur deux enfants habitant la même ville. L'un des malades avait un an et demi ; sa tumeur s'étendait depuis la nuque jusqu'au sacrum. L'autre avait quatre ans ; sa tumeur était un peu moins grosse.

— **M. FORGET**, pour répondre à une question d'étiologie qu'a soulevée dans la dernière séance la présentation faite par M. Maisonneuve d'une portion de l'os maxillaire inférieur qu'il a jugé indispensable de désarticuler, dit qu'il a examiné de nouveau cette pièce anatomique fort intéressante, et qu'après cet examen il ne doute pas que la dent de sagesse ait été le point de départ de la maladie.

Cette dent, incluse dans la base de l'apophyse coronoïde, dépasse à peine de 1 millimètre les bords osseux de l'alvéole large et profonde qu'elle a dû s'y creuser pour acquérir son développement. De plus, elle appuie par la partie antérieure de sa couronne contre le collet de la dent molaire sa voisine ; si bien que pour prendre rang dans l'arcade alvéolaire et pousser verticalement, elle tendait, par une pression incessante, à entraîner cette dent molaire.

Une coupe passant sous le canal dentaire ainsi ouvert par sa paroi inférieure, a montré qu'il existait une communication entre lui et l'alvéole de la dent de sagesse, dont la racine antérieure s'y engageait par une perforation très-évidente.

On peut voir en outre que les racines de la dent de sagesse sont tronquées à leurs extrémités, et que le canal qui les parcourt offre une dilatation insolite en même temps qu'une coloration d'un brun grisâtre qui ne laisse aucun doute sur l'altération de structure des éléments dentaires.

Ces détails anatomiques, rapprochés de l'étude symptomatique de la maladie, sont de nature à justifier le rôle que j'ai assigné à l'anomalie de position et de développement de cette dent dans la détermination du fait pathologique.

Le malade, en effet, a été pendant longtemps sujet à des névralgies dentaires très-aiguës qui répondaient aux alvéoles des dents seconde molaire et de sagesse.

C'est au niveau de celle-ci et dans la circonscription de l'angle de l'os maxillaire et de la base de l'apophyse coronoïde que l'ostéite et le gonflement des parties molles a paru d'abord, et que la condensation hypertrophique des éléments osseux s'observe dans les proportions les plus considérables.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La médecine militaire vient de faire une nouvelle perte. M. Candé, médecin major au 3[e] cuirassiers, est mort en arrivant à Colmar où son régiment est allé tenir garnison. Les fatigues du voyage ont accéléré l'issue inévitablement fatale d'une affection organique du cœur à laquelle il était en proie depuis longtemps.

M. Candé appartenait à cette génération de médecins militaires qui, depuis vingt-cinq ans, se sont formés et développés dans les ambulances d'Afrique aux fortes études médicales et à la pratique de ces vertus militaires qui ont élevé si haut le corps de santé dans l'estime de l'armée et du pays. L'exercice de la médecine n'était, en effet, pour M. Candé qu'une application constante du dévouement et de l'abnégation qui faisaient le fond de son caractère.

En 1831, encore élève en médecine, il va avec plusieurs de ses camarades offrir ses services à la Pologne. Fait prisonnier par les Russes, il sait si bien se concilier leur estime et leur affection, qu'il est bientôt rendu à la liberté. De retour à Paris, le choléra lui offre une nouvelle occasion de déployer son zèle et son activité en portant secours nuit et jour aux malheureuses victimes du fléau. Pendant toute sa carrière militaire il a rempli ses devoirs avec le même zèle, la même ardeur... La maladie elle-même ne l'arrêtait pas. Habitué à souffrir, il supportait avec une résignation stoïque ses propres maux et ne semblait se préoccuper que des maux d'autrui. Aussi a-t-il su partout et toujours, soit dans les hôpitaux, soit dans les divers corps auxquels il a été attaché, se concilier l'estime et l'affection de ses chefs et l'amitié de tous ses confrères. Il sera vivement regretté par tous ceux qui l'ont connu.

— Le nombre des étudiants en médecine inscrits dans les diverses écoles métropolitaines d'Angleterre, qui l'année dernière dépassait 1,100, est descendu cette année à 1,050. Cette diminution est encore plus sensible dans les écoles provinciales du Royaume-Uni. (*The Lancet*.)

— La *Société d'hydrologie médicale de Paris* reprendra le cours de ses séances lundi prochain 23 novembre.

La Société se réunit le premier et le troisième lundi de chaque mois à 3 heures, quai Malaquais, 3.

Les séances sont publiques.

— M. le docteur Edmond Langlebert commencera son cours public sur les maladies syphilitiques lundi, 23 novembre, à midi, et le continuera à la même heure les lundis, mercredis et vendredis, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Deswatines, né à Vouziers (Ardennes) ; *Quelques remarques à propos de certaines occlusions intestinales.*

Chabrely, né à Cénon-la-Bastide (Gironde) ; *De la castration chez l'homme.*

Letaillieur, né à Alençon (Orne) ; *Diagnostic du cancer.*

Cahours, né à Savigny-le-Vieux (Manche) ; *Diagnostic du cancer du sein.*

Quesney, né à Goupillières (Eure) ; *De la conicité du moignon après les mutilations traumatiques du pied.*

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 138. — MARDI 24 NOVEMBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 138. — MARDI 24 NOVEMBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 23 NOVEMBRE 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

Un mémoire présenté par M. le docteur Morel, médecin en chef de l'asile de Saint-Yon, touche à l'une des questions les plus importantes de l'anthropologie, la question des dégénérescences de l'espèce humaine, et il traite de l'un des points les plus délicats et les plus intéressants de cette question, la stérilité ou la non-viabilité des enfants issus de parents dégénérés.

L'histoire des dégénérescences organiques est en quelque sorte toute récente; elle est de notre époque. « On ne s'était pas encore demandé, a dit à ce sujet, au sein d'une de nos sociétés savantes, un médecin philosophe bien connu de tous nos confrères, M. le docteur Buchez, on ne s'était pas encore demandé si ces tristes infirmités, qu'on trouvait tantôt à l'état sporadique, tantôt à l'état endémique, différaient des autres maladies quant à l'origine, quant aux effets et même quant à l'hérédité. Lors même qu'on posait cette question d'hérédité, on ne voyait dans celle-ci qu'un retentissement borné, incertain, tout à fait accidentel, qui ne dépassait pas l'individu. On n'y voyait qu'une simple prédisposition, sans conséquence pour la race et pour l'espèce..... En un mot, personne n'avait affirmé que certaines maladies, certaines intoxications, certaines habitudes chez les parents eussent la puissance de créer chez les enfants un état véritablement consécutif, un état organique spécial, indéfiniment transmissible jusqu'à extinction de la race, si rien n'était fait pour le changer, en un mot, la *dégénérescence.* »

Ce qui n'avait pas été fait encore ou ce qui n'avait été fait du moins que d'une manière très-incomplète par la génération de savants qui nous a précédés, ce qui avait été indiqué à peine par quelques auteurs et pour quelques dégénérescences particulières seulement, a été dans ces derniers temps l'objet d'études et de recherches intéressantes de la part de quelques médecins. Il nous suffirait de citer les belles recherches de M. Lucas sur l'hérédité, les travaux de MM. Baillarger, Moreau (de Tours) sur la même question envisagée au point de vue de l'aliénation mentale, ceux de M. Sée sur certaines transformations pathologiques par voie de transmission héréditaire, le beau travail du savant médecin suédois le docteur Magnus Huss sur les effets de l'alcoolisme chronique, etc. Enfin, en remontant plus haut, on trouverait le germe de presque tous ces travaux dans la doctrine déjà ancienne de Portal sur les transformations héréditaires des maladies.

Mais jusque-là il n'y avait dans tous ces travaux, ou qu'une idée générale dont les développements étaient indiqués seulement, ou qu'une étude partielle circonscrite à tel ou tel genre, ou à telle cause particulière de dégénérescence. M. Morel, dans un ouvrage récemment publié, reprenant ce sujet sur une plus grande échelle, a entrepris de faire l'histoire générale de toutes les causes de dégénérescence (1).

A côté des travaux des physiologistes modernes qui ont démontré la possibilité de la progression anthropologique, qui ont signalé un type de bien, un type de mieux, un idéal normal dont l'homme peut s'approcher et qu'il peut atteindre, il fallait, dit encore M. Buchez, un autre travail qui démontrât que l'homme peut aussi s'éloigner de ce type, et comment il peut s'en éloigner. C'était là un complément obligé de l'anthropologie. C'est ce vaste et triste cadre de l'histoire de l'homme que M. Morel s'est proposé de remplir dans cet important travail.

(1) Voir *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine, et des causes qui produisent ces variétés maladives*, par M. le docteur Morel, avec un atlas de 12 planches. Paris, 1857. Chez J. B. Baillière.

Nous n'avons pas à nous occuper en ce moment de ce livre, dont l'analyse pourra offrir plus tard matière à d'intéressantes considérations. Nous le rappelons seulement, et nous en indiquons le sujet et le but, afin que ceux de nos lecteurs qui ne le connaîtraient point encore saisissent mieux le lien par lequel s'y rattache le mémoire présenté par M. Morel à l'Académie.

Dans ce nouveau travail, qui n'est, comme on le voit, qu'un complément de son livre, M. Morel développe un point important de l'histoire de la dégénération, qui, de son aveu, n'avait pas reçu dans cet ouvrage tous les développements qu'il méritait, celui de la stérilité.

On verra dans ce mémoire, dont nous ne pouvons donner en ce moment qu'un très-court extrait (1), qu'un des caractères les plus saillants de la dégénérescence est la stérilité des individus, ou tout au moins leur *fécondité bornée,* révélée par la non-viabilité des individus auxquels s'est transmis le principe de la dégénérescence. — Ce fait des plus importants témoigne, comme le fait judicieusement remarquer l'auteur, d'une heureuse et sage prévision de la nature « pour empêcher la formation progressive de races qui, doublement mal dotées au point de vue physique et au point de vue moral, seraient un danger incessant pour la société. »

Après le travail de M. Morel, le plus important de cette séance, nous signalerons comme ayant aussi leur part d'intérêt à des points de vue différents, une note de M. Girard sur le traitement de l'entorse par le massage, et un mémoire d'un savant russe, M. Pélikan, sur les prétendus effets du *vent du boulet,* dont il a démontré la fausseté par d'ingénieuses expériences.

— Nous aurions aimé à entretenir nos lecteurs d'un travail de haute philosophie chimique, étranger sans doute par son sujet aux matières qui nous occupent, mais qui, à cause de son importance capitale, mérite une mention exceptionnelle; nous voulons parler d'un mémoire de M. Dumas sur les équivalents des corps simples, qui a fait une grande sensation dans le monde savant. Nous nous bornons à le mentionner ici, et nous renvoyons la tâche délicate et difficile d'en présenter un résumé substantiel à notre collaborateur du feuilleton scientifique. — Dr Brochin.

PROJET
d'association générale des médecins de France.

En publiant, le 29 septembre dernier, la circulaire adressée à tous les membres du corps médical de France par une réunion de médecins de la Gironde, et en mentionnant l'initiative de nos confrères de Bordeaux, nous avons pris vis-à-vis de nos lecteurs l'engagement tacite de revenir sur cette question d'association générale. Il ne nous appartient pas aujourd'hui de discuter l'opportunité et les moyens d'exécution de ce projet grandiose qui relierait à l'Association de prévoyance des médecins de la Seine toutes les sociétés d'assistance médicale déjà existantes, et qui ferait entrer dans une seule et même communauté d'intérêts tous ces membres isolés et épars de la grande famille scientifique, privés jusqu'à présent des secours, des bienfaits et de l'appui moral que l'association dispense avec tant de dévouement : une plume plus autorisée que la nôtre doit, au premier jour, aborder la solution des difficultés sans nombre qu'a soulevées dans l'esprit de chacun de nous une question si complexe. Bornons-nous en ce moment à un simple dépouillement de scrutin, et constatons les votes que le chaleureux appel des médecins de la Gironde a entraînés jusqu'à ce jour.

80 départements, l'Algérie et 29 médecins militaires sans résidence fixe, ont adhéré à la circulaire ; mais cela ne représente encore qu'un total de 505 signatures, réparties comme suit : 74 pour la Gironde ; 34 pour Seine-et-Oise ; 26 pour le Nord ; 17 pour l'Orne ; 14 pour le Lot ; 13 pour la Haute-Garonne ; 11 pour le Haut-Rhin, le Bas-Rhin, Loir-et-Cher, la Drôme et l'Yonne ; 10 pour la Meuse et le Doubs ; 9 pour la Loire-Inférieure ; 8 pour la Meurthe ; 7 pour l'Ain, l'Aisne et la Charente-Inférieure ; 6 pour le Var, la Haute-Vienne, l'Ardèche et la Sarthe.

Dix départements ont fourni chacun 5 adhésions : la Seine, les Deux-Sèvres, la Côte-d'Or, la Seine-et-Marne, les Basses-Pyrénées, l'Aube, le Gard, la Mayenne, les Ardennes et le Pas-de-Calais.

Huit autres n'ont trouvé que quatre adhérents : la Seine-Inférieure, Saône-et-Loire, le Finistère, le Morbihan, la Vendée, l'Isère, la Creuse et l'Allier.

Trois signatures ont été envoyées par les Bouches-du-Rhône, la Moselle, l'Hérault, la Vienne, Lot-et-Garonne, la Haute-Marne, Indre-et-Loire, Tarn-et-Garonne, le Gers, les Basses-Alpes, la Dordogne et la Lozère.

Deux réponses favorables au projet ont été adressées par le Rhône, le Calvados, la Manche, le Loiret, le Puy-de-Dôme, la Charente, la Haute-Saône, le Jura, l'Aude, l'Ariége, Eure-et-Loir, les Vosges, la Corrèze, les Landes et Maine-et-Loire.

Les départements du Cher, de la Marne, de la Haute-Loire, de l'Oise, des Pyrénées-Orientales, de l'Eure, de la Nièvre, du Cantal, de l'Indre, de l'Aveyron, de Vaucluse et des Hautes-Alpes, figurent ensuite pour une seule adhésion.

L'Afrique française n'a également recueilli qu'un vote.

Enfin, six départements se sont jusqu'à aujourd'hui complétement abstenus : la Loire, Ille-et-Vilaine, les Côtes-du-Nord, le Tarn, les Hautes-Pyrénées et la Corse.

Ce dépouillement de scrutin ne nous donne que des chiffres provisoires, car les adhésions deviendront sans doute par la suite beaucoup plus considérables; nous pourrons alors former un total définitif. Mais quand une question passionne autant le public médical que celle de l'association, et quand la commission générale des médecins de la Seine a été obligée de rendre hebdomadaires ses séances ordinairement mensuelles pour pouvoir discuter plus largement l'opportunité des vœux émis par nos confrères de la province, nous croyons devoir tenir nos lecteurs au courant des tentatives faites en faveur du modeste praticien des départements, que de précoces infirmités vouent si souvent au sort des pauvres honteux, ou dont la mort prématurée plonge dans la misère une famille tout entière. Dr L. DU S.

(1) Nous sommes dans la nécessité de renvoyer le compte rendu de la séance au prochain numéro.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

Condamnation d'un médecin pour refus de visite à un malade. — Appel. — Réforme du jugement par la Cour impériale.

Une affaire pendante devant la justice depuis plus de six mois, et dont nous n'avons pas voulu entretenir nos lecteurs avant qu'elle eût reçu une solution complète et définitive, vient de se terminer mardi dernier devant la Cour impériale d'Amiens. Voici les faits :

Le 21 juillet 1856, à cinq heures du matin, un nommé Lemaire, manouvrier, se rend chez le docteur Roboüam, médecin à Rully (Oise), et le prie de venir accoucher sa femme. Souffrant alors, M. Roboüam, qui est sujet à des congestions cérébrales quelquefois suivies d'accidents sérieux, répond qu'il ne peut se rendre à cette invitation. Cependant, Lemaire dit à plusieurs personnes qu'il rencontre en s'en allant que le docteur lui a promis de venir sur-le-champ. Au bout de deux heures, il retourne chez M. Roboüam, qui lui fait la même réponse que la première fois. Alors il va chercher dans un autre village un médecin qui arrive immédiatement; mais la femme Lemaire venait de mourir, après être accouchée de deux enfants.

Ne pouvant poursuivre M. Roboüam pour avoir refusé de visiter un malade, car aucune disposition législative ne contient une semblable obligation pour le médecin, Lemaire intenta un procès à notre confrère devant le tribunal de Senlis pour avoir *promis* de venir voir sa femme et avoir *manqué à sa promesse.*

On le voit, ici la question n'était pas simple ; il y avait une question de bonne-foi qu'il fallait trancher, Lemaire affirmant que le docteur avait promis de venir, M. Roboüam niant, et la chose ne pouvant être éclaircie par aucun témoignage. Il fallait peser la valeur des deux assertions et le degré de confiance à accorder à chacune des deux parties.

Le 14 mai 1857, le tribunal rendit le jugement suivant :

« Le tribunal :

» Attendu qu'il est, dès à présent, suffisamment établi, par tous les documents de la cause, que Roboüam, médecin ordinaire des sieurs et dame Lemaire, a promis à Lemaire, lorsque ce dernier s'est présenté chez lui la première fois, d'aller donner des soins à sa femme qui était dans les douleurs de l'enfantement ;

» Attendu qu'en manquant à cette promesse, que rien ne l'empêchait d'exécuter, Roboüam a été cause que le mari, qui devait compter sur sa parole, n'est allé chercher que tardivement un autre médecin, et que la dame Lemaire s'est ainsi trouvée privée de tous secours dans une de ces circonstances critiques où les soins des gens de l'art sont notoirement indispensables ;

» Attendu qu'au bout de plusieurs heures de souffrances la femme

Lemaire est morte, après avoir donné le jour à deux enfants *et sans avoir été délivrée* ;

» Qu'il serait possible, ainsi que l'observe Roboüam, qu'elle fût également morte si elle avait été assistée d'un médecin ;

» Mais qu'en l'état, et en l'absence d'aucun fait qui donne lieu de penser que la femme Lemaire était frappée de mort lorsqu'elle a été prise des douleurs de l'accouchement, il existe les présomptions les plus graves que cette femme a succombé faute de soins ;

» Attendu que les présomptions, que Roboüam n'offre pas de détruire par la preuve contraire, sont suffisantes pour engager sa responsabilité, et que, dès lors, en vertu des articles 1382 et 1383 du Code Napoléon, il doit réparation du préjudice que la mort de la dame Lemaire a causé à son mari et à ses enfants ;

» Attendu, d'ailleurs, que les dommages-intérêts ne sont pas exagérés;

» Par ces motifs :

» Le tribunal condamne Roboüam à payer au demandeur la somme de 1,500 fr., avec intérêts du jour de la demande ;

» Le déclare mal fondé en sa demande reconventionnelle, et l'en déboute ;

» Condamne le docteur Roboüam aux dépens. »

Notre confrère eut recours à l'Association des médecins de la Seine, qui fut d'avis unanime de lui prêter son assistance morale, et rédigea la consultation suivante :

ASSOCIATION DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

Paris, 8 août 1857.

Les médecins soussignés, membres du bureau de l'*Association des médecins de la Seine*, consultés par M. le docteur Roboüam à l'occasion de son appel du jugement rendu par le Tribunal de Senlis, le 14 mai 1857, émettent les considérations suivantes :

1° Le droit qu'avait le sieur Roboüam de refuser ses services au sieur Lemaire n'ayant pas été attaqué devant le Tribunal de Senlis, il est inutile de rappeler que ce droit est reconnu par plusieurs arrêts de la Cour de cassation (18 mai 1855 ; 4 juin 1830).

2° Le docteur Roboüam affirme qu'il a péremptoirement refusé au sieur Lemaire d'aller terminer l'accouchement de sa femme.

Ce refus, si vraisemblable de la part d'un homme maladif, qui était à son premier sommeil, et qui savait qu'il s'agissait d'une femme accouchée nombre de fois sans le secours de l'art, ce refus est affirmé par un médecin honorable. Ce point important de la procédure ne comportant point de considérations médicales, les soussignés en laissent le développement à l'honorable avocat chargé de la défense.

3° M. le docteur Roboüam est dans un état de santé tel qu'il lui arrive, au moment où il s'y attend le moins, d'être dans l'impossibilité de se rendre auprès des malades qu'il désire secourir, ce qui le force à mettre quelquefois un très-long intervalle entre le moment où on est venu le demander et celui où il peut arriver à destination.

M. Roboüam a 52 ans. Il a été frappé d'une hémiplégie le 3 mars 1853. Cette maladie est de notoriété publique à Rully; elle est d'ailleurs mise hors de doute par les certificats de médecins et d'hommes honorables du département.

Les détails qui suivent sont tirés presque textuellement des certificats de M. le docteur Voillemier, de M. Fruchain et d'autres. Ils sont racontés dans les lettres antérieures au procès, timbrées par la poste et écrites par Mme Roboüam, par le frère aîné de M. Roboüam, médecin distingué de Paris, et par le malade lui-même.

L'hémiplégie de M. Roboüam a duré huit mois; elle a laissé des traces profondes de son passage. Quelquefois sans causes, plus souvent après une secousse morale, une grande fatigue ou l'interruption brusque du premier sommeil, il survient des accès qui se composent d'étourdissements, de palpitations de cœur, impossibilité de se tenir debout, et ils se prolongent pendant une ou plusieurs heures, laissant après eux une grande faiblesse.

Ces accès sont quelquefois si subits que M. Roboüam est obligé de se faire accompagner dans ses courses par un de ses fils, et que plusieurs fois sa femme elle-même a été obligée de lui pratiquer la saignée du bras.

M. Roboüam, fatigué et redoutant une de ses crises ordinaires, n'a pas pu promettre de se rendre auprès de la femme Lemaire.

Mais eût-il promis, il a dû se résigner à rester pour éviter un de ces accès de plusieurs heures qui le menacent sans cesse d'une récidive de l'hémiplégie.

Qu'avait-il besoin de faire prévenir la femme Lemaire, lui qui n'avait pas de raison pour croire que l'accouchement serait plus malheureux que les autres ?

Est-ce qu'un médecin de campagne n'est pas souvent forcé de différer une visite de vingt-quatre heures? Est ce qu'il lui est possible d'avoir des émissaires pour faire patienter ses malades? D'ailleurs son absence n'a influé en rien sur l'issue fatale de l'accouchement.

4° En effet, voici ce qui se passait chez Lemaire : la femme Henriette Poussin, femme Dammeron, assistait l'accouchée.

Il est constaté que rien de particulier, rien de différent des autres couches ne s'était présenté jusqu'au moment où la femme Lemaire, apprenant qu'elle mettait au monde un deuxième enfant, s'était écriée avec désespoir : *O mon Dieu! comment vais-je faire? J'ai deux enfants et je n'ai pas de quoi en habiller un!* A partir de ce moment, cette femme *s'est roidie, a fait des grimaces comme une femme qui tombe du haut mal*, puis elle est morte.

Tel est le récit textuel et parfaitement significatif qu'a fait la femme Dammeron des derniers moments de la femme Lemaire.

Il faut y joindre les renseignements donnés par le médecin qui est arrivé au moment où elle venait d'expirer.

Ce qui a surtout frappé ce médecin, c'est que rien sur le lit ou autour du lit de la malade ne portait les traces d'une perte de sang.

Selon toutes les apparences, la femme Lemaire a succombé à une attaque de ces convulsions si funestes aux femmes en couches, connues de tous les médecins sous le nom d'éclampsie, maladie mortelle presque toujours, et qui rend souvent inutiles les soins les plus éclairés des maîtres de l'art.

Quand une accouchée est prise d'éclampsie, il est surtout important de la laisser dans un repos absolu, dans un calme complet. Toutes les manœuvres qui tendraient à l'agiter, à la faire souffrir, doivent être évitées.

De toutes ces considérations, les médecins soussignés se croient autorisés à tirer les conclusions suivantes :

Le docteur Roboüam, accablé de fatigue, n'a pas pu s'engager à se rendre immédiatement chez la femme Lemaire.

Il est légitimement resté chez lui, arrêté par ses souffrances habituelles.

Le sieur Lemaire ne devait pas compter sur son intervention, et cela lui a été confirmé à sa seconde visite, deux heures après la première.

Le docteur Roboüam n'est pas responsable d'un accident que la présence même du médecin ne peut prévenir tellement il est rapide dans sa marche.

Dans les couches gémellaires, comme celle de la femme Lemaire, l'éclampsie se présente plus souvent et est presque nécessairement mortelle.

En réformant le jugement de Senlis, la cour sauvera l'honneur et la fortune d'un médecin honorable qui continue sa profession dans la mesure de ses forces, qui malgré ses souffrances, selon les expressions de M. Voillemier, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Senlis, *a fait preuve d'un courage inouï lors de la dernière épidémie de choléra qui sévit d'une cruelle manière dans les environs de la commune qu'il habite.*

La cour rendra par son arrêt la sécurité aux médecins de campagne dans l'exercice si pénible de leur ministère, et prononcera ainsi dans l'intérêt même des populations rurales.

Pour les membres du bureau :

M. le baron Paul Dubois, président, et doyen de la Faculté de médecine; M. le docteur Perdrix; M. le docteur Vosseur; M. le docteur Ménière; M. G. Cabanellas, secrétaire général.

L'appel interjeté par notre confrère devant la cour impériale d'Amiens est venu mardi dernier, et a été soutenu par M. Paillard de Villeneuve, qui avait mis généreusement à la disposition de M. Roboüam et de l'Association l'appui de son autorité et de son talent.

Nous sommes heureux d'apprendre à nos lecteurs que, par un arrêt en date du 17 novembre, la cour, réformant le premier jugement, a acquitté M. Roboüam, et l'a exonéré des dommages-intérêts et des dépens auxquels il avait été condamné. — Dr A. Foucart.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Des efflorescences, ou des exanthèmes cutanés et des exanthèmes des membranes muqueuses, envisagés sous le point de vue de leurs causes ou de leurs agents physiologiques, thérapeutiques et pathologiques, et de leur traitement.

Dans le mois de juillet dernier, sous l'influence de la température élevée qui régnait à cette époque, on a pu voir dans le service de la clinique un assez grand nombre de malades, des enfants surtout, qui présentaient de nombreuses et abondantes efflorescences sur la peau. Bien qu'en apparence l'étude de ces efflorescences cutanées survenant pendant la saison chaude, semble au premier abord de peu d'importance, si l'on réfléchit aux rapports qu'elles peuvent avoir avec les diverses maladies des membranes muqueuses, on verra que cette étude a en réalité un intérêt pratique beaucoup plus grand qu'on ne se l'imagine généralement.

Je me propose donc de vous entretenir, dans cette leçon, des efflorescences ou exanthèmes cutanés, et je dirai quelques mots ensuite des exanthèmes muqueux.

Pour comprendre ce que j'ai à dire de ces exanthèmes, il est indispensable de rappeler quelques notions physiologiques relatives aux fonctions de la peau.

La peau est chargée de fonctions excrétoires et sécrétoires. Elle excrète de l'acide carbonique, de la sueur, des sels, de l'eau, des gaz, des principes odorants, et par les glandes qui entrent dans sa composition, elle sécrète un produit sébacé.

Dans l'état normal, rien d'insolite ne survient du côté de la peau tant que les diverses excrétions dont elle est chargée ne dépassent pas leurs limites normales; mais si, sous l'influence d'une température très-élevée, ces excrétions viennent à être exagérées, tout en restant d'ailleurs identiques avec elles-mêmes pour la qualité, on voit bientôt s'y produire des phénomènes d'irritation. On a alors les exanthèmes dits sudoraux, dont on constate l'existence chez un très-grand nombre d'individus pendant les chaleurs de l'été. Il suffit qu'un individu sue abondamment, alors même qu'il est dans la plénitude de la santé, pour qu'il survienne un état particulier d'efflorescence à la peau, un exanthème quelquefois très-douloureux, ayant les apparences de la rougeole ou de la roséole, mais les apparences seulement, bien entendu, et non point les caractères réels. Il en est de même des larmes, qui, parfaitement inoffensives tant qu'elles ne sont sécrétées qu'en quantité suffisante pour lubréfier la surface de l'œil, irritent la conjonctive et produisent une vive rougeur des paupières dès qu'elles sont sécrétées en abondance.

Ainsi on voit tout de suite que, pour les membranes muqueuses comme pour la membrane cutanée, l'exagération de la sécrétion normale suffit pour amener des phénomènes d'irritation et quelquefois même d'inflammation. Mais jusqu'à présent on n'a là que l'effet du changement de quantité dans l'émonction ; on va voir maintenant, sa qualité venant à changer, se dérouler une multitude d'affections cutanées, comme on verra plus tard survenir des affections analogues des membranes muqueuses sous l'influence d'une modification pathologique de leurs produits sécrétés. Il suffit, pour ne pas sortir des exemples empruntés aux faits physiologiques, qu'un individu fasse usage d'une alimentation fortement excitante pour que sa sueur prenne tout de suite des qualités irritantes et pour que sous cette influence la peau s'irrite à son tour.

Mais passons aux agents thérapeutiques, et cela nous conduira aux causes pathologiques.

Un individu prend de l'opium en quantité assez élevée, de manière à produire de la stupéfaction. On sait que lorsque l'opium est administré à une dose un peu élevée, il produit habituellement des sueurs assez abondantes ; c'est, de tous les sudorifiques, le plus puissant et le plus actif. Lorsque, entraîné par le torrent circulatoire, il vient se présenter aux émonctoires, à l'émonctoire cutané principalement chargé de l'éliminer, il y détermine une irritation toute particulière, et l'on observe alors comme phénomène constant l'exanthème opiacé caractérisé quelquefois par un simple érythème, d'autres fois par une efflorescence analogue à la rougeole, d'autres fois par de véritables vésicules exanthémateuses, et quelquefois même par une espèce de bulle quand l'action a été très-longtemps continuée.

Voici donc un médicament qui imprime à l'excrétion de la sueur une qualité particulière, laquelle à son tour détermine sur la peau un état phlegmasique ou irritatif, passager, il est vrai, mais qui diffère notablement de celui que produit la sueur normale.

La belladone, tout le monde le sait, produit à peu près invariablement, à des doses suffisantes, un exanthème scarlatiniforme accompagné de mal de gorge et de troubles cérébraux. Il en est de même de la mandragore, du datura stramonium, et de la plupart des solanées vireuses.

Voilà encore un groupe de substances qui impriment à la sueur une qualité particulière en vertu de laquelle la peau excitée va devenir le siége d'un exanthème particulier.

Qu'un individu prenne du copahu, fût-ce en hiver, à plus forte raison en été, la peau ne tarde pas à exhaler une odeur de copahu insupportable. Cette substance se présente alors à l'émonctoire cutané, comme elle se présentait auparavant aux émonctoires des reins, de la vessie et du canal de l'urètre. Par ses qualités particulières le copahu détermine une irritation ; et au bout de peu de jours on voit se produire un exanthème papuleux. Si l'on insiste sur l'administration du médicament, on voit survenir une affection vésiculeuse.

Enfin tous ceux qui ont pris ou qui ont vu prendre l'iodure de potassium, savent à merveille combien ce sel détermine d'irritation à la peau et aux membranes muqueuses. Ils savent que certains individus ne peuvent pas prendre 50 centigrammes d'iodure de potassium sans qu'il survienne immédiatement une vive douleur de gorge, un coryza violent, un larmoiement insupportable, et sans qu'au bout de très-peu de jours on aperçoive sur la peau soit un exanthème, soit des pustules d'acné siégeant principalement sur les épaules et au visage.

Il y a donc, comme on le voit, des agents thérapeutiques qui impriment aux diverses émonctions, et principalement aux émonctions cutanées, une qualité particulière qui a pour effet à son tour d'irriter la peau et d'y produire différents exanthèmes.

Nous avons vu ainsi des exanthèmes que j'appellerai normaux, ceux qui se manifestent sous l'influence de l'exagération de la sueur normale; puis des exanthèmes thérapeutiques, ceux qui sont produits par l'action d'une sueur anormale plus ou moins profondément modifiée par les agents thérapeutiques ingérés.

Nous allons voir maintenant les exanthèmes produits par une action pathologique. Prenons d'abord les actions pathologiques non spécifiques, nous examinerons ensuite les actions pathologiques spécifiques.

Un malade a dans n'importe quelle région du corps un grand foyer de suppuration; il se fait une résorption de pus, non pas de pus en nature, puisqu'il n'est point résorbable à cause du volume de ses globules, mais de quelques-uns de ses éléments. Au bout d'un certain temps, pour peu que le sujet transpire, on voit survenir des exanthèmes divers, notamment des exanthèmes papuleux et vésiculeux. Si l'on est en été, que les sueurs soient continues et la suppuration abondante, on verra même des exanthèmes bulleux pemphigoïdes.

Chez les femmes nouvellement accouchées, soit qu'on excite une trop forte sudation, soit que sous l'influence de l'accouchement lui-même il se fasse une résorption des sucs putréfiés contenus dans la cavité utérine, on voit survenir ce que l'on appelle la *miliaire* des femmes en couches, et cette éruption vésiculeuse ou cet exanthème particulier qu'on appelle l'*eczéma* des nouvelles accouchées.

Voici donc, comme tout à l'heure dans l'ordre physiologique et dans l'ordre thérapeutique, que l'absorption de certains éléments morbifiques va modifier la sueur, lui imprimer des qualités particulières par suite desquelles la peau devient le siége d'une irritation plus ou moins persistante.

Passons maintenant à l'action des excitants pathologiques spécifiques de la membrane cutanée.

Nous avons supposé tout à l'heure un individu qui avait pris de la belladone, de la mandragore ou du datura stramonium; nous l'avons montré une heure ou deux après avoir ingéré l'un de ces médicaments en proie à une éruption scarlatiniforme. Mais supposez que cet individu, au lieu d'ingérer l'un des agents toxiques en question, reçoive par voie de contagion un virus particulier, que j'appellerai le virus scarlatin, par exemple, qu'il contracte la fièvre scarlatine, comme tout à l'heure nous lui avions fait contracter la fièvre *atropique* lorsqu'il prenait de la belladone, il se passera du

côté de la peau et des membranes muqueuses quelque chose qui n'est sans doute pas identique, mais qui a la plus grande analogie avec ce qui s'est passé à la suite de l'administration de la belladone ou du datura; il va survenir une éruption spécifique due au virus scarlatin, comme tout à l'heure il était survenu une éruption due à l'action de la belladone. A la spécificité près, ici d'un virus spécial, là d'un agent thérapeutique, ce sont donc deux faits absolument du même ordre. C'est toujours un principe mis en contact avec le sang, cheminant avec le sang, se présentant avec le sang à la peau, et en définitive déterminant sur cet émonctoire une manifestation particulière, que nous appelons scarlatine dans un cas et exanthème scarlatiniforme atropique dans l'autre cas.

Nous avons non-seulement des manifestations cutanées aiguës sous une influence physiologique exagérée, sous une influence thérapeutique, toxique ou pathologique spéciale, mais nous avons encore, sous des influences analogues, des manifestations chroniques, des exanthèmes chroniques. Soit une diathèse acquise, telle que la syphilis ou une diathèse originelle, telle que la scrofule, les dartres, etc., chacune de ces diathèses va se traduire également par des manifestations vers la peau, manifestations particulières pour chacune d'elles, mais analogues entre elles et analogues aux manifestations aiguës dont je viens de parler.

Un sujet dartreux n'a pas de dartres aujourd'hui nécessairement, un sujet scrofuleux n'a pas de scrofules; la diathèse dartreuse ou la diathèse scrofuleuse est en puissance, elle ne se manifestera que dans 1, 2, 4, 6, 8, 10 ans, mais elle n'en existe pas moins dans le sein de l'économie. Tout à l'heure, quand nous parlions des diathèses aiguës ou des intoxications aiguës, et des causes pathologiques aiguës portant leur action sur la peau, nous voyions des manifestations cutanées se faisant dans l'espace d'une heure, d'un jour, d'une semaine, de deux, de trois semaines au plus. Vous savez tous que dans la syphilis diathésique, les manifestations vers la peau se font après un mois, six semaines, deux mois, un an. Dans la diathèse dartreuse ou dans la diathèse scrofuleuse, la manifestation peut ne se faire qu'après 5, 10, 15, 20, 40 ans même. Si bien qu'un sujet né de parents dartreux, empreint de la constitution dartreuse, c'est-à-dire portant la ressemblance organique de ses parents comme il en porte la ressemblance physique, n'aura de manifestations extérieures de la diathèse originelle qu'après 10, 15, 20, 40 ans.

Eh bien, ces manifestations beaucoup plus tardives, beaucoup plus durables, une fois qu'elles se seront produites, sont parfaitement identiques quant au procédé physiologique suivant lequel elles s'opèrent, avec les manifestations que nous venons de voir tout à l'heure se produire sous l'influence d'un agent toxique ou d'une cause pathologique aiguë. L'individu qui a une diathèse herpétique aura du côté de la peau des manifestations dartreuses exactement du même ordre que l'affection aiguë de la peau survenue chez celui qui avait pris de la belladone. Dans un cas, l'influence ne se fait sentir que lentement, tardivement; dans l'autre cas, elle se traduit avec une grande rapidité; mais c'est au fond le même phénomène.

J'avais besoin d'entrer dans ces considérations pour bien faire comprendre ce que c'est qu'un exanthème interne. Nous allons voir bientôt en effet que ce que l'on conçoit très-bien du côté de la peau, on le conçoit généralement très-mal dès qu'il s'agit des membranes muqueuses.

Nous ne comprenons pas effectivement dans un très-grand nombre de cas, que du côté des membranes muqueuses chargées d'une émonction importante, il se passe exactement ce qui se produit du côté de la peau. Seulement nous donnons à cela une autre dénomination, nous l'interprétons d'une autre façon, et notre conduite médicale n'est plus du tout ce qu'elle doit être et ce qu'elle était quand l'affection se portait vers la peau. Lorsqu'un malade est à l'usage de l'opium et qu'il lui survient un érythème ou un exanthème quelconque, vésiculeux ou papuleux, vous lui recommandez de se couvrir un peu moins, vous lui prescrivez un bain, vous cessez l'opium, et tout est dit. Si sous l'influence de l'administration de l'iodure de potassium, un malade a contracté une affection pustuleuse, vous savez qu'en cessant l'iodure de potassium, cet exanthème tombera. Mais lorsque vous voyez quelque chose de ce genre se produire du côté des membranes muqueuses, vous ne comprenez pas assez qu'il n'y a qu'à faire cesser la cause morbifique, pour que dans quelques circonstances tout cède immédiatement, et que cela est tout aussi simple que ce qui se passait tout à l'heure vers la peau.

Prenons quelques exemples :

La peau chez certaines personnes est plus ouverte que les autres émonctoires. Il en est qui, par la moindre chaleur, le plus petit mouvement ou pour la moindre maladie, suent abondamment, tandis que d'autres, au contraire, ont beau s'agiter même par les plus grandes chaleurs, elles ne suent jamais. Il y a donc des dispositions particulières, individuelles, des idiosyncrasies pour les émonctoires. Celui qui ne sue pas va à la garde-robe ou urine abondamment, car il faut que l'émonction se fasse par une voie ou par une autre. Ainsi on voit des sujets qui ne peuvent subir l'action d'une chaleur un peu exagérée, se couvrir avec excès dans leur lit sans être pris aussitôt de diarrhée. Ils appellent leur médecin pour parer à cet accident; le médecin appelle cela une entérite aiguë, et il a raison, c'est une entérite en effet, comme tout à l'heure cet exanthème cutané produit par un excès de chaleur était une inflammation de la peau; seulement il ne voit pas assez que ce sont là deux phénomènes du même ordre.

Pour prévenir l'excès de sueur, il recommande au malade de se moins couvrir; il faut pour la même raison empêcher l'intestin de *suer*. Or c'est tout le contraire qui se fait habituellement. Loin d'empêcher l'intestin de suer, le plus souvent on le fait suer davantage soit par des médicaments irritants dont l'effet est d'accroître la fluxion qui existe déjà sur l'intestin, soit en exagérant les précautions que les malades sont déjà portés à prendre d'eux-mêmes pour se mettre à l'abri du froid, etc.

Autre exemple. Un malade prend du mercure à doses élevées, il en prend de manière à produire une violente stomatite. Il survient de la salivation, la fièvre s'allume, et avec elle d'abondantes sueurs se produisent. Le sang imprégné de mercure vient se présenter aux émonctoires cutanés, et y déterminer cette affection vésiculeuse si grave que Haller a désignée sous le nom d'*hydrargyria*.

Du côté des membranes muqueuses, les choses se passent souvent de la même manière. A force d'avoir poussé à l'émonction du côté d'un organe interne, l'irritation survient, d'abord bénigne, et elle céderait aisément en quelques jours, en quelques heures même, si tous les jours on ne recommençait à pousser à le principe morbifique. Mais quand une fois ce principe s'y trouve accumulé, il survient une phlegmasie d'une intensité excessive, et contre laquelle il faut désormais lutter avec toutes les forces de la thérapeutique.

Ainsi il doit rester bien entendu qu'il se passe du côté des membranes muqueuses des phlegmasies d'émonction exactement comme du côté de la peau. Et il en est qui tiennent non-seulement à des états particuliers, accidentels de la sécrétion, mais vous verrez tout à l'heure qu'il en est qui tiennent à des diathèses, car de même que nous avons vu la diathèse herpétique, la diathèse syphilitique, la diathèse strumeuse, se manifester par des lésions cutanées, nous allons voir ces mêmes diathèses se traduire par des lésions des membranes muqueuses.

Pour la diathèse syphilitique, c'est chose parfaitement connue, il serait superflu d'y insister ici. Pour la diathèse dartreuse, ne voit-on pas tous les jours l'affection se manifester de la manière la plus évidente vers les organes internes; d'abord sur ceux qui sont les plus voisins de la peau, comme pour montrer la transition et faire voir que ce qui se produira plus tard sur des organes plus profonds, a absolument la même cause et la même origine. Ne voyez-vous pas tous les jours des dartreux présentant un eczéma de la lèvre ou de l'orifice du nez, avoir plus tard un coryza chronique et un ozène qui en sera la conséquence, et qui n'est évidemment autre chose que l'eczéma porté dans toutes les anfractuosités des fosses nasales? Chez cet individu qui avait une éruption à la peau, vous voyez après le coryza survenir de ces angines qui prennent le caractère granuleux et qui sont évidemment des angines dartreuses, herpétiques, comme cela est parfaitement établi et accepté aujourd'hui par tous les pathologistes; angines qui ont la ténacité de toutes les affections herpétiques, qui céderont du jour où une autre inflammation aura lieu sur un autre point de l'économie.

Or lorsque vous voyez les fosses nasales, la gorge, la membrane muqueuse du vagin se prendre d'une affection herpétique, et que vous ne doutez pas de sa nature, pourquoi douteriez-vous si le vagin se prend, que l'utérus pût se prendre de la même manière? Pourquoi ne pas accepter que c'est sous l'influence de la même diathèse que certaines femmes sont prises de catarrhes utérins, dont rien ne peut les débarrasser? Elles ont une dartre utérine, comme d'autres ont un eczéma chronique de la peau. Et du moment où vous admettez cela pour l'utérus, parce que le spéculum vous permettant de le voir sur le col, vous en concluez aisément que les choses se passent de la même manière dans la cavité de cet organe, pourquoi vous refuseriez-vous à reconnaître des manifestations semblables dans les organes profonds, dans les bronches par exemple, ou dans la membrane muqueuse gastro-intestinale? Pourquoi ne pas voir que c'est toujours la même manifestation, que c'est là l'émonction diathésique, qui au lieu de se faire à la peau se fait sur la membrane muqueuse, seulement en se traduisant par des symptômes différents, c'est-à-dire par les troubles fonctionnels inhérents à l'organe atteint? — Combien de fois ne voit-on pas un sujet herpétique, cessant d'avoir cette affection du côté de la peau, présenter bientôt des désordres de l'estomac, des intestins ou des bronches, une dyspepsie, une diarrhée ou une bronchite chronique! Pourquoi dès lors se refuserait-on à admettre pour la membrane muqueuse de l'estomac, des intestins ou des bronches, ce que l'on a admis sans difficulté pour la membrane muqueuse oculaire, nasale, pharyngienne, vaginale ou utérine!

Nous avons donc dans les organes intérieurs des accidents diathésiques et des manifestations exanthémateuses d'une nature particulière, comme celles que l'on voit sur la peau; cela ne saurait plus être douteux. Eh bien, c'est là un fait pratique de la plus haute importance, et qui conduit à des applications thérapeutiques d'un usage journalier. Que de fois des affections herpétiques ont amené de graves désordres du côté de la poitrine! Que de fois les eaux minérales sulfureuses, si puissantes dans le traitement des catarrhes bronchiques, des catarrhes utérins, ne guérissent ces affections que parce qu'elles s'adressent à la diathèse herpétique! Vous envoyez à Cauterets, à Bagnères-de-Luchon, à Aix, à Enghien des malades atteints de catarrhes chroniques; vous voulez toujours ne voir que le catarrhe sans vous occuper de sa cause; informez-vous, et vous apprendrez le plus souvent que ces malades ont eu dans leur jeunesse ou même pendant une grande partie de leur vie des manifestations herpétiques graves. Ils vous diront que, lorsque les manifestations herpétiques se reproduisent sur la peau, ils n'ont plus rien du côté des organes internes.

Pénétrez-vous donc bien de cette idée, que ceux qui ont ces catarrhes chroniques ont tout simplement un exanthème de la membrane muqueuse bronchique; qu'à l'émonctoire bronchique, émonctoire d'une importance capitale dans l'économie, et qui excrète de l'eau, de l'acide carbonique, du mucus, se présente l'humeur morbifique elle-même, qui vient agir sur cette membrane muqueuse comme elle agit sur la peau. Que sous l'influence d'une cause quelconque, du froid, par exemple, une irritation fluxionnaire vienne à se produire sur les bronches, le principe morbide herpétique s'y fixera, comme il se fixe dans d'autres circonstances sur la peau, sur le vagin, sur l'utérus, en vertu d'une irritation qui y a été produite, d'un état fluxionnaire qui y a été maintenu. L'émonction y aura été plus active sous l'influence d'une simple irritation, et désormais le vice diathésique viendra y imprimer son cachet, et vous serez étonnés ensuite de voir les eaux sulfureuses de Cauterets, de Bagnères ou d'Aix guérir si bien ces affections, lorsque vous avez l'explication toute simple de cette curation par les heureuses modifications que les principes minéralisateurs de ces eaux produisent sur le principe herpétique.

DES AVANTAGES DE LA CAPSULATION

pour l'administration de divers médicaments.

L'art de déguiser les médicaments pour en faciliter l'administration a fait depuis quelques années de remarquables progrès : et c'est au perfectionnement des manipulations pharmaceutiques que nous devons peut-être rapporter un grand nombre de simplifications thérapeutiques.

La plupart des principes actifs que la chimie est parvenue à extraire des substances végétales, par exemple, sont d'une telle amertume ou d'une odeur si pénétrante qu'il devenait excessivement difficile de les faire prendre aux malades sans les incorporer à des mélanges complexes qui en augmentaient beaucoup le volume et en élevaient considérablement le prix. Sous ce rapport, l'art de la capsulation a rendu de grands services à la pratique.

Mais si nombre de médicaments pouvaient être ainsi masqués, ce n'étaient guère que ceux de consistance solide ou demi-molle. Quelques baumes ou résines demi-liquides étaient à peu près les seuls auxquels résistassent les capsules de gélatine ou de gluten. Les huiles fixes, et à plus forte raison les huiles essentielles, transsudaient au travers de ces enveloppes, et le médicament formait dans la boîte ou le flacon un magma répugnant au goût et à l'odorat, devant lequel reculaient les moins délicats.

D'autre part, on n'avait pu parvenir à enrober de cette façon les liquides les plus volatils, les alcools et les éthers, qui, doués d'une puissance dissolvante énergique, perforaient les capsules.

Et cependant, la saveur caustique de ces liquides ne permettait pas de les administrer dans leur état de pureté. Lorsqu'ils servaient de véhicule à des substances très-odorantes déjà par elles-mêmes, l'odeur désagréable du médicament venant s'ajouter au goût difficile à supporter, empêchait fréquemment le praticien de recourir à l'agent qui lui semblait devoir être le mieux indiqué.

Ces considérations ont déterminé, il y a quelques années, M. le docteur Clertan à chercher un moyen de remédier aux difficultés qui s'opposaient à l'administration directe et sans mélange des substances auxquelles nous faisons allusion. Après de longues tentatives, ce savant confrère est parvenu à composer des enveloppes qui, à l'imperméabilité la plus complète, réunissent une minceur extrême et une transparence parfaite. Dans ces enveloppes, il est arrivé à enfermer un volume déterminé, toujours le même, des liquides les plus volatils, de telle sorte que leur surface extérieure, parfaitement sèche, ne laisse même soupçonner la saveur ni l'odeur du liquide qu'elles renferment.

C'est principalement sous forme d'éthérolés que la plupart des substances anti-spasmodiques doivent être données pour produire le plus rapidement leurs merveilleux effets. Dans presque toutes les affections nerveuses, dans l'hystérie principalement, l'hypochondrie, dans les névroses de l'appareil respiratoire, dans l'épilepsie non liée à une cause organique, les solutions éthérées de castoréum, de valériane, d'assa-fœtida, employées sous cette forme, ont présenté une efficacité beaucoup plus grande, et surtout bien plus rapide, qui a déterminé la plupart des praticiens qui s'occupent du traitement de cette classe de maladies à donner aux perles médicamenteuses une préférence motivée.

Chez les enfants atteints d'affections vermineuses, et dont il est souvent si difficile de vaincre les répugnances, les capsules des deux dernières teintures que nous avons signalées, celles d'assa fœtida et de valériane, carminatives et fébrifuges à la fois, peuvent être administrées sans que le sujet fasse la moindre opposition.

Le chloroforme, dont la saveur caustique empêche l'ingestion à l'état de pureté, a été conseillé dans ces derniers temps et mis en usage avec succès dans les migraines essentielles, l'asthme sans lésion pulmonaire organique, le hoquet, l'éclampsie. Emprisonné dans les capsules de M. Clertan, il devient d'un emploi aussi facile que la solution la plus innocente.

Nous signalerons parmi les applications récentes de cet agent à l'intérieur, l'usage des perles de chloroforme contre le mal de mer, cette indisposition que l'on pourrait presque caractériser de ridicule, et qui cause de si pénibles angoisses.

Il n'est pas jusqu'à l'essence de térébenthine, cette substance que son odeur désagréable avait fini par faire délaisser complétement, quant à l'usage interne, dont les propriétés ténifuges si bien démontrées, ne puissent être réhabilitées par le nouveau mode d'enrobement.

N'oublions pas enfin de mentionner la préparation-type qui a précédé toutes les autres, et dont le succès a été le point de départ de toutes celles que nous venons de passer en revue, les *perles d'éther*, qui rendent de si grands et de si fréquents services dans les douleurs

d'estomac, les gastralgies, les défaillances et toutes les affections nerveuses si bien décrites par les anciens sous le nom un peu suranné de *vapeurs*.

Les capsules du docteur Clertan, globuleuses, du volume d'un pois ordinaire, d'une couleur légèrement opalescente, ce qui leur a fait donner le nom si bien mérité de *perles*, permettent de porter dans l'estomac, où elles n'éclatent qu'au bout d'une ou deux minutes, toutes les préparations que nous venons de passer en revue, sans qu'elles se volatilisent et sans que leur odeur ou leur saveur, nous le répétons, soient perceptibles.

Le grand succès auquel sont arrivées sur-le-champ les préparations du docteur Clertan prouve mieux que tout ce que nous pourrions en dire l'immense service qu'il a rendu à l'art pharmaceutique en même temps qu'aux médecins, souvent embarrassés pour vaincre les répugnances des malades trop susceptibles, dans des cas où il leur faut cependant agir avec promptitude et certitude. N'est-ce pas là une des plus complètes application du *cito, tuto et jucunde?*

SUR UN MÉDICAMENT NOUVEAU

(l'Hydrocotyle asiatica.)

Par M. le docteur MIGON.

La matière médicale vient de s'enrichir d'un médicament nouveau, destiné à rendre de bien grands services, s'il tient les promesses que ses premiers succès ont fait naître.

C'est l'*Hydrocotyle asiatica*, plante appartenant à la famille des Ombellifères, tribu des *Hydrocotylées*. Elle croît dans l'Asie, et surtout dans les parties marécageuses de l'Inde.

C'est à M. J. Lépine, pharmacien de 1re classe de la marine et botaniste distingué, qu'on doit la connaissance de cette plante. Il est le premier qui en ait fait une monographie, laquelle devint l'objet d'un rapport favorable, lu par M. le docteur Gibert à l'Académie de médecine (juillet 1855), et aussi le sujet de recherches très-intéressantes de la part de M. le docteur Devergie, de l'hôpital Saint-Louis.

Pour avoir été soumis, en France, aux essais des deux autorités médicales que nous venons de mentionner, on devine aisément que c'est aux affections cutanées que s'adresse ce nouvel agent thérapeutique. Le premier qui l'expérimenta fut un médecin, le docteur Boileau, et il l'expérimenta sur lui-même. Atteint d'une maladie réputée incurable, il fit comme tous les hommes découragés, mais qui cependant veulent lutter encore; il s'adressa à tout ce qui apparaissait comme nouveau sur l'horizon de la thérapeutique. Il essaya donc l'hydrocotyle. et s'en trouva si bien qu'il l'administra à douze individus lépreux comme lui, qui en éprouvèrent le même soulagement.

Toutefois, comme on devait bien le pressentir, l'hydrocotyle asiatica ne devait pas borner exclusivement son action thérapeutique à la lèpre. M. le docteur Boileau s'aperçut bientôt en effet qu'il est un moyen puissant à opposer à cette grande famille d'affections cutanées dites *vésiculeuses*, ayant pour type l'eczéma, et les nombreuses maladies qui sont sous son influence diathésique.

Tels sont les résultats qui nous sont parvenus des colonies.

En France, les expériences ont dû suivre une autre voie. Les médecins de l'hôpital Saint-Louis, qui les premiers ont essayé ce médicament, ont recherché son mode d'action dans les maladies cutanées les plus communes et les plus rebelles par leur tendance à la récidive, telles que les affections vésiculeuses, l'hyperesthésie avec ou sans papules, mais surtout l'eczéma.

C'est du *Bulletin de thérapeutique*, où leurs expériences sont consignées, que nous extrayons les remarques qui vont suivre. Il faut dire tout d'abord que M. Devergie a dû commencer ses expériences en tâtonnant, car il n'avait aucun jalon pour le guider, les médecins qui les premiers avaient expérimenté l'hydrocotyle, n'ayant indiqué ni doses ni formules.

C'est avec la plante et son extrait aqueux qu'il a commencé ses deux expériences; mais il n'a pas tardé à reconnaître que la plante ne cède pas à l'eau seule tous ses principes actifs, et que la chaleur détruit bien vite son principe aromatique. Ces considérations l'engagèrent à employer exclusivement l'extrait hydro-alcoolique.

Il a expérimenté tout d'abord sur deux lépreux. L'un d'eux étant arrivé à la dose de 35 centigrammes d'extrait par jour, éprouva des accidents remarquables analogues à ceux de l'intoxication par les poisons narcotico-âcres.

Nous pensons que ce malade devait être bien sensible à l'action physiologique de ce médicament, car le docteur Cazenave, qui a aussi administré l'extrait d'hydrocotyle, déclare « qu'il a pu porter progressivement l'extrait jusqu'à 60 ou 80 centigrammes avant de produire des accidents. »

En résumé, la lèpre fut peu améliorée chez les malades en question; il n'y eut que les symptômes les plus incommodes, tels que le gonflement de la face et des mains, la douleur, etc., qui furent notablement diminués.

« N'ayant pas d'autres lépreux sur lesquels je pusse expérimenter l'hydrocotyle, dit M. Devergie, je reportai mes recherches sur des malades atteints d'eczéma. Cette fois, je mis en usage l'extrait hydroalcoolique chez cinq malades. Sur l'un d'eux seulement, je dus suspendre le médicament par suite de circonstances accidentelles; les quatre autres malades l'ont bien supporté, et le médicament a toujours été donné seul.

» En résumé, les eczémas pour lesquels j'ai fait usage de l'hydrocotyle sont des eczémas localisés et très-rebelles. Chez les quatre malades que je viens de citer, il a amené la guérison dans un temps très-court; c'est là un résultat fort remarquable. Le médicament n'a jamais développé d'accidents, soit du côté de l'estomac, soit du côté de la santé générale. La dose n'a jamais dépassé 125 milligrammes d'extrait hydro-alcoolique par jour, en commençant par 25 milligr. et augmentant progressivement. »

Nous avons dit que M. le docteur Cazenave expérimente aussi de son côté l'hydrocotyle; il observa à peu près les mêmes phénomènes d'intoxication que M. Devergie.

Ces deux dermatologistes distingués sont unanimes à reconnaître son efficacité, tout en déclarant qu'il faut ne pas trop se presser de poser des conclusions en fait d'expériences de ce genre, lesquelles sont toujours un peu longues à donner leurs résultats.

Quelles sont maintenant les préparations d'hydrocotyle qui doivent être préférées pour l'usage médical?

Nous avons déjà dit que M. Devergie avait reconnu que l'extrait hydro-alcoolique était la préparation la plus active. Ici, comme toujours en médecine clinique, la pratique a précédé la théorie. L'extrait hydro-alcoolique contient un principe, *la vellarine*, que M. J. Lépine regarde comme le principe actif de la plante; ce principe est soluble dans l'alcool, et volatil à ce point que toutes les préparations d'hydrocotyle que l'on a obtenues à une température élevée sont privées de ce principe. La plante elle-même, pour peu qu'elle soit avariée, cesse d'en contenir. En effet, l'hydrocotyle est très-hygrométrique; sa poudre se conserve très-mal et perd rapidement ses propriétés.

On voit donc combien étaient justes les prévisions de M. Devergie, et combien l'analyse de la plante est venue les sanctionner.

C'est aussi ce qui a été démontré par un pharmacien de Paris (M. Fournier), qui s'est occupé de l'hydrocotyle au point de vue pharmaceutique.

L'hydrocotyle asiatica est peut-être appelé à jouer un rôle très-important dans la thérapeutique et à prendre place à côté des médicaments les plus précieux. Peut-être aussi parviendra-t-on à l'employer dans des maladies autres que les maladies cutanées. En tenant compte de quelques observations particulières recueillies en ville, il semblerait qu'il agit mieux quand l'affection cutanée se localise et a perdu son acuité. Il semble, en un mot, s'adresser plutôt à la diathèse qu'à la manifestation locale. A dose un peu élevée, son action se rapproche de celle des solanées. Il est donc très-actif, et c'est probablement à ses propriétés comme médicament essentiellement altérant qu'il doit le rôle qu'il joue dans le traitement des maladies cutanées.

DE L'EMPLOI MÉDICAL DE L'ERGOTINE.

Par M. le docteur BODIN.

Le seigle ergoté est employé en médecine depuis plusieurs siècles; mais c'est à un pharmacien de Chambéry (M. Bonjean) que l'on doit d'avoir expliqué par l'analyse chimique l'action multiple de ce *sclerotium*. Il résulte de ses expériences que l'ergot de seigle contient deux principes bien distincts, un poison et un remède précieux (1).

Le poison, qui agit sur les grands centres nerveux, tels que le cerveau, la moelle épinière, etc., qu'il désigne sous le nom d'*huile d'ergot*, est soluble dans l'éther, insoluble dans l'eau et même dans l'alcool; le remède auquel il a donné le nom d'*ergotine*, est une matière extractive très-soluble dans l'eau et insoluble dans l'éther; son action s'exerce principalement sur le système vasculaire artériel, et M. Bonjean l'obtient en l'isolant du principe toxique.

M. Bonjean indique dans la brochure que nous venons de citer le résultat des expériences faites, et l'opinion émise par divers praticiens éminents.

Ainsi, d'après M. Arnal, l'ergotine est sans contredit le remède le plus efficace contre les hémorrhagies. Il l'a employée avec le même succès dans des cas d'hémoptysie, d'hématémèse, d'épistaxis, de métrorrhagie, etc.

M. le professeur Paul Dubois a signalé, dans son cours, l'ergotine comme le moyen le plus utile et le plus efficace de combattre les hémorrhagies utérines. Telle est également l'opinion de M. le professeur Besson (de Chambéry), qui, après en avoir fait usage dans une foule de cas, principalement dans ceux où le danger consiste dans l'imminence d'une perte utérine, affirme *n'avoir jamais rencontré un seul insuccès dans son administration.*

M. le docteur Ebers (de Breslau), a employé l'ergotine dans les hémorrhagies de l'utérus, qui accompagnent les cancers de cet organe. « Ces hémorrhagies, habituellement si rebelles à tous les remèdes, dit-il, ont été constamment arrêtées par l'ergotine à la dose de 10 centigrammes toutes les deux heures. Douze doses ont suffi dans presque tous les cas. »

L'ergotine est employée également avec succès contre la dyssenterie. La fièvre typhoïde qui a régné à Genève en 1853 était accompagnée de cas nombreux de dyssenterie, que MM. Rilliet et Lombard, médecins des hôpitaux de cette ville, ont combattue avec succès par l'ergotine; M. le docteur Fonteyral a publié dans le *Journal des sciences médicales* de Montpellier, une série d'observations remarquables de dyssenteries chroniques guéries par ce même moyen, contre lesquelles tous les secours de la thérapeutique émolliente, astringente et narcotique, avaient été employés sans succès.

Les médecins sardes, et notamment le docteur Massola, ont fait un emploi très-heureux de l'ergotine, dans les diarrhées chroniques qui furent la continuation du choléra dans l'armée d'Orient.

En résumé, l'ergotine peut être employée avec avantage à l'intérieur :

1° Comme excitant de contractions de l'utérus contre l'inertie de la matrice, pour aider l'expulsion du placenta et celle des caillots sanguins, etc.

2° Comme stimulant du système vasculaire en général, dans les paralysies de la vessie et du rectum, rétentions d'urine, etc.

3° Pour combattre les hémorrhagies utérines, ménorrhagies, métrorrhagies, etc., l'épistaxis, l'hémoptysie, l'hématémèse, l'hématurie, la dyssenterie, etc., et certains flux non hémorrhagiques, comme la leucorrhée, les lochies sanguinolentes, etc.

4° Dans les affections de matrice, et comme résolutif, dans les engorgements de l'utérus. Quant à ce dernier point de vue, M. Arnal, dont nous avons déjà invoqué l'autorité, l'a mise en usage à des doses élevées, jusqu'à un gramme, sans aucun accident, et a vu, sous son influence, disparaître des engorgements du corps de l'organe accompagnés d'ulcérations du col souvent même assez profondes.

Nous ne nous étendrons pas sur le mode de préparation de l'ergotine. Nous dirons seulement que M. Bonjean ayant constaté les avantages qu'offre la concentration dans le vide à une basse température, suivant la méthode de M. Laurent, pour obtenir ce produit, il donne la préférence à ce procédé opératoire, et que la forme médicamenteuse qu'il préfère pour son administration à l'intérieur est la pilule enrobée de sucre, ou dragée contenant 0,15 centigr. d'ergotine.

L'ergotine est employée en solution dans l'eau, à l'extérieur, comme hémostatique. Ainsi nous avons vu M. le professeur Sédillot déclarer, dans un mémoire lu à l'Académie des sciences, que la solution d'ergotine est un des plus puissants liquides hémostatiques qui ne coagulent pas le sang; c'est, suivant l'habile chirurgien, un *hémostatique* dans toute la force du mot, et non un *hémoplastique*, comme les acides, le perchlorure de fer, etc. Sous ce rapport, M. Retzius, médecin du roi de Suède, est complétement du même avis; et M. Flourens a affirmé que l'arrêt du sang a lieu dans les vaisseaux divisés, sans oblitération de leur calibre.

Tout extraordinaire qu'il paraisse être, ce fait ne peut être contestable en présence des opinions d'hommes aussi considérables.

L'ergotine n'est pas seulement applicable au moment où la blessure est faite, elle sert encore dans une foule de cas. Ainsi, quand le malade a une disposition fâcheuse à la mortification des parties, et que par suite de la ligature la gangrène est à craindre; quand les vaisseaux qui donnent lieu à l'hémorrhagie se trouvent dans des tissus enflammés et ramollis; dans les hémorrhagies qui proviennent de la chute des eschares; quand, pour arrêter le sang, il faut déranger les lèvres d'une plaie amenée à grand'peine à un commencement de cicatrisation.

Dans ce cas, l'emploi de l'ergotine est d'autant plus avantageux que la compression, outre la douleur qu'elle cause, est souvent insuffisante.

Pour en faire usage, on fait dissoudre 10 grammes d'ergotine dans 100 à 200 grammes d'eau. Cette solution sert à imbiber la charpie et les compresses qu'on applique sur la plaie en comprimant d'une façon modérée. Si l'hémorrhagie provient de la lésion de quelques vaisseaux importants, on arrose de temps en temps la charpie avec la dissolution d'ergotine pour entretenir un contact immédiat entre le liquide cicatrisant et les lèvres de la plaie.

Les dissolutions d'ergotine s'altèrent promptement, et on doit les renouveler chaque jour.

Enfin on s'est bien trouvé de son usage dans les plaies saignantes et gangréneuses, dans les ulcères sordides et chroniques, scrofuleux, dans la suppuration fétide des moignons, etc.

(1) Voir *Mémoire pratique sur l'emploi médical de l'ergotine*, par M. Bonjean. — Chez Germer Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 17.

TABLE ANALYTIQUE ET RAISONNÉE

DE LA GAZETTE DES HÔPITAUX.

Déjà à plusieurs reprises, et notamment dans notre numéro du 9 juin dernier, nous avons entretenu nos lecteurs du projet que nous avions de faire exécuter pour les trente premières années de la *Gazette* une table alphabétique, analytique et raisonnée, contenant un résumé extrêmement succinct, mais aussi complet que possible, des articles publiés depuis la fondation de notre Recueil.

Le spécimen que nous avons publié dans ce numéro, fait sur quelques mots pris au hasard dans les volumes de quatre années, a donné une idée de ce que devait être ce travail immense, de son utilité, enfin des difficultés qu'il présentait dans son exécution et des dépenses qu'il devait entraîner (40,000 fr. au moins).

A ce moment, nous comptions déjà 2,300 souscripteurs. Depuis lors, nous avons reçu de nombreux compliments, des éloges excessivement flatteurs sur la manière dont avait été conçu et exécuté ce spécimen, des encouragements à nous mettre à l'œuvre et d'instantes prières de terminer promptement cette entreprise.

Mais les nouvelles adhésions ne se sont pas élevées au-dessus du chiffre de 219; ainsi nous en avons en tout, 2,519. Ce n'est guère que la moitié du nombre nécessaire pour les frais. Nous faisons donc un dernier appel à ceux de nos lecteurs, abonnés ou autres, qui ne nous ont pas encore répondu, en les priant de nous faire savoir quelles sont définitivement leurs intentions à cet égard.

Nous rappelons à ceux de nos confrères qui croient à l'utilité de notre table, qu'il leur suffit de nous adresser simplement un engagement ainsi conçu :

Je souscris à la Table générale analytique et raisonnée de la GAZETTE DES HÔPITAUX, *et j'en payerai le prix* (HUIT FRANCS) *dès que j'aurai été prévenu de sa mise en vente.*

A la suite du concours ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille, le 16 de ce mois, M. le docteur Broquier, déjà chef-interne, a été nommé chirurgien-agrégé des hospices de cette ville.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Le Gérant, [illegible]

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 25 NOVEMBRE 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a terminé hier son laborieux enfantement des conclusions sur la statistique des causes de décès. Cette dernière séance a ressemblé assez aux précédentes; ce n'est qu'après un débat assez vif que les dernières conclusions ont été votées.

La septième ne pouvait donner lieu à aucune contestation; aussi a-t-elle été adoptée sans discussion. Mais la huitième a fait à elle seule presque tous les frais de la séance.

Cette huitième conclusion, répondant à la septième question du ministre, stipule les conditions dans lesquelles les bulletins devront être remis à l'administration. Le secret des bulletins est la condition principale sur laquelle la commission, par l'organe de son rapporteur, a surtout insisté. Elle a voulu par là concilier la nouvelle obligation imposée au médecin avec les prescriptions de l'article 378 du Code pénal, et rassurer les familles et les praticiens contre les appréhensions qu'avait fait naître dès le principe l'exécution de ce projet. Quant aux détails d'exécution de la mesure, la commission n'a pas cru devoir les spécifier; elle a laissé à l'administration le soin de disposer comme elle l'entendra tout ce qui concerne les voies et moyens.

Cette réserve, qui n'était que sage au fond, a cependant été critiquée. M. Malgaigne, après avoir reproché à la commission de ne s'être pas enquis de ce qui se fait dans les pays étrangers et dans quelques parties de la France, où la statistique des causes de décès est en vigueur, a demandé que l'Académie énonçât formellement de quelle manière elle voulait que fussent faites ces déclarations. D'après le texte du rapport, c'est le médecin traitant ou délégué qui doit faire parvenir à la mairie le bulletin indicateur du décès. M. Malgaigne, dans la pensée d'alléger le plus possible les médecins des nouvelles obligations qu'on va faire peser sur eux, a émis une proposition déjà produite par la presse, et formulée dans un grand nombre de lettres particulières ou de communications faites à l'Académie. Cette proposition consiste à dire que ce sera l'autorité municipale qui se chargera d'envoyer chercher le bulletin chez le médecin, ou bien la famille du défunt qui devra se munir de cette pièce. Et pour assurer l'exécution de cette mesure, cette prescription serait suivie de la condition expresse de n'autoriser l'inhumation que sur la présentation dudit bulletin.

Cette motion a été appuyée par M. Devergie, qui y a vu, en même temps qu'un allégement pour le médecin, un moyen de sauvegarder sa responsabilité par rapport au secret, et d'assurer l'exécution de l'article 77 du Code Napoléon relatif aux inhumations.

Tout en faisant l'aveu qu'il était en réalité dans la pensée et le désir de la commission que les choses dussent être ainsi, M. le rapporteur a cru devoir néanmoins maintenir la conclusion dans des termes beaucoup plus généraux. Mais aux considérations développées par M. Guérard à ce sujet, M. Adelon en a joint d'autres qui ont paru vivement frapper l'attention de l'Académie, et qui, pour notre part, nous ont de suite fait sentir tous les inconvénients du système proposé par MM. Malgaigne et Devergie. M. Adelon a fait comprendre en effet, d'une part, l'incompétence de l'Académie pour traiter de questions qui touchent à l'accomplissement d'un des trois grands actes civils, dont toutes les dispositions sont prévues et prescrites par la loi; d'autre part, les inconvénients et les abus graves qui pourraient naître de l'obligation de n'inhumer que sur la présentation du bulletin indicateur de la cause du décès, ce qui entraînerait souvent des longueurs regrettables, et entraverait par conséquent l'exécution d'une des dispositions les plus utiles et les plus rigoureuses de la loi. L'Académie, a ajouté avec un grand sens M. Adelon, ne doit ni ne peut s'occuper des détails administratifs; elle ne doit disposer que de ce qui est purement médical, et laisser aux soins de l'administration tout ce qui est réglementaire. Cette motion, vivement appuyée par M. Gibert, a prévalu, et la conclusion de la commission a été adoptée sans modification.

La neuvième conclusion a été adoptée sans discussion.

Quant à la dixième, à l'occasion de laquelle nous nous attendions à voir reparaître la proposition de la « petite gratification », il n'en a rien été; mais elle a été l'occasion d'une facétie. On a ri, et dès lors il n'était plus possible de conserver une conclusion qui perdait par cela même toute autorité. La commission s'est exécutée de bonne grâce et l'a retirée.

La réponse aux questions du ministre se bornera donc aux neuf propositions de la dernière rédaction de la commission. Nous croyons inutile de les reproduire ici : nos lecteurs les trouveront en détail dans les comptes rendus des trois ou quatre dernières séances.

La tâche de l'Académie est terminée. Vient le tour maintenant de l'administration, et puis plus tard celui de tous nos confrères qui seront probablement appelés à prêter leur coopération pour l'accomplissement de cet utile projet.

Pour nous, si comme nous en avons la confiance, nous sommes parvenu à faire comprendre à nos confrères l'utilité du projet et la possibilité de son exécution; si nous avons surmonté les répugnances que quelques-uns d'entre eux ont témoignées à l'égard de ce projet, en leur montrant que les scrupules qui pouvaient les retenir ont été complétement respectés, que les obligations nouvelles qu'il leur suscite ne sont point en réalité aussi lourdes et aussi onéreuses qu'on a pu le croire et qu'on l'a dit même dans le sein de l'Académie et ailleurs, nous pensons que nous aurons aussi accompli notre tâche. Il ne nous restera plus, quand le moment de l'exécution sera venu, qu'à renouveler auprès d'eux, au nom de la science, un appel auquel, nous en sommes convaincu, ils ne resteront point sourds. — Dr Brochin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. L. ORFILA, professeur agrégé.

Empoisonnement par l'acide arsénieux. — Recherches médico-légales (1).

Nous devons étudier aujourd'hui comment il est possible de résoudre les problèmes médico-légaux qui se rattachent à l'empoisonnement par l'acide arsénieux. En définitive, il s'agit dans tous les cas de savoir si des accidents donnés doivent être attribués à l'action de l'acide arsénieux. Eh bien, quoiqu'ils jettent un grand jour sur bien des questions, ni les symptômes, ni les lésions de tissu, ni la réunion des uns et des autres ne constituent des éléments de certitude. Sans contredit, lorsque les symptômes constatés et les lésions de tissu observées avec soin concorderont complétement (et la variabilité que je vous ai signalée des deux éléments vous fait pressentir combien ce cas est rare), alors il sera permis de considérer l'empoisonnement comme *très-probable;* mais se contenter de semblables preuves pour *affirmer,* c'est risquer d'égarer la justice et assumer une bien lourde responsabilité. Dans bien des cas d'ailleurs il est impossible de constater les lésions de tissu et de connaître les symptômes.

Quand vous serez consultés comme experts pour des empoisonnements par l'acide arsénieux, ayez toujours présente à l'esprit la sentence de Plenck : « *Unicum signum certum dati veneni est notitia botanica inventi veneni vegetalis et analysis chemica inventi veneni mineralis.* » Vous savez cependant que ce seul signe n'est pas suffisant non plus dans un grand nombre de circonstances. Il faut

(1) Suite. — Voir le numéro du 12 novembre.

SOUVENIRS D'UN VOYAGE EN CHINE (1).

Le but avoué de notre voyage en Cochinchine était de demander la liberté d'un missionnaire français retenu depuis longtemps prisonnier dans les cachots de l'Empire; le but principal et réel était de nous attirer la confiance de ce peuple et d'établir avec lui quelques relations de commerce. Un vent favorable nous conduisit en quelques jours à Touranne, vaste et magnifique baie dans laquelle nous allons jeter l'ancre et nous arrêter pendant tout un mois pour voir un peuple nouveau, étudier de nouvelles mœurs et assister à quelques événements assez tristes, amenés fatalement par la force des choses, et qui n'auront peut-être pas été sans une influence marquée sur l'avenir de tout ce pays.

La Cochinchine fait partie du vaste empire Annamitique; au nord, elle touche au Tong-King; à l'ouest, au royaume de Laos et au Cambodje; partout ailleurs elle est battue par la mer. Elle a pour voisin le royaume de Siam, avec lequel elle s'est déjà trouvée plusieurs fois en guerre. Elle mesure 1,300 kilomètres sur 120; sa population est évaluée à 2 millions d'habitants; la ville principale est Hui-Fou, résidence habituelle du roi, située sur une petite rivière que les navires d'un faible tirant d'eau peuvent seuls remonter. Touranne, où nous nous trouvons, est la seule rade que puissent fréquenter les grands navires; c'est aussi le principal arsenal maritime de l'empire, si on peut donner ce nom à un port qui ne possède que quelques magasins de la plus pauvre apparence, dont les approvisionnements sont à peu près insignifiants, et qui ne pourraient mettre à la mer que quelques jonques incapables d'entreprendre une longue et sérieuse navigation. La rade de Touranne est la plus belle et la plus sûre de toute la mer de Chine; l'entrée est défendue par des forts construits jadis par des Européens, voire même par des Français, mais aujourd'hui bien inoffensifs, depuis qu'ils sont abandonnés aux mains impuissantes des Cochinchinois. De très-forts navires de guerre peuvent louvoyer dans cette rade, et viennent mouiller à l'abri d'un petit îlot appelé par les Français *l'île de l'Observation.* C'est un charmant petit bouquet d'arbres et de verdure au milieu duquel est une pagode. Il est placé au fond d'une aiguade d'où coule une eau limpide et très pure, qu'on utilise pour les besoins des équipages. A une petite distance se trouvent des hangars destinés à servir d'écuries aux éléphants du roi. Les hangars y sont toujours, mais toujours aussi ils attendent les éléphants absents.

Une fois au mouillage, on cherche de tous côtés la ville, et on n'aperçoit dans le lointain qu'un assez pauvre village formé par une réunion de cases sans apparence, et composées seulement d'un misérable rez-de-chaussée divisé intérieurement en plusieurs pièces au moyen de simples nattes. Ces cases sont presque toutes recouvertes en paille ou en bambous, mal fermées, sans autre ornement ni décoration que quelques inscriptions en caractères cochinchinois tracés sur les murailles, ou quelques faces hideuses, avec des lèvres, une langue, des yeux d'un rouge de sang, une barbe longue et noire, des cheveux affreusement hérissés, et qui sont placées là sans doute pour faire peur aux mauvais génies et préserver les habitants contre les attaques des malins esprits. De loin en loin, l'œil distingue quelques pauvres pagodes qui, malgré leur architecture un peu plus recherchée, ne parviennent pas à donner à Touranne les apparences d'une ville importante. Ce petit village est bâti sur l'une des rives d'une charmante rivière bien modeste, qui vient se perdre dans la rade, et que nous aurons bientôt l'occasion de revoir.

Les Cochinchinois appartiennent, suivant quelques auteurs, à la race mongole; suivant d'autres, au contraire, ce pays aurait d'abord été une colonie de Chinois; quoi qu'il en soit de cette origine qui pour nous est bien peu importante, attendu que nous ne voulons pas en faire l'histoire, mais surtout raconter simplement ce que nous y avons vu, nous pouvons dire que, physiquement, il y a entre les Chinois et les habitants de Touranne plusieurs traits de ressemblance. Les Cochinchinois cependant paraissent d'une taille un peu moins élevée et d'une organisation moins puissante que leurs voisins les Chinois; ils ont le teint cuivré, la tête ronde, les pommettes saillantes; ils portent les cheveux longs; ils ont l'air moins fiers, moins arrogants que les Chinois, quoiqu'ayant dans le caractère autant de ruse et de fourberie que ces derniers. Ils ont pour vêtement une longue robe en soie (chez les gens de la classe élevée) qui s'étend depuis le cou jusqu'à mi-jambes; un pantalon, large du haut, tombe jusqu'aux pieds, qui sont nus ordinairement, les mandarins et les lettrés seuls pouvant porter des chaussures. Le turban est la coiffure adoptée pour les hommes. Les femmes ont à peu près le même habillement, avec quelques ornements de plus; elles portent le chapeau de paille à larges bords quand le soleil est trop ardent, mais le plus souvent elles restent la tête découverte, s'abritant plus ou moins gracieusement de leur éventail. Les cheveux des Cochinchinoises sont noirs et longs, retenus sans grâce en arrière de la tête; elles n'en tirent pas un parti aussi avantageux que les Chinoises. Il est vrai qu'à Touranne on ne trouve que des femmes de condition très-inférieure; et il est probable que le luxe de la capitale et des grandes villes du royaume doit avoir développé chez les femmes des riches mandarins une certaine coquetterie dont ne s'inquiète guère la

(1) Suite. Voir les numéro des 17 octobre et 10 novembre.

donc que nous fassions un peu de chimie, et ne vous rebutez pas à ce mot, je m'en tiendrai à ce qui vous est absolument nécessaire, et je m'appliquerai à vous présenter les notions chimiques de manière que vous puissiez les comprendre immédiatement.

En général, vous aurez à déceler la présence de l'acide arsénieux dans des mélanges ou des combinaisons de toute sorte; mais comme dans ces cas il faut dégager l'acide arsénieux de manière à reconnaître les caractères qu'il présente quand il est libre, comme d'ailleurs il peut vous être présenté en cet état, je dois vous faire connaître d'abord les caractères qu'il offre à l'état de liberté.

A. *Caractères de l'acide arsénieux.* — L'acide arsénieux, vulgairement appelé *oxyde blanc d'arsenic, arsenic blanc*, ou simplement *arsenic*, se présente sous deux formes : ou bien il est en poudre blanche, ou bien il est en morceaux, en masses blanches vitreuses demi-transparentes; quelquefois, quand elles ont subi sous l'influence de l'air une modification allotropique, ces masses sont opaques à l'extérieur : il est inodore; il possède une saveur légèrement âpre, qui ne se fait pas sentir de suite, et il excite une salivation quelquefois abondante.

Placé sur un charbon ardent, l'acide arsénieux est décomposé, et les vapeurs d'arsenic provenant de cette décomposition exhalent une odeur alliacée; quand il est placé sur une lame de fer ou de cuivre rougie au feu ou dans un creuset rouge, il est volatilisé et non décomposé; aussi les vapeurs qui se dégagent en ce cas *ne possèdent pas* l'odeur alliacée.

Si on place dans un tube de verre étroit et effilé à son extrémité ouverte quelques parcelles d'acide arsénieux finement pulvérisé et intimement mélangé avec du flux noir, en chauffant jusqu'au rouge le mélange préalablement bien desséché, on obtient dans la partie effilée du tube un anneau d'arsenic métallique.

L'acide arsénieux est peu soluble dans l'eau froide; l'eau bouillante en dissout une plus grande proportion. La dissolution est incolore, inodore, et douée de la même saveur que l'acide solide, mais la saveur se fait sentir presque immédiatement : elle précipite en *blanc* par l'eau de chaux, et le précipité est soluble dans un excès d'acide arsénieux; par l'azotate d'argent ammoniacal, elle précipite en jaune; traitée par le sulfate de cuivre ammoniacal, la dissolution d'acide arsénieux fournit un précipité vert (c'est le vert de Scheele).

Tandis que les trois caractères que je viens de vous citer ne sont pas très-importants en médecine légale, celui que je vais vous montrer mérite, par sa sensibilité, par sa netteté et sa constance, de fixer votre attention : versez de l'acide sulfhydrique dissous dans l'eau, ou faites passer un courant d'acide sulfhydrique dans une dissolution d'acide arsénieux, et vous verrez cette dissolution se colorer en jaune : il n'y a qu'à ajouter quelques gouttes d'acide chlorhydrique, ou à faire bouillir la dissolution pendant quelques minutes, pour qu'il se forme de suite un précipité jaune. Les aci- [illegible] tartrique et carbonique déterminent aussi cette précipitation. Le précipité ainsi obtenu se dissout très-facilement dans l'ammoniaque, et la dissolution est incolore si le précipité était pur : de cette dissolution on peut précipiter de nouveau le sulfure jaune d'arsenic, par l'addition d'une quantité d'acide suffisante pour rendre la liqueur acide. On peut ainsi, avec l'ammoniaque et un acide, faire disparaître et reparaître indéfiniment le précipité.

Bien lavé et desséché, le sulfure d'arsenic précipité laisse dégager l'arsenic et fournit un anneau quand on le chauffe, comme l'acide arsénieux, dans un tube avec le flux noir, ou avec un mélange de potasse ou de chaux et de charbon. En faisant bouillir ce sulfure avec de l'acide azotique étendu, on obtient un mélange d'acide arsénieux et d'acide sulfurique, dont on peut séparer l'arsenic au moyen de l'appareil de Marsh.

Le point de départ du procédé de Marsh se réduit à des faits bien connus; à savoir que l'hydrogène naissant peut prendre l'arsenic à certaines préparations arsenicales et en se combinant alors avec l'arsenic fournit un gaz inflammable, lequel, en brûlant, laisse déposer de l'arsenic sur les parois de la cloche. Marsh proposa donc de développer de l'hydrogène arsénié, en mélangeant les substances arsenicales avec les agents (zinc, acide sulfurique et eau), propres à donner naissance au gaz hydrogène, d'enflammer ce gaz (hydrogène arsénié) à l'extrémité du tube de dégagement, préalablement effilé, et de recueillir l'arsenic en recevant la flamme sur une surface froide. Faisons l'expérience. Nous plaçons dans notre appareil de l'eau, du zinc, de l'acide sulfurique et quelques gouttes de la dissolution d'acide arsénieux, et vous voyez que le gaz qui se dégage laisse, en brûlant, déposer sur cette soucoupe des taches brunes qui ne sont autre chose que de l'arsenic métallique.

Dès qu'il fut connu, le procédé de Marsh fixa l'attention des chimistes; mais pour en faire, ce qu'il est aujourd'hui, le moyen le plus sensible et le moins sujet à erreur, de rechercher l'arsenic, il a fallu apporter de nombreuses modifications et à l'appareil et au procédé lui-même. Voyons les principales de ces modifications.

Tous les appareils qui sont sur cette table présentent, comme je vous l'ai dit, une partie commune : ils se composent tous d'un flacon et de deux tubes; mais le tube de dégagement n'est pas toujours le même. En voici un plus court que les autres et qui ne renferme aucune substance dans son intérieur : c'est le plus simple, c'est celui que nous avons déjà vu, avec lequel nous avons obtenu des taches.

Mais à côté vous en voyez un plus long et portant de l'amiante dans son intérieur : celui-ci est ainsi construit, afin d'obtenir un anneau arsenical en même temps que des taches. En effet, en chauffant le gaz hydrogène arsénié, au moment où il traverse l'amiante, avec une lampe à alcool (comme nous le faisons en ce moment), on décompose ce gaz, et l'arsenic se dépose sous forme d'anneau, dès qu'il rencontre une portion du tube moins chaude. On peut remplacer l'amiante par des fragments de porcelaine; il ne s'agit que de favoriser l'action de la chaleur sur le gaz, et l'amiante ne joue qu'un rôle mécanique : elle divise le gaz et le retient un peu. Si tout l'hydrogène arsénié était décomposé, le gaz qui brûlerait à l'extrémité du tube ne serait que de l'hydrogène, et par conséquent il n'y aurait pas de taches. Mais la lampe à alcool ne chauffe pas une assez grande étendne du tube. Aussi, pour arriver à une décomposition complète, ou en tout cas plus parfaite, l'Institut a-t-il conseillé d'allonger encore le tube et de placer sur une étendue de 10 à 15 centimètres de l'amiante calcinée avec l'acide sulfurique. Toute cette étendue doit être chauffée par des charbons rouges placés dans cette grille; mais pour éviter de fondre le verre, cette partie du tube est entourée d'une feuille de clinquant. On peut placer avant l'amiaute, du côté du flacon, un peu de coton pour arrêter les impuretés que peut entraîner le gaz en se dégageant. Cet appareil est désigné sous le nom d'appareil de l'Institut. Il est préférable à tous les autres; de sorte qu'il faut l'employer toutes les fois qu'on a à sa disposition les éléments nécessaires.

Viennent enfin deux modifications qui portent, vous le voyez, sur l'extrémité du tube. Dans les deux, on a ajouté une boule de Liebig; seulement on a placé dans un cas une dissolution d'azotate d'argent, et dans l'autre une dissolution de chlorure d'or. L'hydrogène arsénié, en passant à travers ces dissolutions, donne naissance à de l'acide arsénieux, facile à séparer des substances avec lesquelles il se trouve mélangé. Ces modifications ont été imaginées pour ne laisser échapper aucune trace d'hydrogène arsénié, ou pour concentrer les liqueurs et obtenir plus facilement des taches et un anneau. Elles peuvent servir aussi à doser l'arsenic, chose très-rarement utile dans la pratique médico-légale. C'est bien compliqué, et vous trouverez qu'il faut être bien difficile pour ne pas se contenter d'un procédé qui est sensible au dix-millionième, c'est-à-dire qui décèle l'arsenic dans une dissolution où il y aurait un milligramme d'acide arsénieux pour un litre d'eau, peut-être même pour deux litres. Ce n'est donc que dans les rares circonstances où il y a intérêt à doser, que l'on devra avoir recours à ces modifications du procédé.

Vous connaissez maintenant l'appareil de Marsh dans ses différentes formes, et les indications qu'il fournit; mais je ne vous ai pas assez expliqué quelles précautions il faut prendre pour retirer de ce procédé tous les avantages qu'il comporte.

Je vous ai dit, par exemple, que si, en le faisant marcher au moyen de l'eau, du zinc et de l'acide sulfurique, on obtient des taches ou un anneau, c'est parce qu'il se dégage de l'hydrogène arsénié. Vous concluriez donc que la liqueur que vous avez mise dans l'appareil renferme de l'arsenic; eh bien, cette conclusion pourrait bien souvent être erronée, aussi bien, du reste, que la conclusion contraire, dans le cas où l'on n'aurait obtenu ni taches ni anneau, si on avait agi sans les précautions que je vais vous indiquer.

Occupons-nous d'abord de l'appareil.

Déjà je vous ai engagé à employer de préférence l'appareil de l'Institut. Tous ceux que je vous ai montrés sont très-bons cependant, mais certaines précautions sont nécessaires : il faut avoir soin de couper en bec de flûte l'extrémité du tube de dégagement qui plonge dans le flacon, et de bien égaliser l'extrémité effilée à laquelle le gaz doit être enflammé. La première de ces précautions a pour but d'empêcher la formation d'une goutte d'eau qui rend l'écoulement du gaz très-inégal, et la seconde donne à la flamme une forme régulière et une bonne direction, de manière qu'on peut mieux recueillir les taches.

Lorsque l'appareil est ainsi construit, on place dans le flacon le zinc, l'eau et l'acide sulfurique, et on le laisse marcher *à blanc*, c'est-à-dire *avant d'introduire la liqueur suspecte*, pendant une vingtaine de minutes, en vérifiant si le gaz qui se dégage fournit un anneau ou des taches. Vous comprenez combien il est important de constater si les substances employées pour faire marcher l'appareil donnent de l'arsenic.

Dans cette opération, il faut :

1° Ne pas mettre trop de substance dans le flacon, afin qu'il reste assez de place pour la liqueur suspecte;

2° Verser doucement l'acide sulfurique, de manière à ne pas échauffer trop le mélange; si la température s'élevait beaucoup, il pourrait se former de l'acide sulfureux, puis de l'acide sulfhydrique, qui, en présence de l'arsenic, produirait du sulfure d'arsenic, inattaquable dans l'appareil;

3° Ne pas enflammer le gaz ni chauffer le tube avant que tout l'air soit dégagé, sans quoi il y aurait détonation;

4° Ne pas faire marcher trop fort l'appareil, pour que la flamme ne soit pas trop grande : une flamme de 5 à 10 millimètres est très-bonne. On obtient ce résultat en employant, pour activer la réaction, quand elle se ralentit trop, au lieu d'acide sulfurique concentré, un mélange de *une* partie d'acide sulfurique concentré, *dix* parties d'eau, fait à l'avance et complétement refroidi.

5° Il faut recueillir les taches sur des soucoupes, ou mieux sur de petites capsules de porcelaine, et ne pas employer de la faïence.

Si, après un essai fait avec ces précautions, on n'a obtenu ni taches ni anneau, on peut ajouter la solution, et alors on est sûr que s'il se produit un anneau et des taches, il faudra bien les attribuer à la solution introduite en dernier lieu.

Mais ce n'est pas tout que d'obtenir un anneau et des taches pour en déduire l'existence de l'arsenic, il faut encore constater par des caractères irrécusables que cet anneau et ces taches sont formés par de l'arsenic métallique.

Voyons comment on peut bien établir la nature de l'anneau et des taches.

Caractères de l'anneau. — Il est brillant, couleur d'acier, très-

---

partie misérable de la population. Très-peu de Cochinchinois ont l'habitude de fumer l'opium. Peut-être leur pauvreté ne leur permet-elle pas de se procurer suivant leurs désirs ce suave poison si cher à tous les Orientaux; mais ils ont remplacé les douceurs du pavot par la feuille du bétel, qu'ils mâchent presque tous, associée à la noix d'areck et à un peu de chaux vive. Tout mandarin cochinchinois qui peut se permettre un peu de luxe se fait suivre d'un petit domestique, qui marche tout près de lui, portant dans une boîte des noix d'areck coupées par morceaux, des feuilles de bétel préparées et de la chaux; ceux qui n'ont pas le moyen de se faire servir portent eux-mêmes, pendu à leur ceinture, un petit sac contenant leurs précieuses provisions, dans lequel ils puisent fréquemment. La noix d'areck est fournie par l'*areca betel*, genre de plante de la famille des palmiers; elle a le volume d'une muscade, grise à l'extérieur, blanche, veinée de noir et de rouge intérieurement; elle a une astringence très-prononcée et m'a paru complétement insipide. Les feuilles du bétel proviennent du *piper betel*, de la famille des urticées, qui croît abondamment dans l'Inde et surtout aux Moluques.

Cette habitude qu'ont les Cochinchinois de mâcher constamment du bétel donne à leur bouche un aspect vraiment repoussant. Leurs lèvres sont d'un rouge de sang; leurs dents, blanches et belles dans l'enfance, deviennent promptement noires et usées. Ils prétendent que ce masticatoire a la propriété de faciliter les digestions, de torréfier l'organisme débilité par les grandes sueurs et les chaleurs excessives de leur pays. M. Lesson assure que l'usage du bétel n'a rien de désagréable, qu'il cause un peu d'ébriété les premières fois, mais que bientôt on éprouve une sorte de bien-être qui engage à continuer son emploi. Il m'est arrivé plusieurs fois par curiosité de mâcher le bétel comme le font les Cochinchinois, qui me le préparaient eux-mêmes, et je n'ai jamais trouvé à ce mélange qu'une astringence très-prononcée, qui n'a rien d'agréable, qui stimule fortement les glandes salivaires, et donne lieu à des pincements gastralgiques quand on avale la salive; je n'ai jamais ressenti cette légère ébriété dont parle M. Lesson.

Les noix d'areck se mâchent sans feuille de bétel ni chaux, et je me souviens qu'à Macao, dans plusieurs familles macaistes, les dames elles-mêmes ont toujours à côté d'elles de ces noix coupées par tranches, qu'elles mâchent autant par désœuvrement que par goût. Ainsi, chaque homme, chaque peuple, a un besoin impérieux de se créer une habitude dont il se rend esclave. Nous voyons les uns abuser du tabac sous toutes ses formes; du tabac, cet ami de l'homme, et surtout de l'homme malheureux, qui repose le travailleur et désennuie celui qui ne sait que faire du temps; qui inspire au poëte ses plus charmantes idées, au romancier, ses scènes les plus heureuses, et contre lequel tonnent et tonneront encore de loin en loin, mais toujours inutilement, les moraliste et quelques médecins un peu trop hygiénistes. A d'autres, il faut l'ivresse voluptueuse du haschisch, ou les rêves de l'opium; d'autres, enfin, trouveront un charme irrésistible à promener dans leur bouche les feuilles d'une plante qui n'a qu'un goût fort peu agréable, ou une mauvaise noix qui donnera à leur bouche la couleur du sang, à leurs dents la noirceur du charbon, ce qui imprimera à leur physionomie un cachet repoussant pour nous autres, et qui pour leurs semblables, au contraire, sera considéré comme un trait de beauté. Ainsi le veut l'usage; ainsi le commande la mode, la capricieuse maîtresse de toutes nos actions, de tous nos goûts, qui change souvent, mais qui règne toujours.

Puisque nous venons de citer le tabac, l'opium et le haschisch, ces trois besoins factices de notre pauvre espèce, voyons quel est celui de ces poisons devant lesquels nous nous courbons presque tous, jeunes et vieux, riches et pauvres, qui nous empoisonne le plus lentement et en même temps le plus agréablement. La réponse à cette question me paraît facile à donner : l'ivresse du baschisch est essentiellement fugace, elle dure l'espace d'une nuit; quand on a pris en s'endormant la substance enivrante, le lendemain on se souvient qu'on a fait des rêves heureux, qu'on revient de visiter le paradis de Mahomet, et certainement cet avant-goût des joies de l'autre monde ne peut qu'inspirer des pensées essentiellement morales, puisque l'homme de bien connaît déjà ce qui l'attend un jour. Le haschisch ne tue pas, l'organisme a rarement à s'en plaindre. L'ivresse du tabac est à peine appréciable; elle est douce, fugitive, et si l'on persistait à le ranger au nombre des ennemis de l'homme, je me permettrais de dire de lui ce que Voltaire disait du café, et je donnerais pour preuve la santé superbe de nos matelots qui usent et abusent du tabac jour et nuit, et qui vivent vieux sans se douter que depuis cinquante ans ils s'empoisonnent tous les jours un peu. Quant à l'opium, autant il est l'ami de la douleur et de l'homme malade, autant il est l'ennemi de celui qui sans besoin lui demande des jouissances honteuses et dégradantes. Mais je ne veux pas abuser des digressions, quoique, en voyage, il soit bien permis de se reposer un peu, je reviens donc à Touranne.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Des Dyspepsies, par M. le professeur Chomel. Un vol. in-8° de 327 pages. Prix : 6 fr. — Paris, 1857, chez Victor Masson.

Études d'hygiène militaire, des habitudes dans l'armée, par M. le docteur Vincent, médecin-major du 7e chasseurs. Vol. in-12. — Prix, 1 fr. 50. — Paris, chez J. Leclerc.

volatil, de façon que par la chaleur on le déplace facilement dans le tube. Traité par l'acide azotique bouillant ou par l'eau régale composée d'une partie d'acide chlorhydrique et trois parties d'acide azotique, il laisse après évaporation un résidu blanc qui, touché avec une dissolution concentrée d'azotate d'argent parfaitement neutre, se colore en rouge brique.

Il peut arriver que la quantité d'arsenic obtenue soit si petite que les caractères physiques ne soient pas faciles à découvrir. C'est, dans ce cas, une légère couche terne et grisâtre; mais les caractères chimiques peuvent toujours être constatés sur des quantités minimes d'arsenic.

Caractères des taches. — Les taches arsenicales sont d'un brun fauve, miroitantes et très-brillantes. Elles sont noirâtres et ternes quand l'arsenic est abondant, et elles présentent une couleur jaune serin si elles renferment du sulfure d'arsenic. Elles se volatilisent très-promptement sous l'influence de la flamme du gaz hydrogène (ce qui vous indique pourquoi la flamme ne doit pas être très-forte et pourquoi il ne faut pas laisser longtemps la flamme frapper sur le même point.) Elles ne se volatilisent pas sensiblement à l'air froid et n'attirent pas l'humidité de l'air. Elles se dissolvent très-rapidement dans l'acide azotique ou l'eau régale, et la dissolution évaporée laisse un résidu qui, touché avec une dissolution concentrée d'azotate d'argent, prend une coloration rouge brique. Toute tache qui présentera l'ensemble de ces caractères est une tache arsenicale, *on peut l'affirmer*.

En somme, vous le voyez, l'anneau et les taches arsenicales offrent les mêmes caractères : c'est tout naturel; c'est presque toujours l'arsenic métallique qui constitue l'anneau et les taches. Aussi, vous comprenez qu'il *suffit* d'avoir obtenu *soit un anneau, soit des taches*, pourvu que les caractères ne soient pas contestables, pour être autorisé à affirmer que la liqueur placée dans l'appareil renferme de l'arsenic. Mais il faut avouer aussi que dans la position difficile et délicate de l'expert, l'abondance des preuves ne nuit jamais; de sorte que, quand c'est possible, il faut chercher à obtenir et des taches et un anneau.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 novembre 1857. — Présidence de M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire.

Dégénérescence dans l'espèce humaine. — M. MOREL présente un mémoire sur les caractères au moyen desquels on peut reconnaître la dégénérescence dans l'espèce humaine, et sur la stérilité et la fécondité bornée.

Le but de ce mémoire est d'appeler l'attention sur certaines difformités de l'ordre physique, sur certaines anomalies de l'ordre intellectuel et moral, qui, par leur apparition uniforme et constante chez les *races maladives ou dégénérées*, forment un des caractères distinctifs de ces races, et permettent à la simple inspection de ces phénomènes anormaux de faire remonter les individus à leur véritable origine.

Je désire démontrer surtout qu'un des caractères les plus saillants de la dégénérescence est la stérilité des individus. Mais si la stérilité ou l'impossibilité absolue de reproduire son espèce est le caractère le plus vrai de la dégénérescence, il en est d'autres qui se rapportent également aux fonctions importantes de la génération, et qui consistent dans ce que M. le professeur Flourens a appelé pour un autre ordre de faits *la fécondité bornée.* « Les métis, dit ce savant, sont inféconds à la deuxième ou troisième génération. » Il est bien exceptionnel en effet que, lorsqu'un mal héréditaire d'une nature dégénérative se produit et se transmet dans une famille, les individus ne deviennent pas stériles à la troisième ou quatrième génération, au cas où rien n'a été fait pour faire remonter les individus.

Mais cette fécondité bornée se révèle non-seulement par la difficulté de la reproduction chez les êtres dégénérés, mais par le peu de *viabilité* des individus auxquels s'est transmis le principe de la dégénérescence.

La prévision de la nature empêche sous ce rapport la formation progressive de races qui, doublement mal dotées au point de vue physique et au point de vue moral, seraient un danger incessant pour la société. Toutefois l'examen du phénomène que je signale ne laisse pas de soulever des questions de la plus haute importance.

L'observation d'une quantité considérable de faits que j'ai recueillis dans les asiles, les prisons, les villes manufacturières, les contrées marécageuses, etc., m'a appris que l'état dégénératif peut exister à l'état sporadique aussi bien qu'à l'état endémique. On le trouve à l'état endémique dans certains milieux déterminés, tels que les contrées marécageuses et les grandes villes industrielles. On conçoit que ces populations ne pouvant, en raison de la fécondité bornée des individus, de leur peu de viabilité, et en dernière analyse de leur stérilité, se reproduire indéfiniment, doivent se renouveler par l'immigration d'autres individus qui, eux aussi, ne tardent pas à leur tour à devenir les victimes des milieux délétères où les fixe la nécessité. La dégénérescence à l'état sporadique s'exerce dans tous les milieux, dans toutes les conditions sociales où règnent quelques-unes des causes maladives que j'ai signalées dans mes dégénérescences comme étant le point de départ de funestes transmissions héréditaires.

Après avoir indiqué les caractères physiologiques de la dégénérescence, l'auteur passe en revue les caractères physiques, développement incomplet des organes de la génération, réduction de la taille, difformités du squelette, du système dentaire, des oreilles, etc. (Commissaires, MM. Serres, de Quatrefages, J. Cloquet.)

Du massage dans le traitement des entorses. — M. GIRARD adresse un mémoire sur le massage dans le traitement des entorses, dont voici un extrait :

.... M. Baudens, dans un Mémoire présenté à l'Académie de médecine, constate que « sur un chiffre de 78 amputations de jambes ou de » pieds, 60 avaient pour origine une entorse, 18 seulement étaient » étrangères à cette cause. » Cette citation suffit pour faire juger de la gravité de la lésion dont le traitement fait l'objet du présent travail.

Bien que nous ne revendiquions pas l'honneur d'avoir le premier mis en pratique le massage pour le traitement des entorses, nous n'espérons pas moins qu'on nous saura gré de l'avoir étudié, modifié, et d'avoir fait tous nos efforts pour exhumer un traitement qui depuis trop longtemps a été exploité par des hommes ignorants ou par un trop petit nombre de médecins.

C'est après avoir été témoin d'une cure remarquable, opérée sur un de nos camarades par un homme étranger à la science, que nous avons voulu étudier sérieusement un moyen que nous sommes autorisé aujourd'hui à croire aussi rationnel qu'efficace. Nous l'avons heureusement modifié en supprimant toute espèce de traction, en agissant seulement par un massage tellement gradué, que nous évitons au malade la plus légère douleur. Jusqu'à ce jour, et dans tous les cas, nous avons été assez heureux pour prouver d'une manière évidente toute son efficacité. (Commissaires, MM. J. Cloquet, Jobert et M. le maréchal Vaillant.)

Causes des contusions produites par le vent du boulet. — M. DESPRETZ présente au nom de M. E. Pélikan un travail ayant pour titre : *Recherches expérimentales sur les causes des contusions produites par le vent du boulet.*

Considérant que quelques médecins admettent encore l'existence de ces sortes de contusions et cherchent à les expliquer soit par l'action de l'air condensé, soit par la raréfaction de l'air ambiant au moment du passage du projectile, M. Pélikan a cherché à résoudre cette question au moyen d'expériences directes; il s'est adressé au comité d'artillerie de Saint-Pétersbourg, qui voulut bien mettre à sa disposition pour ces recherches des pièces de gros calibre, tirant avec une vitesse approximativement calculée et à une petite distance. En même temps, suivant le conseil de son collègue M. le professeur de physique Sawélieff, il a fait construire un appareil propre à mesurer l'action que le vent du projectile pourrait exercer sur les corps situés à une certaine distance de son passage.

Des diverses expériences rapportées dans ce mémoire, et dont il serait superflu de reproduire ici les détails, l'auteur déduit les conclusions suivantes :

1° Un projectile passant très-près de quelque objet exerce sur celui-ci une influence insignifiante, due au courant de l'air ambiant du projectile; mais cette influence n'est pas telle que l'ont supposée Rust, Busch et autres médecins, parce que si les contusions déterminées par des boulets à une certaine distance se produisaient comme l'admettent ces savants, le piston de notre appareil avancerait nécessairement sous l'action du boulet, au lieu de reculer, comme l'ont prouvé nos expériences.

2° Ayant établi que la force équivalente à 1 livre 1/2 pouvait faire reculer le piston d'un pouce environ, il est évident que ce qu'on appelle vent du boulet, même avec la pleine charge de poudre, possède une force beaucoup moins grande; de sorte qu'il nous paraît certain que l'existence des lésions produites par ce qu'on appelle le vent du boulet est inadmissible dans l'état actuel de la science. Et, par conséquent :

3° Quand un projectile atteint bien le but, sans ricocher ni enlever quelques objets sur son trajet, les hommes qui sont placés à une certaine distance de son passage ne peuvent pas recevoir une contusion, quelle que soit d'ailleurs l'opinion de quelques médecins qui assurent avoir observé eux-mêmes ces espèces de lésions. (Commissaires : MM. Piobert, Despretz et M. le maréchal Vaillant.)

— M. POLNI adresse de Saint-Laurent (Meuse), pour le concours du prix Bréant, une *Note sur les causes et le traitement des dartres et du choléra-morbus.* (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie, constituée en commission spéciale.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 novembre 1857. — Présidence de M. Michel Lévy.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Démétrius Diamantopulos (de Constantinople) communique une note sur une nouvelle méthode de pansement applicable après les amputations pratiquées sur l'avant-bras et la jambe. (Commissaires, MM. Malgaigne et Huguier.)

— M. Scoutetten, membre correspondant de l'Académie, demande à être porté sur la liste des candidats au titre d'associé national dans la section de chirurgie. (Commission des associés nationaux.)

— M. le docteur de la Mardière, secrétaire de la Société de médecine de Poitiers, adresse, au nom de cette Société, un rapport sur la statistique des causes de décès.

— M. le docteur Larroque, de Masseube (Gers), adresse un mémoire sur une épidémie de petite vérole qui a régné dans ce canton pendant les premiers mois de cette année. (Commission des épidémies.)

— M. le professeur Dumas, médecin des épidémies à Montpellier, adresse l'esquisse d'un compte rendu des maladies à forme épidémique ou populaire qui ont plus particulièrement régné dans le département de l'Hérault en 1854. (Même commission.)

Traitement de la phthisie par le déplacement des malades. — M. le professeur Champouillon, médecin principal au Val-de-Grâce, adresse le résumé suivant d'un mémoire sur le traitement de la phthisie par le déplacement des malades :

La phthisie ayant quelquefois pour origine l'hérédité, la diathèse scrofuleuse, la vie sédentaire ou licencieuse, les passions tristes et concentrées, l'encombrement, une inconstance habituelle dans les qualités de l'atmosphère, on a cherché de tout temps à neutraliser ces causes en leur opposant des influences contraires, et notamment le séjour des malades dans les régions méridionales.

Cette dernière précaution offre, en effet, le triple avantage d'une diversion morale, d'un air pur et d'une certaine uniformité dans la constitution atmosphérique. Mais toutes les stations prescrites aux poitrinaires, bien que faisant à peu près partie d'un même système de climat, ont des qualités diverses. D'un autre côté, la tuberculisation pulmonaire, quoique identique avec elle-même quant à sa nature, présente des formes et des complications variées, d'où il suit que la médication climatérique doit avoir, comme toute méthode curative, son opportunité et ses contre-indications.

Après avoir soigneusement recherché les mérites et les inconvénients des principales résidences fréquentées par les tuberculeux, M. Champouillon a déduit de cette étude les bases de la classification suivante, qu'il soumet au suffrage des praticiens.

1° *Disposition héréditaire à la phthisie; poitrine faible.* Pau (les mois de février, mars et avril exceptés), Cannes, Villefranche, la campagne de Nice, Mantoue, Sorrente, Madère (l'automne excepté), Alger du mois de janvier au mois de mai), Rome (en octobre, mars et avril), le Caire (pendant l'automne et l'hiver);

2° *Phthisie chez les sujets lymphatiques ou scrofuleux.* Venise, Sorrente, Gênes, Cannes, Villefranche, Hyères (octobre et novembre exceptés);

3° *Phthisie avec toux brève, fréquente, aride, muqueuse, pulmonaire, irritable.* Venise, Madère, Pise, Menton, le Caire, Alger;

4° *Phthisie catarrhale.* Pau, Madère, Alger, Cannes, Villefranche, Hyères;

5° *Phthisie chez les sujets opprimés par la tristesse.* Venise, Alger, Albano, Frascati, environs de Naples, Florence;

6° *Phthisie chez les sujets nerveux.* Mantoue, Pise, Madère, Venise;

7° *Phthisie à forme hémoptoïque.* Toutes les stations méridionales (Pise, Rome et Naples exceptées);

8° *Phthisie colliquative.* Pau, Hyères, Cannes, Villefranche, Madère, Alger. (Commissaires, MM. Louis et Grisolle.)

Appareil à injections anesthésiques. — M. Fordos, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Antoine, soumet à l'examen de l'Académie un appareil qu'il a imaginé pour donner des douches et des injections, soit d'acide carbonique pur, soit d'acide carbonique ou d'hydrogène chargé de vapeurs anesthésiques ou médicamenteuses. L'appareil se compose :

1° D'une carafe en verre semblable aux syphons à eau gazeuse.

2° D'un tube en étain garni intérieurement de fragments de marbre et de morceaux d'éponge.

3° D'un tube en caoutchouc portant une canule à son extrémité.

Pour faire fonctionner cet appareil, on introduit d'abord dans la carafe des *cristaux* d'acide tartrique, et l'on ajoute par-dessus du bi-carbonate de soude en poudre, et puis de l'eau en quantité suffisante; les doses employées habituellement sont : 30 grammes d'acide tartrique en *cristaux* gros comme des noisettes; 38 grammes de bi-carbonate de soude en poudre, et un quart de litre ou un grand verre d'eau.

On laisse marcher la réaction pendant quinze à vingt minutes, sans agiter l'appareil; on agite alors de temps en temps, si le dégagement du gaz se ralentit. Le gaz traverse le tube en étain, où il rencontre le marbre et les éponges qui le tamisent et le purifient des particules salines ou acides entraînées mécaniquement.

Le tube en caoutchouc sert à diriger le gaz sur la partie malade.

Si l'on veut charger l'acide carbonique de vapeurs de chloroforme, on verse 5 à 6 grammes de ce liquide sur les éponges, avant d'introduire dans la carafe les substances qui doivent fournir l'acide carbonique; ce gaz, en traversant les éponges, se charge de vapeur de chloroforme et l'entraîne avec lui.

L'auteur a expérimenté à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Follin et dans celui de M. Aran, les injections d'acide carbonique chargé de vapeur de chloroforme, et les résultats, dit-il, ont été excellents. L'anesthésie est produite plus promptement qu'avec l'acide carbonique seul et dure plus longtemps.

L'appareil présenté par M. Fordos est celui dont se sert actuellement M. Follin. Il se trouve chez M. Charrière.

La figure 1 représente l'appareil.

A. carafe.

B. B. tube en étain.

C. couvercle du tube.

La figure 2 représente une coupe perpendiculaire du tube en étain.

M. fragments de marbre.

D. D. morceaux d'éponge.

— M. VELPEAU présente, au nom de M. John Hughy Bennett, professeur de physiologie et de médecine clinique à l'Université d'Edimbourg, un travail ayant pour titre : *Classification, pathologie et traitement général des formations morbides.*

Le travail que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, dit M. Velpeau, a été suggéré à M. Bennett par la discussion sur le cancer qui a eu lieu à l'Académie. Il est principalement fait au point de vue micrographique. M. Bennett pose d'abord ce principe, que les formations morbides n'ont pas d'éléments spécifiques, et qu'il n'est pas possible de dire, après l'inspection au microscope, si une tumeur est bénigne ou maligne. Il admet la transformation des tumeurs, de sorte qu'une tumeur primitivement bénigne peut devenir de mauvaise nature. M. Bennett prend les formations morbides à leur point de départ; il les étudie dans leurs causes, leur marche, leur terminaison; il discute le traitement qu'il convient de leur appliquer. C'est un travail d'une grande importance, et je demande qu'il soit renvoyé à l'examen d'une commission. (Commissaires : MM. Cruveilhier, Jobert et Barth.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce que l'Académie se formera en comité secret à cinq heures moins vingt minutes, pour entendre les conclusions du rapport concernant le service des eaux minérales.

DISCUSSION.

Statistique des causes des décès. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la statistique des causes des décès.

M. GUÉRARD donne lecture de la septième conclusion, qui est ainsi conçue :

Septième conclusion. — « Le bulletin indicateur contiendra tous les documents ressortissant à la statistique. (Huitième question.)

» Dans ce but, il conviendra de rédiger un modèle que les médecins n'auront plus qu'à remplir. »

Cette conclusion est adoptée après une observation de M. Desportes.

Huitième conclusion. — M. Guérard donne lecture de la huitième conclusion, conçue dans les termes suivants :

« Les bulletins ne porteront aucun nom; ils seront secrets, envoyés signés, cachetés et numérotés à la mairie, et ils parviendront à l'administration centrale en passant successivement par les chefs-lieux de canton, d'arrondissement et de département, en conservant dans ces divers passages leur date et leur marque extérieure d'origine. » (Septième question.)

M. MALGAIGNE. Messieurs, dans la dernière séance, j'aurais voulu qu'on renvoyât à la commission une conclusion que l'Académie a cru devoir adopter; c'est voté, j'en fais mon deuil. Bon nombre de nos confrères ont pu voir cependant dans l'*Union médicale* de ce matin une note d'un médecin distingué, M. Bertillon (de Montmorency), dans laquelle se trouvent reproduites quelques-unes des raisons que j'aurais voulu faire prévaloir dans la dernière séance. La nouvelle conclusion qu'on nous propose prescrit au médecin d'envoyer tous les bulletins indicateurs. J'ai reçu, et M. Velpeau en a reçu davantage encore, des lettres de médecins de province qui protestent contre les servitudes nouvelles qu'on veut leur imposer. Au lieu d'obliger le médecin à s'occuper de tout cela, est-ce qu'on ne pourrait pas faire demander au médecin tous ces certificats par l'administration? L'administration du village, de la ville enverrait chercher le certificat du médecin. Pour donner de la régularité à cette mesure, il suffirait de ne permettre l'inhumation que sur le vu de ce certificat. Il y a quelque chose de plus; la note de M. Bertillon nous apprend qu'à Montmorency cela est passé en usage. Ces sortes de choses ne s'improvisent pas, il faudrait y réfléchir; je demanderai si une idée semblable, déjà adoptée dans quelques pays voisins, ne mérite pas d'être méditée, et je voudrais qu'il en fût rendu compte à l'Académie.

M. GUÉRARD. Nous avons apporté une conclusion nouvelle pour en remplacer une autre dans laquelle nous faisions intervenir la famille; nous avions d'abord proposé de ne permettre l'inhumation que sur la présentation par la famille du défunt d'un certificat d'un médecin traitant, qui attestât la réalité du décès. Ceci n'avait pas d'autre but que d'arriver là où veut en venir M. Malgaigne. Ce n'est pas seulement à Montmorency, mais dans beaucoup d'autres pays que les choses se passent ainsi, et nous ne voyons aucun inconvénient à ce qu'il en soit de même partout. Nous avons dit que le bulletin indicateur serait porté à la mairie, nous n'avons pas dit par qui; mais nous avons pensé que ce serait probablement par la famille. Nous avons dit que le bulletin, sans être décacheté, devrait passer de la mairie aux chefs-lieux d'arrondissement et de département, et de là à l'administration centrale. Nous pensons que les bulletins seront portés à la mairie par les soins des familles, qui en comprendront les avantages, ne fût-ce que pour éviter les inhumations précipitées. Il est probable qu'on fera par toute la France ce qui est fait déjà sur plusieurs points du territoire. De même aussi, le médecin sera honoré partout selon l'usage du pays, sans qu'il soit nécessaire de rien spécifier à cet égard. Quant aux moyens à employer d'ailleurs, c'est à l'administration à la déterminer, et nous n'avons pas à entrer dans les détails.

M. DEVERGIE. Il me semble que la commission avait demandé, dans une autre séance, que l'inhumation ne fût permise que sur la présentation d'un certificat du médecin traitant. Cette proposition me paraissait en rapport avec l'article 77 du Code civil, qui dit qu'aucune inhumation ne sera faite sans que l'officier de l'état civil se soit transporté sur les lieux et ait constaté la réalité du décès. Un maire ne peut accomplir à la lettre les prescriptions de cette loi, mais il en a toute la responsabilité; dans les villes de quelque importance, le soin de constater la réalité des décès est ordinairement délégué à un médecin, mieux compétent en pareille matière. Pour rentrer dans l'idée de M. Malgaigne, on lèverait une très-grande difficulté dans la confection de la statistique nosologique des causes de décès, si on demandait aux familles elles-mêmes de présenter un certificat constatant la cause du décès. Je m'associe de grand cœur à la proposition de M. Malgaigne.

M. GUÉRARD. Le Code civil n'exige que dans certains cas particuliers la constatation du décès par un homme de l'art. La commission avait demandé d'abord un certificat attestant la réalité du décès, et en même temps un bulletin indicateur de la cause de décès; nous avions parlé du médecin vérificateur ou du médecin cantonal, à défaut de médecin traitant; l'Académie a préféré dire *un médecin délégué par l'autorité*. Il n'y avait aucun moyen moral de forcer le médecin à donner le bulletin indicateur sans obliger la famille à déposer à la mairie ce bulletin cacheté. A Montmorency, on a même renoncé depuis longtemps au bulletin secret; mais comme des réclamations auraient surgi de tous côtés si nous n'avions pas fait une obligation du secret, nous avons maintenu cette obligation. Nous proposons à l'Académie de s'en tenir dans les termes vagues de la conclusion qui lui est soumise.

M. MALGAIGNE. L'idée que j'ai émise et que plusieurs autres avaient appuyée d'une plus grande autorité que la mienne, la commission l'approuve, et, après être convenue qu'elle est bonne, elle ne veut plus en entendre parler. Si ma proposition est bonne, qu'on l'adopte, sinon qu'on vienne nous en signaler les vices. Voilà une œuvre grosse de difficultés, on vous indique un moyen qui remédie à quelques-unes de ces difficultés, et vous ne vous empressez pas de l'accepter. Le gouvernement ne devinera pas ce que l'Académie elle-même n'avait pas deviné dans sa dernière séance.

M. GUÉRARD. Nous avions proposé une conclusion où nous demandions la double constatation du décès et de la cause du décès; nous l'avons retirée parce que des discussions très-fâcheuses se sont produites à ce sujet. Nous avons cru préférable dès lors de nous tenir sur la réserve, et de dire que le bulletin indicateur fourni à la mairie passerait de là aux chefs-lieux d'arrondissement et de département, pour arriver à l'administration centrale. L'administration l'a demandé jusqu'ici aux familles partout où elle l'exige, pourquoi ne ferait-elle pas de même partout? Nous l'avions proposé dans un article précédent qui a été rejeté. Nous sommes arrivés au commencement de la discussion avec un projet complet. La première conclusion rejetée, il a fallu modifier ce projet tout entier. Nous avions d'abord pensé à imposer aux familles cette obligation, qui nous paraît entièrement dans leur intérêt; nous avions demandé une double pièce, constatation du décès et indication de la cause au médecin traitant, et, à son défaut, au médecin vérificateur ou délégué par l'autorité. Depuis la discussion qui a été soulevée à cet égard, nous nous sommes tenus sur la réserve; nous nous contentons de dire que le bulletin, signé et cacheté, arrivera à l'administration centrale avec sa marque extérieure d'origine, tel qu'il aura été déposé. Nous ne voyons pas la nécessité d'imposer un moyen particulier pour faire parvenir ce bulletin.

M. MALGAIGNE. Vous venez nous dire que dans une autre séance vous avez proposé cette même mesure que j'indique, pas aussi clairement qu'elle est présentée aujourd'hui, selon toute probabilité, et vous ne nous faites pas savoir quels arguments vous ont fait fléchir. C'est à mon grand regret que je me trouve mêlé à cette discussion étrangère à mes études; c'était à la commission à vous présenter un projet mieux étudié. Il me semble que l'Académie n'a pas été suffisamment instruite de ce qui se passe en Europe. On nous a apporté un projet élaboré de toutes pièces dans quelques cerveaux. S'il est vrai que l'institution fonctionne ailleurs, et qu'elle fonctionne bien, tâchons de faire de même. Vous nous dites : Ce moyen est bon, et vous ne voulez pas l'adopter. Avec ce moyen cependant il n'y aura plus besoin de circulaire de l'Académie, et vous laisserez en repos le monde médical. Je dis donc que vous devez vous empresser de l'adopter, à moins qu'il n'y ait réellement de bonnes raisons pour le repousser. Tout le monde trouve ce moyen bon, excellent, dites-vous; l'administration sera très-heureuse que vous le lui fassiez connaître. J'insiste pour l'adoption de cette proposition, qui sauvegarde la dignité de l'Académie, et je demande que la motion de M. Devergie soit mise aux voix ou que la conclusion soit renvoyée à la commission.

M. GUÉRARD. Si M. Malgaigne avait assisté à la lecture du rapport, il ne viendrait pas dire aujourd'hui que la commission n'a pas été informée de ce fonctionnement de la statistique qui a lieu dans toute l'Europe. La commission sait très-bien tout ce qui s'est fait; il me suffirait, pour convaincre M. Malgaigne, de relire les premières lignes de mon rapport. Je m'étonne du reproche immérité que M. Malgaigne adresse à la commission. La mesure proposée rentre dans le domaine de l'administration; nous n'avons pas à entrer dans les détails. Si l'Académie est dans les mêmes idées que nous, qu'elle adopte la conclusion que nous lui avons soumise, sinon qu'elle donne la préférence à la proposition de M. Devergie.

M. DEVERGIE. Dans la formule donnée primitivement par M. le rapporteur, il mettait sur le compte du médecin traitant deux fonctions, constater le décès et indiquer la cause de la mort. C'est alors que l'Académie a cru devoir renvoyer cette conclusion à l'examen de la commission. On demande au contraire aujourd'hui que l'Académie émette le vœu qu'aucune inhumation ne soit autorisée sans que la famille remette à l'autorité l'indication de la cause de décès délivrée par le médecin traitant. Cette proposition a l'avantage de satisfaire implicitement au désir émis par M. Velpeau et quelques autres membres.

M. LARREY. Je n'ai qu'un mot à dire : il me semble que l'Académie doit s'inquiéter de savoir si l'administration choisira le meilleur des moyens à employer. L'administration peut être très-embarrassée et choisir le plus mauvais. Je demande qu'on spécifie.

M. MOREAU. Le bulletin indiquant la cause de la mort doit être absolument secret. La proposition de M. Devergie me paraît bonne, et il me semble qu'un mot suffirait pour l'introduire dans la conclusion que la commission nous propose. Il suffirait de dire, au lieu d'*envoyés*, *déposés par la famille à la mairie*. Pour que l'inhumation ait lieu, la constatation du décès suffit, autrement certaines lenteurs entraîneraient des inconvénients graves pour la santé publique. La déclaration de la cause du décès peut être faite dans les quelques jours qui suivront la mort, de même que cela a lieu pour les déclarations de naissance.

M. ADELON. Il y a trois actes civils, l'acte de naissance, l'acte de mariage et l'acte de décès; la loi a parfaitement indiqué les conditions de chacun de ces actes, et vous ne pouvez pas ne pas les respecter absolument. Je crois que la proposition de M. Devergie n'est pas en parfait accord avec les conditions spécifiées par la loi. La loi exige deux choses après un décès, que l'officier de l'état civil constate par lui-même la réalité du décès, et qu'il ne permette l'inhumation qu'après vingt-quatre heures. Avec la proposition de M. Devergie, il dépendrait donc d'un certificat médical qui n'arriverait pas, d'arrêter l'inhumation au détriment de la santé publique. On confond l'indication de la cause de la mort avec l'accomplissement d'un acte civil, la constatation du décès. Il ne faut pas empiéter sur le domaine de la loi.

M. DEVERGIE. Si nous faisions une loi, il faudrait abroger complétement celle qui régit les actes de décès ou la modifier dans quelques-unes de ses parties. Ici nous ne faisons pas une loi, et il est probable même qu'il n'en sera pas fait une d'après cette discussion. Nous émettons simplement un vœu, c'est que l'inhumation soit autorisée sur la présentation d'un certificat indiquant la cause du décès; autrement, on aura une peine infinie à obtenir les bulletins indicateurs. Cela n'empêchera pas de faire les inhumations pressantes aux termes de la loi.

M. GIBERT. Je ne veux dire qu'un mot; il est déplorable que nous voulions empiéter sur le terrain administratif. Vous voulez que des médecins soient appréhendés au corps par les familles ou par l'autorité, avec la proposition de M. Devergie. Nous gagnerons en dignité et en considération en n'adoptant pas cette proposition, qui serait pour les médecins une source de tracas et de procès. La commission a sagement fait en n'entrant pas dans les détails d'exécution pour la remise des bulletins. Je demande la priorité pour la conclusion de la commission.

La huitième proposition est mise aux voix et adoptée.

M. MALGAIGNE. Reste l'addition de M. Devergie.

M. LE PRÉSIDENT. Il n'y a pas de proposition.

M. GUÉRARD donne lecture de la neuvième conclusion.

Neuvième conclusion. — Le dépouillement des bulletins à l'administration centrale nécessitera une coopération médicale.

Cette conclusion est mise aux voix et adoptée sauf rédaction.

M. GUÉRARD donne lecture de la dixième conclusion, ainsi conçue :

Dixième conclusion. — Des encouragements, consistant en *médailles* et *mentions honorables*, pourront être accordés aux médecins qui montreront le plus de zèle à s'acquitter des nouvelles obligations qu'ils vont avoir à remplir.

M. VELPEAU. Il me semble que cet article est de trop; donner des encouragements aux médecins qui mettront le plus de zèle pour indiquer les causes de décès, ne serait-ce pas les accorder à ceux qui auront le plus de morts? Je ne vois pas qu'on puisse déployer beaucoup de zèle à constater des causes de décès.

M. GUÉRARD. Il y a plusieurs manières de rédiger un bulletin de décès, en indiquant avec plus ou moins de précision les circonstances de la maladie. La commission ne s'oppose pas d'ailleurs à la suppression.

La dixième conclusion demeure par conséquent supprimée de fait.

M. DEVERGIE demande si le fait de délivrer cacheté le bulletin indicateur de la cause de la mort, exonérera le médecin de la pénalité fixée par l'article 378 du Code pénal.

M. LE PRÉSIDENT. Assurément, puisque les bulletins ne porteront pas de noms, mais seulement des numéros d'ordre.

La discussion sur la statistique nosologique des causes de décès est définitivement close.

LECTURE.

M. DELAFOND lit, en son nom et au nom de M. Bourguignon, un travail fait en commun et ayant pour titre : *Recherches sur les animalcules de la gale de l'homme et des animaux, et la transmission de la gale des animaux à l'homme.*

Nous reviendrons plus tard sur ce travail, qui n'est pas susceptible d'analyse.

— L'Académie se forme en comité secret à cinq heures moins un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 12 novembre, la chaire de matière médicale de l'Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg, confiée jusqu'ici à un professeur adjoint, sera désormais remplie par un professeur titulaire, et la chaire de chimie, qui était confiée à un professeur titulaire, sera remplie par un professeur adjoint.

M. Oberlin, professeur adjoint à cette Ecole, est nommé professeur titulaire de matière médicale.

— Par arrêté ministériel, M. le docteur Constant a été nommé inspecteur général adjoint des asiles d'aliénés. (*Ann. méd. psych.*)

— Plusieurs concours viennent d'avoir lieu à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. D'abord il s'agissait de la place de premier interne. M. Delmas a été nommé à ces fonctions. Ses concurrents étaient M. Péry, qui a reçu un prix de la valeur de cent francs, et M. Bonnecaze, auquel une récompense de la valeur de cinquante francs a été décernée.

L'ouverture du concours pour l'internat a eu lieu quelques jours après: MM. Marx, Campagnac, Grenier et Duchenne ont été nommés. Enfin, ont été nommés internes-adjoints : MM. Chatard, Kloz, Chassaigne, Demptos, Rigaud, Bouisson et Cornet.

— La séance solennelle de rentrée des Facultés et de l'Ecole de médecine de Bordeaux a eu lieu le 16 novembre, sous la présidence de M. Dutrey, recteur de l'Académie. A la fin de cette séance a eu lieu la distribution des prix, dans l'ordre suivant :

Pour l'anatomie. — *Prix* : M. Demptos, de Camblannes (Gironde); *accessit* : M. Cornet, de Cussac (Dordogne).

Pour la pathologie externe et la chimie. — 1er *prix* : M. Chatard, de Galgon (Gironde); 2e *prix* : M. Cornet, de Cussac (Dordogne); *accessit* : M. Kloz, de Bordeaux (Gironde).

— Dimanche dernier, 22 novembre, a eu lieu chez Véfour le banquet annuel qui a pour but de fêter l'anniversaire de la naissance de l'abbé de l'Epée, et de rappeler la fondation de la première association de prévoyance et de secours mutuels des sourds-muets, instituée il y a plusieurs années par le docteur Blanchet.

Une foule de notabilités de la magistrature, de l'armée, des sciences, des lettres et des arts, se pressaient à ce banquet, pendant lequel n'a cessé de régner la gaieté la plus expansive et la plus franche cordialité.

Après le toast à l'abbé de l'Épée, M. Imbert, sourd-muet, a mimé un discours dont la lecture a été faite ensuite aux assistants. La fête s'est terminée par l'allocution suivante, adressée aux sourds-muets par le docteur Blanchet et mimée par lui, au milieu de leurs applaudissements :

« Mes amis, cette fête de famille, qui nous réunit pour célébrer l'anniversaire de la naissance de l'abbé de l'Epée et de la fondation de la première Société d'assistance en faveur des sourd-muets, consacre chaque année vos titres légitimes à votre émancipation intellectuelle et à votre assimilation aux parlants.

» L'éducation et l'enseignement de la parole auxquels nous sommes heureux de faire participer à Paris aujourd'hui tous vos frères, dès le jeune âge, sans les séparer de la famille et des parlants, font tomber les dernières barrières qui séparaient quelques-uns d'entre vous de la société, et détruisent les préjugés qu'elle conservait à votre égard.

» Permettez-nous donc de renouveler le toast que nous portons chaque année, toast qui est l'expression de notre cœur et de vos vœux.

» A l'universalisation de l'enseignement des sourds-muets et à leur union de plus en plus intime avec les parlants ! »

— Tandis qu'en France un mouvement des plus prononcés a lieu en faveur de l'idée d'une association générale des médecins, il ne semble pas en être de même à Londres. Nous voyons, en effet, qu'un médecin anglais, le docteur Arnott, propose la création d'une Académie de médecine. Voici les réflexions que ce projet suggère au rédacteur du *Medical Circular* : « Peut-être le plus simple arrangement permettrait-il de réunir en une seule toutes les sociétés médicales et d'obtenir leur incorporation par charte royale, et le projet du docteur Arnott serait ainsi mis à exécution. Mais, en présence de ces aspirations, il est bon de se rappeler qu'il n'existe pas sur terre de pouvoir assez grand pour empêcher le corps médical de former des coteries et d'être toujours disposé à créer des sociétés séparées. »

Le Secrét.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 140 — SAMEDI 28 NOVEMBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 140. — SAMEDI 28 NOVEMBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde de forme abdominale, à l'hôpital Saint-Antoine.

Les fièvres typhoïdes se sont montrées très-communes depuis plusieurs mois dans les hôpitaux de Paris, et en ce moment encore elles constituent les affections dominantes. Mais c'est surtout pendant les mois d'août et septembre derniers qu'elles ont paru constituer, tant par leur fréquence que par les caractères et la forme particulière qu'elles ont revêtus, une véritable épidémie locale. M. le docteur Hervieux, chargé alors d'un double service à l'hôpital Saint-Antoine, en même temps qu'il faisait le service du Bureau central, s'est trouvé dans les conditions les plus favorables pour étudier cette épidémie, pour en mesurer l'étendue et en suivre les diverses phases.

Voici quelques détails sur la physionomie de ces affections, que nous empruntons à une note sur ce sujet lue par notre confrère dans une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux.

Au commencement d'août dernier, dit M. Hervieux dans cette communication, époque où il a pris le service de Saint-Antoine, il n'existait dans cet hôpital qu'un nombre très-restreint de cas de fièvre typhoïde. Mais au bout de quelques jours, la proportion des embarras gastro-intestinaux et des fièvres continues légères avait notablement augmenté, et vers la fin de la première quinzaine d'août la presque totalité des lits se trouvait occupée par des affections de cette espèce. Ce qui s'est produit par la suite justifie suffisamment, comme on va le voir, le nom d'épidémie donné à ces manifestations morbides collectives. En effet, cette bénignité extrême de la maladie alors dominante dura tout au plus dix à douze jours, et la dernière quinzaine d'août fut signalée déjà par l'apparition de cas chaque jour plus nombreux et plus graves, si bien qu'à la fin de ce même mois les cas graves formaient la règle et les cas légers l'exception.

Le caractère qui a le plus frappé M. Hervieux à cette époque, dans les divers cas de fièvre typhoïde grave soumis à son observation, a été la prédominance de la forme abdominale. La forme thoracique était alors presque complétement absente ; c'est à peine si, dans quelques cas très-rares, il a constaté un peu de sibilance à l'auscultation de la poitrine. La respiration était généralement intacte. — La diarrhée régna dans presque tous les cas sans exception, et parfois avec une intensité telle, qu'elle s'élevait alors à la hauteur d'une complication. M. Hervieux a remarqué la facilité avec laquelle le dévoiement prenait le caractère séreux, soit spontanément, soit sous l'influence des laxatifs les plus doux. Il arrivait rarement que l'effet purgatif d'une bouteille d'eau de Sedlitz, par exemple, ne se continuât pas les jours suivants, de manière à exiger l'emploi des moyens coërcitifs de la diarrhée.

Un autre phénomène qui semblait témoigner de la localisation de la maladie dans l'appareil digestif, était la fréquence, et même dans certains cas, l'incoërcibilité des vomissements. Chez plusieurs malades, dit M. Hervieux, ce symptôme a offert une ténacité excessive, résistant à tous les modes de traitement, ne se calmant par intervalles que pour reparaître avec une nouvelle intensité, et finalement ne se terminant qu'avec la vie.

Le météorisme s'est fait également remarquer par sa fréquence et son intensité, si bien que dans certains cas il a pu s'élever jusqu'au degré de la tympanite la plus exagérée. La mort a eu lieu dans tous ces cas.

Si l'on ajoute aux phénomènes qui précèdent l'état fuligineux des lèvres et des dents, la sécheresse et le raccourcissement de la langue, et cette élongation particulière des traits désignée sous le nom de facies abdominal, on aura une idée sommaire de la physionomie des malades pendant la première quinzaine de septembre.

Les accidents cérébraux, de même que les accidents thoraciques, n'ont existé qu'à un faible degré dans la majeure partie des cas; presque constamment ils sont restés sur le second plan, le premier étant occupé par les désordres abdominaux.

Dans quelques circonstances cependant, le système nerveux a paru jouer un rôle de quelque importance. Chez quelques sujets profondément atteints par l'affection typhoïde régnante, en même temps que les désordres abdominaux se manifestaient avec leur maximum d'intensité, les traits de la face présentaient cet état d'hébétude et de stupeur, cette somnolence, cette sorte d'abrutissement, cette indifférence profonde à toutes les stimulations extérieures, cet ensemble de phénomènes, en un mot, que l'on peut appeler l'*ébriété typhoïde*.

L'état adynamique était donc lié à la forme abdominale dans la plupart des cas; mais c'étaient toujours les accidents propres à cette forme qui dominaient depuis le début jusqu'à la fin de la maladie. Le délire, la loquacité extrême, l'agitation, les mouvements convulsifs, la *typhomanie*, en un mot, n'a joué qu'un rôle très-secondaire.

Un autre ordre de phénomènes, en même temps qu'il confirme le caractère abdominal assigné à cette épidémie, achèvera d'en traduire la physionomie particulière et d'en faire connaître le *génie*, comme auraient dit les anciens.

Dans la première quinzaine de septembre, comme on l'a vu, la fièvre typhoïde défrayait à elle seule la presque totalité des deux services dont M. Hervieux était chargé en ce moment. A la fin de cette quinzaine et au commencement de la seconde, ce n'était pas seulement la fièvre typhoïde qui apparaissait, mais la dyssenterie, la diarrhée inflammatoire simple, en un mot, des dérangements intestinaux qui n'étaient plus la fièvre typhoïde, mais qui avaient avec elle des liens d'affinité et une communauté évidente d'origine.

M. Hervieux fait remarquer, à cette occasion, la filiation de ces faits pathologiques, bien dignes en effet de fixer l'attention.

Une constitution épidémique, dit-il, se manifeste dans les premiers jours d'août, caractérisée par l'apparition de fièvres typhoïdes bénignes, d'embarras gastriques ou intestinaux, de diarrhées légères; puis, vers le milieu de ce mois, ces diarrhées légères, ces embarras gastro-intestinaux disparaissent pour faire place à des cas de jour en jour plus graves de dothinentérie, lesquels revêtent une physionomie toute particulière, une forme parfaitement accentuée, la forme abdominale. — Cet état de choses se maintient jusqu'à la mi-septembre environ, époque à laquelle la dyssenterie apparaît et devient prédominante. — Ce n'est pas tout : à la même époque à peu près, quelques cas de choléra se manifestent.

Il est aisé de reconnaître effectivement, dans ces diverses affections, quelque différentes qu'elles soient en réalité par leur nature, une circonstance commune à toutes, savoir, de porter avec plus ou moins d'intensité sur l'appareil digestif; circonstance qui, jointe à leur succession et à leur transformation en quelque sorte les unes dans les autres, indique assez qu'elles ont obéi toutes à une même impulsion épidémique.

Mais nous ne nous arrêterons pas plus longtemps sur ces considérations générales, bien qu'elles soient loin de manquer d'intérêt, pour suivre avec M. Hervieux et compléter le récit de cette épidémie, par la relation de quelques autres particularités relatives à la symptomatologie, aux caractères anatomiques, au pronostic et au traitement de la maladie dont il s'agit.

La maladie était remarquable dans la première phase de l'épidémie, par l'abondance extrême des taches rosées lenticulaires. Elles occupaient, comme à l'ordinaire, la partie antérieure du tronc; mais dans nombre de cas, elles se sont étendues aux autres parties du corps, au cou, aux régions dorsale et fessière, à la partie supérieure des cuisses, de manière à présenter les caractères d'une éruption généralisée. La confluence de ces taches était parfois telle, qu'elles rappelaient cette variété de rougeole que l'on a qualifiée de boutonneuse. (Nous avons eu l'occasion de constater récemment la même fréquence et la même abondance d'éruptions typhoïdes dans les salles de médecine du Gros-Caillou, où les affections typhoïdes sont en ce moment très-communes aussi.) Non-seulement les taches rosées se manifestaient chez la plupart des malades avec une exubérance insolite, comme nous l'avons tous observé lors de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a succédé à la dernière épidémie de choléra, mais encore les sudamina se rencontraient avec une fréquence extrême, et dans quelques cas même, il y eut une éruption assez nombreuse de bulles de pemphigus.

Les lésions anatomiques étaient telles que devait le faire pressentir la forme spéciale de l'affection. L'intestin était presque toujours sérieusement et profondément atteint. La dernière partie de l'intestin grêle était comme labourée par de vastes et nombreuses ulcérations. La surface interne du cœcum semblait parfois convertie en un vaste ulcère. Les ganglions mésentériques correspondant aux parties les plus malades de l'intestin étaient plus ou moins altérés; la rate était plus ou moins ramollie. Les organes des cavités thoracique et crânienne étaient le plus souvent intacts; à peine dans quelques cas y avait-il un peu d'engouement à la partie postérieure des poumons et un peu d'injection de la pie-mère.

La forme particulière qu'a revêtue la fièvre typhoïde dans cette épidémie a donné lieu à des indications spéciales, qui ont obligé M. Hervieux à se départir des principes qui le guident habituellement dans la thérapeutique de cette affection.

L'indication des purgations n'a pu être remplie qu'avec une très-grande réserve, et souvent même M. Hervieux n'a pas osé y

---

BIBLIOGRAPHIE.

Précis iconographique des bandages, pansements et appareils; par M. le docteur GOFFRES, médecin principal, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier (1).

Déjà à deux reprises, depuis le commencement de sa publication, nous avons eu occasion de signaler ce livre à l'attention, et nous exprimions le regret que les fascicules ne s'en succédassent pas avec plus de rapidité. Nous savons que des circonstances graves, tout à fait indépendantes de la volonté de l'auteur, un service important de blessés dont il fut chargé pendant la guerre d'Orient, l'empêchèrent de poursuivre avec autant de promptitude qu'il l'aurait voulu l'achèvement de son œuvre. Aussi ne lui en ferons-nous pas un reproche bien sérieux, et nous bornerons-nous à signaler enfin la mise en vente de la huitième et dernière livraison, si impatiemment attendue par les souscripteurs.

Jetons aujourd'hui un coup d'œil sur l'ensemble de l'ouvrage, suivons l'auteur dans le plan qu'il s'est tracé, et examinons la manière dont il s'est acquitté de sa tâche.

Sous le nom générique de pansements, M. Goffres désigne l'application méthodique et périodique de tous les objets ayant pour but la guérison des parties lésées, soit par cause interne ou externe, soit par suite d'une opération chirurgicale. Parmi ces objets, les uns servent aux pansements et ne restent pas appliqués sur les surfaces lésées; ce sont les *instruments* de pansement. Les autres sont destinés à être fixés d'une manière plus ou moins durable; ce sont les *pièces* de pansement. Ces pièces, préparées et disposées ordinairement d'avance, constituent l'*appareil* de pansement. Enfin, sous le nom de *bandages*, sont comprises les pièces d'appareil qui servent soit à maintenir les parties blessées dans des rapports convenables, soit à fixer les topiques ou autres objets de pansement; d'où le titre du livre *Précis des bandages, pansements et appareils*, que l'auteur a adopté.

Le livre de M. Goffres est divisé en cinq parties ou sections.

La première comprend la description des instruments et des premières pièces d'appareil de pansement. Les instruments, tout le monde les connaît; ils composent la trousse de l'externe des hôpitaux et du sous-aide de l'armée; ce sont : la lancette, les bistouris, le rasoir, la sonde, les ciseaux, la pince, etc. Les premières pièces d'appareil sont la charpie et les compresses. Dans un traité élémentaire, il convenait de dire comment devait être employée la charpie, quelle forme on donnait le plus habituellement aux plumasseaux, gâteaux, bourdonnets, pelotes, etc., toutes choses que doivent en effet connaître les commençants, et auxquelles on doit les exercer, quand ce ne serait que pour donner à leurs mains l'adresse et la souplesse nécessaires. Cependant aujourd'hui il faut bien avouer que l'on est un peu revenu de toutes ces minuties de l'ancienne chirurgie, et l'on pourrait presque dire que l'on apprend aux élèves à faire des plumasseaux pour que plus tard ils n'en fassent pas. En effet, l'expérience semble avoir démontré qu'il est plus conforme à l'intérêt du malade d'employer de petites masses de charpie choisies, parfaitement égalisées et douces, mais dont les brins ne fussent pas exactement parallèles comme dans le plumasseau classique; le pus est mieux absorbé, et, ce qui n'est pas indifférent, la préparation de l'appareil est plus rapide. Nous eussions aimé voir, en passant, M. Goffres signaler l'inconvénient du plumasseau régulier, pour la bonne confection duquel Roux, mort il y a quelques années, fut, croyons-nous, l'un des derniers à professer un fanatisme puéril et presque ridicule.

Les secondes pièces d'appareil de pansement, ou les bandages proprement dits, font le sujet de la deuxième partie, que l'auteur commence, comme toujours, par les préceptes les plus élémentaires, la manière, par exemple, de rouler les bandes, de les allonger, de les arrêter, etc.

Nous avons remarqué, dans ce qui a trait aux linges pleins, une appréciation fort judicieuse de la réforme de M. Mayer (de Lausanne), et une autre, un peu trop sévère peut-être, du nouveau système de déligation de notre confrère et ami M. Rigal (de Gaillac), qui nous promet depuis plus de quinze ans, hélas! un livre que nous finirons par perdre l'espérance de voir paraître. Puisse cette phrase lui tomber sous les yeux, et stimuler un peu une indolence qui tourne au détriment de l'humanité!

(1) Un vol. in-18 de 600 pages, avec 80 planches gravées sur acier. — Chez Méquignon-Marvis.

satisfaire du tout, par cette raison que les laxatifs donnaient lieu à des superpurgations dont l'intensité l'effrayait, que la diarrhée prenait facilement, sous l'influence de l'eau de Sedlitz ou de l'huile de ricin, le caractère séreux, que les selles se répétaient avec une fréquence des plus alarmantes et se mélangeaient alors, tantôt de sang, tantôt de grumeaux blancs, riziformes. A raison de cette constitution particulière, M. Hervieux s'est abstenu des évacuants ou n'y a recouru du moins qu'avec une grande modération. Pensant même qu'une médication entièrement opposée serait beaucoup mieux appropriée au caractère spécial de la maladie, il a eu recours aux opiacés, qu'il a prescrits en lavements, en potions, et même sous la forme topique. Il a presque toujours réussi de cette manière à se rendre maître de la diarrhée, et par suite à prévenir l'état de prostration et d'épuisement dans lequel la persistance de cet accident tendait à plonger la plupart des malades.

Les opiacés n'ont pas eu à beaucoup près le même succès dans les cas de vomissements rebelles; mais toutes les autres médications échouaient alors également. La glace seule, prise à l'intérieur et par petits fragments, a paru le moins infidèle de tous les remèdes et le mieux supporté.

Le météorisme, la tension et la sensibilité de la paroi antérieure de l'abdomen ont été combattus par les ventouses scarifiées. C'est le seul cas où M. Hervieux ait eu recours à l'un des agents de la méthode anti-phlogistique.

Les bains d'affusion ont été employés sur un certain nombre de malades, mais avec des résultats généralement assez peu satisfaisants. En effet, dit M. Hervieux, si dans un certain nombre de cas on n'a constaté aucun accident, soit immédiat, soit consécutif à l'emploi de ce moyen, plus d'une fois aussi on a vu se développer sous leur influence des exacerbations du mouvement fébrile, lesquelles s'accompagnaient d'une sécheresse aride et brûlante de la peau, d'agitation et d'insomnie.

D'un autre côté, les avantages thérapeutiques qu'on a pu retirer de l'emploi de ces bains ont paru trop douteux pour compenser les dangers auxquels ils ont exposé quelques malades. Lorsque l'affaissement et la torpeur étaient considérables, M. Hervieux a cru remarquer que les bains d'affusion réussissaient assez souvent à réveiller en quelque sorte les malades de l'état de somnolence et d'inertie où ils étaient tombés. Il a vu parfois aussi les accidents de la typhomanie se modifier avantageusement sous l'influence des affusions. Mais pour quelques cas où ces avantages lui ont paru incontestables, il en est un grand nombre où l'effet était tantôt nul, tantôt même fâcheux.

Il y aurait lieu ici peut-être de nous arrêter sur quelques-unes des questions de thérapeutique soulevées par la communication de M. Hervieux, et notamment sur les réflexions qu'elles ont suscitées dans le sein de la Société médicale des hôpitaux. Mais nous n'avons eu d'autre but pour l'instant que d'exposer la physionomie générale d'une épidémie circonscrite de fièvre typhoïde qui méritait d'être signalée. Nous reprendrons dans une autre occasion les questions de thérapeutique qui s'y rattachent.

Tympanite péritonéale.

T..., garde de Paris, âgé de quarante-sept ans, d'une constitution primitivement robuste, mais actuellement ébranlée par l'usage habituel des alcooliques, éprouva à la suite d'une prise d'armes prolongée un sentiment de lassitude et d'accablement, auquel succéda bientôt un mouvement fébrile avec symptômes d'embarras gastrique. Il fut dirigé sur le Val-de-Grâce dans le service de M. Champouillon.

Une saignée du bras, puis un vomitif, abattent la fièvre et font disparaître l'état saburral. Mais peu de jours après, la maladie, qui s'annonçait sous la forme d'une simple courbature, se complique d'état typhoïde caractérisé par la soif, la prostration, l'insomnie, la sécheresse fuligineuse de la langue, de la diarrhée et un léger météorisme.

L'entérite folliculeuse une fois établie suit paisiblement son évolution sans délire et sans la fréquence du pouls habituelle en pareil cas; mais les selles sont fréquentes, involontaires, extrêmement fétides; les matières excrétées ressemblent à du pus sanguinolent.

Vers le douzième jour de la maladie, le ballonnement du ventre prend des proportions extraordinaires; la percussion résonne comme dans la tympanite. Toutefois l'absence de vomissements, de douleur ou d'épanchements, la forme du pouls, ne permettent guère de rattacher ce phénomène à une péritonite soit partielle, soit générale. Aussi M. Champouillon se borne-t-il à prescrire des boissons carminatives, des frictions excitantes combinées avec des topiques froids sur le ventre dans l'espoir de favoriser l'expulsion des gaz soit par leur condensation, soit par un appel à l'action péristaltique de l'intestin.

Toutes ces tentatives demeurent sans effet, et font prévaloir la supposition d'une tympanite péritonéale dont rien ne réussit à arrêter la marche; son développement est tel qu'en refoulant le diaphragme, il amène l'asphyxie et la mort, au moment même où M. Champouillon se disposait à pratiquer la paracenthèse.

L'autopsie offrait un certain intérêt au point de vue de la vérification du diagnostic : il y fut donc procédé avec le plus grand soin.

Dès que le scalpel a pénétré dans la cavité abdominale, un jet de gaz odorant s'échappe par l'ouverture de l'incision, et le ventre s'affaisse presque complétement. Aucune trace de péritonite; 60 grammes environ de sérosité brunâtre accumulée dans le bassin; plusieurs taches livides sur les circonvolutions intestinales; ces lividités correspondent à huit ulcérations disséminées dans le dernier tiers de l'intestin grêle. Ces ulcérations reposent sur la séreuse viscérale. Beaucoup d'autres altérations superficielles, ainsi que des plaques gaufrées, se font remarquer sur la muqueuse de l'intestin grêle.

Le tube digestif n'est que médiocrement distendu par les gaz.

Ce fait soulève deux questions intéressantes : Quelle a été la source de cette pneumatose péritonéale? Quel était le meilleur moyen de la combattre?

Quelle a été la source de la pneumatose péritonéale?

Il n'y avait ni perforation intestinale ni péritonite. Ce n'était par conséquent ni à l'une ni à l'autre de ces deux causes les plus habituelles de tympanite péritonéale qu'on pouvait attribuer celle ci. Il n'y avait non plus ni iléus, ni étranglement intestinal, ni rétrécissement de l'orifice iléo-cœcal, ainsi que cela eut lieu dans un fait rapporté l'année dernière par M. le docteur Hip. Bourdon à la Société médicale des hôpitaux; et d'ailleurs il y aurait eu dans chacun de ces cas une tympanite intestinale et non point une tympanite péritonéale, comme cela avait lieu dans l'espèce. Cette pneumatose était-elle due à une exhalation morbide de la séreuse; était-elle le résultat de l'exosmose en vertu de laquelle les gaz formés dans l'intestin auraient passé dans la cavité péritonéale? Ou bien était-ce l'effet d'une sorte de filtration de matières stercorales et purulentes à travers les points ulcérés de l'intestin, lesquelles se seraient ensuite décomposées dans la cavité du péritoine et auraient donné naissance au dégagement de gaz acide carbonique et d'hydrogène carboné?

On comprendra que nous ne répondions affirmativement à aucune de ces questions, que nous nous bornons à poser comme autant d'hypothèses possibles. S'il était absolument nécessaire cependant de s'arrêter à l'une d'elles, celle de l'exosmose nous semblerait trouver ici un appui dans les faits exposés par M. le professeur Tigri dans un article publié tout récemment (voir notre numéro du 19 novembre). Nous croyons plus sage toutefois de rester dans le doute.

Mais quelle que soit la cause de cette accumulation de gaz dans la cavité péritonéale, elle ne change point à nos yeux la réponse que nous devons faire maintenant à la seconde question : quel était le meilleur moyen de combattre cette pneumatose ou plutôt de prévenir l'issue fatale qu'elle a entraînée?

On a vu plus haut que M. Champouillon s'était proposé de pratiquer la paracenthèse. Malheureusement la bonne intention de notre confrère a été paralysée, il a été prévenu dans son projet par l'excessive rapidité avec laquelle les accidents ont marché. C'était là en effet l'indication la plus rationnelle, c'était le seul moyen capable dans ce cas, sinon de guérir le malade qui avait encore à courir toutes les chances d'une entérite folliculeuse grave, mais du moins de prolonger sa vie en conjurant l'accident qui a si rapidement entraîné la mort. Nous n'hésiterions pas, pour notre compte, à recourir en pareil cas à la ponction, et par conséquent à la conseiller. Voici sur quels faits nous nous fondons.

La ponction dans la tympanite n'est point une opération nouvelle ni absolument insolite, bien que l'indication ne s'en trouve pas formulée dans les livres classiques. Sans invoquer ici les témoignages de la médecine vétérinaire, qui la met fréquemment en usage chez les animaux atteints d'*empansement*, on peut trouver dans la médecine humaine des exemples qui justifient pleinement cette opération. La question a été soulevée l'année dernière au congrès de Rochefort, à l'occasion de la lecture d'une note de M. le docteur Garnault (de Pons) sur ce sujet. Ce médecin avait été provoqué à soumettre ce point de pratique au Congrès par un cas de mort due à la pneumatose, et où la ponction, proposée par l'un des consultants, avait été repoussée par la majorité. M. le docteur Dechambre, en rendant compte de ce fait dans la *Gazette hebdomadaire*, n'hésite pas à formuler cette proposition :

« La ponction, soit du péritoine seul, soit du péritoine et de l'intestin, doit être pratiquée toutes les fois que le volume des gaz est assez considérable pour compromettre sérieusement la respiration et la circulation. » Il l'a fait pratiquer chez deux malades de sa clientèle, une fois par M. Monod, pour un cas de rétention de matières fécales accompagnée d'un tympanisme énorme qui menaçait immédiatement la vie du malade; l'opération eut un plein succès; une seconde fois par M. Boinet, chez un malade qui succomba peu de temps après aux suites d'une maladie du cœur, mais sans aucun symptôme qui pût être rapporté à la piqûre de l'intestin ou du péritoine.

En 1852, M. le docteur Labric rapportait dans sa thèse inaugurale quatre observations de ponction abdominale pratiquée pour remédier à des tympanites intestinales qui menaçaient les malades d'une suffocation immédiate. Si de ces quatre malades un seul a guéri, il n'en faudrait rien conclure contre l'opération elle-même, qui dans les trois autres cas a procuré un soulagement immédiat, et est restée manifestement étrangère aux accidents qui ont causé la mort. Nous voyons enfin, dans un article publié à cette époque dans le *Bulletin de Thérapeutique*, à l'occasion de la thèse de M. Labric, que M. le professeur Nélaton, dans cinq cas au moins, à l'instigation de Récamier, a pratiqué la ponction abdominale dans des circonstances semblables, et que non-seulement cette pratique n'a été suivie d'aucun accident, mais encore que les malades ont été toujours soulagés, que la tympanite a même guéri dans un cas ou deux. M. Velpeau, d'après le témoignage de l'auteur de l'article cité, aurait également pratiqué deux fois cette opération avec succès dans des cas analogues.

On remarquera que nous avons confondu ici avec intention les cas de tympanite intestinale avec les cas beaucoup plus rares de tympanite péritonéale, parce que ce qui est applicable aux premiers l'est *à fortiori* aux seconds, où les chances de danger sont moindres, si les chances de succès ne sont pas plus nombreuses.

Nous conclurons donc de tout ce qui précède que M. Champouillon était parfaitement fondé, dans le cas qui fait le sujet de ces réflexions, à pratiquer la paracenthèse bien que les chances de succès eussent été probablement très-minimes à cause de la gravité de la maladie dont la tympanite n'était qu'une complication. Cette dernière circonstance est de nature à tempérer le regret qu'il a dû avoir de s'être laissé déborder par la rapidité des accidents.

Moyen d'apprécier la pesanteur spécifique des diverses tumeurs du testicule.

Dans le numéro du 22 octobre dernier, nous avons inséré une leçon clinique de M. le professeur Nélaton dont l'objet était de montrer combien est infidèle à ses yeux le signe diagnostic déduit

---

La classification des bandages adoptée par M. Goffres est, avec de légères modifications, celle qu'a proposée Gerdy, et qui a pour principe les figures irrégulières auxquelles chaque bandage peut être comparé. Ce grand principe une fois admis, M. Goffres divise les bandages en classes, ordres et genres; puis il groupe chaque ordre en procédant de la tête aux pieds, de manière à décrire successivement les bandages de chaque région, rattachant à chaque ordre les genres et les espèces qu'ils peuvent comporter.

Les fractures, leur réduction, leurs pansements et leurs bandages, puis l'entorse, les luxations et leurs moyens de réduction, sont étudiés dans les troisième et quatrième parties. Enfin les pansements en général, les pansements particuliers à certaines opérations chirurgicales, et d'importants détails relatifs au service de santé des armées, aux élèves chirurgiens auxquels, en raison de sa position, M. Goffres devait particulièrement destiner son travail, complètent et terminent le volume, qui a pris sous sa plume une étendue qu'il ne devait pas avoir d'abord et dont nous devons complimenter l'auteur, jaloux de ne pas laisser incomplète une œuvre qui dépasse de bien loin toutes celles du même genre publiées jusqu'à présent.

Deux grands mérites recommandent surtout le traité de M. Goffres et le placent au-dessus des livres de ses devanciers. C'est d'abord une description simple, claire, facilement intelligible à tous, des bandages les plus élémentaires comme les plus compliqués. On ne se rend pas suffisamment compte, lorsque l'on n'a pas essayé soi-même de la résoudre, de la difficulté que l'on éprouve à décrire intelligiblement un bandage, si peu composé qu'il paraisse. Aussi M. Goffres, mettant tout amour-propre de côté, n'a-t-il pas hésité un seul instant, lorsqu'il a trouvé une bonne description dans un auteur, à la transcrire textuellement, en indiquant la source à laquelle il a puisé. Mais, il faut bien le dire, ces emprunts ne sont pas fréquents, et le plus souvent il a dû refaire en entier les explications présentées par ceux qui l'ont précédé.

Enfin, convaincu qu'il n'est pas de description, si bien faite soit-elle, qui puisse remplacer une image bien faite, il a joint à son texte une série de planches dessinées d'après nature et sous ses yeux par un habile artiste, M. Cornuel, et transportées sur acier par le burin exercé d'un graveur bien connu, M. Davesne, auquel on doit les planches du *Précis de médecine opératoire* de MM. Bernard et Huette, l'un des chefs-d'œuvre de la librairie Méquignon-Marvis.

On se rendrait difficilement compte, sans l'avoir vu, de la sévérité d'examen qu'a exigée un pareil travail. On ne saurait croire combien l'auteur a dû consacrer à ses croquis de temps et de patience, combien il a fallu rencontrer d'intelligence et de bon vouloir chez les artistes qui lui ont prêté leur concours, pour arriver à une précision aussi parfaite, à une vérité aussi frappante, à un fini d'exécution aussi merveilleux.

Nous ne terminerons pas sans dire que si l'auteur a droit à la reconnaissance des élèves et même des praticiens, pour la perfection du guide qu'il leur a donné pour se livrer à l'étude si nécessaire, et peut-être trop négligée aujourd'hui, des bandages, pansements et appareils, l'intelligent éditeur qui l'a si bien secondé ne mérite pas moins d'éloges sincères pour avoir si dignement complété la série d'iconographies qu'ont ouverte avec tant de succès l'Atlas d'anatomie de Masse et le Précis de médecine opératoire auquel nous venons de faire allusion.

Dr A. Foucart.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Dictionnaire général de Biographie et d'Histoire, de Mythologie, de Géographie ancienne et moderne comparée, des Antiquités et des Institutions grecques, romaines, françaises et étrangères, par MM. Ch. Dezobry, auteur de *Rome au siècle d'Auguste*, et Th. Bachelet, agrégé d'histoire, professeur au lycée impérial de Rouen, et une société de littérateurs, de professeurs et de savants. Un vol. grand in-8° jésus, à deux colonnes, de 3,000 pages environ, divisé en deux parties ou tomes. Prix : broché (les 2 volumes), 25 fr. On trouve chez les éditeurs un assortiment d'élégantes reliures en percaline anglaise, en demi-veau et en demi-chagrin, à des prix modérés. L'ouvrage se publie aussi en 52 livraisons à 50 centimes; il en paraît deux par semaine, le lundi et le jeudi, depuis le 1er octobre 1857. — Paris, 1857; chez Dezobry, E. Magdeleine et Cie, rue du Cloître-Saint-Benoît, 10.

Quoique cet ouvrage ne soit pas un livre de médecine, nous le mentionnons ici à cause de son importance et de son extrême utilité, en attendant que nous en donnions le compte rendu qu'il mérite si bien.

du poids spécifique des tumeurs testiculaires. M. le docteur Mérieux nous adresse à ce sujet quelques réflexions auxquelles nous croyons devoir donner place ici.

« En lisant l'observation de M. le professeur Nélaton sur la valeur du poids spécifique comme élément de diagnostic, j'ai été frappé, dit M. Mérieux, de la conclusion de ce savant médecin. Il serait bien extraordinaire qu'un signe comme celui-là ait été répété dans tous les ouvrages de médecine s'il n'avait pas une certaine valeur.

» Pour ma part, soit préjugé, soit autrement, j'avais toujours cru sentir une différence dans les poids d'un sarcocèle ou d'un hydrocèle. Il est bien certain qu'au poids, on reconnaît très-facilement un bijou d'or d'avec un de cuivre ou d'argent, et il est facile de reconnaître une pièce d'or, rien qu'en la secouant sur la paume de la main. La qualité d'un fruit de cucurbitacé se reconnaît au poids spécifique, et cependant la différence entre un bon et un mauvais n'est pas d'un trentième. Les marchands de blé connaissent à la main le poids spécifique de ce grain à un centième près. Il est donc probable qu'il est donné à certains chirurgiens de reconnaître le poids spécifique d'une tumeur du testicule. (Nous ferons remarquer ici en passant que les exemples cités par notre confrère manquent un peu de justesse et ne sauraient s'appliquer rigoureusement au cas dont il s'agit. Dans les exemples cités en effet, on a un terme de comparaison sous la main, tandis que le chirurgien manque de ce moyen de contrôle.)

» Mais, continue M. Mérieux, il y aurait un moyen bien plus simple de reconnaître et de rendre sensible à tout le monde le poids spécifique, ce serait de sous-peser la tumeur dans l'eau.

» Ainsi, pour le premier cas de M. Nélaton, si le malade avait été placé dans un bain, sa tumeur aurait eu un poids absolu d'environ 16 grammes; tandis que si c'eût été un hydrocèle, elle n'eût pesé que 4 grammes. Une différence de 12 grammes doit être appréciée par bien peu de monde. Qu'est-ce qui empêcherait, d'ailleurs, de faire sur le vivant ce qu'on fait sur la tumeur détachée, c'est-à-dire peser le testicule à l'air et ensuite dans l'eau?

» Il y aurait aussi un moyen de rendre la chose sensible et de parler aux yeux: ce serait de plonger le malade dans un liquide dont la densité serait plus grande que celle de l'hydrocèle et moindre que celle du sarcocèle. Le lait, par exemple, qui pèse 1,034, serait plus lourd que l'hydrocèle, qui pèse 1,01, et plus léger que les tumeurs de M. Nélaton, qui varient de 1,035 à 1,094; en sorte que le malade affecté d'hydrocèle verrait la tumeur remonter vers la surface du liquide, tandis que celui qui aurait un sarcocèle sentirait pendre ses testicules. Mais comme le lait est un liquide assez cher, on pourrait très-avantageusement le remplacer par une solution de sulfate de soude du commerce à la dose de 6 p. 0/0. Ce bain, qui coûterait très-bon marché, aurait l'avantage, vu sa transparence, de laisser apercevoir au chirurgien et aux assistants les phénomènes d'hydrostatique qui pourraient dans les cas obscurs éclairer le diagnostic. »

Nous ne savons trop jusqu'à quel point ce moyen serait praticable, et surtout s'il serait bien utile, quand il ne s'agit après tout que d'un signe diagnostique d'une importance secondaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 novembre 1857. — Présidence de M. Bouvier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. MAISONNEUVE, à l'occasion du procès-verbal, annonce qu'il a dans son service une malade qui est atteinte d'une perforation des parois de la poitrine, à la suite de la cautérisation d'un cancer du sein. En enlevant l'eschare, il s'aperçut qu'il y avait à la face profonde une petite saillie qui pénétrait dans la cavité pleurale. Il boucha l'ouverture qui en résultait avec son doigt, puis avec du diachylon, et il n'en résulta aucun accident. Il se demande si cette perforation est le résultat de l'action du caustique ou d'un prolongement de la masse cancéreuse. Cette dernière supposition lui semble la plus probable.

M. MOREL-LAVALLÉE demande s'il n'y avait pas dans le point attaqué des adhérences qui expliqueraient l'absence d'accidents.

M. MAISONNEUVE répond qu'il n'y avait pas d'adhérences, car il fut prévenu de l'accident par le sifflement dû à l'entrée de l'air.

M. HUGUIER fait observer que si la tumeur avait son siége au niveau des quatrième et cinquième espaces interosseux, la tumeur pour arriver à la plèvre aurait traversé le grand pectoral et les muscles intercostaux, ainsi que leurs aponévroses. Cela ne se voit guère dans les tumeurs cancéreuses, et il est plutôt à croire que la perforation est due au caustique.

M. GIRALDÈS. On a reproché au procédé et au caustique du docteur Tell d'aller plus loin qu'on ne le voudrait; on a dit que dans quelques cas cet agent avait détruit avec les parties malades les tissus sains de la région; les parois de l'abdomen et de la poitrine ont été entamées et perforées. Le docteur Tell a nié une partie de ces faits, mais il avoue que, dans trois cas de tumeurs adhérentes de la mamelle, les parois de la poitrine, y compris les côtes correspondantes, ont été détruites par le caustique, et que la plèvre pulmonaire, dans un cas, a été mise complétement à découvert. Malgré ces larges ouvertures, suivant le dire de ce praticien, les choses ont marché parfaitement bien.

M. VERNEUIL remercie M. Maisonneuve d'avoir communiqué ce fait. La perforation ne peut être due à un prolongement de la tumeur, car on l'aurait trouvée à la face profonde de l'eschare. Il est donc prouvé que l'action du caustique peut aller plus loin qu'on ne veut, et on ne peut admettre la possibilité d'une limitation exacte de l'eschare. Dans le cas où la cautérisation serait admise, il faudrait chercher si le galvano caustique ne fournirait pas un moyen plus sûr que les caustiques.

M. DEMARQUAY lit la note suivante:

« Messieurs,

» De tout temps on a cherché à détruire les tumeurs de mauvaise nature par l'application des caustiques. Depuis quinze ans que M. Manec a eu recours à ces agents pour détruire certaines tumeurs cancéreuses, beaucoup de chirurgiens ont eu recours aux mêmes moyens, ou à d'autres plus actifs encore. Il ne s'agit donc point, à mon sens, de démontrer la puissance des agents cautérisateurs, mais bien d'établir les indications de leur application, et le choix qu'on doit en faire. Un fait qui a dû frapper tous les praticiens, c'est celui-ci: les tumeurs le plus généralement traitées par les caustiques sont les tumeurs du sein. Il y a à cela deux raisons: la première, c'est qu'il n'y a point de régions de l'économie où l'on rencontre plus de tumeurs bénignes que dans celle-là, et partant, où l'on puisse obtenir plus de succès; la seconde, c'est que là, plus que partout ailleurs, le médicastre se trouve le mieux à l'abri des hémorrhagies consécutives.

» Un fait qui m'a encore frappé, et sur lequel j'appelle votre attention, est celui-ci: La plupart des médicastres qui ont recours aux caustiques pour détruire les tumeurs mammaires, qui sont toujours pour eux des tumeurs, montrent aux malheureuses malades qui se présentent à eux, une longue liste sur laquelle se trouvent inscrites bon nombre de nos opérées devenues incurables par nos opérations, et toujours guéries par eux. Ne pouvant détourner une de mes pauvres malades de se livrer à des mains ignorantes et cupides, je l'ai priée de me faire voir cette fameuse liste de succès qui avait tant frappé son imagination. J'y ai trouvé, vous le pensez bien, la démonstration la plus évidente de l'impuissance de la plupart de nos collègues à guérir les tumeurs du sein par l'instrument tranchant, et la mienne, bien entendu, en particulier.

» Mais, hélas! quand j'ai voulu constater la guérison de ma pauvre malade, plusieurs fois opérée par moi, et, suivant la liste, guérie par les caustiques, j'ai appris qu'elle était morte des suites fâcheuses des applications de ces agents destructeurs, et peu de jours après cette constatation, ma malheureuse malade, qui n'avait point voulu suivre les sages avis que nous lui avions donnés, mourait littéralement de douleur à la suite d'une application formidable de l'agent cautérisateur. Vous le voyez, il n'importe pas de démontrer, par la présentation d'une pièce, la puissance des agents caustiques, mais bien d'indiquer l'opportunité de leur application, leur efficacité, et surtout leur innocuité.

» M. Manec, qui s'est tant occupé de ce sujet, et dont les idées sont résumées dans le livre de M. Velpeau sur les tumeurs du sein, n'a recours aux caustiques que pour détruire les tumeurs cancéreuses superficielles, en nappe, et ne présentant point une grande étendue. Certainement on peut détruire, comme l'a fait M. Maisonneuve, de volumineuses tumeurs par de larges applications de caustiques. Mais alors vous privez, comme cela a été dit ici, de malheureuses malades des bénéfices du chloroforme, vous leur faites subir d'horribles douleurs, et sans aucun profit, car il n'est nullement démontré que la récidive soit moins fréquente par les opérations faites de cette manière, que lorsque vous vous servez du bistouri. Et qu'on ne dise pas que les malades ne souffrent pas par l'application des caustiques; toutes celles que j'ai vu opérer ou que j'ai opérées moi-même, ont toutes énormément souffert.

» Je rejette donc la destruction des tumeurs du sein un peu volumineuses par les caustiques, le bistouri dans ce cas me paraissant plus sûr et infiniment moins douloureux; et, pour mon compte, je n'ai recours au chlorure de zinc ou à la pâte de frère Côme, ou à la poudre de Vienne, que dans les cancers superficiels, ou aux récidives bien limitées de cancers opérés par le bistouri, ou encore dans les cancers cutanés, etc. En effet, comment admettre qu'en dehors de ces conditions on puisse sagement recourir aux caustiques comme agents destructeurs de tumeurs de mauvaise nature?

» Ainsi, on ne peut admettre rationnellement l'application des caustiques dans certaines régions où on rencontre un grand nombre de vaisseaux et de nerfs importants; là, en effet, il y a un danger imminent pour le malade, puisqu'on ne peut point limiter l'action de l'agent destructeur et que l'on n'est point sûr de ne pas ouvrir une veine, une artère, ou de détruire un nerf plus ou moins important. Et que l'on ne croie pas que ces agents ne causent pas d'hémorrhagie; car, au début de mes études, j'ai vu une malade de Blandin opérée d'une tumeur du sein se dirigeant vers l'aisselle, par le caustique de Canquoin, donner une grave hémorrhagie. Une pauvre malade que j'ai opérée sous les yeux de M. Monod par la poudre de frère Côme, et sans succès, a beaucoup souffert, et de plus elle a eu une hémorrhagie. Ce que je viens de dire des tumeurs situées dans des régions dangereuses, comme les appelait Paré, je le dirai pour les tumeurs profondément placées au milieu des masses musculaires.

» Maintenant, doit-on recourir aux caustiques potentiels pour détruire les tumeurs profondément placées dans des cavités muqueuses? Je ne le pense pas; ils sont le plus souvent inefficaces et souvent dangereux. La plupart de ces tumeurs sont inopérables, et, quand elles le sont, le chirurgien en triomphe bien mieux soit par le bistouri, soit par l'application de l'écraseur linéaire, qui rend dans ces circonstances de si grands services aux chirurgiens et aux malades.

» Nous voyons depuis longtemps annoncer la destruction d'un certain nombre de tumeurs par l'application de divers agents qui n'exposent, dit-on, à aucun danger. Je voudrais bien qu'il en fût ainsi; mais combien de fois n'ai-je point vu avec M. Monod de malheureuses victimes de ces annonces trompeuses! Cette année même, j'ai vu dans le service de ce chirurgien deux malheureux opérés de la sorte, l'un d'une tumeur fort petite qu'il portait à la tête; il a failli mourir d'érysipèle. Un autre, traité par un médecin qui se dit spécialiste, d'un bourrelet hémorrhoïdaire par l'application d'un caustique liquide, a éprouvé des douleurs atroces que rien ne put calmer pendant sept à huit jours. Lorsque j'étais interne de Breschet, j'ai vu un de nos honorables collègues, à cette époque chirurgien du Bureau central, cautériser avec le caustique Filhos une petite surface ulcérée située à l'entrée de l'anus. Cette cautérisation, faite avec habileté, amena des accidents formidables, et la mort en peu de jours. A l'autopsie, nous trouvâmes une nappe de pus qui s'étendait sous le péritoine depuis l'anus jusqu'au diaphragme.

» Je me résume en disant de nouveau: Ce qu'il faut démontrer, ce n'est pas la puissance des agents cautérisateurs, mais bien déterminer les indications que l'on croit nouvelles. M. Maisonneuve peut ici, s'il le veut, apporter le produit de son expérience et éclairer la question. »

M. GIRALDÈS reproche à M. Demarquay de n'avoir pas conclu, et soutient qu'aucun chirurgien instruit ne croit guérir la diathèse cancéreuse par le caustique. La question est une question d'indication. Il s'agit de savoir si, par l'emploi du caustique, il y a moins d'accidents que par l'instrument tranchant; M. Demarquay n'en a pas parlé.

M. VOILLEMIER demande la parole pour une question d'ordre. Il montre que la discussion est déplacée; la lecture de M. Demarquay n'a pas de rapport à la question primitive, ni à celle de l'extirpation des ganglions.

M. CHASSAIGNAC trouve que M. Demarquay s'est prononcé d'une manière positive contre l'emploi des caustiques dans le cas de tumeurs profondes, où on serait exposé à ouvrir les cavités splanchniques. La note de M. Demarquay renferme des faits importants, entre autres sur le danger des cautérisations légères.

M. FORGET regrette que le terrain de la discussion n'ait pas été bien précisé; dans une question de l'importance de celle qui occupe la Société de chirurgie, il est indispensable de savoir sur quoi porte le débat.

L'incertitude à cet égard provient de la manière dont la discussion a été engagée; dès l'origine de celle-ci on n'a pas su quel était son objet, et M. Maisonneuve lui seul est en position de l'indiquer.

En nous présentant une tumeur mammaire enlevée par les caustiques, quel but s'est-il proposé?

Pour ma part, en voyant un chirurgien qui, comme lui, manie le bistouri avec non moins d'audace que d'habileté, renoncer à cette médecine opératoire traditionnelle, c'est-à-dire celle que nous pratiquons la plupart, pour lui substituer l'emploi des caustiques dans le traitement des tumeurs cancéreuses du sein; j'ai supposé que notre collègue avait des motifs puissants pour agir ainsi.

Ce sont ces motifs que nous devons connaître, si nous voulons que la discussion soit continuée utilement.

Que notre collègue veuille donc nous les dire.

En adoptant les caustiques pour le bistouri, a-t-il cédé à une conviction basée sur l'enseignement clinique?

Les opérations ainsi faites ont-elles des suites plus heureuses? Les accidents qui les compliquent, tels que l'érysipèle, l'hémorrhagie, l'infection purulente, sont-ils moins à redouter? Enfin, la récidive des cancers est-elle plus rare?

Que M. Maisonneuve nous fasse connaître ce que l'expérience lui a appris à cet égard; qu'il produise les faits qu'il possède, et prenant ceux-ci pour base, la discussion ainsi pourra suivre son cours sans être exposée à s'égarer.

M. MAISONNEUVE a voulu seulement montrer la puissance des caustiques maniés d'une certaine façon. Jusqu'à M. Girouard, on cautérisait de l'extérieur à l'intérieur; il en résultait des douleurs atroces, et on n'était pas à l'abri des hémorrhagies. Le nouveau procédé permet de pénétrer d'emblée jusqu'à la base de la tumeur, qui tombe en quelques jours. La douleur dure cinq à six heures. Le caustique met à l'abri des hémorrhagies; à la suite de son action il n'y a ni fièvre ni accidents à craindre. Ce procédé mérite l'attention des chirurgiens, et M. Maisonneuve a voulu le signaler. Il n'a pas encore d'opinion arrêtée; mais il comprend la réaction contre le bistouri, à cause des accidents qu'il occasionne. Avec le caustique, au contraire, on n'a pas d'inquiétudes.

M. Maisonneuve a enlevé des tumeurs énormes du sein, du cou, de la face, le pharynx a été ouvert dans un cas, et il n'y a jamais eu d'accidents dépendant de l'opération. Il est convaincu que le caustique met à l'abri de beaucoup d'accidents.

M. FOLLIN ne trouve pas dans la puissance des caustiques une raison suffisante à la présentation de M. Maisonneuve. Quant à la nouveauté du procédé, elle n'est pas exacte, puisque M. Girouard l'emploie depuis quatre ans. Ce chirurgien, en effet, applique le caustique comme M. Maisonneuve; seulement il commence par détruire la peau au moyen du caustique de Vienne. Quant à la durée, la destruction n'est pas toujours aussi rapide que l'a dit M. Maisonneuve. Une ablation de tumeur pratiquée par M. Girouard dura dix-sept jours; et la malade mourut épuisée par la suppuration. M. Follin a eu des réussites, mais il a eu aussi des accidents. Dans un cas, il y a eu érysipèle et infection putride. Enfin, pour ce qui est des hémorrhagies, M. Follin croit que le caustique en met à l'abri lorsqu'il n'y a que de petites artères divisées, mais non pas lorsqu'il y en a de grosses. M. Girouard n'a pas eu d'hémorrhagies en attaquant par les flèches caustiques la carotide des moutons; mais tout le monde sait quelles sont, sous ce rapport, les différences entre ces animaux et l'homme.

M. VOILLEMIER. Si ce que dit M. Maisonneuve était réel, il faudrait convenir qu'on a été bien injuste envers M. le docteur Canquoin. Ce ne serait rien moins qu'un grand praticien dont la découverte est destinée à changer la face de la chirurgie. M. Landolfi et bien d'autres devront partager avec lui cette gloire, que pour mon compte je ne leur envie point. Mais je crois que notre collègue s'est singulièrement exagéré les avantages et surtout l'innocuité de la cautérisation. Déjà M. Follin vous a cité des faits qui lui sont propres, et dans lesquels il a vu la cautérisation suivie d'érysipèle, d'accidents graves et de mort. J'entends M. Maisonneuve attribuer ces accidents à la manière dont les caustiques ont été employés; mais la cautérisation n'est pas chose si difficile à faire, et je suis certain qu'elle a été bien faite. En tout cas, ces observations prouvent que la cautérisation ne met pas d'une manière absolue à l'abri des accidents communs aux plaies.

Quant à l'infection purulente en particulier, l'observe-t-on à la suite d'ablation de tumeurs limitées du sein? Sans doute elle peut se rencontrer; mais pourquoi les plaies que M. Maisonneuve pratique à la base de la tumeur cancéreuse en seraient-elles exemptes? C'est, nous dit-il, que ces plaies ne sont pas des plaies comme les autres, que leur surface a été profondément modifiée par la cautérisation, que la cautérisation suffit pour prévenir l'infection purulente. Alors, pourquoi ces plaies multiples? Pourquoi attendre pendant neuf jours que la tumeur veuille bien tomber? Ne vaut-il pas mieux l'enlever d'un seul coup, quitte à cautériser la plaie avec le chlorure de zinc en pâte ou

en solution? Ce procédé serait infiniment préférable sous tous les rapports.

Je ne dirai qu'un mot sur la possibilité des hémorrhagies, parce qu'on est revenu sur ce point. Mais quel est le chirurgien qui redoute les hémorrhagies après avoir enlevé une tumeur limitée du sein? Les vaisseaux divisés ont souvent si peu de volume qu'on néglige de les lier, et, s'il faut recourir à quelque ligature, c'est la chose du monde la plus simple.

J'insisterai davantage sur deux autres points. M. Maisonneuve a dit que sa malade n'avait pas souffert plus de six heures. Six heures! N'est-ce donc rien? Et je puis assurer, parce que j'ai vu, que six heures de douleurs ne sont pas l'ordinaire; qu'elles se prolongent le plus souvent pendant assez longtemps pour être redoutables. N'est-ce pas singulier que l'on compte ces douleurs pour si peu de chose à une époque où tous nos efforts tendent à les épargner aux malades, et quand la chirurgie s'enorgueillit avec raison de la découverte du chloroforme?

Dans la dernière séance, j'avais parlé de la difficulté de limiter l'action des caustiques; et le fait dont vous a parlé M. Maisonneuve en est une preuve éclatante. Chez une de ses malades qu'il avait opérée d'un cancer du sein par la cautérisation, il a vu, à la suite de la chute de la tumeur, la poitrine ouverte Il a demandé si cette ouverture était due à un prolongement de la tumeur ou à l'action des caustiques. Pour moi, le doute n'est pas possible. J'ai vu opérer bien des cancers du sein, et j'en ai moi-même opéré un bon nombre. Jamais je n'ai vu la tumeur envoyer de ces sortes de prolongements vers la cavité thoracique. Les plus bosselées à leur surface étaient encore aplaties à leur face profonde. Elles peuvent être adhérentes, intéresser les parois thoraciques; mais je n'en ai jamais vu envoyer dans la poitrine un prolongement isolé. L'ouverture de la poitrine a donc été produite par les caustiques. Notre collègue s'en est tiré avec bonheur. Dès qu'il eut constaté cette ouverture, il mit le doigt dessus et la boucha avec du diachylon; les choses se passèrent bien. Mais je puis dire, sans crainte d'être démenti, qu'il n'est pas ici un de nos collègues qui, dans un cas pareil, ne fût singulièrement inquiet pour les jours de la malade.

M. GOSSELIN. Je ne voyais pas bien le but et les résultats possibles de cette discussion, tant que M. Maisonneuve ne s'était pas expliqué sur sa présentation. Il me semblait, en effet, qu'en examinant d'une manière générale, comme on l'a fait jusqu'ici, la valeur comparative du traitement du cancer, et plus spécialement du cancer au sein, par le bistouri et les caustiques, nous n'avions rien de nouveau à signaler, et nous revenions sur des arguments connus et appréciés depuis longues années.

Maintenant que M. Maisonneuve a exposé ce qu'il y a de particulier dans la cautérisation par les flèches sous-cutanées, et les résultats avantageux que ce procédé lui paraît offrir sur le bistouri, le champ de la discussion me semble bien limité: il s'agit de savoir si la cautérisation, non pas considérée en général, mais par l'introduction des flèches, après incisions multiples, est préférable au bistouri dans le traitement des tumeurs cancéreuses du sein. J'ai écouté très-attentivement notre collègue, et je déclare qu'il n'a produit aucun argument sérieux, aucune considération de premier ordre en faveur de sa cautérisation, et que, pour la faire valoir, il a tout simplement exagéré les inconvénients du bistouri.

Ainsi, ce n'est pas sérieuseusement que M. Maisonneuve parle de ses craintes d'hémorrhagie. Je suis à cet égard de l'avis de M. Voillemier, et je crois qu'aucun des chirurgiens ici présents ne pourrait citer un exemple d'hémorrhagie mortelle à la suite d'une ablation de tumeur du sein. A défaut de ligature, le perchlorure de fer ne mettrait-il pas plus que jamais à l'abri de cet accident? M. Maisonneuve semble présenter les caustiques comme susceptibles de prévenir l'érysipèle. Mais ce n'est pas devant des chirurgiens praticiens, et qui comme nous ont eu des épidémies d'érysipèles, tant en ville que dans les hôpitaux, qu'on peut émettre une pareille opinion. La cause de l'érysipèle est indépendante du mode de production des solutions de continuité, et j'ai vu pour ma part cette maladie se produire trop souvent autour des cautères, ou à la suite de cautérisations variées par la pâte de Vienne ou les autres caustiques, pour ne pas déclarer que cette assertion est contraire aux résultats de l'observation clinique. J'en dirai autant de l'infection purulente. C'est une exagération que de la signaler comme fréquente à la suite de l'opération par l'instrument tranchant. Pour moi, je n'en ai pas d'exemple dans ma propre pratique; si les autres en ont eu, ce sont des cas exceptionnels, et je soutiens que l'infection purulente n'est pas impossible non plus à la suite des suppurations données par les caustiques.

Si je n'ai trouvé dans l'exposé de M. Maisonneuve aucune considération importante en faveur des caustiques, je trouve aussi qu'il passe bien légèrement sur deux inconvénients de premier ordre, la possibilité d'atteindre la plèvre et surtout la douleur. Je suis convaincu que cette douleur se prolonge souvent plus de six heures, et que chez certains sujets elle est des plus cruelles. Le malade dont j'ai parlé à la Société, et auquel j'ai pratiqué la désarticulation de l'épaule, avait été soumis par M. Maisonneuve lui-même au traitement par les flèches caustiques. Or, rien n'a été plus émouvant que de lui entendre raconter les horribles souffrances que ce moyen lui avait fait endurer, et le triste souvenir qu'il en a conservé.

En somme, je ne m'associe nullement aux opinions de M. Maisonneuve et de quelques chirurgiens modernes sur l'avenir des caustiques, et je continue à penser que, grâce aux anesthésiques, l'intérêt bien entendu des malades veut que l'opération par l'instrument tranchant soit la règle dans le traitement du cancer au sein.

Je n'admets en faveur des caustiques que des considérations de second ordre: ainsi ils sont une ressource précieuse lorsque les malades refusent à tout prix le bistouri, ou lorsqu'après deux ou plusieurs opérations sanglantes il n'est plus possible de leur offrir le même genre d'opération sans les exposer au découragement. Dans ces conditions, de même que dans les cas de cancers cutanés ou pour d'autres motifs, j'accepte et j'emploie volontiers cette méthode.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Albert Puech, chirurgien chef interne à l'Hôtel-Dieu de Toulon, adresse une observation de luxation externe incomplète du coude. (Renvoi à la commission chargée de rendre compte des autres travaux qu'il a adressés.

— M. Bayard adresse une notice sur l'influence de la vaccine sur la population. (Rapporteur, M. Danyau.)

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire de la Société, DESORMEAUX.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 23 novembre, M. Delafosse, membre de l'Institut, professeur à la Faculté des sciences de Paris, est nommé professeur de minéralogie au Muséum d'histoire naturelle de Paris, en remplacement de M. Dufrénoy, décédé.

— Par arrêté du 18 novembre, M. Ritter, aide préparateur à la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé préparateur de chimie, de physique et de pharmacie à la même Faculté, en remplacement de M. Trinquier, démissionnaire.

— Par arrêté du 18 novembre, M. Foncin, professeur de pathologie interne à l'École préparatoire de Besançon, est nommé professeur honoraire de ladite École.

M. Groslambert est nommé professeur de pathologie interne en remplacement de M. Foncin.

— A la suite du concours commencé le 17 novembre, M. le docteur Marc Sée a été nommé prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

— M. Barnsby, pharmacien de 1re classe, est nommé professeur suppléant pour les cours de chimie, de pharmacie, d'histoire naturelle et de matière médicale à l'Ecole préparatoire de Tours, en remplacement de M. Tassin, démissionnaire.

— M. Yrouard a été nommé au concours aide de botanique à la Faculté de médecine de Strasbourg.

— M. le docteur Ch. Rouget, prosecteur, suppléant M. Jarjavay, commencera le lundi 30 novembre, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 3, le cours d'anatomie de l'École pratique. Il le continuera les mercredis et vendredis suivants. La première partie du cours sera consacrée à l'anatomie générale.

— Le nombre des inscriptions prises du 2 au 15 novembre 1857 à la Faculté de médecine de Paris, s'élève à 1,027, savoir:

Pour le doctorat.	901	1,027.
Pour le grade d'officier de santé. .	126	

Le nombre des inscriptions nouvelles est de 158.

En 1856, le nombre total des inscriptions était de 1,000; celui des nouvelles était de 126. Si nous remontons plus haut, nous trouvons

Pour 1855,	966 inscriptions,	dont	180 nouvelles.
— 1854,	964	—	151 —
— 1853,	1,054	—	158 —
— 1852,	1,437	—	334 —
— 1851,	1,300	—	313 —
— 1850,	1,223	—	429 —

On voit que le nombre des jeunes gens qui se destinent à la profession médicale tend à revenir à ce qu'il était en 1853, mais qu'il est encore loin de celui de 1852.

— La rentrée de l'Académie de Strasbourg a eu lieu le 16 novembre. La séance a été terminée par la distribution des prix, qui ont été décernés dans l'ordre suivant:

Première année. — (Chimie, physique et histoire naturelle médicale). M. Gustave Schneider.

Troisième année. — (Médecine proprement dite). M. Constant Schaumont, élève de l'École du service de santé militaire.

Sur le rapport d'une commission désignée pour apprécier le mérite des thèses soutenues devant la Faculté, une mention honorable a été accordée à M. Amédée Paris, médecin sous-aide, auteur de la thèse ayant pour titre: *De l'orchite.*

La Faculté a cru devoir mentionner honorablement MM. Bley, Broc, Guillemin, Liétard et Yrouard, qui ont obtenu le premier rang dans les concours ouverts pour des emplois d'internes à l'hôpital et d'aides de chimie et botanique.

— Dans sa séance du 8 novembre, la Société de médecine de Strasbourg a renouvelé son bureau pour l'année 1857-1858. Il est composé ainsi qu'il suit:

Président, M. Stœber; *vice-présidents*, MM. Michel et Ruef; *secrétaires*, MM. Herrgott et Aubenas; *trésorier-archiviste*, M. Oberlin.

— Un des doyens du corps médical, le respectable docteur Jallon, vient de mourir à Orléans, à l'âge de 86 ans. M. Jallon était médecin en chef honoraire de l'Hôtel-Dieu de cette ville et officier de la Légion d'honneur.

— Le docteur J. M. Ruef, membre du conseil municipal de Strasbourg, vice-président de la Société de médecine, médecin de la manufacture impériale des tabacs et de l'école normale des instituteurs, chevalier de la Légion d'honneur, a succombé le 12 novembre, d'une manière aussi subite qu'inattendue, à l'âge de quarante-neuf ans.

— Le *Medical Circular* annonce que M. Brown-Séquard vient de faire paraître le prospectus d'un nouveau journal de physiologie. Ce savant se propose, dit le journal anglais, de donner un exposé complet de tous les progrès de la physiologie tant en France que dans les pays étrangers; il se serait déjà assuré dans ce but le concours de physiologistes distingués des diverses contrées de l'Europe. Ce journal serait publié tous les quatre mois.

Errata. — Dans le dernier numéro, au compte rendu de l'Académie de médecine, page 555, 3e colonne, dixième et vingt-deuxième lignes, au lieu de Mantoue, lisez *Menton.*

Au lieu de la troisième formule, lisez: Phthisie avec toux brève, fréquente, aride; — muqueuse pulmonaire irritable.

L'administration de la *Gazette des Hôpitaux* rappelle à ses abonnés qu'une personne chargée de faire leurs commissions en livres, instruments ou médicaments, est toujours attachée à ses bureaux. Les demandes sont expédiées dans le plus bref délai.

Relation médico-chirurgicale de la campagne d'Orient, du 31 mars 1854 (occupation de Gallipoli) au 6 juillet 1856 (évacuation de la Crimée); par M. le docteur G. SCRIVE. In-8° de 487 pages. — Paris, chez Victor Masson.

Éléments de médecine clinique, par M. le docteur A. TRUMET DE FONTARA, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. Paris, 1857, 2 vol. in-8° de chacun 800 pages. Prix, 14 fr. Chez J. B. Baillière et fils, libraires de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 30 NOVEMBRE 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'existence de l'albumine dans les urines est-elle un fait pathologique ou accidentel, comme l'enseigne l'école et comme le professe l'universalité des pathologistes depuis quelques années? ou bien est-elle un fait normal, physiologique, comme on a cherché à l'établir récemment, et faut-il par conséquent considérer comme nulle la valeur séméiologique de la présence de l'albumine dans les urines, et comme non avenus les nombreux et importants travaux de physiologie pathologique et de pathologie générale accomplis dans ces derniers temps sur ce sujet?

Telle est l'alternative qui est posée en ce moment.

Dans un travail publié il y a peu de temps dans l'*Union médicale*, M. le docteur Gigon s'est proposé en effet de démontrer l'existence de l'albuminurie comme un fait normal et physiologique chez l'homme. Des recherches expérimentales nombreuses entreprises sur l'urine de l'homme et celle de plusieurs animaux en état de santé, avec un nouveau réactif, le chloroforme, qu'il considère comme beaucoup plus sensible que les réactifs habituellement en usage, ont conduit notre confrère à formuler les conclusions suivantes : « L'homme et tous les carnivores ont constamment à l'état normal une certaine quantité d'albumine dans les urines. — Tous les animaux herbivores, dont le chiffre des pulsations cardiaques est inférieur à 60 par minute, n'ont pas d'albumine dans leurs urines, tous ceux qui ont plus de 70 pulsations en présentent d'une manière évidente, etc. »

Bien qu'en admettant la réalité du fait, la question relative au rôle pathologique de l'albuminurie n'eût été que reculée en définitive et réduite à une question de proportion (ainsi que nous l'avions déjà fait remarquer dans le temps pour la glycosurie, à propos d'une opposition de même nature faite aux opinions généralement admises sur cet autre point), il n'en est pas moins vrai que les propositions de M. Gigon avaient quelque chose de radical qui jetait la perturbation dans les notions acquises, et dans l'idée qu'on se fait de ce phénomène aux points de vue physiologique et pathologique. Il importait donc de toute manière que l'opinion fût promptement fixée sur ce qu'il pouvait y avoir de vrai ou d'inexact dans ces propositions.

Justement ému de ce qu'elles renfermaient de contraire aux faits admis dans la science et qu'il a si largement contribué à édifier pour sa part, M. Becquerel a soumis les expériences de M. Gigon au contrôle de la contre-épreuve. Aidé de l'utile concours de M. Barreswil, il a répété ces expériences; et en signalant les causes qui ont pu induire M. Gigon en erreur dans l'interprétation des faits qu'il a constatés, en montrant que ce que ce médecin a pris pour un précipité d'albumine est une émulsion des matières organiques contenues dans l'urine, il est arrivé à formuler des contre-propositions qui sauvegardent les théories scientifiques admises sur l'albuminurie et la valeur séméiologique.

Les résultats des expériences de MM. Becquerel et Barreswil, dont on trouvera les détails dans le compte rendu de la séance, sont très-nettement formulés dans ces trois conclusions : 1° Les urines normales, additionnées de chloroforme et agitées avec lui, donnent un précipité qui n'est qu'une simple émulsion, constituée par le chloroforme d'une part, et d'une autre, par le mucus et la matière organique toujours contenus dans la sécrétion urinaire.

2° Les urines normales ne contiennent aucune trace d'albumine.

3° Le chloroforme est un réactif très-infidèle; il ne précipite qu'une partie de l'albumine, et laisse intact et en dissolution, dans la partie supérieure du liquide, l'albumine qui s'y trouve contenue.

M. Andral, en présentant à l'Académie le travail de M. Becquerel, a commencé par exprimer la pensée qu'il eût été vivement regrettable que le fait énoncé par M. Gigon fût vrai, « parce que cela bouleverserait tout ce que l'on connaît et qu'il faudrait remettre à l'étude tout ce qu'on a péniblement acquis dans ces derniers temps. » Il a paru heureux de pouvoir ajouter qu'il considérait comme parfaitement légitimes les propositions de M. Becquerel.

Sauf toutes réserves faites pour les nouvelles explications que M. Gigon pourra donner à ce sujet, nous ne doutons pas que ce jugement ne soit sanctionné par la grande majorité des pathologistes.

M. Marchal (de Calvi) a soumis à l'Académie un nouveau fait d'accidents produits par des peintures fraîches d'appartements, qui lui a été communiqué par M. le docteur Favrot. M. Marchal considère ce fait comme venant à l'appui de la théorie qu'il a émise il y a quelques années sur l'action toxique des émanations d'essence de térébenthine. Il nous paraît trop difficile, dans ce cas, de dégager l'une de l'autre les deux influences combinées de la céruse et de l'essence, qui ont pu entrer chacune pour leur part dans la production de ces accidents, pour qu'il nous soit possible de l'accepter comme complétement démonstratif. — Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. BOUVIER.

Courbures latérales du rachis (1).

DE LA SCOLIOSE PAR DÉFORMATION. — La scoliose par déformation, une fois produite, est inhérente à la constitution du rachis; elle est permanente, et elle l'est par elle-même, indépendamment de toute circonstance étrangère à l'épine dorsale; elle peut offrir des variations, s'effacer partiellement, mais elle ne disparaît jamais en un instant comme les courbures par simple flexion.

C'est cette scoliose, portée à un haut degré, qui constitue le plus grand nombre des difformités comprises sous le nom de *gibbosité* ou *bosse*.

Je n'ai trouvé, ni dans Hippocrate ni dans Galien, la preuve que ce fait fût connu des anciens. Je m'explique : les Grecs avaient leurs bossus comme nous, et ce vice de conformation avait certainement attiré leur attention; mille témoignages l'attestent; il me suffirait de citer Ésope, s'il ne paraissait démontré que la difformité du célèbre fabuliste n'est qu'une invention de Planude, moine du quatorzième siècle. Mais je ne sais si les médecins d'alors avaient reconnu que la gibbosité commune n'est pas médiane, qu'elle est située en arrière et sur le côté, et surtout qu'elle est le produit d'une courbure *latérale*. Quoique la scoliose soit définie dans le *Traité des articulations* d'Hippocrate et surtout dans le *Commentaire* de Galien sur ce traité, l'un et l'autre n'en disent que fort peu de chose. Ils s'étendent, au contraire, sur la cyphose, qui semble être pour eux la même chose que la gibbosité ou bosse. Homère a fait Thersite louche, boiteux et bossu; or c'est encore une cyphose qu'il lui attribue. « Ses deux épaules, dit-il, τώ δέ οἱ ὤμω, étaient voûtées et se rejoignaient presque sur sa poitrine. »

Cependant les anciens connaissaient ce qu'on nomme la *grosse épaule*, l'*épaule haute*, témoin ce vers de l'*Art d'aimer* d'Ovide :

> Conveniunt tenues scapulis analectrides altis.
> « Il faut aux épaules hautes de légères analectrides. »

L'*analectride* ou *analectide* était un petit coussin destiné à remplir le vide d'un côté du dos et à égaliser, pour les yeux, la saillie des épaules.

Galien, dans un ouvrage autre que celui que j'ai cité, dit plus explicitement encore que, par la mauvaise application des bandes qui tenaient lieu de corsets aux jeunes filles, « le thorax devient

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 novembre.

SOUVENIRS D'UN VOYAGE EN CHINE (1).

Les Cochinchinois vivent avec une grande sobriété; ils se nourrissent presque exclusivement de riz, de poissons, d'ignames; ils mangent quelquefois, les jours de fêtes et dans les réunions de famille, la chair du porc. Les holothuries y sont en grand honneur comme en Chine, où on en fait une énorme consommation; ils ne professent pas le même goût que les Chinois pour nos animaux domestiques, canards, chiens, chats. Les poulets ne paraissent que bien rarement sur leurs tables, et s'ils les élèvent, c'est surtout pour avoir les œufs, qu'ils ne mangent que quand ils sont gâtés et lorsqu'ils répandent cette odeur d'hydrogène sulfuré si repoussante. Ils ont une grande aversion pour le lait, et n'élèvent les vaches qu'au point de vue de la reproduction. Malgré leur sobriété habituelle et peut-être un peu forcée, à certaines fêtes, et principalement au renouvellement de l'année, ils s'enivrent avec une eau-de-vie analogue au sam-chou des Chinois.

Le roi de la Cochinchine est tributaire de l'empereur de la Chine, auquel il envoie des présents au commencement de chaque année, pour montrer qu'il reconnaît sa souveraineté. Le peuple vit dans le plus grand abrutissement possible, pressuré honteusement par tous les mandarins petits et grands, qui ne sont eux-mêmes que les esclaves intelligents du roi, auquel il faut de l'or à tout prix, et qui s'est réservé le monopole de tout le commerce du royaume. Il refuse politiquement toutes relations avec les étrangers, parce qu'il craint que des idées de liberté ne viennent à germer dans l'esprit de son peuple, qui, comprenant un jour son asservissement, pourrait bien secouer le joug qui pèse sur lui. Quand nos grands navires de guerre viennent mouiller à Touranne, tous ces malheureux Cochinchinois tremblent devant nous, non pas parce qu'ils nous craignent, mais parce qu'ils savent bien que si, volontairement et sans la permission des mandarins et même du roi, ils osent se permettre d'établir quelques rapports avec nous, la dégradation pour le mandarin et la bastonnade pour le peuple viendront les punir de leur imprudence.

Presque tous les habitants de Touranne sont pêcheurs; c'est un charmant spectacle que celui que présente tous les soirs cette belle rade, au moment où ces mille barques rentrent au port, avec leurs longues voiles en bambous et aux formes variées. Quand la brise est un peu forte et que leurs embarcations mal lestées menacent de chavirer, ils ont recours à un singulier moyen pour faire contre-poids à la force du vent et résister à la rafale. Une longue planche est placée en travers et au milieu de l'embarcation, et s'avance en dehors; un ou deux hommes se placent sur cette planche, et assis ou couchés, se portent plus ou moins à son extrémité, suivant qu'il est besoin de résister à la force du vent. Vus tous ainsi et d'un peu loin, ces petits Cochinchinois au bout de leurs planches ressemblent singulièrement, avec la teinte foncée de leur peau, à des singes malicieusement assis au bout d'une branche d'arbre. Le même procédé est suivi dans nos Antilles, par les nègres, qui dans de frêles embarcations résistent ainsi très-facilement aux plus fortes rafales.

Bien que moins avancés sous tous les rapports, et moins entreprenants surtout que les Chinois, les Cochinchinois ont cependant une marine composée de grandes jonques de guerre, armant cinquante avirons et pouvant porter cent combattants; à l'époque où nous étions à Touranne, ils avaient aussi plusieurs grands trois-mâts de 8 à 900 tonneaux, armés d'une faible artillerie, et destinés dans la belle saison à faire avec Singapore un commerce assez important. Ces navires étaient dus moins au génie des Cochinchinois qu'à leur grande patience et à leur talent d'imitation. Ils avaient été construits sur le modèle exact d'un trois-mâts français, le *Navigateur*, qui en 1828 était venu faire côte dans la baie de Touranne. Les Cochinchinois étaient parvenus à disséquer ce navire pièce par pièce; chaque morceau de bois, chaque bordage, numéroté et étiqueté, avait été porté à Hué, et là, sous les yeux du roi, douze grands bateaux semblables au *Navigateur*, et construits en bois de teck, avaient été mis à l'eau et armés. A notre arrivée, cinq de ces navires, pompeusement décorés du titre de frégates, se trouvaient mouillés dans la baie de Touranne. Nous avons eu occasion de les visiter intérieurement; ce n'étaient partout que pauvres installations, et partout y régnait une malpropreté à peine croyable. En nous voyant, ils ont pompeusement arboré leur pavillon, qui est de couleur jaune, et semble indiquer au premier moment qu'il faut se tenir à une certaine distance de ces frégates comme d'un navire en quarantaine. Les Cochinchinois sont d'assez pauvres marins, quand ils sont obligés de naviguer après avoir perdu leurs côtes de vue.

Si la Cochinchine ne brille pas par sa marine, elle brille encore bien moins par son armée. Ses soldats, mal nourris, mal vêtus, punis du bambou pour la moindre faute, sont armés de lances ou de mauvais fusils. Les uns sont habillés de jaune, d'autres de rouge ou de bleu, et ils ressemblent bien plus à nos saltimbanques de théâtre qu'à des soldats réguliers; le roi lui-même a une assez triste opinion du courage de ses soldats; nous aurons souvent occasion de nous retrouver avec eux, car chaque fois que nous voudrons faire un pas sur ce sol peu hospitalier et complétement privé de liberté, il nous faudra vaincre la force d'inertie et la résistance impassible des sentinelles cochinchinoises, qui avaient reçu de leurs mandarins l'ordre de

(1) Suite. Voir les numéro des 17 octobre, 10 et 26 novembre.

proéminant en avant, ou la région opposée, celle du rachis, devient gibbeuse; qu'il arrive encore quelquefois que le dos est pour ainsi dire brisé et entraîné de côté, *de sorte qu'une épaule est soulevée, saillante et en tout plus volumineuse, tandis que l'autre est affaissée et aplatie.* » Mais on voit par ce passage même que Galien distinguait la *gibbosité* de l'épaule *saillante et volumineuse*, et qu'il ne rapportait pas celle-ci à sa véritable cause, à la scoliose, dont il ne prononce pas même ici le nom.

Ces notions incomplètes furent longtemps les seules que la science eût en sa possession. A. Paré, répétant en cela les anciens, a bien dit que la cyphose était « la bosse relevée en dehors, » la scoliose « la bosse non droite, mais tournée et entorsée, c'est-à-dire jetée à dextre ou à senestre; » mais immédiatement après il reproduit, en l'aggravant même, l'erreur de Galien. Il ajoute en effet que, par telle faute (d'étreindre la poitrine), les os de la poitrine sont contraints de se jeter trop en devant ou en arrière, *dont s'ensuit gibbosité et bosse*, et *quelquefois une épaule ne croît pas et demeure amaigrie*, et *l'autre croît et s'aggrossit par trop.* Ce n'est que dans un autre passage que Paré, qui ne pouvait ignorer les dissections de bossus par Vésale, Fallope, et d'autres, établit enfin que « les filles deviennent *bossues* parce que leur épine n'est pas droite, mais en arc ou en *figure de S...*, (que l'épine) se contourne de *côté et d'autre*, et se ploye en figure de la lettre S, qui fait qu'elles (les filles) demeurent tortues et bossues. »

Il ne fallait en effet qu'une chose pour découvrir la vérité; il fallait disséquer des bossus, et, comme Morgagni en fait la remarque, c'est ce qui manquait aux anciens. L'anatomie pathologique, à laquelle, malgré ses excès et ses erreurs, nul ne refusera d'avoir tiré la médecine du chaos, devait ici nous apporter ses lumières. Il faut voir dans la vingt-septième lettre de Morgagni comment, les observations se multipliant, la nature de la difformité fut enfin mieux connue.

Ce que les anciens devaient croire faute d'études anatomo-pathologiques, vous l'entendrez dire journellement aux malades et aussi, je ne puis le taire, à beaucoup de médecins eux-mêmes. Les premiers vous parleront de leur épaule qui *grossit*, d'un *côté fort*, d'un *côté faible;* les seconds d'un inégal développement musculaire, d'hypertrophie, d'atrophie, de muscles plus *saillants* et par conséquent plus *volumineux*, etc. Vous serez en garde contre ces méprises, guidés par l'anatomie pathologique.

L'état actuel de nos connaissances permet de suivre l'*évolution* de la gibbosité ou bosse produite par la scoliose, depuis son état rudimentaire jusqu'à son développement le plus avancé, le plus considérable.

Ce que je considère comme l'état *rudimentaire* de la scoliose, c'est la courbure latérale normale *permanente* du rachis, qu'il faut distinguer de la flexion latérale fonctionnelle passagère, liée à ses mouvements physiologiques. Cette courbure latérale normale constitue pour ainsi dire le germe de toute vraie scoliose.

Idée générale de la scoliose pathologique; espèces. — Lorsque la scoliose physiologique s'exagère ou apparaît de trop bonne heure, elle devient pathologique. C'est à cette cause que la plupart des bosses doivent leur origine, et non au rachitisme, comme on le dit encore si souvent. Le rachitisme est une maladie du premier âge, qui ne se prolonge guère au delà des deux premières années; or, la plupart des scolioses ne se forment qu'entre sept et dix ans, chez des enfants qui n'ont plus le rachitisme ou qui ne l'ont jamais eu. Dugès dit alors que le rachitisme est borné au rachis. Pour moi, comme pour Boyer, Shaw, Delpech, cette manière de parler n'est propre qu'à faire naître une fâcheuse confusion.

Il y a quatre espèces de scoliose :

1° La scoliose spontanée ou essentielle, qui n'est que l'exagération de l'état normal; c'est la plus commune.

2° La scoliose symptomatique; elle ne comprend que celles qui dépendent du rachitisme et de l'ostéomalacie.

3° La scoliose consécutive, celle qui succède à une flexion latérale prolongée, amenant à la longue une déformation : telle est la scoliose qui est la suite d'un épanchement pleurétique.

4° La scoliose congénitale.

I. Anatomie pathologique de la scoliose. — Je réunirai dans une même description anatomique les trois premières espèces de courbures latérales de l'épine.

A. Rachis. — Les courbures les plus communes présentent les traits fondamentaux de la scoliose normale, tant dans la conformation générale du rachis que dans celle des vertèbres en particulier.

a. *Rachis en général.* — Le siége le plus fréquent de ces courbures est à la région dorsale supérieure ou moyenne; leur concavité est tournée à gauche. Exceptons-en les enfants au-dessous de sept ans, chez lesquels les scolioses dorsales gauches sont aussi fréquentes que les droites; chez eux, en effet, la courbure aortique, n'ayant pas encore eu le temps de se développer, ne saurait avoir d'influence sur le sens de la déformation. Passé cet âge, la scoliose gauche est rare; elle est toujours due à une cause accidentelle spéciale, qui a déformé le rachis en renversant ses courbures physiologiques : exemple, la scoliose pleurétique, quand la pleurésie siége à droite.

La scoliose est ordinairement composée de deux courbures, d'abord régulières, à peu près égales. C'est cette forme que Shaw, après Haller, appelait *serpentine* à cause de ses ondulations alternatives. On a préféré depuis la nommer *sigmoïde* avec quelques écrivains étrangers, et cette dénomination est aujourd'hui assez généralement reçue, quoiqu'elle ne soit pas parfaitement exacte.

Les courbures de cette scoliose sigmoïde se compensent exactement, comme dans la déviation normale; le rachis, incliné à gauche à partir du sacrum, revient à droite par une inclinaison opposée, s'écarte de la ligne médiane dans ce sens d'autant à peu près qu'il s'en était écarté dans l'autre, et se porte de nouveau à gauche pour regagner la ligne médiane vers la région cervicale, qui ne participe que fort peu à ces changements de direction. L'épine décrit ainsi une sorte de Z dont les angles seraient arrondis et les branches très-ouvertes. La droite qui joint les deux extrémités du rachis forme la corde des deux courbes, qu'elle coupe à leur point de réunion.

Les courbures rachitiques ou autres de la première enfance, souvent sigmoïdes, peuvent aussi être simples, que la convexité soit à droite ou à gauche. Il n'y a dans ce cas qu'un petit angle ou coude peu marqué aux deux extrémités de l'arc, à leur point de jonction avec la ligne verticale. Ces petites courbes en retour, produites par la réunion angulaire d'un arc de cercle avec deux droites, ne se voient pas en arrière, où la série des apophyses épineuses ne décrit qu'un seul arc prolongé par des droites.

Si la scoliose continue de croître, il peut arriver que, les deux courbures augmentant également jusqu'à leur plus haut degré, la déviation conserve la forme d'une S régulière. Mais cela est rare; la courbure sigmoïde se transforme dans les cas les plus communs. L'une des courbes, ordinairement la dorsale, augmente plus que l'autre, et cela dans une proportion telle que celle des deux courbures qui s'est arrêtée dans son développement n'est plus, de même que la petite courbure cervico-dorsale, qu'une courbure *en retour;* elle ne fait que ramener à la ligne médiane l'extrémité inférieure de la courbe principale. Il résulte de là des changements importants dans l'aspect du rachis.

L'arc dorsal, en augmentant de courbure, descend et empiète sur l'arc lombaire. Son milieu, au lieu de correspondre à la cinquième ou sixième dorsale, se trouve vers la septième, la huitième ou même la neuvième. La petite courbure supérieure en retour, la cervico-dorsale, se prolonge un peu plus bas; elle retourne le haut de la courbure aortique. Ce double déplacement altère déjà la ressemblance de cette courbure pathologique et de la scoliose normale dont elle procède. Mais une autre modification change complétement la configuration du rachis.

A mesure que les vertèbres de la courbure principale s'éloignent davantage de la ligne médiane, elles entraînent de leur côté les vertèbres des courbures voisines. La corde de celles-ci ne se trouve plus sur la ligne médiane; elle s'incline à droite ou du côté convexe de la courbure dorsale, et, au lieu de se porter successivement à droite et à gauche du plan médian du corps, le rachis serpente d'un seul côté de ce plan. Au lieu de trois inclinaisons alternatives à partir du sacrum, on n'en voit que deux opposées, comme dans une courbure simple, l'une qui écarte les vertèbres du plan médian du corps, l'autre qui les ramène vers la ligne médiane. Dans les déviations excessives, les deux côtés de la courbure prennent en partie une direction horizontale. Ce n'est plus un arc de cercle qu'elle décrit, c'est une moitié d'ellipse ou un arc prolongé par deux droites approchant du parallélisme. La colonne vertébrale est parfois tellement repliée, qu'il n'existe qu'une distance de quatre ou cinq centimètres entre ces deux droites.

Cette courbure dorsale, devenue prédominante à divers degrés, est ce qui donne lieu à la gibbosité commune postéro-droite, parvenue à son développement complet.

La gibbosité est-elle postéro-gauche, la forme du rachis est retournée; la déviation procède d'une courbure sigmoïde inverse; ce qui se voit ordinairement à droite se répète fidèlement du côté gauche.

Cependant il n'en est pas toujours ainsi : les courbures dorsales dominantes du côté gauche sont quelquefois produites par le développement d'une de ces courbures secondaires normales primitivement plus marquées que la courbure principale aortique. Dans ce cas, le sommet de l'arc à convexité gauche et le point culminant de la gibbosité sont situés un peu plus bas ou plus haut que dans la courbure ordinaire à convexité droite, et la courbure aortique subsiste raccourcie, remontée, réduite à un rôle secondaire.

Mais ces variétés ne sont pas les seules que l'on rencontre. La courbure sous-aortique, la courbure lombaire gauche, de la forme sigmoïde peut devenir la courbure dominante, la dorsale restant peu développée. La gibbosité est alors lombaire; la courbure n'atteint pas dans ce cas un degré aussi considérable que dans la déviation dorsale; l'espace manque pour que son sommet s'éloigne autant de la ligne médiane.

La convexité de cette courbure lombaire dominante peut être dirigée à droite. Cela arrive de deux manières; 1° Parce que la courbure primitive rudimentaire, puis sigmoïde, était retournée, que la convexité dorsale était à gauche; 2° parce que la cause de la déviation a renversé une courbure lombaire normale, une courbure sous-aortique, qui avait primitivement sa convexité à gauche. Dans ce dernier cas, la courbure aortique se renverse également et passe à gauche, comme on a vu la cyphose normale de la région dorsale se changer en lordose par la seule action des muscles pour établir une courbure de compensation.

La troisième courbure qui accompagne presque toujours la sigmoïde, la petite déviation dorsale supérieure ou cervico-dorsale *sus-aortique*, qu'on trouve même dans la scoliose normale, prédomine à son tour dans certains cas. La gibbosité est alors très-élevée; elle est cervico-dorsale. Il est extrêmement rare de voir le cou prendre une plus grande part à la scoliose, ou décrire seul, jusque dans ses vertèbres supérieures, un arc latéral, excepté dans les inflexions spéciales, avec rotation, comprises sous le nom de *torticolis.*

(*La suite au prochain numéro.*)

---

nous barrer constamment le passage, et qui avaient fini par devenir nos esclaves, et les complaisants points de mire des agaceries de nos matelots.

Les Cochinchinois croient à la métempsycose, et s'abstiennent autant que possible de manger la chair des animaux. Leurs prêtres, ou bonzes, sont les gardiens des pagodes; ils murmurent constamment des paroles mystérieuses, et passent leur existence à conjurer les malins esprits au moyen des jongleries les plus bizarres, mais qui agissent puissamment sur l'esprit essentiellement superstitieux de ce peuple. Ils ont les idées les plus extraordinaires sur l'âme, qu'ils considèrent comme douée d'immortalité, mais qui cependant après la mort aurait encore besoin de se nourrir, comme elle le faisait lorsqu'elle habitait un corps vivant. Aussi, à la mort d'un père, d'une mère ou d'un ami, et aux jours anniversaires, toute la famille s'assemble dans une chambre ayant appartenu au défunt; une table est dressée, et on la couvre des mets les plus recherchés, que l'on offre à l'âme de celui qui n'est plus, en le priant de venir en manger. L'âme, disent-ils, se nourrit de l'essence de tous les mets.

En Cochinchine, le blanc est aussi la couleur adoptée en signe de deuil. Le plus grand plaisir que l'on puisse faire à un ami, c'est de lui offrir un cercueil, qui est religieusement placé dans la maison jusqu'à ce que le mort vienne y réclamer sa place. Souvent les enfants se cotisent pour offrir ce singulier présent à leurs parents encore vivants, et le jour où ils lui font ce cadeau est fêté comme un jour de réjouissance. Etrange coutume, qui ne manque pas d'une certaine philosophie.

Les médecins ne sont guère plus habiles ni plus en honneur chez les Cochinchinois que chez les Chinois. Ils ont à leur service une foule de drogues de composition parfaitement inconnue. Ils font surtout un très-grand usage du *genseng*, plante tonique et astringente, que l'on trouve avec beaucoup de peine en Corée et en Mandchourie, et que l'on vend à un prix très-élevé, vu la grande difficulté avec laquelle on parvient à s'en procurer. Cette plante est considérée par presque tous les peuples de l'Asie comme une panacée universelle qui aurait même la propriété de rendre immortel. Il y a des chercheurs de genseng comme il y a des chercheurs de quinquina, qui s'aventurent dans les forêts inconnues de la Mandchourie, en ayant le soin de monter souvent à la cime des plus grands arbres pour reconnaître le pays, et de jeter des jalons qui dirigent sûrement leurs pas. Les riches mandarins et les grands de la cour n'ont pas une confiance bien grande dans les capacités de leurs médecins quand ils sont malades; car à côté de l'Esculape cochinchinois, on voit apparaître deux ou trois sorciers qui, par leurs grimaces, leurs contorsions, leurs jongleries, sont chargés de faire peur à la maladie et de la forcer à quitter le corps du patient.

Le riz, le maïs, le sucre, le thé, le tabac, sont les principales productions de la Cochinchine. Le buffle est l'animal que l'on emploie au travail des champs. Il est de moyenne taille; sa peau est couleur ardoise un peu foncée; elle est couverte de poils peu touffus; les cornes de l'animal, rejetées en arrière et couchées sur le front, donnent à sa physionomie quelque chose de faux et de féroce à la fois. On ne retrouve pas en lui cet air paisible et bon du bœuf de notre pays, qui creuse paisiblement son sillon à côté d'un enfant qui le conduit et souvent le maltraite. Le buffle a du penchant à la malpropreté; il aime à se plonger jusqu'aux naseaux dans un étang fangeux, pour se rouler ensuite sur la terre, en été surtout, quand les mouches lui piquent les flancs.

De notre mouillage, nous avions tous les jours pour nous distraire une foule de singes qui, moins confiants dans nos bonnes intentions quand nous étions à terre que dans celles des Cochinchinois, qui se sont institués leurs protecteurs, se sauvaient à notre approche, les mères de famille en emportant leurs petits sur leur dos au plus haut des arbres, les mâles en nous menaçant d'un air furieux quand nous faisions semblant de diriger contre eux les canons de nos fusils. Parmi les singes que nous avons rencontrés en Cochinchine, il en est un très-remarquable, c'est le douc, de la famille des semnopithèques, nommé vulgairement singe à *culotte rouge;* il a la face d'un blanc grisâtre, le corps gris taché de noir, les bras et les cuisses rouges, les avant-bras et les jambes noirs. Nous avons tué plusieurs de ces singes à coups de fusil, malgré la défense des Cochinchinois, qui ont encore la stupidité de regarder cet animal comme une divinité; mais nous n'avons jamais pu les prendre vivants.

Nous allons maintenant entrer en relation avec les habitants de Touranne; et pour commencer, nous assisterons le plus gravement possible à une conférence qui nous est donnée par le gouverneur de la province et par un grand mandarin, venu tout exprès de la cour pour recevoir notre commandant, le *grand mandarin des Français.*

Dr J. Lecoq.

ACCOUCHEMENT ARRIVÉ A SA DERNIÈRE PHASE

sans dilatation du col de l'utérus chez une primipare ; incision de l'utérus ; absence de douleurs expultrices. Extraction d'un enfant vivant ; consécutivement prolapsus utérin.

Par M. le docteur DOMERC, médecin du bureau de bienfaisance du 12e arrondissement.

Le 2 août dernier, je fus appelé dans une maison de la rue du Faubourg-Saint-Jacques pour terminer un accouchement commencé par une sage-femme, et devenu impossible pour elle.

La femme qui en était l'objet était primipare, et avait éprouvé les premières douleurs de l'enfantement dans la matinée de la veille.

La sage-femme, intervenue vers midi, constata que la tête de l'enfant se présentait au détroit supérieur, et que le col était complétement effacé, mais n'avait encore subi aucune dilatation.

Elle abandonna le travail à lui-même et attendit. Les douleurs continuèrent, toujours très-vives, et à d'assez courts intervalles, pendant toute la journée et la nuit. En même temps la tête s'engagea insensiblement, et vers minuit elle avait atteint à peu près la moitié de l'excavation pelvienne.

La dilatation était encore à peu près nulle, car elle ne permettait qu'avec peine l'introduction de l'extrémité du doigt.

Vers deux heures de la nuit, la tête avait fait de nouveaux progrès de descente ; mais ces progrès n'étaient nullement en rapport ni avec l'acuité ni avec la fréquence des douleurs.

L'orifice utérin était toujours à peu près fermé.

Nulle quantité de liquide amniotique ne s'était encore écoulée. La sage-femme jugea à propos de perforer les membranes à travers l'étroite ouverture présentée par le segment inférieur de l'utérus, descendant devant la tête de l'enfant. Elle espérait ainsi déterminer la dilatation, tout à la fois par le relâchement des fibres de l'utérus que pourrait produire la diminution du liquide amniotique et par la lubréfaction qui en résulterait pour les fibres du col.

Les heures qui se succédèrent ne justifièrent point ces espérances, car vers six heures du matin la tête était arrivée sur le plancher inférieur du bassin, la dilatation n'ayant fait aucun progrès.

Des tentatives de dilatation avec le doigt furent vainement tentées. Enfin je fus appelé, et, en attendant mon arrivée, la sage-femme s'appliqua à retenir à l'orifice de la vulve la tête coiffée de l'utérus, en la repoussant fortement pendant les douleurs, et engageant la femme à modérer le plus possible ses contractions expultrices.

Vers huit heures j'arrivai, et après avoir recueilli les renseignements qui précèdent, je constatai les dispositions suivantes :

La tête entr'ouvre la vulve et fait tomber le périnée. Elle est entièrement coiffée par l'utérus, dont on peut mesurer des yeux une grande étendue en écartant les grandes lèvres. Toute la partie visible de l'utérus est lisse, tendue, et laisse assez facilement distinguer une disposition de lignes convergeant vers son orifice. Ce sont évidemment les fibres musculaires qui se dessinent dans son épaisseur. L'orifice se termine par un bord mince et presque tranchant. Il est situé à peu près à la réunion du tiers moyen avec le tiers antérieur de l'orifice vulvaire, et un peu à gauche de la ligne médiane. Sa circonférence, à la simple vue, peut être comparée à celle d'une pièce de 50 centimes ; elle permet cependant l'introduction du doigt indicateur, mais en exerçant sur lui une véritable constriction.

L'état général de la femme est satisfaisant, et laisse voir seulement une certaine prostration ; son pouls est régulier, de force moyenne, et présente à peine une légère fréquence.

Le besoin d'agir était pressant, et le choix des moyens était dominé par la présence, depuis plus de huit heures dans l'excavation pelvienne, de la tête de l'enfant. C'est donc au moyen le plus expéditif que je dus avoir recours, c'est-à-dire à l'agrandissement artificiel de l'orifice de l'utérus.

Je pratiquai cette opération à l'aide de ciseaux forts, à lames droites, dirigés sur le bord et le côté gauche de l'utérus, à l'aide des deux doigts indicateur et médius de la main droite. Ces deux doigts furent introduits en même temps, le premier dans l'intérieur de l'utérus, entre cet organe et la tête de l'enfant, le second en dehors de l'utérus, entre celui-ci et le vagin, de manière à saisir entre eux et jusqu'à leur commissure une portion correspondante d'utérus.

Les ciseaux, dirigés ensuite de la main gauche sur la partie dorsale de ces deux doigts, saisirent quatre centimètres d'utérus et le coupèrent nettement dans toute cette étendue.

Un fait remarquable se présenta aussitôt : tandis que je me disposais à pratiquer à gauche une seconde section en tout semblable à la première, je m'aperçus que l'utérus n'offrait plus la moindre résistance, que son tissu était distendu, relâché, et cédait partout devant le doigt avec la plus grande facilité ; que son ouverture était devenue ainsi largement suffisante pour le passage de la tête de l'enfant, dont on pouvait alors très-aisément explorer toute la circonférence.

Cette facilité d'examen, en présentant la suture sagittale dans une situation comprise entre la ligne du diamètre oblique droit et celle du diamètre antéro-postérieur du bassin, la fontanelle antérieure à l'extrémité postérieure et droite de cette suture, et l'occiput à son extrémité antérieure et un peu à gauche, confirmait le diagnostic d'une première position occipitale, ou occipito-cotyloïdienne gauche antérieure, que j'avais porté en examinant primitivement à travers l'utérus.

Une seule contraction énergique pouvait dès ce moment expulser l'enfant.

Après l'avoir attendue vainement pendant quelques minutes, et n'avoir eu à constater au contraire que l'absence complète de douleurs, je fis une application de forceps, qui ne présenta d'autres difficultés que celles résultant d'un travail trop avancé, et j'amenai un enfant bien constitué, fort et très-vivace.

La quantité de liquide mêlé de sang qui s'écoula alors fut peut-être un peu plus considérable que dans les circonstances ordinaires.

Environ vingt minutes après, je procédai à l'extraction du placenta, qui se détacha facilement sans aucune douleur et sans perte de sang bien appréciable. Mais avant comme pendant cette opération, les contractions utérines étaient manifestes et diminuaient insensiblement le volume de l'utérus.

Les bords de l'orifice de ce dernier organe, après la délivrance, que j'exécutai avec la plus grande précaution, étaient, à la vulve, aunive au des grandes lèvres. La plaie que j'avais pratiquée ne laissait point échapper de sang, et les bords en étaient lisses au toucher et séparés dans toute leur étendue.

La femme fut nettoyée, remise dans son lit, et l'utérus remonté jusqu'au niveau de l'angle sacro-vertébral. Il cédait dans cette ascension comme un corps qui tient à peine, ou n'est que très-lâchement uni aux parties voisines.

Le repos absolu, une infusion de feuilles d'oranger, puis de l'orangeade, quelques bouillons, puis des potages où des soupes grasses, et enfin des viandes légères furent, avec les soins ordinaires de propreté et une ou deux injections par jour avec une décoction de têtes de pavot d'abord et de feuilles de noyer ensuite, le seul traitement que je prescrivis pendant les quatre premiers jours.

La sécrétion lactée débuta sans manifestation fébrile, et à peine avec une légère sensibilité des seins pendant l'espace de vingt-quatre à trente-six heures.

A partir du troisième et surtout du quatrième jour, elle était parfaitement régulière et facile, et répondait fort avantageusement aux très-bonnes dispositions de l'enfant.

Au milieu de l'état général, qui ne cessa d'être satisfaisant, l'émission des urines, nulle pendant les trente-six heures qui suivirent l'accouchement, fut assez lente à s'effectuer pendant les deux ou trois jours suivants, mais finit par se régulariser sans nécessiter aucun soin spécial. La suppression ou la difficulté des évacuations alvines nécessitèrent, à partir des deuxième et troisième jours, l'administration de quelques lavements laxatifs. L'écoulement lochial, qui à partir du premier jour n'était plus sanguinolent, fut toujours très-peu abondant.

Enfin, le cinquième jour, malgré mes recommandations, la femme commença à quitter le lit. Le col de l'utérus, qui jusque-là avait occupé un point assez élevé dans l'excavation pelvienne, redescendit au niveau de la vulve.

La plaie que j'avais pratiquée était à ce moment à peu près cicatrisée. Elle présentait à peine 2 centimètres de longueur, et les bords en restaient encore écartés dans toute leur étendue, mais plus en bas qu'en haut, et davantage en dehors qu'en dedans. Elle ne cessa jamais d'être indolente depuis et y compris le moment où je la pratiquai jusqu'à sa cicatrisation définitive.

Le repos dans la position horizontale fut de nouveau exigé et l'utérus reporté jusqu'au tiers supérieur environ de l'excavation pelvienne. La laxité de ses ligaments eût aisément permis une ascension plus considérable. Le corps de l'utérus, dans cette nouvelle situation, débordait d'environ 15 centimètres la région sus-pubienne.

Des injections dans le vagin avec une décoction de tan ou d'écorce de chêne furent recommandées, et l'alimentation continua à être en rapport avec les bonnes dispositions de la femme, c'est-à-dire de plus en plus substantielle et abondante.

Peu de jours s'étaient encore écoulés et la nouvelle accouchée, cédant aux instincts invincibles des classes ouvrières, quittait de nouveau le lit pour se livrer à ses occupations de ménage et aux soins de son enfant, et plus tard à sa profession de blanchisseuse, qu'elle n'avait cessé d'exercer que l'avant-veille de son accouchement.

Si quelque injection, astringente ou de toute autre nature, fut faite encore de temps à autre, ce fut bien moins en vue d'un traitement suivi, que pour atténuer la douleur ou la gêne qui pourraient résulter de l'abaissement de l'utérus, et quelquefois même de la sortie d'une grande partie de cet organe au dehors de la vulve, dans le cours des occupations de la journée et surtout dans les efforts accomplis pendant la station verticale.

Enfin, environ six semaines après l'accouchement, la dernière ressource dont j'avais cru devoir menacer la jeune mère de vingt-trois ans, qui fait le sujet de cette observation, si elle ne se soumettait à un traitement dont le repos dans la position horizontale était la première condition, fut invoquée par elle-même en venant résolûment me demander l'application d'un pessaire, que je crus devoir lui accorder, sinon comme une nouvelle chance de guérison, du moins, au milieu de ses conditions d'existence, comme le seul moyen de supporter son infirmité.

Cet accouchement est remarquable à plus d'un titre. Si, en effet, les exemples de dilatation lente du col de la matrice ne sont pas très-rares, surtout chez les primipares, nous devons convenir que ceux dans lesquels la dilatation se fait attendre jusqu'au moment où l'accouchement touche à sa fin, et où l'utérus et l'enfant, l'un contenant l'autre, peuvent être expulsés sous l'influence d'une seule contraction énergique, sont infiniment plus rares.

Dans cet état de non-dilatation du col de l'utérus, qui fait le sujet de l'observation actuelle, il est curieux de voir cette large dilatation succédant à une incision, qui, suivant les données ordinaires d'une section sur un tissu inanimé, devait produire à peine un agrandissement de circonférence représenté par à peu près trois fois la longueur de l'incision ou 12 centimètres, en fournir au contraire un en rapport avec la circonférence de la tête de l'enfant, c'est-à-dire d'environ 30 centimètres.

Ce résultat me paraît ne devoir être attribué qu'à un état spasmodique du segment inférieur de l'utérus, et en particulier des fibres du col, qui a été vaincu plutôt par la perturbation produite par la section des fibres du col, que par l'agrandissement anatomique qui en est résulté.

Je suis confirmé pleinement dans cette manière de voir par deux faits analogues à celui qui m'occupe, observés antérieurement dans ma pratique, mais arrêtés dès les premières phases du travail : l'un, dans l'espace d'environ deux heures, par des applications d'extrait délayé de belladone sur le pourtour de l'orifice utérin ; l'autre, bien plus rapidement encore, quoique j'eusse affaire à une primipare de trente-sept ans, avec des affusions chaudes et répétées de décoction de feuilles de belladone sur toute la périphérie de l'orifice utérin. Aucun de ces moyens n'était explicable dans le cas actuel, à cause des progrès trop avancés du travail et de la pression exercée depuis trop longtemps par la tête de l'enfant sur les organes intra-pelviens. Cette dernière appréhension ne fut cependant justifiée après l'accouchement que par une suppression d'urine de trente-six heures et une constipation de plusieurs jours.

Cet accouchement, dans lequel la contraction des fibres de l'utérus n'a pu exercer aucune influence pour son accomplissement ou l'expulsion presque définitive de l'enfant, démontre enfin que les muscles abdominaux peuvent *tout seuls*, par leur contraction, mais avec un peu plus de lenteur très-évidemment que lorsqu'ils sont secondés par les contractions utérines, *terminer l'accouchement.*

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 novembre 1857. — Présidence de M. Isid. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Œufs d'insectes servant à l'alimentation de l'homme et donnant lieu à la formation d'oolithes. — M. VIRLET D'AOUST communique sur ce sujet un mémoire d'un grand intérêt zoologique et géologique. Nous y reviendrons plus tard.

De la non-existence de l'albumine dans les urines normales, et de l'infidélité de l'action du chloroforme comme réactif de l'albumine.— M. ANDRAL présente au nom de M. A. Becquerel la note suivante :

M. le docteur Gigon (d'Angoulême) a publié dans l'*Union médicale* des expériences desquelles il a tiré les conséquences suivantes, que nous pouvons brièvement résumer :

1° L'urine à l'état normal contient toujours de l'albumine ;

2° L'albumine n'y a pas été découverte jusqu'à présent faute de réactif suffisant pour la déceler. Ce réactif existe, c'est le chloroforme.

Ces conclusions m'ont semblé si loin de la vérité et si complétement en contradiction avec les résultats que j'ai obtenus dans les analyses de plusieurs milliers d'urines faites depuis vingt années que j'ai dû songer à vérifier les assertions de notre confrère. Pour plus de garantie, j'ai prié un chimiste habile, M. Barreswill, dont personne ne contestera la compétence en pareille matière, de vouloir bien répéter avec moi ces expériences. Les expériences que nous avons faites nous ont conduits à diverses propositions que nous exposerons et que nous discuterons successivement.

Première proposition. — Le chloroforme, ajouté en petite quantité et agité avec un certain nombre de liquides, donne une émulsion abondante et d'un blanc caractéristique qui la fait ressembler à de l'albumine.

Les liquides qui donnent ce résultat sont des liquides qui renferment des substances plutôt à l'état de mélange qu'à celui de dissolution véritable, ou bien encore qui les contiennent dans un état de dissolution tout particulier, et qui n'est pas analogue à celui des substances réellement solubles. Les substances qui jouissent de ces propriétés sont les suivantes : l'albumine, la gomme arabique, la gélatine, l'amidon en dissolution, le mucus, probablement la matière organique encore indéterminée tenue en dissolution dans l'urine. Si donc dans ces liquides, ou plutôt dans les mélanges de l'eau et de ces différents principes immédiats, on vient à verser une petite quantité de chloroforme et à l'agiter, ce réactif donne immédiatement un précipité d'un blanc laiteux plus ou moins épais, et qui gagne rapidement la partie inférieure du vase dans lequel il est placé. Ce précipité a tout à fait l'apparence de l'albumine coagulée par la chaleur ou par l'acide azotique ; cette émulsion est absolument semblable, qu'on l'ait effectuée avec l'albumine, la gomme, la gélatine, l'amidon ou le mucus. Elle est toutefois plus épaisse, plus caractérisée dans cette dernière émulsion. Il est digne de remarque qu'il faut une quantité très-faible de ces diverses matières organiques dans l'eau pour obtenir un précipité fort épais en apparence.

En étudiant avec soin ces précipités, qui ont toute l'apparence du coagulum albumineux, on leur reconnaît les propriétés suivantes :

1° Les précipités obtenus par l'addition du chloroforme à des liquides contenant de l'albumine, de la gélatine, de la gomme, etc., etc., ne diffèrent pas sensiblement entre eux ; ils sont presque identiques avec ces substances de nature fort différente ;

2° Ces précipités sont constitués par une émulsion contenant une très-grande quantité de chloroforme et une très-petite proportion de matière organique ;

3° Quelle que soit la matière organique qui ait été employée pour produire l'émulsion, les caractères chimiques et microscopiques de cette émulsion sont identiques. Ces caractères sont les suivants :

a. L'émulsion ne se détruit pas par l'ébullition.

b. L'émulsion, séparée du liquide qui la recouvre et évaporée sur un verre poli et creux et sous le récipient d'une machine pneumatique, laisse évaporer le chloroforme, et il ne reste sur le verre qu'une couche, non-seulement impondérable, mais souvent presque invisible, de la matière organique.

c. L'émulsion examinée au microscope montre une énorme quantité de granulations de chloroforme parfaitement circulaires, de grandeur variable, et séparées les unes des autres par des filaments de matière organique condensée. Ces filaments sont semi-opaques, tout à fait amorphes et sans aucune organisation ; ils ne ressemblent en rien à l'aspect nubéculé que donnent les coagulums d'albumine obtenus au moyen de la chaleur ou de l'acide azotique. Ce qu'il y a de singulier, c'est que l'émulsion obtenue à l'aide de l'albumine et du chloroforme donne des filaments qui n'ont aucun des caractères de l'albumine coagulée d'une autre manière.

d. Toutes ces émulsions se détruisent quand on les fait chauffer soit avec de l'acide azotique, soit avec de la potasse caustique. Ce résultat s'explique facilement si l'on songe que les deux réactifs jouissent de la propriété de détruire la matière organique et de la mettre en liberté. Cet effet ne prouve en aucune manière que l'émulsion soit formée par de l'albumine.

Deuxième proposition. — Toutes les variétés d'urines non albumineuses, sauf quelques exceptions fort rares, donnent une émulsion souvent considérable, quand on vient à les agiter avec du chloroforme. Ces émulsions sont en rapport direct avec la quantité de mucus contenue dans l'urine, et aussi avec celle des matières organiques tenues en dissolution.

On peut admettre que la facilité de production de l'émulsion, son épaisseur, sa compacité et son abondance sont en rapport direct avec la proportion de mucus contenu dans l'urine. Toute urine, sauf peut-être quelques urines anémiques abondantes et très-limpides, contient du mucus. Quelle que soit la limpidité de l'urine, si l'on abandonne cette dernière à elle-même pendant vingt-quatre heures dans un endroit frais, on voit un nuage muqueux plus ou moins abondant se séparer, et, suivant des conditions que nous ne pouvons exposer ici, venir gagner soit la partie inférieure, soit la partie moyenne, soit la partie supérieure du liquide. Or de nombreuses expériences m'ont démontré que les émulsions obtenues, en agitant les urines à l'instant de leur émission avec du chloroforme sont directement en rapport avec l'épaisseur et l'abondance du nuage muqueux, qui se séparera au bout de vingt-quatre heures.

De plus, dans des urines contenant sensiblement la même quantité de mucus, l'émulsion est d'autant plus abondante, que l'urine que l'on a en vue est plus foncée en couleur et plus dense, ce qui est sans doute dû à la présence d'une plus grande quantité de matière organique. L'effet dû à cette cause est d'ailleurs bien moins prononcé que celui qui tient à la présence du mucus.

Troisième proposition. — Les urines normales qui donnent par leur agitation avec une quantité suffisante de chloroforme une émulsion, ne fournissent aucune trace d'albumine quand on agit sur elles avec les réactifs les plus sensibles.

Il est d'abord presque inutile de dire que ces urines ne donnent aucun précipité albumineux, sous l'influence de la chaleur et par l'addition de l'acide azotique; mais comme on pourrait accuser ces deux réactifs d'un défaut de sensibilité, nous avons dû avoir recours à des moyens d'une précision incontestable. Ces moyens sont au nombre de deux. Ce sont: 1° le mélange récent d'acide acétique et d'une solution concentrée dans l'eau de prussiate jaune de potasse; 2° l'acide pyrophosphorique, que l'on doit à M. Barreswil d'avoir signalé comme réactif de l'albumine. Or ces deux réactifs ont une telle sensibilité, qu'ils décèlent la présence des quantités les plus minimes d'albumine, 1 vingt-millième par exemple. Nous avons essayé ces agents dans toutes les urines normales qui donnaient une émulsion avec le chloroforme, et jamais il ne nous ont décelé la présence de l'albumine.

Quatrième proposition. — L'urine albumineuse, loin d'être coagulée complétement par le chloroforme, ne laisse au contraire émulsionner avec ce liquide qu'une très-faible quantité de ce principe immédiat tenu en dissolution.

Voici quelques expériences qui prouvent la vérité de cette proposition:

1° Si on traite une eau albumineuse par le chloroforme et si on vient à agiter, il se forme une émulsion qui met un certain temps à se séparer du liquide et à gagner le fond. Ce temps est plus long que celui qui se passerait si l'urine ne contenait pas ce principe immédiat. Une fois l'émulsion déposée au fond, l'analyse démontre les deux faits suivants: *A.* L'émulsion, desséchée dans le vide, sous le récipient d'une machine pneumatique, ne donne qu'une quantité entièrement faible de mucus et d'albumine. *B.* La partie supérieure restée transparente, renferme encore la portion la plus forte de son albumine.

2° Une urine albumineuse d'une densité déterminée et une urine normale de la même densité, agitées toutes deux avec le chloroforme, donnent toutes les deux une émulsion qui ne diffère que par les deux caractères suivants: Dans l'urine albumineuse, l'émulsion reste plus longtemps en suspension, elle met un temps plus long à se précipiter à la partie inférieure; dans l'urine normale, au contraire, l'émulsion se forme plus vite et se dépose plus rapidement au fond. Mais au bout d'un certain temps, l'émulsion occupe la même hauteur dans l'une et l'autre urine. La présence de l'albumine n'a donc pour résultat que de retarder la précipitation de l'émulsion au fond du vase, et peut-être de la rendre un peu plus opaque. Cette dernière circonstance ne s'est pas toujours présentée.

3° Les urines additionnées d'une manière artificielle de gélatine, de gomme arabique, etc., donnent des résultats absolument semblables à ceux qu'a fournis l'albumine quand on vient à agiter ces urines avec du chloroforme.

Conclusions. — Les urines normales, additionnées de chloroforme et agitées avec lui, donnent un précipité qui n'est qu'une simple émulsion, constituée par le chloroforme d'une part, et d'une autre par le mucus et la matière organique toujours contenus dans la sécrétion urinaire.

2° Les urines normales ne contiennent aucune trace d'albumine.

3° Le chloroforme est un réactif très-infidèle; il ne précipite qu'une partie de l'albumine, et laisse intact et en dissolution dans la partie supérieure du liquide l'albumine qui s'y trouve contenue.

Empoisonnement par les vapeurs d'essence de térébenthine. — M. MARCHAL (de Calvi) adresse une note sur un nouveau cas d'empoisonnement par les vapeurs d'essence de térébenthine, par suite du séjour dans un appartement fraîchement peint.

Voici ce fait qui a été observé par M. le docteur Favrot:

Mlle H..., d'une bonne constitution, de tempérament nervoso-sanguin, était rétablie depuis peu de jours d'un rhumatisme articulaire aigu, quand elle fit peindre les portes et fenêtres de son appartement à la peinture ordinaire (céruse, huile d'œillette et essence de térébenthine). Sa chambre à coucher, spacieuse, aérée, a deux portes et deux fenêtres. Le jour où l'on avait peint, se trouvant un peu fatiguée par sa première sortie et par le mouvement qu'elle s'était donné chez elle, elle se mit au lit de bonne heure. Elle n'était pas couchée depuis plus de trois heures, lorsqu'elle se réveilla dans un état de malaise effrayant. Heureusement elle eut la force d'appeler, et l'on courut en toute hâte chercher M. Favrot, qui l'avait soignée récemment. Il la trouva dans l'état suivant: visage anxieux, grippé, pâleur mate, yeux excavés bordés de noir, voix éteinte, forces anéanties; les membres, dans la résolution profonde, retombant lourdement quand on les abandonne à eux-mêmes après les avoir soulevés; douleurs vives dans toutes les jointures; douleurs abdominales violentes, continuelles, qui font que la malade se tient fortement courbée, comme recroquevillée; nausées réitérées, non suivies d'effet par insuffisance de forces; respiration courte, précipitée, angoisseuse; pouls filiforme, à peine perceptible. Une sueur froide et visqueuse s'étend sur tout le corps. A ces symptômes, on aurait pu croire à une attaque de choléra algide, et M. Favrot m'a avoué qu'il s'y serait laissé prendre sans l'odeur très-caractéristique qui régnait dans l'appartement, et qui lui donna à lui-même un violent mal de tête qu'il conserva jusqu'au lendemain. Sans perdre un moment, M. Favrot fit transporter la malade dans un hôtel voisin. Là, il lui donna de la camomille très-chaude avec de l'eau-de-vie; puis il lui prescrivit une potion stimulante à la teinture de cannelle. On la couvrit de sinapismes, et finalement on lui donna des douches de vapeur dans son lit. Malgré ce traitement si bien approprié, Mlle H... resta pendant trente-six heures dans un état d'anéantissement très-inquiétant, et huit jours se passèrent sans qu'elle eût la force de se tenir debout. Elle est aujourd'hui parfaitement rétablie. (Commissaires, MM. Dumas, Rayer, Balard.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 novembre 1857. — Présidence de M. BOUVIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeur de la partie supérieure du bras. — M. MARJOLIN présente un malade au nom de M. Michon, qui demande l'avis de la Société sur le traitement à suivre.

Ce malade est natif du Morvan, âgé de vingt-cinq ans; sa maladie a débuté, au mois de février 1857, par de petites douleurs dans l'aisselle avec engourdissement du membre. Il n'y avait pas à ce moment de tumeur apparente. Dans le courant du mois de mars, la tumeur a commencé à être visible. A la fin de ce même mois, elle avait acquis le volume d'un œuf de pintade. Jusqu'au mois d'août, les douleurs ont été insignifiantes. Depuis cette époque, le sommeil est souvent troublé par des élancements. Néanmoins le malade n'a cessé de travailler aux champs que pour entrer à l'hôpital il y a quinze jours.

La santé générale est bonne; le malade, sans être maigre, a cependant perdu 16 livres de son poids.

La limite supérieure de la tumeur du côté de l'aisselle ne peut être atteinte; pas de bruit de souffle à l'auscultation.

Depuis deux mois, la main est dans la flexion et ne peut être relevée spontanément par suite de la paralysie du nerf radial.

La tumeur, de nature encéphaloïde, présente une fausse fluctuation due au ramollissement du tissu malade. Une ponction capillaire n'a donné que du sang.

Eléphantiasis des doigts. — M. GUERSANT présente un petit malade qu'il a déjà fait voir à la Société avant de l'opérer. C'est un enfant qui avait une hypertrophie éléphantiasique des doigts annulaire et auriculaire.

L'opération a été pratiquée; le cinquième métacarpien a été désarticulé et le quatrième amputé dans sa continuité; le malade est guéri. M. Guersant présente en même temps le moule en plâtre de la main malade et les doigts enlevés.

M. CHASSAIGNAC fait observer que l'hypertrophie ne porte pas seulement sur le tissu cellulaire, mais aussi sur les os; il ne croit pas qu'il en soit ainsi dans l'éléphantiasis. L'hypertrophie du malade de M. Guersant ne devrait donc pas être appelée éléphantiasique.

M. HOUEL répond à M. Chassaignac qu'il existe dans le Musée Dupuytren plusieurs pièces d'éléphantiasis des jambes avec hypertrophie des os. Sur l'une de ces pièces, le péroné a acquis le volume d'un tibia, et le tibia s'est développé proportionnellement.

M. CHASSAIGNAC voudrait savoir si dans ces cas l'hypertrophie a porté sur la longueur des os aussi bien que sur leur épaisseur, comme cela a lieu dans la pièce présentée par M. Guersant.

M. HOUEL n'a pas trouvé cet accroissement de longueur sur la plupart des pièces, parce qu'elles proviennent d'adultes; mais sur plusieurs pièces recueillies sur des enfants, l'accroissement s'est fait en longueur aussi bien qu'en épaisseur.

Amputation des deux jambes au lieu d'élection. — M. LARREY présente un ancien soldat du 7e de ligne, nommé Périer, qui, ayant eu le scorbut en Crimée vers la fin de 1855, fut atteint plus tard aux deux jambes des manifestations du même mal, sous forme d'ecchymoses d'abord et ensuite de vastes ulcérations. Tous les soins, tous les pansements ne purent enrayer les progrès du scorbut local, et trois mois après, dans le courant d'avril 1856, les deux articulations tibio-tarsiennes envahies furent largement ouvertes. L'amputation partielle des deux pieds (nous n'avons pu savoir laquelle) fut pratiquée du côté gauche le 11 avril, du côté droit deux jours après. Le chloroforme ne put être employé en raison de l'état de faiblesse du malade.

Quinze jours après, la gangrène, ou plus probablement la pourriture d'hôpital, frappa les deux moignons et dénuda l'extrémité inférieure des os de chaque jambe. C'est alors que la double amputation secondaire fut faite au lieu d'élection ou au-dessous du genou, le même jour, 11 mai, par la méthode circulaire et à l'aide du chloroforme. La réunion immédiate fut tentée sans succès, mais la cicatrisation s'effectua cependant d'une manière parfaite après une suppuration assez prolongée d'un côté.

L'amputé fut évacué sur France, au mois de juillet, avant que la cicatrice fût définitive. La pourriture d'hôpital envahit même le moignon de ce côté, mais enfin la cautérisation avec le fer rouge assura complétement la guérison au mois d'octobre.

Les deux moignons offrent aujourd'hui les meilleures conditions de forme, de cicatrice et de mobilité articulaire. Ils n'ont plus besoin que d'exercice et de sustentation par les moyens de prothèse convenable, et déjà l'amputé marche aisément avec une simple canne.

M. Larrey, en présentant ce fait, le croit utile à la question qui a souvent déjà préoccupé la Société sur les amputations de la jambe, ne fût-ce que pour le comparer au cas si malheureux montré par lui autrefois, d'un Arabe aussi amputé des deux jambes en Crimée, mais au-dessus des malléoles, et qui n'avait pu encore marcher trois ans après cette double amputation, malgré les jambes artificielles les mieux faites.

M. VERNEUIL trouve dans ce fait un exemple de plus à opposer à ceux qui prétendent qu'après l'amputation des deux jambes au tiers supérieur, on ne peut marcher sans béquilles.

M. CHASSAIGNAC ne voit pas quelles conséquences on pourrait tirer de ce fait pour la question des deux méthodes d'amputation de jambe.

Le principal argument en faveur de l'amputation sus-malléolaire, c'est qu'on perd beaucoup plus de malades après l'amputation au tiers supérieur du membre; et dans le cas présent, bien que l'amputation sus-malléolaire semble avoir été possible, on ne l'a pas faite.

M. LARREY répond que la pourriture d'hôpital s'était étendue jusqu'à la partie inférieure de la jambe, et que sans doute l'amputation sus-malléolaire était impossible. Cet homme a supporté sans aucun accident deux amputations de jambes au lieu d'élection, n'en aurait-il pas eu davantage après l'amputation sus-malléolaire? On ne peut le dire. Mais M. Larrey fait observer que les amputations des pieds ont été suivies d'accidents graves.

M. GIRALDÈS pense comme M. Chassaignac que ce fait ne peut être invoqué ni pour ni contre l'amputation au lieu d'élection ou à la partie inférieure de la jambe.

Les accidents qui ont suivi les amputations des pieds lui paraissent dus à ce qu'on avait coupé dans un point où les tissus étaient atteints par la pourriture. Si cette blessure avait eu lieu au bas de la jambe, l'amputation au lieu d'élection, se trouvant faite dans des tissus altérés, n'aurait probablement pas mieux réussi.

M. LARREY déclare qu'il n'a pas voulu établir une comparaison entre les deux opérations, mais seulement fournir un des éléments de la question.

M. DEGUISE présente le sujet de l'observation suivante au nom de M. Bernard (de Moulins):

M. Orset, bussard au 8e, a reçu un coup de pointe de sabre qui a traversé le bras et lésé l'artère brachiale.

On a arrêté au moment de la blessure l'hémorrhagie par la compression. Une tumeur avec pulsation s'est manifestée; elle a augmenté progressivement. Cinquante-neuf jours après, la ligature a été pratiquée par M. Bernard, les pulsations ont cessé, mais la tumeur a persisté et s'est même accrue. Le fil de la ligature est tombé le treizième jour.

SOUSCRIPTION

pour élever une statue à Édouard Jenner, l'immortel auteur de la découverte de la vaccine.

La lettre qui suit nous est adressée avec prière de l'insérer:

Monsieur,

Le 9 janvier 1857, nous avons eu l'honneur de communiquer à la Société des sciences industrielles, arts et belles-lettres de Paris, le projet que nous avions d'ouvrir une souscription pour élever un monument à la mémoire de l'illustre Anglais Jenner. La Société ayant vivement encouragé cette idée, nous avons demandé au conseil municipal de Boulogne-sur-Mer (14 janvier) (1), l'autorisation d'ériger la statue dans cette ville. Cette autorisation a été obtenue le 3 juin 1857, et la souscription a été ouverte immédiatement. Nous n'avons pas besoin, monsieur, d'énumérer les immenses services rendus par Jenner: ils sont connus et appréciés des hommes d'élite de tous les pays. Nous venons seulement vous prier d'unir vos efforts aux nôtres pour la réalisation de ce projet (2). Le corps médical français, interprète dans cette circonstance de la gratitude du public, a voulu prouver ainsi que les savants, de quelque nation qu'ils soient, ne forment tous qu'une seule famille: la famille humanitaire.

Une commission d'honneur, dont les noms suivent, a bien voulu patroner cette œuvre éminemment nationale et y apporter son concours et sa haute protection. Nous espérons que la France entière répondra aux nobles efforts de ces illustres représentants de la science.

La souscription est ouverte depuis le 5 juin. Une brochure, contenant l'historique des travaux de la commission, la liste des souscripteurs, le détail des dépenses, etc., sera publiée et adressée à tous les souscripteurs.

La commission d'honneur:

MM. Duméril et Serres, *présidents;* Barthez (Ernest), Bégin, Bérard, Boyer (Philippe), Cloquet (J.), Danyau, Davenne, *directeur général de l'assistance publique,* Dubois (Paul), Geoffroy Saint-Hilaire, Jobert (de Lamballe), Louis, Nélaton, *membres.*

Les souscriptions doivent être adressées à M. GOSSART, *notaire, rue Saint-Honoré,* 217, *à Paris.*

Nous avons l'honneur d'être, Monsieur, vos très-humbles serviteurs,

Les membres de la commission d'exécution:

MM. Adde-Margras (de Nancy), médecin, *président;* B. Lunel, médecin, *secrétaire général;* E. Paul, sculpteur, *chargé de l'exécution de la statue;* Adolphe Favre, *secrétaire particulier;* Lefol, médecin.

(1) Port principal de débarquement de l'Angleterre, patrie de Jenner.
(2) L'inauguration du monument aura lieu du 1er au 15 juin 1858.

LE SOUSS.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — Statistique des causes de décès. — HÔPITAL COCHIN (M. Beau). Fièvre typhoïde; son traitement par les évacuants. — HÔPITAL DES ENFANTS (M. Bouvier). Courbures latérales du rachis. — Formule contre la toux nerveuse. — Sesquichlorure de fer comme hémostatique. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 1er décembre. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Des équivalents chimiques. — Nouvelles communications sur l'électricité et le magnétisme terrestre.

PARIS, LE 3 DÉCEMBRE 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie, dont les travaux scientifiques avaient été pendant quelque temps suspendus par la discussion, plus administrative que médicale, de la statistique des causes de décès, est rentrée hier dans sa physionomie et ses allures habituelles. Une lecture et deux rapports ont fait les frais de cette séance. La lecture de M. le docteur François (d'Abbeville) a pour sujet un point de pratique chirurgicale, une question de médecine opératoire; elle est relative à un cas de polype naso-pharyngien, qui a nécessité l'extraction du maxillaire supérieur gauche.

Les deux rapports sont de M. Poggiale et de M. Baillarger. Le rapport de M. Poggiale est sur un point d'analyse toxicologique, soumis à l'appréciation de l'Académie par le savant toxicologiste de Nancy, M. le docteur Blondlot. Il s'agit de la recherche des portions d'arsenic perdues par le fait de la carbonisation par l'acide sulfurique et transformé en sulfure d'arsenic. La commission a vérifié l'exactitude des faits annoncés par M. Blondlot.

Le rapport de M. Baillarger a pour sujet un de ces cas de perversion morale et instinctive, qui, pour l'honneur de l'humanité, s'abritent sous l'irresponsabilité de l'aliénation mentale. Ce fait communiqué à l'Académie par l'un de ses plus anciens et honorables correspondants, M. Bédor (de Troyes), a fourni à M. Baillarger l'occasion de soulever et d'examiner plusieurs points extrêmement intéressants de l'histoire de l'aliénation mentale et du crétinisme. Quelques paroles échangées au sujet du crétinisme entre MM. Chatin et Baillarger nous ont fait croire un instant qu'une discussion sérieuse allait s'engager. Mais elle eût été prématurée, une commission étant en ce moment chargée d'étudier cette grave question. Le peu qui en a été dit hier est déjà suffisant pour laisser entrevoir toutes les difficultés du sujet. — Dr Brochin.

STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS.

Nous croyons être agréables à nos lecteurs en reproduisant l'ensemble des conclusions adoptées par l'Académie, en réponse aux questions du ministre relativement à l'établissement d'un service spécial de constatation des causes de décès.

1° Dans l'état actuel de la science en France, une bonne statistique médicale, c'est-à-dire l'enregistrement régulier des causes de décès, est possible et doit être mise à exécution.

2° Pour assurer l'exécution de cet enregistrement régulier des causes de décès, il est nécessaire que tout médecin remette à l'autorité un bulletin cacheté indiquant la cause du décès du malade auquel il aura donné des soins.

Dans les cas de mort subite ou par accident et dans ceux où les malades auront succombé sans recevoir les soins d'un médecin, l'autorité avisera à la constatation de la cause du décès en déléguant un homme de l'art.

3° Dans la rédaction de leurs bulletins indicateurs des causes de décès, les médecins seront libres d'employer les dénominations qui leur sont familières.

4° Il y a lieu de procéder, dès à présent, et autant que possible, à l'enregistrement de toutes les causes de mort.

5° Ce service d'enregistrement devra être établi, dès le début, dans toutes les communes et non limité aux principales villes et aux chefs-lieux d'arrondissement.

6° Une circulaire rédigée à ce sujet par l'Académie sera adressée à tous les médecins.

7° Le bulletin indicateur contiendra tous les documents ressortissant à la statistique. Dans ce but, il conviendra de rédiger un modèle que les médecins n'auront qu'à remplir.

8° Les bulletins ne porteront aucun nom; ils seront secrets, envoyés signés, cachetés et numérotés à la mairie, et ils parviendront à l'administration centrale en passant successivement par les chefs-lieux de canton, d'arrondissement et de département, et conservant dans ces divers passages leur date et leur marque extérieure d'origine;

9° Le dépouillement des bulletins à l'administration centrale nécessitera une coopération médicale.

HOPITAL COCHIN. — M. BEAU.

Fièvre typhoïde. Son traitement par les évacuants.

Le plus grand désaccord règne entre les praticiens les plus éminents sur ce groupe de symptômes auquel on a donné le nom de *fièvre typhoïde*. Nous nous servirons de cette expression qui est la plus généralement admise, n'attachant pas toutefois une trop grande importance à cette désignation, dont le principal avantage est de ne rien préjuger sur la nature de la maladie. Il importe peu, en effet, que cette affection soit désignée de nos jours par les mots de fièvre typhoïde, de dothinentérie, d'entérite folliculeuse, d'entérite septicémique, etc.

Ce qui est plus intéressant pour le praticien, c'est la connaissance des causes, et surtout du traitement le plus avantageux. Nous dirons peu de chose de l'étiologie pour nous étendre plus longuement sur la question thérapeutique.

Si nous voulons pénétrer le secret de la fièvre typhoïde, nous sommes obligés de convenir que jusqu'à ce jour c'est encore un mystère pour la science. La cause qui la produit est inconnue, elle nous échappe entièrement : cependant des hommes éminemment intelligents ont fait de louables efforts pour en découvrir l'origine. Mais c'est en vain qu'ils ont interrogé l'âge, le sexe, la constitution et les professions; c'est en vain qu'ils ont passé en revue les conséquences du changement d'habitudes, de l'acclimatement; qu'ils ont examiné l'influence des climats et des localités; toutefois, les travaux de MM. Petit, Serres, Louis et Chomel ont prouvé que le plus grand nombre des fièvres typhoïdes qu'on observait à Paris, sévissaient sur les individus nouvellement arrivés et non encore acclimatés. La cause en serait-elle dans le changement d'habitudes, de climat, de nourriture, ou bien la raison la plus puissante résiderait-elle, comme l'a pensé M. Piorry, dans l'encombrement?

On ne saurait douter que cette dernière circonstance, l'altération de l'air, ne soit une condition fâcheuse et n'aggrave la maladie. Pour M. Beau, la raison en est dans les fatigues physiques et morales. Cette étude est d'un haut intérêt en raison du grand nombre de fièvres typhoïdes qui existent constamment à Paris, et qui s'expliquent facilement par l'encombrement des ouvriers attirés par les travaux qui transforment la capitale. Il sera curieux d'étudier plus tard, dans quelques années, l'influence du nouveau Paris sur la santé de ses habitants, et notamment sur celle de la classe ouvrière.

Si, pour bien établir le traitement rationnel d'une affection, il faut en connaître la nature intime, nous sommes bien loin de pouvoir tracer pour la fièvre typhoïde une thérapeutique certaine. Tout le monde est bien d'accord sur un caractère anatomique, sur une lésion des follicules intestinaux et des ganglions mésentériques: mais cette lésion est-elle primitive ou est-elle consécutive à un état général? M. Bretonneau, en adoptant cette seconde supposition, a rapproché la dothinentérie des fièvres éruptives, et surtout de la variole. Cette cause générale inconnue dans son essence et dans son siége, est placée par les uns dans le système nerveux; d'autres, et c'est le plus grand nombre, la trouvent dans une altération du sang encore indéterminée, mais réagissant sur le système nerveux et sur tout l'organisme. L'intoxication du sang serait la conséquence de l'action d'un principe délétère venu du dehors. Une autre opinion a été admise, et peut être soutenue avec quelque vraisemblance; c'est celle de M. Delarroque, défendue d'une manière si brillante par M. Beau. Pour eux et pour leurs partisans fort nombreux, et dont le chiffre augmente tous les jours, la bile altérée agit sur l'intestin et l'enflamme, et la résorption des matières septiques de l'intestin vicie consécutivement le sang.

Ces questions seront dans peu traitées de nouveau dans sa dissertation inaugurale par M. Blachez, un des internes les plus distingués des hôpitaux de Paris, actuellement attaché aux salles de M. Beau. Il se propose, dans ce travail, de démontrer, comme son maître, que le siége de la fièvre typhoïde est dans le foie, et que tout le mal est produit par la bile altérée, laquelle donne lieu aux ulcérations des follicules, et plus tard, par son absorption, aux troubles généraux. Cette manière de voir explique parfaitement la présence d'un plus grand nombre de plaques malades dans la portion iléo-cœcale de l'intestin, et du gargouillement dans la fosse iliaque droite; c'est que la bile, par son propre poids, s'accumule dans le cul-de sac iléo-cœcal, et là, se putréfie au point qu'on a pu appeler cet amas de matières putrides des *latrines vivantes*. C'est donc un poison sécrété par l'individu et se renouvelant pen-

FEUILLETON.

Des équivalents chimiques. — Nouvelles communications sur l'électricité et le magnétisme terrestre.

Il y a quelques jours, un fait qui a vivement ému le monde savant s'est produit à l'Académie des sciences. M. Dumas, de sa voix si autorisée en pareille matière, est venu réclamer la révision des équivalents chimiques. Un coup d'œil jeté sur l'historique de cette grave question nous permettra d'apprécier l'œuvre immense entreprise par notre grand chimiste.

Berzélius consacra toute sa vie à fixer, au moyen d'expériences, les chiffres des équivalents chimiques : une fois ce grand travail terminé, embrassant cette série de chiffres, le chimiste suédois resta persuadé qu'aucun lien ne réunissait ces divers équivalents, et que si par hasard quelques-uns de ces chiffres semblaient se rapprocher, ce ne pouvait être qu'un résultat complétement fortuit. Vint le docteur Prout, qui crut apercevoir, au contraire, certains rapports jusqu'alors méconnus; prenant l'hydrogène comme unité, il ne tarda pas à établir des séries naturelles, dont les équivalents étaient liés non-seulement par les rapports les plus simples, mais aussi représentés par des nombres entiers. Le jour commençait à se faire dans ce problème si intéressant; on commençait à soupçonner que de trois corps d'une série l'intermédiaire pouvait être formé d'une demi-molécule des corps qui l'avoisinaient. Enfin, M. Dumas, en 1851, jetait une hypothèse qu'il veut approfondir aujourd'hui; à savoir qu'il existe entre les corps de la chimie minérale des rapports analogues à ceux qu'on a reconnu exister dans la chimie organique.

La question était importante à vider, car d'un côté, avec Berzélius, les corps n'étaient liés par aucun rapport, ils étaient indépendants les uns des autres; tandis que la théorie du docteur Prout permettait de supposer que les molécules des divers éléments chimiques actuels pouvaient être constituées par la condensation d'une matière unique, dont les diverses proportions ou combinaisons donneraient naissance à des éléments de même poids, mais de propriétés différentes. Mais on ne pouvait avec les chiffres de Berzélius résoudre ce problème, car les éléments les plus connus sont représentés par des chiffres dont on ne peut constater les rapports. Il fallait donc user des équivalents de Prout, et alors vérifier leur valeur. Cet immense problème ne pouvait être embrassé dans son ensemble, il était nécessaire de le décomposer en problèmes secondaires : c'est ce qu'a fait M. Dumas.

Nous allons passer rapidement sur les premières parties de ce travail pour établir la relation si curieuse des éléments de la chimie minérale, comparés à ceux qui relient les composés organiques.

1° Il était nécessaire de s'assurer que tous les corps simples avaient des équivalents multiples de celui de l'hydrogène par des nombres entiers. On savait déjà que le chlore et le cuivre faisaient exception à la loi de Prout : de nouvelles expériences ont confirmé cette exception.

2° M. Dumas, après une série d'expériences sur le tungstène, le molybdène, le soufre et l'argent, a pu conclure que : *des corps analogues par leurs propriétés peuvent avoir des équivalents exactement liés entre eux par des rapports très-simples, tels que* 1 : 1, 1 : 2; *mais il peut aussi arriver que de tels rapports n'existent pas, même pour les corps les plus analogues, quoique les nombres qui représentent les vrais équivalents semblent aussi près que possible à réaliser.*

3° Quoique la relation ne soit pas constante, cependant il arrive souvent que de trois corps de la même famille, le poids de l'équivalent du corps intermédiaire peut être égal à la demi somme du poids des équivalents des deux corps extrêmes.

4° Nous arrivons à la question la plus intéressante : Les nombres qui représentent les équivalents des corps simples proprement dits, appartenant à la même famille naturelle, offrent-ils dans leur génération quelques lois analogues à celles qu'on découvre dans la génération des nombres représentant les équivalents des radicaux organiques de la même série naturelle?

On connaît la relation qui existe, par exemple, entre les termes de la série des radicaux des éthers; cette série représente une progression ascendante par différence. Mais sans nous appesantir sur ces données déjà acquises à la science, abordons les corps simples : quelques chiffres seront nécessaires à la clarté du sujet.

Prenons le groupe (Fl. Cl. Br. I.) dont les équivalents sont représentés par les chiffres (Cl. 35, 5. Br. 80, I. 127 et Fl. 19). Ces quatre chiffres ne paraissent au premier abord liés par aucune relation, allons plus profondément, et représentons par a le fluor, par d la diffé-

dant un certain temps. Il s'agit d'en débarrasser les malades au fur et à mesure de sa production, et on y arrive par les purgatifs répétés. La nature médicatrice doit faire le reste.

Ce jeune confrère doit aussi examiner la question de la récidive; et si nous sommes bien informés, il citera plusieurs exemples à l'appui de son opinion. Ces faits devront être bien péremptoires pour ébranler les idées régnantes; car « je ne crois pas, professe M. Grisolle, que jusqu'à présent on ait observé un seul cas de récidive bien authentique. »

Les opinions sont donc partagées, et chacun partant de ses idées sur la nature de la maladie a voulu établir un traitement conforme à sa manière de voir. Nous passerons en revue les principaux d'entre eux, nous réservant d'insister plus particulièrement sur le dernier la médication évacuante.

D'après les beaux travaux du savant professeur de Strasbourg, M. Forget, presque tous les anciens médecins appliquaient la médication antiphlogistique au traitement de la fièvre typhoïde. Botal et Chirac faisaient souvent trois ou quatre saignées dans les vingt-quatre heures, et Stahl appelait les médecins partisans des évacuants *stercorarii*. Cependant, même à cette époque, des praticiens éminents recommandaient la prudence dans ce traitement et ne l'employaient qu'avec réserve. Nous pouvons citer Baglivi, Pringle, Dehaen. De nos jours, MM. Andral et Chomel, Rostan et Cruveilhier, Louis et Grisolle, etc., se montrent sobres d'émissions sanguines. M. Forget saigne un peu plus.

L'opinion presque générale sur ce mode de traitement est qu'il vaut mieux tirer moins de sang que de tomber dans l'excès contraire. Cette prudence est surtout nécessaire chez les enfants, où cette médication ne s'est pas montrée favorable entre les mains de MM. Rilliet, Barthez et Taupin.

Nous ne citerons que pour mémoire les conseils donnés par Rasori et par Giacomini. Le premier aurait employé le tartre stibié avec avantage et le second le sulfate de quinine. L'expérience n'a pas prononcé sur la valeur thérapeutique de ces moyens.

M. le professeur Serres avait aussi proposé en 1847 l'emploi des mercuriaux à l'intérieur et à l'extérieur dans le but de résoudre l'altération des plaques. Il serait impossible d'établir un jugement sur l'efficacité ou l'inutilité de ce remède, qui n'a guère été mis en usage.

Une méthode qui a été en vogue en France en même temps que la nosographie philosophique est le traitement antiseptique. On croyait à la putridité des humeurs, et naturellement on administrait les antiputrides : quinquina, camphre, musc, vin, etc. Cette médication compte encore de nos jours de nombreux partisans en Angleterre, en Italie et en Allemagne. En France, elle est abandonnée comme méthode générale, et on ne s'en sert que dans certaines circonstances où son usage a été reconnu véritablement utile. On recommande les toniques lorsque la chaleur de la peau est peu élevée, le pouls peu fréquent et même lent, la diarrhée légère et en l'absence de météorisme.

Médication évacuante. — Ce traitement était en honneur dès la plus haute antiquité, et son influence était telle que les partisans de la méthode antiphlogistique eux-mêmes conseillaient de purger de temps en temps pour laver l'intestin des matières âcres et septiques qu'il contenait. « Fizes évacuait dès le début de la fièvre; il purgeait tous les deux jours, et donnait souvent une infusion de séné dans l'intervalle. » Sydenham saigne une fois, il est vrai, mais purge tous les deux jours, et les jours intercalaires donne la crème de tartre. Il serait peut-être difficile de trouver de nos jours de plus zélés partisans de la méthode évacuante. Ils n'étaient pas les seuls. Sous la même bannière se rangeaient des noms de praticiens célèbres. C'étaient Rivière, Huxham, qui compare la bile corrompue à un poison actuel et veut qu'on la chasse le plus tôt possible; Pringle, qui veut qu'on purge par haut et par bas; Baglivi, qui purge même les jours critiques; c'étaient encore Stoll, Tissot, Haller, Lepecq de la Clôture, Sarcone, Hamilton, Hildenbrand, et tant d'autres praticiens non moins distingués.

Cependant, malgré leurs efforts, cette pratique tomba peu à peu en désuétude, et fut pour ainsi dire complétement oubliée, exemple frappant de l'instabilité des jugements de l'homme; cette méthode, malgré son efficacité indubitable, trouva à peine au commencement de ce siècle deux apologistes dans la personne de Bretonneau et Lerminier. Ils ne purent cependant vaincre les préventions de leurs contemporains, qui redoutaient toujours l'action des purgatifs sur la surface ulcérée de l'intestin. Il était réservé à un autre médecin de secouer l'indifférence générale et de calmer les scrupules, de prouver l'innocuité des évacuants et de démontrer d'une manière péremptoire leur remarquable efficacité dans le traitement de la fièvre typhoïde. La gloire d'avoir remis en honneur la médication purgative revient à M. Delarroque, ancien médecin de l'hôpital Necker. Pour lui, c'est une méthode exclusive, absolue. Il n'est arrêté ni par la forme ni par la période de la maladie.

En 1834, il disait à M. Beau, son nouvel interne, que depuis deux ans il guérissait très-bien les fièvres typhoïdes par les évacuants, comme le faisaient les anciens : « Je donne, disait-il, des axatifs, tels que l'eau de Sedlitz, l'huile de ricin, etc. Je les répète pendant plusieurs jours; et quand l'état fébrile a été complétement emporté par eux, je relève les forces du malade au moyen de l'infusion d'angélique, d'arnica, du vin de quinquina, de malaga et d'une alimentation de plus en plus consistante. J'explique les guérisons rapides qui suivent l'emploi de cette méthode par l'évacuation des liquides intestinaux, dont le contact sur la muqueuse de l'intestin et le transport dans le torrent de la circulation me paraissent la cause des altérations organiques et fonctionnelles qui caractérisent la fièvre typhoïde. »

Ces idées plurent à M. Beau, qui les soumit à une expérimentation sévère et les adopta bientôt, lorsqu'il eut remarqué : 1° une amélioration sensible après les premiers évacuants, amélioration d'autant plus grande que l'évacuation avait été plus abondante; 2° que s'il n'y avait pas d'amendement, au moins la maladie semblait arrêtée; 3° que si on laissait un jour s'écouler sans prendre de purgatif, le malade devenait plus souffrant.

Cependant M. Delarroque faisant quelques concessions aux idées de l'époque, pratiquait, comme il le disait, *une discrète saignée*, et n'osait employer l'émétique dans la crainte d'enflammer l'estomac, se mettant ainsi en opposition avec son collègue de Necker, M. Bricheteau, lequel ne craignait rien pour l'estomac de la part de l'émétique, mais ne pouvait se résigner à l'emploi des purgatifs, dont il redoutait les effets sur les intestins.

Enhardi par cette contradiction, et sachant d'ailleurs que Lepecq, Tissot et Huxham avaient autrefois uni les émétiques aux purgatifs, M. Beau, qui était à la fois l'interne de l'un et de l'autre, voulut essayer l'action des vomitifs, et à la visite du soir (comme on peut s'en convaincre en compulsant les cahiers de l'époque) il ordonnait l'émétique. Les malades s'en trouvèrent bien, et il fut dès lors décidé qu'on commencerait le traitement par un éméto-cathartique et qu'on supprimerait la *discrète saignée*.

On débuta donc par 1 ou 2 grains de tartre stibié dans un pot d'eau d'orge ou de petit-lait, quels que fussent l'état de la langue, la soif, les douleurs, sans égard aux différentes formes de l'affection typhoïde. Puis tous les matins, les malades prirent une bouteille d'eau de Sedlitz, ou 30 grammes d'huile de ricin, de crême de tartre, ou 2 grammes de calomel, ou 75 centigrammes de scammonée en potion, ou 1 ou 2 gouttes d'huile de croton en potion ou en pilule, ou 30 grammes de sirop de nerprun, etc., etc. On y joignit les boissons douces prises en grande quantité. Dans les cas où la chaleur était extrême, insupportable, on pratiqua de fréquentes lotions d'eau froide pour combattre et calmer cette sensation de brûlure générale que les malades comparent à l'action de la vapeur d'eau bouillante, agissant constamment sur tout le corps. Ces lotions avaient été recommandées par Currie, et avant lui par de Haën. On proscrivit la saignée même dans les cas d'engorgement pulmonaire, et on la remplaça par le kermès à la dose de 25 à 40 centigrammes. Si le kermès procurait des selles plus ou moins abondantes, ou suspendait les purgatifs, sauf à les reprendre plus tard. Puis quand la fièvre était tombée, qu'il n'y avait plus que de la faiblesse, on administrait les toniques, comme il est dit plus haut.

A l'aide de ce mode de traitement, on ne perdit qu'un dixième des malades, résultat fort beau et qu'on ne pouvait obtenir à l'aide des autres modes de traitement.

La supériorité de la méthode a été constatée par les médecins les plus recommandables de l'époque. On a constaté surtout que ce mode de traitement diminue la mortalité et abrége la durée de la maladie. La convalescence est hâtée (du vingtième au vingt-deuxième jour), et on observe moins d'hémorrhagies et de perforations intestinales que par tout autre traitement.

Le choix du purgatif est-il de quelque utilité ? En France on a adopté l'huile de ricin ou l'eau de Sedlitz; en Allemagne et en Suisse, le calomel. Cette préférence est cependant tout à fait inutile. La grande affaire, la seule essentielle est de purger largement, et le meilleur évacuant est celui qui a le plus de prise sur le malade. Tel individu est sensible à l'action de l'eau de Sedlitz et se montre réfractaire à l'action du calomel; tel autre sera purgé par l'huile de ricin et ne pourra l'être par l'huile de croton. Nous avons entendu M. Beau citer le cas d'un infirmier de ses salles, qui, pour combattre une constipation opiniâtre, fit usage, mais en vain, des purgatifs drastiques les plus violents, et qui fut purgé abondamment et pendant plusieurs jours par quelques tasses de jus de pruneaux. Le médecin doit donc employer le purgatif qui convient le mieux à l'idiosyncrasie de son malade. Parfois il n'y arrive qu'à l'aide de tâtonnements, comme chez cet infirmier, et alors on perd un temps précieux. C'est là, comme le dit avec raison M. Beau, un des inconvénients de la thérapeutique nosocomiale. On connaît la maladie, mais on ne connaît pas le malade, deux termes du problème indispensables, cependant, pour arriver sans hésitation au traitement le plus efficace pour vaincre l'affection. Ce grave inconvénient, ajoute M. Beau, n'existe pas dans la pratique civile. Ici le plus souvent on connaît son malade de vieille date. On a pu étudier sa constitution, son tempérament; on l'a suivi depuis longtemps, et dans le cas de maladie on peut d'emblée appliquer le traitement le plus convenable à son individualité. Dr NICOLAS.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. BOUVIER.

Courbures latérales du rachis (1).

b. *Vertèbres en particulier.* — On sait que presque tous les rachis normaux dont l'ossification est assez avancée présentent, dans certaines vertèbres, une asymétrie qui se produit à la fois suivant un plan horizontal et dans le sens vertical. Nous allons retrouver ces caractères dans les vertèbres de la vraie scoliose; mais nous les retrouverons exagérés, amplifiés, compliqués de nouveaux désordres.

En avant, la dépression normale du côté gauche des vertèbres dorsales se prononce davantage dans leur scoliose pathologique, quand la concavité de leur courbure est à gauche; mais cette dépression se perd bientôt dans l'écrasement produit par l'affaissement vertical du côté concave des courbures. Cet affaissement joue ici le premier rôle : c'est lui surtout qui produit le défaut de symétrie des corps vertébraux, et leur déviation apparente par rapport aux arcs apophysaires; car, de même que dans la courbure normale, le corps des vertèbres ne se trouve plus en face des apophyses épineuses, il est porté du côté de la convexité de la scoliose.

L'affaissement vertical des corps vertébraux et de leurs ligaments présente de nombreux degrés, depuis une perte insignifiante de la hauteur des vertèbres jusqu'à l'écrasement qui les réduit à un bord mince, et jusqu'à la disparition complète du ligament intervertébral. Cet affaissement ne porte que d'un côté, celui de la concavité, ce qui donne aux vertèbres tantôt la forme des voussoirs ou des pierres qui composent une voûte, tantôt la figure d'un véritable coin interposé entre des pièces plus régulièrement conformées.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

---

rence du fluor au chlore, et par d' la différence complémentaire nécessaire pour passer du chlore au brôme, nous allons trouver la relation suivante :

$$\left.\begin{array}{l} a \\ a+d \\ a+2d+d' \\ 2a+2d+2d' \end{array}\right\} \text{ ou en nombres } \left\{\begin{array}{ll} 19 \ldots\ldots & \text{fluor.} \\ 19+16.5=35.5 \ldots & \text{chlore.} \\ 19+33+28=80. \ . & \text{brôme.} \\ 38+33+56=127.. & \text{iode.} \end{array}\right.$$

Si nous prenons le groupe Az. Ph. As. St. Bi, nous pourrons les faire rentrer dans la formule :

$$\left.\begin{array}{l} a \\ a+d \\ a+d+d' \\ a+d+2d' \\ a+d+4d' \end{array}\right\} \text{ ou en chiffres } \left\{\begin{array}{ll} 14 \ldots\ldots & \text{azote.} \\ 14+17=31 \ldots & \text{phosphore.} \\ 14+17+44=75.. & \text{arsenic.} \\ 14+17+88=119.. & \text{antimoine.} \\ 14+17+176=207. & \text{bismuth.} \end{array}\right.$$

Méditez les groupes (C. Bo. Si. Zr.), (Mg. Ca. Sr. Ba, Pb), et vous ne tarderez pas à trouver d'autres formules, que la place étroite qui nous est réservée nous empêche de vous exposer.

Que conclure de ces recherches? Lorsqu'on étudie les diverses progressions que M. Dumas vient de nous faire constater, on trouve que le premier corps de la série, point de départ de la progression ascendante, détermine le caractère chimique de tous les corps qui en font partie.

Si d'un côté l'ammonium est reproduit dans toutes ses qualités essentielles par les ammoniums composés; si le méthylium prête sa forme et ses allures à tous les radicaux des alcools et des éthers; d'un autre côté, le type fluor reparaît de même dans le chlore, brôme et iode, etc. Comme si, en appelant a le premier terme de la progression et d sa raison, on était autorisé à dire que dans tout équivalent, $a+nd$, c'est a qui donne le caractère chimique fondamental et qui fixe le genre, tandis que nd détermine seulement le rang dans la progression et précise l'espèce.

L'énorme travail de la révision des équivalents demandera bien du temps; nous venons de voir, pour ainsi dire, la préface de cette œuvre, que M. Dumas termine par cette conclusion :

« Si les équivalents des corps simples appartenant à une même famille naturelle constituent toujours une progression par différence, à la manière des équivalents des radicaux de la chimie organique, la raison de cette progression souvent constante, est parfois remplacée, néanmoins, dans quelques-uns des termes de la progression, par une raison équivalente, ce qui cache la simplicité de la loi. »

— Dans cette même séance du 9 novembre, que le beau travail de M. Dumas rendra peut-être historique, un physicien, M. A. Palagi, est venu exposer une série d'expériences qu'il a entreprises sur une nouvelle source d'électricité.

En avril 1856, M. Palagi avait déjà reconnu l'inconstance du courant produit par des lames métalliques de même matière ou de nature différente plongées dans l'eau stagnante ou courante; l'intensité de ce courant irrégulier et sa direction variable, non-seulement avec les points d'immersion (Becquerel), mais encore avec le temps dans le même lieu.

Des essais avec deux lames de cuivre puis avec une lame de cuivre et une lame de zinc, n'avaient donné aucun résultat satisfaisant; les courants changeaient de direction sans que les circonstances atmosphériques parussent avoir de l'influence sur leurs caprices, lorsque M. Palagi songea à remplacer l'une des lames métalliques par un morceau de coke. Il plongea donc dans un puits A un morceau de coke de forme irrégulière et du poids de 3 kilogrammes, et dans un autre puits B, une plaque de zinc de 23 centimètres de longueur sur 17 de largeur et 2 millimètres d'épaisseur. L'intensité du courant était relativement considérable. De plus, les deux éléments, coke et zinc, ayant été changés de puits, les mêmes courants s'établirent invariablement du charbon au zinc dans le fil métallique qui les unissait. Bientôt M. Palagi détacha un fragment du coke, et ce fragment donna un courant d'une intensité presque égale. Le zinc diminué offrit le même résultat.

Un nombre considérable d'expériences que nous ne pourrions rapporter permirent alors d'établir que le courant n'était pas en rapport avec le volume du charbon, un morceau plus petit ne donnant pas un courant sensiblement moindre. Ce courant électrique croît avec le nombre de charbons et de zincs dont on a formé une chaîne, séparant les charbons avec des fils de cuivre, et les zincs de la même manière.

Bien plus, les parties d'un même charbon reliées au moyen de fils de cuivre donnent un courant plus intense, alors même qu'on a isolé avec la gomme laque les nouvelles faces obtenues par la direction.

Les vertèbres les plus déformées sont ordinairement les septième et huitième dorsales ; l'affaissement des corps et de leurs ligaments va en diminuant vers les extrémités de l'arc.

Le nombre des vertèbres affectées est variable : s'il y en a beaucoup, les déformations se répartissent d'une manière plus égale, et la courbe est assez régulière ; si, au contraire, quelques vertèbres seulement sont affectées, la courbe, comme comprimée à son sommet, se rapproche de la forme angulaire.

Le rachitisme présente, de même que la scoliose spontanée, les deux degrés d'affaissement que j'ai indiqués. L'affaissement cunéiforme n'est pas propre à cette affection, comme le croyait Delpech. L'existence de l'une ou de l'autre forme dépend moins de la nature de la scoliose que de son ancienneté. Les courbures récentes sont toujours plus allongées ; ce n'est que plus tard que la flexion et la déformation se localisent dans les vertèbres qui occupent le milieu de la courbure.

Le côté des corps ainsi déprimé finit par se déformer : il se creuse d'une gouttière transversale, que terminent en haut et en bas des bords minces. Ces bords sont le résultat de l'étalement des faces supérieure et inférieure des corps vertébraux, et qui sont élargies. On dirait que la substance osseuse comprimée a reflué vers la circonférence de l'os. Toutefois, il n'y a pas compensation, comme l'a cru Delpech, entre la perte de hauteur de la vertèbre et son augmentation dans le sens transversal. L'élargissement peut être inégal pour les deux faces d'une même vertèbre, ce qui donne lieu à une espèce de biseau.

En arrière, les déformations sont encore bien plus prononcées que dans la courbure latérale normale. Les apophyses articulaires, la lame, le pédicule, une moitié de l'apophyse épineuse, l'apophyse transverse même, sont extrêmement réduits du côté de la concavité, surtout sur les vertèbres médiales des courbures. Les échancrures de la vertèbre et les trous de conjugaison qu'elles forment participent à cette réduction à cause de la moindre hauteur de leurs côtés, et quelquefois aussi à cause de l'étalement du corps en arrière. D'autres fois, au contraire, les trous de conjugaison sont plus grands du côté concave, parce que l'atrophie des pédicules les élargit plus qu'ils n'avaient été rétrécis. Le trou de la vertèbre devient irrégulier par suite des différences survenues dans la direction et la longueur des parties qui en forment la circonférence; il est oblique, elliptique, quelquefois rétréci, triangulaire.

Les apophyses articulaires présentent deux dispositions différentes : tantôt elles ne font que diminuer d'étendue en tous sens ; tantôt elles sont comme écrasées, élargies, converties en surfaces planes diversement configurées. Ce dernier mode d'articulation des vertèbres se voit surtout dans les déviations les plus considérables, où les os du côté concave sont pressés les uns contre les autres dans un étroit espace; les parties osseuses sont alors confondues, refoulées, déviées d'une manière souvent très-extraordinaire. Des articulations accidentelles s'établissent entre les lames, les apophyses transverses, et l'ankylose finit par réunir le tout dans une même masse.

La déviation des apophyses épineuses et transverses est bien plus forte que dans la courbure normale. La rencontre des os et leur pression réciproque donnent quelquefois en outre des directions singulières aux apophyses transverses, en les relevant ou en les abaissant outre mesure.

Dans les vertèbres médiales, l'affaissement vertical a lieu dans le même sens pour les corps et pour les arcs; il en est souvent autrement dans les vertèbres de transition. Presque toujours, dans les fortes déviations alternatives, le corps des ces vertèbres est affaissé dans un sens et l'arc dans le sens opposé, en raison de la double influence qu'elles subissent de la part de deux courbes entre lesquelles elles sont placées.

On pourrait supposer que l'affaissement latéral des ligaments précède l'affaissement des os. Il y aurait une période de déformation ligamenteuse dans laquelle la conformation des os serait normale. La chose n'est pas impossible, mais cette période a été jusqu'à présent insaisissable.

Indépendamment des changements de situation des parties de la vertèbre les unes à l'égard des autres, chacun de ces os se déplace en totalité au niveau des courbures. Leur axe ne coïncide plus avec le plan vertical du corps; il s'incline sur lui au point que quelques vertèbres sont placées de champ, comme cela se voit notamment dans les courbures en vilebrequin. Cette inclinaison a lieu, soit d'un côté à l'autre, soit encore, mais plus rarement, dans le sens antéro-postérieur, quand la scoliose est compliquée de cyphose.

c. Torsion. — Il est un autre genre de mouvement qu'exécutent les vertèbres déviées : c'est leur rotation autour de leur axe vertical, d'où résulte un torsion de toute la colonne vertébrale. Mais la torsion du rachis reconnaît encore une autre cause : c'est la déformation des vertèbres, le déplacement ou la rotation partielle qu'éprouvent le corps et l'apophyse épineuse. Dans ce genre de torsion, la partie antérieure de chaque vertèbre ne correspond plus à sa partie postérieure; mais l'anneau n'a pas tourné en totalité sur lui-même, comme dans la torsion produite par une rotation réelle de la vertèbre, analogue à sa rotation physiologique.

Ces deux causes de torsion sont le plus souvent réunies; mais l'une prédomine au début de l'affection ; l'autre appartient surtout aux périodes plus avancées.

L'angle de rotation des vertèbres est d'autant plus marqué que la déformation du rachis est plus considérable, et c'est au milieu des courbures qu'il atteint son maximum. Lorsqu'il égale un angle droit, la vertèbre se trouve complétement en travers.

La torsion du rachis, dans la scoliose, bien différente en cela de la torsion physiologique, se reproduit en sens inverse autant de fois qu'il offre d'inclinaisons diverses. Le plus grand effort de rotation des vertèbres que produisent les muscles, ne fait que tourner en sens contraire les extrémités du rachis ou de la portion du rachis sur laquelle ils agissent. Cet effort physiologique ne fait jamais décrire aux vertèbres qu'une seule spire, bien légère d'ailleurs. Au contraire, dans la torsion pathologique, la spirale décrite par les vertèbres change de direction au milieu de chaque courbure.

La rotation totale, comme la rotation partielle, et plus encore que cette dernière, produit une grande disparate entre les arcs de la scoliose vus en avant, le long des corps vertébraux, et en arrière, le long des apophyses épineuses. Les corps, portés du côté de la convexité, sont en effet la partie la plus excentrique des courbures; les apophyses épineuses, portées vers la concavité de chacune d'elles, restent toujours plus rapprochées de la ligne médiane.

Il résulte de cette disposition, entre autres effets, que la colonne antérieure et la postérieure ont une longueur inégale. La seconde est plus longue, et il semble qu'elle ait été forcée de se replier autour d'une ligne plus courte et moins flexible.

La rotation des vertèbres a encore un autre effet; elle change complétement la direction des courbures. Les côtés droit et gauche du rachis se tournant plus ou moins à leur niveau, l'un en avant, l'autre en arrière, la concavité et la convexité, toujours latérales par rapport aux vertèbres, ne le sont plus pour le corps en général : la concavité gauche devient antéro-gauche ou tout à fait antérieure, la convexité droite devient postéro-droite ou postérieure, *et vice versa*, la concavité droite est antéro-droite, la convexité gauche postéro-gauche. La courbure devient, en un mot, plus ou moins antéro-postérieure. On croirait voir une cyphose au lieu d'une scoliose; c'est là ce qui explique l'erreur dans laquelle sont tombés les anciens.

La torsion de la colonne vertébrale, produite par la rotation partielle ou totale des vertèbres, est un phénomène aussi constant que la déformation, dont elle est en quelque sorte inséparable. J'accorde cependant qu'il pourrait se former des courbures latérales sans rotation, mais ce doit être fort rare; je n'en connais aucun exemple, et les scolioses les plus simples dans leur mode de production, telles que les pleurétiques, m'ont toujours présenté un certain degré de torsion.

FORMULE CONTRE LA TOUX NERVEUSE.

Par M. le Dr Ch. Harveng (de Manheim).

Lorsque cette forme de la toux se produit chez des sujets éminemment nerveux ou chez des femmes hystériques, ou bien qu'elle est occasionnée par l'accomplissement de certaines fonctions, comme la digestion chez de jeunes filles gastralgiques, c'est dans les conditions pathologiques de l'état général que le praticien doit aller puiser l'indication principale de son traitement; la toux est un phénomène secondaire.

Il est une forme de toux nerveuse dont la cause est plus difficile à déterminer, et qui paraît se rattacher à une disposition particulière des sujets; elle se manifeste à l'occasion de la plus légère irritation des bronches, et affecte un caractère convulsif spasmodique comparable à ce qui se passe dans la coqueluche. Les accès se manifestent principalement le soir, lorsque les malades se mettent au lit; les efforts de la toux augmentant par leur durée, la titillation de la glotte amène un sentiment de suffocation qui les force à se mettre sur leur séant pendant une partie de la nuit.

Cette toux convulsive se montre principalement à l'automne, et persiste une grande partie de l'hiver. La forme des quintes, l'absence de signes stéthoscopiques conduisent les praticiens à recourir de préférence aux préparations de belladone pour triompher d'une affection qui trouble le repos des malades d'une manière si fâcheuse, et peut finir par provoquer un emphysème pulmonaire. L'expérience a dû prouver à ceux des médecins qui suivent avec attention les effets des médicaments qu'ils prescrivent que l'action de la belladone est loin de se montrer aussi efficace que dans la coqueluche. Le sentiment de sécheresse de la gorge en est augmenté et soutient la durée des accès, au lieu de les amoindrir. Voici une formule qui m'a fourni un résultat constant et rapide :

Oléosaccharum de fenouil.	2 gr., 50
Kermès minéral.	0 gr., 10
Extrait de jusquiame.	0 gr., 10
Opium.	0 gr., 05

F. S. A. et divisez en deux doses; on prend une dose le soir en se couchant, dans une tasse d'infusion de tilleul.

Lorsque le mélange est pris dès le début des accidents, ces deux doses, prises à un jour d'intervalle, suffisent pour enrayer la maladie ; du moins c'est le résultat que j'ai obtenu dans une vingtaine de cas où j'y ai eu recours. (*Bulletin de thérapeut.*)

SESQUICHLORURE DE FER COMME HÉMOSTATIQUE.

1° Comme hémostatique local ou externe :

Eau distillée.	100 grammes.
Sesquichlorure de fer. . . .	3 à 5 —

M. Pour imbiber de la charpie, etc., que l'on applique en exerçant une pression plus ou moins forte, sur le siége de l'hémorrhagie.

2° Comme hémostatique interne :

Eau distillée.	250 grammes.
Sesquichlorure de fer. . . .	50 centigr.
Sucre.	*ad libitum.*

M. A prendre une cuillerée d'heure en heure, ou plus souvent, suivant la gravité des cas. Cette dose, prise dans les vingt-quatre heures, a toujours suffi à l'auteur de cette note, M. le docteur Vicente, pour arrêter les hémorrhagies les plus graves.

Cette même formule, moins le sucre, est avantageusement employée en injections (pertes utérines) et en lavements (diarrhées chroniques, colliquatives, cholériformes ou cholériques).

3° Pommade hémostatique et résolutive :

Axonge.	30 grammes.
Sesquichlorure de fer.	4 à 15 —

L'auteur a guéri par cette pommade des ulcères lardacés datant

Si les morceaux de zinc touchent la terre, le courant est influencé : il devient plus faible ou même disparaît. Au contraire, les charbons peuvent sans inconvénient toucher le sol; mais si le fil qui réunit les charbons se trouve en contact avec la terre, l'intensité devient la même que si on supprimait les charbons placés à la suite de ce fil.

Plus les zincs ou les charbons réunis en chaîne sont distants, et plus intense est le courant. Si les lames de zinc se touchent entre elles, le courant cesse. Si, au contraire, les charbons se touchent, le courant diminue, mais il reste cependant plus énergique que si les charbons ne formaient qu'une seule pièce. Si on retire les zincs de l'eau et qu'on les replonge sans les essuyer, le courant diminue, et ne reprend sa première énergie que si on les essuie et qu'on les replonge. Ce phénomène n'a pas lieu pour les charbons. L'amalgamation des zincs augmente l'intensité du courant. La chaîne des charbons et celle des zincs peuvent être plongées dans des récipients divers, vases d'eau isolés de la terre, puits plus ou moins éloignés ou rivières; on peut les placer verticalement ou horizontalement. Enfin, la déviation de l'aiguille aimantée n'est pas diminuée quand on sort de l'eau la chaîne des charbons, pourvu qu'ils soient tous humides, et que le dernier d'entre eux au moins soit plongé en totalité ou en partie.

Tels sont les divers phénomènes qui se sont produits pendant les expériences de M. Palagi : nous allons maintenant voir cette source d'électricité à l'œuvre.

Le 20 septembre dernier, il plongea dans un puits, à Batignolles, douze lames de zinc d'environ 20 centimètres de long sur 10 de large. A Asnières, douze charbons de pile Bunsen de 20 centimètres de long sur 4 de diamètre furent mis dans la Seine. Ces deux chaînes, réunies au moyen d'un fil télégraphique, étaient distantes de 3 kilomètres. On plaça dans le circuit deux appareils Bréguet à cadran; ils fonctionnèrent d'une manière satisfaisante.

Le 16 octobre, on fit usage d'une chaîne de quarante-cinq charbons placée à Asnières, tandis qu'à Chatou une chaîne de vingt-quatre zincs fut plongée dans la Seine. Le fil télégraphique qui réunissait ces deux chaînes mesurait 12 kilomètres de longueur. L'appareil Bréguet ne fonctionna plus qu'imparfaitement, tandis que l'appareil à aiguilles de Wheatstone donna un très-bon résultat. Une boussole des sinus donna 7 degrés de déviation avec un seul charbon et 15 degrés avec la chaîne entière de quarante-cinq pièces; entre ces deux extrêmes, la déviation augmenta progressivement avec le nombre des charbons plongés.

Une dernière expérience. C'était le 31 octobre, et l'on se proposait de parcourir 120 kilomètres. Une chaîne de 24 zincs fut donc placée dans la Seine, au pont d'Oissel, près de Rouen, et une de 40 charbons à Asnières. Le télégraphe Wheatstone put fonctionner, même avec un seul charbon. Cette expérience, faite de jour, par un beau temps, fut répétée avec le même succès, de nuit, et par un temps défavorable.

Devant des expériences si curieuses et pour ainsi dire si complètes, n'est-il pas permis de s'associer aux vœux de M. Palagi, et d'espérer que dans un temps peu éloigné on pourra utiliser l'électricité dynamique, produite sans frais par cette espèce de pile terrestre?

— N'oublions pas de signaler, avant de finir, le procédé que M. Lamy propose pour produire économiquement un courant électrique par le magnétisme.

On sait que dans toute machine à vapeur fixe, un *volant* sert à régulariser le mouvement. A l'état de repos, il est aimanté par l'action du globe; il l'est encore pendant son mouvement, mais alors le magnétisme est distribué d'une autre manière, et varie constamment par une portion donnée de la jante. M. Lamy entoure sur une partie de cette jante, comme noyau de bobine et perpendiculairement à sa direction, un fil de cuivre recouvert de soie ou de coton, il possède ainsi une hélice qu'on peut comparer à la bobine de l'appareil de Clarke, avec cette différence qu'au lieu de tourner devant des aimants artificiels, elle tourne devant l'aimant terrestre. De plus, grâce au noyau métallique, on peut multiplier presque à l'infini la quantité de fil de cuivre, avant d'atteindre la limite d'action inductrice, et l'on augmente la résistance du circuit et par suite la tension du courant.

Avec un fil de 1 millimètre de diamètre et 600 mètres de longueur, M. Lamy a obtenu une faible étincelle et d'énergiques commotions par l'extra-courant. Avec une bobine dont le fil, long de 5,450 mètres, avait de 0m 6 à 0m 62 de diamètre, seule ou accouplée en longueur avec la précédente, il a obtenu des effets de tension comparables à ceux d'une pile de deux éléments Bunsen. Au moyen de fil de platine comme électrodes, M. Lamy a pu décomposer l'eau de puits, l'eau distillée et nombre de dissolutions salines. D. E. Renaud.

de douze ans, une tumeur blanche existant depuis quatre ans, plusieurs cas d'arthrite rhumatismale aiguë, deux cas de rhumatisme goutteux, des ulcérations chroniques du cuir chevelu, des excroissances polypeuses, verruqueuses et condylomateuses de l'anus. (*O Escholiaste medico.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 1er décembre 1857. — Présidence de M. Michel Lévy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Une lettre par laquelle il accuse réception du rapport de l'Académie sur les épidémies observées en France pendant l'année 1856, et par laquelle il donne son assentiment aux propositions de récompenses formulées à la fin de ce travail;

2° Le rapport final de M. le docteur Duboz, médecin des épidémies de l'arrondissement de Chinon (Indre-et-Loire), sur une épidémie de suette miliaire qui a régné dans cet arrondissement;

3° Le rapport final de M. le docteur Mariglier, médecin des épidémies de l'arrondissement de Semur (Côte-d'Or), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Juillenay;

4° Deux rapports de M. le docteur Sers, médecin des épidémies de l'arrondissement de Castres (Tarn), et de M. le docteur Casson, médecin à Castres, sur une épidémie de gastro-entérite et sur une épidémie de pustule maligne qui ont régné dans la ville de Castres ainsi que dans la commune de Paulin;

5° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Sarthe pendant l'année 1856 (commission des épidémies);

6° Une nouvelle communication de M. Pauli, médecin-major au 90e de ligne, relative à l'emploi du tannate de fer comme succédané du quinquina et du sulfate de quinine (commission des remèdes secrets et nouveaux.)

— M. le ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie une lettre et plusieurs brochures relatives à une question scientifique sur laquelle plusieurs membres de la Faculté de médecine de Caracas (république de Venezuela), divisés d'opinion, désirent avoir le jugement de l'Académie. (Commissaires, MM. Velpeau, Bégin, Nélaton, Lagneau et Malgaigne.)

LECTURE.

Excision de l'os maxillaire supérieur. — M. FRANÇOIS (d'Abbeville), chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de cette ville, lit une observation d'excision de l'os maxillaire supérieur pour atteindre un polype volumineux inséré à la base du crâne.

Une commission, composée de MM. Laugier, Huguier et Nélaton, est chargée de prendre connaissance de ce travail et d'en rendre compte à l'Académie.

RAPPORTS.

Recherche de l'arsenic. — M. POGGIALE, au nom d'une commission composée de MM. Wurtz, Devergie et Poggiale, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. Blondlot, intitulé *Recherche de l'arsenic par l'appareil de Marsh.*

Dans ce mémoire, lu dans la séance du 5 mai dernier, M. Blondlot s'est occupé exclusivement de la destruction des matières organiques par l'acide sulfurique. Il a reconnu qu'en se servant de la méthode de MM. Dauger et Flandin le sulfure d'arsenic produit par la putréfaction reste dans le charbon. Si l'on traite, en effet, ce charbon par l'eau bouillante pour dissoudre l'acide arsénieux, si l'on reprend le résidu par une solution étendue d'ammoniaque et si l'on évapore le liquide ammoniacal jusqu'à siccité dans une capsule de porcelaine, on obtient du sulfure d'arsenic, qui se transforme en présence de l'acide azotique bouillant en acide arsénieux, et qui produit alors dans l'appareil de Marsh un anneau arsenical très-prononcé.

La commission a répété les expériences de M. Blondlot, dont elle a vérifié l'exactitude.

Il résulte, en effet, de ces expériences :

1° Que le procédé de carbonisation de MM. Dauger et Flandin, préférable à tous les autres dans un grand nombre de cas, peut donner lieu à des pertes d'arsenic assez considérables;

2° Que, pour éviter toutes chances de perte, il importe de carboniser les matières organiques dans un appareil composé d'une cornue, d'une allonge et d'un récipient;

3° Que le charbon doit être traité à plusieurs reprises par l'acide azotique concentré et bouillant, afin de transformer le sulfure d'arsenic en acide arsénique.

La commission propose, pour conclusions, d'adresser des remercîments à M. Blondlot pour son intéressante communication, et de renvoyer son mémoire au comité de publication.

M. CAVENTOU regrette que M. le rapporteur, dans la partie historique de son rapport, n'ait point cité les noms des savants qui ont le plus contribué aux progrès de cette partie de la toxicologie; qu'il n'ait pas parlé, par exemple, de Rapp, qui a le premier indiqué l'usage du nitrate de potasse pour la découverte de l'arsenic, et à qui l'on doit les premières tentatives de recherche de l'arsenic au delà de l'estomac, dans le tissu même de cet organe et dans tous les viscères.

M. Caventou pense, en outre, que M. le rapporteur a donné à l'observation de M. Blondlot plus d'importance qu'elle n'en mérite en réalité. On savait très-bien avant lui que la carbonisation des tissus par l'acide sulfurique amène la perte d'une certaine quantité d'arsenic. On en perd par tous les procédés, par celui d'Orfila comme par celui de MM. Dauger et Flandin. L'ancien procédé de Javelle, par le chlore, donnait de la perte aussi comme les autres.

Il n'y a donc là rien de nouveau, et d'ailleurs cette perte est peu importante au point de vue toxicologique.

Ce que l'on pourrait considérer tout au plus comme nouveau dans le travail de M. Blondlot, c'est l'indication de la petite quantité de sulfure d'arsenic contenue dans le charbon; et encore même le savait-on avant lui.

M. POGGIALE fait remarquer à M. Caventou qu'il n'avait point à faire l'historique de la question et qu'on ne saurait par conséquent lui reprocher de n'avoir pas cité les noms de tous les savants qui se sont occupés de ce sujet. Il a cité seulement les auteurs des procédés les plus utiles, avec lesquels il était nécessaire de comparer le procédé de M. Blondlot.

M. Caventou pense que le travail de M. Blondlot n'a pas d'importance. Le rapporteur ne saurait partager son avis. Par le procédé de MM. Dauger et Flandin on perd un cinquième environ de l'arsenic. Un procédé qui retrouve ce cinquième a certainement de l'importance.

M. CHATIN partage l'avis de M. le rapporteur. Il pense qu'une modification qui a pour résultat de donner plus de précision au procédé qui fait en ce moment autorité dans la science, n'est point une chose sans importance.

M. CAVENTOU insiste sur les observations relatives au silence que M. le rapporteur a gardé vis-à-vis des savants qui ont fait faire les plus grands progrès à la recherche de l'arsenic. Il croit de son devoir de rappeler publiquement leurs titres.

Quant au fait de la conversion de l'acide arsénieux en sulfure d'arsenic, dont M. le rapporteur attribue la découverte à M. Blondlot, il avait déjà été observé par un pharmacien de Châlons, M. Boisseneau.

Personne ne proposant de modification aux conclusions du rapport, ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Maladie mentale. — M. BAILLARGER lit un rapport sur un travail de M. Bédor, ayant pour titre : *Cas remarquable de maladie mentale.* (Observation recueillie au dépôt provisoire des aliénés de Troyes.) Voici cette observation :

Le sieur X..., âgé de vingt-sept ans, d'un tempérament lymphatique, mais doué néanmoins d'une très-grande force musculaire, a présenté dès ses premières années des signes non douteux d'idiotie. A mesure qu'il avançait en âge, l'absence d'intelligence devenait de plus en plus manifeste.

X... ne put jamais apprendre à lire; il était d'ailleurs violent, indocile, plein de bizarrerie. Elevé par les soins de l'administration de l'hospice de Troyes, il fut successivement placé chez plusieurs paysans, mais aucun d'eux ne put le garder. On le ramenait à l'hospice, déclarant ne rien pouvoir obtenir de lui.

Plus tard, X... devint sujet à des accès de manie périodique. Presque tous les mois, il était pendant plusieurs jours d'une violence extrême, injuriant les personnes qui l'entouraient, proférant des menaces de mort et d'incendie. Il fallait alors quelquefois le renfermer dans une cellule, et même dans quelques cas le maintenir fixé par la camisole de force.

De temps en temps, il quittait furtivement l'hospice, et après avoir erré plusieurs jours dans la campagne, il revenait exténué de fatigue, les vêtements en lambeaux et couvert de boue. Cependant, dans les intervalles de ses accès, X... pouvait se livrer aux plus rudes travaux; il était infatigable et faisait à lui seul l'ouvrage de plusieurs hommes. Aussi, malgré son état d'imbécillité, trouvait-on de temps en temps des cultivateurs qui consentaient à le prendre.

Cependant un premier fait d'une extrême gravité vint mettre fin à ces essais de liberté. X... se trouvait alors chez un cultivateur du bourg d'Estissac, lorsqu'en présence de cinq ou six personnes, il commit une tentative de viol sur une paysanne. On fut forcé de le réintégrer à l'hospice de Troyes, où bientôt se passèrent les actes monstrueux qui me restent à raconter.

X.., trompant la surveillance, s'introduisait dans la salle des morts quand il savait que le corps d'une femme venait d'y être déposé, et il se livrait aux plus indignes profanations. Il se vanta publiquement de ces faits, dont il ne paraissait point comprendre la gravité. D'abord on ne put y croire, mais appelé devant le directeur, X... raconta ce qui se passait de manière à lever tous les doutes. On prit dès ce moment des mesures pour mettre cet homme dans l'impossibilité de renouveler les profanations qu'on venait de découvrir; mais cet idiot, si privé d'intelligence pour toutes choses, déploya dans ce cas un instinct de ruse qui le fit triompher de tous les obstacles. Il avait dérobé une clef qui ouvrait la salle des morts, et les profanations de cadavres purent ainsi continuer pendant longtemps.

Il fallut enfin reconnaître l'inutilité des mesures employées jusque-là pour prévenir le retour d'actes si odieux, et X... fut envoyé à l'asile des aliénés de Saint-Dizier.

M. Bédor attribue ces profanations de cadavres commises par un homme atteint d'imbécillité à une de ces perversions de l'instinct génésique, dont le sergent Bertrand offrit, il y a quelques années, un si remarquable exemple.

Aux yeux de M. le rapporteur, cette opinion est loin d'être démontrée.

Il faudrait, en effet, savoir avant tout, dit-il, si l'idiot de Troyes, avant les actes dont il a été parlé, ne vivait pas dans un état de continence forcée. On ne trouve dans ce travail aucun renseignement à cet égard.

Or l'absence de toute idée morale et la continence suffisent pour expliquer les actes dont il s'agit.

J'ai vu autrefois un homme atteint aussi d'imbécillité, mais ayant en outre une hémiplégie incomplète, et qui avait été surpris se livrant à la bestialité; mais déjà plusieurs plaintes avaient été portées contre lui pour avoir attaqué des femmes qu'il rencontrait isolées dans la campagne. Il en était de même de l'aliéné X...; on a vu qu'avant de venir aux actes qui ont eu lieu à l'hospice de Troyes, il avait commis une tentative de viol sur une paysanne.

Tous ces faits sont de même nature et paraissent pouvoir s'expliquer de la même manière.

L'observation du sergent Bertrand, que tout le monde se rappelle, est au contraire très-différente.

Je dois ajouter que des profanations semblables ont été quelquefois constatées dans des circonstances bien plus odieuses, puisque ceux qui les commettaient n'étaient point, comme le malade de Troyes, dans un état d'imbécillité.

Hérodote rapporte que les cadavres des femmes n'étaient livrés aux embaumeurs que plusieurs jours après la mort, et cela uniquement dans le but de prévenir les profanations; l'historien que je viens de citer ajoute même qu'on laissait s'écouler un plus grand espace de temps quand il s'agissait de femmes jeunes et belles.

Je ferai remarquer à cette occasion qu'on a fait aux idiots et aux crétins une grande réputation de salacité, et que l'observation recueillie à Troyes ne manquera pas d'être invoquée comme une preuve de plus à l'appui de cette opinion.

Malgré les témoignages de Fodéré et de Leuret à cet égard, et le nouveau fait signalé par M. Bédor, il me semble que la salacité des idiots et des crétins a été beaucoup exagérée. La question, en effet, n'est pas de savoir si le penchant vénérien existe chez beaucoup d'idiots et de crétins bien conformés, et qui, comme X..., sont doués d'une grande force. Il faudrait s'étonner qu'il en fût autrement. Ce qu'il s'agit de prouver, c'est qu'il y a dans l'état d'imbécillité une énergie spéciale des fonctions génésiques, comme on l'observe exceptionnellement chez quelques hommes. Non-seulement cela n'est point démontré, mais je crois que les idiots sont, en général, sous ce rapport, comme sous beaucoup d'autres, au-dessous de l'organisation normale.

Les excès d'onanisme observés chez certains idiots, et qu'on invoque comme une preuve, s'expliquent par le défaut de discernement et par l'ignorance où sont ces malheureux des maux auxquels les expose cette horrible habitude. La grande énergie des organes génitaux, chez les idiots, loin d'être la règle, est bien plutôt l'exception. L'opinion contraire vient de la brutalité et du manque de réserve qu'entraîne chez les idiots et les crétins l'absence de toute idée morale et de tout sentiment de pudeur. On a vu plus haut que X... avait un commencement de goître, et que M. Bédor est disposé à le regarder comme atteint de crétinisme.

Plusieurs auteurs ont, en effet, indiqué le goître comme le principal signe différentiel entre l'idiotie et le crétinisme. Dans cette opinion, l'aliéné de Troyes pourrait être assimilé aux crétins. Cependant l'état de la science paraît sous ce rapport subir une singulière modification. Il résulte, en effet, des témoignages que rapporte ici M. Baillarger et de ses propres observations, que le goître est d'autant plus rare et moins volumineux que le crétinisme est plus prononcé, et que les vrais crétins n'ont pas de goître.

Voici comment M. le rapporteur explique ce fait :

Les vrais crétins offrent un développement incomplet de tout l'organisme; ils ne deviennent jamais pubères. Or le développement du goître est lié, en général, au développement de la puberté.

L'existence d'un goître chez l'aliéné de Troyes ne suffit donc pas, ajoute-t-il, pour que cet aliéné soit considéré comme un crétin, et sous ce rapport, je ne saurais adopter l'opinion émise par M. Bédor.

M. Bédor étant correspondant de l'Académie, il n'y a pas lieu de prendre de conclusions à son égard.

Une courte discussion s'engage, à l'occasion de ce rapport, entre M. Chatin et M. Baillarger sur les difficultés de déterminer les vrais caractères du crétinisme et ses rapports avec le goître.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par suite d'un arrêté ministériel, l'école de médecine de Bucharest a été assimilée aux écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de France. Ainsi, les élèves de Bucharest qui justifieront de quatre années d'études dans cette école, pourront, après avoir subi avec succès l'examen de troisième année devant la Faculté de médecine de Paris, être autorisés à y prendre les quatre dernières inscriptions et à se présenter au doctorat.

Cette faveur accordée à l'école de la capitale de la Valachie, est due surtout, nous assure-t-on, aux instances de M. le docteur Davila, qui a fait toutes ses études médicales en France, et à celles de notre consul général à Bucharest, M. Léon Béclard, qui porte un nom si cher à notre profession.

— La *Gazette médicale de Lyon* publie la liste des médecins de cette ville qui ont adhéré au projet d'association générale. Ils sont au nombre de 83, et l'on y voit avec plaisir figurer presque tous les membres distingués du corps médical lyonnais.

Voici quelques réflexions fort justes qui suivent cette liste :

« La bonne volonté avec laquelle la liste d'adhésion a été accueillie à peu près partout, fait regretter, pour le succès de l'enquête, que la présentation de la circulaire n'ait pas pu être plus générale. Il serait donc à désirer que la circulaire du projet d'Association fût individuellement envoyée à tous les médecins de France, qui n'auraient qu'à la signer et à la mettre à la poste. C'est là l'unique moyen d'obliger chacun à se prononcer pour ou contre. La différence entre le nombre des bulletins envoyés et celui des bulletins revenus, indiquerait exactement la proportion des adhérents et des opposants, et abrégerait beaucoup les prolégomènes de l'entreprise commencée. Nous recommandons ce moyen au zèle de nos confrères de la Gironde; ils se sont si généreusement mis à l'œuvre, qu'ils ne voudront pas sans doute s'y être mis en vain, et qu'ils feront tout, nous en avons l'espérance, pour mener à bien le projet grandiose dans lequel leur honneur est désormais engagé. »

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 143. — SAMEDI 5 DÉCEMBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 143. — SAMEDI 5 DÉCEMBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Injections d'acide carbonique dans le traitement des affections de l'utérus. — D'un moyen simple de prévenir l'hémorrhagie consécutive à la résection des amygdales. — Galvano-caustique ; nouvel appareil propre à faciliter les applications chirurgicales. — Médecine légale. Des circonstances et des faits qui unissent et séparent en matière criminelle les deux mots respirer et vivre. — Dartres rongeantes ; topique. — Société de chirurgie, séance du 25 novembre. — Chronique et nouvelles. — Feuilleton. Eléments de pathologie chirurgicale.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Injections d'acide carbonique dans le traitement des affections de l'utérus.

Nous avons, il y a un an bientôt, appelé l'attention de nos lecteurs sur la nouvelle méthode anesthésique locale introduite dans la thérapeutique par M. Simpson ; — nous ferions mieux de dire réintroduite, la priorité de l'invention ayant été revendiquée en faveur de Mojon, qui, d'après de nouvelles recherches historiques, ne paraîtrait pas non plus en être l'inventeur. — Quoi qu'il en soit, la méthode était à peu près inconnue, lorsqu'à la suite des premières communications du chirurgien d'Edimbourg eurent lieu sous nos yeux quelques tentatives, dont les résultats nous parurent encourageants.

M. le docteur Ch. Bernard, suppléant de M. Andral à l'hôpital de la Charité, s'est livré depuis cette époque à de nouvelles expériences qui confirment tout ce que ces premiers résultats avaient fait espérer. Ces expériences ont porté sur des affections de l'utérus, cancers ou métrites. Avant d'en exposer les résultats d'après une publication récente de l'auteur, il est nécessaire de dire un mot du procédé que M. Bernard a mis en usage.

Les injections administrées à plusieurs personnes en même temps et renouvelées plusieurs fois par jour devant être abandonnées aux soins des infirmières et des malades, il était nécessaire d'en simplifier l'emploi. Dans ce but, M. Ch. Bernard fit au commencement usage d'une bouteille ordinaire : on y versait le mélange propre à la production de l'acide carbonique ; on la remplissait d'eau, et on la fermait à l'aide d'un bouchon traversé par un tube flexible, qui livrait passage au gaz. Mais la bouteille à un seul goulot présentant l'inconvénient de laisser évaporer une certaine quantité de gaz avant qu'on eût le temps de la boucher, M. Bernard lui a préféré une bouteille à deux ou trois tubulures, de la contenance d'un litre.

Voici le mode d'opération :

On jette dans cette fiole deux des cartouches disposées à la pharmacie centrale pour la préparation extemporanée de l'eau de Seltz nécessaire à la consommation des malades ; ces deux cartouches sont composées de 25 grammes de bi-carbonate de soude et de 20 grammes de bi-sulfate de potasse.

Le mélange fait, on verse dessus une quantité d'eau suffisante pour le recouvrir ; aussitôt le gaz, qui est de l'acide carbonique plus ou moins pur, se dégage d'abord avec force, et ensuite avec une lenteur et une faiblesse de plus en plus grandes ; le dégagement cesse d'ordinaire entre la dixième et la quinzième minute. Quand on le voit se ralentir, il est bon d'agiter un peu la bouteille. La quantité de gaz qui s'échappe de la fiole pendant ce temps peut être évaluée à quatre litres environ.

Avec cet appareil, des plus simples, il n'y a aucun danger d'explosion, comme avec les appareils employés par plusieurs chirurgiens des hôpitaux, et dans lesquels l'acide carbonique subit une pression toujours considérable.

Voici maintenant le résumé des cas dans lesquels l'acide carbonique ainsi employé a paru produire le meilleur effet.

Chez une femme de quarante et un ans, atteinte d'ulcération cancéreuse du col de l'utérus, accompagnée de douleurs vives et lancinantes, des injections d'acide carbonique ont été pratiquées pendant plus de deux mois. Les résultats de ces injections ont été la disparition des douleurs, une diminution très-considérable de l'ulcération et le rétablissement de la santé générale. L'amélioration a été rapide chez cette malade ; les douleurs ont cessé au bout de quelques jours, et en moins de trois semaines l'ulcération avait notablement diminué, au point que lorsqu'elle est sortie de l'hôpital il ne restait que deux ou trois petits bourgeons d'apparence suspecte. — Quant aux effets généraux des injections, ils se sont bornés à un peu d'agitation et de malaise dans les derniers temps du traitement, plus de deux mois après que la malade était soumise à l'usage des injections.

Une deuxième malade affectée de cancer de l'utérus de date ancienne, avec pertes abondantes et répétées, a éprouvé, sous l'influence des injections d'acide carbonique, une diminution presque constante des douleurs, mais sans aucun changement dans l'état physique des parties malades. Il y avait une vaste et profonde ulcération du col, sans altération ni du corps de l'utérus ni des parties voisines, et malgré une anémie et une décoloration profondes dues à d'abondantes hémorrhagies, la santé générale de la malade était encore relativement assez bonne. Les douches d'acide carbonique ont assez promptement calmé les douleurs, qui étaient excessivement aiguës ; mais les pertes, qui sont revenues à plusieurs reprises, et dont l'abondance a été souvent inquiétante, ont obligé à interrompre les injections gazeuses, qui ont été ainsi suspendues ou prises irrégulièrement pendant plusieurs mois. Du reste, loin de provoquer l'écoulement du sang, les injections ont paru au contraire quelquefois diminuer la perte ou tout au moins n'avoir sur elle aucune action excitante. Il ne s'est manifesté pendant toute la durée du traitement aucun malaise, aucun phénomène général tenant à l'absorption de l'acide carbonique. — Quant à l'état physique des parties, il n'a paru modifié en aucune manière ; il n'a été ni aggravé ni amélioré.

Une troisième malade, atteinte comme les deux autres d'un cancer ulcéré très-avancé du col de l'utérus avec douleurs abdominales très-vives, a vu disparaître rapidement et presque complétement ces douleurs après quelques injections, sans qu'il soit survenu de troubles généraux, bien qu'il y eût une vaste surface d'absorption.

Dans une quatrième observation de même genre (cancer ulcéré du col, douleurs lancinantes, écoulement sanguin), l'acide carbonique n'a agi sur les douleurs qu'à titre de palliatif ; il les a calmées seulement pendant un certain temps ; plus tard les injections sont restées complétement impuissantes ; mais elles ont paru dès le principe avoir une influence plus marquée sur l'écoulement sanguin, qui a diminué dès les premières applications et n'a pas tardé à cesser complétement. On voit pour la première fois chez cette malade se produire quelques légers phénomènes généraux dus à l'absorption de l'acide carbonique. Nous allons voir ces phénomènes se manifester d'une manière beaucoup plus intense dans les cas suivants :

En effet, une femme ayant un engorgement du col utérin avec douleurs très-vives, éprouve d'abord, sous l'influence des premières injections gazeuses, un amendement notable dans les douleurs ; mais au bout de huit jours on est obligé de les suspendre à cause des accidents généraux très-sérieux qui en résultent. Ces accidents, tout à fait analogues à ceux qu'on observe au commencement de l'asphyxie par le gaz de charbon, consistent en céphalalgie, bourdonnements d'oreille, étourdissements, nausées, somnolence continuelle, faiblesse très-grande. Il y eut, en outre, pendant quelques jours, de l'incontinence d'urine. Ces symptômes se sont manifestés deux fois avec la plus grande intensité et très-rapidement à la suite des injections.

Une femme atteinte d'engorgement et ulcération du col a éprouvé dès les premières injections des accidents généraux du même genre, assez intenses pour obliger à en suspendre l'emploi. Elles avaient produit leur effet anesthésique ordinaire, mais leur action a été nulle contre l'engorgement et l'ulcération.

Des accidents semblables se sont produits chez une autre malade affectée d'un engorgement du col accompagné de douleurs vives. Mais ici l'intensité moindre des accidents, qui n'ont commencé à se manifester qu'après la cinquième injection, et qui se sont promptement dissipés, a permis de continuer pendant plus d'un mois l'usage des injections, dont l'effet a été des plus rapides et des plus marqués. Au bout de quelques jours, les souffrances étaient calmées. L'engorgement du col, après dix jours de traitement, avait subi une diminution notable, et il avait disparu au bout d'un mois.

Enfin, dans une huitième observation, il s'agit d'une métrite avec engorgement du col et douleurs très-aiguës qui, après avoir résisté à l'emploi de différents moyens, et entre autres à une application de chlorure mercureux, a été favorablement influencé par les injections. Dès les premières applications, la malade, qui éprouvait des souffrances extrêmement vives, que rien jusque-là n'avait pu calmer, a été très-notablement soulagée.

En résumé, dans tous les cas dont nous venons de donner une relation sommaire, l'acide carbonique a constamment produit son effet habituel. La pénétration du gaz dans le vagin, dit M. Ch. Bernard, a donné lieu à une sensation de fraîcheur, bientôt suivie d'une chaleur douce et pénétrante dans tout le bassin, et d'une diminution plus ou moins sensible des douleurs dont l'organe utérin était le siége. La diminution des douleurs s'est toujours produite rapidement, mais elle n'a jamais été de longue durée. Au bout de quelques heures, l'amélioration était dissipée, et il fallait avoir recours à de nouvelles douches gazeuses pour combattre le retour des douleurs. Aussi, toutes les fois que des troubles généraux ne se déclaraient pas, les douches étaient répétées deux et même trois fois chaque jour.

BIBLIOGRAPHIE.

Éléments de pathologie chirurgicale, par A. Nélaton, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie impériale de médecine, etc. Tome IVe, publié sous sa direction par M. le docteur A. Jamain (1).

En 1844, M. le professeur Nélaton publiait le premier volume de ses *Éléments de pathologie chirurgicale*. En considérant l'immense succès qui accueillit alors cette publication, on a lieu de s'étonner qu'elle ne soit pas encore aujourd'hui arrivée à son terme. C'est qu'il y a des ouvrages de deux sortes. Dans les uns, les auteurs ont pour but de collectionner les faits et les opinions qui ont cours dans la science, d'en faire un tout homogène méthodiquement arrangé : ces livres portent avec eux leur utilité et leur bon côté, mais ils ne sont, en définitive, que des compilations. Dans les autres, se plaçant à un point de vue plus pratique, plus philosophique, les auteurs ne se contentent pas d'accepter des opinions toutes faites, ils se proposent en outre d'atteindre un but plus élevé ; ils veulent passer au creuset de leur propre expérience tout ce qui a été enseigné, tout ce qui a été fait sur le sujet qui les occupe ; et c'est lorsqu'ils ont vu, touché, exécuté, qu'ils prennent hardiment la plume.

C'est ainsi qu'ont procédé Boyer et la plupart de nos maîtres ; c'est ainsi que procède M. Nélaton, et voilà pourquoi, au bout de douze ans, nous n'en sommes encore qu'au quatrième volume de cet ouvrage si impatiemment attendu des élèves et des maîtres eux-mêmes.

Depuis plusieurs années, il est vrai, M. le professeur Nélaton avait préparé les matériaux nécessaires à la rédaction de ses derniers volumes ; mais les exigences si impérieuses d'un enseignement quotidien unies aux nécessités d'une vaste pratique, mettaient cet éminent professeur dans l'impossibilité matérielle d'accomplir sa tâche. Il a dû, par conséquent, confier ce travail à un homme qui, par son savoir et la rectitude de son jugement, lui présentait toutes sortes de garanties.

Identifié avec tous les travaux de ce professeur, et depuis longtemps connu comme habile chirurgien, M. le docteur Jamain a été naturellement choisi pour collaborateur dans la rédaction des quatrième et cinquième volumes.

Le volume dont nous allons faire une rapide analyse comprend la fin des affections de la poitrine et toutes les affections de l'abdomen.

Nous avons remarqué d'abord l'article qui traite des affections de la mamelle et de la région mammaire. Cette partie du livre renferme toutes les notions récentes dont la science s'est enrichie depuis ces dernières années. On y trouve les applications des recherches anatomiques sur les lymphatiques, faites par M. Sappey. Le diagnostic présente un reflet de la thèse du concours pour l'agrégation de M. le professeur Nélaton ; thèse intitulée *Diagnostic des tumeurs de la mamelle*, et souvent l'autorité de M. Velpeau y est invoquée dans les cas difficiles. Les questions de pratique y prennent une large part ; les indications d'opérations dans les cas de cancer y sont nettement posées et résolues. Enfin, cet article se termine par une description fort intéressante et fort curieuse des maladies du sein chez l'homme, chez le nouveau-né et chez les jeunes enfants.

Le chapitre XXV est consacré aux affections de l'abdomen, qui comprennent :

1° Les plaies et les contusions ;
2° Les hernies ;
3° Les occlusions intestinales ;
4° Les abcès des parois de la cavité abdominale ;
5° Enfin, des affections de l'ombilic.

Nous n'entreprendrons point ici de faire ressortir toutes les qualités d'exposition qui caractérisent ces articles. Cependant nous ne pouvons passer sous silence, à propos des plaies de l'intestin grêle, la savante critique qui a été faite des méthodes opératoires et des procédés de sutures intestinales. La suture de M. Gély (de Nantes) offrait quelques difficultés à être comprise, aussi voyons-nous avec plaisir quatre figures intercalées dans le texte pour montrer les divers temps de cette opération si délicate, mais si précieuse dans les solutions de continuité de l'intestin.

(1) Chez Germer Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Outre l'effet anesthésique produit par les injections d'acide carbonique, M. Bernard signale l'action résolutive de cet agent sur les engorgements du col. Elle n'a été bien nette que dans 2 des 7 cas qui ont été rapportés.

Mais ce qui mérite surtout d'être signalé dans ces observations, ce sont les accidents généraux qui se sont manifestés chez quelques malades, accidents très-légers en général, et qui dans un cas seulement ont été portés assez loin pour nécessiter l'interruption du traitement.

Nous avons dit que ces accidents avaient consisté en de la céphalalgie, des étourdissements, de la faiblesse et de l'obscurcissement de la vue, des nausées, une courbature générale, et une somnolence plus ou moins profonde et plus ou moins prolongée. Ils se sont manifestés ordinairement après les premières injections ; dès la troisième ou la quatrième, la malade commençait à se plaindre de céphalalgie et surtout de somnolence. Ces phénomènes augmentaient les jours suivants, surtout après la dernière injection de la journée, mais presque constamment ils se calmaient bientôt.

Dans le cas où les accidents ont été assez intenses pour nécessiter la cessation des injections, les troubles généraux ressemblaient tout à fait aux phénomènes morbides dus à une asphyxie incomplète par le charbon.

Une circonstance relative à ces troubles généraux mérite d'être indiquée ici, c'est qu'ils ne se sont montrés que chez les femmes atteintes d'un engorgement simple du col, avec ou sans ulcération. Ils ont complétement manqué dans les cas de cancer, ou du moins ils ont été si fugaces qu'ils sont passés inaperçus pour les malades comme pour le médecin.

Les faits sont trop peu nombreux pour qu'il soit possible de dire s'ils dépendent ou non d'une simple coïncidence. Toujours est-il qu'on ne peut provisoirement en tirer aucune conséquence. Le fait valait seulement la peine d'être connu.

De ces tentatives on peut conclure avec M. Bernard, que les injections d'acide carbonique ont une action anesthésique locale incontestable. Elles ont, en effet, dans tous les cas qui viennent d'être rapportés, diminué rapidement les douleurs utérines dépendant soit d'un engorgement simple, soit d'un cancer du col. C'est là un fait pratique qui a son importance.

D'un moyen simple de prévenir l'hémorrhagie consécutive à la résection des amygdales.

Un jeune garçon a été amené à la consultation de l'hôpital des Cliniques pour un engorgement chronique des amygdales. M. Nélaton ayant jugé utile de pratiquer la résection de ces glandes, l'opération fut faite séance tenante ; il n'y eut immédiatement qu'une très-légère perte de sang. Mais pendant le cours de la seconde nuit qui suivit l'opération, c'est-à-dire plus de quarante heures après, il se manifesta une hémorrhagie assez abondante. Le lendemain matin, l'enfant se présenta de nouveau à la consultation. L'hémorrhagie était arrêtée ; on voyait un petit caillot adhérent à l'une des amygdales ; l'hémorrhagie était encore imminente au moindre effort qui eût détaché ce caillot. M. Nélaton se borna, pour toute prescription, à recommander au petit malade de cesser de se livrer à ces mouvements alternatifs d'expuition et de déglutition auxquels se livrent instinctivement les sujets qui ont subi cette opération, et qui est l'une des causes les plus ordinaires de ces hémorrhagies consécutives. Ces mouvements, en provoquant la séparation du caillot obturateur, n'eussent pas manqué de ramener l'hémorrhagie. C'était très-probablement ce qui avait déjà eu lieu le surlendemain de l'opération.

L'enfant a strictement suivi ce conseil, et l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite.

Ces hémorrhagies consécutives sont d'ailleurs assez rares, il faut le reconnaître, surtout après un laps de temps aussi long que celui qui s'est écoulé entre l'opération et le moment où elle a eu lieu chez ce jeune sujet. M. Nélaton n'en a pu retrouver que trois exemples dans ses souvenirs, l'un qui fut observé par M. P. Guersant, un second par M. Saint-Yves (de Melun), et le troisième par A. Bérard. Dans celui de M. Saint-Yves, l'hémorrhagie eut lieu le quatrième jour après l'opération, et elle fut si abondante et si difficile à réprimer qu'elle inspira des craintes sérieuses. On ne put l'arrêter que par le cautère actuel. Nous nous rappelons en ce moment un quatrième cas du même genre ; mais les détails n'en sont pas assez présents à notre esprit pour pouvoir dire combien de temps après l'opération eut lieu l'hémorrhagie ; mais ce qui nous est bien resté dans le souvenir, c'est qu'après avoir employé en vain une foule de moyens, d'agents styptiques, le cautère actuel même ayant échoué, on ne parvint à mettre un terme à cette hémorrhagie, qui menaçait de devenir mortelle, qu'en exerçant une compression directe sur l'amygdale au moyen d'une sorte de petite pincette semblable à celles dont on se sert pour prendre du sucre. Une branche avait été appliquée sur l'amygdale, tandis que l'autre prenait son point d'appui sur la face externe de la mâchoire, les deux branches étant maintenues fortement serrées l'une contre l'autre par un lien.

Nous pensons avec M. Nélaton que le perchlorure de fer pourrait être très-utilement mis en usage en pareil cas, aidé surtout d'un moyen de compression analogue à celui que nous venons de décrire. Il faudrait, bien entendu, que le tampon destiné à être appliqué sur l'amygdale ne fût que légèrement imbibé de perchlorure de manière que la pression n'en pût point exprimer quelque goutte. C'est le moyen auquel M. Nélaton se proposait de recourir chez ce jeune malade si sa recommandation n'eût point été suffisante ; mais ce moyen de réserve n'a pas été nécessaire.

Galvano-caustique. — Nouvel appareil propre à faciliter les applications chirurgicales.

Nos lecteurs n'ont pas oublié les diverses tentatives de cautérisations galvaniques que nous leur avons fait connaître à diverses reprises, et notamment les belles recherches de M. le docteur Middeldorpf (de Breslau) sur ce sujet. On se rappelle aussi qu'à l'époque où cet habile et ingénieux expérimentateur était à Paris, il y a un peu plus d'une année, M. Broca eut l'occasion de pratiquer en sa présence et avec son concours plusieurs cautérisations à l'hôpital de la Charité.

Convaincu dès ce moment que la galvano-caustique était appelée à devenir l'une des méthodes opératoires les plus usuelles, mais à la condition de substituer à la pile de Grove dont se sert M. Middeldorpf un appareil d'une égale efficacité, plus maniable et moins coûteux, M. Broca s'est mis depuis cette époque en quête de recherches et d'expériences pour atteindre ce but. D'après notre savant confrère, ce but serait maintenant très-près d'être complétement atteint.

M. Broca a successivement essayé d'abord diverses *piles à deux liquides*, c'est-à-dire à force constante ; mais aucune d'elles n'a pu remplir toutes les indications nécessaires. Les piles à *un seul liquide*, si faciles à manier et à entretenir, si peu coûteuses, si énergiques sous un petit volume, si propres sous tous les rapports à dégager de la chaleur, lui semblèrent devoir mieux répondre à tous les besoins de la pratique ; mais il n'en fut rien. M. Broca avait espéré que leur action calorifique pourrait se maintenir au moins pendant les quelques minutes nécessaires à l'exécution des opérations ; l'expérience lui prouva bientôt que cet espoir était vain, et il dut renoncer aux piles à un seul liquide.

Les choses en étaient là, lorsque, il y a quelques mois, le hasard l'ayant mis en rapport avec l'inventeur d'une pile très-puissante destinée à développer des forces motrices, M. Broca pensa, après avoir recueilli les renseignements nécessaires sur le fonctionnement de cet appareil, qu'il pourrait satisfaire à toutes les conditions qu'il cherchait. Le succès, au dire de M. Broca, a dépassé ses espérances, et pour lui les obstacles qui s'étaient opposés jusqu'ici à la vulgarisation de la galvano-caustique n'existent plus.

Voici en quels termes M. Broca décrit cet appareil dans une lettre qu'il a adressée à l'Académie de médecine à l'une des dernières séances, et que nous n'avons pu que mentionner à cette époque :

« La découverte de M. Grenet (c'est le nom de l'inventeur) promet d'être féconde en résultats scientifiques et pratiques. Cet habile expérimentateur a trouvé le moyen de rendre *constantes les piles à un seul liquide.* Il suffit pour cela de maintenir le liquide en agitation par l'insufflation d'une petite quantité d'air. Aussi longtemps que dure l'insufflation, la pile conserve une très-grande énergie ; on peut même à volonté, en soufflant avec plus ou moins de force, augmenter ou diminuer l'intensité du courant, circonstance très-avantageuse dans les applications chirurgicales. Le zinc, le charbon, l'acide sulfurique étendu d'eau et saturé de bi-chromate de potasse, tels sont les seuls éléments qui composent la pile de M. Grenet. Aucune pile n'est plus facile à manier, à transporter et à entretenir ; aucune ne possède sous un si petit volume une aussi grande intensité ; aucune enfin n'est à la fois si peu coûteuse et si solide (elle est dix fois moins lourde, quinze fois moins volumineuse et trente fois moins coûteuse que celle dont se sert M. Middeldorpf). Elle n'est ni fragile ni susceptible de se déranger, ajoute M. Broca, et elle est d'une simplicité telle que tout le monde peut la mettre en jeu sans difficulté ; enfin, elle n'expose pas, comme la plupart des piles à deux liquides, à l'inconvénient considérable des vapeurs d'acide azotique et d'acide hypo-azotique. »

M. Broca a jugé utile, en outre, afin de rendre la galvano-caustique accessible à tout le monde, de faire également simplifier les cautères électriques. Il les a fait adapter tous sur un seul manche, ce qui permet d'en réduire notablement le prix.

C'est là une innovation dont la chirurgie pourra, nous l'espérons, tirer les plus grands avantages. Il ne reste plus qu'à voir la chose à l'œuvre. Nous ne manquerons pas de suivre les expériences cliniques qui vont être entreprises avec ce nouvel appareil, et de tenir nos lecteurs au courant des résultats que nous aurons constatés.

MÉDECINE LÉGALE.

Des circonstances et des faits qui unissent et séparent en matière criminelle les deux mots RESPIRER et VIVRE.

Par MM. E. Dégranges et Lafargue, médecins aux rapports près le tribunal civil de Bordeaux.

§ I. Nous entreprenons aujourd'hui d'étudier la question suivante :

« Rechercher les circonstances et les faits qui *unissent* et *séparent* en matière criminelle les deux mots *respirer* et *vivre.* »

Ce sujet, qui appelle les réflexions les plus soutenues, nous a été fourni par une affaire d'infanticide débattue devant la cour d'assises de la Gironde (1er trimestre 1857).

Nous avons été chargés par M. le juge d'instruction : d'abord de visiter la fille A..., âgée de dix-huit ans, soupçonnée d'être accouchée à terme depuis un mois environ ; ensuite de procéder à l'examen et à l'autopsie du cadavre d'un enfant naissant trouvé dans un lieu voisin du domicile de cette fille A..., et où il paraissait avoir été déposé depuis plusieurs jours par quelqu'un ayant assisté à l'accouchement, et qui ne serait autre que l'amant de l'inculpée.

D'après l'accusation, l'enfant était celui que cette inculpée avait mis au monde ; celle-ci le reconnaissait également, mais avec cette restriction que, dans sa croyance, elle ne l'avait considéré que comme un fœtus âgé seulement de *cinq* mois de vie utérine, par conséquent n'étant pas à terme et ne présentant pas les signes de l'existence.

Enfin, nous avons été obligés dans nos conclusions de répondre à un certain nombre d'interpellations découlant d'une manière directe de l'accusation criminelle.

Ajoutons maintenant qu'en rédigeant ce travail contenant des détails rares et intéressants pour la science, nous avons eu l'espoir d'éclairer la justice sur un point assez ardu de médecine légale, et qui peut se représenter au premier jour.

Après avoir ainsi envisagé les plaies de l'intestin, l'auteur passe en revue les plaies des divers organes contenus dans la cavité abdominale, et traite à propos de chacun de ces organes des blessures qu'on pourrait appeler simples, puis des blessures produites par des armes à feu.

Les épanchements dans l'abdomen sont divisés en épanchements : 1° de sang, 2° de bile, 3° d'urine, 4° de matières alimentaires et stercorales, 5° de pus, et 6° de gaz.

A propos des épanchements de sang, deux théories ont partagé longtemps les chirurgiens : ce sont celles de Petit fils et de Garangeot. Pour M. Nélaton, ces deux théories ont le malheur d'être trop exclusives, aussi se range-t-il volontiers du côté de l'opinion de M. Velpeau, qui, ayant repris cette question, a démontré que tantôt le sang reste confiné autour de la blessure, et que tantôt il s'épanche entre les parois du ventre et les organes contenus dans cette cavité. Ces variétés s'expliquent naturellement par la fluidité et la quantité plus ou moins grande du sang épanché.

Nous avons parcouru avec le plus vif intérêt l'article *Corps étrangers* de l'abdomen. Ces corps ont été divisés en deux espèces :

1° Les corps étrangers contenus dans la cavité péritonéale ;

2° Les corps étrangers qui de l'œsophage pénètrent dans l'estomac et dans le canal intestinal, ou qui se développent dans l'intestin lui-même.

Dans cette dernière catégorie, M. Jamain a fait rentrer ces singulières productions connues généralement sous le nom d'*entérolithes* et d'*égagropiles*, qui ont été en 1855, de la part de M. le professeur J. Cloquet, le sujet d'un mémoire fort remarquable présenté à l'Académie des sciences.

L'article IV est une véritable monographie sur les hernies de l'abdomen ; il comprend plus de la moitié du volume. Les hernies y sont d'abord envisagées d'une manière générale. L'anatomie et la physiologie pathologique, la symptomatologie, l'étiologie et le pronostic de la hernie forment le commencement de cet article. Dans la seconde partie, la question du traitement est étudiée à fond ; après avoir glissé rapidement sur le traitement palliatif, sur les bandages, l'auteur passe à l'étude de la cure radicale de la hernie, et lui donne une extension beaucoup plus grande qu'on ne l'a fait jusqu'ici. Il examine successivement les méthodes opératoires anciennes, telles que la castration, le point doré, la suture royale, l'incision, le refoulement du testicule dans l'anneau, la scarification et la dilatation ; mais il insiste de préférence sur des moyens qui ont été expérimentés dans ces dernières années par les chirurgiens de Paris et de Lyon, et par Gerdy principalement ; nous voulons parler de l'autoplastie, de l'invagination, du séton, de l'enroulement du sac et des injections.

Enfin l'histoire des complications des hernies est faite d'une manière dogmatique. L'auteur traite d'abord de l'irréductibilité, de l'engouement, de l'inflammation, de la gangrène et de l'anus contre nature. Cette dernière affection, comme toutes les autres d'ailleurs, a été décrite avec une grande supériorité. M. le professeur Nélaton s'est appesenti avec beaucoup de soin sur cette partie de son livre, et il a indiqué religieusement les diverses méthodes opératoires consignées dans les auteurs ou découvertes par lui-même. Aussi le lecteur trouvera sur cette complication redoutable des hernies une véritable monographie, qui laisse derrière elle, et à une grande distance, tous les travaux qui ont été antérieurement publiés sur ce sujet.

MM. Nélaton et Jamain examinent ensuite les hernies en particulier ; ils montrent en quoi les hernies diffèrent suivant les régions, et ils décrivent les hernies inguinale, crurale, ombilicale, de la ligne blanche, ventrale, sous-pubienne, ischiatique, périnéale, vagino-labiale, vaginale et diaphragmatique.

Ce n'est point assez. Une hernie diffère non-seulement suivant la région, mais encore suivant l'organe qui est déplacé. Aussi, en logiciens sévères, MM. Nélaton et Jamain terminent l'histoire des hernies en décrivant la hernie de l'estomac, du cœcum et de l'appendice iléo-cœcal, de l'ovaire et de la trompe de Fallope ; et s'ils ne décrivent pas la hernie de l'intestin grêle, c'est parce qu'ils l'ont prise comme type dans la description de la hernie en général.

Nous voici arrivé à la partie du livre la plus curieuse, à cause de son originalité et à cause de la richesse des détails. Ceux pour qui la nouveauté a des attraits pourront à sa lecture satisfaire leur goût. En effet, l'article intitulé *Occlusions intestinales* est un véritable mémoire original.

Pendant un voyage à Londres, M. le professeur Nélaton avait vu dans les riches musées de cette grande cité, et particulièrement dans le musée de Hunter, diverses pièces d'anatomie pathologique de l'intestin qui lui ont singulièrement servi pour édifier ce mémoire. S'em-

§ II. Dans le langage usuel, on attache un sens identique aux termes *respirer* et *vivre*, *expirer* et *mourir*. Ainsi l'on dit tel *respire encore*, pour il est vivant; tel vient *d'expirer*, pour il vient de *mourir*.

Cette acception, qui se retrouve dans les livres vulgaires, est adoptée aussi par plusieurs écrivains philosophes.

Tous les anciens médecins, d'après Galien, regardaient la respiration, même dans les nouveau-nés, comme inséparable de la vie.

Jusqu'à ce jour (hormis deux ou trois faits compliqués sur lesquels nous fournirons notre opinion un peu plus tard), la science médicale a donné également à ces deux mots *vivre* et *respirer* la même signification.

Avoir respiré et avoir vécu, dit Fodéré, devront être considérés comme deux points inséparables pour le médecin-légiste.

L'enfant n'a pas vécu (selon le vœu de la loi), car il n'a pas respiré (expression d'une consultation signée par Auvity, Dubois, Pelletan, Roux, Marjolin, Orfila, etc.).

En prouvant que l'enfant n'a pas respiré, nous prouvons qu'il n'a pas vécu. (Conclusions d'une consultation de Marc, Roux et Marjolin, concernant le même enfant venu au monde par l'opération césarienne.)

En matière d'infanticide, en général, vivre c'est respirer (Devergie).

Enfin, l'opinion de tous les jurisconsultes éminents exige, pour caractériser la vie chez un nouveau-né, et lui donner des droits civils, *nascatur cum spiritu*, et *si vocem non emittat*...

Ces quelques citations prouvent qu'on fait universellement résider la vie dans les deux actes opposés et alternatifs qui constituent les fonctions pulmonaires.

La vérité ressort-elle une et entière de cette uniformité d'opinions? Nous ne le pensons pas, et regardons ces termes comme trop exclusifs. Orfila, entre autres, nous paraît mériter ce reproche lorsqu'il dit : « Ne voit-on pas qu'il est impossible de soupçonner que le crime a été commis après la naissance, s'il est prouvé que l'enfant n'a pas vécu. » Ici vivre et respirer sont synonymes. (*Médecine légale*, t. Ier, p. 253.)

Cette sentence, d'après nous, est trop absolue ; en premier lieu, ce serait à la preuve qu'il faudrait quelquefois adopter l'épitbète d'impossible, appliquée par cet auteur au soupçon de l'époque où le crime a été commis; de plus, on n'y tient compte d'aucune éventualité d'avenir, et voici pourtant que nous avons constaté (comme on va le lire tout à l'heure) une action respiratoire, action vitale, inutilement développée sans aucun des effets apparents qui constituent la respiration proprement dite.

Les mêmes observations, et peut-être plus motivées, s'adressent à Marc, Roux et Marjolin, s'exprimant comme ils l'ont fait dans la consultation rapportée plus haut.

Nous trouvons notre opinion clairement et parfaitement rendue dans ces citations anciennes d'un auteur justement estimé. « Quoique l'enfant ne présente aucune preuve qu'il ait respiré, il ne s'ensuit pas toujours de là qu'il était mort avant l'accouchement... Une foule de causes, après la sortie de l'enfant, peuvent s'opposer à sa respiration sans le faire cesser de vivre. » (Mahon, *médecine légale*, t. II, p. 391.)

Quelle est la valeur réelle de la presque uniformité des opinions des auteurs à propos de la question qui nous occupe maintenant? Nous allons l'examiner.

§ III. — En matière civile, comme nous l'avons déjà dit, c'est la respiration qui constitue la vie.

Les divers mouvements du nouveau-né ne sont pas seuls suffisants aux yeux de tous les jurisconsultes pour prouver cette vie (Guy du Rousseaud de Lacombe, Chabot, Troullin, Merlin).

Et pourtant ces divers mouvements peuvent durer quelquefois une ou deux heures sans la vie complète.

D'après quelques-uns de ces jurisconsultes, il n'en serait pas ainsi pour ce qui concerne les cris de l'enfant; ceux-ci prouveraient la vie.

D'après quelques autres, plus vigoureux dans leurs déductions, la respiration complète est le caractère évident de la vie acquise hors du sein de la mère (Merlin: *Questions de droit*, t. VI, mot VIE). *Vie positive, respirante.*

Le droit civil exige de plus la viabilité de l'enfant pour admettre que celui-ci a vécu de sa vie propre. L'unanimité des légistes et des médecins se rencontre sur ce point.

Dans les questions criminelles, cette unanimité ne se retrouve plus pour ce qui concerne la viabilité. Ainsi M. Devergie dit qu'il y a toujours crime lorsque l'existence est enlevée à un être qui même n'aurait pas pu fournir les chances d'une carrière ordinaire, mais qui a vie, lorsqu'on le soumet à un acte violent et meurtrier. Cette opinion, tout à fait exceptionnelle, amène une confusion entre l'avortement et l'infanticide ; nous ne devons pas la faire rentrer dans le sujet qui nous occupe.

Nous nous arrêtons là pour ce qui touche à la vie civile.

Ce rapide aperçu sur le domaine civil nous a ramenés vers l'étude primitive et principale des actes de la respiration qui constituent la vie indépendante.

§ IV. — Qu'est-ce que la respiration dans l'acception purement physiologique?

La définition de cette fonction a varié sous la plume des auteurs; la cause en est dans la manière plus ou moins exacte et complète avec laquelle ces auteurs en ont développé les principaux phénomènes. Ainsi tour à tour ils ont employé les termes suivants :

Air successivement admis et rejeté des poumons (Ch.-Louis Dumas, *Principes de physiologie*).

Changement que l'air pénétré dans les poumons fait subir aux fluides (Adelon).

Oxygène de l'air venant imprégner le sang ou les humeurs des animaux pour y produire une élaboration vitale importante (Virey).

Rapports de l'air avec les êtres organisés et action des phénomènes qui en résultent (Milne Edwards).

Entrée et sortie alternative de l'air dans les poumons (Richerand).

Transformation du sang veineux en sang artériel (Magendie).

Contact des fluides dont se nourrissent les êtres organisés avec l'air atmosphérique, dans lequel ces êtres sont plongés et sans lequel ils ne sauraient vivre : plus laconiquement aération du sang (Coutanceau).

La respiration des animaux est un phénomène d'absorption et d'exhalation, par suite duquel le sang venant en contact avec l'air atmosphérique se débarrasse de son acide carbonique et se charge d'oxygène (Le Maout).

Enfin, voici la définition d'après les idées les plus nouvelles : Fonction caractérisée par l'absorption et l'expulsion simultanée des gaz venus du dehors et des gaz produits dans l'organisme (*Dict. de Nysten*).

Nous ne discutons pas les termes de ces diverses définitions, ni les théories qu'elles reproduisent. Celles de MM. Le Maout, Milne-Edwards et du *Dictionnaire de Nysten* nous paraissent exprimer l'idée de respiration complète; mots consacrés par les jurisconsultes pour caractériser la vie positive et légale.

Nous allons nous en servir en traçant l'exposition sommaire de cette fonction respiratoire complète.

Nous y considérons trois actes : action du cœur, du thorax, du diaphragme et des poumons.

Introduction de l'air dans les poumons.

Hématose ou sanguinification.

1° *Action du cœur, du thorax, du diaphragme, des poumons.*— Elle commence ordinairement dès que l'enfant fait issue de la cavité utérine et que sa vie est séparée de la vie de sa mère; elle se remarque par un acte d'agrandissement dans la poitrine (inspiration), suivi d'un acte contraire (expiration).

L'acte inspirateur doit être comme simultané avec un acte de contraction du ventricule gauche du cœur, par lequel un abord plus considérable de sang (mis en mouvement) se produit dans les poumons.

D'où provient cette action et quel en est le siége? Plusieurs opinions se présentent.

Influence constante avec réaction cérébrale des excitants particuliers à chaque sens, et de l'air extérieur sur la peau et sur l'origine des muqueuses, réaction qui de locale devient générale.

Un principe inconnu, une espèce d'instinct qui sollicite le fœtus de contracter les intercostaux internes et externes, le diaphragme, le même qui fait que, en sortant du sein de sa mère, l'enfant meut les lèvres en gouttière pour teter; instinct qu'on retrouve dans chaque animal au moment de sa naissance, dirigeant des mouvements particuliers.

Enfin, volition née dans le cerveau sous l'influence de la sensation du besoin de respirer; sensation qui se produit pour la première inspiration comme pour la première expiration, et qui résiderait spécialement dans la membrane muqueuse bronchique, si riche en nombreux filets nerveux venant des deux vies organique et animale.

Ces deux dernières explications vont plus loin et plus haut que la première rechercher le moteur des actes respiratoires primitifs.

Nous laisserons de côté ce que celles-ci ont de métaphysique et peut-être de trop hypothétique, et nous ferons remarquer seulement que toutes les trois s'accordent pour ce qui concerne les effets généraux de ce moteur sur le système musculaire desservant les fonctions du poumon et du cœur.

2° *Introduction de l'air dans les poumons.* — Que se passe-t-il lorsque s'est accomplie l'inspiration (acte vraiment vital)?

Les poumons sont d'abord passifs sous l'action du sang et de l'air qui les abordent.

Ils se dilatent en suivant les parois de la poitrine qui s'écartent, leurs vaisseaux se distendent et le sang les traverse plus facilement que pendant l'époque de la vie utérine.

D'un autre côté, l'air extérieur, comme cela se remarque après le coup de piston d'une pompe aspirante, se précipite par la bouche, et le plus souvent par les fosses nasales et en traversant la glotte, qui s'ouvre dans les cellules pulmonaires vides de tout fluide atmosphérique.

Il ne pénètre point peut-être dès l'abord jusqu'aux dernières ramifications bronchiques; quelques lobes, dont le tissu est plus compacte, ne se laissent dilater que plus tard; il s'en rencontre même qui apportent un obstacle constant à tous les efforts des agents inspiratoires.

3° *Hématose* ou *sanguinification.* — Ces premiers temps écoulés de la respiration, les poumons jouent un nouveau rôle complexe, et dans lequel ils agissent plus activement pour modifier l'air et le sang qui ont été admis dans leurs tissus. Il s'ensuit que le fluide atmosphérique étant parvenu jusqu'aux dernières cellules du poumon, se trouve en contact avec les radicules des veines pulmonaires. Celles-ci, par une véritable fonction absorbante et spéciale, le dépouillent d'une plus ou moins grande partie de son oxygène.

A temps rapproché et comme alternatif, la membrane muqueuse bronchique, par une fonction sécrétoire et exhalante (semblable à celle de l'organe cutané), isole de la masse sanguine veineuse du gaz acide carbonique qui se mêle avec de la vapeur aqueuse animale ; produits qui font issue au dehors de l'organisme.

Ainsi, pour tout résumer, s'accomplit après des mouvements inspirateurs et expirateurs successifs, une absorption spéciale d'oxygène, suivie d'une sécrétion ordinaire avec exhalation d'acide carbonique, lequel est expulsé; d'où il résulte pour la conservation de l'harmonie vitale et par une sorte d'échange opéré au contact de l'air atmosphérique, que le fluide sanguin reçoit un élément d'oxygène et le rend propre à la réparation des pertes de l'organisme et à l'entretien de la vie, alors qu'il se débarrasse de l'élément d'acide carbonique avec lequel il conservait des propriétés contraires à l'existence.

§ V. En médecine légale criminelle, pour qu'il y ait vie, doit-il y avoir nécessairement respiration, même incomplète? — Non.

On a rencontré, en effet, des enfants qui avaient pu vivre, qui avaient vécu sans avoir respiré. Les auteurs, à notre connaissance, en rapportent trois exemples par lesquels ils ont voulu indiquer et faire ressortir les signes démontrant l'existence de la vie propre de l'enfant dans cet espace de temps qui peut se prolonger plus ou moins, et qui s'écoule entre l'accouchement et l'établissement de la respiration; espace de temps où l'enfant, dans la continuation

---

parant de ces pièces, qui étaient peut-être restées jusque-là incomprises, M. Nélaton a montré, avec sa sagacité ordinaire, toute leur valeur et toute leur portée, et a fait faire un grand pas à l'histoire de ces affections si multiples, si diverses, quelquefois si redoutables, que l'on a décrites sous les noms d'*étranglement interne*, d'*iléus*, de *volvulus*, de *passions iliaques*, de *miserere*, etc.

C'est avec raison, suivant nous, qu'il a rejeté ces diverses dénominations, et qu'il s'est servi du mot *occlusion ;* car le fait anatomique de l'obstruction intestinale peut parfaitement ne pas coïncider avec les symptômes qu'on lui a attribués. En d'autres termes, la lésion anatomique peut être complétement indépendante des troubles fonctionnels. Si l'on veut le permettre, nous nous arrêterons un instant sur ce chapitre, qui est une véritable conquête chirurgicale.

M. Nélaton établit trois divisions :

1° Occlusion produite par une lésion organique des tuniques intestinales;

2° Occlusion par étranglement interne;

3° Occlusion produite par le renversement de l'intestin.

Dans la première division se rencontrent deux espèces :

1° Occlusion par hypertrophie musculaire;

2° Occlusion par hypertrophie cellulaire.

Les figures 40, 41 et 42 montrent trois variétés de cette hypertrophie musculaire des parois de l'intestin, et enfin la figure 43 fait voir une occlusion produite par un rétrécissement consécutif à l'hypertrophie de la tunique celluleuse de l'intestin. Est-il besoin de faire ressortir toute l'importance d'une pareille doctrine au point de vue de l'entérotomie et de la gastrotomie?

Une tumeur étant donnée, si elle est de nature maligne, ainsi qu'on le croyait trop peut-être, le chirurgien sera dans l'hésitation quand il lui faudra armer sa main d'un instrument tranchant, et cette hésitation sera bien naturelle, légitime, car il a devant lui cette fatale perspective, que s'il est assez heureux pour remédier aux accidents de l'étranglement, le malade n'en succombera pas moins tard ou tôt aux suites fâcheuses et irremédiables d'un cancer.

Que le chirurgien, au contraire, soit convaincu qu'il n'y a pas seulement des cancers dans les occlusions de l'intestin, qu'il sache, ainsi que le prouve M. le professeur Nélaton, qu'il y a des tumeurs dues à des fibres celluleuses ou musculaires hypertrophiées, il n'hésitera plus à proposer et à exécuter une opération qui promet de longs jours à son patient; il aura confiance dans l'avenir, et il fera plus souvent une opération qu'on n'osait point exécuter.

C'est ainsi, en effet, qu'il faut maintenant envisager la gastrotomie et l'entérotomie, et encore une fois la science sera redevable à M. Nélaton d'un nouveau progrès chirurgical.

L'article VI traite des abcès de l'abdomen, qui sont divisés en abcès des parois abdominales, abcès du psoas ou psoïtis, et en abcès de la fosse iliaque.

Enfin, le dernier article est consacré aux affections de l'ombilic, qui, en outre des hernies dont nous venons de parler, comprennent des maladies diverses, telles qu'ulcérations, fistules, cancers et excroissances fongueuses. Ce nouveau volume des *Éléments de pathologie chirurgicale* est digne de ses aînés. Il est écrit avec cette sobriété et cette pureté de style qui caractérisent les livres vraiment classiques ; il se recommande par une érudition sage, de bon aloi, qui cite toujours à propos, et non par cette érudition stérile et prétentieuse qui, sous une fausse apparence de richesse, cache le plus souvent une grande pauvreté dans les idées. Si nous ajoutons que de nombreuses figures sont intercalées dans le texte toutes les fois que la description peut être difficile, nous aurons donné une idée de la valeur de ce livre. Aussi nous croirions manquer à notre devoir de critique si, en terminant, nous ne félicitions M. le docteur Jamain d'avoir mis la main à la rédaction d'un ouvrage qui a rendu et qui rendra longtemps encore de grands services à la génération médicale contemporaine.

B. BÉRAUD.

De la spedalsked et de la radezygd, maladies endémiques dans le nord de l'Europe, et considérations générales sur la lèpre, par M. le docteur DELIOUX DE SAVIGNAC, médecin en chef de la marine. In-8°. Prix, 1 fr., *franco*. Chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Essai de médecine pratique comprenant quelques idées sur l'étiologie des maladies au point de vue du traitement, et un recueil de recettes populaires, par M. le comte Stanislas KOSSAKOWSKI. Paris, 1857, un volume in-18 de 200 pages. Prix, 2 fr. A Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille.

de sa vie fœtale, peut recevoir la mort d'une manière quelconque.

Nous voyons, en effet, qu'ils recommandent de chercher (mais avec réserve) les preuves de cette existence latente, qui forme pour ainsi dire une nuance intermédiaire entre la vie fœtale et la vie indépendante, dans l'examen des désordres matériels des organes, et dans les traces laissées par les violences extérieures.

Parmi les désordres matériels, la plupart des auteurs en signalent un seul qui prouve l'établissement de la vie chez l'enfant au moment où la perturbation des tissus s'est opérée. Ce signe certain est la *coagulation du sang* épanché, phénomène de plasticité vitale, tandis que la fluidité aurait été une circonstance cadavérique, et purement physique.

Enfin, tout le monde s'accorde à reconnaître que les lésions graves des centres cérébraux, dans les observations rappelées ci-dessus, ont seules empêché la fonction respiratoire de s'établir malgré l'état normal de conformation et de développement des organes pulmonaires.

Par tout ce qui précède, nous pouvons dire : Si d'après les observations semblables de Bellot, Olivier (d'Angers) et M. Devergie, un enfant a vécu sans avoir nullement respiré, à plus forte raison, dans certains cas, on peut assurer qu'il aura exercé sa vie propre, si l'on trouve chez lui les effets des premières contractions du diaphragme et d'un assez grand nombre de muscles du thorax.

Nous allons passer à l'exposition du fait qui nous est particulier.

(La suite au prochain numéro.)

DARTRES RONGEANTES. — TOPIQUE.

M. le docteur Hébra (de Vienne) propose le topique suivant :

Iode.	4	grammes.
Iodure de potassium.	4	—
Glycérine.	8	—

Ce topique s'applique tous les deux jours au moyen d'un pinceau. Son application est douloureuse pendant plus d'une heure, mais elle a le grand avantage de guérir le lupus sans cicatrices difformes.

(Deutsche Klin.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 novembre 1857. — Présidence de M. BOUVIER.

M. HUGUIER présente un malade affecté d'un cancer de la langue. La tumeur, dont le début a été constaté il y a trois ans, fut enlevée une première fois au moyen de l'écrasement linéaire; mais il y a eu récidive, et M. Huguier hésite à se rendre aux sollicitations du malade, qui veut qu'on le soumette de nouveau à une opération.

M. RICHARD repousse toute opération dans ce cas, et généralisant sa pensée, il soutient qu'il n'existe pas dans la science un cas de guérison bien avéré des cancers qui siégent à la langue ou sur les parois de la cavité bucchale. Chez tous les malades qu'il a opérés ou vu opérer, la récidive ne s'est jamais fait attendre plus d'une année.

M. HUGUIER n'admet pas la manière de voir de M. Richard. Chez un malade affecté d'un cancer épithélial de la langue, il scia l'os maxillaire inférieur pour opérer à ciel ouvert; après avoir enlevé la tumeur de la langue, il extirpa un ganglion sous-maxillaire induré, et ce n'est que trois ans et demi après que cet homme revint voir M. Huguier.

La récidive s'étant produite dans un ganglion lymphatique et non dans la langue, M. Huguier pense que la reproduction du cancer est due à sa coexistence dans le système lymphatique avant l'opération.

M. CHASSAIGNAC admet, comme Huguier, que si le cancer récidive, c'est qu'on enlève rarement tous les tissus envahis par la maladie. A l'appui de son opinion, il cite le fait d'un malade qui est resté guéri pendant sept ans et demi après l'opération.

Si la récidive, ajoute-t-il, était une contre-indication de l'opération, on n'opérerait plus de cancer.

M. RICHARD fait une exception pour le cancer des membres. Il pense que, par l'amputation, on peut guérir un bras ou une jambe affectés de cancer; tandis qu'il a juré de ne jamais toucher aux cancers de la langue et des os maxillaires.

M. LARREY considère aussi le cancer de la langue, sous quelque forme qu'il se présente, pourvu qu'il soit véritablement tel, comme le plus sujet à récidiver entre tous les cancers. Il en a observé un certain nombre, et de funestes résultats lui ont démontré que l'expectation, non pas inactive, mais aidée des soins palliatifs, prolonge en général l'existence des malades bien plus sûrement que les opérations chirurgicales les plus rationnelles en apparence, par l'emploi surtout des instruments tranchants. Il a eu occasion de communiquer à la Société deux ou trois faits qui tendent à démontrer cette proposition; le fait entre autres d'un ancien officier de santé militaire, atteint depuis fort longtemps d'un cancer ulcéré de la langue, demeuré à peu près stationnaire, et qui, ayant été opéré, succomba bientôt après aux accidents de la récidive.

Il croit avoir cité l'observation d'un officier vétérinaire, chez lequel un cancer induré ou squirrheux, loin de s'aggraver, s'est sensiblement amélioré par des moyens de traitement simple, sans que l'on pût attribuer la maladie à une cause syphilitique. Il a présenté, enfin, à la Société, la pièce anatomique d'un cancer encéphaloïde, compliqué de dégénérescences des ganglions sous-maxillaires, chez un colonel qui serait probablement mort beaucoup plus tôt, si on l'eût opéré dans de telles conditions.

Ces observations et plusieurs autres sont rapportées du reste dans une bonne thèse soutenue, l'année dernière, par un élève de la Faculté de Paris, M. H. Robert, sur le *cancer de la langue*.

M. HUGUIER distingue le cancer épithélial de l'encéphaloïde relativement à la gravité. M. Larrey a, dit-il, parlé d'un cancer parenchymateux, dont la nature prédispose bien plus à la récidive que lorsqu'il s'agit d'un épithélioma.

Pour M. Richard, au contraire, la forme et les divisions des cancers sont chose indifférente, relativement aux tumeurs de la cavité buccale. Les cancers de la langue sont presque toujours des épithéliomas; dans un cas pourtant, il put constater l'existence d'un encéphaloïde, et bien contrairement à l'opinion généralement reçue, la récidive fut moins prompte qu'elle ne l'est ordinairement pour le cancer épithélial.

M. GIRALDÈS pense que M. Huguier se trompe en posant en principe que le cancer épithélial se concentre plus que l'encéphaloïde. Il résulte des recherches de Vanderkolch que c'est l'épithélioma qui a le plus de tendance à l'infiltration.

M. VOILLEMIER a donné des soins au malade présenté par M. Huguier; bien que cet homme fût affecté de syphilis, la tumeur qu'il avait à la langue paraissait dès cette époque ne pouvoir être qu'un cancer, et si M. Voillemier ne l'a pas opéré, c'est que des ganglions engorgés indiquent assez que le cancer n'est pas borné à la langue.

M. CLOQUET est de l'avis de M. Giraldès; chez tous les opérés dont il a pu suivre le traitement, il a toujours constaté une prompte récidive lorsque c'était le *bord* de la langue qui était le siége de l'épithélioma. Dans un seul cas de cancer épithélial, il a vu la guérison persister au bout de huit ou neuf ans, et c'était un cancer de la pointe.

M. CHASSAIGNAC fait remarquer que dans cette discussion M. Cloquet, M. Huguier et lui-même ont pu citer trois observations qui sont la condamnation de l'opinion de M. Richard.

M. RICHARD répond qu'il peut y avoir eu erreur de diagnostic.

M. HUGUIER repousse cette nouvelle assertion de M. Richard. En ce qui le concerne, M. Huguier n'admet pas qu'il ait pu se tromper. Un homme qui a, dit-il, l'habitude d'observer ne peut pas prendre une tumeur gommeuse ulcérée pour un cancer. Il a d'ailleurs l'habitude de soumettre ses malades à un traitement anti-syphilitique pour qu'il n'y ait aucun doute sur la nature de la maladie.

M. RICHARD répond que le diagnostic est loin d'être aussi facile qu'on le prétend, et pour preuve il dit avoir vu M. Ricord hésiter avant de se prononcer entre un cancer et une tumeur gommeuse de la langue.

M. CHASSAIGNAC n'admet pas cette impossibilité du diagnostic. On n'opère généralement qu'après avoir soumis les malades à un traitement par l'iodure de potassium, et cette pierre de touche a semblé suffisante à M. Ricord dans un cas où le traitement n'avait duré que quinze jours.

— M. GUERSANT présente un petit malade dont la tête est le siége d'une bosse sanguine. Il raconte que cet épanchement de sang s'est produit à la suite d'une chute, et il pense que le crâne s'est fracturé. Dans ce cas, trois ponctions ont été pratiquées, et il n'est survenu aucun accident. Comparant ce fait à celui d'un enfant présenté par M. Marjolin dans une précédente séance, M. Guersant incline à croire qu'il y a souvent avantage à ponctionner les tumeurs sanguines volumineuses.

M. GIRALDÈS trouve une grande ressemblance entre le malade de M. Guersant et celui de M. Marjolin.

M. DEGUISE, au contraire, fait remarquer que dans le cas de M. Marjolin il n'y avait pas de chevauchement, bien qu'il y eût fracture, tandis que dans celui de M. Guersant il est douteux que le crâne ait été fracturé.

M. FORGET émet une opinion semblable à celle de M. Deguise.

M. CAZEAUX croit que l'argument de M. Guersant ne prouve pas grand'chose. Si l'on n'avait pas ponctionné la tumeur, le petit malade irait tout aussi bien. Le fait de M. Marjolin prouve le contraire de l'observation de M. Guersant, et l'expectation est préférable à une opération dont le grand avantage serait de guérir un peu plus vite une maladie qui se guérit toute seule et toujours.

M. MARJOLIN annonce qu'il donnera l'observation de son petit malade.

M. GUERSANT défend la ponction exploratrice, mais il ne pense pas qu'il faille y avoir recours dans tous les cas. Quant à la fracture, il est porté à l'admettre.

MM. CHASSAIGNAC et CAZEAUX ont toujours vu les céphalœmatomes guérir spontanément.

M. GIRALDÈS admet cette guérison, mais il croit que les céphalœmatomes guérissent plus vite par des ponctions réitérées avec une aiguille à cataracte. Si le temps importe peu, dit-il, dans la vie de famille, il n'en est pas de même pour les enfants trouvés, qui meurent en grand nombre, parce que la lenteur de leur guérison empêche l'administration de les envoyer en nourrice.

M. CAZEAUX répond que la raison pour laquelle on garde les enfants à l'hôpital n'existera plus lorsque tout le monde saura que les céphalœmatomes guérissent spontanément.

M. VOILLEMIER pense que la question de temps a son importance, surtout si l'on ne prouve pas que la ponction peut être suivie d'accidents.

M. FORGET raconte qu'il a vu un céphalœmatome existant depuis trois semaines disparaître sous l'influence des frictions résolutives, bien qu'un pronostic grave eût été porté par un vieux praticien.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

— A propos du procès-verbal, M. DEGUISE donne quelques explications sur le malade qu'il a présenté dans la dernière séance.

Le blessé que j'avais présenté au nom de M. Bernard (de Moulins) m'était, dit-il, arrivé sans renseignements. Je trouvais que ce qu'il y avait de plus intéressant dans cette présentation d'une ligature de l'artère humérale faite pour un anévrisme primitif, résultat d'un coup de sabre, était non pas la cessation des battements à la suite de cette ligature, mais bien l'augmentation de la tumeur, qui, au dire du blessé, se serait constamment accrue depuis l'opération. M. Bernard (de Moulins), auquel j'ai écrit à ce sujet, m'a répondu que le blessé se trompait, et qu'au contraire la tumeur avait toujours été en diminuant. Ce qui a pu tromper le malade, c'est le volume du bras qui a diminué et a fait ressortir, en diminuant, la saillie de la tumeur.

CORRESPONDANCE.

M. MARJOLIN dépose sur le bureau, au nom de M. Lenoir, une série de travaux qui lui a été adressée par M. le docteur Amable Cade (de Bourg-Saint-Andéol) :

1° Un mémoire inédit *sur la difficulté du diagnostic en chirurgie*. Ce travail renferme plusieurs observations pouvant donner lieu à des erreurs de diagnostic.

2° *Notice sur l'opportunité de l'opération de la cataracte monocle.*

3° *De l'emploi de l'arnica comme moyen préventif et de l'aconit comme sédatif de l'inflammation consécutive à l'opération de la cataracte.*

4° *Mémoire pratique sur la cataracte.*

M. le docteur Cade adresse en même temps une lettre pour obtenir le titre de membre correspondant. (Commissaires : MM. Lenoir, Giraldès et Voillemier.)

— La Société reçoit les ouvrages suivants :

Des polypes nasaux et naso-pharyngiens, et de leur traitement par un nouveau procédé opératoire, par M. le docteur Desprez.

De l'amputation de la cuisse au tiers inférieur et de la désarticulation du genou, par M. le docteur Gritti (de Milan).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le nombre des cas de fièvre jaune à Lisbonne, depuis le commencement de l'épidémie jusqu'à la fin d'octobre, a été de 7,177, dont 2,215 décès.

Les hôpitaux spéciaux ont reçu 3,068 malades, dont 2,449 hommes, qui ont donné 811 décès, et 619 femmes, qui ont donné 188 décès. La proportion de la mortalité générale a été de 1 sur 3,24, et celle de la mortalité des cinq hospices de 1 sur 3.

L'épidémie est depuis cette époque en pleine décroissance.

— M. le professeur Claude Bernard ouvrira son cours au Collége de France mercredi prochain, 9 décembre, à une heure, et le continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Il traitera des propriétés physiologiques et des altérations pathologiques des différents liquides de l'organisme.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 144. — MARDI 8 DÉCEMBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 144. — MARDI 8 DÉCEMBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 7 DÉCEMBRE 1857.

PROJET
D'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

Lorsque nous avons été invités par la commission des médecins de la Gironde à mettre sous les yeux de nos lecteurs la circulaire adressée au corps médical de France, « dans le but de savoir si » les médecins des départements seraient disposés à former une asso» ciation générale d'assistance mutuelle, dont l'Association des mé» decins de la Seine deviendrait le centre », nous nous sommes empressés d'accéder à ce désir ; et en publiant cette circulaire, nous avons déclaré que toutes nos sympathies étaient acquises d'avance au projet, et que nous en acceptions le principe, sauf à en discuter plus tard les moyens d'exécution. Nous nous sommes engagés, en outre, à joindre tous nos efforts à ceux de nos confrères pour seconder le succès de l'enquête ouverte par cette circulaire.

Cette déclaration a été considérée comme une adhésion par les membres de la commission d'enquête ; et de fait, elle devait être considérée ainsi. En déclarant accepter le principe, nous ne faisions, en effet, qu'exprimer un vœu, un désir qui a été toujours dans notre pensée, celui de voir tous les médecins de France bénéficier un jour des bienfaits d'une association que le département de la Seine et un petit nombre d'autres départements se sont seuls assurés jusqu'ici. Mais en ajoutant à cette déclaration la réserve de discuter plus tard les moyens d'exécution, nous laissions assez entrevoir que, dans notre opinion, l'exécution de ce projet rencontrerait de nombreuses et sérieuses difficultés, et que dans l'examen des *moyens*, le fait même de la *généralisation du principe d'association* par voie d'annexion directe des associations locales existantes à l'association du département de la Seine, pourrait bien être mis en question.

La première condition, en effet, pour la réalisation du projet tel qu'il était présenté par la commission de Bordeaux, était le consentement des parties contractantes ; c'est-à-dire, d'une part, une manifestation des médecins des départements exprimant leur désir d'être admis, soit collectivement, soit individuellement, à faire partie d'une association générale dont l'Association des médecins de la Seine deviendrait le centre, et, d'autre part, une déclaration de l'Association de la Seine faisant savoir qu'elle consent à cette annexion.

L'enquête ouverte par la circulaire des médecins de la Gironde auprès de leurs confrères des autres départements est en ce moment en cours. Nous avons déjà fait connaître dans le numéro du 24 novembre dernier le nombre d'adhésions exprimées à cette époque ; elles se sont accrues depuis, et elles s'accroîtront encore sans aucun doute. De ce côté, on devait s'attendre à ce résultat. Mais il n'en a pas été de même de l'autre partie contractante, qu'on eût peut-être bien fait de consulter avant d'ouvrir l'enquête.

La commission générale de l'Association de la Seine s'est émue de l'agitation qui se faisait en son nom et sans sa participation, sur la foi, il faut le dire, de l'un des membres de son bureau, qui, officieusement consulté par les promoteurs du projet, avait répondu « que les manifestations des départements devaient amener l'Association de la Seine à demander elle-même la généralisation. » Cette opinion toute individuelle n'a point été partagée par les autres membres du bureau. Ceux-ci mis en demeure par un membre de la commission générale de s'expliquer à cet égard, ont rejeté sur l'honorable secrétaire général toute la responsabilité de son opinion, déclarant chacun pour leur part qu'ils ne pouvaient joindre leur adhésion à celle de leur collègue.

De là une longue discussion dans le sein de la commission générale, qui a occupé trois séances, dont deux séances extraordinaires, et qui s'est terminée par l'ordre du jour, c'est-à-dire par une fin de non-recevoir opposée aux ouvertures qui lui avaient été faites indirectement.

Nous pourrions terminer là l'exposé de la situation actuelle des choses en ce qui concerne un projet qui a si vivement et à si juste titre ému le corps médical français, et il ne nous resterait plus qu'à exprimer le regret qu'une idée grande et généreuse à laquelle nous n'avions pu refuser nos sympathies ait rencontré comme premier opposant la fraction du corps médical dont l'adhésion eût été si utile à sa réalisation. Mais un incident soulevé par cette discussion, et à l'occasion duquel notre témoignage a été invoqué, nous oblige à entrer dans quelques détails plus intimes sur les délibérations de la commission générale destinées à un demi-secret que nous n'avions pas cru jusqu'à présent devoir divulguer.

Nous avons dit que la discussion soulevée dans la commission générale s'était terminée par le vote de l'ordre du jour. Il faut dire en peu de mots comment les choses se sont passées.

Après une première séance d'explications de la part des membres du bureau, provoquées par une interpellation de M. Godard et relative à la participation du secrétaire général au mouvement en question, il fut décidé que le trésorier, M. Vosseur, exposerait au nom de la majorité du bureau les motifs qui lui faisait considérer le projet d'annexion comme inopportun et inacceptable.

Aux considérations de l'ordre financier opposées au projet par l'honorable trésorier, M. Perdrix, secrétaire général honoraire, ajouta des objections tirées des statuts mêmes de l'Association et des engagements moraux contractés par la Société vis-à-vis de ses fondateurs et de ses donataires. Ces objections furent combattues par M. Cabanellas.

La question ayant été débattue en même temps dans quelques journaux de médecine, le bureau décida que les membres de la presse qui avaient pris la part la plus active dans ce débat, seraient admis à une séance extraordinaire, consacrée spécialement à cet objet. En conséquence, MM. A. Latour, rédacteur en chef de l'*Union médicale*, et Dechambre, rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire*, assistaient à la séance suivante. (La *Gazette des Hôpitaux* y était représentée par l'auteur de cet article, membre actuel de la commission générale. M. A. Mayer, rédacteur de l'*Abeille médicale*, y assistait au même titre.) Dans cette séance, M. Dechambre prit la parole et opina dans le sens de MM. Vosseur et Perdrix. M. A. Latour eut son tour de parole dans une seconde séance extraordinaire, et après la lecture d'un travail au mérite duquel nous nous sommes plu à rendre hommage, en joignant nos applaudissements à ceux de l'assemblée entière, il proposa le *statu quo*, ce qui dans sa pensée voulait dire que l'assemblée n'eût à prendre pour le moment aucune décision ni à exprimer aucune opinion, qu'elle suspendît en un mot son jugement sur le projet.

Après une discussion assez confuse sur ce qu'il y avait à mettre aux voix, une proposition d'ordre du jour fut simultanément faite par deux membres, MM. Archambault et Deville, tandis que MM. Perdrix, Léger-Fleurus et un autre membre, dont le nom nous échappe, proposèrent un ordre du jour motivé, mais sans le formuler nettement. L'ordre du jour pur et simple prévalut et fut mis aux voix. Il fut adopté par la presque unanimité de l'assemblée.

Quelle était la signification de cet ordre du jour? Pour ceux qui avaient suivi les débats depuis l'origine, et qui ont pu entendre toutes les propositions, les interpellations et les votes exprimés à haute voix, il ne pouvait y avoir aucun doute sur le sens de l'ordre du jour. Il signifiait le refus d'accéder aux propositions des médecins de la Gironde. Cela était incontestable. Cependant, dans un article publié depuis dans l'*Union médicale*, M. Latour, à qui l'accueil flatteur que l'assemblée a fait à son argumentation a pu donner le change sur ses véritables dispositions, a interprété tout différemment le vote, en le considérant comme un gain de cause donné au projet dont il s'est constitué l'éloquent défenseur.

Il importait que l'opinion publique ne fût pas égarée par cette interprétation. Aussi dans une dernière séance, qui a eu lieu vendredi dernier, les auteurs de la proposition de l'ordre du jour ont demandé à expliquer le sens de leur proposition. Ces explications données, et après qu'il a été bien entendu par tout le monde que c'était bien effectivement ainsi que la majorité de l'assemblée avait entendu voter, M. le président lui a soumis la proposition suivante, qui a été adoptée par une imposante majorité :

« La commission générale déclare qu'en votant l'ordre du jour, elle entendait ne donner aucune suite, en ce qui la concerne, au projet d'une Association générale. »

Ce vote interprétatif ne peut plus laisser de doute aujourd'hui sur les dispositions de la commission générale relativement au projet des médecins de la Gironde.

L'intérêt de la vérité ainsi que l'appel qui a été fait à nos souvenirs rendaient ces explications nécessaires.

En présence de cette opposition, que reste-t-il à faire aux partisans de l'association générale? En appeler de la décision de la commission générale à l'Association elle même, dont elle n'est que la délégation, ou poursuivre son œuvre en dehors du concours de cette Association ?

L'enquête auprès des départements continuant, son résultat, s'il est favorable, dictera peut-être aux partisans de l'Association générale le parti à prendre dans ces graves conjonctures.

Pour nous, nous regrettons vivement que ce refus de concours vienne aggraver les difficultés que nous avions déjà pressenties dès l'origine. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la valeur diagnostique et pronostique des crachements de sang.

Lorsque nous rencontrons un malade pris d'expectorations sanglantes, l'existence de productions accidentelles dans les poumons est la première pensée qui se présente à notre esprit. Nous n'avons tout d'abord égard ni à l'âge, ni au sexe du sujet, ni aux conditions particulières dans lesquelles il peut se trouver : nous supposons presque toujours qu'il y a des tubercules. Cependant, si l'on se donne la peine de supputer tous les cas d'hémorrhagies pulmonaires qui s'offrent chaque jour à l'observation dans la pratique des établissements hospitaliers, il est facile de s'apercevoir que l'hémoptysie se rattache *aussi souvent* à des affections étrangères à la phthisie qu'à la phthisie elle-même. Tout osée que puisse paraître cette proposition, je maintiens qu'elle n'en est pas moins vraie. Seulement il ne s'agit ici que des faits cliniques des hôpitaux, car les choses ne se passent pas de même en ville.

Certaines hémoptysies ne sont que de simples déviations hémorrhagiques. Ainsi vous voyez des femmes sujettes, par exemple, à des accidents nerveux, qui, sans éprouver de troubles très-notables de la menstruation, vont à un moment donné être soudainement affectées d'abondants crachements de sang. Votre attention est éveillée du côté des organes thoraciques, mais le plus minutieux examen ne vous fait découvrir ni lésions pulmonaires ni lésion cardiaque. L'âge de la ménopause arrive, et l'expectoration sanglante disparaît avec le flux cataménial.

N'observons-nous pas tous les jours des femmes qui, soit dans leur grossesse, soit pendant le temps qu'elles allaitent, sont prises de crachements de sang, dont la terminaison a lieu après la délivrance et après la lactation? Nous ne nous avisons pas de considérer ces exhalations sanguines comme symptomatiques de tubercules ou de maladies du cœur.

Que se passe-t-il chez ces femmes? Je l'ignore, mais l'observation m'a suffisamment instruit pour que je m'effraye un peu moins que naguère de ces accidents hémoptoïques survenant dans des conditions analogues. Ces femmes nerveuses sont quelquefois également exposées aux pertes utérines : leurs règles sont très-abondantes. Il semble qu'elles subissent l'influence d'une diathèse hémorrhagique, et lorsque la crise n'a pas lieu, comme elle le devrait, du côté de la membrane muqueuse de la matrice, c'est vers les bronches qu'elle s'opère. Bien que ces hémoptysies n'aient pas la gravité qu'on serait tenté de leur supposer, bien qu'elles puissent se reproduire par intervalles plus ou moins réguliers, même pendant plusieurs années, il ne faut pas cependant oublier qu'en se répétant souvent, elles appellent vers les organes respiratoires un mouvement congestif qui, pour la moindre cause accessoire, peut devenir un état grave en déterminant l'évolution d'une phlegmasie plus ou moins dangereuse.

Tout à fait au commencement de ma carrière, je fus appelé à donner des soins à une dame qui avait nourri trois enfants, et qui, pendant le cours de ces différents allaitements, avait éprouvé de violents crachements de sang. Depuis quelques années, elle n'avait plus eu de nouvelles grossesses, mais l'abondance du flux menstruel prenait quelquefois d'inquiétantes proportions. Pendant longtemps, je ne constatai rien d'anormal du côté de l'utérus, mais elle est récemment morte d'un cancer de la matrice. J'ajoute qu'elle était rhumatisante et en proie à des accidents nerveux assez graves.

J'ai encore parmi mes plus vieilles amies une dame, mère d'un médecin fort distingué. Elle a été somnambule dans son enfance et a toujours présenté des phénomènes nerveux extrêmement bizarres. Il se manifeste chez cette malade des congestions partielles à la peau qui durent quelques minutes, revêtent les téguments d'une teinte tout à fait écarlate. Jusqu'à l'âge de la ménopause, elle a été sujette à des pertes d'une intensité alarmante. Cette dame avait trente ans lorsqu'elle fut affectée d'hémoptysie et de dypsnée. M. le professeur Andral ne trouva du côté de la poitrine aucun des si-

gnes pathologiques de la tuberculisation, mais il crut néanmoins devoir l'envoyer aux Eaux-Bonnes.

Aujourd'hui elle a de l'emphysème pulmonaire. L'âge a amorti toute cette fougue nerveuse, et, quoique sa santé laisse beaucoup à désirer, elle a encore de la fraîcheur, de l'embonpoint, et rien ni chez elle ni chez ses enfants n'autorise à croire à l'existence de productions accidentelles dans les poumons.

Indépendamment de ces conditions inhérentes à la diathèse, à la grossesse et à la lactation que nous venons de mentionner, l'hémoptysie peut être en quelque sorte une manifestation physiologique, — si toutefois on peut s'exprimer ainsi, — et suppléer à une hémorrhagie naturelle ou accidentelle, qui, par une cause ou par une autre, ne se fait plus par les voies ordinaires. Ainsi, chez les femmes mal réglées ou non réglées, elle est une des formes les plus fréquentes des hémorrhagies supplémentaires de la menstruation. On comprend que, lorsqu'à cette disposition particulière de l'économie il s'en ajoute une autre qui dépend d'un état local prédisposant de l'appareil pulmonaire, ces hémoptysies se produisent plus facilement.

Vous venez de voir au nº 25 *bis* de la salle Saint-Bernard, une femme, jeune encore, récemment accouchée lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu. Elle allaitait son enfant, qui fut rapidement enlevé par les progrès de la phthisie, dont la mère présentait elle-même d'irrécusables symptômes : toux fréquente, expectoration mucosopuriforme, hémorrhagies bronchiques antécédentes, fièvre et sueurs nocturnes, dyspepsie, amaigrissement considérable. L'examen physique de la poitrine accusait par la percussion un son dur au sommet à droite, en avant et en arrière; par l'auscultation, dans la même région, une expiration prolongée, des craquements humides, de gros râles muqueux.

Ces phénomènes se modifièrent : la malade reprit un certain embonpoint, ses forces revinrent, et je n'entendis plus qu'une respiration faible, sans mélanges de râles, là où ces signes étaient si prononcés. Il ne restait plus que de la dyspepsie se manifestant par de la pesanteur d'estomac; mais elle céda bientôt à l'administration de trois gouttes d'acide chlorhydrique dans un demi-verre d'eau sucrée, immédiatement après ses repas. J'espérais, j'annonçais même une guérison peut-être prochaine, lorsque cette femme eut une violente hémoptysie. Le sang sortait de sa bouche comme par vomissement, et dans la masse qu'il formait dans le crachoir, on pouvait distinguer des crachats sanglants, les uns d'un rouge vermeil, spumeux, aérés, les autres d'un rouge foncé, noirs, présentant une certaine viscosité, et rappelant tout à fait l'expectoration caractéristique de l'apoplexie pulmonaire. Cette hémoptysie se répéta pendant quatre ou cinq jours, revenant vers le soir ou dans la nuit; elle céda, ou du moins parut céder, à l'emploi de potions térébenthinées, de décoction de ratanbia, à l'administration de l'eau de Rabel.

Cependant, la malade épuisée par ces accidents, qui l'avaient surtout fort alarmée, avait de nouveau perdu ses forces et son embonpoint. Elle commençait néanmoins à se relever des suites de cette crise, lorsqu'à un mois d'intervalle, ces mêmes accidents se produisirent. Ils continuèrent pendant deux jours. Ayant appris cette fois que la malade n'avait pas vu reparaître ses règles depuis sa couche, je pensai, en raison même de la périodicité des hémoptysies, qu'elles pouvaient dépendre d'une déviation hémorrhagique. Une première application d'une sangsue à la partie interne des genoux empêcha le retour de la crise : les crachats devinrent sanguinolents, et rappelèrent la coloration lie de vin, jus de pruneaux. L'exhalation sanglante ne reparut plus.

Depuis cette époque, vous m'avez vu attentif aux symptômes indicateurs d'un mouvement congestif du côté de l'utérus. Tous les vingt ou vingt-deux jours, cette femme avait un peu de mal de tête, des pesanteurs dans les reins, des douleurs dans l'hypogastre, des besoins plus fréquents d'uriner; et trois jours de suite alors vous m'avez vu appliquer une seule sangsue à la partie interne de l'un des genoux. J'ai pu ainsi conjurer le retour des crachements de sang, et j'ai vu les accidents pulmonaires rétrocéder, ou tout au moins ne pas s'aggraver. La malade est sortie de l'hôpital, emportant avec elle une cause de mort probablement prochaine et inévitable, mais enfin elle est sortie après une demi-année de séjour parmi vous, dans des conditions infiniment meilleures que celles où elle se trouvait six mois auparavant.

Le diagnostic différentiel, difficile à établir dans ce cas, où les éléments pathologiques se trouvaient si mélangés, semble néanmoins justifié, d'une part, par la périodicité mensuelle des accidents; de l'autre, par le succès même de la médication à laquelle ils ont cédé.

Dans de pareilles circonstances, le pronostic de l'hémoptysie a une gravité bien autrement sérieuse que celle dont nous parlions à propos des déviations hémorrhagiques sans causes occasionnelles locales. Ici, en effet, les accidents se compliquent de la lésion locale qui en a sollicité les manifestations, comme celle-ci se complique nécessairement par le fait même de cet appel fluxionnaire.

L'hémoptysie que l'on observe le plus généralement dans les hôpitaux, est celle qui dépend d'une lésion cardiaque. Chez les tuberculeux, les crachements de sang sont en général transitoires, et se montrent au début de la phthisie, alors que les malades ne songent point encore à demander leur entrée dans l'un des établissements de l'assistance publique; tandis que les expectorations sanglantes qui sont sous l'influence d'une affection du cœur, se manifestent surtout à une époque avancée de la maladie, à l'époque par conséquent où les patients sont forcés de venir à l'hôpital.

De la seizième à la quarantième année, l'hémoptysie est le plus généralement sous la dépendance des tubercules pulmonaires; mais passé l'âge de quarante ou de cinquante ans, l'expectoration sanglante est le signe d'une maladie du cœur. Alors même que les crachats n'auraient pas le caractère apoplectique, qu'ils seraient vermeils, spumeux, assez liquides, on peut s'attendre à trouver des indices stéthoscopiques révélant une lésion dans l'organe central de la circulation.

Dans la jeunesse et l'âge adulte, au contraire, alors que ces crachats ressembleraient à ceux de l'apoplexie pulmonaire, qu'ils seraient noirs, visqueux, non aérés, on doit songer à une hémorrhagie symptomatique de la présence de productions accidentelles. Tôt ou tard, sauf les réserves faites au commencement de cette conférence, l'auscultation de la poitrine donne la confirmation positive de ce diagnostic.

Bien entendu, ces règles comportent des exceptions. Ainsi, même chez de très-jeunes sujets, l'hémoptysie a pu être la conséquence d'une affection cardiaque, comme chez les vieillards elle a pu être le symptôme d'une tuberculisation pulmonaire; mais cela n'infirme en rien la loi générale.

Dans la phthisie pulmonaire, l'exhalation sanglante survient soit avant toute autre manifestation de la maladie, dont elle est alors le premier symptôme, soit dans le cours même de l'affection tuberculeuse. Cette hémoptysie est ordinairement peu abondante; mais il est des cas où elle a lieu d'une manière foudroyante, entraînant la mort du sujet par le seul fait de la perte énorme du sang.

Vous avez pu voir, il y a peu de temps, dans la salle Saint-Bernard, une jeune fille de treize à quatorze ans, qui, quelques jours après son entrée à l'Hôtel-Dieu, fut brusquement emportée par une de ces hémorrhagies. L'autopsie nous démontra l'existence de profondes cavernes au sommet des deux poumons; ces cavernes étaient d'ailleurs complétement vides de sang.

Quoi qu'on en dise, les hémoptysies consécutives aux maladies du cœur sont moins foudroyantes que les hémorrhagies bronchiques. Vous les verrez se répéter quinze, vingt, trente, quarante, cinquante jours de suite, sans entraîner immédiatement la mort. Toutefois, il restera bien entendu que, lorsqu'elles dépendent de la rupture dans les bronches d'un vaisseau anévrismatique, elles sont encore plus rapidement fatales que chez les phthisiques. Ainsi l'âge des sujets, la marche des accidents sont déjà des éléments importants du diagnostic différentiel que je cherche à établir entre ces deux espèces d'hémoptysies. Un point capital, relatif au siége même de l'hémorrhagie, c'est que dans la tuberculisation pulmonaire elle se fait ordinairement à la surface des bronches; tandis que dans les lésions cardiaques elle est le plus souvent parenchymateuse, et s'opère d'abord dans les vésicules du poumon.

(*La fin à un prochain numéro.*)

MÉDECINE LÉGALE.

Des circonstances et des faits qui unissent et séparent en matière criminelle les deux mots RESPIRER et VIVRE (1).

Par MM. E. Dégranges et Lafargue, médecins aux rapports près le tribunal civil de Bordeaux.

§ VI. Dans le fait qu'il nous reste à exposer, on constate aussi la circonstance pathognomonique, suivant la plupart des auteurs, de la *coagulation* du sang dans les divers tissus, siége des violences extérieures; mais on y retrouve de plus la preuve évidente des efforts de ce premier acte musculaire et actif qui ouvre la série des phénomènes du jeu respiratoire et que nous avons analysé (§ IV).

Nous copions le rapport rédigé par nous pour la justice et que nous lui avons remis.

Nous soussignés, etc., certifions avoir été requis, aujourd'hui 17 décembre 1856, par une ordonnance de M. A. Ste M..., juge d'instruction de Bordeaux, à l'effet de procéder à l'examen et à l'autopsie du cadavre d'un enfant nouveau-né, trouvé le 14 courant à Caudirau dans un fossé (2) limitrophe de deux propriétés, et de répondre aux questions consignées dans l'ordonnance de ce magistrat.

Examen du cadavre. — 1º L'enfant du sexe masculin, parfaitement conformé et d'une constitution forte.

2º Enduit sébacé sur la peau des plis supérieurs des cuisses et sur celle de la partie postérieure du torse.

La couleur de la peau est généralement blanche. Celle-ci est saine et conservée.

La peau des mains et des pieds est, en outre, *plissée.*

3º Les cuisses sont fléchies sur le ventre et les jambes rapprochées des cuisses; les pieds tournés en dehors; ongles des pieds et des mains développés; ouvertures naturelles bien conformées.

4º Rigidité cadavérique.

5º Sur plusieurs points de l'étendue du corps, nous remarquons quelques débris de végétaux, tels que des parcelles de feuilles et de tiges d'herbes ou d'arbres.

6º Les tissus sont gonflés par quelques gaz; le scrotum est balloné.

L'épiderme est soulevé dans plusieurs endroits et détaché entièrement dans d'autres, surtout sur la poitrine et le ventre, où le derme apparaît avec une teinte bleuâtre.

7º Les traits de la face sont affaissés; les paupières baissées; les globes oculaires rougeâtres et légèrement ecchymosés; bouche fermée; lèvres et nez aplatis.

Cordon ombilical. — 8º Sa longueur est de 19 centimètres; il est mince, décoloré, et par suite des vaisseaux de petit calibre sont vides de sang; il ne présente plus sa forme arrondie, et en aucun point ne porte vestige de ligature.

Son extrémité libre a été nettement tranchée et son extrémité adhérente n'offre aucune trace de déchirure ni de traction violente.

Son insertion a lieu un peu plus haut que le point correspondant à la moitié de la longueur totale de l'enfant.

Nécropsie. — 9º *Tête.* — Le cuir chevelu est incisé par nous circulairement; il est séparé de la table externe des os par une certaine quantité de gaz qui ont détruit ses adhérences.

Ce cuir chevelu ne présente pas d'ecchymoses dans son tissu propre.

10º Après avoir écarté les lambeaux de l'incision, nous avons constaté un épanchement sanguin à demi-coagulé, situé entre le cuir chevelu et le périoste, sur la région frontale et principalement en bas, vers les orbites et la racine du nez.

Un autre épanchement sanguin, de même aspect, et situé de la même manière que le précédent, occupe la région pariétale droite.

Ce double épanchement s'étend en arrière jusqu'à l'occiput, en bas jusqu'au niveau de l'oreille, et en avant jusqu'aux orbites.

Le côté gauche du crâne est exempt de tout épanchement.

11º Les os du crâne, entièrement ossifiés, et les fontanelles, parfaitement conformées, sont dans un état d'intégrité complète.

En détachant les pièces osseuses du crâne et en pénétrant dans la cavité de celui-ci, nous avons trouvé le cerveau réduit en une bouillie rosée, et présentant cette teinte plus marquée vers le centre de l'organe et la base de la boîte osseuse.

Les vaisseaux qui entrent dans le crâne sont gorgés de sang fluide.

Face (1). — Nous avons déjà noté l'état extérieur des yeux et des ouvertures naturelles du visage.

Pénétrons plus avant.

11º Le nez et les tissus de la face, incisés profondément, nous ont montré une teinte comme ecchymosée et d'une couleur lie-de-vin, principalement aux environs des lèvres et des narines.

En examinant ensuite certains muscles des côtés de la joue (masséters), qui nous ont paru sains, nous avons pu faire la différence de leur belle couleur rouge avec la teinte des autres parties dont nous venons de parler.

Continuant notre incision dans les cavités mêmes du nez, de la bouche, et mettant à découvert l'arrière-bouche et le pharynx, le larynx et les ramifications bronchiques, nous avons constaté ce qui suit :

12º La membrane muqueuse de l'intérieur des lèvres, de la bouche et du nez, d'une couleur lie-de-vin assez foncée, est recouverte d'une substance noirâtre, sorte de boue liquide, d'une odeur de matière fécale ancienne, et où nous avons reconnu des détritus de végétaux.

La langue et le pharynx présentent l'aspect rouge foncé dont il vient d'être parlé, et sont tapissés par la même boue noirâtre, que nous enlevons en râclant avec le dos du scalpel.

L'examen du larynx, de la trachée et des bonches nous fournit des annotations tout à fait pareilles.

La boue noirâtre du larynx, de la trachée et des bronches est semblable à celle de la bouche et du pharynx (2).

Elle manque dans le milieu de la trachée, mais se retrouve très-abondante dans les ramifications des bronches à partir de la bifurcation de celles-ci.

Une dissection attentive nous a fait suivre cette matière noirâtre dans tout le trajet de ces ramifications bronchiques où nous avons pu la recueillir.

Poitrine. — Large et bombée; les parties molles qui la recouvrent, rougeâtres, gonflées par des gaz provenant d'un commencement de décomposition, augmentent encore la voussure naturelle.

Cette cavité ouverte par les procédés ordinaires en même temps que l'abdomen, nous avons remarqué que le diaphragme était porté en haut par l'effet de la pression des gaz renfermés dans l'abdomen et le peu de volume des poumons.

En effet, ces poumons, petits, affaissés, de couleur rouge, égaux en diminution, n'offrant aucune sorte de crépitation, de forme allongée, étaient situés au fond de la cavité thoracique, le long de la colonne vertébrale.

Thymus volumineux; tissu de couleur rosée, sain, et n'ayant subi aucune décomposition cadavérique.

Cœur. — Vide de sang; tissu rouge, normal, développement ordinaire. Péricarde sans sérosité.

Opération de la docimasie pulmonaire. — Les deux poumons, le thymus et le cœur (les vaisseaux qui partent de ce dernier organe et qui s'y rendent, liés au préalable) ont été enlevés de la poitrine et plongés dans un seau d'eau limpide.

Résultats. — Le paquet de ces organes a été au fond du vase d'une manière continue, mais lente.

Ces deux poumons, isolés et jetés séparément dans le même liquide, ont été promptement au fond du vase.

Pressés sous l'eau alternativement l'un et l'autre en masse et en fragments, ils n'ont laissé dégager aucune espèce de bulles gazeuses et ont gagné le fond du vase.

L'abdomen est balloné par quelques gaz. Parois ramollies, un peu rouges.

Estomac et intestins grêles vides, et leurs tissus légèrement ramollis.

Gros intestin entièrement rempli de méconium verdâtre.

Foie noirâtre, ramolli; vésicule biliaire présentant une teinte décolorée, gonflée par des gaz.

Rien à dire sur le pancréas, les reins et la rate, si ce n'est que cette dernière est ramollie.

Vessie saine et vide.

---

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

(2) La jeune fille inculpée était accouchée le 15 novembre 1856.

Le cadavre de l'enfant était donc resté trente jours dans l'eau ou exposé aux intempéries de l'air. Nous l'examinions au bout de trente-deux jours.

La température du 30 novembre au 17 décembre (1856) a été humide, basse et plusieurs fois au-dessous de zéro. (*Note de l'audience.*)

(1) Le cadavre a été trouvé dans le ruisseau dont il a été fait mention, la figure placée contre le fond.

(2) Cette circonstance sera prouvée plus bas, lorsque nous reviendrons sur cette substance.

CONCLUSIONS. — D'après ce qui précède, nous concluons :

1° Il existe sur le cadavre de l'enfant sujet de ce rapport des signes de décomposition assez avancée.

Cette décomposition, quoique avancée, ne nous empêche pas néanmoins de porter des conclusions précises sur plusieurs des questions qui nous ont été adressées.

2° Le degré de putréfaction du cadavre nous porte à faire remonter le moment de la mort du fœtus de trois semaines à un mois environ.

Cependant le manque de renseignements précis sur la situation du fossé où a été trouvé l'enfant, sa profondeur, la nature de l'eau, la stagnation de celle-ci ou son courant, etc., nous obligent de nous expliquer avec réserve sur ce point.

3° Le cordon ombilical a été nettement tranché; l'enfant ne paraît pas avoir reçu aucun soin.

4° L'enfant est à terme.

5° L'enfant est viable.

6° L'enfant *a vécu*. Il n'a accompli aucun effort respiratoire à l'air libre, mais bien sous un liquide boueux et contenant des *détritus* végétaux.

Il en est donc résulté que ce liquide boueux a occupé dans les poumons la place destinée à l'air.

7° La mort de l'enfant a été le produit de l'asphyxie par submersion dans le liquide boueux signalé plus haut.

8° L'extérieur du corps de l'enfant ne présentait aucune trace bien apparente de violences; cependant les épanchements sanguins existant sur le côté droit du crâne, sur le front et aux environs des ouvertures de la face, nous feraient penser qu'il y a eu sur ces points une pression soutenue avant la mort de l'enfant.

§ VII. — Nous disons maintenant que cet enfant a vécu, et cependant il n'a nullement respiré. Trois circonstances le prouvent :

1° L'épanchement sanguin à demi coagulé, observé sous le cuir chevelu.

2° L'action des muscles du thorax, du diaphragme et des poumons, par l'accomplissement de la première période de l'acte respiratoire.

3° Enfin, et comme conséquence de cette dernière, introduction dans les ramifications bronchiques grosses et petites, d'un corps plus lourd que l'eau (espèce de boue liquide).

Ce fait est rare ; nous n'en avons pas trouvé de semblable, ni même qui s'en rapproche, dans les auteurs.

Dès qu'il frappa notre vue, il nous inspira de la surprise, et dès lors il rendit notre investigation plus lente et plus sévèrement attentive. Qu'on nous permette de nous arrêter un moment sur cette circonstance, et de faire connaître les précautions que nous avons prises pour ne pas tomber dans l'erreur.

Nous partons de ce fait, constaté par nous avec évidence, qu'une sorte de boue liquide noirâtre, à odeur infecte et spéciale (1), mélangée à des détritus de végétaux, se trouvait en assez grande quantité sur la partie interne des lèvres dans les cavités de la bouche et du nez ; nous l'avons vue, touchée et sentie.

Après l'avoir suivie dans le pharynx et le larynx, avoir observé avec soin qu'elle était absente vers le point central de la trachée, nous l'avons retrouvée très-abondante dans les nombreuses et différentes divisions des bronches ; là, nous l'avons alternativement palpée à travers les parois bronchiques, examinée à l'œil nu, après avoir incisé ces parois, puis touchée et étendue de toute manière, après l'avoir extraite de ces canaux bronchiques ouverts.

Et maintenant nous nous sommes demandé : La substance trouvée dans la bouche est-elle la même, ou au moins de même nature, que la substance trouvée dans toutes les bronches ? Cette substance ne pourrait-elle pas être un produit pathologiquement formé pendant le cours de la vie fœtale ?

Pour résoudre ces questions, nous avons entrepris sur des échantillons de cette matière recueillie dans la bouche et dans les bronches, une étude spéciale, dont voici les principaux résultats :

A une loupe assez forte et même à l'œil nu, on reconnaît une matière grisâtre, terreuse, mélangée de quelques grains de quartz (sable), et contenant des détritus de végétaux enchevêtrés et formant de petites masses, dans lesquelles on peut distinguer des débris de pétiole et des raphés de feuilles.

Cette matière donne une odeur qui se rapproche de celle des matières fécales. Si on la délaye dans un peu d'eau avec le bout d'une tige de verre, on acquiert la preuve que celle trouvée dans les bronches renferme moins d'éléments quartzeux que celle trouvée dans l'arrière-bouche et le pharynx.

Brûlée sur une plaque de zinc, elle laisse évaporer d'abord l'odeur animale (comme cheveux, brins de laine, etc., mis sur le feu), puis l'odeur végétale (de feuilles ou de plantes mises sur le feu).

La flamme de la matière trouvée dans les bronches est plus colorée, moins passagère que la flamme de celle des bronches. Elle décèle des éléments organiques.

Les cendres ne sont pas attenantes à la plaque de zinc sur laquelle on les a brûlées; c'est un caractère de la cendre végétale.

Vues à 70 ou 80 grossissements, ces cendres présentent des points amorphes et plusieurs points encore carbonisés, et qui reproduisent les linéaments des fibres végétales de la substance primitive.

La matière trouvée dans l'arrière-bouche et le pharynx, et placée sous un grossissement de *cent fois*, fait reconnaître très-nettement ce qui avait été déjà remarqué à l'œil nu, mais avec un peu de difficulté, c'est-à-dire les *détritus* végétaux enchevêtrés, sous l'aspect de feutre élégamment dentelé, au milieu desquels se voyaient des brins plus ou moins forts de tige ou de cœur de feuilles.

La matière recueillie dans les bronches donne ces mêmes résultats microscopiques ; seulement on peut remarquer que les brins de tige sont plus rares et moins gros.

Nous avons observé ces mêmes corps végétaux à un grossissement plus considérable, et nous avons pénétré toujours de mieux en mieux dans leur composition végétale.

Ainsi, pour résumer :

Identité dans la nature des deux substances soumises à notre examen.

Nature végétale avec un élément animal.

Masse enchevêtrée de *détritus* de feuilles avec des brins de *pétioles* ou débris de *raphé ;* puis quelques grains de sable (quartz).

Pétioles plus gros dans la matière du pharynx que dans celle des bronches.

Plus de grains de quartz dans la matière des bronches que dans celle du pharynx.

Elément animal moins abondant dans la matière du pharynx que dans celle des bronches.

Toutes ces diverses circonstances s'expliquent et se comprennent par l'exposé des faits que nous connaissons.

§ VIII. — Reprenons le cours des réflexions que nous suggère le sujet de ce présent mémoire.

Les auteurs font remarquer que les substances étrangères, soit liquides, soit solides (réduites en poussière), dans lesquelles sont plongés les êtres vivants, n'arrivent seulement qu'au pharynx. Le resserrement spasmodique de la glotte s'appliquant sur l'épiglotte, ne leur permet pas de pénétrer dans les voies aériennes. Ces canaux leur sont donc fermés jusqu'à ce que cette contraction vitale ait cessé. C'est ce que l'on observe chez les corps qui restent longtemps submergés (Richerand, *Eléments de physiologie*, tome I, page 151). L'eau ne s'introduit dans la trachée-artère et ne remplit le tissu cellulaire qu'un certain temps après la mort.

Cette action convulsive de la glotte a été bien étudiée dans un travail sur l'infanticide (*Mémoire sur l'infanticide par immersion de l'enfant dans des matières pulvérulentes*, présenté à la Société de médecine de Bordeaux par le docteur Adrien Bérenguier, médecin de l'hôpital de Rabastens (Tarn); *Journal de méd. de Bordeaux*, année 1850, page 113) à l'occasion d'une affaire jugée devant la Cour d'assises du Tarn en 1850.

§ IX. Dans l'observation de M. Bérenguier et celles qui pouvaient s'en rapprocher plus ou moins, les enfants nouveau-nés avaient longuement respiré avant d'avoir été placés dans diverses substances, ce qui n'avait pas eu lieu dans notre observation.

Si dans celle-ci la boue chargée de détritus végétaux a pénétré jusque dans les dernières ramifications bronchiques, c'est que l'enfant, d'une constitution forte, a accompli vigoureusement les premiers actes de la respiration dans cette eau bourbeuse alors que les poumons étaient entièrement vides et que rien ne pouvait offrir de résistance à la libre entrée de ce liquide noirâtre. La glotte a pu donc être franchie.

Dans les faits peu nombreux cités par les auteurs, l'air respiré contenu dans les poumons et les bronches était, au contraire, un obstacle à l'introduction des substances étrangères plus avant dans la trachée.

Il ne viendra dans l'idée à personne, nous osons le croire d'avance, que pendant les trente jours que l'enfant de notre observation est resté dans l'eau, celle-ci se soit introduite peu à peu dans le canal aérien, et aurait ainsi pénétré dans tout le poumon. D'abord on admettrait, par cette seule circonstance, que l'enfant était mort pendant qu'elle s'opérait, et l'on oublierait que l'arrivée de la matière noirâtre dans les profondeurs des poumons prouve évidemment la vie.

Ensuite, nous l'avons déjà dit, les débats ont porté à notre connaissance que cet enfant a été trouvé la face en bas, appuyée contre le sol, position dans laquelle l'eau pouvait moins facilement gagner les poumons ; et de plus, nous ajouterons que si l'eau, par son propre poids et pour obéir seulement aux lois de la pesanteur, avait pénétré jusque dans les poumons, nous l'aurions trouvée claire et limpide, et dégagée de tout détritus. Ceux-ci seraient restés dans les premières portions du canal aérien, et l'eau ainsi filtrée, pour ainsi parler, aurait gagné profondément les ramifications des bronches. Il a donc fallu un violent effort de l'enfant pour faire arriver dans tous les points des poumons ce liquide noirâtre chargé de grains de silex et de détritus végétaux.

Comment cet enfant a-t-il respiré seulement de l'eau sans que préalablement il lui ait été possible de respirer de l'air ?

Il y a là un mystère que n'ont pu éclairer les débats de la Cour d'assises.

Nous allons expliquer comment l'enfant, à notre sens, a pu être plongé dans l'eau sans avoir respiré.

1° L'enfant, comme cela arrive quelquefois, a pu rester un certain temps dans cet état mixte et comme végétatif, placé entre la vie propre et la vie utérine, où la première n'a pas nettement commencé ses phénomènes, et où la deuxième n'a pas complétement achevé les siens, et être plongé ainsi dans l'eau bourbeuse. Là, il a fallu attendre qu'une sensation de froid provenant du liquide ou de l'air atmosphérique qui entourait le corps, ou que telle autre impression que ce soit, vînt stimuler et développer le jeu de la vie propre et respirante.

2° On a pu presser les ouvertures naturelles (bouches et narines) au moment où l'enfant est venu au monde, puis le jeter dans l'eau.

3° Ces deux causes ont pu être réunies.

C'est le moment de rappeler que le père de l'enfant, jeune homme de vingt-deux ans, était présent au moment où la jeune fille, âgée de dix-huit ans, accouchait au mois de novembre dans un jardin, tout près de la maison du maître, et au milieu de la nuit. L'enfant a été peut-être comprimé au passage par la mère, retardant sa sortie pour attendre le secours de son amant, qui devait arriver à une certaine heure de la nuit.

L'enfant, dans cet état douteux qui n'était pas la mort et pas encore l'existence apparente, a pu être saisi par le jeune homme (le croyant sans vie) et être porté par celui-ci dans le ruisseau voisin, que deux minutes suffisent pour atteindre.

On a même pu presser fortement la bouche et le nez de l'enfant au moment où il sortait du sein de la mère, et dans le but d'empêcher que ses cris ne fussent entendus, et le déposer dans le ruisseau voisin, en ayant soin de ne découvrir les ouvertures naturelles de la respiration que lorsque le corps aura été au fond du liquide. Les quelques désordres que nous avons trouvés autour de la bouche rendraient cette dernière hypothèse probable. Enfin, la jeune fille, retirée près du ruisseau isolé, a pu, en se baissant pour accoucher ou pour couper le cordon ombilical, laisser tomber son enfant directement dans l'eau avant qu'il ait exécuté un acte complet de respiration à l'air libre.

§ X. Les deux inculpés de ce crime d'infanticide ont paru devant la Cour d'assises de la Gironde.

Considérant que l'enfant est arrivé au monde avec toutes les apparences de la mort, puisqu'il n'a pas respiré à l'air libre; que ces inculpés ont pu croire qu'il était réellement privé de la vie; dès lors, qu'ils ont pu vouloir s'en débarrasser comme d'un cadavre; considérant par suite, que leur volonté homicide ne se révèle pas avec évidence, mais reste seulement obscurcie par un soupçon, le jury a prononcé un verdict d'acquittement.

Traduits devant une autre juridiction comme coupables d'infanticide par omission de soins, cette jeune fille et ce jeune homme ont été condamnés, comme auteurs et complices de ce délit, à deux ans d'emprisonnement.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 novembre 1857. — Présidence de M. Isid. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Propriétés physiologiques et chimiques du cyclamen. — M. PELOUZE lit au nom d'une commission un rapport sur un mémoire de M. de Luca, relatif au cyclamen, plante de la famille des primulacées, employée autrefois comme purgatif, vermifuge, emménagogue, etc., et qui entrait dans la composition de plusieurs médicaments tous à peu près abandonnés aujourd'hui.

Il résulte des recherches de M. de Luca, que les tubercules de cyclamen renferment un principe actif, toxique, auquel il donne le nom de *cyclamine*.

La cyclamine est une substance blanche, amorphe, inodore, sans transparence, légère et friable, d'une saveur qui se manifeste non pas tout de suite, mais après quelques instants, par une âcreté particulière, et qui prend, comme on dit, à la gorge. Exposée à l'humidité, elle augmente de volume en absorbant de l'eau. Au contact de l'eau froide, elle prend l'apparence d'une gelée opaline, visqueuse et très-adhésive; elle se dissout dans l'eau froide en moussant, par l'agitation, comme l'eau de savon. Cette solution a en outre la propriété remarquable de se coaguler, comme l'albumine, à une température de 60 à 75 degrés.

Les solutions alcooliques faites à froid ou à chaud, en s'évaporant spontanément, déposent la cyclamine sous forme d'agglomérations amorphes et blanches qui brunissent à la lumière, etc.

L'analyse élémentaire a donné les nombres suivants à M. de Luca :

Carbone.	54,54
Hydrogène.	9,12
Oxygène.	36,34

M. de Luca signale ensuite l'action du jus de cyclamen et de la cyclamine sur l'économie animale. Il fait ressortir l'innocuité de ces substances introduites dans le tube digestif de certains animaux; tandis qu'un lapin peut recevoir 10 grammes de suc de cyclamen dans son estomac et que les porcs se nourrissent de ces tubercules sans qu'il en résulte pour eux d'inconvénient, 1 centimètre cube de jus dans 3 litres d'eau entraîne la mort des petits poissons soumis à cette expérience.

M. de Luca a été conduit par ces faits à reconnaître entre le principe actif du cyclamen et le curare une analogie d'action que les expériences de l'un des commissaires, M. Claude Bernard, ont confirmée. Injecté dans le poumon ou dans le tissu cellulaire de différents animaux, tels que des lapins, des oiseaux, des grenouilles, le jus de cyclamen, en quantité qui varie de 1 à 4 grammes, produit la mort, mais moins énergiquement que le curare et avec un mécanisme un peu différent.

Au point de vue chimique, cette action toxique est d'autant plus intéressante que la cyclamine n'est pas une matière azotée comme la plupart des substances délétères...

La commission, appréciant l'exactitude que M. de Luca a apportée

---

(1) Les débats nous ont appris, au milieu des autres détails mentionnés plus haut, que l'inculpée a accouché près d'une fosse d'aisance, située au coin du jardin dont nous avons déjà parlé. C'est le chien de garde de la maison qui conduisit le lendemain son maître à une mare de sang, et qui fit découvrir le crime.

dans ses expériences, demande à l'Académie l'insertion du mémoire de cet habile chimiste sur la cyclamine dans le *Recueil des savants étrangers*. (Les conclusions de ce rapport sont adoptées.)

Propriétés physiologiques du sang chargé d'oxygène et du sang chargé d'acide carbonique. — M. BROWN-SÉQUARD communique un cinquième mémoire sur ce sujet. Il établit dans ce nouveau travail les propositions suivantes :

1° Tout sang de vertébré, artériel ou veineux, provenant d'un animal de l'une quelconque des quatre classes, et chargé d'oxygène en quantité suffisante pour être d'un rouge rutilant, peut être injecté sans danger dans les veines d'un animal vertébré de l'une quelconque des quatre classes, pourvu que la quantité de sang injecté ne soit pas trop considérable.

2° Tout sang de vertébré, artériel ou veineux, suffisamment chargé d'acide carbonique pour être noirâtre, ne peut être injecté dans les veines d'un vertébré à sang chaud (mammifère ou oiseau) sans produire des phénomènes d'asphyxie et le plus souvent la mort, après des convulsions violentes, pourvu que la quantité de sang injecté ne soit pas au-dessous d'un cinq-centième du poids de l'animal, et pourvu aussi que l'injection ne soit pas faite trop lentement.

Sur des chiens, M. Brown-Séquard a transfusé, par la veine jugulaire, du sang de lapin, de cochon d'Inde, de chat, de coq, de poule, de pigeon, de canard, de tortue, de grenouille et d'anguille. Quand il a employé du sang artériel frais ou du sang veineux défibriné et chargé d'oxygène, il n'a pas observé d'autre trouble que l'altération momentanée de la respiration et de la circulation qui suit toute transfusion par la veine jugulaire, lors même qu'on emploie le sang de l'individu transfusé, altération qui dépend sans doute principalement d'une distension de l'oreillette droite par le sang injecté. Il a pu ainsi injecter de 20 à 40 grammes de sang étranger chez des chiens, sans porter d'atteinte profonde à leur santé. Dans d'autres expériences où, avant la transfusion, il a fait perdre à des chiens autant de sang qu'il allait en injecter, il a pu introduire impunément dans leur système circulatoire jusqu'à 100 et même une fois 150 grammes de sang d'oiseau.

Quand, au lieu d'employer du sang chargé d'oxygène, on fait usage de sang chargé d'acide carbonique, on détermine la mort, après les phénomènes si bien décrits par MM. Prévost et Dumas, et ensuite par Dieffenbach, par M. Rayer, par M. Bischoff, etc. Quelle est alors la cause de la mort? M. Brown croit qu'elle dépend de l'action toxique de l'acide carbonique. C'est ce qu'il a cherché à démontrer par une autre série d'expériences consistant à injecter du sang additionné d'acide carbonique chez l'animal même dont on l'a extrait ou chez des animaux de même espèce.

En résumé, M. Brown-Séquard déduit de son travail les conclusions suivantes :

1° Le sang d'un animal vertébré d'une espèce n'est pas un poison pour des vertébrés même d'espèces très-éloignées.

2° L'action toxique du sang d'un animal injecté dans les vaisseaux d'un individu d'une autre espèce dépend principalement, quand elle existe, de la présence de l'acide carbonique en quantité suffisamment considérable. (Commission précédemment nommée.)

Traitement des épanchements intra-thoraciques purulents. — M. BOINET, à l'occasion d'une communication récente de M. Sédillot sur ce sujet, adresse la lettre suivante :

... C'est moins au procédé opératoire qui appartient à Hippocrate, comme le reconnaît M. Sédillot, qu'à la manière de faire écouler le pus, qu'au séjour d'une canule ou d'une sonde à demeure, qu'à des injections simples et iodées que l'éminent chirurgien de Strasbourg attache, et avec raison, l'importance de la nouvelle méthode qu'il croit proposer le premier. Cette manière de traiter le pyothorax n'est plus nouvelle et est employée tous les jours dans les hôpitaux de Paris, depuis la publication de mes travaux sur ce sujet important. Des faits déjà nombreux publiés par moi ou par d'autres, notamment par M. le professeur Trousseau (*Union médicale*, 1857) qui a bien voulu mettre ma méthode en pratique, ont prouvé que, grâce à ce procédé, le cadre nosologique compte une maladie incurable de moins.

Dans un mémoire que j'ai publié dans les *Archives générales de médecine* (mars 1853, tome I[er], 5e série, pages 277 et 521) et dans la *Gazette des hôpitaux* (page 38, année 1856), travaux que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie des sciences pour le prix Montyon, j'ai fait connaître dans tous ses détails, et appuyé d'observations très-importantes, la méthode que M. Sédillot propose aujourd'hui comme nouvelle, c'est-à-dire que j'ai démontré les avantages d'évacuer le pus à plusieurs reprises à l'aide d'une sonde laissée à demeure, et l'utilité des lavages et des injections iodées répétées...

L'auteur envoie, en même temps que cette réclamation, un exemplaire de son *Traité d'iodothérapie*, dans lequel se trouve le mémoire cité plus haut comme inséré dans les *Archives de médecine* de 1853. Il demande que cet ouvrage soit admis, avec les mémoires sur le même sujet qu'il avait précédemment adressés, au concours pour les prix de médecine et de chirurgie. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Traitement des fièvres intermittentes par les douches d'eau froide. — M. FLEURY adresse sous ce titre un mémoire dont voici un court extrait :

Depuis le mois de mai 1847 jusqu'au mois d'octobre de cette année, j'ai traité par les douches d'eau froide cent quatorze malades atteints de fièvres intermittentes. Ces fièvres avaient été contractées à Paris, à Meudon, à Tours, en Sologne, à Bordeaux, dans le Loiret, la Corrèze, la Charente-Inférieure, et dans plusieurs autres parties de la France, un grand nombre en Algérie, quelques-unes en Italie et en Espagne.

Sur ces cent quatorze fièvres, quarante trois étaient récentes, et avaient de trois jours à trois mois d'existence ; soixante-onze anciennes et rebelles. Toutes les fièvres anciennes étaient accompagnées, à divers degrés, d'un engorgement de la rate ou du foie, ou de ces deux organes, d'anémie, d'asthénie générale, d'un état cachectique plus ou moins grave ; quelques-unes étaient compliquées de dyssenterie, d'hématurie, de scorbut, d'albuminurie, d'hallucinations, etc.

Les cent quatorze malades atteints de fièvre récente ou ancienne et rebelle ont été guéris par l'emploi exclusif des douches froides, sans qu'une seule récidive soit parvenue à ma connaissance. Une seule douche froide a souvent suffi ; jamais plus de cinq douches n'ont été nécessaires. Lorsque plusieurs douches ont dû être administrées, chaque douche a eu pour résultat de rendre l'accès suivant plus tardif, plus court et moins violent.

Cette action perturbatrice et anti-périodique n'est exercée que si les douches froides sont administrées à un moment très-rapproché de l'invasion des accès fébriles ou même au début de ceux-ci. Le traitement est rigoureusement formulé.

Cette action perturbatrice, sur laquelle l'âge et le type de la fièvre n'exercent aucune influence appréciable, peut être opposée avec succès à tous les accidents périodiques de quelque nature qu'ils soient. Elle est le traitement de la périodicité morbide.

Les accès fébriles périodiques étant coupés, des accès irréguliers se sont montrés dans le plus grand nombre des cas, tant que les viscères engorgés n'ont pas été ramenés à leur volume normal. Sous l'influence bi-quotidienne de douches locales, hépatiques et spléniques, le foie et la rate n'ont pas tardé à rentrer dans leurs limites physiologiques, et les phénomènes de résolution ont suivi une marche constante. Cette action résolutive des douches froides locales peut être appliquée avec succès à toutes les congestions sanguines chroniques, passives.

Enfin, sous l'influence bi-quotidienne de douches froides générales, l'anémie, l'asthénie générale, la cachexie, les complications ont fini par disparaître, et dès lors la guérison a été complète. Cette action reconstitutive des douches froides générales peut être opposée avec succès au tempérament lymphatique, à la scrofule, à la chlorose, à toutes les variétés de l'anémie, de l'asthénie générale et de la cachexie. (Commissaires : MM. Serres, Andral et Rayer.)

Des fumigations comme traitement de la bronchite chronique. — M. MANDL communique un mémoire sous ce titre.

Les variétés de bronchites pour lesquelles l'auteur recommande ce mode de traitement sont le catarrhe sec de Laënnec, la bronchite chronique à râle sous-crépitant unilatéral et la bronchite pleurétique. Ces trois variétés, dit-il, forment pour moi un groupe que je désignerai sous le nom de *bronchite sèche*, caractérisé par la parcimonie et le peu d'étendue des symptômes fournis par l'auscultation et la percussion.

Le traitement consiste uniquement dans l'emploi de fumigations chaudes faites à l'aide d'un appareil qui se compose d'un ballon en verre, à double tubulure, pourvu d'un tube en caoutchouc et placé sur un pied en cuivre. On verse dans le ballon 60 grammes d'eau et 5 grammes de la composition suivante :

Acide acétique du verdet. . .	50 grammes.
Créosote.	5 —
Eau.	500 —

Puis on chauffe le liquide, dont le malade aspire les vapeurs. Progressivement on augmente la force du liquide employé : la susceptibilité du larynx et des bronches, la durée de la maladie, etc., guideront le médecin.

Le catarrhe muqueux chronique est loin de céder aussi sûrement que la bronchite sèche aux fumigations acides. J'emploie dans ces cas concurremment des vomitifs répétés toutes les fois que l'indique l'abondance des râles.

Quant au catarrhe pituiteux proprement dit, si fréquemment combiné avec une affection du cœur, et qui dans tous les cas, surtout lorsqu'il date déjà de plusieurs années, dénote une altération profonde des muqueuses bronchiques, les fumigations acides, si elles sont supportées, peuvent améliorer, mais non guérir, l'état des bronches. (Commissaires : MM. Serres, Andral.)

Appareil fumigatoire du docteur Mandl, fabriqué par M. Luër.

A. Pied.
B. Lampe.
C. Fourches qui soutiennent.
D. Le globe.
E. Tubulure par laquelle on verse le liquide.
F, F. Tube d'aspiration.
G. Rondelle en bois.

Classification nosologique. — M. BEAUFILS adresse un essai d'un tableau de classification nosologique avec une note explicative.

Le but principal de ce travail, dit l'auteur dans la lettre d'envoi, est de démontrer que toutes les affections, sauf les névralgies, ont leur siége dans les capillaires; que c'est par un défaut d'innervation de ces capillaires que les liquides s'altèrent, que les divers systèmes de vitalisme, de solidisme et d'humorisme ne peuvent se séparer, ne forment qu'un tout, qu'un seul système unique. (Commissaires : MM. Duméril, Andral, J. Cloquet.)

— M. A. LEGRAND adresse un mémoire sur les inconvénients et les dangers de la méthode de la cautérisation linéaire et destructive. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. CADET adresse un mémoire sur la nature des acéphalocystes stériles, des corpuscules tuberculeux, des globules du pus, etc. (Commission précédemment nommée.)

— M. PUECH communique un nouveau travail de tératologie contenant quelques faits d'ectromélie unithoracique. (Commission des prix de médecine.)

— M. VIEL, qui avait précédemment soumis au jugement de l'Académie une nouvelle lancette de son invention, adresse aujourd'hui un instrument exécuté conformément à la description donnée dans sa première note. (Renvoi à l'examen de M. Jobert de Lamballe, qui avait été chargé de prendre connaissance de la communication de M. Viel.)

— M. PINEL adresse une analyse de plusieurs travaux relatifs à l'aliénation mentale qu'il avait précédemment présentés au concours pour les prix de médecine et de chirurgie. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Infusoires intestinaux chez l'homme. — M. RAYER présente au nom de M. le docteur P. H. Halmstein (de Stockholm) l'extrait d'un mémoire sur les infusoires intestinaux chez l'homme.

Un matelot avait conservé, à la suite du choléra, un trouble dans les fonctions digestives, et éprouvé divers accidents propres aux inflammations intestinales. En examinant au microscope du pus recueilli sur une petite ulcération du rectum et du mucus sécrété par cette portion de l'intestin, l'auteur reconnut dans ces humeurs, outre des cellules de pus et des globules de sang, un grand nombre d'infusoires qu'il décrit et figure sous le nom de *Paramecium coli*. Il a depuis observé les mêmes infusoires chez une femme atteinte d'une inflammation chronique du gros intestin. La malade ayant succombé, l'auteur a constaté que les infusoires étaient en plus grand nombre sur les points où la membrane muqueuse était peu altérée, que sur les ulcérations intestinales et dans le pus qu'elles avaient fourni.

Ces infusoires hors de l'intestin meurent très-vite ; les matières qui les contiennent doivent être examinées immédiatement ou peu de temps après avoir été recueillies.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un nouveau concours pour deux places de médecins agrégés pour les hôpitaux civils de Marseille sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de cette ville, le lundi 22 février 1858.

Les médecins agrégés sont compris dans le premier degré du corps médical des hôpitaux. Ils sont appelés à succéder progressivement aux autres membres du même corps, suivant le rang de leur nomination et conformément aux dispositions réglementaires de la délibération de la Commission administrative en date du 23 février 1856, approuvée par M. le préfet le 14 mars suivant.

— La Société de médecine de Bordeaux vient de procéder au renouvellement d'une partie de son bureau. Ont été nommés : M. le docteur Bazin, médecin en chef de l'Asile des aliénés, *président;* M. Arnozan, pharmacien, *vice-président;* M. le docteur Plumeau, *secrétaire.*

— La mort vient de frapper un des plus honorables membres du corps médical de Bordeaux. M. le docteur Burguet, médecin honoraire de l'hôpital Saint-André, secrétaire général de la Société de médecine, a succombé, en quelques minutes, le 26 novembre, à une attaque d'apoplexie foudroyante.

— M. le docteur Henri Durselen, médecin-adjoint attaché à l'hôpital militaire de Namur, vient de succomber après quelques jours de maladie.

En réponse à plusieurs demandes, nous prévenons ceux de nos confrères qui ont commencé leur abonnement dans le courant de cette année, qu'ils peuvent avoir les mois qui leur manquent à raison de UN franc par mois.

L'administration de la *Gazette des Hôpitaux* rappelle à ses abonnés qu'une personne chargée de faire leurs commissions en livres, instruments ou médicaments, est toujours attachée à ses bureaux. Les demandes sont expédiées dans le plus bref délai.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Agenda (format de poche) **pour 1858**, à l'usage des médecins, contenant : 1° un mémento formulaire du praticien, par M. le docteur A. CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis; 2° revue thérapeutique de 1857, recueil de formules de l'année, par M. le docteur FOUCART; 3° premiers secours à donner en cas d'empoisonnement et d'asphyxie, par M. le docteur RÉVEIL, agrégé de toxicologie à la Faculté de médecine et à l'École de pharmacie; 4° un résumé pratique des eaux minérales, par M. le docteur Constantin JAMES; puis un calendrier à deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins de la Seine; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris, les médecins des bureaux de bienfaisance, les médecins inspecteurs des eaux minérales; les maisons de santé de Paris et des environs, la liste des divers journaux scientifiques; les Facultés et Écoles préparatoires de médecine de France, avec le nom de MM. les professeurs; la loi sur l'enseignement, l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; l'Association de prévoyance des médecins du département de la Seine, avec le nom de tous les membres; des modèles de rapports et certificats; les chemins de fer, avec le nom des stations où ils s'arrêtent, etc., etc.; format in-18 de 430 pages, dont 190 de calendrier et 240 de renseignements utiles. Prix, broché, 1 fr. 75 c.; divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille, 3 fr.; relié en forme de portefeuille et aux divers prix suivants : 3 fr., 3 fr. 50 c., 3 fr. 75 c., 4 fr., 4 fr. 50 c., 5 fr., 6 fr., 7 fr., 8 fr., 9 fr. — NOTA. Ces divers agendas sont expédiés *franco* dans toute la France et l'Algérie, mais il faut en envoyer le montant en un manda, à Paris, chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Nouveau dictionnaire pratique de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaires, publié par MM. H. BOULEY et REYNAL. — Ce dictionnaire se composera de 8 forts volumes in-8°, qui paraîtront tous les six mois. Prix de chaque volume, 7 fr. 50 c. pour Paris, 9 fr. *franco* par la poste. — Les trois premiers volumes sont en vente chez Labé, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Le Gérant, ...

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 145. — JEUDI 10 DÉCEMBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 145. — JEUDI 10 DÉCEMBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 9 DÉCEMBRE 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

Entre deux comités secrets, dont l'un a eu lieu après la lecture de la correspondance et l'autre après la séance publique, l'Académie a entendu trois lectures scientifiques.

M. Dupré a présenté et décrit devant l'Académie un nouveau système de contention pour les hernies. Nous avons exposé en quelques lignes dans le compte rendu de la séance le principe sur lequel repose la construction de ces appareils, dont il reste à faire l'épreuve pratique pour juger de leur valeur.

On a entendu ensuite une lecture très-intéressante de M. H. Bourdon. Il s'agit d'une observation de morve farcineuse terminée par la guérison. C'est là un fait excessivement rare, s'il n'est pas même unique dans les annales de la pratique, les quelques cas de guérison qui ont été publiés jusqu'ici laissant quelque chose à désirer sous le rapport de leur authenticité ou de leur valeur démonstrative. Le fait de M. Bourdon manque lui-même, ainsi que notre honorable confrère l'a très-loyalement fait remarquer, d'une preuve décisive. Si l'inoculation avait eu un résultat positif, le fait se serait présenté en effet avec un caractère de certitude absolu qui lui manque. Toutefois, par les motifs que M. Bourdon a très-bien fait ressortir, le résultat négatif de l'inoculation ne peut être invoqué contre la justesse de sa détermination. Son diagnostic nous paraît établi sur une solide et judicieuse analyse des symptômes. On en jugera du reste par la lecture de cette observation, que nous publions à cause de son importance à l'article CLINIQUE.

M. Delafont a terminé dans cette séance la communication du vaste travail qu'il a entrepris avec la coopération de M. Bourguignon, sur un sujet infime en apparence, mais digne d'intérêt en réalité, comme tout ce qui se rattache à l'histoire naturelle et à l'histoire des maladies de l'homme et des animaux. Ce travail constitue une histoire complète de la famille nombreuse des acares, comprenant l'étude de toutes leurs variétés, de leur organisation, de leur mode de reproduction et jusqu'à celle de leurs *mœurs*.

A mardi prochain la séance publique annuelle, dans laquelle M. Dubois (d'Amiens) fera l'éloge de Magendie.

Dr Brochin.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. HIP. BOURDON.

Morve farcineuse chronique terminée par la guérison. — Considérations sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de cette maladie.

Les cas de morve chronique chez l'homme publiés jusqu'à ce jour prouvent suffisamment que cette maladie est excessivement grave, pour ne pas dire toujours mortelle. Certains cas, il est vrai, ont été cités à l'étranger comme des exemples de guérison ; mais ils sont tous considérés comme fort contestables par M. Rayer, dont l'opinion est d'un si grand poids et auquel la science doit presque tout ce qui a été fait sur la morve humaine. Le fait suivant, observé à l'hôpital Lariboisière, a été suivi par MM. Hervez de Chégoin et Tardieu.

Dans cette observation il s'agit d'un jeune homme de vingt-cinq ans, déménageur, demeurant rue Notre-Dame-de-Lorette, 9, n'ayant jamais eu d'affections scrofuleuses ni de syphilis.

Avant de tomber malade, il avait pansé, et cela sans aucuns soins de propreté, un cheval morveux pendant vingt ou vingt-cinq jours. Le 15 février, il est pris tout à coup de frisson, suivi de chaleur, de céphalalgie, de malaise général ; la fièvre s'établit, elle est continue et s'accompagne de nausées, de toux, d'expectoration muqueuse, de signes stéthoscopiques, de bronchite, et comme phénomène saillant, de douleurs excessivement vives dans les membres inférieurs et surtout dans les cuisses, souffrances intolérables qui le privent de sommeil. Elles occupent la continuité des membres, plutôt que les articulations, et paraissent avoir pour siége les masses musculaires, sans aucune tuméfaction, aucun changement de couleur ou de calorification de la peau. Après dix jours survinrent des sueurs extrêmement abondantes et continuelles. Cet état fébrile dura dix-sept jours et fut suivi d'une autre phase, qu'on pourrait appeler période de suppuration et d'ulcération.

D'abord un abcès se forma à la partie antérieure de chacune des cuisses presque en même temps ; ensuite, une vaste collection purulente se montra à chaque fesse, un cinquième abcès près de la marge de l'anus, un sixième, enfin, sur le côté du thorax. Le pus, se formant toujours avec la plus grande rapidité en vingt ou vingt-quatre heures, était assez lié, jaune-verdâtre, souvent mélangé de sang. Ces collections furent ouvertes à l'aide du bistouri, aussitôt que la fluctuation devint évidente. L'écoulement des deux premiers abcès ne fut pas très-abondant, mais il se prolongea fort longtemps ; ceux des fesses fournirent une quantité énorme de pus ; du côté droit particulièrement, il s'écoula plus d'un litre de ce liquide le jour de l'incision.

Sous l'influence de ces graves accidents, le sieur B... s'affaiblit peu à peu, dépérit considérablement et finit par tomber dans un état voisin du marasme.

Il en était là, lorsqu'un nouveau genre de lésion se montra, laquelle, jointe aux symptômes précédents, acheva de nous éclairer sur la nature de la maladie, malgré le résultat négatif de l'inoculation tentée à l'école d'Alfort.

Le malade, ayant présenté de l'enchifrènement avec crachats sanguinolents provenant des fosses nasales, on examina celles-ci avec attention et on finit par découvrir du côté droit, sur la cloison, une petite ulcération superficielle, arrondie, à fond grisâtre ; il n'y avait pas de fétidité de l'haleine nasale. C'est alors qu'on ajouta l'iodure de soufre aux moyens toniques, tels que quinquina, vin de Bordeaux, alimentation analeptique, auxquels le malade était déjà soumis depuis vingt jours.

Sous l'influence de ce traitement et des conditions hygiéniques très-favorables et tout à fait exceptionnelles dont il sera parlé plus loin, on vit bientôt la fréquence du pouls diminuer, les sueurs cesser et l'état général s'améliorer d'une manière notable : l'ulcération, après s'être étendue peu à peu en largeur et en profondeur, de telle sorte que son fond était formé par le cartilage dénudé et desséché, prit un meilleur aspect, se couvrit de bourgeons charnus et marcha vers la cicatrisation. Celle-ci cependant dut être excitée à la fin par quelques légères cautérisations, faites d'abord à l'aide de la teinture d'iode, ensuite avec le crayon de nitrate d'argent.

En même temps les forces augmentaient chaque jour, et le sieur B... revenait à la santé, si bien que le 13 juin, quatre mois après le début de son affection, il sortait de l'hôpital, parfaitement rétabli, portant sur la cloison des fosses nasales une cicatrice caractéristique, composée de fibres branchâtres, comme nacrées, et résistantes.

Depuis lors, c'est-à-dire depuis près de dix-huit mois, la guérison s'est parfaitement maintenue ; j'ai suivi le sieur B..., je l'ai encore revu il y a quelques jours, et j'ai pu constater qu'il se portait très-bien, ne se ressentait nullement des suites de sa grave et longue maladie ; bien plus il a pris de l'embonpoint, du teint, et une apparence de force qu'il n'avait pas antérieurement.

Nous allons maintenant étudier ce fait au point de vue de l'étiologie et de la symptomatologie, afin de décider s'il se rapporte réellement à la morve farcineuse chronique.

Le sieur B... a soigné et pansé un cheval réputé morveux et abattu comme tel ; les renseignements fournis à cet égard nous paraissent positifs ; nous avons appris de plus que cet homme, dans ces pansements, faisait preuve de la plus grande négligence ; que, par exemple, il ne se lavait pas les mains ; en conséquence, bien qu'il n'ait pas couché dans l'écurie, ce qui est généralement regardé comme la condition la plus favorable à la transmission de la maladie. Il n'est pas difficile d'admettre que dans ces rapports fréquents avec un animal malade, et en tenant compte de cette absence de tout soin de propreté, la contagion ait pu se faire d'une manière médiate ou même immédiate.

Quoi qu'il en soit, dans ces conditions toutes particulières, B... fut pris d'accidents extrêmement graves, sur la nature desquels il ne nous reste aucun doute, mais qui méritent à coup sûr d'être discutés, surtout à cause de la manière heureuse et exceptionnelle dont ils se sont terminés.

Si l'inoculation tentée sur le cheval avait donné un résultat po-

SOUVENIRS D'UN VOYAGE EN CHINE (1).

Dès notre arrivée à Touranne, notre commandant fit savoir au gouverneur de la province que, porteur de dépêches pour son souverain, il désirait avoir une conférence avec un des grands mandarins du royaume, pour traiter les importantes questions qui nous amenaient en Cochinchine. Après bien des sollicitations, et une attitude un peu menaçante de notre part, on parvint à vaincre l'indolence habituelle du gouverneur de la province, et à obtenir de lui une première entrevue. Elle devait avoir lieu à terre, au jour et à l'heure fixés par notre amiral. Des deux côtés on se prépara à cette conférence, les Cochinchinois en s'armant de ruse et de duplicité, nous autres, en apportant le plus de calme, le plus de gravité qu'il nous fut possible, dans une cérémonie qui cependant avait bien un peu son côté plaisant.

Le moment arrivé, le commandant de la corvette *la Victorieuse*, notre compagne de voyage, chargé par notre amiral de le représenter, se dirigea vers la terre, accompagné de son état-major, et suivi d'une escorte de cinquante marins en armes. Dès que les Cochinchinois aperçurent nos embarcations se dirigeant vers le rivage avec leurs pavillons déployés, ils hissèrent aussi leur drapeau jaune et sale, et s'avancèrent à notre rencontre à une certaine distance du débarcadère. Le gouverneur de Touranne, vieillard à cheveux blancs, courbé sous le poids de nombreuses années, la figure pâle et amaigrie, avait revêtu sa plus belle robe de soie ; il vint à notre rencontre, et tendit la main à notre commandant, en y joignant mille salutations accompagnées d'un sourire forcé, qu'il appelait sur ses lèvres plutôt par politique que par sympathie ; il était suivi de plusieurs mandarins et grands personnages venus de Hué pour assister à cette conférence.

Enfin, un jeune Cochinchinois, qui avait passé plusieurs mois à Bordeaux, où l'avait conduit un navire de commerce, remplissait assez mal son rôle d'interprète, mais bien mieux celui d'espion. Une garde d'honneur, composée de quelques soldats aux costumes bigarrés, envoyés tout exprès à Touranne depuis notre arrivée en rade, véritables *sans-culottes* au point de vue du costume, nous attendait à la porte de la salle des conférences, dans laquelle nous fûmes introduits cérémonieusement. Cette salle n'était qu'un mauvais hangar, qui pour le luxe pouvait bien se placer à côté des humbles cases des habitants. Pour toute décoration, on avait tracé sur la porte de grands caractères chinois, et dessiné sur les murailles les faces hideuses de quelques monstrueux démons. Le grand mandarin prit place à une table en bois située au milieu de l'appartement ; notre commandant se mit à sa droite, et chacun s'assit ensuite comme il le put autour de cette table, sur laquelle se trouvait servie une collation composée de fruits, de confitures du pays, de gâteaux d'assez triste apparence, et de thé qu'il fallait boire sans sucre, à la Chinoise. On crut faire à notre pays un bien grand honneur, et à notre goût une agréable surprise, en nous présentant une liqueur française, venue de Bordeaux depuis plusieurs années. Je vois encore l'air de satisfaction qui se peignit sur la figure de notre mandarin, quand il nous présenta une bouteille portant pour étiquette : *Parfait-amour*, affreuse composition qui ne gagnait rien à être bue sous le ciel de la Cochinchine, à cinq mille lieues de la ville où elle avait été fabriquée. Chacun employa les premières minutes de cette réunion à regarder ses voisins le plus attentivement possible, à étudier les figures nouvelles avec lesquelles il se trouvait en rapport ; puis vinrent les compliments exigés par la politesse, les protestations mensongères de bonne amitié.

Enfin, après bien des phrases inutiles, bien des questions insidieuses, il fallut en venir au but de notre mission. Les premières observations de notre commandant, relatives à la manière peu convenable dont nos missionnaires étaient traités en Cochinchine, furent d'abord assez bien accueillies ; mais quand on vint à parler de la question d'argent, quand on leur dit que nous exigions d'eux une indemnité (à peu près insignifiante) pour les familles des missionnaires français mis à mort, on vit alors notre pauvre gouverneur, déjà fort mal à l'aise, bondir sur son siége, changer de couleur, et se livrer à un monologue qui nous parut très-expressif. Un peu plus loin s'agitait et criait bien plus encore un grand mandarin, un aide de camp du roi, envoyé là pour surveiller le gouverneur et ranimer son courage par sa présence et ses conseils, peut-être aussi pour nous intimider par son air d'arrogance et de haute prétention ; mais le ton calme, sérieux et impassible de notre commandant leur prouva que le bruit ne nous effrayait pas.

La conversation continua très-agitée pendant quelques instants encore. Que se dit-il ? J'avoue que je n'en sais rien, car j'étais trop occupé à regarder ces laides figures aux lèvres rouges de sang, aux dents noires, qui grimaçaient et s'agitaient violemment, quand tout à coup j'entendis le gouverneur et son acolyte, dans le paroxysme de la colère, s'écrier que jamais ils n'oseraient rapporter au roi ce que nous leur demandions, car ils seraient bien certainement décapités. — Comme on le voit, les honneurs sont un peu compromettants dans le royaume d'Anam. — Notre commandant, voyant bien qu'il n'obtiendrait rien par ses paroles, présenta alors au gouverneur une lettre adressée par le grand roi des Français au souverain de la Cochin-

(1) Suite. — Voir les numéros des 17 octobre, 10 et 26 novembre, et 1er décembre.

sitif, la question serait tranchée à l'instant, et nous ne serions pas obligé d'insister sur les caractères présentés par la maladie. Malheureusement, il n'en a pas été ainsi.

Disons d'abord pourquoi, selon nous, l'inoculation peut n'avoir pas réussi sans qu'il soit possible d'en rien inférer. Le pus recueilli chez notre malade et enfermé dans un tube en verre n'a été inoculé que longtemps après. Selon M. Reynal, professeur à l'Ecole d'Alfort, qui a bien voulu se charger de l'expérience, ce pus exhalait une odeur fétide; il avait éprouvé un commencement de putréfaction; il était évidemment dans de mauvaises conditions. D'ailleurs, il y a quelques années, nous avons déjà fait inoculer à un cheval des matières provenant d'un de nos malades mort à la Pitié de la morve aiguë la mieux caractérisée, et le résultat n'a pas été plus satisfaisant que dans le cas actuel.

M. Reynal a été témoin de plusieurs faits analogues. D'autres auteurs en ont cité également. Ils prouvent évidemment que l'inoculation, pratiquée même dans les conditions en apparence les plus favorables, peut ne pas fournir de résultat positif.

A défaut de preuve expérimentale, il nous semble qu'on peut trouver dans les symptômes et dans la marche de la maladie la démonstration de sa nature morveuse.

En effet, au tableau que nous avons tracé est-il possible de méconnaître la maladie désignée dans les ouvrages modernes sous le nom de morve farcineuse chronique?

A la vérité, quelques symptômes n'ont pas présenté toutes les particularités qui leur donnent un cachet parfaitement spécial, quelques autres ont manqué; ainsi deux des abcès sont bien restés plus ou moins longtemps fistuleux, mais aucun n'a dégénéré en ulcère, comme cela arrive ordinairement. Cette terminaison favorable peut tenir à plusieurs causes.

Du reste, la dégénérescence ulcéreuse des abcès ne survient pas toujours et nécessairement; pour mon compte, je l'ai vu manquer dans des cas bien tranchés de farcin chronique.

D'autre part, l'ulcération des fosses nasales n'a pas amené, comme cela s'observe généralement, la perforation de la cloison; mais ce fait s'explique, suivant nous, tout naturellement par la modification heureuse qui est survenue dans l'état du malade, alors que le cartilage n'était encore que dénudé.

Enfin, un symptôme assez caractéristique de la morve farcineuse chronique a manqué, c'est l'ulcération de la voûte palatine et du pharynx. Nous ne saurions dire si ce genre d'ulcération a été observé dans tous les cas, mais quand cela serait son absence ne pourrait suffire, il nous semble, pour infirmer notre diagnostic.

D'ailleurs, si les symptômes que nous avons décrits ne se rapportaient pas à la morve farcineuse, quelle autre maladie pourraient-ils caractériser?

Une diathèse purulente spontanée? Mais dans cette maladie, ainsi que dans l'infection purulente, quelle que soit sa cause, les lésions des fosses nasales font défaut, et les abcès diffèrent beaucoup de ceux du farcin sous le rapport du siége et du volume; on ne peut donc s'arrêter à ces affections.

Un ulcère simple du nez, une des formes de l'ozène ou une affection tuberculeuse des fosses nasales?

Mais ici les collections purulentes manquent à leur tour, et leur absence rend impossible toute confusion.

Si en faisant le diagnostic différentiel il est facile d'éliminer au premier examen les maladies précédentes, il n'en est pas tout à fait de même pour deux affections générales dont les lésions multiples se rapprochent jusqu'à un certain point de celles de la morve farcineuse, je veux parler de la syphilis et de la scrofule.

Nous dirons cependant, à propos de la syphilis, que, d'une part, notre malade affirme n'avoir jamais eu d'accidents vénériens même les plus légers (il n'en porte d'ailleurs aucune trace); d'autre part, l'ulcération des fosses nasales n'avait pas le siége habituel des ulcérations syphilitiques, et l'haleine nasale ne présentait pas la fétidité qu'on remarque dans cette affection. Si, malgré ces considérations, il restait quelque doute, nous ajouterions que les abcès considérables et multiples de notre malade doivent ôter tout soupçon de la diathèse spécifique dont il est question. Dans la syphilis, en effet, il y a bien quelquefois des abcès; mais ils sont d'un petit volume, peu nombreux et présentant ceci de particulier qu'ils occupent toujours la surface des os, sont liés à une altération de ceux-ci, ou sont le résultat de l'inflammation de tumeurs gommeuses; or les abcès que nous avons décrits sont loin de ressembler à ces derniers.

Reste donc la scrofule, avec laquelle la maladie dont nous avons rapporté l'histoire pourrait être à la rigueur confondue.

Dans les deux affections, il y a bien, à la vérité, des lésions communes: abcès sous-cutanés, ulcérations des muqueuses, altérations des os; mais dans leurs caractères physiques, dans leur siége et dans leur marche, ces lésions présentent de très-notables différences.

Ainsi, dans la scrofule, les abcès ont souvent leur siége au niveau des ganglions lymphatiques malades; ou ils succèdent à des tubercules cutanés, ou bien ils sont symptomatiques d'une altération des os ou des articulations, et dans tous les cas leur marche est lente, ils rentrent dans la catégorie des abcès froids, jamais surtout ils ne sont fluctuants d'emblée; de plus, ils n'ont pas ordinairement le volume de ceux que nous avons observés, et ils ne se succèdent pas avec la même rapidité; enfin, le liquide qu'ils renferment est d'une nature différente, le plus souvent séreux, mal lié et contenant des grumeaux blanchâtres, caséiformes.

Quant aux lésions des fosses nasales, on peut certainement en observer dans la scrofule; mais alors l'ulcération ne commence pas ordinairement par la muqueuse, et n'est pas indépendante, dans le principe, de toute lésion osseuse comme dans la morve; d'ailleurs elle s'accompagne de fétidité de l'haleine nasale, et il existe toujours en même temps qu'elle certains phénomènes morbides qui trahissent l'existence de la diathèse scrofuleuse.

Nous nous croyons donc en droit de conclure de cette discussion que la maladie que nous avons observée est bien réellement de nature morveuse, et qu'elle répond exactement à la forme que les auteurs ont décrite sous le nom de *morve farcineuse chronique*. Mais contrairement à ce que disent ces mêmes auteurs du pronostic de l'affection, notre malade a guéri. Cette circonstance pourrait-elle jeter quelque doute sur notre diagnostic.

Nous reconnaissons avec tout le monde que la morve chronique est une maladie excessivement grave, une des plus graves du cadre nosologique. Cependant l'étude de certaines observations ne permet pas de dire qu'elle soit toujours et nécessairement mortelle; d'autres laissent entrevoir quelque espérance pour la curabilité.

Ainsi, sans nous occuper de plusieurs cas publiés récemment dans les auteurs allemands, et pour ne parler que des faits déjà connus ou observés en France, nous dirons que celui de Travers, cité par M. Rayer, et qui n'était pas complet lors de sa publication, permet de penser que le sujet a fini par guérir, bien qu'après deux ans et demi de maladie, il ne fût pas encore tout à fait revenu à la santé primitive.

Le fait de M. Laugier démontre que la santé générale peut s'améliorer et les lésions locales extérieures disparaître entièrement. Le malade dont il est question était, en effet, considéré comme convalescent lorsqu'il mourut subitement. Je sais que des lésions nasales anciennes, méconnues pendant la vie, ont été trouvées à l'autopsie. Mais en tenant compte du bon état de la santé générale, n'est-il pas permis de penser que sans cette mort inopinée les lésions nasales auraient pu guérir, comme avaient guéri les abcès du farcin.

Enfin, dans l'observation de M. Lesueur, sous l'influence d'un traitement que malheureusement on fut obligé de suspendre, il était survenu un tel amendement qu'on avait eu un instant l'espoir de sauver le malade.

D'ailleurs, si dans l'angioleucite farcineuse la guérison est la règle, et si le farcin guérit dans quelques cas exceptionnels, ainsi que M. Tardieu l'a établi sur des faits, il est permis de se demander pour quelle raison la morve farcineuse chronique, évidemment de la même origine, serait absolument et à tout jamais incurable.

Notre observation nous paraît devoir donner désormais quelques espérances aux praticiens et encourager leurs efforts dans les traitements qu'ils entreprendront.

Voici maintenant en quoi a consisté le traitement:

Aux toniques et aux bains sulfureux usités en pareil cas, j'ai joint un médicament qui n'avait pas encore été employé, que je sache, contre la morve, je veux parler de l'*iodure de soufre*.

Ce médicament a-t-il eu une action réellement efficace? Nous le croyons; car pendant son administration la maladie se modifia avantageusement et commença à rétrograder. Un incident noté dans l'observation vient encore prouver en faveur de l'iodure de soufre. Quelques troubles des fonctions digestives en ayant fait suspendre l'emploi, les symptômes parurent s'aggraver; puis après, le traitement ayant pu être repris, l'amélioration se montra de nouveau pour ne plus s'arrêter dans sa marche progressive.

J'ajouterai que pendant tout son traitement, le malade a été soumis à des conditions hygiéniques remarquables. Il a habité une salle de l'hôpital Lariboisière dans laquelle la ventilation par insufflation est tellement active que chaque malade reçoit 124 mètres cubes d'air neuf par heure.

Si l'on admet que le défaut d'aération, avec l'encombrement, soit une des causes les plus puissantes du développement de la morve chez les solipèdes, on pourra comprendre qu'une pareille ventilation, triple, quadruple même de celle qui existe dans la plupart des hôpitaux, ait pu être utile dans le traitement de la maladie.

Nous nous croyons donc autorisé à conclure de ce fait et des considérations dont nous l'avons accompagné:

1° Qu'il ne faut pas désespérer de la guérison dans tous les cas de morve chronique, même quand elle est farcineuse;

2° Que les moyens qui semblent le plus favorables à la guérison sont les préparations d'iode, et en particulier l'iodure de soufre et les bains sulfureux, unis aux toniques et à une ventilation très-active;

3° Que les ouvertures des abcès pratiquées de bonne heure paraissent prévenir leur dégénérescence ulcéreuse et hâter leur guérison.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. L. Orfila, professeur agrégé.

Empoisonnement par l'arsenic. — Recherches médico-légales (1).

Lorsque l'acide arsénieux est mélangé ou combiné avec des substances organiques (vin, cidre, bière, liquides de l'estomac, urine, parenchyme des organes, tels que foie, reins, rate, etc.), les réactions caractéristiques que je vous ai indiquées sont masquées ou dénaturées de telle façon qu'il n'y a plus moyen de reconnaître sa présence. Les précipités que fournissent l'acide sulfhydrique, l'azotate d'argent et le sulfate de cuivre ne se forment plus ou prennent une apparence tout à fait différente de celle que je vous ai montrée: l'appareil de Marsh même ne peut plus rendre aucun service à cause de la mousse qui accompagne le gaz et entraîne les matières placées dans le flacon. Il faut donc absolument se débarrasser de la matière organique.

(1) Suite. — Voir les numéros des 12 et 26 novembre.

---

chine, en le priant de la faire parvenir à la cour de Hué; nouveaux refus, nouvelles protestations de la part de ce pauvre mandarin, qui ne voulait ni toucher ni même regarder cette lettre, répétant toujours que s'il le faisait il aurait la tête tranchée. Comme nous n'avions cependant pas l'intention de nous en retourner avec notre dépêche, elle fut déposée respectueusement sur une assiette que nous tendit le grand mandarin de Touranne; notre commandant ajouta que désormais il était responsable, lui gouverneur, de tout ce qui pourrait arriver, et que si dans dix jours nous n'avions pas reçu une réponse convenable, nous serions obligés d'avoir recours à la force pour obtenir ce que nous avions demandé vainement à leur justice. Nous fûmes reconduits à nos embarcations par le même cortége; avant de se séparer, on se tendit encore la main; mais, à partir de ce moment, un nouveau motif de haine et de mésintelligence existait entre les Cochinchinois et nous, et nous verrons bientôt quel triste résultat devaient amener les démarches d'abord toutes bienveillantes que nous venions tenter auprès des autorités de Touranne. Nous fûmes bientôt rendus à bord de nos navires, tous contents d'avoir pu assister à une telle réunion qui nous faisait un peu comprendre le caractère de ce peuple défiant, et la crainte qu'il a d'établir des relations avec les Européens. Les Cochinchinois se retirèrent dans leur hangar, mais pour conspirer contre nous, pour rêver la mort de tous les Français qui se trouvaient à Touranne, et l'incendie de nos bâtiments dont ils ignoraient la force et les moyens de défense. Laissons-les conspirer, en attendant que nous puissions déjouer leurs projets et nous venger nous-mêmes de leur mauvaise foi à notre égard; puis continuons à visiter les environs de Touranne. Nous quitterons donc pour un jour seulement notre belle frégate pour aller faire une excursion aux montagnes de marbre, que l'on voit se dessiner dans le lointain. C'est bien certainement ce qu'il y a de plus remarquable dans toute la province, et les visiteurs qui viennent à Touranne ne manquent jamais d'aller inscrire leurs noms sur ces vastes rochers auxquels on a confié déjà bien des mots mystérieux, bien de précieux souvenirs.

On est dans l'habitude de demander aux autorités de Touranne et d'attendre fort longtemps l'autorisation d'aller visiter ces montagnes de marbre, merveilleux caprice de la nature jeté au hasard sur cette plage lointaine pour attirer l'admiration de l'homme ou exercer les élans de son imagination; mais comme nous avions peu d'égards à conserver envers un peuple qui ne voulait que nous contrarier dans nos moindres démarches, nous pensâmes qu'il était plus simple de nous passer d'une permission qu'on nous aurait probablement refusée, et, par une belle matinée du mois d'avril, nous nous embarquâmes dans les canots de la frégate pour nous diriger vers la charmante petite rivière sur les rives de laquelle on voit s'élever la ville de Touranne. Mais à peine avions-nous franchi la barre qui nous séparait de la rivière, et dépassé le village de quelques mètres, que notre attention fut attirée par les gestes de supplication et les cris de quelques pauvres mandarins qui nous faisaient signe de ne pas pénétrer plus loin. Comme nous étions bien décidés à passer outre, nous continuâmes à nous laisser paisiblement pousser par une brise favorable, sans plus nous occuper des Cochinchinois, qui se contentèrent de nous faire suivre par une jonque que montaient quelques soldats peu flattés de la mission qu'on leur confiait. La rive gauche de la rivière que nous remontions est la plus pittoresque, la plus accidentée et la mieux cultivée. A l'ombre de grands bouquets d'arbres, on rencontre de loin en loin des cases de la plus incroyable malpropreté; puis, cachées à l'abri des rochers, quelques pagodes que nous montraient toujours avec empressement les jeunes enfants qui nous suivaient aussitôt que nous mettions le pied à terre. On trouve, sur cette même rive, le bananier qui laisse retomber si gracieusement ses longues feuilles déchirées par le vent, et qui montre de loin son riche régime de jaunes bananes; le cocotier avec ses énormes bouquets de cocos; le citronnier, qui ajoute le parfum de ses fleurs aux charmes de son feuillage; puis de vastes champs couverts de pistachiers, qui poussent complaisamment et sans beaucoup de soin sur ce sol négligé. Tout cela aurait eu bien des charmes sous un autre ciel et chez un peuple plus généreux pour nous que les Cochinchinois; mais là nous nous contentions d'admirer ce que nous trouvions devant nous, sans donner de regrets à ces beautés que nous ne devions plus revoir une fois partis de Touranne.

L'autre rive était complètement veuve de cette belle végétation si nécessaire au charme de tout paysage; mais en dirigeant nos regards de son côté, nous apercevions au loin, au milieu de blanches dunes de sable, les énormes rochers de marbre que nous voulions visiter. Nous arrivâmes presque sans nous en douter, sans fatigue, un peu brûlés seulement par un soleil trop puissant, au pied de ces belles montagnes, que la mer semblait avoir abandonnées depuis longtemps déjà aux pauvres habitants de la Cochinchine qui vivaient sur ces rochers isolés, loin du bruit du monde, avec les dieux de leurs pagodes. Ces montagnes de marbre sont au nombre de cinq, admirables pyramides qu'on dirait posées là comme autant de phares destinés à guider les navigateurs qui s'aventurent dans ces mers difficiles; sur l'un de ces rochers existait, dit-on, jadis un volcan toujours en ignition, qui répandait au loin l'éclat de sa fournaise et permettait de reconnaître l'écueil aussi bien la nuit que le jour. Notre interprète nous indiqua quelle était celle de ces cinq pyramides qui présentait le plus d'intérêt pour des étrangers, celle qui renfermait la plus belle pagode, et qui

Quelquefois, quand la matière suspecte est un liquide transparent et nullement visqueux, il suffit, après l'avoir filtré et acidulé avec quelques gouttes d'acide chlorhydrique pur, d'y faire passer un courant de gaz acide sulfhydrique. Le précipité lavé et desséché est ensuite traité par l'acide azotique. Le résidu de l'évaporation à sec est repris par l'eau bouillante et essayé dans l'appareil de Marsh.

Si le liquide est épais, visqueux et difficile à filtrer, même alors qu'il est transparent, on le fait bouillir pendant quelques minutes pour coaguler une certaine quantité de matière organique; puis, quand il est refroidi, on le mélange avec son volume d'alcool concentré. On filtre, et on traite la liqueur filtrée, comme je viens de vous l'indiquer pour le liquide transparent.

Souvent ces essais permettront de découvrir de suite la présence de l'acide arsénieux; mais s'ils ont été infructueux, il faut appliquer aux matières restées sur les filtres et aux liqueurs qui ont filtré le traitement suivant qu'exigent les matières solides (aliments, organes, etc.) : il faut détruire la matière organique.

Procédés propres à détruire la matière organique. — Je n'ai pas l'intention de vous faire passer en revue toute la série des procédés et des variétés de procédés proposés jusqu'à ce jour pour la destruction de la matière organique. Je ne vous retracerai que les plus simples, et ceux qui me paraissent l'emporter sur les autres.

1° *Par le chlore.* — La matière organique, si elle est solide, est coupée en petits morceaux, puis elle est placée dans une grande éprouvette avec une quantité d'eau suffisante pour qu'un gaz puisse circuler facilement dans le mélange. On fait passer ensuite un courant de chlore lavé dans de l'eau additionnée de potasse jusqu'à ce que la matière soit réduite en une espèce de bouillie blanchâtre. On laisse le chlore en contact avec la substance pendant vingt-quatre heures; on filtre, et on fait bouillir la liqueur pour la débarrasser de l'excès de chlore qu'elle peut contenir, et on essaye cette liqueur dans l'appareil de Marsh.

On peut aussi traiter cette liqueur par un courant d'acide sulfhydrique, puis reprendre le précipité, s'il y en a un, par l'acide azotique, et terminer comme je vous ai dit tout à l'heure.

2° *Par l'acide azotique.* — Pour détruire par l'acide azotique la matière organique, il faut placer dans une capsule de porcelaine un mélange acide dans la proportion de 100 parties d'acide azotique concentré et de 15 gouttes d'acide sulfurique, et chauffer à feu doux; introduire par petits fragments la matière organique à des intervalles d'une minute environ; continuer à chauffer, toujours à feu doux. D'abord la réaction produit des vapeurs d'acide hypo-azotique en grande quantité; puis, quand la matière est carbonisée, ces vapeurs sont remplacées par des vapeurs blanches, intenses d'acide azotique. On termine en chauffant un peu plus vivement et en agitant toujours, pour faciliter la volatilisation des matières empyreumatiques. Quand le charbon est refroidi, on l'écrase dans la capsule avec le pilon d'un mortier : on l'humecte avec quelques grammes d'eau régale et on fait bouillir jusqu'à siccité. Le charbon, pulvérisé de nouveau, est repris par l'eau distillée bouillante pendant une demi-heure, et la liqueur filtrée est introduite dans un appareil de Marsh.

Les proportions d'acide azotique, eu égard aux diverses matières desséchées qui ont paru réussir le mieux, sont les suivantes : sang desséché, 90 grammes; acide, 200 grammes. Foie, 360 grammes; acide, 1,060 grammes. Estomac et intestins, 90 grammes; acide, 270 grammes. Reins, 60 grammes; acide, 180 grammes. Chair musculaire, 660 grammes; acide, 2,060 grammes. En moyenne, deux fois et demie autant d'acide qu'il y a de matière.

3° *Par l'acide sulfurique.* — On délaye à feu doux la matière organique dans un sixième de son poids d'acide sulfurique concentré. En cet état, on introduit la masse dans une cornue non tubulée et dont la panse a été préalablement lutée. A cette cornue, sont adaptés une allonge et un récipient convenablement refroidis par un courant d'eau. On distille à feu doux jusqu'à siccité; alors on donne un coup de feu pour faire rougir le fond de la cornue. Quand le tout est refroidi, on retire le charbon en cassant la cornue; on le pulvérise et on le traite par l'eau régale, puis par l'eau bouillante, exactement comme celui obtenu avec l'acide azotique. La dissolution est introduite dans l'appareil de Marsh.

On peut, du reste, faire cette opération en vases ouverts. M. Bérard, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, a souvent pratiqué ce procédé tel que je viens de vous le décrire, et jamais il n'a pu retrouver une trace d'arsenic dans les produits de la distillation. Moi-même j'ai répété plusieurs fois l'expérience, et je n'ai pas mieux réussi que M. Bérard. Souvent, il est vrai, on retrouve de l'arsenic dans le dôme de la cornue; mais on peut attribuer sa présence aux soubresauts qui emportent la matière du fond de la cornue jusqu'au dôme.

Du reste, la perte, quand il y en a une, est très-légère et peut être négligée.

4° *Par l'eau régale.* — MM. Malagutti et Sarzeau, après des observations et des expériences faites avec soin, ont été portés à proposer pour détruire la matière organique, l'eau régale de préférence à tous les autres agents.

Ces chimistes ont vu que l'eau régale réussit parfaitement dans les cas où le chlore et l'acide azotique ne donnent pas de bons résultats, soit à cause de la masse de matière, soit à cause de la graisse, du gras de cadavre provenant de la putréfaction.

Voici comment ces auteurs conseillent d'opérer : la matière, après avoir été découpée en petits morceaux et desséchée jusqu'à ce que son poids ait diminué des deux tiers, est introduite dans une cornue avec de l'eau régale (à poids égaux), composée d'une partie d'acide azotique et trois parties d'acide chlorhydrique. Le bec de la cornue plonge dans l'eau distillée, de sorte que nulle vapeur ne peut en sortir sans traverser le liquide. On chauffe légèrement; bientôt une réaction très-vive se manifeste; la matière est désorganisée et la graisse se sépare. Cette masse est versée encore chaude dans une capsule où on la laisse refroidir. Bientôt la graisse se réunit à sa surface et le liquide peut en être facilement séparé. La graisse est lavée avec l'eau distillée, qui a été traversée par les vapeurs de la première distillation; puis l'eau de lavage, ajoutée au liquide provenant de la première attaque, est soumise à la distillation dans un appareil à récipient bien refroidi, et communiquant avec un flacon de Welter, pour ne laisser échapper aucun produit de distillation. On distille à feu modéré, et s'il se dégage de la vapeur nitreuse, on ne conservera que le produit qui se sera condensé après la cessation de cette vapeur. La distillation est arrêtée lorsque la masse est réduite au vingtième de son volume environ. Tout l'arsenic a passé dans le récipient. On en reconnaît la présence en faisant traverser les liquides du récipient et du flacon de Welter par un courant d'acide sulfhydrique, et en traitant le sulfure par l'acide azotique, comme vous savez, puis mettant le produit dans l'appareil de Marsh.

Les expériences de MM. Malagutti et Sarzeau montrent que ce procédé vaut au moins ceux connus avant, et je puis vous assurer, pour l'avoir essayé moi-même, que le procédé est excellent.

5° *Par l'azotate de potasse.* — Avec l'azotate de potasse on incinère la matière organique. Je ne vous donnerai pas la description détaillée de ce procédé, parce que vous n'aurez que rarement l'occasion d'y recourir.

On a beaucoup discuté sur la valeur de ces divers procédés, on les a variés presque à l'infini; mais je crois inutile de revenir sur ces discussions, et de vous décrire les modifications plus ou moins importantes qui ont été proposées. Ces cinq procédés sont tous bons, très-bons; ils donnent tous des résultats excellents. C'est donc, pour les cas ordinaires, celui qui vous sera le plus commode que je vous conseille de préférer. Sous le rapport de la commodité, aucun agent ne vaut, à mon avis, le chlore. Mais lorsque la matière est très-pourrie, le chlore, l'acide azotique et l'acide sulfurique ne la détruisent pas bien; il faut donc, dans ces cas, avoir recours ou à l'eau régale, ou à l'azotate de potasse. Ce dernier exige des manipulations si longues et fournit une telle masse de sels, que, malgré l'avantage de détruire complétement la matière organique, je vous engage à ne le tenter que lorsque l'eau régale ne vous aura pas donné de résultats.

Méthode à suivre dans les recherches médico-légales. — De tout ce qui précède il résulte que, dans une expertise médico-légale, lorsqu'il s'agit de déterminer si la mort a été causée par l'acide arsénieux, il faut, après avoir fait avec soin l'autopsie, et, quand c'est possible, avoir pris note des symptômes observés avant la mort, rechercher, par l'analyse chimique, si les matières contenues dans l'estomac et les intestins, ainsi que les organes du cadavre, renferment de l'arsenic; et, pour cela, il faudra détruire la matière organique par un des procédés que je viens de décrire, puis essayer la liqueur dans un appareil de Marsh. Il ne suffit pas que cette liqueur fournisse de l'arsenic pour conclure que la mort doit être attribuée à l'action de l'acide arsénieux. On s'exposerait à commettre des erreurs graves si l'on procédait aussi légèrement. Des objections nombreuses peuvent être faites, nous ne nous occuperons que de celles qui sont fondées.

A. *L'arsenic provient des réactifs employés soit pour faire marcher l'appareil, soit pour détruire la matière organique.*

Examinons successivement ces réactifs.

Acide sulfurique. Acide chlorhydrique. Potasse. — Ces substances peuvent renfermer de l'arsenic. L'expert ne doit donc les employer qu'après les avoir essayées. Voici comment doit être fait l'essai : Si l'acide sulfurique ne doit être employé qu'en petite quantité, il faut essayer dans l'appareil de Marsh une quantité double de celle qu'on présume nécessaire; si l'acide doit servir à la carbonisation, ou autrement en grande quantité, il faut saturer par la potasse 400 grammes d'acide préalablement étendu d'eau distillée, et introduire dans l'appareil de Marsh la liqueur surnageant les cristaux de sulfate de potasse. Si on n'obtient pas d'arsenic, c'est que l'acide sulfurique et la potasse sont purs. Au contraire, dans le cas où cette liqueur renfermerait de l'arsenic, il faut vérifier s'il vient de l'acide ou de la potasse; pour cela, on recommencerait l'expérience en substituant à l'acide sulfurique, pour saturer la potasse, de l'acide chlorhydrique déjà essayé et reconnu pur. Si cette fois la liqueur surnageant les cristaux de chlorure de potassium ne renfermait pas d'arsenic, il est évident que l'arsenic obtenu dans le premier essai provient de l'acide sulfurique. Cet essai, comme vous voyez, sert pour la potasse, l'acide sulfurique, et vous indique aussi le moyen d'essayer l'acide chlorhydrique. La potasse n'a pas encore été trouvée arsenicale. L'acide chlorhydrique renferme souvent de l'arsenic; l'acide sulfurique distillé est rarement arsenical.

Acide azotique. Pour l'essayer, il n'y a qu'à le saturer par la potasse pure, décomposer l'azotate par l'acide sulfurique pur, et chauffer, après avoir ajouté de l'eau, jusqu'à ce qu'il ne se dégage plus d'acide hypo-azotique ni d'acide azotique. On lave ensuite les cristaux de sulfate de potasse avec un peu d'eau, puis avec de l'alcool concentré. Les eaux de lavage et la solution aqueuse du résidu laissé par la liqueur alcoolique évaporée à sec, sont essayées dans l'appareil de Marsh. On peut aussi évaporer l'acide à sec et dissoudre le résidu, puis essayer cette dissolution dans l'appareil.

Zinc. Il faut essayer dans un appareil de Marsh monstre deux kilogrammes de ce métal avec de l'eau distillée et de l'acide sulfurique préalablement reconnu pur. Si le zinc renferme de l'arsenic, il faut en chercher qui soit pur; il n'est pas difficile d'en trouver dans le commerce qui ne renferme pas de trace d'arsenic.

Eau distillée. Il n'est pas inutile d'en essayer un litre dans un appareil de Marsh, quoiqu'elle ne soit jamais arsenicale.

Les vases employés : *creusets de Hesse, capsules de porcelaine*,

---

depuis bien des années déjà était habitée par des bonzes et plusieurs familles cochinchinoises.

A mesure que nous gravissions avec un peu de peine les marches fatigantes qui devaient nous conduire à la pagode, nous étions surpris de trouver devant nous un luxe de végétation dont nous ne pouvions à l'avance nous faire une idée; car du rivage nous n'apercevions que quelques lianes, quelques plantes grimpantes qui circulaient à travers les fissures de la montagne. Nous avions, en effet, devant nous de grands et beaux arbres, aussi riches que ceux de la plaine, habités par une quantité de singes qui passaient leurs têtes à travers les branches pour prendre notre signalement; puis criaient, sautaient et grimaçaient en reconnaissant en nous des étrangers, surtout quand nous les menacions de nos fusils; plus loin, c'étaient des cactus, des aloès, etc. A mesure que nous montions, visiteurs étonnés et contents des merveilles de cette nouvelle nature, nous étions à notre tour visités par une troupe de Cochinchinois de tout âge, de toute laideur, habitants un peu ennuyés de ces montagnes isolées, que la curiosité attirait sur nos pas : ils nous regardaient, puis touchaient nos vêtements, ou bien nous montraient du doigt et causaient entre eux en riant. Que se disaient-ils? probablement ce que nous disions d'eux nous-mêmes, que nous étions de vrais barbares, nous qui avions le goût assez bizarre et assez dépravé pour préférer les dents blanches *comme celles du chien*, les lèvres roses, les ongles et les cheveux courts, aux belles dents noires, aux lèvres couleur de sang, aux ongles longs et pointus des Cochinchinois. Arrivés à une plate-forme, nous nous trouvons arrêtés par un mur d'une faible élévation et une porte peu hospitalière, car nous la voyons se fermer à notre approche, et c'est inutilement que nous faisons signe aux Cochinchinois que nous désirons pénétrer dans l'intérieur de cette enceinte. Comme on ne nous répondait pas et que nous n'avions pas fait cette longue excursion précisément pour rester à la porte, quelques-uns de nos matelots qui nous accompagnaient escaladèrent la muraille au grand ébahissement des habitants, et nous donnèrent eux-mêmes l'entrée qu'on voulait nous refuser. Nous vîmes alors devant nous la plus belle pagode de la province, avec sa toiture en porcelaine vernie, ses niches habitées par de hideuses statues en bois ou en pierre, ses murailles couvertes, comme toujours, de longs caractères chinois; mais ces pagodes n'avaient plus désormais rien de nouveau pour nous. C'était toujours le même cachet d'originalité avec lequel nous commencions un peu à nous familiariser.

Mais ce qui mérita réellement d'attirer notre admiration à tous, c'est une superbe grotte dans laquelle nous pénétrâmes avec quelques difficultés. L'entrée en est gardée par de gigantesques statues aux formes bizarres, au costume plus bizarre encore, gravement assises sur des animaux fantastiques et qui sont placées là pour empêcher les malins esprits de pénétrer dans l'intérieur de la grotte, convertie elle-même en pagode. En descendant quelques marches rapides, on se trouve dans une vaste caverne creusée par la nature au milieu de cette haute montagne de marbre. Je crois qu'on a été un peu au-dessous de la vérité en lui donnant pour dimensions 120 pieds de hauteur sur 80 de profondeur. Au sommet de la voûte, de laquelle pendent une foule de grosses lianes, comme autant de serpents suspendus en l'air, on voit une large ouverture qui laisse arriver la lumière dans l'intérieur de cette vaste caverne; de cette même voûte descendent, en forme de stalactites, des blocs de marbre sur lesquels tombent des pinceaux de lumière aux couleurs variées; tandis que du fond l'on voit s'élever de petites pyramides qui, dans l'ombre, paraissent autant de fantômes. Un autel, destiné au dieu de la pagode, est placé au milieu de la grotte; à côté se trouve une simple statue de bois, ornée de cierges et de chandeliers rouges, et devant laquelle brûlent des parfums et viennent s'agenouiller les bonzes, gardiens de ce lieu sacré. Notre guide ne manqua pas de nous faire remarquer à 30 pieds environ du sol deux lingots d'or incrustés dans le roc et offerts aux divinités du lieu par le roi Mig-man, lors d'un pèlerinage qu'il fit un jour à cette pagode.

Avant de quitter ces montagnes, nous fîmes comme nos prédécesseurs, nous inscrivîmes nos noms sur ces nouvelles tables de marbre, que la postérité, sans doute, ne respectera pas aussi longtemps que celles de Moïse, puis nous montâmes sur le point le plus élevé, d'où l'on découvrait un vaste horizon et devant nous la mer immense, qui inspire toujours à l'homme et au marin surtout des pensées mêlées d'admiration et d'un peu de tristesse. Nous reprîmes bientôt la route qui nous avait conduits à ces rochers isolés, et le soir nous nous retrouvions à bord de notre frégate, emportant d'agréables souvenirs de notre intéressante excursion.

Dr J. Lecoq.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Ébauche d'un plan de météorologie médicale, par M. le docteur Henri Guinier. In-8° de 168 pages. Montpellier, chez Pitrat.

Leçons sur la scrofule, professées par M. le docteur Piorry, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie de médecine, etc., recueillies par M. le docteur Duriau, chef de clinique de la Faculté. In-8° de 14 pages. Prix, 50 c. Paris, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23.

flacons et tubes de verre, verres à expériences, bouchons, ne donnent jamais d'arsenic, par les manipulations que comportent nos recherches. Il faut seulement avoir soin de les laver à l'eau alcaline, puis à grande eau, afin qu'ils ne puissent pas retenir des restes d'une préparation arsenicale qui y aurait été introduite précédemment.

Lorsque quelque réactif renferme de l'arsenic, ce qu'il y a de mieux, c'est d'en chercher un autre qui soit exempt d'arsenic. Il est facile de se procurer à cet état de pureté toutes ces substances, excepté l'acide azotique et l'acide chlorhydrique. Je me bornerai donc à vous indiquer les moyens de purifier ces deux derniers réactifs. Pour l'acide chlorhydrique, il faut le faire traverser par un courant d'acide sulfhydrique, et abandonner cet acide en vases clos pendant plusieurs semaines, à la lumière diffuse ou directe. A l'aide d'un siphon on enlève la partie limpide, qu'on filtre ensuite sur l'amiante, et on ramène cet acide affaibli par l'acide sulfhydrique au même degré de saturation en y faisant arriver un courant d'acide chlorhydrique préparé avec du sel blanc fondu et de l'acide sulfurique pur.

Pour l'acide azotique, il faut le distiller sur l'azotate d'argent.

Il va sans dire qu'il ne faut pas employer ces réactifs ainsi purifiés sans les avoir essayés de nouveau.

(*La fin à un prochain numéro.*)

MÉNINGITE AIGUE SUIVIE D'ÉPANCHEMENT. — GUÉRISON.

Par M. le docteur Hiard.

Mardi 3 juin 1857, Marie, jeune enfant de vingt-deux mois, *grande*, fortement constituée, est prise tout à coup des symptômes suivants : cris et convulsions suivis de somnolence. Ces cris, ces convulsions se reproduisent au moindre contact et sont remplacés par la torpeur quand on cesse de toucher la malade.

Peau chaude, surtout au front et à l'épigastre ; froid glacial des extrémités inférieures jusqu'au-dessus des genoux, ventre gros, ballonné ; plaques diphthéritiques dans la cavité buccale et au pharynx ; toux gutturale ; pouls fréquent et intense.

Lorsqu'on demande à la petite malade si elle veut boire, elle ouvre les yeux et approche avec avidité les lèvres du vase contenant la boisson qu'on lui présente, boit et se rendort aussitôt sans proférer la moindre parole.

Un de nos confrères qui nous avait précédé de quelques heures dans la matinée avait prescrit une potion vermifuge à laquelle des commères avaient ajouté de l'éther. Ni alors ni depuis il ne parut pas de vers.

Il devint évident pour nous qu'il y avait eu erreur de diagnostic et que nous avions à combattre une méningite aiguë.

Un lavement de miel donna une selle assez copieuse et détendit un peu l'abdomen, semblant amener un peu d'amélioration. Cette amélioration ne s'étant pas soutenue, vers les neuf heures du soir du même jour nous proposâmes des sangsues *aux pieds*. Elles ne furent appliquées que le lendemain matin, et modifièrent sensiblement la tension abdominale, l'état du pouls et la chaleur générale, quoique la somnolence, la chaleur du front et de l'épigastre restassent au même point.

Le soir de ce jour (4 juin), un vésicatoire au mollet, sinapismes aux pieds, chauds et avec moutarde pure. Ces sinapismes, gardés pendant six heures, quoique faits avec de la moutarde excellente, ne produisent ni douleur ni vestige de mouvement.

Le lendemain, 5 juin, le vésicatoire a pris ; mais les sinapismes n'ont produit qu'une rougeur à peine sensible. L'état fébrile et les autres symptômes persistent avec la même intensité que la veille, mais à un plus faible degré qu'au début. — Saignée du bras de 60 grammes.

Trois heures après la saignée, le pouls s'affaisse, devient petit, précipité ; la torpeur augmente ; la malade ne se réveille plus ; le collapsus est complet ; toute la peau devient cyanosée ; les ongles sont littéralement couleur bleu d'indigo, la respiration est anxieuse, la transpiration de l'agonie commence à poindre : tout annonce une fin prochaine.

Après avoir vivement frictionné la malade avec eau-de-vie camphrée, nouveau vésicatoire à la jambe, nouveaux sinapismes aux cuisses, pendant qu'avec une compresse, que nous trempons à chaque instant tantôt dans l'eau sédative, tantôt dans de l'eau froide ordinaire, nous faisons couler le liquide qui l'imbibe environ de la hauteur de 40 centimètres sur le front et sur la tête, sans que la malade témoigne la moindre sensation au contact de l'eau ordinaire ; tandis que, sous l'influence de l'eau sédative, elle se remue quelque peu en poussant des gémissements.

Au bout de trois heures la petite malade témoigne par des mouvements que les sinapismes produisent de l'effet.

Les ongles et la peau sont moins cyanosés ; le pouls devient plus sensible : on enlève les sinapismes. Les douches sont du reste continuées jusqu'au lendemain, mais d'une manière moins soutenue à mesure que la réaction fait des progrès.

Ce jour, 6 juin, la malade a perdu la chaleur excessive du front et de l'épigastre ; le ventre n'est plus que faiblement ballonné ; le facies présente une pâleur remarquable ; il y a carus complet, avec résolution des membres et contracture des doigts. La malade ne fait pas de mouvement lorsqu'on la pince. La chaleur de la peau est douce, quoiqu'un peu vive et partout égale ; le pouls fort, régulier, résistant, d'une fréquence modérée, la respiration entière. Enfin, la réaction (fièvre déterminée par les révulsifs qui ont conjuré l'agonie) est bonne, pleine, et malgré ce fait matériel, l'épanchement fait espérer le salut de la malade.

Pour soutenir cette réaction, livrant l'épanchement aux ressources de la nature et au travail du dernier vésicatoire, qui avec le saindoux seul a suppuré jusqu'à convalescence, dès le lendemain la malade est mise au bouillon et au lait, qu'elle prend journellement sans conscience aucune, comme tette un enfant qui vient de naître.

Le carus complet et ce cortége symptomatique durent douze jours. Ce n'est qu'au bout de ce temps que la petite malade ouvre machinalement les paupières pour faire voir des yeux sans expression. Plus tard, elle remue quelque peu les membres. Ce n'est que vers le trentième jour qu'elle paraît comprendre ce qu'on lui dit ; vers le quarantième qu'elle articule quelques mots ; vers le cinquantième que, soutenue par les aisselles, elle peut faire quelques pas, et dans ce moment, quoique la malade sous l'influence d'une alimentation graduée ait à peu près repris tout son embonpoint comme toute son intelligence, la marche est encore légèrement vacillante.

Durant la maladie, il y a eu une excoriation du sacrum ; la plaie a été pansée avec du diachylon.

La toux gutturale qui s'était manifestée dès le début ne s'est effacée que vers le trente-cinquième jour avec les plaques diphthéritiques, disposition contre laquelle le miel en lavements et par la bouche ont paru exercer la meilleure influence.

EXTRACTION D'UNE ÉPINGLE

introduite dans l'œsophage dans des conditions qui rendaient cette opération extrêmement difficile.

Par M. Delfraysse (de Pradines), ancien médecin des armées, etc.

Je fus appelé, il y a quelque temps, auprès de la dame B..., de Douelle, pour essayer d'extraire une grosse épingle en laiton qu'elle avait avalée par accident, et qui provoquait de graves désordres au moment de mon arrivée dans la maison.

Cette personne, âgée d'environ trente-deux ans, tenait une épingle à la bouche, pendant qu'un mauvais plaisant se glissant furtivement derrière elle, lui ferma les yeux avec la main. La jeune femme, qui ne s'attendait pas à cet acte de familiarité, renversa la tête en arrière en jetant un cri de frayeur, et l'épingle descendit aussitôt dans le gosier ; de grands efforts de vomissement suivirent l'inglutition de ce corps étranger, et les assistants épouvantés employèrent tous les moyens possibles pour le favoriser, dans l'espoir d'obtenir son expulsion. Néanmoins, l'épingle ne fut pas vomie, et la dame B... se plaignit bientôt d'une vive sensation de déchirement dans la profondeur du pharynx et de l'œsophage. Les mucosités expulsées étaient rougies d'un peu de sang, et la respiration devint anxieuse et précipitée ; la fièvre ne tarda pas à survenir, et fut bientôt accompagnée d'un sentiment de strangulation et d'étouffement produit par la douleur et le gonflement des tissus gutturaux, qui menaçaient la malade d'une prochaine suffocation.

Cet ensemble d'accidents et de symptômes constatés, je ne vis qu'une indication urgente et rationnelle, celle d'extraire immédiatement le corps étranger qui donnait lieu à ces graves phénomènes. Je cherchai donc à me fixer sur sa véritable position à l'aide d'une sonde appropriée à la forme anatomique des parties que je me disposais à explorer, et après quelques tâtonnements infructueux, mon instrument rencontra la tête de l'épingle vers le tiers supérieur de l'œsophage. Mais en essayant de la percuter légèrement, soit pour éviter une méprise, soit pour ne pas la pousser dans l'estomac, je m'aperçus qu'elle était immobile, et que chaque mouvement de percussion imprimait aux tissus voisins une sensation de douleur qui intéressait spécialement cet organe.

Craignant alors que sa pointe ne fût entrée dans les chairs, j'introduisis une longue pince à anneaux un peu courbée sur ses bords pour saisir la tête du corps étranger, ce qui me fut facile ; mais quand je voulus exercer des tractions un peu fortes pour tâcher de l'entraîner au dehors, la malade jeta les hauts cris, et je sentis une résistance qui m'avertit de ne pas insister avant d'en avoir précisé les causes. J'examinai donc les parties avec une nouvelle attention, et je fus bientôt convaincu que la pointe de l'épingle pénétrait profondément dans les chairs, qu'elle s'y enfonçait de bas en haut, et que, loin d'obtenir son extirpation en tirant directement en haut sur sa tête, elle s'implantait de plus en plus dans l'épaisseur des tissus du gosier. Ce fait positivement constaté fut un trait de lumière pour le manuel opératoire ; je compris aussitôt qu'après avoir saisi la tête de l'épingle avec ma pince je devais la pousser en bas au lieu de la tirer en haut.

Ce procédé que je mis immédiatement à exécution fut employé avec un succès complet ; l'épingle fut saisie et enlevée sans aucune difficulté, et en peu de jours il ne resta aucun vestige des accidents que sa présence avait déterminés. Une application de sangsues, un gargarisme et quelques topiques mucilagineux suffirent pour obtenir ce résultat.

On ne peut expliquer le cas dont il s'agit et ceux qui pourraient lui ressembler qu'en supposant que l'épingle, d'abord descendue dans l'estomac, fût ensuite ramenée dans l'œsophage par les efforts de vomissement, et que sa pointe, marchant en avant, s'implanta dans l'épaisseur de cet organe par les secousses et les contractions musculaires que sa présence devait infailliblement provoquer.

Quoi qu'il en soit, cette observation offre une particularité qui doit la rendre intéressante : c'est l'implantation de l'épingle dans les chairs du gosier avec la tête en bas et la pointe en haut. Une telle position exposerait l'opérateur à des manœuvres fausses et dangereuses chaque fois qu'elle serait méconnue, ce qui doit toujours obliger le praticien à bien constater sa direction avant de manœuvrer pour l'extraire.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 décembre 1857. — Présidence de M. Michel Lévy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le médecin en chef de l'hôpital militaire thermal de Bourbonne (Haute-Marne), concernant les maladies au traitement desquelles les eaux minérales de cette localité ont été appliquées pendant l'année 1856 ;

2° Un rapport de M. le docteur Guenault, médecin de l'arrondissement de Semur (Côte-d'Or), sur une épidémie de fièvre muqueuse qui a régné dans la commune de Thénissey (canton de Flavigny) ;

3° Un rapport de M. le docteur Cassan, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Albi (Tarn), sur une épidémie de petite vérole qui a régné à Albi dans l'année 1857 (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Michel, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Strasbourg, adresse un mémoire sur le traitement des névralgies par les sections des nerfs. (Commissaires, MM. Laugier, Huguier et Larrey.)

— M. le docteur Abeille adresse une note sur un nouvel appareil destiné à maintenir, au moyen de griffes, dans un rapport exact, les surfaces de fragments osseux dans la fracture de la rotule, de manière que la réunion eût lieu par un cal linéaire. (Commissaire, M. Malgaigne.)

— M. Charles Tellier adresse un mémoire sur un appareil nouveau destiné à indiquer la quantité d'oxygène contenu dans l'air ambiant. (Commissaires, MM. Bussy, Guérard et Soubeiran.)

— M. le docteur Séailles adresse une note sur une modification qu'il propose pour les pessaires. (M. Cazeaux, rapporteur.)

— Après la lecture de la correspondance, l'Académie se forme pour quelques instants en comité secret. A 3 heures 40 minutes la séance est reprise.

— M. le président annonce à l'Académie que la séance publique annuelle aura lieu mardi prochain.

LECTURES.

Nouvel appareil de contention des hernies. — M. DUPRÉ lit un mémoire sur un nouveau système de contention herniaire dont il est l'auteur, et qui est représenté par un bandage construit par M. Robert.

Après avoir fait l'examen critique des deux principes sur lesquels a reposé jusqu'ici la construction des variétés nombreuses de bandages herniaires, M. Dupré indique dans les termes suivants le mécanisme de son nouveau moyen de contention :

« Ayez, dit-il, un bâton transversalement appliqué en avant du bassin sur une ou deux pelotes à contention herniaire, tirez les deux bouts de ce bâton en arrière de chaque côté des hanches ; n'est-il pas évident que vous avez là un nouveau système de bandage ayant sa modalité spéciale, et dont l'action ne peut être comparée ni à la striction circulaire des ceintures ni à la pression des ressorts dans le sens antéro-postérieur. »

L'auteur fait passer sous les yeux de l'Académie des modèles destinés à la contention des hernies inguinales. Ce système est également applicable aux hernies crurales, ombilicales, et on peut même constituer, d'après lui, la ceinture hypogastrique. (Commissaires : MM. Jobert, Cloquet et Malgaigne.)

Morve farcineuse chronique. — M. H. BOURDON, médecin de l'hôpital Lariboisière, lit une observation de morve farcineuse chronique terminée par la guérison, suivie de considérations sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de cette maladie. (Voir l'extrait que nous en donnons plus haut.)

Le travail de M. Bourdon est renvoyé à une commission composée de MM. Rayer, Hervez de Chégoin et Bouley.

Anatomie et physiologie des acarus. — M. DELAFONT lit en son nom et au nom de M. Bourguignon la deuxième partie de leur travail sur l'acarus. Cette deuxième partie a pour objet des généralités sur l'anatomie et la physiologie des animalcules de la gale de l'homme et des animaux.

— A cinq heures moins quelques minutes, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. le trésorier sur sa gestion.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Si les bruits qui sont parvenus jusqu'à nous sont exacts, le comité secret, qui a eu lieu hier au commencement de la séance, aurait eu pour objet un incident regrettable qui s'est passé dans les bureaux de l'Académie.

Un chirurgien bien connu par plusieurs inventions remarquables, et dont le nom se rattache à la plus belle découverte chirurgicale de notre temps, la lithontripsie, après quelques explications assez vives, se serait porté à des voies de fait envers M. le secrétaire perpétuel. L'Académie, informée de cet événement, aurait décidé, dans son comité secret, que le chirurgien dont il s'agit serait à l'avenir exclu de la salle des séances. On va même jusqu'à dire que des suites plus graves pourraient être données à cette affaire.

— La mort vient encore de frapper une victime dans les rangs du corps médical toulousain : M. le docteur Sainte-Colombe a succombé, le 17 novembre, à la suite d'une longue et douloureuse maladie ; il était à peine âgé de cinquante ans.

— M. le docteur Gaussail, professeur à l'École de médecine de Toulouse, a été nommé médecin de l'École normale primaire de cette ville, en remplacement de M. Sainte-Colombe, décédé.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nouvelles recherches cliniques sur la paralysie générale.

Lorsque M. Bayle eut fait connaître, en 1822, dans sa thèse inaugurale, une maladie restée jusqu'alors inconnue, l'aliénation avec paralysie générale, et après qu'il en eut donné une description complète dans plusieurs publications, la plupart de ses propositions furent contestées, l'exactitude de ses descriptions fut mise en doute, et les opinions les plus diverses furent soutenues sur la cause organique de cette affection. Mais après quelques années, des faits nouveaux, recueillis par de nouveaux observateurs et par quelques-uns des médecins même qui avaient manifesté le plus de dissidence, sont venus confirmer la plupart des résultats constatés par ce savant confrère : l'individualité de la maladie, ses causes, aboutissant toutes à la congestion encéphalique, ses signes caractéristiques, l'aliénation et la paralysie générale, marchant concurremment, la nature spéciale du délire, les trois périodes distinctes de la maladie, etc. Aussi M. Delasiauve put-il dire avec vérité (*Gazette des Hôpitaux* du 25 juin 1857) que les écrits postérieurs à la thèse de M. Bayle n'en étaient pour ainsi dire qu'une paraphrase.

Il restait cependant, et il reste encore des points controversés dans l'histoire de cette affection. Un jeune médecin dont nous avons été à même d'apprécier le savoir, M. Linas, ancien interne de Charenton, vient de consigner dans sa thèse inaugurale les résultats de nouvelles recherches cliniques qu'il a faites dans cet établissement, et il a saisi cette occasion d'examiner quelques-unes des questions en litige.

La paralysie générale des aliénés, ou mieux l'aliénation paralytique, est-elle l'effet d'une inflammation méningo-encéphalique? comme le pensent MM. Bayle, Delaye, Calmeil, Parchappe, Archambault, etc., ou bien est-ce une affection purement nerveuse du cerveau, comme le prétendent MM. Lelut, Aubanel, Thore et d'autres aliénistes distingués? Voilà la question. L'anatomie pathologique a déjà fourni la réponse.

M. Bayle a ouvert 100 cadavres d'aliénés paralytiques. Il a trouvé les méninges de la convexité des hémisphères opaques, épaissies, injectées, énormément résistantes, infiltrées de sérosité, souvent couvertes de granulations ou de fausses membranes, adhérentes dans la moitié des cas à divers points des circonvolutions cérébrales, qui étaient injectées et ramollies dans ces endroits.

M. Calmeil a publié 47 observations avec ouverture des cadavres. On y rencontre les mêmes altérations déjà observées par M. Bayle, avec quelques différences toutefois relatives aux proportions de ces altérations, et sur lesquelles nous reviendrons.

Les nouvelles recherches de M. Linas viennent confirmer ces observations. Il a ouvert, pendant son séjour à Charenton, 114 cadavres de paralytiques. Voici les lésions qu'il signale :

Dans 12 cas, le réseau de la pie-mère extraordinairement injecté ; la masse cérébrale littéralement abreuvée de sang avec une teinte des parties grises périphériques et centrales, qui variait du rouge intense au violet foncé lie de vin.

Dans 28 cas, en plus des lésions précédentes, des adhérences plus ou moins étendues entre la face profonde des méninges et les circonvolutions.

Dans 74 cas, les méninges infiltrées, opaques, épaissies et résistantes, à la manière d'une fibreuse ; la substance corticale, tantôt violacée, tantôt jaunâtre et décolorée, suivant le degré de la paralysie, toujours ramollie, diminuée d'épaisseur, adhérant le plus souvent à la face profonde des méninges, et s'arrachant par lambeaux plus ou moins épais, plus ou moins étendus ; la substance blanche centrale, tantôt piquetée, sablée, imbibée d'un sang rutilant, tantôt marbrée de sugillations de couleur variable ou abreuvée de sérosité ; les circonvolutions amaigries, et l'ensemble de la masse cérébrale plus ou moins atrophiée.

Dans 13 cas, ces lésions coïncidaient avec un ou plusieurs foyers d'encéphalite locale, distincts de l'encéphalite diffuse par leur mollesse pulpeuse, leur couleur tantôt rosée, tantôt grisâtre ou blanc jaunâtre, et par leur épaisseur plus considérable.

Dans 25 cas, les altérations propres à la paralysie générale se trouvaient associées à des épanchements soit séreux, soit sanguins, avec développement de fausses membranes dans la cavité de l'arachnoïde.

Dans 8 cas, enfin, il y avait des foyers hémorrhagiques plus ou moins anciens compliquant les lésions ordinaires de l'encéphalo-méningite diffuse.

Ces altérations ne diffèrent en rien, comme on le voit, de celles qui ont été décrites par MM. Bayle, Calmeil et Parchappe. On a ainsi, en réunissant les résultats des recherches de M. Linas à celles de ces observateurs, un chiffre imposant d'autopsies d'aliénés paralytiques qui présentent toutes sans exception les traces évidentes d'une inflammation chronique des centres nerveux. Voilà un fait qu'il n'est plus possible de mettre en doute, et dont on ne saurait affaiblir la valeur par quelques faits négatifs.

Mais si l'on s'accorde communément sur l'extrême fréquence de ces lésions dans la paralysie générale, on ne s'accorde plus aussi bien, ainsi que le fait remarquer M. Linas, sur le point de départ et le siége précis de ces lésions à leur origine, sur leur proportion ou leur prédominance respective.

Toutefois, hâtons-nous de dire que la dissidence qui existe à cet égard entre MM. Bayle et Calmeil, dont les opinions sont principalement mises en cause, n'est pas aussi profonde que cela semblerait résulter des termes dont se sert M. Linas. Ainsi, d'après notre jeune confrère, tandis que M. Bayle attribuait la paralysie générale *exclusivement* à la phlegmasie chronique de l'arachnoïde et de la pie-mère, M. Calmeil lui reconnaissait pour cause anatomique essentielle une altération inflammatoire de la couche périphérique du cerveau, compliquée le plus souvent de méningite. Pour la vérité historique, nous devons dire que l'opinion de M. Bayle sur ce point n'est pas tout à fait aussi exclusive que le prétend ici M. Linas; il suffirait pour le démontrer de rapprocher de ce texte cette phrase que M. Linas emprunte quelques lignes plus loin au *Traité des maladies du cerveau* : « L'espèce d'aliénation que j'ai (M. Bayle) décrite dans ce volume est l'effet de l'irritation ou de l'*inflammation* de la substance grise, qui dérange immédiatement les fonctions du cerveau. Cette irritation et cette inflammation sont à leur tour, le résultat direct de l'inflammation chronique des méninges, laquelle commence par leur face interne ou cérébrale, » etc. M. Bayle a été plus loin, il a longuement décrit dans ce même ouvrage les caractères de cette encéphalite superficielle, à laquelle il attribue tous les symptômes spasmodiques de la maladie, et il a indiqué par des chiffres le rapport de fréquence de cette encéphalite consécutive avec la méningite chronique. Il est loin, comme on le voit, de nier l'encéphalite. Pour lui comme pour M. Calmeil, il y a *méningo-encéphalite* chez les aliénés paralytiques. Il ne subsiste donc de dissidence réelle qu'en ce que pour M. Bayle la méningite serait primitive et l'encéphalite consécutive; tandis que ce serait le contraire qui aurait lieu pour M. Calmeil. Ajoutons que pour M. Calmeil, l'altération dont il s'agit, d'abord circonscrite à la substance corticale du cerveau et aux méninges, est essentiellement diffuse de sa nature et qu'elle peut envahir secondairement toutes les parties centrales de la masse encéphalique. Mais le savant médecin en chef de Charenton n'a pas voulu laisser la question dans ces termes encore un peu vagues et indécis; poussant plus loin ses investigations et suppléant par le microscope à l'insuffisance des renseignements fournis par la vue simple, il est arrivé, d'après M. Linas, à des résultats nouveaux qui méritent assurément d'être pris en sérieuse considération.

« A quelque degré de la maladie que M. Calmeil ait eu l'occasion d'étudier un cerveau de paralytique, dit M. Linas, il y a trouvé invariablement, à l'aide du microscope, les modifications histologiques de la phlogose, signalées pour la première fois par Gluge, et si bien décrites par M. Lebert..... A une première période : augmentation de vascularité, et le sang arrêté, coagulé dans les vaisseaux distendus et tortueux ; à une période plus avancée : transsudation à travers leurs parois d'un liquide qui, d'abord séreux et rougeâtre, ne renferme que la matière colorante du sang dissoute ; puis dépôt dans ce liquide, par une espèce de précipitation organique, de grands *globules granuleux*, qui, mêlés à des *granules moléculaires* et à des globules de sang, forment d'épaisses traînées le long des vaisseaux, écartent et compriment les fibres nerveuses. Celles-ci ne tardent pas à s'altérer, etc. »

Voilà où en sont aujourd'hui les termes du débat sur cette question d'anatomie pathologique pendante depuis plus de trente ans. Ces résultats de l'examen microscopique apportent sans aucun doute un important appui à la manière de voir de M. Calmeil. Mais on comprendra que nous devions suspendre tout jugement à cet égard jusqu'à ce que ces nouveaux travaux aient été publiés.

La paralysie générale peut-elle se présenter à l'état aigu? M. Linas résout affirmativement cette question par des faits rapportés dans sa thèse. Nous pourrions y ajouter un témoignage de plus par un fait dont MM. Ferrus, Baillarger et Brierre de Boismont ont été témoins avec nous il y a quelques années, et qui fut remarquable par la marche excessivement rapide et la forme émi

BIBLIOGRAPHIE.

Traité expérimental et clinique d'auscultation appliquée à l'étude des maladies des poumons et du cœur; par le docteur BEAU, médecin de l'hôpital Cochin (1).

Ce livre n'est pas un livre nouveau dans l'acception la plus rigoureuse du mot. En effet, il se compose de la réunion de nombreux mémoires faits par l'auteur dans l'espace de vingt ans (de 1834 à 1853) sur l'auscultation, à l'état de santé et à l'état de maladie, des organes contenus dans le thorax; mais une particularité dont tout d'abord on reste frappé, c'est, malgré les longs intervalles qui ont séparé les publications de ces travaux partiels, la parfaite homogénéité du tout. On voit qu'une idée d'ensemble dominait le sujet dans l'esprit de l'auteur, que chaque mémoire était en quelque sorte un chapitre du livre que nous avons sous les yeux, et l'on comprend que, dès les premiers moments, M. Beau avait l'intention de réunir ces éléments divers et d'en faire un corps d'ouvrage.

Depuis l'époque où elles furent soumises au jugement du monde médical pour la première fois, ces recherches ont dû de toute nécessité subir des modifications importantes et des additions nombreuses. Les découvertes incessantes auxquelles, même encore aujourd'hui, après les beaux travaux de la première moitié de ce siècle, conduisent l'observation et l'expérience, ont forcément influé, si légèrement que ce soit, sur les premières interprétations de M. Beau; mais l'idée principale est restée la même; et, loin de détruire aucune partie essentielle de l'édifice, le temps, ce grand maître, est venu sur beaucoup de points qui paraissaient douteux, consolider les doctrines du novateur.

Si donc, comme nous le disions au commencement de cet article, le fond du livre actuel n'est pas absolument nouveau, il a conservé du moins le cachet d'originalité qui faisait un des principaux mérites de chacun des mémoires qui le constituent, et il a pour but, pour nous servir des expressions même de l'auteur, « de reproduire différents » faits qui se rattachent de près ou de loin à l'auscultation, et qu'il a » signalés à diverses époques de sa vie scientifique. »

Tous ceux qui ont suivi avec quelque attention les progrès de la science depuis une vingtaine d'années, savent avec quelle vivacité, pour ne pas dire plus, ont été attaquées les idées émises par M. Beau, les explications théoriques qu'il en a déduites, et qui sont, pour beaucoup, directement en opposition avec celles que partageaient et que prônaient des hommes qui s'étaient posés comme les princes de la science Il en est, de ces hommes, qui l'ont attaqué avec peu de ménagements et d'égards; et cependant, aujourd'hui, qu'est-il arrivé? c'est que plusieurs d'entre eux, inventeurs à la suite et superbement parés, comme le geai du fabuliste, de plumes qui ne leur appartenaient pas, ont vu arriver de leur vivant la postérité pour leurs volumineuses compilations et pour leurs collections fastidieuses d'observations, tandis que les prétendus *paradoxes* de M. Beau ont fait leur chemin et sont maintenant adoptés comme l'expression de la vérité par la plupart des écrivains sérieux de la jeune génération; Valleix, de regrettable mémoire, MM. Hardy et Béhier, dans leur remarquable traité de pathologie interne, dont les volumes, lentement élaborés, sont attendus avec une si vive impatience, acceptèrent et défendirent la nouvelle théorie des mouvements et des bruits du cœur, et celle des bruits respiratoires; MM. Raige Delorme, Cazeaux, Aran, les ont admises plus ou moins complétement; tout récemment encore, le jeune auteur d'un bon *traité de pathologie générale*, M. Bouchut, dont l'ouvrage passera bientôt sous notre plume, a brillamment exposé dans la partie séméiologique de son œuvre les interprétations nouvelles auxquelles il se rallie le plus souvent. En faut-il davantage pour prouver d'une manière péremptoire que M. Beau n'était pas coupable d'une si criminelle monstruosité en attaquant, par exemple, la théorie de Rouanet sur les bruits du cœur ?

On ne s'attend pas que, pour des doctrines aussi connues que celles de M. Beau, nous allions les passer en revue; un compte rendu n'est pas une leçon clinique, et que pourrions-nous dire qui n'ait pas été cent fois répété par des observateurs du plus haut mérite? Nous nous contenterons d'indiquer l'ordre que l'auteur a suivi dans l'exposé de ses recherches et dans les applications qu'il en a faites à l'interprétation des phénomènes morbides.

Le *Traité d'auscultation* se divise naturellement en deux grandes

(1) Un vol. in-8° de 625 pages. Chez J. B. Baillière et fils.

nemment aiguë de la maladie. Toutefois, cette marche aiguë de la maladie est rare et évidemment exceptionnelle.

Les rapports des symptômes physiques et des symptômes intellectuels dans la paralysie générale ont ensuite fixé l'attention de M. Linas. De l'étude très-attentive à laquelle il s'est livré sur ce sujet, il tire cette conclusion, qui n'est plutôt qu'un doute ou un aveu d'ignorance, mais qui est l'expression fidèle de la vérité, savoir : qu'il est difficile de décider si la paralysie générale débute par les symptômes somatiques ou par les symptômes intellectuels, l'invasion de la maladie ayant paru marquée tantôt par la lésion mentale seulement, tantôt par les troubles musculaires et l'altération psychique simultanément.

Quant à la nature du délire et à sa forme spéciale, nous allons retrouver encore ici de nouvelles dissidences.

M. Bayle avait annoncé que l'aliénation paralytique était accompagnée d'idées ambitieuses dominantes. Ce caractère a été reconnu dès le principe par la plupart des aliénistes, par Georget d'abord, et ensuite par MM. Baillarger, Calmeil, Delasiauve, Moreau, Archambault, etc. Il a été contesté depuis, il est vrai, du moins dans sa généralité, par MM. Parchappe, Trélat, Lasègue, et par M. Calmeil lui-même. Il est très-vrai, d'après le témoignage des savants aliénistes que nous venons de citer, que cette forme de délire n'est pas constante, qu'elle n'est par conséquent pas rigoureusement *spécifique* de la paralysie générale. Dans quelques cas, le délire a revêtu la forme lypémaniaque ; pour notre compte, nous avons eu l'occasion d'observer, il y a quelques années, un cas dans lequel le délire avait manifestement ce dernier caractère. Loin d'être dominé par des idées d'ambition et de grandeur, le malade était en proie à un délire dépressif, se traduisant par des craintes, des défiances, des soupçons envers toutes les personnes qui l'entouraient, et qu'il accusait hautement de vouloir lui nuire et perdre son avenir. Mais il ne nous en paraît pas moins réel que la forme ambitieuse est la plus commune, et qu'elle constitue un des caractères les plus habituels de l'affection dont il s'agit.

M. Linas, en traitant cette opinion de paradoxe, nous semble avoir réagi d'une manière un peu exagérée contre une opinion qui a pu pécher elle-même par l'exagération, mais qui n'en reste pas moins établie sur la majorité des cas. Du reste, M. Linas, tout en admettant plusieurs formes de délire chez les aliénés paralytiques, la forme monomaniaque, la forme lypémaniaque et la forme maniaque, reconnaît lui-même que la première forme caractérisée par le délire des grandeurs est la plus commune.

M. Linas a entrepris une série de recherches intéressantes sur l'état de la sensibilité dans la paralysie générale et sur quelques symptômes particuliers de cette affection, à l'occasion desquels nous aurions à relever également de nombreuses dissidences avec l'un des médecins aliénistes qui se sont le plus occupés dans ces derniers temps de l'étude de cette affection. Nous regrettons que le défaut d'espace ne nous permette pas de nous arrêter plus longtemps sur ce travail, dont nous nous plaisons d'autant plus à reconnaître tout le mérite, que nous nous sommes vu dans la nécessité de combattre sur quelques points les opinions de son auteur.

Excision de l'os maxillaire supérieur pratiquée pour extraire un polype volumineux de la base du crâne.

M. le docteur A. François, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu d'Abbeville, a bien voulu nous communiquer les détails de l'opération importante qu'il a pratiquée dans cette ville, et qui a été l'objet d'une intéressante communication faite dans l'une des dernières séances de l'Académie. Bien que l'opération dont il s'agit ne soit pas sans précédent dans les annales de la chirurgie, elle ne nous en a pas moins paru digne d'être portée à la connaissance de nos lecteurs. Son intérêt propre s'accroît d'ailleurs des réflexions judicieuses qu'elle a suscitées à notre honorable confrère.

Un jeune homme de seize ans, des environs d'Abbeville, d'une bonne constitution, et n'ayant jusqu'alors jamais été malade, s'aperçut pour la première fois, il y a environ trois ans, d'une gêne dans la respiration du côté de la fosse nasale gauche. Il s'en préoccupait peu, lorsque, il y a dix-huit mois, il alla consulter M. François, qui reconnut alors à la partie antérieure de la narine gauche une tumeur peu volumineuse, indolente, d'un blanc rosé, saignant au moindre attouchement. Une opération fut proposée ; mais le jeune malade s'y refusa.

Au mois de mai dernier, il se présenta de nouveau à la consultation, se plaignant d'éprouver depuis un certain temps et à diverses reprises, des épistaxis assez abondantes pour provoquer la syncope. Un nouvel examen fit constater une augmentation de la tumeur. La voûte palatine était déprimée ; le doigt, cependant, porté derrière le voile du palais, n'arrivait pas jusqu'au polype.

M. François diagnostiqua alors un polype fibreux inséré sur la paroi interne du sinus maxillaire. Une ligature fut placée aussi profondément que possible à l'aide du serre-nœud de M. Charrière ; mais à la chute de la partie étranglée, on vit clairement qu'un prolongement du polype avait seul été compris dans la ligature. Il devenait évident, dès lors, qu'une opération plus sérieuse devait être pratiquée. Les parents s'y refusèrent. Cependant le malade ayant eu, du 1er mai au 24 septembre, des épistaxis d'une abondance et d'une fréquence telles que ses jours en étaient menacés, les parents effrayés demandèrent une consultation. MM. les docteurs Vésignié, Dumont, Bernier, Vion, Dubois fils furent appelés. Le malade présentait alors l'état suivant :

La tumeur est d'un volume beaucoup plus considérable ; elle fait saillie en dehors de la narine ; la joue gauche est plus volumineuse ; la paroi interne du sinus maxillaire est saine et résistante ; pas d'exophthalmie ; l'œil a conservé ses fonctions. La cloison est fortement déviée à droite ; la voûte palatine est bombée du côté gauche, ainsi que le voile du palais. Le doigt, porté dans l'arrière-gorge, perçoit deux prolongements de la tumeur, libres, sans adhérences. Il est impossible, par cette manœuvre, qui provoque un écoulement de sang abondant, de reconnaître ses points d'attache. La tumeur obstruant hermétiquement la narine, s'oppose, de ce côté, à toute exploration.

Les médecins appelés confirment le diagnostic de M. François, et reconnaissent à l'unanimité l'urgence d'une opération.

La tumeur étant très-vasculaire, il fut décidé qu'on ferait la résection de l'os maxillaire supérieur, espérant ainsi enlever la tumeur en l'enveloppant dans un cercle d'os.

L'opération fut pratiquée le 28 septembre, en présence des consultants et de quelques autres confrères. Nous laissons M. François lui-même décrire la manière dont il a procédé :

« Une incision courbe part de la fosse temporale gauche pour aboutir à la commissure des lèvres ; le lambeau ainsi formé est relevé en rasant l'os jusqu'à l'arcade orbitaire ; l'os maxillaire est largement mis à nu. La scie à chaîne, passée à l'aide d'un stylet recourbé, dans la fente sphéno-maxillaire, divise l'os malaire directement d'arrière en avant. L'apophyse montante est promptement coupée par la gouge et le maillet ; l'impossibilité absolue de passer le moindre instrument entre la tumeur et le plancher des fosses nasales d'une part, d'autre part la crainte d'une hémorrhagie, me forcent à attaquer la voûte palatine du côté opposé à la tumeur. La cisaille de Liston, après l'extraction préalable des incisives, suit le côté droit de la cloison, et coupe rapidement l'apophyse palatine. Pour ménager la tumeur, le voile du palais est divisé dans sa longueur. L'os ainsi isolé cède facilement à la traction. Nous reconnaissons alors qu'il n'est nullement adhérent à la tumeur, qui reste tout entière fixée à la partie supérieure des fosses nasales d'un côté, d'autre part à l'apophyse ptérygoïde du côté gauche, en troisième lieu à l'apophyse basilaire.

» Pour éviter l'hémorrhagie et surtout l'application du cautère actuel à la base du crâne, ne croyant pas à une tumeur de nature maligne, je prends la résolution de procéder par arrachement. Je porte les doigts dans l'ouverture produite par l'opération ; je tâche de les passer derrière le premier point d'attache ; la tumeur cède, et je l'enlève bientôt complétement en terminant par l'insertion la plus large, l'insertion ptérygoïdienne. Dans ce dernier temps, l'artère maxillaire interne déchirée donna lieu à une hémorrhagie considérable, qui fut promptement et facilement arrêtée par la ligature.

» Six points de suture entortillée ont rapproché les lèvres de la division. »

Le soir de l'opération, le malade était bien, sans réaction fébrile.

Le lendemain, 29 septembre, sensibilité vive de l'œil, et fièvre traumatique.

Le 1er octobre, la suppuration commence à s'établir.

Le 3, on enlève l'épingle supérieure. Les autres épingles sont enlevées le 5. La plaie est bien réunie, excepté à la partie supérieure.

Le 9 octobre, les bords de la cicatrice étant légèrement écartés, on applique trois points d'une suture que M. François désigne sous le nom de suture sèche et dont nous parlerons tout à l'heure.

Le 13, on enlève la suture sèche ; la plaie est bien affrontée.

Quelques jours après, on s'aperçut qu'un écoulement à peu près continu d'un liquide visqueux, incolore, avait lieu par la plaie. Cet écoulement augmentait par les mouvements de mastication, par l'introduction dans la bouche de corps sapides. Le point par lequel le liquide s'échappait correspondait à peu près au niveau de la première molaire. Des cautérisations répétées (cinq à six fois) mirent fin en peu de temps à cet écoulement.

A dater de ce moment, la guérison fut complète.

La tumeur, que M. François a bien voulu mettre sous nos yeux, offre toutes les apparences d'une tumeur fibreuse. Vue dans son ensemble, elle affecte la forme d'une pyramide triangulaire à sommet dirigé en avant, à base regardant en arrière. La face interne contiguë à la cloison est à peu près plane ; la face inférieure, qui déprimait la voûte palatine, est légèrement convexe ; quant à la face interne, c'est une série d'anfractuosités, de saillies mamelonnées qu'il serait impossible de décrire.

L'os maxillaire enlevé ne présente aucune déformation extérieure. Le sinus maxillaire est presque complétement effacé ; la paroi interne du sinus a disparu en totalité ; l'os maxillaire, refoulé de dedans en dehors, semble aplati dans ce sens.

L'erreur de diagnostic commise avant l'opération nous paraît parfaitement expliquée par l'évolution de la tumeur que nous venons de décrire. Insérée au sommet du pharynx, cette tumeur se développe d'abord rapidement en avant, remplit les fosses nasales et se montre (par le sommet de la pyramide) à l'ouverture antérieure de la narine gauche. Puis ce n'est que consécutivement qu'elle déprime le voile du palais et qu'il est permis au doigt passé dans l'arrière-gorge de la sentir, et encore sans atteindre ses points d'insertion. Il était donc très-difficile dans le principe de préciser le diagnostic. Nous ferons remarquer toutefois que depuis les recherches de M. Nélaton sur le mode d'infection le plus ordinaire de ces polypes, les erreurs de ce genre devront être plus facilement évitées à l'avenir.

M. François a donné la préférence dans cette opération à l'incision courbe de M. Velpeau, qui lui a paru largement suffire pour attaquer les différentes attaches du maxillaire supérieur, et qui a d'ailleurs parfaitement réussi dans ce cas.

Toutefois cette observation démontre que ce procédé ne met pas toujours à l'abri d'une fistule salivaire. Mais est-ce bien le canal de Sténon qui a été intéressé? N'est-ce pas seulement une des glandules qui se trouvent dans son voisinage? La facilité avec laquelle la fistule a disparu sous l'influence de simples cautérisations avec le nitrate d'argent, porte à croire que la lésion n'a porté que sur l'une de ces glandes.

On a vu dans le cours de cette observation que la tumeur avait cédé aux efforts de traction, et qu'elle avait ainsi été amenée en entier au dehors. La section avec le bistouri, outre qu'elle n'eût pas été sans danger, aurait exposé davantage à une perte de sang, qui dans cette circonstance eût constitué un grave danger. C'est encore là l'application d'un précepte que M. Nélaton manque rarement de recommander.

M. François signale enfin une circonstance qui l'a, dit-il, toujours frappé. Malgré la division du voile du palais, la déglutition fut constamment facile. Immédiatement après l'opération, le ma-

---

sections, consacrées, l'une à l'examen des phénomènes fournis par les poumons, l'autre à l'examen de ceux qui se produisent dans l'appareil respiratoire.

Dans la première partie, deux autres divisions : bruits des organes respiratoires considérés en eux-mêmes, à l'état normal et à l'état pathologique, et revue des maladies du système respiratoire étudiées sous le rapport de l'auscultation.

Rappellerons-nous à cette occasion, et comme point de départ, que d'après M. Beau le murmure vésiculaire n'est autre chose que le retentissement dans la colonne d'air, tour à tour montant et descendant dans l'appareil respiratoire, du bruit guttural résultant du refoulement de cette colonne d'air contre le voile du palais ou contre les parties voisines? explication qui, malgré les ingénieuses expériences de l'auteur et ses nombreuses observations sur l'homme vivant, n'a pas encore été généralement adoptée, mais n'a pas été non plus combattue victorieusement et sans retour. Certes, il faut le dire, on est bien un peu fondé à ne pas admettre exclusivement l'explication du médecin de l'hôpital Cochin, mais il n'en est pas moins vrai que les auteurs qui depuis Laënnec ont examiné cette question, n'ont peut-être pas non plus suffisamment tenu compte de ce retentissement.

Comme ce premier bruit physiologique, tous les phénomènes pathologiques ont été étudiés par M. Beau avec le plus grand soin, et dans un grand nombre des symptômes qui caractérisent les maladies de l'appareil respiratoire, canaux aérifères et parenchyme pulmonaire, il a trouvé des raisons tout au moins plausibles, souvent incontestables, à notre avis, du mécanisme suivant lequel ils se produisent. Nous ne nous y arrêterons pas ; il faudrait un volume pour les examiner, et pour le petit nombre de nos lecteurs qui ne les connaissent pas suffisamment, nous ne saurions mieux faire que de les renvoyer à l'ouvrage original.

Mais un point sur lequel nous voulons attirer un moment l'attention, c'est sur la dyspnée asthmatique, que M. Beau regarde comme constamment produite par un obstacle que l'air rencontre en traversant les canaux bronchiques, et jamais comme un phénomène nerveux. Les raisons données par M. Beau sont certainement très-concluantes dans beaucoup de cas ; mais comment, s'il en est toujours ainsi, trouver la cause de ces bizarreries si fréquentes dans la douloureuse affection dont nous parlons? Comment se fait-il, par exemple, que tel asthmatique soit toujours pris d'accès de suffocation terribles lorsqu'il habite tel ou tel pays, et voie cesser ou tout au moins diminuer les accidents lorsqu'il passe dans une autre localité? M. Chomel citait fréquemment dans ses cours un malade qui était subitement pris d'accès d'étouffement lorsqu'il se trouvait dans le voisinage de la Seine, et nous-même nous avons vu cette année une jeune dame, bien portante du reste, que le séjour à Fontenay près Paris rendait tellement malade qu'elle dut complétement renoncer à y demeurer pendant la belle saison, comme elle avait coutume de le faire chaque année. Ne devons-nous pas, de ces singularités, conclure qu'il y a quelquefois aussi dans cette affection un élément nerveux qui échappe à nos investigations et se joue de nos moyens thérapeutiques?

Dans la partie du livre où il est traité des bruits du système circulatoire, pour l'explication desquels, nous l'avons déjà dit, les médecins les plus recommandables sont d'accord avec M. Beau, nous signalerons comme un des chapitres les plus importants celui dans lequel l'auteur, examen fait des causes qui produisent les bruits artériels, passe en revue les maladies où l'on constate ces bruits.

On sait que pour M. Beau la production du bruit de souffle ou de diable que l'on observe dans les carotides, n'est pas due à la diminution de la quantité du sang dans le système circulatoire, mais bien à une augmentation de la masse de ce fluide, modifié seulement dans sa qualité, c'est-à-dire contenant beaucoup plus de sérosité. Aussi veut-il que l'on range en deux classes bien distinctes les affections que l'on a jusqu'à présent réunies dans une même classe, sous le nom d'affections anémiques.

Dans une première, on comprendra les anémies, suites immédiates de pertes sanguines abondantes, décrites ainsi par l'auteur : Une soustraction notable du sang produit à l'instant même la pâleur de la face, la décoloration des tissus ; le pouls est plus petit qu'avant la perte de sang ; *il n'y a pas de bruits anormaux artériels*. Les éléments du sang restant conservent leurs proportions normales ; les symptômes précédents tiennent uniquement à ce que la quantité de la masse sanguine est au-dessous de l'état normal.

Mais après un certain temps, qui varie suivant l'abondance de la perte de sang (quelques heures, un jour, deux jours), le pouls acquiert plus de volume, il devient même beaucoup plus plein qu'avant la déperdi-

lade a pu avaler quelques cuillerées de vin, et quelques jours après il mangeait des potages.

Suture sèche.

Dans la relation de l'observation qui précède, nous avons parlé d'un mode de suture que M. le docteur François a mis en usage chez son opéré, et qu'il a désigné sous le nom de suture sèche.

Nous devons quelques explications à nos lecteurs sur cette suture. M. François commence par déclarer que cette suture n'est pas de son invention; elle appartient à son collègue, M. le docteur Vésignié, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Abbeville. En voici la description :

L'appareil se compose de bandelettes, de fils, d'épingles ordinaires, de fils cirés et de collodion. La plaie est parfaitement nettoyée et rasée. L'opérateur prend un nombre de bandelettes double de celui qu'il croit devoir placer dans une direction verticale à la solution de continuité. Chaque bandelette est armée d'une épingle qui part d'un de ses bords et perpendiculairement à sa longueur, pour sortir du côté opposé. Cela fait, le chirurgien applique à 1 centimètre de la plaie, à l'aide du collodion, chaque bandelette, qui sera plus ou moins longue, suivant la région et la profondeur de la lésion, perpendiculairement à la solution de continuité, de manière que l'épingle lui soit parallèle.

Il est aussi indispensable que chaque bandelette soit placée exactement vis-à-vis celle qui lui correspond pour éviter, les deux côtés étant symétriques, le froncement de la plaie. Le collodion solidifié, le chirurgien fait rapprocher les bords de la division et il engage sur ses épingles un fil, comme on le fait à peu près dans la suture entortillée.

Voici quels sont les avantages que MM. François et Vésignié attribuent à cette suture : d'abord elle est simple et applicable partout; car, suivant la région, on donnera plus ou moins de longueur aux bandelettes, sans diminuer en rien la solidité de l'appareil; sa traction est puissante, et il est facile avec elle d'amener les bords d'une plaie, dont l'écartement est considérable, à un contact parfait; elle est facile à renouveler sans douleur, et enfin elle est exempte de tous les reproches faits, souvent avec juste raison, aux autres moyens contentifs.

ÉTUDES

sur les tumeurs adénoïdes du sein.

CES TUMEURS SONT-ELLES CONSTITUÉES PAR UN TISSU DE NOUVELLE FORMATION, OU PAR UN LOBULE HYPERTROPHIÉ DE LA GLANDE MAMMAIRE?

Observation propre à éclairer cette question,

Par M. le docteur G. Goyrann (d'Aix).

Les anciens confondaient sous les noms de squirrhe et de cancer toutes les tumeurs solides du sein non susceptibles de résolution. Dupuytren, qui n'établissait pas encore entre ces tumeurs de distinction précise, avait cependant remarqué, — et je lui ai souvent entendu faire cette observation, — que les cancers ou kystes du sein étaient peu sujets à récidive. Évidemment, parmi les tumeurs qu'il prenait pour des cancers enkystés, il y avait beaucoup d'adénoïdes.

A. Cooper, plus avancé sous ce rapport qu'on ne l'était de son temps en France, décrivit très bien la maladie dont nous nous occupons aujourd'hui sous le nom de *tumeur mammaire chronique*. C'est cette même affection qui fut décrite en 1844 sous le nom de tumeur fibreuse du sein par M. le professeur Cruveilhier (1), qui, sans doute, n'avait pas lu avec beaucoup d'attention le chapitre d'A. Cooper relatif à la tumeur mammaire chronique ; car il disait que les corps fibreux dont il entretenait l'Académie n'avaient pas été mentionnés par le chirurgien anglais dans son traité des maladies du sein. Or, que l'on compare la description de la tumeur mammaire chronique d'A. Cooper à celle des corps fibreux de la mamelle de M. Cruveilhier, et on restera convaincu que les deux auteurs ont décrit la même maladie sous des noms différents.

(1) Mémoire lu à l'Académie royale de médecine le 9 janvier 1844.

Tous les deux ont signalé la disposition lobulée, la situation ordinairement superficielle, l'extrême mobilité, le caractère toujours bénin de la tumeur; les études anatomo-pathologiques de M. Cruveilhier viennent même à l'appui de l'opinion d'A. Cooper sur la nature de cette affection ; car, au lieu de l'organisation en couches concentriques propre au tissu fibreux accidentel, M. Cruveilhier a trouvé ces prétendus corps fibreux formés de granulations globuleuses, groupées entre elles, juxtaposées. Il est vrai qu'il a cru voir là des granulations fibreuses; mais cette disposition granuleuse se rencontre-t-elle ordinairement dans les corps fibreux ?

Le savant professeur de Paris avança que les corps fibreux constituaient une des lésions les plus fréquentes de la mamelle, qu'ils étaient incapables de dégénération cancéreuse ;

Que leur extirpation ne pouvait être motivée que par l'incommodité résultant de leur poids et de leur volume.

Ces doctrines, si différentes de celles qui avaient cours à cette époque, donnèrent lieu à une mémorable discussion, à laquelle prirent part presque tous les chirurgiens de l'Académie. Cette discussion animée, dans laquelle on entendit Amussat, Blandin, Lisfranc, Gerdy, Roux, M. Velpeau, prouva qu'il y avait beaucoup d'exagération dans les propositions de M. Cruveilhier, que s'il pouvait se développer des tumeurs fibreuses au sein, au moins elles y étaient très-rares. Il fut également admis alors qu'on ne possédait pas les éléments d'un diagnostic assez sûr entre les affections cancéreuses et les tumeurs bénignes du sein, pour que sur les signes indiqués par M. Cruveilhier, le chirurgien pût déposer l'instrument en présence d'une tumeur prétendue bénigne.

Mais si le travail du professeur d'anatomie pathologique et la discussion à laquelle ce mémoire a donné lieu n'ont pas amené immédiatement de grands changements dans la pratique, ils ont éveillé l'attention des chirurgiens sur ce point, et ont été le point de départ du progrès incontestable qui s'est réalisé dans les dix années qui ont suivi, et dont on se fera une juste idée par la lecture attentive du beau livre de M. le professeur Velpeau sur les maladies du sein (1854).

L'illustre professeur de la Charité a observé un grand nombre de fois la maladie dont nous nous occupons en ce moment, et l'a décrite avec la plus grande exactitude; c'est lui qui lui a donné le nom d'adénoïde, nom qui rappelle seulement son aspect glandiforme, et qui ne préjuge rien sur sa nature.

Après les travaux de M. Velpeau, cette production morbide ne peut plus être confondue avec aucune autre; mais quelle est la nature de cette production? Est-elle formée par l'hypertrophie d'un lobule de la mamelle, ou par un tissu de nouvelle formation? On n'est pas d'accord sur ce point.

A. Cooper, A. Bérard, Vidal (de Cassis), M. Nélaton, M. Lebert, voient dans l'adénoïde une hypertrophie d'un lobule de la glande mammaire, et leur opinion est fondée sur la ressemblance, l'identité d'organisation qui existe entre la tumeur et la glande mammaire; elle est fondée sur ce fait, que la tumeur se continue par un prolongement avec le tissu de la glande mammaire.

MM. Cruveilhier et Velpeau voient dans l'adénoïde une tumeur de nouvelle formation. Ces médecins nient la continuité du tissu de la tumeur avec celui de la glande mammaire, prétendant que la tumeur peut toujours être détachée par énucléation sans que le tissu mammaire soit entamé.

Quant à l'analogie de structure, M. Velpeau l'explique par une loi d'anatomie pathologique en vertu de laquelle les tissus accidentels tendent à revêtir les caractères des tissus normaux au milieu desquels ils se développent. Mais ici il y a plus que ressemblance ou analogie, il y a, d'après les données microscopiques, identité d'organisation. Il est vrai que M. Velpeau n'a pas une foi entière aux révélations du microscope.

Mais voilà les partisans des deux opinions en désaccord sur un fait matériel, savoir : si les adénoïdes sont ou non continues au tissu de la glande mammaire. Suivant les uns, cette continuité de tissu serait constante; suivant les autres, elle n'existerait jamais : les adénoïdes seraient toujours isolées par un kyste complet.

De cette dissidence entre des maîtres de cette valeur, ne pourrions-nous pas déjà conclure que les deux dispositions différentes doivent se rencontrer ? Il en est positivement ainsi : il y a cinq ou six ans, j'extirpai à l'hôpital d'Aix, en présence de mon regrettable ami Vidal, une adénoïde du volume d'une petite noix, dont la mobilité en tous sens était telle que nous la croyions entièrement isolée ; cependant elle tenait à la glande mammaire par un pédicule qu'il fallut couper pour la détacher; et, comme notre attention était fixée sur ce point, nous étudiâmes ce pédicule, que nous trouvâmes formé par du tissu mammaire normal, et se continuant avec l'adénoïde, dont le kyste était interrompu au point d'implantation de ce prolongement sur la tumeur. D'un autre côté, la grosse tumeur qui fait le sujet de l'observation qu'on va lire était entièrement isolée par son kyste.

D'où vient cette différence ? En voici peut-être l'explication : je crois que dans l'origine, et tant que l'adénoïde est petite, ses rapports de continuité avec la glande mammaire existent; mais quand elle grossit beaucoup, en s'écartant les éléments de la partie de la tumeur qui tient au pédicule distendent le tissu cellulaire qui unit la portion hypertrophiée de la mamelle à son pédicule, et le tissu cellulaire ainsi tiraillé, allongé et comprimé, finit par passer à l'état membraneux, et former entre le lobule hypertrophié et son pédicule, qui ne participe point à l'hypertrophie, une couche celluleuse continue au reste de l'enveloppe de la tumeur, et celle-ci se trouve ainsi complétement enkystée.

En résumé donc, on est d'accord sur la symptomatologie des adénoïdes, sur leur diagnostic différentiel, sur leur pronostic et leur thérapeutique, et on est en dissidence sur leur nature. La grande ressemblance, l'identité de structure qui existent entre la tumeur et le tissu normal de la glande mammaire, jointes à la continuité de tissu entre la glande mammaire et l'adénoïde, qu'on peut ordinairement constater dans l'opération ou la dissection, constituaient sans doute de grandes preuves en faveur de l'opinion de l'hypertrophie; mais il m'a été donné d'observer un fait qui me paraît lever tous les doutes. J'ai constaté la sécrétion du lait par une tumeur adénoïde; or, je ne sache pas que jamais l'analogie de structure entre un parenchyme et le tissu de nouvelle formation qui se développe dans ses interstices ait pu aller jusqu'à cette identité de fonction. Voici le fait :

Tumeur adénoïde du volume de la tête d'un adulte sécrétant du lait ; extirpation de l'adénoïde, conservation de la glande mammaire.

Mme A..., âgée de trente-deux ans, d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution, habituellement bien portante, avait, il y a sept ou huit ans, dans un effort qu'elle fit pour soulever un corps pesant, ressenti une douleur dans le sein droit.

Quelques mois plus tard, elle s'aperçut de l'existence d'une tumeur dans ce sein. La tumeur existait depuis un an quand je fus consulté. Elle était alors du volume d'une noisette, dure, très-mobile, tout à fait indolente, située superficiellement vers la partie supérieure de la mamelle, et semblait tout à fait isolée de la glande mammaire. Les menstrues étaient régulières, il n'existait aucun dérangement fonctionnel. Les différents fondants employés alors et depuis furent toujours sans résultat. La tumeur resta absolument dans le même état pendant quatre ou cinq ans. Je conseillai enfin à Mlle S... de ne plus s'en occuper. Je dis même à sa famille que le mariage serait plutôt favorable que dangereux, pensant qu'une grossesse et l'allaitement pourraient amener la résolution de la tumeur.

Cette personne se maria, en effet, en 1853. Bientôt elle devint enceinte, et, dans les six derniers mois de sa grossesse, sa tumeur prit un développement énorme.

Appelé vers le milieu de février 1854, vingt jours après l'accouchement, quel fut mon étonnement quand je trouvai, au lieu de la petite tumeur que j'avais vue autrefois, une masse sphérique aussi grosse qu'une tête d'adulte, surmontée d'une bosselure du volume d'une petite orange! La tumeur était dure, mais ce n'était pas là la dureté du squirrhe; on n'y trouvait nulle part la mollesse, la fausse fluctuation de l'encéphaloïde; elle ne se distinguait pas de la glande mammaire, elle était extrêmement mobile sur la paroi thoracique. Le mamelon était situé vers le haut du quart inférieur de cette masse; sa saillie était diminuée. Le sein, ainsi envahi et déformé, sécrétait cependant du lait en assez grande quantité.

Un examen plus détaillé me fit reconnaître les particularités suivantes : Sur les deux tiers supérieurs de la tumeur, la peau pouvait être pincée, soulevée en un pli mince; le tissu cellulaire qui la fixait à cette partie de la masse était extensible, lamelleux, dépourvu de graisse. Mais sur les parties inférieures et latérales de cette masse, à partir d'un peu au-dessus du mamelon, cette membrane ne pouvait plus être pincée de cette manière; elle était doublée de tissu adipeux, et, dans ces points-là, la tumeur n'avait plus la dureté anormale des parties supérieures, mais présentait une consistance qui donnait l'idée du parenchyme mammaire. Du reste, la transition du premier état au second n'était indiquée par aucune ligne de démarcation extérieure.

La peau qui recouvrait la bosselure supérieure était épaissie, brunie par une vascularisation veineuse. De grosses veines sous-cutanées

---

tion sanguine, et *à dater de ce moment, on entend les bruits anormaux dans les artères.* La plénitude du pouls et les bruits artériels paraissent tenir tout à la fois à ce que, par suite d'une réparation rapide et surabondante du sérum, la masse sanguine est en somme plus considérable qu'avant la perte de sang; cet état serait donc une polyémie, mais une polyémie séreuse. Ajoutons que, tandis que le premier état, celui d'anémie vraie, a une courte durée, le second, au contraire, celui de polyémie séreuse, peut se prolonger fort longtemps, des semaines, des années.

Cette distinction entre l'anémie, considérée absolument, et la polyémie séreuse avec *aglobulie* est certainement une des choses les plus importantes sur lesquelles on ait appelé l'attention des savants dans ces derniers temps, et M. Beau l'a développée avec le plus rare talent, en déduisant les considérations les plus importantes au point de vue pratique. On lira donc avec un vif intérêt les détails dans lesquels il entre sur les affections dans lesquelles on observe ces bruits artériels caractéristiques.

On a déjà compris toutes les conséquences thérapeutiques qui découlent de cette observation, et combien il est essentiel, dans les affections de la seconde classe, de ne point soumettre à un régime débilitant les sujets qui en sont atteints. Pour un grand nombre de maladies, la chose est prouvée depuis longtemps, telles que la chlorose, l'hystérie, l'hypochondrie, la cachexie saturnine, l'état particulier qui accompagne la grossesse, etc.

Mais pour beaucoup d'autres affections dans lesquelles M. Beau a été le premier à établir l'existence constante de ces bruits, les fièvres, les maladies éruptives, les pyrexies intermittentes, les hydropisies, les empoisonnements, le service rendu à la thérapeutique par l'auteur est incontestablement plus grand encore. Cette constatation des bruits artériels dépendant d'une polyémie séreuse dans la fièvre typhoïde, par exemple, démontre au plus haut degré le contre-sens, nous dirions volontiers le contre-bon-sens que l'on commet en lui appliquant la méthode antiphlogistique; de même pour le choléra, et, on nous permettra d'y insister avec force, pour la suette miliaire, contre le traitement antiphlogistique de laquelle nous ne cessons de nous élever depuis plus de huit années. Nous avons réellement ressenti un vif bonheur de voir confirmer par la théorie d'un observateur aussi éclairé que M. Beau, les résultats déduits par nous, en 1849 et en 1854, de l'analyse et de l'observation des faits.

Mentionnons encore le chapitre consacré à un phénomène jusqu'à lui mal observé et mal décrit, l'*asystolie*, dont la valeur dans les maladies du cœur a été établie d'une manière péremptoire par M. Beau, et qui l'a conduit à une interprétation toute autre que celle généralement admise sur l'action de la digitale. On sait que l'habile médecin de l'hôpital Cochin considère cette plante, non comme un sédatif, mais comme un stimulant spécial du système cardiaque.

En réunissant en un corps d'ouvrage les mémoires épars et publiés à diverses époques qu'il a composés sur les divers points de l'auscultation, mémoires devenus rares, et si recherchés cependant par les travailleurs, M. Beau a rendu un véritable service, non pas seulement aux théoriciens purs, mais aussi et principalement aux praticiens, et nous ne saurions mieux en faire l'éloge qu'en disant : Ce volume est un ouvrage *révolutionnaire*, en prenant ce mot dans son acception la plus large et la plus élogieuse; *révolutionnaire*, comme l'ont été à d'autres époques et à d'autres points de vue les livres de Bichat; comme l'ont été aussi plus tard ceux de Broussais, ce grand génie sur lequel tant de gens s'acharnent aujourd'hui, sans réfléchir que c'est à lui qu'ils doivent d'avoir appris à observer.

Dr A. Foucart.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Éléments de physiologie de l'homme et des principaux vertébrés, répondant à toutes les questions physiologiques du programme des examens de fin d'année, par M. le docteur Béraud, prosecteur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux de Paris, ancien interne des hôpitaux, etc., revus par M. Ch. Robin, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. 2 vol. grand in-8° de 1,444 pages. Prix, *franco*, 12 fr. Chez Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

se voyaient autour de ce point. Cette énorme masse morbide n'était le siége d'aucune douleur ; elle était seulement gênante par son poids et son volume.

L'état sain de la peau, sa mobilité sur tous les points de la tumeur, l'absence de douleur, de tout engorgement ganglionnaire dans l'aisselle et tous les muscles pectoraux, la consistance de la tumeur, le souvenir de l'état où je l'avais vue pendant plusieurs années, excluaient l'idée du cancer ; la sécrétion du lait par le sein malade, la consistance des tissus sous-cutanés dans les régions inférieures et latérales, me faisaient penser que la glande mammaire n'était ni dégénérée ni atrophiée, mais qu'elle était seulement déplacée, comprimée, éparpillée, et qu'ainsi aplatie elle était fortement appliquée sur les parties inférieures et latérales de l'adénoïde, par la peau excessivement tendue.

Mme A... avait allaité jusqu'à ce moment, et son enfant prenait le sein droit presque aussi bien que le gauche. Je fis discontinuer la lactation. La malade fut mise à l'usage d'une boisson nitrée ; je lui donnai quelques purgatifs salins. La sécrétion du lait diminua bientôt ; elle était à peu près supprimée le 10 mars ; mais la tumeur n'avait pas cessé de s'accroître. J'opérai le 13 mars, quarante-troisième jour après l'accouchement, vingt-deuxième jour après la cessation de l'allaitement. MM. les docteurs Guirau et Silbert assistaient à l'opération.

Je voulus procéder de manière à pouvoir conserver la glande mammaire, s'il y avait lieu, si, ainsi que je l'espérais, cet organe non altéré dans sa texture était seulement comprimé et étalé au-dessous et sur les côtés de la tumeur. La peau avait été tellement distendue, qu'il fallait absolument, sous peine d'avoir des lambeaux très-gênants, sacrifier une partie de celle qui recouvrait la tumeur.

Je traçai, d'abord, sur la moitié supérieure de la tumeur par une incision semi-circulaire un grand lambeau cutané à base supérieure, que je destinais à couvrir la surface de la plaie. Pour me donner plus de facilité dans ma dissection, je fis partir de chaque extrémité de cette grande incision une incision droite, qui fut conduite sur le côté correspondant de la tumeur jusqu'à la hauteur de la partie moyenne du lambeau supérieur. Ainsi se trouvaient tracées, en même temps que le grand lambeau supérieur, les deux cornes d'un lambeau de peau en forme de croissant que je voulais enlever avec la tumeur. Les deux incisions latérales devaient à la fin être réunies en une grande ligne courbe au-dessous de la tumeur, ou au-dessous du mamelon, suivant que l'état où je trouverais les parties me paraîtrait exiger que la masse totale fût enlevée, ou permettre que la glande mammaire fût conservée.

Le lambeau supérieur fut détaché par une dissection rapide. La peau qui le formait était attachée à la bosselure de la tumeur par un tissu cellulaire assez dense, mais elle n'y adhérait pas et n'était pas altérée dans son tissu. Ce lambeau détaché, je disséquai de haut en bas les deux angles cutanés latéraux. J'isolai ensuite la tumeur à sa partie supérieure. Arrivé à sa face postérieure, quelques coups de bistouri suffirent pour la détacher. Mes aides me rendirent la dissection plus facile en repoussant en haut la masse morbide. La tumeur, limitée par un kyste que lui formait le tissu cellulaire ambiant condensé, fut énucléée avec une grande facilité. Les deux incisions latérales furent réunies par une grande incision courbe à concavité supérieure, passant à 3 centimètres au-dessus du mamelon; enfin, la tumeur fut détachée, et je laissai en place la glande mammaire refoulée en bas et sur les côtés, bien déformée, mais non atrophiée.

Il s'écoula pendant l'opération beaucoup de sang veineux. Je n'eus à lier que trois ou quatre petites artères.

La plaie de l'opération était vaste et anfractueuse. A sa partie moyenne se trouvait, derrière la glande mammaire déformée, une dépression profonde, sans issue inférieure, dans laquelle avait été logée la partie inférieure de la tumeur. Je tâchai de corriger cette mauvaise disposition, en relevant, au moyen d'une grande bandelette agglutinative et d'un bandage approprié, la lèvre inférieure de la plaie, dans laquelle se trouvait comprise la glande mammaire, que son poids entraînait en bas.

Malgré toutes ces précautions, la guérison n'eut lieu qu'après une suppuration abondante; la cicatrisation ne fut achevée que vers le quarantième jour, et il resta une cicatrice déprimée et assez difforme, quoique presque linéaire. La peau, qui était brune au moment de l'opération, n'a jamais recouvré une couleur tout à fait normale.

Examen de la masse extirpée. — Poids, 2 kilogr. 600 gr. La tumeur est sphérique, entièrement enveloppée d'un kyste cellulo-fibreux. A l'incision, elle présente une couleur d'un gris fauve, un aspect granulé, qui est bien plus apparent encore à la surface d'une déchirure; en un mot, une grande ressemblance avec le tissu normal de la glande mammaire. On y distingue plusieurs lobes et lobules; celui que nous avons signalé à la partie supérieure de la tumeur est le seul volumineux et le plus distinct. Divisée par des incisions profondes, cette tumeur présente dans divers points des vacuoles de différentes dimensions, dont deux sont plus grandes et irrégulières. De ces cavités, les unes contiennent un liquide brunâtre, filant comme une forte solution de gomme; dans d'autres, se trouve une lymphe gélatiniforme, homogène. Quelques points sont ecchymosés; c'est que, d'après le conseil peu sage d'une sage-femme, la malade avait plusieurs fois malaxé violemment sa tumeur, espérant ainsi la faire résoudre. Nulle part il n'y a ce ramollissement, cet excès de vascularisation qu'on rencontre dans le cancer encéphaloïde, ni la coupe unie et homogène du squirrhe, ni les gouttelettes de suc cancéreux qu'on fait apparaître par la compression sur la coupe de ces dégénérescences; mais, sur les coupes pratiquées dans toutes les directions, se voient de petites ampoules ou des canaux blancs qui, ouverts avec la pointe du bistouri, donnent du lait. Ces conduits ont, à l'intérieur, tout l'aspect des membranes vasculaires. Ce sont évidemment des conduits galactophores dilatés. Ils sont en très-grand nombre; j'en compte six ou huit sur une surface de l'étendue d'une pièce de deux francs. Ils sont aussi nombreux dans toutes les parties de la tumeur. En disséquant ces vaisseaux avec soin, je les vois se diviser, se subdiviser et se terminer enfin dans des granulations. Ainsi, les conduits galactophores de la tumeur, nés par des radicules déliées de granulations bien distinctes, constituent par leur réunion des canaux assez larges et sans issue, qui dans certains points sont dilatés en ampoules.

Mme A... a eu un enfant depuis son opération ; sa position, ses affaires domestiques ne lui ont pas permis de l'allaiter; mais la fluxion laiteuse s'est faite sur le sein qui a subi l'opération comme sur l'autre.

Je ne crois pas qu'on ait observé beaucoup de faits analogues à celui dont on vient de lire la relation. La grossesse et l'allaitement amènent quelquefois la résolution des tumeurs de ce genre. (A. Cooper, traduction de Richelot et Chassaignac, pag. 521, et obs. 471). D'autres fois, ces états physiologiques sont sans influence marquée; mais on n'a pas signalé, que je sache, ce développement énorme de l'adénoïde par l'effet de la grossesse. Comment donc expliquer ce qui s'est passé chez Mme A...? C'est que, apparemment, dans la plupart des cas, l'hypertrophie porte surtout sur la trame celluleuse du lobule mammaire, et les granulations, organes sécréteurs du lait, comprimées par le tissu cellulo-fibreux anormalement développé, s'atrophient, tandis que chez Mme A... les granulations participaient à l'hypertrophie, et en étaient peut-être le siége principal. Du reste, quelle que soit la valeur de cette explication, si des faits semblables à celui que je viens de rapporter se présentaient quelquefois, au lieu de conseiller le mariage comme un remède contre les adénoïdes, on devrait énucléer ces tumeurs avant l'époque où les jeunes femmes sont exposées à devenir grosses.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 décembre 1857. — Présidence de M. BOUVIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

— A propos du procès-verbal, M. HUGUIER craint que quelques personnes ne soient induites en erreur au sujet du cancer. Contrairement à ce qui a été avancé par un des membres de la Société sur la gravité de l'épithélioma et de l'encéphaloïde, il croit à la possibilité d'une guérison radicale quand le cancer épithélial a été enlevé par une incision faite bien au delà de la tumeur.

A l'appui de son opinion, M. Huguier cite l'observation d'un cancer du maxillaire supérieur, opéré par lui, et qui resta six ans sans récidiver. Il connaît d'ailleurs des cancers des lèvres que l'opération a guéris depuis dix ou douze ans.

M. RICHARD, reprenant la thèse qu'il a précédemment soutenue, persiste à croire que les cancers de la cavité buccale ne sont pas susceptibles de guérison ; et pourtant les cancers de cette région sont le plus souvent de nature épithéliale. A la matrice, l'épithélioma n'est pas moins fréquent que l'encéphaloïde; eh bien, les cancers de la matrice récidivent constamment après l'opération. Le cancer épithélial est donc infiniment plus grave qu'on ne le dit.

M. GIRALDÈS fait remarquer que l'opinion de M. Huguier est conforme à celle qu'il a soutenue; car s'il faut enlever le cancer en portant l'incision bien au delà de la partie malade, c'est que cette forme de cancer a une grande tendance à s'infiltrer dans les tissus qui avoisinent la tumeur.

Répondant à M. Richard, M. HUGUIER dit qu'il a parlé du cancer de la peau, du *noli me tangere*, et non du cancer de la matrice et du rectum.

M. VERNEUIL distingue les cancers de la continuité de la peau de ceux qui siégent aux orifices. Les premiers n'ont pas la structure de l'épithélioma ordinaire. Il est de l'avis de M. Richard pour le cancer de la continuité de la peau; il pense comme M. Huguier pour le cancer des orifices. Sur un grand nombre d'observations de cancer de la continuité de la peau du visage, il a trouvé une trentaine de cas de cancroïdes sébacés ou sudoripares qui, pour la plupart, dataient d'un grand nombre d'années. Les *noli me tangere* sont ordinairement des tumeurs glandulaires qui se comportent comme les tumeurs hypertrophiques de la mamelle. Les cancers de la langue sont le plus souvent des hypertrophies papillaires. Autour de la tumeur principale formée par cette variété de cancer, et quelquefois assez loin d'elle, on trouve des noyaux isolés qui portent le germe de l'affection cancéreuse, ce qui explique comment la récidive se produit dans des cas où pourtant l'opération paraît avoir porté sur les tissus sains qui entourent la tumeur.

M. DEMARQUAY reconnaît que les cancers de la langue sont très-sérieux. Tous les malades qu'il a opérés ou vu opérer pendant plusieurs années ont succombé. Il espère pourtant qu'en se servant de l'écraseur linéaire on peut s'opposer à la récidive. A l'appui de cette opinion, il cite deux malades opérés par lui sous la direction de M. Monod. Chez tous les deux, il y avait des tumeurs évidemment cancéreuses qui n'ont pas encore récidivé, bien que l'opération date de deux ans chez l'un et de trois ans chez l'autre.

M. CHASSAIGNAC. Suivant lui, on a accepté trop facilement que les cancers des orifices récidivent aussi fréquemment que ceux de l'utérus et du rectum. Le nom de *noli me tangere* contribue à faire croire qu'il ne faut pas opérer cette première espèce de cancer ; mais M. Chassaignac est d'avis qu'en l'enlevant on peut espérer une guérison très-longue, sinon définitive. Un malade opéré par Roux n'eut de récidive qu'au bout de huit ans. A cette époque, M. Chassaignac lui fit une seconde opération, après laquelle l'opéré n'a ressenti aucun symptôme de sa maladie pendant sept ans. Chez un autre malade affecté d'un cancer du rectum remontant très-haut, ce n'est qu'après trois ans de bien-être qu'un peu de suintement pouvant faire craindre la récidive s'est manifesté; et certainement c'est à l'opération que ce malade doit de vivre encore.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN trouve dans le premier fait de M. Chassaignac la confirmation d'une opinion qu'il avait depuis longtemps. Il pense que le cancer s'épuise dans les récidives et se guérit ainsi. Il admet en outre que plus un cancer est ancien et plus on a de chances de le guérir. M. Hervez a vu un malade chez lequel la récidive n'eut lieu qu'au bout de quinze ans. Il se demande si le cancer a récidivé si tardivement parce que toute la partie cancéreuse avait été enlevée? Il pense qu'on pourrait tout aussi bien soutenir que quelque portion du cancer avait échappé au chirurgien, puisqu'il y a eu récidive. M. Hervez de Chégoin admet la possibilité d'une erreur de diagnostic pour le cancer du rectum, qui peut être facilement confondu avec l'hypertrophie de la membrane musculeuse de cette partie de l'intestin.

M. CLOQUET rapporte une observation qui vient à l'appui de l'opinion que MM. Chassaignac et Hervez de Chégoin viennent d'émettre sur la lenteur que certaines affections cancéreuses mettent à repulluler après l'opération. En 1832, il donna des soins, à la maison royale de santé, à une femme âgée d'environ quarante ans, qui depuis l'âge de dix-huit ans avait été opérée quinze fois, à des intervalles de temps variables, par Dupuytren, Dubois et Béclard, pour un cancroïde qui avait débuté à la joue gauche. Cette femme portait, comme traces de ces opérations multiples, une large cicatrice qui occupait la joue gauche, la face antérieure et la partie latérale gauche du cou, et s'étendait, en passant sur la clavicule, au-dessus du sein correspondant. La maladie, qui semblait guérie depuis un an, ayant repullulé au bord inférieur de la cicatrice dans l'étendue d'environ 4 centimètres, M. Cloquet enleva les parties malades avec le histouri. La cicatrisation s'opéra facilement et promptement. Six mois après l'opération, le cancer n'avait pas récidivé.

— M. MARJOLIN lit un mémoire de M. Goyrand (d'Aix), sur les tumeurs adénoïdes du sein. (Voir plus haut.)

M. GIRALDÈS trouve le fait rapporté par M. Goyrand, très-intéressant au point de vue clinique ; mais au point de vue de l'anatomie pathologique, il fait remarquer que la Société de chirurgie s'étant souvent occupée de la question de la continuité des tumeurs adénoïdes enkystées avec le tissu de la mamelle, il n'y a pas lieu de discuter le travail de M. Goyrand, qui ne pourrait en rien éclairer la discussion. A l'appui de l'opinion de M. Giraldès, M. Huguier reproche à l'observation de M. Goyrand de ne pas contenir de détails anatomiques. M. Marjolin se propose de les demander pour les joindre à l'observation, qu'il trouve intéressante au point de vue clinique.

M. CHASSAIGNAC pense que la sécrétion lactée a été considérée par l'auteur de l'observation comme une preuve de la similitude de la tumeur avec la mamelle.

CORRESPONDANCE.

M. LARREY présente à la Société, de la part de M. Monsel, pharmacien de l'hôpital militaire de Bordeaux, un mémoire ayant pour but de démontrer :

1° La priorité de la découverte de l'action hémostatique des sels de peroxyde de fer.

2° La supériorité du persulfate de fer sur le perchlorure comme agent hémostatique ou hémoplastique.

L'auteur joint à ce travail une lettre d'envoi, et l'indication des témoignages à l'appui. (Commissaires : MM. Larrey, Monod et Giraldès.)

— M. le docteur Periat, chirurgien de l'hôpital de Tournon-sur-Rhône, adresse plusieurs observations sur divers points de chirurgie et d'obstétrique. (Commissaires : MM. Chassaignac, Forget et Verneuil.)

— M. le docteur Lala adresse, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse *Sur les déplacements de l'utérus.*

PRÉSENTATION D'APPAREILS.

M. FOLLIN présente, au nom de M. Fordos, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Antoine, un appareil destiné à injecter de l'acide carbonique imprégné de chloroforme. M. le président charge M. Follin de faire un rapport sur les avantages de ce mélange anesthésique, et sur l'appareil au moyen duquel on l'opère.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 3 décembre, M. Delage, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de Lille, en remplacement de M. Chrétien, démissionnaire.

— Par arrêté du 7 décembre, M. Richard, agrégé en exercice près la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à faire, pendant l'année scolaire 1857-1858, un cours public de chirurgie dans le local de l'école pratique de la Faculté.

— Par arrêté du même jour, M. Magail, professeur suppléant à l'École préparatoire de Marseille, est nommé professeur-adjoint, hors cadre, pour la chaire d'accouchement à ladite École.

— On dirait vraiment que le corps médical parisien tient à contracter les mœurs américaines. Après la regrettable scène qui s'est passée mardi dernier dans les bureaux de l'Académie de médecine, voici ce que raconte un journal sur des scènes non moins fâcheuses, dont l'hôpital Beaujon et l'École d'Alfort auraient été le théâtre.

« Il n'est bruit que d'une lutte qui se serait passée à l'hôpital Beaujon, et dans laquelle un jeune médecin fort distingué, se croyant insulté par un chef de service, lui aurait infligé une correction à dose non infinitésimale. On dit qu'il sortira de ceci une double action judiciaire : d'abord du chef de service battu contre le jeune athlète, puis d'une réunion d'homœopathes contre une feuille médicale, dans laquelle celui-ci a inséré des articles contre l'homœopathie. — Enfin, on parle, mais à mots plus couverts, d'une altercation entre deux membres de l'Académie de médecine, qui, réunis à Alfort pour suivre des expériences relatives à la glycogénie, se seraient apostrophés en termes qui n'auraient rien de sucré. Nous ne sommes, du reste, que l'écho des *on dit.* »

LE GÉRANT.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 147. — MARDI 15 DÉCEMBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 147. — MARDI 15 DÉCEMBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 14 DÉCEMBRE 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

La séance du 7 décembre a été en grande partie consacrée à la discussion des titres des candidats à la place vacante, dans la section de chimie, par suite du décès de M. Thénard. Il n'y a eu qu'une heure seulement de séance publique consacrée au dépouillement de la correspondance et à quelques communications de membres de l'Académie étrangères aux sciences médicales. Aucune lecture n'a été faite. Parmi les pièces de la correspondance, nous n'avons à signaler qu'un seul travail qui intéresse la médecine, c'est une note de M. Pauli, médecin-major du 90e de ligne, destinée au concours pour le legs Bréant. Cette note est une addition à un précédent mémoire du même auteur sur l'emploi du tannate de fer comme succédané du quinquina et du sulfate de quinine.

Nous signalerons en outre, comme touchant à l'hygiène publique, un mémoire de M. Guérin-Méneville sur trois espèces d'insectes hémiptères du groupe des punaises aquatiques, dont les œufs servent à faire une sorte de pain connu au Mexique sous le nom de *hautlé*. Ce travail a été renvoyé à une commission déjà désignée pour l'examen d'un mémoire de M. Virlet présenté dans la précédente séance, et qui a trait à un sujet analogue.

Cette commission est composée de MM. Duméril, Elie de Beaumont et Milne-Edwards.

La liste de présentation des candidats à la place vacante dans la section de chimie a été arrêtée de la manière suivante dans le comité secret :

En première ligne, M. Frémy.

En deuxième ligne *ex æquo*, { M. H. Sainte-Claire Deville. M. Wurtz.

En troisième ligne *ex æquo*, et par ordre alphabétique, { M. Berthelot. M. Cahours.

L'élection vient d'avoir lieu au moment où nous mettons sous presse.

Sur 59 votants, M. Frémy a obtenu 45 suffrages, M. Wurtz, 7, M. Berthelot, 6, et M. Sainte-Claire Deville, 1.

En conséquence, M. Frémy a été proclamé membre de l'Académie. — Dr Brochin.

HOPITAL COCHIN. — M. BEAU.

Traitement de la fièvre typhoïde. Médication évacuante (1).

Une question fort importante et qui a été résolue de différentes manières est celle-ci : La méthode purgative, indubitablement la meilleure chez l'adulte, doit-elle être mise en usage dans la fièvre typhoïde de l'enfance?

Les observations de MM. Barthez et Rilliet tendraient à faire croire que les purgatifs seraient sans effet sensible sur la maladie, et même pourraient devenir nuisibles en enflammant le tube digestif. M. Taupin, au contraire, prend la défense des évacuants et prouve leur véritable efficacité. M. Blache, sans en faire une méthode exclusive, emploie également les purgatifs et s'en trouve bien. Quant à M. Beau, il traite les enfants comme les adultes et avec le même avantage, en proportionnant l'énergie du traitement à l'âge et à la force des sujets.

Dans l'enfance comme dans l'âge adulte, les purgatifs provoquent l'expulsion de la bile altérée, cause première de tout le mal, balayent les impuretés de l'intestin, favorisent la chute des eschares et détergent la surface des ulcérations. Ils ne sont contre-indiqués que dans les cas d'hémorrhagie intestinale, dans la crainte de renouveler l'écoulement de sang en détachant les caillots qui bouchent l'ouverture des vaisseaux.

(1) Fin. — Voir le numéro du 3 décembre.

Pour corroborer les idées émises plus haut au sujet du traitement de la fièvre typhoïde par les purgatifs, et pour justifier nos assertions sur l'efficacité de cette méthode thérapeutique, nous pourrions citer un grand nombre d'exemples recueillis à l'hôpital Cochin depuis six semaines. Nous avons noté une trentaine de cas plus ou moins graves; et, chose remarquable, sur ce nombre il n'y a pas eu un seul décès : tous ont guéri.

A cette occasion, M. Beau fait observer que l'on n'est pas généralement aussi heureux dans la pratique civile, et il croit en trouver la raison dans la plus grande susceptibilité physique et morale des malades, dans la fatigue qu'ils éprouvent des visites continuelles, des soins assidus et trop minutieux dont on les entoure. Il semble, dit-il, que ces malades ont besoin d'être un peu abandonnés comme dans les hôpitaux.

Nous nous contenterons de mentionner, parmi les observations que nous avons recueillies, quelques observations qui nous permettront de rappeler, à leur occasion, les idées pratiques émises par M. Beau dans ses conférences cliniques au lit des malades.

Premier fait. — Au n° 5 de la salle Saint-Philippe est couchée Mme A..., âgée de trente-trois ans, couturière, entrée à l'hôpital le 19 septembre. D'une constitution délicate, détériorée par les privations, elle fut prise, vers le 12 du même mois, de diarrhée, d'étourdissements et de lassitude générale. Cet état devenant plus grave, elle fut transportée à l'hôpital Cochin, présentant tous les signes d'une fièvre typhoïde violente.

Le traitement fut celui qu'emploie M. Beau dans presque to s les cas. On débuta par un vomitif qui soulagea immédiatement la malade, et dès le lendemain elle fut mise à l'usage des purgatifs. L'eau de Sedlitz paraissant lui réussir, elle en prit une bouteille tous les matins, jusque vers le vingtième jour de l'affection. Août se passa bien, mais la convalescence se prononça difficilement, sans doute à cause de la constitution détériorée du sujet. L'appétit se fit attendre, et un léger mouvement fébrile persista longtemps.

M. Beau pensa que malgré cet état, il fallait alimenter la malade en se conformant aux caprices de son estomac. Il permit donc du lait et des huîtres. L'appétit revint peu à peu; mais l'état général n'étant pas satisfaisant, on craignit quelque affection latente, quelque diathèse tuberculeuse. Cependant il n'en fut rien, et aujourd'hui, 25 novembre, elle a retrouvé plus de force et d'embonpoint qu'elle n'en avait avant sa maladie.

Cette femme a aussi présenté pendant la convalescence des phénomènes que l'on observe quelquefois à la suite des affections graves : c'est une suppression des règles. L'époque menstruelle ne se passe pas sans occasionner des troubles qu'on pourrait attribuer à toute autre cause, par exemple, à une recrudescence ou à un retour de la maladie. Il y a malaise général, lassitude plus grande, céphalalgie, fièvre, douleur dans le ventre, etc. Après quelques jours, ces symptômes disparaissent et tout rentre dans l'ordre, soit qu'il y ait écoulement menstruel, soit que la suppression persiste. Dans le cas qui nous occupe, l'état général très-satisfaisant porte à croire que la prochaine époque menstruelle sera régulière.

Deuxième fait. — Au n° 7 de la même salle a été admise une jeune fille âgée de dix-huit ans, qui, après de vives peines morales et des veilles prolongées, entra à l'hôpital le 9 octobre, avec tous les signes d'une *fièvre typhoïde grave*. Diarrhée abondante, douleur dans le ventre, surtout à droite, dans la fosse iliaque; gargouillement dans le même point, ballonnement de l'abdomen, étourdissement, surdité, délire, affaissement complet, insensibilité de la peau, pétéchies, sudamina, toux et râle muqueux, etc. Aucun phénomène ne manquait de ceux qui caractérisent une affection grave.

Dès le premier jour, un vomi-purgatif est administré. Le lendemain, un purgatif, répété tous les jours suivants jusque vers le quinzième jour. La convalescence s'établit promptement et marcha avec tant de régularité que la malade sortit de l'hôpital complètement guérie le 5 novembre, après un séjour de quatre semaines.

Une particularité digne de remarque, c'est que, chez cette malade, les purgatifs (notamment la scammonée à la dose de 75 centigrammes dans une potion gommeuse) ont agi avec une grande énergie. On était obligé de maintenir presque constamment le bassin sous elle. Cette circonstance permit à M. Beau d'annoncer aux élèves qui l'entouraient que probablement cette malade guérirait très-promptement.

Dans ces cas de superpurgation, il a observé, en effet, que les malades se rétablissent avec une facilité très-grande, et d'autant plus merveilleuse que les évacuations ont été plus abondantes. Il semble, dit-il, que l'affection est détruite, qu'il n'en reste plus de trace. C'est aussi ce qu'avait remarqué Sarcone dans les épidémies qui ont frappé Naples en 1764. Il observa que « le choléra, qui » paraissait dans les premiers jours de la maladie, coupait la mala» die *comme par ses racines* (page 114), » ce qui lui fournit l'occasion de provoquer des choléras artificiels au moyen de l'émétique et des laxatifs (page 363); et dans ces cas il obtint des guérisons promptes et surprenantes. Dance, dans un mémoire inséré dans les *Archives* de 1830 et 1831, cite des faits analogues.

Troisième fait. — Le 27 octobre, entra à l'hôpital, même salle, n° 13, une jeune personne âgée de dix-sept ans, institutrice, Anglaise de naissance, qui présentait tous les signes d'une fièvre typhoïde grave compliquée d'une bronchite aiguë intense.

Elle fut soumise au traitement par les purgatifs répétés et aux potions au kermès, en raison de la bronchite; mais la constitution se montra le plus souvent rebelle aux moyens employés; l'estomac rejetait à peu près tout ce qu'on lui présentait, huile de ricin, eau de Sedlitz, huile de croton en pilules ou en potion, scammonée, calomel, etc. Cependant on obtint quelques selles, et notamment le 1er novembre il y eut une superpurgation abondante. Il fallut céder un peu au caractère quelque peu bizarre de cette malade et suivre ses caprices. C'est ainsi qu'elle fit de fréquentes lotions, surtout à la face, pour combattre la chaleur qui la brûlait, et que dès le 6 novembre il fallut lui permettre pour tisane du lait étendu d'eau.

Cependant, malgré les craintes que l'on pouvait concevoir sur l'issue de la maladie, la convalescence se décida peu à peu, et le 14 novembre la malade put prendre avec un grand appétit des potages. Le 17, elle va parfaitement et mange du poulet. Nous apprenons qu'il y a eu un petit abcès au sacrum, avec une légère eschare; mais cet accident n'a pas eu de suites.

Quatrième fait. — Le nommé G..., charretier, âgé de vingt-sept ans, est entré à la salle Saint-Jean, n° 2, le 5 octobre, offrant les caractères d'une fièvre typhoïde. Soumis au traitement habituel, il guérit dans les limites ordinaires, malgré la longue persistance d'un délire qui roulait constamment sur des sujets religieux.

Sa convalescence, qui paraissait d'abord se bien dessiner, fut entravée tout à coup par le développement de douleurs, avec gonflement de toute la jambe gauche. La veine crurale se présentait au haut de la cuisse sous l'aspect d'un cordon noueux et douloureux. Le gonflement, qui n'était pas accompagné de rougeur, ne diminuait pas à la pression.

C'est là, bien évidemment, l'affection que les auteurs ont désignée sous le nom de *phlegmatia alba dolens*. Mais, comme le fait remarquer avec raison le savant professeur, cette maladie est bien différente de celle qui frappe les femmes en couches et qui est ordinairement accompagnée de désordres si graves. Dans les cas du genre de celui qui nous occupe, cette inflammation de la veine avec caillot adhérent à ses parois, cette phlébite hémo-adhésive est une maladie secondaire et sans fièvre. Sa cause est le froid. Elle n'entraîne ordinairement aucun accident fâcheux, et il suffit pour la guérir de placer le membre sur un plan incliné. C'est l'affaire de sept ou huit jours. Cependant la convalescence, comme nous l'avons dit, est entravée, et malgré l'état général, le bon appétit, le parfait fonctionnement de l'estomac et de tous les organes, l'embonpoint et les forces ne reviennent pas. C'est bien, en effet, ce que nous avons observé chez le n° 2 de la salle Saint-Jean.

Nous savons qu'il est écrit quelque part que « la phlegmatia alba dolens n'affecte jamais que les femmes en couches, et que les faits que l'on dit avoir recueillis chez l'homme n'appartiennent probablement point à cette affection. » Cependant il nous serait difficile de ne pas reconnaître dans le cas du n° 2 l'altération morbide désignée sous ce nom, et nous sommes d'autant plus heureux de le faire remarquer ici, que cette affection se montre quelquefois, peut-être même assez souvent, pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. M. Beau nous racontait que, dans le même moment, il voyait en ville une jeune fille convalescente de la fièvre typhoïde, et qui présentait les mêmes caractères de la phlegmatia alba dolens.

Cinquième fait. — Entré à l'hôpital le 23 octobre (salle St-Jean, n° 16), atteint d'une violente fièvre typhoïde datant de quelques jours, M. P..., charron, fut soumis au traitement par les évacuants. Il prit d'abord un éméto-cathartique, et plus tard et successivement la scammonée à la dose de 75 centigrammes dans une potion gommeuse, l'huile de croton tiglium administrée à une ou deux gouttes en pilules et en potion, le calomel à la dose de 1 gramme; en un mot, il fut purgé tant qu'on put *constater la présence des liquides dans la fosse iliaque droite*. La convalescence s'établit vers le dix-neuf ou vingtième jour.

L'histoire de ce malade est intéressante à plusieurs titres. D'abord en raison du genre de délire qu'il offrit dès les premiers jours de son entrée à l'hôpital, délire qui semblait se rapprocher par quelques nuances du *delirium tremens*, et que M. Beau fit en effet cesser par l'administration d'une certaine quantité de vin. On apprit plus tard qu'on avait affaire à un ivrogne.

Une jeune fille de seize ans, couchée au n° 10 de la salle Sainte-Marie, atteinte de fièvre typhoïde, a présenté le même phénomène. Son délire était continuel. Il fut dissipé par l'administration de l'eau vineuse. Malgré son âge et son sexe, elle avait l'habitude de boire beaucoup de vin pur.

Ces deux faits prouvent une fois de plus que le praticien est obligé, au lit du malade, d'étudier son idiosyncrasie et ses habitudes, et d'enfreindre parfois les lois les plus élémentaires de la prudence.

Tout le monde sait que souvent on ne peut traiter un homme du Nord comme un habitant des tropiques. Pour s'en convaincre, il suffit de lire l'*Histoire médicale des hôpitaux de Paris pour 1814 et 1815*; on y verra que, pour guérir les affections aiguës des soldats russes, il était nécessaire de leur donner chaque jour une ration d'eau-de-vie.

Une autre circonstance digne d'attention que nous a présentée ce malade est que la convalescence de la fièvre typhoïde parut se faire brusquement. M. Beau l'a expliqué par l'apparition d'une otite, qui bientôt a fourni spontanément du pus par l'oreille gauche. Ce phénomène, dit-il, est des plus ordinaires. C'est là une espèce de crise qui sert de limite à la maladie. Lorsque dans le cours d'une fièvre typhoïde il se développe ainsi une maladie intercurrente, l'affection première est pour ainsi dire enrayée; elle est enlevée d'emblée.

Le 17 novembre, le malade va bien; il mange avec appétit. Bientôt il est dirigé sur la maison de convalescence des hôpitaux, établie depuis peu à Vincennes.

Sixième fait. — Le sixième et dernier fait est celui d'un maçon admis à l'hôpital (salle Saint-Jean n° 17), le 3 novembre, pour se faire traiter d'une fièvre typhoïde qui paraissait grave, mais qu'on pourrait appeler *tigrée*, à cause des taches bleuâtres répandues sur tout le corps, et principalement sur la poitrine et le ventre. Soumis au traitement ordinaire (vomitif d'abord, puis purgatif répété tous les jours suivants: scammonée, huile de croton, etc.), il guérit avec une facilité remarquable.

Le 10, il prenait un peu de bouillon, et le 13 il était en convalescence.

Cette guérison rapide avait été annoncée dès le premier jour par M. Beau. Il a observé qu'ordinairement ces fièvres typhoïdes *tigrées* ne présentent aucune complication, que tout se passe simplement et que la guérison est prompte, remarque qui avait déjà été faite autrefois par un ancien médecin italien. Dr Nicolas.

NOTE SUR DIVERS VICES DE CONFORMATION
observés chez une fille.

Par M. Albert Puech, chirurgien chef interne à l'Hôtel-Dieu de Toulon.

Il est des anomalies qu'on rencontre tous les jours; on les voit, les note au besoin, et tout est dit; il en est d'autres qui, par leur rareté, leur nouveauté même, motivent un examen plus sérieux. Le fait qui suit se trouve dans ces conditions: de nature complexe, il emprunte à cette complexité une partie de son attrait. Assurément les diverses anomalies qu'il offre sont toutes connues: on peut réunir une centaine de cas d'*exstrophie de la vessie*, on peut citer *force imperforation du rectum*, des cas de *matrice double*, deux à trois cas d'*anus anormaux*; mais l'on trouvera plus difficilement un exemple où ces diverses anomalies se soient rencontrées sur un seul et même sujet. A en croire même les quelques recherches qui ont été faites, ce cas serait sans analogue (1).

Quoi qu'il en soit de cette dernière opinion, qui n'est émise que sous toutes réserves, il a paru de quelque intérêt d'en communiquer l'observation détaillée. Ainsi qu'on l'a dit avec assez de justesse, les faits poussent les faits, et qui sait si la chirurgie, impuissante ici, ne pourra devenir active en une autre occurrence!

Laissons de côté la question chirurgicale et médico-légale, qu'il serait prématuré d'aborder; je vais me restreindre à l'étude anatomique, après avoir donné la relation obstétricale.

Marie B..., d'origine piémontaise, est âgée de trente ans; elle est brune, d'un tempérament bilioso-nerveux, et a eu, il y a quatre ans et demi, un enfant qui est bien conformé. Depuis quelque temps elle était en butte aux mauvais traitements de son mari, qui la soupçonnait d'être infidèle; ses mauvais traitements augmentèrent dès qu'il la sut enceinte. Un jour même, après l'avoir battue, il prit la fuite. Elle était alors à la fin du neuvième mois, et se trouvant sans ressources, elle et son enfant, elle en fut profondément affectée. Des fausses douleurs se montrèrent, et deux jours après, dans la nuit du 9 octobre 1857, la poche des eaux se rompit prématurément. Le lendemain matin, le médecin du Pont du Las la fit transporter à l'Hôtel-Dieu.

A son entrée à la Maternité, on reconnut une présentation du sommet. Le col était entr'ouvert comme une pièce d'un franc, et les contractions rares et peu énergiques. La marche du travail, quoi qu'on fit, fut d'une lenteur extrême, au point que le 11 octobre, c'est-à-dire vingt-quatre heures après son arrivée, la dilatation était à peine complète.

Jusque vers neuf heures du matin elle avait été assez tranquille et n'avait manifesté que le désir d'être vite délivrée; vers les dix heures la scène changea: une contraction ayant chassé brusquement l'enfant au dehors, on eut à peine lié et coupé le cordon, que se manifestèrent des accidents nerveux. Tout d'abord elle porta la main à la vulve et chercha à arracher le placenta; mais, arrêtée dans son dessein, elle se démena de côté et d'autre avec une énergie telle, que quatre aides pouvaient à peine la maintenir. Elle parlait sans cesse, pleurait, riait tour à tour; puis croyant à la présence de son mari, la figure éplorée, les yeux hagards, elle demandait un crucifix et lui jurait son innocence. D'autres fois elle cherchait à échapper aux aides, mais ne le pouvant, elle les priait et cherchait à les attendrir; une fois seulement elle tenta de les mordre. Il fut impossible de la saigner, et l'on parvint difficilement à lui mettre la camisole de force. Je prescrivis trente sangsues aux apophyses mastoïdes et une potion éthérée et diacodée. La potion ne fut point prise, — elle s'y refusa, — mais les sangsues ayant beaucoup coulé amenèrent de l'amélioration, les mouvements devinrent moins désordonnés, et de la sueur survint suivie de sommeil. Six heures après le calme étant revenu, on put la transporter dans la salle commune.

De ce moment, les accidents ne se renouvelèrent plus; seulement le quatrième jour, la fièvre de lait fut assez forte et il y eut un peu d'agitation: une diète sévère, l'usage des antilaiteux firent justice de ces derniers symptômes. Elle sortit le 24 parfaitement rétablie.

Le placenta extrait était peu volumineux, et le cordon qui s'insérait en son centre était constitué par deux vaisseaux seulement, la veine et une artère ombilicale: il était du plus grêle et point flexueux.

Baptisée sous le nom de Marie, l'enfant ne vécut que trente heures: la lenteur du travail, les coups reçus par la mère et la forte émotion éprouvée ne m'ont pas paru étrangers à cette terminaison hâtive.

Aspect extérieur. — A la partie inférieure de l'abdomen et dans l'intervalle du pubis existait, en forme d'écusson, une surface à aspect muqueux, à contours circulaires et à couleur rouge vif: haute et large de 4 centimètres, elle avait pour limites supérieurement l'attache des vaisseaux ombilicaux, inférieurement les petites lèvres, et latéralement une rainure qui, partant de l'ombilic, se rejoignait en bas avec celle du côté opposé; ajoutons qu'en ce point elle était très-accentuée.

Ainsi délimitée, cette surface, saignant au contact et fortement bombée par la pression intestinale, offrait à l'étude des plis, des orifices et des mamelons.

Les orifices étaient au nombre de cinq. Le supérieur, incliné à gauche, était aussi le plus étendu; il admettait l'indicateur, et donnait passage à une partie rouge et grenue munie à son extrémité d'un orifice par où s'échappait un méconium verdâtre. Il y avait donc à la fois *anus anormal* et *prolapsus de l'intestin*. Ce prolapsus, d'abord léger, s'accrut par les efforts inspiratoires, et les circuits se multiplièrent au point de masquer les autres parties. Par une pression méthodique on le réduisait, mais c'était pour un moment, et il renaissait dès qu'on enlevait le doigt. Au pourtour inférieur de cette large ouverture, la muqueuse était sillonnée de nombreux plis; dirigés de bas en haut et un peu de dedans en dehors, ils ne s'effaçaient point par l'extension, et simulaient, à s'y méprendre, les plis du vagin.

Au-dessous et sur les côtés existaient deux petits bourgeons charnus placés à inégale hauteur (le droit est plus élevé que le gauche de cinq millimètres); ces bourgeons sont le signalement extérieur de deux orifices par où suintait continuellement un liquide.

En dedans de ces bourgeons se trouvaient deux mamelons: le droit qui avait la forme et le volume d'une amande, s'inclinait en dedans et présentait là un pertuis; des mucosités blanchâtres en sortaient par moments. A gauche et au même niveau on rencontrait un mamelon, mais beaucoup plus petit; séparé du précédent par une dépression, il était criblé de follicules mucipares disposés en arrosoir, et présentait en son centre un pertuis dans lequel le stylet s'engageait à 2 millimètres de profondeur.

Au-dessous des pertuis droit et gauche, on trouvait la rainure qui séparait la muqueuse des téguments cutanés, et au-dessous de la rainure l'extrémité des petites lèvres. Elles formaient triangle et étaient très-réduites, car, y compris leur commissure postérieure, elles mesuraient 1 centimètre seulement. En dehors d'elles, et un peu plus en arrière, on rencontrait deux éminences mamelonnées d'inégale grosseur: c'étaient là les deux grandes lèvres, ainsi que le montra la dissection.

Ces divers points étudiés pendant la vie furent complétés après la mort. Voici par groupes d'organes les particularités recueillies (1).

Organes génitaux. — Les organes génitaux internes sont bifides, de sorte que, comme chez les mammifères, on a deux cornes utérines et de plus un vagin pour chacune. Chaque corne, nettement séparée par le rectum, a un ovaire, une trompe de Fallope et un ligament rond. La corne droite est la plus volumineuse, elle a 28 millimètres de longueur et est fortement inclinée en dehors. Son col est très-développé, sa cavité très ample; quant à son corps, il va sensiblement en diminuant de bas en haut et n'a au fond que 2 millimètres (2). Le vagin, de même longueur que la matrice, est spacieux au niveau du col et se rétrécit brusquement au voisinage du pertuis: c'est sa saillie qui constitue le mamelon droit.

La corne utérine gauche, de même forme, mais beaucoup plus petite que la précédente, est, elle aussi, fortement déjetée en dehors. Si son corps est creux, son col est imperméable au stylet comme aux injections: ces dernières, poussées avec force, refluent par la trompe. Le vagin est lui aussi oblitéré; il a conservé néanmoins une partie de son volume, et il est très-probable que le pertuis signalé sur le petit mamelon est le dernier vestige de son ouverture de communication au dehors.

Organes urinaires. — De larges capsules surrénales coiffent les reins, qui sont lobulés. Les bassinets, bien développés, sont suivis d'uretères qui ne le sont pas moins. Dirigé de haut en bas et presque verticalement, chaque uretère croise l'artère et la veine iliaques, et se trouve en rapport en avant avec le fond, puis avec le col de la corne utérine correspondante. Après avoir décrit une courbure pour s'accommoder à la concavité du sacrum, il se relève et aboutit aux bourgeons charnus signalés antérieurement; les injections comme le stylet le démontrent d'une manière incontestable. L'urètre manque totalement. Pour la vessie, elle a subi la modification particulière désignée sous le nom d'*exstrophie*. La muqueuse qui s'étale au dehors en forme de coupon est le seul vestige de sa paroi postérieure.

Tube digestif. — L'ouverture signalée supérieurement donnait passage à la fin de l'iléon. Les parties prolobées appartenaient à cet intestin et avaient acquis, en dernier lieu, une longueur de 15 centimètres. Avec cet intestin, le tube digestif semblait finir: il n'en était rien. Le stylet, et le doigt au besoin, montrait à droite un autre intestin. Ce tube, ébauche du gros boyau, était dépourvu de valvule iléo-cœcale; il portait toutefois, au niveau de son abouchement, un appendice vermiforme assez développé. S'il possédait des fibres longitudinales, des plis transversaux, une espèce de mésentère, il ne décrivait point ses circuits accoutumés; et dirigé de haut en bas et un peu d'avant en arrière, il allait se terminer par un cul-de-sac après un trajet de 7 centimètres. Ses parois épaisses renfermaient des mucosités blanchâtres, et son cul-de-sac, pointu, était retenu dans la concavité du sacrum par un tissu cellulaire lâche. Extérieurement, il n'y avait trace d'anus.

Vaisseaux. — Les vaisseaux ombilicaux, composés d'une artère et d'une veine, venaient s'insérer plus bas qu'à l'ordinaire (25 millim. au-dessus des pubis), immédiatement au-dessus de l'exstrophie de la vessie.

L'aorte, au niveau de la troisième lombaire, se divisait; la branche gauche était très-exiguë; la droite, au contraire, continuait l'aorte, sinon par sa direction, du moins par son volume. A gauche, il n'existait point d'artère ombilicale, tandis qu'à droite elle était très-développée. Malgré cette répartition inégale, le membre gauche était aussi volumineux que son congénère. La différence en moins n'existait que pour la corne utérine gauche.

Os et muscles. — Le seul point à noter sur le squelette était la disjonction des pubis; l'intervalle entre les deux était de 5 centimètres; leur branche descendante s'inclinait en dedans, de sorte que les tubérosités ischiatiques n'étaient séparées l'une de l'autre que par 35 millim. Par suite de cet écartement, la ligne blanche se séparait en deux parties, l'une droite et l'autre gauche. Chacune d'elles venait s'insérer avec le grand droit au pubis. C'était dans leur intervalle que s'était produite l'exstrophie. Les sphincters de l'anus, le constricteur du vagin manquent; mais on constate au périnée le transverse et l'ischio-coccygien. Pour l'ischio-caverneux, on n'en trouve que des traces, en l'absence du clitoris.

Quant aux autres points du corps, ils étaient parfaitement conformés.

Cette relation pourrait fournir matière à plusieurs considérations; nous les relèverons plus tard dans un travail spécial. Pour aujourd'hui, nous nous bornerons à signaler le développement bifide des organes génitaux internes, et à faire remarquer que l'exstrophie de la vessie peut se compliquer à la fois d'anus anormal et d'imperforation du rectum, et se confondre, pour ce qui est de la vulve, avec les parties sexuelles, réalisant ainsi une espèce de cloaque. Quant aux causes de ce cas singulier, nous n'essayerons pas même d'émettre une hypothèse, et laisserons à chacun la liberté de l'expliquer à sa façon.

(1) Dans sa thèse de concours pour la chaire de clinique chirurgicale pour 1851, M. Bouisson rapporte un cas analogue qui lui a été communiqué par M. Broca. Cette observation se trouve consignée dans le chapitre ayant pour titre: *Des anus anormaux ouverts dans la vessie*. (*Note de la rédaction.*)

(1) M. Long, chirurgien en chef, M. Calvy, médecin en chef à l'Hôtel-Dieu, et plusieurs chirurgiens de la marine ont observé l'enfant soit pendant la vie, soit après la mort. Les pièces ont été conservées dans l'alcool, et le squelette a été préparé par les soins de Mme Augier, maîtresse sage-femme de la Maternité.

(2) Cette matrice est identique avec celle que j'ai rencontrée en 1855 *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 22 octobre 1855).

ÉPIDÉMIE DE VARIOLE ET DE SUETTE MILIAIRE
au Neuhof (banlieue de Strasbourg).

Par M. le docteur A. Robert.

Le Neuhof, petit village de la banlieue de Strasbourg, situé à 4 kilomètres de la ville, a été, en décembre 1856 et en janvier dernier, le théâtre d'une double épidémie de *variole* et de *suette miliaire*, dont le docteur A. Robert, médecin communal, vient de publier la relation dans la *Gazette de Strasbourg*. Nous donnons aujourd'hui un résumé de ce remarquable et intéressant travail, que nous faisons précéder de deux mots sur la topographie médicale du pays.

Le Neuhof est situé entre deux grands cours d'eau, le Rhin d'une part, la Brunn-Wasser de l'autre; il touche à une vaste forêt, traversée par les deux anciens bras du Rhin, dont les eaux sont aujourd'hui stagnantes par suite d'une baisse considérable du fleuve. Le sol sur lequel est assis le village faisait autrefois partie du lit du Rhin. C'est un terrain d'alluvion composé de gravier recouvert d'une légère couche de terre végétale. Le climat du Neuhof est très-humide. Le voisinage du Rhin, dont les eaux envahissent souvent la forêt, la présence de nombreux marais, résultat de ces inondations, entretiennent dans le village des fièvres intermittentes presque continuelles avec toutes leurs complications cachectiques, et portées à un tel degré d'intensité que le sulfate de quinine est presque impuissant à les guérir. Joignez à cela une excessive pauvreté des habitants, une nourriture presque exclusivement composée de pommes de terre et de laitage, des habitations basses, mal aérées, des voies de communication mal entretenues, des mares d'eau croupissante au milieu même de la commune, foyer d'émanations pestilentielles, et vous aurez un tableau à peu près exact des fâcheuses conditions dans lesquelles sont placés les malheureux habitants de cette localité.

A la fin de novembre se sont déclarés au Neuhof les premiers cas de variole, dont on ne put découvrir la filière; le premier décès survint le 29 novembre. Au commencement de décembre, le nombre des varioleux devint tellement grand, que l'on put les considérer comme constituant une véritable épidémie.

Le 10 décembre, une nouvelle complication surgit; la suette miliaire se déclara avec une grande intensité: la première victime fut une fille de vingt-trois ans, qui succomba en moins de douze heures. Les nouveaux cas se succédèrent dès lors avec rapidité, et

le 15 décembre M. Robert en eut 22 à enregistrer pour cette seule journée. Chez quelques-uns des premiers malades, la suette se montra comme complication de la variole, et deux sujets qui se trouvèrent dans ces conditions succombèrent rapidement; l'un d'eux avait été saigné; ce fut la seule émission sanguine générale qui fut pratiquée pendant l'épidémie.

Une fois tracée cette histoire sommaire de l'épidémie, M. Robert passe à l'étude de la suette en elle-même, et les considérations qui vont suivre ne sont que des *extraits textuels* de son mémoire, où nous lui laissons la parole.

Prodromes. — Il est difficile, dit M. Robert, chez les gens de la campagne, de s'enquérir des prodromes qu'ils ont éprouvés, parce qu'ils font en général peu d'attention à leurs indispositions; cependant nous avons pu les constater quelquefois. Le plus souvent, les malades éprouvent une courbature générale, une douleur plus marquée dans les reins, de l'inappétence; quelquefois la langue est blanche et épaisse, de plus une céphalalgie sus-orbitaire. Ces prodromes durent ordinairement un à deux jours; cependant il n'en est pas toujours ainsi, et nous avons vu très-souvent l'envahissement subit de la maladie.

Symptômes. — Les malades éprouvent avant la sueur une lassitude qui va jusqu'à la prostration, une céphalalgie sus et intra-orbitaire assez intense, des vertiges qui augmentent si les malades se mettent seulement sur leur séant; ils éprouvent, disent-ils, quelque chose de singulier dans l'intelligence, symptôme qu'ils expriment par le mot *hébêtement.* La langue est blanche, chargée, épaisse; le plus grand nombre des malades ont des nausées; quelques-uns ont des vomissements. A ces symptômes se joint une douleur lombaire très-intense, augmentant lorsque l'on appuie sur les apophyses épineuses, et se propageant souvent dans les cuisses et les mollets.

Un symptôme des plus saillants et des plus pénibles de la suette, est une oppression épigastrique très-intense, que M. Foucart appelle *barre trachéo-bronchique.* En effet, les malades comparent cette sensation à une barre qui les presse; la respiration est très-difficile. Souvent cette barre épigastrique est tellement prononcée, que la respiration devient haletante, précipitée. Cette constriction s'étend jusqu'au larynx, chez les femmes surtout; les malades éprouvent alors des angoisses indicibles; ils demandent de l'air et sont menacés de suffocation. Chez certains malades, où la prostration est à son comble, nous avons remarqué trois ou quatre fois une aphonie complète. Enfin, quelques malades ont présenté des symptômes ataxiques assez graves; deux sont tombés dans des états typhoïdes bien marqués. La peau était brûlante; les malades se plaignaient de picotement par tout le corps.

Marche de la maladie. — Dès le début de la maladie, les sujets étaient le plus souvent pris de sueurs profuses; quelquefois ce symptôme n'arrivait que le second jour. Beaucoup de malades n'ont eu que les symptômes dont nous venons de parler plus haut, sans avoir de sueurs ni d'éruptions; d'autres, au contraire, ont eu l'éruption sans sueur; plusieurs, enfin, ont eu l'éruption et la sueur plusieurs fois de suite.

Pour l'odeur de paille pourrie, il est difficile de donner à ce fait une valeur diagnostique au milieu d'une population pauvre, encombrée dans des chambres hermétiquement fermées et chauffées outre mesure. Dans ces conditions, cette odeur existe presque partout; ces malheureux couchent sur de la paille à moitié pourrie par les déjections des enfants. J'ai cru reconnaître cette odeur particulière de paille pourrie chez des malades dont les sueurs avaient été tellement abondantes qu'elles avaient peut-être pénétré la paille et produit la fermentation. Ainsi, cette odeur me paraît simplement due à la saleté des objets de literie et à l'abondance des sueurs...

Ordinairement l'éruption n'a lieu qu'une fois et la desquammation arrive après quelques jours; d'autres fois, la langue devient de nouveau gastrique, les phénomènes initiaux recommencent, et la maladie reparaît avec tout son cortége. On est obligé alors d'avoir de nouveau recours à l'ipéca. J'ai traité une femme qui a été, à cinq reprises, atteinte de sueurs et d'éruption miliaire.

Pour l'auteur, comme pour M. Foucart, il n'y a qu'une suette; les distinctions de suette anglaise et de suette picarde ne font qu'embrouiller la question. Ce sont deux degrés de gravité différents de la même maladie.

La durée générale de la maladie a été de six à dix jours; cependant quelques cas ont duré plusieurs semaines. — M. Robert regarde la suette comme éminemment contagieuse ou plutôt transmissible, puisque, dit-il, lorsqu'il y a eu un malade dans une maison, les trois cinquièmes des habitants de cette maison ont toujours été atteints.

Sous le rapport de l'étiologie, M. Robert n'a pas fait de remarques nouvelles. Il a noté une beaucoup plus grande proportion de femmes que d'hommes, un petit nombre d'enfants et de vieillards. — Il a cru remarquer que les sujets robustes, bien constitués, étaient plus fortement pris que les autres; que l'état puerpéral est une des conditions qui favorisent l'invasion de la maladie, en aggravant les symptômes, et sont des causes de terminaisons funestes.

On a observé plusieurs rechutes et récidives; les rechutes à la suite, le plus souvent, d'écarts de régime. Souvent, la réapparition de la maladie a présenté des phénomènes morbides aussi graves que lors de la première invasion.

L'intermittence n'a été notée que dans deux ou trois cas, et alors le sulfate de quinine a paru modifier favorablement la marche de la maladie. Nous ferons remarquer cette proportion de deux ou trois cas sur 180 que l'on a observés pendant l'épidémie.

Complications. — Les complications le plus souvent signalées ont été les symptômes nerveux. Quelques malades ont éprouvé de véritables phénomènes ataxiques; la contraction des muscles respirateurs était presque entièrement paralysée, comme si la vie avait été atteinte dans ses sources les plus profondes; ces complications ont été surtout remarquées sur des sujets chez lesquels l'éruption était nulle ou imparfaite, mais chez lesquels tous les phénomènes de la suette existaient moins l'éruption.

Dans quelques cas, on aurait pu croire au premier abord à une complication de pleuro-pneumonie tant les symptômes superficiels de cette affection paraissaient évidents. Cependant l'auscultation ne faisait rien entendre, et l'on dut rester convaincu que les points de côté, la respiration saccadée, difficile, ne pouvaient être que le résultat de douleurs erratiques intenses. Au début de la maladie, le pouls était plein, développé. La respiration était toujours gênée; mais cette dyspnée ne dépendait que des troubles de l'innervation et non d'un état congestionnel.

L'*appareil digestif* est, avec le système nerveux, celui qui paraît jouer le plus grand rôle dans le cortége des symptômes de la suette. Tous les malades *sans exception* ont présenté la *langue gastrique* au plus haut degré; ceux chez lesquels elle était naturelle n'avaient pas la suette, mais seulement des sueurs abondantes provoquées à l'aide de boissons chaudes, stimulantes, trop copieuses, et en se couvrant outre mesure.

Les remarques de M. Robert sur la putréfaction des cadavres, si rapide que l'on dut dans la plupart des cas faire avancer l'inhumation de douze heures, sont les mêmes que celles de presque tous les auteurs.

Le paragraphe relatif au traitement étant le plus important, nous le reproduirons en entier.

Traitement. — Le traitement que nous avons suivi, dit l'auteur, se divise en traitement prophylactique et en traitement thérapeutique proprement dit. Le premier consistait à empêcher les malades de se couvrir outre mesure et d'absorber une trop grande quantité de boissons sudorifiques et excitantes, et dans l'aération des appartements. Malheureusement ces dernières mesures n'ont été exécutées qu'imparfaitement; on avait beaucoup de peine à faire ouvrir les fenêtres et à empêcher les malades d'être enfouis sous deux ou trois plumons; on obtenait difficilement aussi qu'ils ne fermassent pas les rideaux de leurs lits.

Quant au traitement proprement dit, nous n'avons presque employé que la méthode éméto-purgative, et pour répondre aux observations qui nous ont été faites par un des membres les plus distingués de la Faculté de Strasbourg, nous dirons que nous n'avons pas osé soumettre des individus atteints de suette à l'expectation, puisque jusque-là nous nous étions si bien trouvé de la méthode vomitive. Si nous nous étions abstenu dans des cas légers, cette expérience n'eût pas été probante, et dans les cas graves nous aurions peut-être eu à nous reprocher des résultats fâcheux.

Voici le traitement que nous avons suivi presque exclusivement :

Au début de la maladie, nous avons combattu l'état gastrique en administrant à nos malades l'ipéca en poudre à la dose de 1 à 2 grammes; bien que plusieurs individus éprouvassent des nausées, il fallait en général une dose assez élevée d'ipéca pour obtenir des vomissements abondants; la dose a été portée quelquefois à 3 grammes. Après le vomitif, un soulagement notable se faisait sentir, surtout par la diminution de la barre épigastrique. Nous n'avons pas employé d'autres substances que l'ipéca, qui nous a très-bien réussi. Après les vomitifs, nous étions presque toujours obligé d'administrer un ou deux purgatifs salins pour combattre la constipation, qui était très-opiniâtre chez tous les sujets. Nous donnions pour boisson aux malades des infusions légères de tilleul, de l'eau sucrée, de la limonade citrique, suivant les indications; nous recommandions que ces boissons fussent prises en petite quantité à la fois. Les boissons sudorifiques étaient employées dans les cas où les symptômes généraux étaient intenses, et lorsque l'éruption avait de la peine à se faire. Les boissons froides et acidulées étaient administrées aux malades chez lesquels la chaleur et les sueurs étaient excessives.

Nous avons eu aussi beaucoup à nous louer des révulsifs en général. A l'intérieur, nous avons souvent donné le calomel, et dans les cas de congestion vers la tête, nous avons employé avec avantage les vésicatoires et les sinapismes aux cuisses et aux mollets. Lorsque la barre épigastrique existait au plus haut degré et que les malades étaient menacés de suffocation ou de strangulation, l'application de vésicatoires volants sur le creux épigastrique et sur le sternum nous a parfaitement réussi. Ce moyen a souvent réveillé l'innervation des poumons prête à s'éteindre. Nous avons aussi employé les antispasmodiques et les stimulants diffusibles. Une ou deux fois, nous avons été dans le cas d'administrer le sulfate de quinine.

Le symptôme le plus tenace de la suette, c'est une prostration profonde de tout l'organisme. Une fois pris, les malades étaient obligés de se coucher, malgré la répugnance que les paysans éprouvent pour le lit. Cette prostration était le symptôme qui persistait le plus longtemps, même pendant la convalescence.

Une des conditions essentielles du traitement, c'est une diète presque absolue. La moindre infraction à cette règle a produit souvent des rechutes très-graves. Au reste, les malades ont tous une répugnance invincible pour les aliments. Pendant la convalescence, il faut encore leur faire observer un régime assez sévère; car après la disparition des symptômes saillants, l'organisme paraît encore rester très-longtemps sous l'influence de l'intoxication générale. Plusieurs malades atteints au mois de décembre dernier, avaient encore de la peine à marcher en avril et mai, et ne pouvaient monter au premier étage sans éprouver de faiblesses.

Si nous n'avons pas employé la saignée comme traitement général, c'est que ce moyen a échoué entre les mains de plusieurs praticiens. En lisant attentivement le travail remarquable de M. Foucart, il est presque impossible de se décider à suivre ce traitement. *Je n'ai pratiqué qu'une seule saignée pendant l'épidémie*, chez une femme de 42 ans, qui présentait des symptômes paraissant réclamer l'emploi de ce moyen : plénitude du pouls, face injectée, vultueuse. *Cependant, au lieu de s'amoindrir, les symptômes s'aggravèrent, et elle succomba quelques heures après la saignée.*

En résumé, la méthode vomito-purgative nous a parfaitement réussi.

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

sur les signes de la vie chez les nouveau-nés.

Par M. le Dr Angelot (de Vailly-sur-Aisne).

Le rapport inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* (5 et 8 décembre) par MM. Dégranges et Lafargue soulève une question très-importante au point de vue de la médecine légale; il présente des conclusions qu'à mon avis on ne peut laisser passer sans discussion.

Pour ces messieurs, en l'absence de la respiration complète, trois circonstances indiquent que l'enfant a vécu :

1° Un commencement de respiration, phénomène d'ailleurs très-contestable, et dont rien d'ailleurs n'indique la réalité dans leur observation.

2° La présence d'un liquide houeux dans les bronches. Nous ne connaissons aucune observation qui prouve que cette introduction ne puisse pas se faire après la mort par le seul fait du séjour longtemps prolongé dans ce liquide. Peut-être eût-il fallu instituer des expériences dans ce sens. Jusqu'à plus ample informé, rien ne justifie cette conclusion.

3° La présence du sang coagulé sous le cuir chevelu peut bien prouver que l'épanchement s'est produit pendant la vie; elle ne prouve pas qu'il se soit produit pendant la vie extra-utérine, et que par conséquent l'enfant ait vécu selon le vœu de la loi.

Qu'il me soit permis de citer, pour éclaircir ce dernier point, un fait que j'ai observé il y a quelques mois.

Mme B..., de Vailly, nouvellement mariée, ne présentant ainsi que son mari aucune trace d'accidents syphilitiques, vit se développer, dès les premiers temps de sa grossesse, des végétations ano-périnéales bien évidemment dues à cet état. Elles furent cautérisées avec l'acide nitrique par un autre médecin, et soumises par moi à de simples applications de topiques astringents. Cette dame ne se livra à aucun travail et ne reçut aucun coup pendant tout le cours de sa grossesse.

Du cinquième au septième mois, je constatai à plusieurs reprises les bruits du fœtus, dont elle sentait d'ailleurs parfaitement les mouvements.

Vers le milieu du huitième mois, je la revis et constatai la mort du produit.

L'accouchement, qui survint vers la fin du huitième mois de la grossesse, se fit lentement; les douleurs durèrent quarante-huit heures. Dès que la dilatation fut opérée, la poche se rompit sous l'action du toucher, et laissa s'écouler un liquide abondant, roux et fétide.

En cherchant à constater la position du fœtus, je sentis aussitôt une tumeur volumineuse, rénitente, qui, pendant son passage à travers le col, devint plus tendue et prit une forme hémisphérique. L'accouchement était terminé trois heures environ après l'écoulement des eaux.

Les suites n'ont rien de particulier pour la mère. L'enfant présente tous les caractères d'un fœtus de huit mois bien conformé. Le testicule droit est descendu dans le scrotum. Il est dans un état de putréfaction très-avancée; sa teinte est violacée, verdâtre à l'abdomen. Au moindre contact, l'épiderme s'enlève par plaques, en laissant à nu le derme rouge, humide, visqueux.

La tête, dont malheureusement j'ai perdu les mesures, a sa configuration normale, ce qui exclut toute idée d'hydrocéphalie.

La tumeur occupe tout le sommet du crâne; la peau, couverte de cheveux, revêtue d'un épiderme adhérent, présente une coloration rougeâtre. Elle est assez lâche pour que l'on puisse la saisir isolément et faire un pli. Elle a été évidemment plus distendue qu'elle ne l'est aujourd'hui. Au-dessous d'elle, on sent une collection semi-liquide rénitente.

J'incise les téguments, qui ne paraissent nullement amincis en aucun point.

Entre l'épicrâne et le cuir chevelu existe un caillot sanguin circulaire d'environ 6 centimètres de diamètre, présentant à son centre une épaisseur de 2 centimètres environ. Ce caillot, consistant, rouge noirâtre, a déjà subi en plusieurs points la transformation fibrineuse.

Les os et les fontanelles sont à l'état normal, ainsi que le cerveau. Je n'ai rien trouvé qui puisse indiquer l'origine probable de cet épanchement.

De ce cas de céphalœmatome sous-aponévrotique ressortent bien incontestablement plusieurs choses :

a. Sa production est antérieure à la sortie du fœtus, puisque nous l'avons constatée dans l'utérus lui-même. Elle l'a précédé d'assez loin, puisque l'enfant avait cessé de vivre quinze jours au moins avant l'accouchement. L'absence de signes stéthoscopiques, la putréfaction du sujet ne permettent pas le moindre doute à cet égard.

b. Le fœtus a survécu quelque temps à la lésion, car il y a eu

commencement de résorption ; l'élongation des téguments du crâne, la transformation fibrineuse du sang le prouvent surabondamment.

Donc, la coagulation du sang ne permet pas d'affirmer que l'enfant a vécu ; elle prouve bien qu'il vivait quand l'épanchement s'est produit ; elle ne prouve pas qu'il vivait de la vie extra-utérine. Ce signe n'a donc pas la valeur qui lui a été attribuée pour éclairer ce point particulier de médecine légale. C'est ce que je voulais démontrer.

DE LA PARAPLÉGIE ARSENICALE.

L'arsenic détermine divers désordres qui se montrent plus ou moins longtemps après les désordres primitifs de l'empoisonnement ; telles sont certaines douleurs des extrémités et la paralysie, dont M. le docteur Raoul Leroy (d'Etiolles) vient de présenter une histoire résumée à la Société de médecine de Paris.

Différente en cela de la paralysie saturnine, qui se localise le plus souvent, comme on sait, soit aux avant-bras, soit dans un seul membre, la paralysie arsenicale semble avoir de la tendance à se généraliser. Elle s'étend le plus souvent aux quatre membres ; les membres supérieurs, moins gravement frappés, recouvrent d'abord le mouvement, et la paraplégie bien limitée persiste seule pendant un temps très-variable. Une grande similitude de symptômes rapproche d'ailleurs la paraplégie qui se manifeste dans les deux cas.

La durée de la paraplégie arsenicale, dans quatre observations, a été de quatre, six, sept et dix mois ; dans d'autres circonstances, elle a persisté des années.

Dans deux de ces cas, l'empoisonnement a été produit par une application externe de pâte arsenicale, dans laquelle l'arsenic entrait en trop forte proportion ; la paraplégie s'est manifestée dans les premiers jours qui ont suivi l'application du topique.

Lorsque l'empoisonnement a lieu par l'ingestion de l'arsenic, la paralysie suit toujours de très-près le trouble de l'appareil gastro-intestinal.

Elle peut, quand l'empoisonnement n'a pas été très-violent, débuter par un affaiblissement qui paraît à des époques variables : quinze jours, un mois ; mais c'est le plus souvent de suite qu'elle se déclare, et aussi caractérisée qu'elle doit l'être, pour diminuer progressivement plus tard.

La sensibilité qui, dans les paralysies saturnines, reste ordinairement normale, est, dans la paralysie arsenicale, presque toujours modifiée au même degré que le mouvement. Dans les quatre exemples en question elle a été relatée à différents degrés : deux fois complétement abolie, deux fois émoussée.

L'excitation cutanée électrique est sentie incomplétement le long de nerfs qui se rendent aux extrémités.

Les membres deviennent le siége de crampes, de secousses douloureuses, d'engourdissement, de fourmillement. Leur caloricité réelle et apparente est diminuée ; les malades accusent un sentiment de froid, et la main qui les touche est saisie de leur basse température. Ils sont œdématiés ; la peau a un aspect blafard.

Le caractère qui, d'après M. Leroy, distingue le plus nettement cette paralysie de la paralysie saturnine, c'est que l'amaigrissement général des membres n'est pas accompagné de l'atrophie des extenseurs, ce qui n'empêche pas cependant que les membres affectent la position demi-fléchie qui caractérise si bien la paralysie saturnine.

Le mouvement est anéanti sur une plus grande étendue que dans la paralysie saturnine ; les membres supérieurs participent à la faiblesse dès l'invasion de la paraplégie. Il en a été ainsi dans les quatre faits cités comme exemples ; les bras ont recouvré leurs fonctions longtemps avant les membres inférieurs.

La vessie et le rectum continuent à fonctionner naturellement, comme dans la paralysie saturnine.

Enfin, M. Leroy constate que chez deux sujets, les seuls qui ont été électrisés, la contractilité électro-musculaire persistait, mais un peu affaiblie.

Quant au traitement, la paralysie arsenicale réclame le même ordre de moyens que la paralysie saturnine, et les résultats obtenus jusqu'ici ont permis d'espérer que la thérapeutique ne serait pas moins efficace.

Dans l'un des quatre faits, le malade a recouvré le mouvement peu à peu et sans l'intervention d'aucun moyen direct. Les symptômes d'empoisonnement avaient été efficacement combattus dès leur début par l'émétique, le sel de nitre, les acides minéraux et le café. Un second malade a recouvré le mouvement à la suite de pédiluves excitants. Un autre, soumis, mais sans résultat suffisant, à l'électrisation, a guéri complétement après quarante-six bains sulfureux. (*Revue de thérapeutique.*)

CORRESPONDANCE.

De la rupture du tendon sous-rotulien.

M. le docteur Bonnafont, à l'occasion du fait publié récemment par M. le Dr Piachaud, nous adresse la lettre suivante, qui contient d'intéressantes considérations sur ce sujet :

Mon très-cher confrère,

Le numéro du 5 novembre dernier de la *Gazette des Hôpitaux* contient une observation très-intéressante sur un cas de rupture du tendon sous-rotulien, recueillie par M. Piachaud (de Genève). Cet accident arrivé sur un Anglais habitant les environs de Berne, m'a suggéré quelques réflexions que je désire soumettre à vos lecteurs.

Deux points principaux ont frappé mon attention : le premier est relatif à la fréquence de cette lésion. Ainsi, M. le docteur Piachaud n'a trouvé que deux autres cas de ce genre à ajouter à celui qu'il vient de publier ; l'un emprunté à l'ancien *Journal de médecine*, et l'autre à Duverney. Ces deux faits étaient en effet les seuls qu'on trouvât dans les recueils, même les plus récents. Quand je publiai, dans l'*Union médicale* du 13 octobre 1855, une observation de rupture du ligament sous-rotulien, compliquée de fracture de la rotule, survenue chez un sapeur du 22e de ligne, du nom de Figuières, et recueillie à l'hôpital militaire du Roule. M. Gimelle, membre de l'Académie de médecine, qui constata cet accident, m'assura en avoir observé un pareil, moins la complication de la fracture de l'os, et M. le professeur Cloquet, à qui je fis part, à cause de sa rareté, de la lésion grave que j'eu à traiter à l'hôpital, me raconta qu'il avait eu aussi un cas semblable dans sa clientèle. Ainsi donc, au lieu de trois cas de rupture du ligament sous-rotulien, en voi'à déjà six, sans compter encore sur celui que M. le professeur Nélaton paraît avoir reçu dans son service, car il n'indique pas de chiffre.

Le second point, plus scientifique, est relatif à la manière dont la rupture de ce tendon s'opère. Ainsi, Boyer regardait *comme possible* la rupture du ligament dans sa continuité, tandis que M. Nélaton assure que ce ligament ne se brise jamais, et que dans les accidents de ce genre, il y a toujours arrachement de la partie osseuse du tibia qui sert de point d'attache au tendon. Or, je peux certifier que dans mon observation, la tubérosité osseuse était demeurée intacte, et M. Gimelle m'assura qu'il en avait été ainsi dans la sienne, et voici maintenant M. Piachaud qui vient confirmer le fait, en déclarant que la rupture du ligament s'était opérée chez son malade à un centimètre environ de son insertion à l'os. Des trois faits qui confirment l'opinion de Boyer, il serait peut-être permis de penser que si M. Nélaton a constaté l'arrachement total ou partiel de la tubérosité du tibia, plutôt que la brisure du tendon, peut-être l'accident était-il survenu sur un individu un peu jeune, ou du moins chez lequel la tubérosité osseuse était restée encore à l'état d'épiphyse. Mais ce n'est là qu'une simple supposition, car lorsqu'on s'adresse à un praticien de la valeur de M. Nélaton, il faut y regarder à deux fois avant d'émettre une opinion contraire à la sienne. Mais la science chirurgicale exige que tous les faits intéressant son progrès, soient relatés tels qu'ils ont été observés, et c'est dans ce but et dans l'intérêt de la vérité seulement que j'ai cru de mon devoir de vous adresser les réflexions qui précèdent.

Agréez, etc.

Dr BONNAFONT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous sommes heureux d'apprendre à nos lecteurs que la scène qui s'est passée dans les bureaux de l'Académie, et dont nous avons parlé dans le numéro de jeudi dernier, n'a pas eu la gravité que nous lui avions attribuée d'après les bruits qui nous étaient parvenus. Il y a eu effectivement un échange d'explications vives qui ont motivé la mesure qu'a prise le conseil de l'Académie, mais il n'y a pas eu de voies de fait. Nous nous empressons de faire cette rectification, qui atténuera, nous l'espérons, l'effet pénible qu'avait produit dans l'opinion publique la relation de cet événement.

— Une douloureuse nouvelle s'est répandue aujourd'hui à la Faculté. M. le professeur Bérard, on se le rappelle, avait éprouvé il y a quelques années une forte congestion cérébrale qui avait fait concevoir à ses amis de vives inquiétudes. On sait aussi qu'il s'était complétement rétabli, et qu'il avait repris ses occupations et ses travaux. Nous apprenons qu'une nouvelle hémorrhagie cérébrale est venue frapper le savant professeur, et que son état inspire des craintes sérieuses.

— Par un décret impérial du 5 décembre 1857, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de chirurgien principal : MM. les chirurgiens de 1re classe Mongrand, Richaud et Mazé.

— M. le docteur Marcé a commencé ses leçons sur les névroses et les maladies mentales le samedi 12 décembre ; il les continuera le mardi et le samedi, de huit à neuf heures du soir, rue Saint-Hyacinthe-Saint-Michel, 6.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM :

Populus, né à Pont-sur-Yonne (Yonne) ; *Du trombus de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement.*

Desmons, né à Cisoing (Nord) ; *Études sur les bronchites répétées, l'emphysème pulmonaire et l'hypertrophie du cœur.*

Duplain, né à Sevry (Loire) ; *Des ulcérations simples du col de la matrice.*

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 148. — JEUDI 17 DÉCEMBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 148. — JEUDI 17 DÉCEMBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 16 DÉCEMBRE 1857.

Séance publique annuelle de l'Académie de médecine.

L'Académie a tenu hier, sous la présidence de M. Michel Lévy, sa séance publique annuelle. M. Depaul, secrétaire annuel, a lu le rapport général sur les prix, résumé substantiel, clair, simple et très-bien fait des rapports des diverses commissions spéciales.

Après la proclamation des prix décernés pour cette année et des sujets de prix proposés pour l'année prochaine, M. Frédéric Dubois a prononcé l'éloge de Magendie.

Nous disons l'*éloge* de Magendie, pour parler comme le programme. Le mot *jugement* serait peut-être plus juste, pour ne pas nous servir ici d'une autre expression qui est venue de plusieurs côtés à nos oreilles.

Lorsque nous avons vu M. Dubois, dès les premières années de son élévation aux fonctions de secrétaire général, s'efforcer de substituer au système de panégyrique *quand même* de son prédécesseur un système nouveau, dans lequel la louange semblait devoir être tempérée dans de justes limites par une critique scientifique sérieuse et équitable, nous l'en avons sincèrement félicité, comme d'une innovation heureuse, à laquelle la vérité historique n'avait qu'à gagner et la mémoire des savants que peu à perdre, — si c'était perdre quelque chose que de se voir privé de louanges souvent exagérées, et auxquelles leur banalité même enlevait tout leur prix. Mais il est difficile, à ce qu'il paraît, à l'esprit de se maintenir dans cette mesure d'équité qui donne à la fois satisfaction aux sympathiques souvenirs des amis du savant, et aux exigences les plus rigoureuses de la vérité et de la critique scientifique. Déjà dans une circonstance analogue, nous n'avons pu nous empêcher de faire remarquer que l'honorable secrétaire perpétuel semblait se laisser volontiers incliner vers un penchant qui rappelait un peu trop d'anciennes habitudes de polémique. Aujourd'hui, il s'y est laissé si bien entraîner, qu'il a parcouru la pente tout entière.

La critique avait sans contredit largement prise sur les travaux et les doctrines de Magendie, et puisque M. Dubois a cru devoir, au nom de l'Académie de médecine, honorer d'un éloge académique un savant qui n'avait appartenu que de nom à cette compagnie, il lui était parfaitement loisible de se donner champ libre à cet égard. Mais n'y avait-il donc qu'à critiquer dans cette longue et si laborieuse carrière scientifique? Tant de travaux, tant de recherches, un zèle si soutenu et si constant pour la science, ont-ils donc été complétement stériles? Tant d'honneurs et une si universelle renommée, n'était-ce donc qu'illusion ou pure convention?

S'il est vrai qu'on éprouve une décevante surprise lorsque de tant de recherches, de tant d'hécatombes, on se demande ce qui est resté acquis à la science, n'y a-t-il pas aussi à faire la part des difficultés même de ces recherches que l'expérience de tous les jours ne démontre, hélas, que trop bien! et ne faut-il pas compter dans les œuvres de Magendie, et parmi les meilleures, cette génération de savants physiologistes formés à son enseignement?

Mais si M. Dubois s'est montré d'une sévérité excessive, pour ne pas dire plus, envers les travaux et les titres scientifiques de Magendie, nous nous plaisons à reconnaître tout ce qu'il a dit de vrai, de juste et d'utile sur la direction vicieuse et les excès que l'illustre professeur s'était efforcé de donner à la physiologie, sur les abus de ce culte exclusif de l'expérimentation, qui, ainsi qu'il l'a dit avec beaucoup de raison, avait fini par égarer le physiologiste, par effacer le professeur et supprimer le médecin; sur ce scepticisme enfin, qui n'est pas mortel seulement pour l'art, mais pour la science elle-même. Nous nous associons de grand cœur à l'exposé de principes, aussi noble dans les termes que dans la pensée, par lequel l'orateur a terminé son discours.

Les applaudissements qui l'ont accueilli à la fin, et auxquels nous joignons volontiers les nôtres, sous les réserves que nous venons d'exprimer, ont dû lui prouver que l'assemblée avait reconnu d'ailleurs à ce nouveau discours les mêmes mérites qu'à ses aînés. — Nos lecteurs en jugeront eux-mêmes. — Dr Brochin.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance publique annuelle du 15 décembre 1857. — Présidence de M. MICHEL-LÉVY.

Ordre des lectures. — M. DEPAUL, secrétaire annuel, lit le rapport général sur les prix décernés par l'Académie en 1857.

— M. LE PRÉSIDENT proclame ensuite les prix décernés et les sujets de prix proposés pour 1858 et 1859.

PRIX DE 1857. — *Prix de l'Académie.* — « Déterminer par des faits cliniques le degré d'utilité des exutoires permanents dans le traitement des maladies chroniques. » (1,000 fr.)

L'Académie n'a point décerné le prix; elle a accordé:

1° A titre de récompense, une somme de 600 fr. à M. le docteur Zurcowski, médecin à Pont-à-Mousson; 2° à titre d'encouragement, une somme de 400 fr. à M. Le Tertre-Vallier, médecin militaire à Amiens (Somme); 3° elle accorde en outre une première mention honorable à M. le docteur Payen de la Garauderie, médecin à Coutances (Manche); 4° une deuxième mention honorable à M. le docteur Revillout, de Besançon (Doubs).

Prix Portal. — « Exposer les altérations organiques produites par l'affection rhumatismale, et déterminer les caractères à l'aide desquels elles peuvent être distinguées des altérations dues à d'autres causes. (1,000 fr.)

Aucun mémoire n'ayant été envoyé à l'Académie, la question ne sera pas remise au concours.

Prix Civrieux. — « Du vertige nerveux. » (1,500 fr.) Ce prix a été décerné à M. le docteur Max Simon, médecin à Aumale (Seine-Infér.)

Première mention honorable à M. le docteur E. L. C. Trastour, de Nantes (Loire-Inférieure). Deuxième mention honorable à M. le docteur F. Neucourt, de Verdun (Meuse).

Prix Lefèvre. — « De la mélancolie. » (Prix triennal de la valeur de 1,800 fr.) Le prix n'est point décerné. Il a été accordé à titre d'encouragement:

1° Une somme de 800 fr. à M. le docteur Charrier, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris; 2° une somme de 400 fr. à M. Le Tertre-Vallier, médecin militaire à Amiens (Somme); 3° une somme de 400 fr. à M. Giuseppe Rotta, médecin à Varallo (Etats Sardes).

Prix Capuron. — *Question relative à l'art des accouchements.* « Des morts subites dans l'état puerpéral, » proposée pour 1855, et remise au concours pour l'année 1857.

Prix de la valeur de 1,000 fr. décerné à M. le docteur Ambroise-Eusèbe Mordret, du Mans (Sarthe).

Première mention honorable à M. le docteur Achille Dehous, de Valenciennes (Nord).

Deuxième mention honorable à M. le docteur Eugène Moynier, de Paris.

2° *Question relative aux eaux minérales:* Caractériser les eaux minérales *salines.*

Prix de la valeur de 1,000 fr. décerné à MM. E. Pétrequin, professeur à l'Ecole de médecine de Lyon, et Socquet, médecin de l'Hôtel-Dieu de la même ville.

Une première mention honorable à M. le docteur Herpin (de Metz).

Une deuxième mention honorable à M. le docteur Rotureau, de Paris.

Prix Barbier (de la valeur de 3,000 fr.). — L'Académie déclare qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Prix d'Argenteuil (de la valeur de 12,000 fr.). — Ce prix ne sera décerné qu'en 1858.

Prix et médailles accordés à MM. les médecins vaccinateurs pour le service de 1855. — 1° Un prix de 1,500 fr. est partagé entre MM. les docteurs Diech, à Saint-Sulpice-la-Pointe (Tarn); Deffis, à Morlaas (Basses-Pyrénées); Reydellet, chirurgien de première classe de la marine impériale.

2° Des médailles d'or sont décernées à MM. les docteurs Verdier, à Barre (Lozère); Mme Limousin-Chalmet, sage-femme à Romorantin (Loir-et-Cher); Riquier, à Amiens (Somme); Boissat, à Périgueux (Dordogne).

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

Médailles accordées à MM. les médecins des épidémies. — 1° Des médailles d'argent ont été accordés à MM. Gestin, médecin de la marine à Brest; Brouillet, médecin de la colonie d'Ostwald (Bas-Rhin); Perrochaud, médecin des épidémies de l'arrondissement de Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais); Raimbert, médecin des épidémies à Châteaudun; Ragaine, médecin à Mortagne (Orne).

2° Des médailles de bronze à MM. Martin-Duclaux, médecin à Villefranche (Haute-Garonne); Jobert, médecin des épidémies du canton de la Ferté-sur-Amance (Haute-Marne); Lemoine, médecin des épidémies de l'arrondissement de Château-Chinon (Nièvre); Gauné, médecin en chef de l'hôpital de Nièvre (Deux-Sèvres).

3° Des mentions honorables à MM. Yvonneau, médecin des épidémies, à Blois; Philbert, officier de santé à Bulgnéville (Vosges); Poussié fils, médecin des épidémies, à Marvéjols (Lozère); Colson, docteur-médecin à Commercy (Meuse).

Médailles accordées à MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales. — 1° Rappel de médailles d'argent avec mention honorable à MM. Le Bret, médecin inspecteur à Balaruc (Hérault); Lefort, pharmacien à Paris; Buissard, médecin inspecteur à Lamotte-les-Bains (Isère).

2° Des médailles d'argent à MM. Aulagnier, médecin principal d'armée (à Paris); Caillat, médecin inspecteur-adjoint à Bourbon-l'Archambault (Allier); Barrié père, médecin inspecteur à Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne); Chapelain, médecin inspecteur à Luxeuil (Haute-Saône); Revillout, médecin inspecteur aux bains de mer du Croisic.

3° Des médailles de bronze à MM. Barthez, médecin en chef de l'hôpital militaire de Vichy; Bailly, médecin inspecteur à Bains (Vosges); Nivet, médecin inspecteur à Royat (Puy-de-Dôme); Renard (Athanase), médecin inspecteur des eaux de Bourbonne (Haute-Marne); Peironnel, médecin inspecteur à La Bourboule.

4° Des mentions honorables à MM. Campmas, médecin en chef de l'hôpital militaire de Baréges; Pénissat, médecin inspecteur à Châteauneuf-les-Bains; Bach, médecin inspecteur à Soultzmatt.

PRIX PROPOSÉS POUR 1858. — *Prix de l'Académie.* — La question déjà proposée pour 1856 est de nouveau mise au concours; elle est conçue en ces termes: « Faire l'histoire des applications du microscope à l'étude de l'anatomie pathologique, au diagnostic et au traitement des maladies, signaler les services que cet instrument peut avoir rendus à la médecine, faire pressentir ceux qu'il peut rendre encore, et prémunir contre les erreurs auxquelles il pourrait entraîner. » — Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Portal. — De l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire et de ses conséquences pour le diagnostic et le traitement de ces affections. — Ce prix sera de la valeur de 600 fr.

Prix Civrieux. — L'Académie met de nouveau au concours la question suivante: « Etablir par des faits les différences qui existent entre la névralgie et la névrite »; mais elle recommande aux concurrents non-seulement de s'enquérir de tous les faits déjà observés, mais encore de s'aider des expériences qui pourraient être faites en ce qui concerne l'inflammation des nerfs, afin de faire mieux connaître les caractères différentiels de la névrite. — Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix Capuron. — De la mort de l'enfant pendant le travail de l'accouchement. — Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Ce prix sera de la valeur de 3,000 fr.

Prix Barbier. — Ce prix, qui est annuel, sera décerné à celui qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Ce prix sera de la valeur de 2,000 fr.

Prix d'Argenteuil. — Ce prix, qui est sexennal, doit être décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre, ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté pendant une période de six années au traitement des autres maladies des voies urinaires.

Ce prix sera de la valeur de 12,000 fr.

PRIX PROPOSÉS POUR 1859. — *Prix de l'Académie.* — De l'action thérapeutique du perchlorure de fer.

En formulant cette question, l'Académie s'est proposée d'appeler l'attention des concurrents:

1° *Sur l'action locale ou directe* du perchlorure de fer soit à la surface des plaies et des membranes muqueuses, soit dans le traitement des maladies de l'appareil vasculaire, telles que les anévrismes, les varices, les tumeurs érectiles, etc., etc.

2° *Sur l'action générale ou indirecte* de ce médicament dans le traitement de certaines pyrexies, des diathèses hémorrhagiques, etc., etc.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Portal. — Anatomie pathologique des étranglements internes et conséquences pratiques qui en découlent, c'est-à-dire: étude comparative des diverses espèces d'altérations anatomiques (hernies exceptées) qui mettent obstacle au cours des matières alvines, symptômes et signes qui permettent de les distinguer entre elles et de leur appliquer le traitement le plus convenable.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Civrieux. — Des affections nerveuses dues à une diathèse syphilitique.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix Capuron. — De la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse. Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Barbier. — Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1858 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année. Ils devront être écrits en français ou en latin.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (*Décision de l'Académie* du 1er septembre 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil et Barbier sont seuls exceptés de ces dispositions.

M. FRÉDÉRIC DUBOIS, secrétaire perpétuel, a la parole :

ÉLOGE DE MAGENDIE.

Messieurs,

Un des plus brillants maîtres de la parole rappelait tout récemment, en des termes d'une admirable justesse, qu'il y a plus d'une manière de servir et d'agrandir la science.

« La science, disait-il, a ses spéculateurs sublimes et comme ses prophètes, qui démêlent d'un coup d'œil les grandes lois de l'univers et les saisissent, comme Colomb découvrit le nouveau monde, en s'élançant pour le chercher sur la foi d'une idée. Autour d'eux se rangent les observateurs sagaces, qui excellent à rechercher les phénomènes particuliers, les constatent, les décrivent et les rattachent successivement au domaine de la science. Et dans ce domaine ainsi enrichi entrent des esprits législateurs, qui classent les faits recueillis, en assignent les rapports, en déterminent les lois et les résument dans ces formules générales qui définissent l'état présent de la science, et deviennent le point de départ et l'instrument de conquêtes nouvelles (1). »

De ces trois manières de servir et d'agrandir la science, il en est une, Messieurs, qu'avait exclusivement adoptée et qu'a préconisée pendant toute sa vie le physiologiste éminent dont j'ai aujourd'hui à vous exposer les travaux.

M. Magendie, en effet, n'a rien eu de commun avec ces esprits élevés et enthousiastes qui, s'inspirant d'une pure hypothèse, s'élancent un peu au hasard dans le champ de la science. Il n'était point non plus de ces esprits ingénieux et pénétrants qui se hâtent de coordonner et de ramener à des lois générales les faits que d'autres ont recueillis; je dirai plus, il avait quelque mépris pour les savants qui s'attribuent ces sortes de missions.

La sienne était, non pas plus humble, mais plus simple et plus accessible. Observateur défiant et sagace, expérimentateur habile et impitoyable, M. Magendie s'était exclusivement attaché à vérifier et à constater les faits particuliers annoncés dans la science; tout entier à ce travail de vérification et de démonstration, M. Magendie n'a fait, il est vrai, aucune découverte importante en physiologie, il n'a posé aucune loi nouvelle, mais il a mis dans une telle lumière des faits jusque-là pleins d'obscurité, il a donné un tel degré de certitude et d'évidence à des faits incertains ou mal connus, qu'il a pu à bon droit placer son nom à côté de ceux des inventeurs, et qu'à ce titre on doit lui pardonner d'avoir quelquefois cherché à leur disputer leur gloire.

Venu à une époque où la méthode expérimentale n'était plus cultivée que par un petit nombre d'observateurs, M. Magendie a eu le mérite incontestable de la reprendre résolûment, de la relever et de la remettre en honneur.

C'était un flambeau presque éteint qu'il a su rallumer et avec lequel il aurait pu éclairer toutes les parties de la science si, le tenant plus haut et plus ferme, il n'avait point craint de joindre à sa clarté la lumière de son propre esprit.

M. Magendie, néanmoins, a contribué, pour une large part, aux progrès récents de la physiologie, non-seulement par ses propres travaux, mais encore et surtout par ce goût du travail qu'il avait su inspirer aux nouvelles générations; à lui l'honneur d'avoir formé les hardis pionniers de la science qui, aujourd'hui encore, ne cessent de défricher les terrains contestés et qui se félicitent de l'avoir eu pour maître.

Je voudrais, Messieurs, n'avoir à vous entretenir que de ces utiles travaux, de ces recherches qui ont embrassé presque toutes les questions agitées de notre temps en physiologie, et qui, pour être menées à fin, ont exigé toute une vie de labeurs et de peines.

Mais il faudra bien vous parler du professeur au collége de France et vous dire quel enseignement il y avait institué; il faudra vous parler de ses doctrines ou plutôt de cette absence complète de doctrines dont il se glorifiait, vous dire quelle était son aversion pour toute espèce de raisonnement et son dédain pour toute intervention de l'esprit en matière de science.

Je devrai enfin vous dire quelques mots du médecin de la Salpêtrière et de l'Hôtel-Dieu, vous montrer dans quel étrange scepticisme et en même temps dans quelle radicale impuissance son exclusive préoccupation des phénomènes physiques de la vie avait fini par le faire tomber.

M. Magendie, Messieurs, est aujourd'hui au nombre des morts illustres auxquels on doit la vérité; ici comme toujours nous oserons la dire tout entière, sans cesser d'y apporter les égards et la réserve qu'exigent de nous ces grandes réputations. Telle est du moins la tâche que nous nous sommes imposée, tâche difficile, délicate sans doute, mais dans laquelle jusqu'ici vos encouragements ne nous ont point manqué.

François Magendie naquit à Bordeaux, le 6 octobre 1783, d'Antoine Magendie, chirurgien estimé mais peu connu, et de Nicole de Perey de Launay.

Les premières années de M. Magendie se passèrent à Bordeaux; il y avait même commencé d'assez bonnes études que la révolution vint interrompre. Presque en même temps ses parents quittèrent Bordeaux pour aller s'établir à Paris.

La première chose que fit le père de M. Magendie, ce fut de conduire son fils dans les hôpitaux et dans les amphithéâtres de Paris; celui-ci s'y fit bien vite remarquer par un zèle soutenu et par une assiduité à toute épreuve. Dès son premier concours, le 7 floréal an XI, il fut nommé interne des hôpitaux. C'était un excellent début; mais notre jeune étudiant sentait lui-même que sa première éducation était demeurée incomplète : il ne savait que très-imparfaitement le latin. Sans plus tarder, il prit la courageuse résolution de réparer cette lacune, et on le vit mener en quelque sorte de front ses études anatomiques et ses études littéraires; il apprenait le latin en même temps qu'il disséquait. Ses vues toutefois étaient alors très-modestes : fils d'un estimable chirurgien, il n'avait d'autre ambition que d'être un jour lui-même un bon chirurgien; mais, une fois entré dans cette laborieuse carrière des concours, ses idées s'agrandirent et prirent une autre direction.

A ses premières études s'étaient mêlées quelques recherches de physiologie; ces recherches éveillèrent en lui un goût très-prononcé pour cette science, et nous verrons tout à l'heure comment il finit par y consacrer sa vie tout entière.

En quittant l'internat, M. Magendie avait concouru à l'Ecole pour une place d'aide d'anatomie, puis pour la place de prosecteur; en 1813, il en remplissait encore les fonctions. Mais longtemps auparavant, c'est-à-dire en 1808, il avait composé et soutenu une excellente thèse pour le doctorat; il y traitait deux questions bien distinctes : l'une, qui avait trait à ses études premières, question toute chirurgicale, *la fracture des côtes*; l'autre, qui devait rentrer dans ses futures études, question essentiellement physiologique, *Des usages du voile du palais*.

C'est à partir de 1809, époque tout à fait mémorable dans la vie de M. Magendie, que va enfin se montrer le physiologiste, déjà même avec toutes ses tendances, avec tous ses scrupules, je dirai presque avec toutes ses préventions.

Jusque-là les esprits les plus sévères, et en même temps les plus distingués, avaient fait, en physiologie, une large part à l'étude des phénomènes qui relèvent directement de la vie; leurs plus sérieuses études avaient porté sur ce point. M. Magendie, dès ses premiers pas, ne craignit pas de se séparer de ses maîtres et de se tourner de préférence vers l'étude des phénomènes purement physiques. L'incomparable éclat que jetaient alors les sciences mathématiques et physiques avait séduit le jeune physiologiste. Auditeur assidu de l'Académie des sciences, il avait pu entendre Laplace soutenir que les deux sciences les plus dignes de l'attention des esprits élevés étaient la physiologie et l'astronomie; « et si je mets la physiologie au premier rang, ajoutait Laplace, ce n'est pas seulement parce qu'elle attend encore son Newton. »

Brillant de génie, mais entraîné lui-même par ses conceptions générales, Bichat, au commencement de ce siècle, avait peut-être rêvé cette gloire d'être le Newton de la physiologie, lorsque, remontant aux premiers jours du monde, il disait que le chaos n'était que la matière sans propriétés, et que Dieu, pour créer l'univers, l'ayant doué de gravité, d'élasticité, d'affinité, une portion avait eu en partage la sensibilité et la contractilité.

Mais loin d'adopter ces idées et de subdiviser ainsi les propriétés générales de la matière, M. Magendie soutenait déjà qu'un seul et même ordre de propriétés pouvait suffire à l'explication de tous les phénomènes, aussi bien dans le règne organique que dans le règne inorganique, et de là cette longue guerre qu'il entreprit contre les vitalistes.

Son premier ouvrage fut donc une critique des généralisations de Bichat sur les propriétés vitales. M. Magendie trouvait que toutes ces propriétés auraient pu être ramenées à une seule, qu'on aurait nommée *force vitale*, et encore, disait-il, c'eût été peut-être trop, puisque *nous ne pourrions pas la saisir!*

Tel a été, Messieurs, le point de départ de M. Magendie, et nous le verrons sans cesse revenir à cette doctrine, qui, au fond, était celle de Descartes en physiologie, puisqu'elle consistait à ramener l'explication de tous les phénomènes à des principes mécaniques.

M. Magendie montrait déjà, du reste, un véritable talent d'observation et une grande habileté dans l'art de diriger ses expériences; c'est à l'Académie des sciences qu'il avait soumis ses premiers travaux. Ses lectures avaient eu un grand retentissement; on se disait que la science pouvait compter désormais sur un travailleur dévoué, consciencieux et infatigable. Le nom du jeune savant était déjà dans toutes les bouches, et à peu de temps de là le gouvernement lui-même montra tout le prix qu'il attachait à ses travaux.

On était arrivé à cette époque de désastres où la France, épuisée et même envahie par les armées étrangères, appelait tous ses enfants à sa défense. Bien que déjà exempté régulièrement du service militaire, M. Magendie était de ceux qui pouvaient être appelés de nouveau; mais le gouvernement, jaloux de l'honneur du pays et plein de sollicitude pour les hommes de science, crut devoir, par une exception qui n'a pas été une des moindres gloires de M. Magendie, laisser ce jeune savant à ses pacifiques travaux. Un décret impérial, en date du 20 janvier 1814, exempta définitivement M. Magendie du service militaire. M. de Montalivet, ministre de l'intérieur, en informa lui-même M. Magendie par une lettre écrite le 5 mars suivant : « Monsieur, lui disait-il, vous devez cette marque de faveur aux succès que déjà vous avez obtenus dans la science, et je ne doute pas que vous ne redoubliez d'efforts pour vous en rendre de plus en plus digne. » Voilà, Messieurs, de ces faveurs qui ne sont pas moins honorables pour les gouvernements qui les accordent que pour ceux qui en sont l'objet. Tout le monde applaudit à cette libérale mesure, et M. Magendie, comme l'avait prévu l'homme d'Etat, justifia par de nouveaux succès toutes les espérances qu'il avait fait concevoir.

Ses premiers travaux, avons-nous dit, remontaient à 1809; M. Magendie avait dirigé ses expériences sur un point de physiologie qui avait été l'objet de nombreuses recherches : à toutes les époques de la science les physiologistes s'étaient demandés comment s'opère cette éternelle circulation de substance qui se fait d'un corps à l'autre dans toute la série des êtres organisés; tous avaient cherché à suivre cette migration de la matière qui, après avoir constitué un corps pendant un temps déterminé, passe dans un autre corps pour de là, et indéfiniment, passer dans d'autres corps également périssables; mais pour que cette grande fonction s'accomplisse, il faut qu'il y ait *absorption* de la matière nutritive, et c'est sur ce point particulier que M. Magendie a composé l'un de ses premiers mémoires.

Il y avait deux questions à élucider : Quels sont les organes qui puisent les fluides nutritifs dans le tube intestinal pour les transporter dans le système sanguin? Puis, par quel mécanisme ces fluides traversent-ils les tuniques intestinales pour arriver dans des vaisseaux clos? M. Magendie fit de ces deux intéressantes questions l'objet de deux mémoires.

Les organes chargés de cette absorption étaient connus depuis longtemps, mais on n'avait pu leur faire leur juste part. On sait qu'à l'époque où Harvey venait de découvrir les véritables routes que suit le sang dans sa marche perpétuelle, un professeur de l'Ecole de Pavie avait découvert tout un ordre de vaisseaux qu'on pouvait considérer comme inconnus, auxquels il avait donné le nom de vaisseaux lactés, et qui depuis furent désignés sous le nom de vaisseaux chylifères; puis, presque en même temps, un anatomiste français, Jean Pecquet, complétant cette belle découverte, montrait que ces vaisseaux blancs se réunissent en un réservoir commun, et qu'ils versent directement le chyle dans la veine sous-clavière gauche.

La physiologie pouvait donc dire par quelles voies les éléments du chyle formés dans l'intestin vont se jeter dans le torrent de la circulation.

Mais d'autres voies n'étaient-elles pas également ouvertes aux fluides nutritifs pour pénétrer dans la masse du sang? L'Ecole de Hunter ne le pensait pas; elle s'en tenait aux vaisseaux blancs, et refusait aux radicules des veines tout pouvoir absorbant. Haller surtout avait lutté contre cette doctrine dans le siècle dernier; il en avait appelé à des expériences décisives, et il avait prouvé que pendant la digestion les liquides pénètrent aussi dans les veines : que celles-ci, par conséquent, s'associent aux lymphatiques pour opérer l'absorption des fluides nutritifs dans les intestins.

Mais vint ensuite Bichat, qui de nouveau refusa aux veines la propriété d'absorber les liquides pour en douer exclusivement les vaisseaux chylifères. Ses contemporains, qui, presque tous furent ses élèves, adoptèrent cette opinion; ils ne tinrent plus aucun compte des expériences de Haller et de Meckel.

La science en était là quand M. Magendie institua ses premières expériences. M. Magendie n'ignorait pas ce qui avait été fait avant lui; il déclare même dans son mémoire que ses expériences n'avaient été entreprises que pour donner un degré de certitude de plus à des explications déjà admises; ces expériences, d'ailleurs très-habilement exécutées et judicieusement interprétées, permirent à M. Magendie d'établir, ce sont ses expressions, que les vaisseaux lactés ne sont point les organes exclusifs de l'absorption intestinale : conclusion sage et légitime qui couronnait dignement son travail.

Mais restait la seconde question, ce problème obscur que Haller n'avait point osé aborder, et qui consiste à expliquer par quel mécanisme intime les fluides nutritifs sortent de l'intestin pour pénétrer, soit dans les vaisseaux blancs, soit dans les vaisseaux sanguins.

Haller ne s'était occupé que de la marche ascensionnelle du chyle dans les vaisseaux, et ce mode de progression, il l'avait attribué à la contractilité de ces vaisseaux.

Bichat avouait qu'il n'avait fait à ce sujet que des suppositions, et finalement il était resté dans une complète incertitude : « Je crois, disait-il, qu'on ne pourra jamais expliquer comment il se fait qu'un orifice absorbant choisit les molécules nutritives pour les faire monter dans son tube. »

Tel est, Messieurs, l'aveu formel, explicite et complet qu'on peut lire dans l'ouvrage de Bichat, et qui cependant n'a pu désarmer M. Magendie. M. Magendie, en effet, ne tarissait pas en plaisanteries sur les petites bouches intelligentes admises, disait-il, par Bichat, oubliant que lui-même, en d'autres temps, prétendait les avoir vues. Toutefois, il faut dire que dans son mémoire M. Magendie usait encore d'une grande réserve; il se bornait à dire que l'*attraction moléculaire* (car déjà il lui fallait une propriété physique), que l'attraction moléculaire pouvait être l'*une* des causes de l'absorption veineuse, et il faisait remarquer qu'il laissait en dehors l'absorption du chyle par les vaisseaux lactés. A cette époque, M. Magendie admettait trois genres d'absorption dans l'intestin : l'absorption veineuse, l'absorption lymphatique, et l'absorption chyleuse. Du reste, il ne paraissait pas tenir beaucoup à son attraction moléculaire, car à peu près à la même époque, dans une note sur l'introduction des liquides visqueux dans les organes de la circulation, il disait que tout ce qui pénètre dans les vaisseaux y arrive par des pertuis très fins, et après avoir été *tamisé* par les organes de l'absorption.

Quoi qu'il en soit, les travaux de M. Magendie, très-estimables d'ailleurs, avaient jusque-là conservé le caractère que nous leur avons assigné, à savoir : de reprendre, de vérifier ce qui avait été découvert par d'autres, et tout au plus d'établir des théories partielles.

Mais après avoir hésité quelque temps entre son attraction moléculaire, qui ne lui paraissait applicable qu'à un certain nombre de faits, à son *tamisage* qui ne devait laisser pénétrer que les fluides les plus ténus, M. Magendie finit par se rattacher entièrement à un phénomène bien simple, bien connu, mais qu'on n'aurait jamais cru réservé à de si hautes destinées. Je veux parler de l'*imbibition*; le mot n'était pas plus nouveau que la chose; mais ce qui était nouveau, ce que personne n'aurait jamais pu soupçonner, c'était l'acception qu'allait lui donner M. Magendie, et cela pour l'accommoder à une théorie générale.

Suivant M. Magendie, en effet, l'imbibition est un phénomène très-complexe et tout autre qu'on ne l'entend communément; l'imbibition pour lui a une double propriété, elle s'exerce tantôt du dehors en dedans, et tantôt de dedans en dehors; elle a ainsi deux modes d'action directement contraires, l'une à laquelle M. Magendie conserve le nom d'imbibition, et l'autre à laquelle il ne craint pas de donner le nom d'*exbibition*! Voici maintenant l'application physiologique : par cela même que l'imbibition, comme l'entend M. Magendie, a cette double propriété, elle explique de la manière la plus claire et la plus simple, non-seulement tous les phénomènes d'absorption, mais encore tous les phénomènes d'exhalation; je le laisse parler lui-même :

« Ces deux grandes fonctions, dit M. Magendie, auxquelles on a donné le nom d'absorption et d'exhalation, ne sont autre chose pour nous que l'imbibition s'effectuant tantôt du dehors au dedans, et tantôt du dedans au dehors. » (*Leçons sur les phén. phys.*, tome Ier, p. 84.)

(1) M. Guizot; réception de M. Biot à l'Académie française.

Telle a été, Messieurs, l'étrange doctrine à laquelle M. Magendie s'était définitivement arrêté, et qu'il a toujours professée depuis. Et ne croyez pas qu'en cela il ait cru faire une simple supposition ou un rapprochement; M. Magendie croyait, et très-sérieusement, qu'il avait fait en cela une grande et belle découverte; il le croyait si bien qu'il prétendait avoir déjà éprouvé le sort réservé à tous ceux qui ont fait de grandes choses dans le monde; qu'il avait été d'abord honni et presque persécuté; mais que si de son vivant il n'avait eu pour prix de ses travaux sur l'imbibition que dédains et rebuts, il pouvait du moins porter avec confiance ses regards dans l'avenir, car, ajoutait-il, des expériences comme les siennes doivent recevoir du temps une juste et éclatante sanction (*loc. cit.*).

Peut-être trouverez-vous avec nous, Messieurs, que M. Magendie s'abusait un peu ici sur la valeur de ses travaux, et que l'imbibition ne lui avait mérité

Ni cet excès d'honneur ni cette indignité!

Sans menacer le moins du monde sa personne et sans troubler sa vie, on lui avait en effet tout simplement objecté que si l'absorption intestinale, pour ne parler que de celle-ci, se faisait par imbibition, tous les liquides intestinaux passeraient indistinctement dans les vaisseaux environnants, et qu'il en résulterait un mélange aussi complet que celui qui se fait dans les mailles d'une éponge, tandis que dans cette absorption, il y a nécessairement une sorte de choix, d'élection; les liquides nutritifs passent, les autres sont éliminés; les partisans des phénomènes physiques ont du reste si bien compris cette insuffisance de l'imbibition, qu'ils ont fait intervenir deux autres causes: la pression et l'endosmose.

Mais qui ne voit que la pression aurait les mêmes effets que l'imbibition? que, mécaniquement exercée par les tuniques intestinales, elle ferait aussi pénétrer dans leur épaisseur toute espèce de liquides? Reste donc l'endosmose, qui aurait dû rentrer de tout point dans les idées de M. Magendie. M. Dutrochet était bien en effet de cette école qui ne veut rien laisser à l'action vitale dans l'accomplissement de nos fonctions; lui aussi aurait voulu supprimer dans l'organisme ce qu'on nomme le *principe vital*, et on sait qu'en attendant il se contentait de l'avoir *dévoilé*. M. Magendie cependant ne s'était point rallié à la théorie de M. Dutrochet. Était-ce parce que M. Dutrochet l'avait dépassé, parce qu'il avait démontré qu'il peut réellement s'opérer dans l'épaisseur des membranes un double courant soumis à des lois régulières et constantes?

Quoi qu'il en soit, l'endosmose elle-même n'aurait pu rendre raison du passage des substances nutritives dans les vaisseaux des tuniques intestinales; si des boissons essentiellement aqueuses peuvent en effet passer par endosmose dans les radicules des veines, on sait qu'il ne saurait en être de même pour les matières grasses, quelque émulsionnées qu'on les suppose.

Le mystère de l'absorption intestinale demeure donc aussi profond, aussi impénétrable que par le passé; les théories physiques sont tout aussi impuissantes à les dévoiler que les théories vitales; c'est donc à l'aveu de Bichat qu'il faut en revenir, c'est-à-dire à l'aveu de notre ignorance, et le plus sage d'entre nous répondrait encore, comme ce prince de la science auquel était censé s'adresser Voltaire dans son docte et poétique entretien avec Helvétius. Lui aussi demandait comment le chyle va se mêler au sang:

Comment toujours filtré dans ses routes certaines,
En longs ruisseaux de pourpre il court enfler *nos* veines?

Vous savez la réponse:

Demandez-le à ce Dieu qui nous donna la vie!

Mais maintenant, Messieurs, que tout en cherchant à suivre le cours des substances alimentaires dans l'organisme, nous voici arrivé à ces courants veineux qui viennent de recevoir le chyle pour le verser dans l'organe central de la circulation, et de là dans toutes les parties du corps, le moment est venu de parler des recherches de M. Magendie sur cette grande et importante fonction, la circulation du sang.

A l'époque où M. Magendie fit ses premières recherches, la théorie de la circulation était à peu près ce qu'elle est aujourd'hui. Seulement il semblait à Bichat, et c'était là ce qui le rendait si coupable aux yeux de M. Magendie, que le sang parvenu aux dernières extrémités des divisions artérielles se trouve à peu près en dehors de l'action propulsive du cœur, et que pour traverser les vaisseaux capillaires il obéit à une action toute vitale. C'était là, en effet, ce qui avait fait dire à M. Magendie, dans un mémoire publié en 1817, que la théorie du mouvement circulaire du sang, grâce à Bichat, flottait incertaine, et qu'il y avait lieu de la soumettre à de nouvelles expériences. Il se mit donc à l'œuvre pour sa part.

Le but expérimental que s'était d'abord proposé M. Magendie était de déterminer la part que prennent les artères de différents calibres dans le mouvement du sang; ses conclusions furent que les grosses artères ne sont pas irritables, que les petites ne le sont pas non plus, et qu'on ne peut rien dire à l'égard des dernières divisions artérielles. Bichat et Nysten avaient déjà établi par des faits les mêmes propositions, mais M. Magendie avait apporté de nouvelles preuves, et on devait lui en tenir compte.

Le problème cependant n'était pas tout à fait résolu; si les artères ne sont pas irritables, c'est-à-dire susceptibles de se contracter sous l'influence d'un stimulant, peuvent-elles du moins se resserrer par le fait de l'*élasticité* de leurs parois? Ce devait être là une question pleine d'intérêt pour M. Magendie, l'élasticité étant une propriété physique; mais ici il y avait un écueil; M. Magendie n'allait-il pas, comme pour l'imbibition, faire de cette élasticité la cause première, le moteur essentiel de la circulation du sang? Il faut s'empresser de le reconnaître, M. Magendie y mit plus de mesure; d'abord il ne prétendit point avoir fait la découverte de l'élasticité des parois des vaisseaux sanguins; il crut devoir, au contraire, déclarer qu'avant lui la plupart des anatomistes avaient reconnu l'existence de cette propriété dans les artères; seulement il donnait à entendre que c'était lui le premier qui l'avait constatée dans les veines.

Cette élasticité n'avait donc pas eu pour M. Magendie la même importance que l'imbibition; nous avons vu que celle-ci lui avait permis d'expliquer deux grandes fonctions, l'absorption et l'exhalation. L'élasticité n'entrait plus que pour une part très-restreinte dans le mécanisme de la circulation; elle était même à peu près étrangère au mouvement du sang dans les capillaires.

C'était de la part de M. Magendie une très-sage réserve, et cette réserve il la montrait encore lorsque quatre ans plus tard, en 1820, il publiait le mémoire intitulé *De l'influence des mouvements de la poitrine sur la circulation*.

Haller, Lamure et Lorry avaient fait dans le dernier siècle des expériences intéressantes à ce sujet, et ils avaient conclu de ces expériences que dans l'inspiration le sang des veines est attiré vers le cœur, et que dans l'expiration le sang artériel est poussé vers les organes.

M. Magendie connaissait ces expériences, mais il trouvait qu'en les instituant on n'avait pas tenu compte de toutes les conditions du problème; il crut donc devoir les reprendre sur de nouvelles bases. Nous n'en donnerons point ici le détail; nous dirons seulement qu'après avoir très-judicieusement exposé dans son mémoire tous les incidents de ces expériences, il se résumait en disant que la respiration modifie le cours du sang veineux: 1° par l'influence qu'elle exerce sur le sang artériel; 2° par son action directe sur le mouvement du sang dans les veines.

Nous n'irons pas plus loin, Messieurs, dans cet exposé des travaux de M. Magendie sur la circulation. Ici, comme partout, M. Magendie s'était attaché à vérifier et à contrôler tout ce qui arrivait à sa connaissance, mais toujours en partant des mêmes principes, c'est-à-dire en ne tenant compte que des phénomènes purement physiques.

La circulation assurément offrait un vaste champ à ces sortes de recherches; mais M. Magendie, écartant ici toute intervention vitale, en était venu à ne plus voir dans l'appareil de la circulation qu'une machine qu'il appelait hydraulique, et qui au lieu d'eau envoie du sang dans toutes les parties du corps pour le reprendre et le pousser de nouveau vers les mêmes parties.

M. Magendie était tellement pénétré de cette idée qu'il avait été jusqu'à proscrire les dénominations devenues vulgaires de cœur, d'oreillettes et de ventricules; pour lui, il n'y avait plus dans la poitrine que deux pompes adossées l'une à l'autre, l'une qu'il appelait la pompe droite et l'autre la pompe gauche; ce n'est pas tout, au lieu de dire ventricules et oreillettes, il voulait qu'on dît corps de pompe et réservoirs. Il aurait même voulu qu'on ne parlât plus ni d'artères ni de veines, mais qu'on dît tout simplement les grands tuyaux et les petits tuyaux; bref, il en était revenu sous ce rapport à la physiologie de Descartes.

Certainement, Messieurs, tout cela peut se dire, ce sont des comparaisons, des rapprochements qu'on peut se permettre; mais M. Magendie oubliait une chose dans toutes ces démonstrations prétendues positives, c'est que tout cela est doué de la vie, c'est que cette machine hydraulique se meut, agit et fonctionne d'elle-même; qu'au lieu de parois rigides et de pistons mobiles, elle a des parois vivantes et contractiles; sans doute, pour que le sang circule il faut un appareil mécanique, il faut qu'il trouve dans le cœur un moteur central, et dans les vaisseaux une carrière à parcourir. Mais ce mouvement d'où vient-il? quelle en est la source? où est l'ouvrier qui l'a communiqué à cette machine? et d'où vient qu'une fois communiqué il ne s'arrête plus, il va continuer pendant de longues années sans jamais s'épuiser, et la nuit et le jour, pendant la veille et pendant le sommeil, et cela dans un ordre toujours le même, dans une mesure toujours égale, suivant un rhythme qui sera le premier indice de la vie et sa dernière manifestation?

Voilà, Messieurs, ce que M. Magendie n'a jamais voulu remarquer, ce qui n'attirait pas même son attention; mais peut-être va-t-il voir tout autrement les choses et tenir un autre langage maintenant que nous allons entrer avec lui dans un ordre de fonctions essentielles différentes, fonctions que l'homme seul possède dans toute leur plénitude, qui lui permettent de percevoir les sensations les plus délicates et les plus variées, matériaux de sa pensée et de son intelligence; qui lui donnent le pouvoir de réagir sur tout ce qui l'environne par des organes auxquels il peut intimer ses volontés, fonctions enfin qui vont nous mettre tellement en face de la vie, que c'est à peine si nous trouverons un seul acte comparable à ce qui se passe dans le monde extérieur.

Il est à peine besoin de dire que c'est du système nerveux que nous allons parler. M. Magendie s'est beaucoup occupé des phénomènes propres à ce système; il serait impossible de dire combien il a fait d'expériences à ce sujet. Il est vrai que presque toutes ont abouti à constater des découvertes qui ne lui appartenaient pas; mais quelle certitude et quelle valeur ne leur donnait-il pas lorsque, après avoir répété et varié les expériences de mille manières, il venait dire: Oui, cela est exact, j'en ai constaté moi-même la réalité! Et cet aveu, quand il se résignait à le faire, avait plus d'autorité dans sa bouche que presque toujours il avait commencé par nier; c'était même là un des côtés de son caractère; il éprouvait une sorte de satisfaction lorsqu'il pouvait dire à ses auditeurs: « Voilà, Messieurs, ce que tout le monde croit, ce que tout le monde affirme, ce qu'on professe dans tous les cours; eh bien, moi, je viens de prouver que cela n'est pas. » Il s'occupait fort peu de savoir si une opinion était ancienne ou non, si elle avait pour elle les plus grandes autorités; il ne se décidait que d'après le témoignage de ses propres sens, quelquefois il est vrai un peu trop vite et un peu légèrement; ainsi avait il fait à l'égard de la première paire de nerfs qui naissent du cerveau. On sait que depuis Vésale tous les anatomistes s'étaient accordés à leur reconnaître la propriété de percevoir les odeurs; or M. Magendie vint tout à coup déclarer qu'il les avait dépossédés de cette propriété, et qu'il les avait ramenés dans la catégorie des organes dont les propriétés, disait-il, sont complétement inconnues!

Certainement, Messieurs, c'est encore faire marcher la science que de faire tomber des erreurs; mais n'est-ce point la faire reculer que de remettre sans cesse en doute des vérités définitivement acquises? Ici d'ailleurs tout tenait à une méprise. M. Magendie, dans ses expériences, avait laissé intacte la sensibilité générale, et la persistance de cette sensibilité lui avait fait croire à la persistance de leur sensibilité spéciale.

Cette indifférence de M. Magendie pour tous les travaux autres que les siens était du reste si complète que plus d'une fois il lui est arrivé, et de la meilleure foi du monde, de donner comme autant de découvertes des résultats que ses devanciers ou ses contemporains avaient signalés depuis longtemps.

Ainsi, lorsqu'il voulut reprendre les belles expériences à l'aide desquelles la physiologie moderne a pu établir quelles sont, dans l'encéphale, les parties où aboutissent les impressions et celles d'où émanent les volitions, il fut tout surpris des effets qui résultaient de lésions exercées par lui sur ce qu'on a nommé les faisceaux du bulbe, les pédoncules cérébelleux, les tubercules quadrijumeaux, les corps striés et le cervelet. « Voilà, Messieurs, disait-il aux assistants, la première fois que je vois pareille chose; » et il ne se doutait pas le moins du monde que, dès le siècle dernier, Pourfour Dupetit, et plus récemment Sancerotte, Rolando, Legallois et M. Flourens, avaient signalé la plupart de ces phénomènes.

D'autres fois, il est vrai, c'étaient des faits complétement oubliés qu'il restituait à la science: ainsi le liquide désigné sous le nom de *liquide céphalo-rachidien* avait été découvert sur des cadavres par Cotugno; Haller en avait également reconnu l'existence; mais la science n'en tenait plus compte lorsque M. Magendie, en 1825, reprit les mêmes expériences sur des animaux vivants, et mit de nouveau hors de doute l'existence du liquide découvert par Cotugno (1).

Je dois, du reste, le dire de nouveau, M. Magendie apportait dans ses prétentions la plus grande bonne foi; dès qu'on lui montrait, pièces en mains, qu'il était dans l'erreur, qu'il niait une chose vraie, ou qu'il s'attribuait une priorité qui ne lui appartenait pas, il se rendait tout aussitôt, et avouait loyalement qu'il s'était trompé.

Il est cependant une découverte au sujet de laquelle M. Magendie s'est montré un peu moins facile; il est vrai que c'est une de ces découvertes qui font époque dans la science, et qui suffisent pour immortaliser un nom; un court historique donnera une idée de son importance et établira les droits que M. Magendie pouvait faire valoir.

Galien disait déjà de son temps qu'Érasistrate, Eudème et Hérophile avaient légué un grand problème à la postérité quand ils s'étaient demandés comment il se fait que, dans certaines parties du corps, c'est tantôt le mouvement seul qui est aboli, tantôt c'est seulement la sensibilité, et que, dans d'autres cas, c'est tout à la fois le mouvement et la sensibilité, *quo pacto interdum sensus duntaxat, interdum motus, nunnunquam ambo simul pereant* (*de locis affectis*).

Ces grands anatomistes avaient donc parfaitement compris que la sensibilité et le mouvement doivent avoir des sources distinctes dans les centres nerveux, et que, des cordons qui descendent de ces centres, les uns doivent être exclusivement destinés aux mouvements et les autres à la sensibilité. Mais quels sont de ces nerfs ceux qui transmettent au cerveau ce qu'on pourrait appeler le *sentir*, et quels sont ceux qui, en sens inverse, transmettent aux organes le *vouloir?* C'est là ce que les anciens ignoraient complétement, et, après plus de vingt siècles, les modernes en étaient encore à se poser le problème. Lamarck, il est vrai, entrevoyait que, pour les nerfs spinaux, les filets sensitifs ont des foyers distincts de ceux d'où partent les filets moteurs; mais il n'allait pas plus loin. Alex. Walker voyait deux racines, et il leur attribuait des fonctions différentes, mais il se méprenait sur leurs usages. Enfin, vint Ch. Bell, qui le premier, en 1814, époque à jamais mémorable dans l'histoire de la physiologie, institua des expériences décisives: il démontra que, des deux racines qui forment les nerfs spinaux, c'est l'antérieure qui est destinée au mouvement et la postérieure au sentiment, et que de leur jonction résulte, pour les nerfs spinaux, la double propriété d'être tout à la fois des nerfs moteurs et des nerfs sensitifs.

Maintenant, Messieurs, comment Ch. Bell était-il arrivé à cette grande découverte? Était-ce par le hasard heureux de quelque expérience ou par la puissance du raisonnement? Ch. Bell n'a rien dû au hasard; une idée, et c'est en cela qu'il faut l'admirer, une idée le conduisit à faire ses expériences, et il eut le bon esprit de les raisonner.

Ce fut sur des animaux récemment tués que Ch. Bell crut devoir opérer. Ayant mis à nu les racines des nerfs spinaux, il put s'assurer que, chaque fois qu'il irritait les racines antérieures, il provoquait tout aussitôt des convulsions dans les muscles correspondants, tandis qu'en excitant les racines postérieures il ne pouvait produire aucune contraction musculaire.

La première partie du problème se trouvait donc déjà résolue: la propriété motrice appartenait bien aux racines antérieures; l'expérience directe avait prononcé, la déduction logique fit le reste. « Je » compris alors, dit Ch. Bell, que, si les nerfs rachidiens ont la double » propriété du mouvement et du sentiment, c'est parce qu'ils sont for- » més de deux racines, et, puisque de ces deux racines c'est l'antérieure » qui est destinée au mouvement, la postérieure doit nécessairement » être réservée à la sensibilité. » (*An idea of a new Anatomy of the Brain.*)

Voilà, Messieurs, comment Ch. Bell, associant le raisonnement à l'expérience, compléta sa découverte et put donner la solution entière du problème.

Pascal a dit quelque part que les anciens ont plutôt manqué du bonheur de l'expérience que de la force du raisonnement. Né dans les temps modernes, Ch. Bell a eu tout à la fois et ce bonheur et cette force; le raisonnement sans l'expérience ne l'aurait conduit qu'à de vaines suppositions, l'expérience sans le raisonnement ne lui aurait donné que des éléments incomplets; en éclairant, au contraire, comme il l'a fait, l'expérience par le raisonnement, il a pu dégager la vérité tout entière.

Mais Ch. Bell ne devait point en rester là; cette première distinction établie entre les filets moteurs et les filets sensitifs, ne s'appliquait qu'aux cordons nerveux qui descendent de la moelle épinière, restait à déterminer quels sont des nerfs qui naissent de l'encéphale, ceux qui sont destinés au mouvement et ceux qui sont destinés au sentiment.

(1) Il en a été de même pour ce qui concerne le *vomissement*. François Bayle, en 1681, avait prouvé par des expériences que l'estomac est passif dans l'acte des vomissements; Chirac, Schwartz et Hunter avaient répété ces expériences et soutenu la même opinion, mais ces faits étaient à peu près oubliés, lorsque M. Magendie, reprenant les expériences et les poussant beaucoup plus loin, ne laissa plus de doutes dans les esprits.

On sait que bien des recherches avaient été faites sur ce point, et toujours sans succès, lorsqu'en 1821 Ch. Bell eut l'idée de pratiquer sa fameuse expérience comparative sur un âne : il commença par le nerf facial; cette section était à peine pratiquée que la moitié correspondante de la face était frappée d'une immobilité complète. Le nerf facial était donc un nerf moteur ; mais ici ce ne fut pas le raisonnement, ce fut l'expérience directe qui donna la contre-épreuve. Ch. Bell avait déjà la conviction que le nerf facial était un nerf moteur, le trijumeau devait être un nerf sensitif; pour mettre ce fait hors de doute, il coupa les branches du trijumeau, et le résultat confirma cette prévision : la sensibilité était complétement éteinte dans la région correspondante.

Mais, si le nerf facial préside aux mouvements de la face, c'est lui qui doit donner à la physionomie ses différentes expressions; y réfléchir en quelque sorte toutes les agitations de l'âme. Pour en donner la preuve expérimentale, Ch. Bell pensa qu'il devait choisir un autre sujet : l'âne peut avoir des passions très-vives; mais il parut à l'expérimentateur que sa physionomie n'est pas très-propre à en exprimer toutes les nuances, il préféra donc prendre dans la ménagerie d'*Exeter-Change* le singe le plus vif et le plus impressionnable qu'il put trouver. Sans plus de préparation, il lui coupa le nerf facial; excité par la douleur, le pauvre singe se mit à grimacer avec un redoublement d'énergie, mais très-exactement d'un seul côté de la figure, l'autre demeurant dans une complète immobilité.

Personne assurément n'aurait eu l'idée de répéter cette expérience sur l'homme; mais la nature devait s'en charger. Toutes les personnes qui avaient été admises à voir le singe opéré par Ch. Bell avaient été frappées de l'étrange analogie que sa physionomie présentait avec celle d'un acteur alors fort en vogue à Londres et qui se donnait comme pouvant à volonté exprimer toutes sortes de passions d'un côté de sa figure, tout en maintenant l'autre moitié dans une parfaite immobilité. L'expérience de Ch. Bell donna le mot de l'énigme : on reconnut que cet homme, atteint d'une hémiplégie faciale par suite d'une lésion accidentelle du nerf moteur, tirait tout simplement parti d'une infirmité naturelle.

Telles furent, Messieurs, les mémorables expériences auxquelles M. Magendie devait aussi attacher son nom. Nous venons de dire que c'est en 1811 que Ch. Bell avait institué ses premières expériences, celles qui avaient pour objet les propriétés des nerfs spinaux, et que celles relatives aux nerfs encéphaliques remontaient à 1821. Dans l'intervalle, un élève de Ch. Bell, John Schaw, était venu en France et avait répété les expériences de son maître à l'École vétérinaire d'Alfort en présence de plusieurs physiologistes. C'est alors que M. Magendie en eut connaissance, et qu'il leur donna de la publicité dans son journal de physiologie.

M. Magendie disait dans une première note qu'il ne connaissait pas encore dans son entier le travail de M. Ch. Bell, mais qu'il avait constaté par lui-même les résultats principaux.

Ch. Bell avait pratiqué ces expériences sur des animaux récemment tués; M. Magendie, pour vérifier les faits, alla plus loin : il fit ce que Ch. Bell n'avait pas osé ou n'avait pas voulu faire, il répéta les expériences sur des animaux vivants, et il annonça, d'abord dans son journal, qu'ayant opéré sur les racines postérieures, *il devait regarder comme probable qu'elles sont en effet plus particulièrement destinées à la sensibilité.*

S'étant ensuite décidé à couper les racines antérieures, les effets ne lui parurent pas moins concluants en faveur de l'opinion de Ch. Bell. *Les membres, dit-il, demeurèrent immobiles et flasques, tandis qu'ils conservaient une sensibilité non équivoque* (*Journ. de physiologie*, 1821, *loc. cit.*).

M. Magendie cependant n'était pas encore parfaitement convaincu pour rendre l'expérience plus décisive : *Pour ne rien négliger, dit-il, je coupai à la fois les racines antérieures et les racines postérieures, et il y eut alors perte absolue du sentiment et du mouvement.*

Nous pourrions ajouter que, dans une note publiée en 1823, M. Magendie fit connaître comment il était parvenu à provoquer de vives contractions musculaires en agissant sur les racines antérieures à l'aide du galvanisme; mais chacun sait que c'est à un autre de nos collègues, à M. Longet, qu'était réservé l'honneur de donner en ce sens une nouvelle démonstration de la théorie de Ch. Bell.

Quant à ce genre particulier de sensibilité désigné sous le nom de *sensibilité récurrente*, qu'on avait cru reconnaître dans les racines antérieures et dont on avait voulu attribuer la découverte à M. Magendie, il n'y a plus aujourd'hui à en parler; des recherches faites depuis et avec beaucoup de soin ont prouvé qu'on s'était laissé aller sous ce rapport à une véritable illusion.

Voyons plutôt ce que M. Magendie a ajouté aux expériences de Ch. Bell sur les nerfs encéphaliques. Ch. Bell, pour s'assurer des sources de la sensibilité en ce qui concerne la face, s'était borné, avons-nous dit, à couper les branches du trijumeau, et seulement à leur point d'émergence. Pour rendre l'expérience plus probante, il aurait fallu remonter plus haut, et, par une section intra-crânienne, couper le tronc du nerf lui-même. C'est ce que fit M. Magendie en 1824, à l'exemple toutefois de Fodéra, qui dès 1822 avait pratiqué cette même opération.

Les résultats obtenus ne laissèrent plus aucun doute; non-seulement les téguments de la face furent frappés d'insensibilité, mais cette insensibilité atteignit la surface du palais, de la langue et l'intérieur des narines.

Seulement M. Magendie pousse ses conclusions alla un peu trop loin; il prétendit que cette section intra-crânienne du trijumeau entraînait aussi la perte de la vue, de l'odorat et de l'ouïe. C'était aller au delà des faits; il fallait se borner à dire que la section complète du trijumeau, en abolissant dans ces organes la sensibilité générale, apporte par cela même des troubles notables dans leur sensibilité spéciale.

Mais laissons là les faits de détail et revenons à la part distincte qui est due à M. Magendie dans cette grande et belle découverte des nerfs moteurs et sensitifs.

Nous venons de voir que, lors de ses premières publications à ce sujet, M. Magendie n'avait élevé que des prétentions très-justes, très-légitimes, et qui ne pouvaient être contestées. Il déclarait hautement dans son journal que treize ans avant lui, Ch. Bell, conduit par ses ingénieuses *idées* sur le système nerveux (aveu bien remarquable dans la bouche de M. Magendie), avait institué les premières expériences; seulement il lui semblait que Ch. Bell n'avait pas tout à fait établi ce fait, que les racines antérieures des nerfs spinaux sont destinées au mouvement et les racines postérieures au sentiment, et il ajoutait que c'était à avoir établi ce fait d'une manière plus positive qu'il devait borner ses prétentions (*loc. cit.*).

Mais quelques années s'étaient à peine écoulées que M. Magendie revendiqua une bien autre part dans la solution du problème. Si nous ouvrons le compte rendu de ses leçons au collége de France, nous verrons qu'il envisageait les choses sous un tout autre aspect : « On a coutume, disait-il, d'associer mon nom à celui de M. Ch. Bell lorsqu'il est question de cette découverte; je crois que j'aurais beaucoup plus à gagner si l'on me faisait ma part distincte. »

Cette part, Messieurs, est maintenant facile à faire; la découverte telle que l'avait énoncée Ch. Bell en 1811 était déjà positive et complète; seulement une dernière et surabondante démonstration était encore à faire, la démonstration sur le vivant. Or, cette démonstration, c'est M. Magendie qui l'a faite.

Sans doute, on savait avant Ch. Bell que le mouvement doit être communiqué aux organes par des cordons nerveux distincts, et que le sentiment doit remonter par des conducteurs également distincts; mais la solution de ce difficile problème était si peu avancée que Boerhaave le proposait encore tout entier aux physiologistes de son temps. « Deux ordres de nerfs, disait-il, naissent de la moelle épinière; les uns destinés au mouvement, les autres destinés au sentiment : *Ex hac medulla exit duplex genus nervosum, unum motui alterum sensui inserviunt.* Mais quel est celui de vous qui me dira : Celui-ci sent, celui-là meut? *Quis mihi dicet hoc sentit, hoc movet?* » Eh bien, Messieurs, Ch. Bell né un peu plus tôt aurait pu s'écrier : *Me me adsum qui feci*; c'est moi qui vais vous le dire! Les filets qui meuvent sont ceux qui se trouvent placés en avant de la moelle; c'est là ce que j'ai vu, l'expérience directe me l'a démontré; les filets qui sentent sont ceux qui se trouvent placés en arrière de la moelle : c'est là ce que j'ai vu par les yeux de l'esprit, le raisonnement me l'a démontré, et si un physiologiste plus osé que moi touche ces nerfs sur un animal vivant, il produira de la douleur.

Ai-je besoin de le redire, Messieurs? Ce physiologiste plus osé a été M. Magendie; c'est lui qui, treize ans après, reprenant les expériences de Ch. Bell sur des animaux vivants, est venu donner à sa découverte cette dernière et éclatante sanction.

Ainsi, ce que l'un avait découvert, l'autre l'a démontré; ce que l'un avait annoncé, l'autre l'a vérifié; ce que l'un avait vu avec les yeux de l'esprit, l'autre l'a vu avec les yeux du corps.

C'est ainsi, Messieurs, c'est à ce prix que les sciences se développent et se constituent. Ouvrez leur histoire, et vous verrez que dans chaque siècle il s'est trouvé des hommes qui ont accompli différentes missions, et qui, bien qu'à des titres inégaux, n'en ont pas moins mérité les applaudissements de la postérité.

Jusqu'ici, Messieurs, nous avons dû nous borner à faire connaître les résultats les plus importants auxquels était arrivé M. Magendie dans le cours de ses recherches pour les porter à la connaissance des savants; il avait eu pendant plusieurs années son journal de physiologie; pendant de longues années aussi il put en entretenir l'Académie des sciences; mais à partir de 1830, il en fit l'objet d'un enseignement officiel et permanent.

M. Magendie, dans sa jeunesse, avait fait à l'École pratique des cours de physiologie dans l'intérêt des étudiants; c'étaient des cours professés sous une forme élémentaire et tout à fait didactique; mais la mort de Laënnec ayant laissé vacante, en 1827, la chaire de médecine au Collége de France, M. Magendie avait été présenté en première ligne. On sait que cette présentation ne fut pas agréée par le gouvernement de la Restauration, et que M. Magendie ne fut institué professeur qu'en 1830, après présentation nouvelle.

Tout semblait avoir été enseigné dans cette chaire de médecine au Collége de France : anatomie, chirurgie, histoire de l'art, médecine antique, et cependant il était réservé à M. Magendie d'y instituer des leçons qui n'avaient point de précédents.

Il entrait, il est vrai, dans un établissement d'un ordre à part, un établissement où l'enseignement, libre de toute espèce de joug, soustrait de tout temps aux traditions et aux règles de l'Université, peut s'engager dans les voies les plus imprévues et les plus hardies; un établissement qui même semble avoir été créé pour laisser aux sciences et aux lettres la liberté la plus large et l'indépendance la plus absolue. M. Magendie était donc dans son droit en substituant à l'enseignement médical de Laënnec et de Récamier l'enseignement d'une physiologie à lui, dite *physiologie expérimentale.*

Posant en principe qu'il fallait rompre avec un passé que d'ailleurs il ne connaissait pas, et faire, comme on le dit, table rase, M. Magendie avait prévenu ses auditeurs que tout était à reprendre en physiologie, ou plutôt à chercher et à trouver. Au lieu donc de leçons, il se mit à faire des recherches au jour le jour, un peu au hasard et de concert avec les assistants.

Maintenant, que se proposait-il de rechercher ainsi avec ses élèves, et comment procédait-il à ses recherches? Il est à peine besoin de le dire. Ses travaux ne pouvaient porter que sur ce qu'il appelait les phénomènes physiques de la vie. « Je ne comprends pas, disait-il au début de son cours, qu'on puisse prétendre que les phénomènes de la vie sont distincts des phénomènes généraux de la nature; c'est professer une erreur grave, ajoutait-il, c'est s'opposer aux progrès ultérieurs de la science. » Aussi, après avoir posé ces principes, M. Magendie prit pour sujet de leçons : *la porosité et l'imbibition.* (*Leçons sur les phénomènes physiques de la vie*, t. I[er], p. 28.)

Mais si en cela M. Magendie suivait des errements tout à fait à lui, sa manière de procéder à cet enseignement était une bien autre innovation.

Ce n'était point chose nouvelle assurément en physiologie que de pratiquer des expériences sur des animaux vivants. Depuis Hérophile et Galien, tous avaient cherché à pénétrer ainsi les mystères de l'organisme; Vésale, Harvey, Spallanzani, Haller, Bichat, Nysten, Legallois et bien d'autres s'étaient livrés à ces sortes d'investigations; mais c'était en dehors de leur chaire, loin de leur auditoire, assistés d'un ou deux aides, et ce n'est que quand des faits ainsi obtenus leur paraissaient acquis à la science, qu'ils les introduisaient dans leur enseignement.

Mais M. Magendie s'était imaginé que, pour faire rentrer la physiologie dans l'ordre des sciences physiques, il devait procéder à son enseignement absolument comme on le fait dans les cours de physique et de chimie, c'est-à-dire marcher d'expériences en expériences faites sous les yeux des assistants. Or, comme les phénomènes que M. Magendie se proposait de faire connaître, tout physiques qu'il les prétendait, ne pouvaient se produire que sous l'influence de la vie, c'était sur des animaux vivants qu'il pratiquait toutes ses expériences. Les habitudes et le langage étaient, du reste, dans son amphithéâtre, ceux qu'on retrouve dans les laboratoires de physique et de chimie. Le professeur avait ses préparateurs, ses appareils et ses réactifs; il y avait des animaux qu'on disait en expérience, et quand on s'était contenté de leur enlever une moitié du cerveau, on les réservait pour une séance suivante. Il n'y avait de différences que dans les corps soumis aux expérimentations : pour les uns, c'était des corps inertes et inorganiques, pour les autres des corps organisés et vivants; ici on produisait des effervescences et des précipités; là on produisait des mouvements, de la douleur et des cris!

C'est là ce que M. Magendie appelait faire de la physiologie expérimentale, et on l'a félicité d'avoir le premier établi parmi nous ces cours qu'on appelle des cours de vivisections. Aurait-il trouvé ailleurs, je ne dis pas la même approbation, mais la même tolérance? Ce qui lui arriva à lui-même à peu de temps de là ne le fait pas présumer. Il avait passé le détroit pour aller visiter les savants de la Grande-Bretagne; bien accueilli partout, il s'était mis à répéter dans un amphithéâtre public, à Londres, quelques-unes des scènes du Collége de France; mais tout aussitôt des clameurs parties du sein de la Société protectrice des animaux (1) le dénoncèrent à la chambre des communes. La chambre prit au sérieux cette dénonciation, et on ne parlait rien moins que d'expulser le physiologiste français, en vertu de l'*alien bill*, lorsqu'un membre influent, M. Mackintoch, prit sa défense, et la chambre passa à l'ordre du jour.

Mais cette sanglante réputation que s'était faite M. Magendie avait été bien au delà : la Pensylvanie elle-même s'en était émue. M. Cl. Bernard raconte qu'assistant un jour M. Magendie dans une de ses expériences, ils virent entrer un homme d'âge respectable, grand, vêtu de noir, et gardant sur sa tête un chapeau à larges bords; c'était un quaker : « Je demande, dit-il, à parler à Magendie. » M. Magendie s'étant désigné : « J'avais entendu parler de toi, reprit-il, et je vois qu'on » ne m'avait pas trompé. On m'avait dit que tu fais des expériences » sur des animaux vivants; je viens te voir pour te demander de quel » droit tu agis ainsi, et pour te dire que tu dois cesser ces sortes d'ex- » périences, parce que tu n'as pas le droit de faire mourir des animaux » ni de les faire souffrir, et parce qu'ensuite tu donnes un mauvais » exemple, que tu habitues tes semblables à la cruauté. »

Vous trouverez, peut-être, Messieurs, que ces paroles n'étaient pas tout à fait dénuées de raison, et qu'il était assez difficile d'y répondre. M. Magendie s'en tira comme font, en pareil cas, tous les expérimentateurs, et ceux

qui sur les animaux
Se font un chimérique empire.

Il répondit que ses expériences avaient pour but, ce qui était vrai, et pour résultat, ce qui l'était un peu moins, d'être utiles à l'humanité; que le physiologiste est mû, dans ses vivisections, par la pensée de faire des découvertes utiles à la médecine; il ajouta que Harvey n'aurait pu découvrir la circulation s'il n'avait fait des expériences sur les biches du parc de Windsor, et puis il lui parla de la chasse et de la guerre.

On comprend tout ce qu'aurait pu répliquer cet honnête quaker; sans doute, Harvey avait dû faire des expériences sur les animaux vivants, mais il n'en fit qu'un très-petit nombre, et toutes décisives, comme il appartient au génie. Haller, le grand Haller, en fit moins encore, et toujours avec une invincible répugnance, toujours avec d'amers regrets.

Mais M. Magendie était trop épris de l'expérimentation pour avoir ces scrupules; et celui-là, sans doute, n'aurait excité de sa part qu'un sourire, qui, au lieu des injonctions du missionnaire américain, lui aurait adressé ces paroles d'un poëte persan, l'Homère de son pays :

« Approuves-tu donc et peux tu concilier ces deux choses, que tu » aies reçu la vie et que tu l'enlèves à un autre? Ne fais pas de mal à » une fourmi qui traîne un grain de blé, car elle a une vie, et la douce » vie est un bien. »

Que si cependant, Messieurs, le droit de faire des expériences sur des animaux vivants a pu être sérieusement contesté, que dire d'expériences semblables faites sur l'homme lui-même, et que faudrait-il penser de M. Magendie si, comme on l'a prétendu, entraîné par la passion de la science, et par l'irrésistible désir de surprendre la nature à l'œuvre dans ce laboratoire vivant, il avait osé porter les mains sur des malades, dans le seul but d'expérimenter? Ici, Messieurs, sans prétendre justifier de tout point M. Magendie, je dirai que ce qu'il a fait, il l'a fait au grand jour, devant de nombreux témoins, et que fort de ses bonnes intentions, c'est lui-même qui a raconté comment les choses se sont passées (*Leçons sur les phénomènes physiques de la vie*, t. III, p. 29, 30 et 146); j'ajouterai que c'était sur des malades voués à une mort certaine, inévitable, qu'il s'est permis ces deux ou trois tentatives, qu'il avait la conviction qu'aucune opération ne pouvait leur être préjudiciable, et que loin de craindre de hâter ainsi leur fin, il croyait pouvoir prolonger leur vie de quelques instants. Mais je dois m'arrêter ici, et pour terminer dignement sur ce point, comme sur les hécatombes qui se succédaient dans l'amphithéâtre du collége de France, je me bornerai à citer les belles et touchantes paroles que ces sortes de faits ont inspirées au savant et modeste M. Littré dans une page sur M. Magendie : (*La fin au prochain numéro.*)

(1) *Society for prevention of cruelty to animals.*

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 149. — SAMEDI 19 DÉCEMBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 149. — SAMEDI 19 DÉCEMBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'éruption papulo-ulcéreuse qu'on observe chez les ouvriers qui manient le vert de Schweinfurt.

En 1845, M. le docteur Blandet signala pour la première fois une maladie professionnelle toute particulière observée chez des ouvriers en papiers peints et due à l'action toxique de l'arsenic qui entre dans la composition du vert de Schweinfurt, dont ces ouvriers font usage. Cette maladie a été depuis l'objet d'une enquête, sous le double point de vue de sa fréquence et de sa gravité. Mais ni dans cette enquête ni dans le mémoire du médecin que nous venons de citer, on ne trouve soit sur le mode de développement et les évolutions de l'affection dont il s'agit, soit sur ses caractères, des détails suffisants pour permettre d'en établir le diagnostic à toutes les époques de la maladie. Une observation suivie avec soin par M. Follin sur un malade de son service à l'hôpital Saint-Antoine, lui a permis de combler en grande partie cette lacune.

Voici cette observation, que M. Follin, l'un des savants rédacteurs des *Archives générales de médecine*, vient de publier tout récemment dans ce recueil. Les détails un peu longs peut-être que nous allons reproduire sont d'autant plus essentiels qu'ils doivent servir à fixer les caractères d'une affection dont il n'existait jusqu'ici aucune description complète.

Un homme âgé de quarante-huit ans, employé dans une fabrique de vert de Schweinfurt, est entré le 16 octobre dernier dans le service de M. Follin à l'hôpital Saint-Antoine, pour des ulcérations multiples existant surtout aux extrémités des membres supérieurs et inférieurs.

La constitution de cet homme était assez robuste, et sa santé avait toujours été bonne avant qu'il entrât dans la fabrique en question. Il n'a jamais contracté d'affection vénérienne. Un mois environ après son entrée à l'atelier, il a vu survenir sans prodromes une éruption papuleuse assez confluente, notamment aux membres inférieurs; cette éruption s'accompagnait d'un prurit assez vif pour provoquer de l'insomnie, de l'anorexie, de la soif. Le malade suspendit alors son travail pendant une semaine et prit cinq bains simples, trois pédiluves sinapisés, une boisson pectorale, et se soumit à une diète presque complète.

La plupart des papules s'affaissèrent et disparurent, laissant seulement à leur place une tache noirâtre; mais quelques-unes s'ulcérèrent et suppurèrent. Ce malade ne reprit pas moins son travail, qu'il continua jusqu'à son entrée à l'hôpital Saint-Antoine, c'est-à-dire six semaines encore après le début de sa maladie.

Voici dans quel état était alors cet homme :

Il restait les ulcérations suivantes :

1° Une sur chaque aile du nez; ces ulcérations sont très superficielles, à contours irréguliers, larges comme une pièce d'un centime environ, recouverts de croûtes d'un brun-jaunâtre, à surface chagrinée, et entourées de téguments rouges, tendus, lisses.

2° Une autre ulcération au-dessous de la sous-cloison. Ce n'est qu'une exulcération superficielle, qui a produit une sécrétion assez abondante, d'un brun-grisâtre.

3° Le scrotum offre, à gauche du raphé, une ulcération de forme quadrilatère, à bords nettement découpés, à fond d'un gris-rougeâtre, peu déprimé, humide, et comme recouvert par une couche pultacée blanche, sans base indurée.

Ce sont là les seules ulcérations de la tête et du tronc. Les autres résident dans les membres supérieurs et inférieurs.

4° La main droite ne présente qu'une ulcération située à la partie moyenne de la surface palmaire de la dernière phalange du médius; cette ulcération, large d'un centimètre, profonde de 2 millimètres environ, a des bords coupés à pic non décollés; son fond est d'un gris-jaunâtre et sécrète un liquide grisâtre; les téguments de la pulpe du doigt médius sont d'un rouge foncé, lisses, tendus; le malade éprouve en ce point quelques élancements très-vifs.

5° A l'indicateur de la main gauche on trouve une sorte de tourniole laissant suinter un pus séreux, analogue à celui de toutes les ulcérations; à la surface dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'annulaire existe une ulcération peu profonde, triangulaire, large comme une grosse lentille, et recouverte d'une croûte jaunâtre, qui s'élève un peu au-dessus des téguments; la peau qui circonscrit l'ulcération est médiocrement rouge, légèrement foncée, et a subi une exfoliation épidermique d'une étendue de 2 millimètres.

A 2 ou 3 millimètres au-dessus de l'ongle du médius, on trouve une seconde ulcération petite, recouverte d'une croûte dans toute son étendue, et paraissant cicatrisée dans sa moitié inférieure.

6° A chaque pied on observe deux ulcérations presque entièrement symétriques, l'une au bord interne de la face dorsale du pied, au-dessus de l'articulation métatarso-phalangienne du premier orteil (elle ressemble tout à fait à l'ulcération de la main droite); l'autre, presque cicatrisée, est située sur le dos du deuxième orteil, vers sa base.

On trouve enfin sur la partie moyenne et antérieure de la jambe gauche une écorchure à bords froncés, longue d'un pouce dans le sens vertical et large de 6 lignes.

Quelques-unes de ces ulcérations, et celles des pieds en particulier, ont une base indurée, mais cette induration n'a point les caractères des indurations syphilitiques. Toutes ou presque toutes donnent lieu à des élancements assez vifs, plus intenses la nuit que le jour.

Jusqu'alors on n'a recouvert ces ulcérations que d'un pansement simple.

Depuis que ce malade travaille au vert de Schweinfurt, il a eu du dévoiement, ses forces ont peu à peu diminué, et au moment de son admission, il était assez faible; mais cette faiblesse était générale, et ne pouvait nullement donner l'idée de la *paralysie* qu'on a nommée *arsenicale*.

Toutes les autres fonctions étaient intactes.

Deux litres d'urine environ ont été soumis à l'examen chimique, et l'on n'y a trouvé aucune trace d'arsenic.

Le malade a été mis à un régime tonique, au vin de quinquina, et à l'usage de bains simples tous les deux jours; infusion diurétique de scille et de digitale.

Le 19, toutes les ulcérations qui n'étaient point recouvertes de croûtes semblaient s'être détergées sous l'influence du premier bain, leur surface était moins grisâtre.

Le 22, les ulcérations étaient déjà notablement modifiées; celles de la main droite commençaient à se rétrécir; d'autres, recouvertes d'une croûte brune, semblaient attirer à elles les téguments voisins, tandis que la cicatrisation se faisait au-dessous d'elles. Les ulcérations du nez et de la lèvre étaient guéries.

Le 30, l'espèce de tourniole de l'indicateur gauche était guérie depuis deux ou trois jours; l'ulcération de la base du médius avait diminué de moitié d'étendue et était recouverte d'une croûte brune; celle de la dernière phalange était réduite à de très-petites dimensions, presque entièrement cicatrisée, et cependant encore recouverte d'une légère croûte brunâtre. L'ulcération de la face palmaire du médius droit était cicatrisée en grande partie; celle du scrotum l'était complétement. L'ulcération du dos du pied gauche, quoique diminuée d'étendue, et recouverte d'une croûte jaune légèrement brunâtre, restait excavée en godet; celles de la base des deux orteils, complétement cicatrisées, étaient encore recouvertes de croûtes brunes à fleur de peau; enfin l'ulcération du dos du pied était à peu près comblée par la cicatrice. Quant à l'ulcération de la jambe gauche, elle avait diminué de moitié.

Le 3 novembre, tout marchait vers la cicatrisation.

Le malade est sorti le 11. Toutes les ulcérations étaient alors cicatrisées; celle de la pulpe du médius droit et celle du dos du pied gauche étaient encore déprimées et recouvertes par une croûte jaunâtre assez mince, laissant supposer au-dessous d'elle une cicatrice assez solide. Quelques cicatrices restaient déprimées, d'autres avaient atteint le niveau des téguments; nulle autre part elles n'étaient accompagnées de cette teinte rouge sombre, bistrée, qui caractérise les cicatrices syphilitiques. L'état général de cet homme était très-satisfaisant; il avait repris de l'embonpoint, de l'appétit, des forces. D'ailleurs depuis son entrée à l'hôpital aucune ulcération nouvelle ne s'était produite.

Ainsi, en résumé, au début, éruption papuleuse sur les parties plus directement exposées à l'agent toxique, s'effaçant ensuite sur certains points, tandis qu'elle s'exagère et donne lieu sur d'autres points à des pustules et à des ulcérations, telle a été d'abord la marche de l'affection chez cet homme. Les mains et le visage ont été spécialement atteints chez lui, comme cela arrive généralement chez les ouvriers qui préparent ou manipulent le vert de Schweinfurt.

Quant aux ulcérations, de forme circulaire, taillées à pic, indurées, à fond grisâtre, qui pourraient au premier abord être facilement prises pour des ulcérations syphilitiques avec lesquelles elles ont quelque ressemblance, M. Follin fait remarquer qu'elles s'en distinguent par la différence de l'induration, qui n'a pas la consistance élastique des indurations syphilitiques primitives, par l'aspect de la sécrétion, qui est celui d'un liquide mielleux se desséchant sous forme de croûtes jaunâtres; par l'absence de cette auréole inflammatoire d'un rouge violacé qui circonscrit ordinairement les ulcérations syphilitiques; enfin par leur siége aux mains, aux pieds et sur le visage. La circonstance de la profession, éveillant l'attention de l'observateur, vient donner d'ailleurs une valeur plus décisive à ces signes différentiels.

Le traitement employé par M. Follin dans ce cas-ci a été très-simple et très-efficace; il a consisté en bains simples et prolongés d'abord, remplacés plus tard par des bains sulfureux, en boissons diurétiques et quelques toniques. Les ulcérations n'ont exigé aucun pansement particulier.

Les résultats prompts et sûrs de ce traitement indiquent la marche à suivre par les praticiens qui auraient à traiter des cas semblables.

De quelques nouveaux essais d'électrisation thérapeutique à l'aide du courant continu.

Nous avons souvent appelé l'attention de nos lecteurs, soit ici, soit dans d'autres parties de ce journal, sur les tentatives multipliées qu'on a faites depuis quelques années pour faire définitivement entrer l'électricité dans le domaine de la thérapeutique. On peut dire aujourd'hui, malgré les dissidences nombreuses qui subsistent à cet égard, que l'électro-thérapie est acquise à la pratique. Ces dissidences elles-mêmes en seraient plutôt la preuve, car elles portent non sur l'opportunité de la méthode, ni sur le fait de son application, mais sur les procédés et moyens d'exécution. Nous avons été depuis quelque temps témoin de quelques essais entrepris sur ce point intéressant de thérapeutique, dans le service de M. Rayer, qui a généreusement mis ses salles à la disposition de M. Hiffelsheim pour cette utile étude. Nous n'avons pas pour l'instant l'intention ni de raconter ni d'apprécier les faits et les résultats thérapeutiques constatés jusqu'ici par notre confrère. Nous voulons seulement signaler un point dans ses expériences, qui touche tout à la fois à la théorie et à la pratique de l'électrisation médicale.

Quelques courtes explications préalables sont ici nécessaires.

On sait que M. Duchenne, à qui l'on doit d'importantes et actives recherches sur ce sujet, a cherché à établir une distinction entre l'électrisation directe et l'électrisation indirecte. Par l'électrisation directe, il entend la production des contractions sans l'intermédiaire des filets nerveux, c'est-à-dire par l'excitation directe de la contractilité musculaire. L'électrisation indirecte ou plutôt médiate, est celle qui se pratique en plaçant les conducteurs sur les plexus ou troncs nerveux; celle-ci exige la connaissance exacte de la position et des rapports anatomiques des nerfs, ce dont on peut se passer pour l'autre.

Cette distinction, cette doctrine, si l'on veut, déjà combattue par plusieurs physiologistes, et notamment, dans ces derniers temps, par un auteur allemand, M. Ziemssen, compte un antagoniste de plus dans M. Hiffelsheim, qui paraît penser qu'elle a sa source dans une méprise et qu'elle a engendré une pratique vicieuse. Mais il ne s'agit de faire ici ni de l'histoire ni de la discussion, nous voulons constater seulement un résultat acquis par de nombreuses expériences cliniques. Laissons donc, pour le moment, de côté les discussions théoriques pour exposer simplement le fait qui intéresse la pratique.

Loin qu'on doive chercher à éviter les troncs et les filets nerveux, M. Hiffelsheim pense au contraire, avec MM. Remack et Ziemssen, que c'est toujours par l'intermédiaire des nerfs qu'il faut agir, et que c'est en réalité ainsi qu'on agit alors même que l'on croit faire de l'excitation musculaire directe. Il se fonde sur ce que, après de nombreuses électrisations, soit qu'elles aient été faites dans un but d'étude ou dans un but pratique, on a fini par trouver des points spéciaux où la contraction est à son maximum. Or ces points sont tout simplement ceux où les nerfs dans un court trajet superficiel pénètrent dans les muscles.

La preuve en est dans ce qu'un courant beaucoup plus faible suffit pour faire contracter un muscle quand on couvre ce point au lieu de placer les conducteurs indifféremment sur le muscle.

Guidé constamment par cette donnée dans ses expériences, M. Hiffelsheim a toujours constaté les mêmes effets, soit qu'il ait électrisé par les troncs nerveux, par les branches mono-musculaires ou par les branches poli-musculaires, et il assure n'avoir jamais

trouvé une différence d'aptitude contractile (par l'électricité), que les plus simples notions de physique et d'anatomie descriptive ne lui aient permis de prévoir pour chaque muscle.

Au contraire, en plaçant les conducteurs indifféremment sur le corps d'un muscle sans prendre ce point d'élection anatomique, il n'a guère remarqué qu'aucune autre circonstance parût influer sur l'intensité de la contraction.

Sans doute, suivant M. Hiffelsheim, tout près de ce point les effets prompts et énergiques du rameau musculaire se font encore sentir. Mais si on se place sur ce point même avec un conducteur fin, qui concentre mieux l'action dans la profondeur au lieu de la répandre, on voit que le pôle négatif (zinc) provoque d'une manière bien plus efficace la contraction du muscle que le pôle positif (cuivre), resté sur un autre point du muscle. Il suffit d'alterner pour s'en convaincre.

Dans ce cas, et à ce point de vue, le sens du courant semble avoir une grande influence. Cependant, ce qui complique ce phénomène, c'est que le pôle négatif (zinc) a une propriété physico-chimique dans les courants induits comme dans un courant continu bien moindre, il est vrai. Cela varie avec l'appareil. Mais dans les appareils à origine voltaïque, et avec beaucoup de surface active, le fait est plus manifeste. Cette action serait donc plus locale, topique, quoique spéciale à l'électricité.

Quoi qu'il en soit, on voit par ce qui précède que la connaissance des points anatomiques que l'on peut apprendre comme on apprend les insertions des muscles, et la connaissance de l'action si manifestement prépondérante du pôle négatif, rendent l'opération électrique d'une merveilleuse facilité. Elles dispensent des appareils si coûteux que l'on dut imaginer lorsqu'on créa l'électrisation des filets, qui conserve d'ailleurs tous ses avantages pour certaines études, telles que celles qui exigent de la précision, et pour quelques muscles dépourvus de points anatomiques accessibles. Elles permettent de recourir à des appareils d'une grande simplicité. M. Hiffelsheim a fait usage ordinairement pour ses recherches des batteries de Pulvermacher, qui sont, comme tout le monde le sait, d'un prix peu élevé.

Ce qui a principalement déterminé son choix en faveur de cet appareil, c'est parce qu'il est fait de parties démontables et qu'il donne le courant continu, dont il possède au plus haut degré toutes les propriétés.

Nous reviendrons nécessairement sur ce sujet, qui renferme à la fois de nombreux points de litige scientifique et d'intéressants résultats thérapeutiques. Nous n'avons voulu pour le moment que poser le fait le plus général qui ressort des expériences de M. Hiffelsheim.

CICATRICE ANCIENNE, SUITE DE BRULURE,

occupant une grande étendue de la paroi latérale du thorax et du bras correspondant.

Autoplastie par la méthode indienne; insuccès. — Nouvelle opération par les coupes angulaires superposées (procédé de Wharton Jones); amélioration très-notable.

Par M. le docteur VERNEUIL, chirurgien des hôpitaux.

(Lu à la séance de la Société de chirurgie du 9 décembre.)

Richer (Charles), âgé de vingt ans, se trouva le 8 août 1851 au milieu d'un incendie de paille. Ses vêtements ayant pris feu, ce jeune homme se couvrit la face avec les bras, ce qui laissa la poitrine à découvert; il en résulta une vaste brûlure de la paroi thoracique droite et du bras correspondant, autant qu'on peut en juger par les stigmates actuels. La lésion s'étendait jusqu'au coude d'une part, et de l'autre jusqu'au niveau de la huitième côte. La cicatrice brachiale recouvre plus des trois quarts de la circonférence du membre. Une languette de tégument sain, large à peine de 4 à 5 centimètres se retrouve sur la face externe, depuis la pointe du deltoïde jusqu'à l'épicondyle. A l'épaule, les limites de la cicatrice correspondent assez exactement aux bords antérieur et postérieur du deltoïde. Toute la cavité axillaire est comblée par une bride large, épaisse, immobile, saillante sur la poitrine; la destruction a été énorme. La cicatrice va de la clavicule et de l'épine de l'omoplate jusqu'à une ligne répondant à la septième côte. Elle s'arrête en avant à trois travers de doigt de la face antérieure du sternum; en arrière, elle est un peu plus distante de la ligne des apophyses épineuses.

Les diamètres de cette vaste brûlure, quoique considérablement réduite par la cicatrisation et la rétraction consécutive, mesurent actuellement encore plus de 25 centim. La destruction n'atteignit pas partout la même profondeur; cependant il paraît que vers le centre de la paroi thoracique, toutes les parties molles furent éliminées, car le malade assure qu'en certains points la plaie allait jusqu'aux os.

La cicatrisation ne fut complète qu'au bout d'une année. Pendant six mois *le bras fut maintenu rapproché du corps* comme dans la fracture de la clavicule; l'eau de chaux fut le principal topique employé.

Lorsque Richer reprit ses travaux, le bras ne pouvait, dans l'abduction, atteindre l'angle droit. L'avant-bras était fléchi sur le bras et ne pouvait pas davantage s'étendre même à angle droit. L'état de boutonnier, exercé par notre jeune homme, exige des mouvements du bras assez étendus, aussi la cicatrice axillaire se déchira-t-elle à plusieurs reprises, ce qui le forçait à interrompre son travail à chaque instant. Cette cicatrice toutefois n'était pas douloureuse, si ce n'est dans les changements de temps. Il fut alors soumis pendant deux mois au repos et à l'usage répété de bains prolongés. Ce traitement amena une amélioration considérable. Mais la rétraction inodulaire reprit le dessus; elle continua ses progrès incessants, si bien que, en 1856, les mouvements de l'avant-bras et du bras étaient presque complétement annulés.

En octobre 1856, M. Maisonneuve fit une tentative opératoire. Il fit la section transversale de la bride axillaire, et pour maintenir l'écartement produit entre les lèvres de cette division, il songea à l'autoplastie. Un large lambeau cutané fut taillé en arrière au-dessous de l'épine de l'omoplate, tordu sur son pédicule et greffé entre les bords de la section axillaire. Je n'ai pas de détails précis sur cette opération. Je sais seulement que le lambeau se sphacéla et que la cicatrisation des plaies achevée, le sujet se trouva dans le même état qu'avant, sinon pis.

Pendant près d'un an, aucune nouvelle tentative ne fut faite et cependant les mouvements ont repris un peu d'étendue, grâce surtout à la mobilité complémentaire dont les articulations de la clavicule sont devenues le siége.

Dans les premiers jours d'octobre 1857, Richer est reçu dans mon service et couché au n° 14, salle Saint-Jean (Hôtel-Dieu). Je l'avais examiné l'année précédente dans le service de M. Maisonneuve et je le retrouvais à peu près dans le même état, sauf l'amélioration signalée plus haut et due à la laxité plus grande des articulations claviculaires et à l'action exagérée des muscles élévateurs de l'omoplate. Le bras est atrophié, il est évidemment plus grêle et plus court que celui du côté sain. L'obstacle principal réside toujours dans la bride axillaire qui est épaisse, dure, immobile. En arrière, dans l'endroit où le lambeau a été pris, la cicatrice est inextensible et paraît comme soudée aux parties profondes. Sur la poitrine, au contraire, dans les régions mammaire et hypochondriaque, les téguments sont assez souples et se déplacent aisément, même dans les points où ils offrent l'aspect cicatriciel. Une bride assez large et forte, partie de l'aisselle, vient se terminer un peu au-dessous de l'interligne huméro-cubital, en suivant assez exactement le trajet de l'artère humérale. C'est elle qui entrave l'extension de l'avant-bras. Ce dernier mouvement est cependant assez étendu; car l'angle ouvert en avant et formé par les deux segments du membre peut atteindre environ 110 degrés.

L'abduction du bras, au contraire, est très-restreinte. Quand le malade cherche à la produire, le moignon de l'épaule s'élève fortement, le tronc s'incurve et le coude arrive à peu près à la hauteur de la fourchette sternale. Mais si on mesure l'angle compris entre la paroi thoracique et la face interne du bras, à peine lui trouve-t-on plus de 40 degrés.

Dans cette attitude, le travail est presque impossible; aussi le jeune homme n'ayant nulle ressource et ne connaissant que son état habituel, je me décide à pratiquer quelque opération.

Mais le choix du procédé n'était pas chose facile. L'obstacle principal au rétablissement des mouvements siégeait dans le creux axillaire, c'est-à-dire au centre de la cicatrice. On ne pouvait songer à l'extirpation de l'inodule ni aux simples sections transversales de la bride. Il y avait une trop grande distance entre les parties saines et l'aisselle pour penser à emprunter un lambeau aux premières pour l'amener sur le point où l'étoffe manquait. Il fallut donc se résigner à opérer dans le champ même de la cicatrice.

Or, quoique mobile en certains points, le tégument cicatriciel était pâle, ferme, peu vasculaire, assez mince à la périphérie, toutes circonstances qui défendaient de l'utiliser pour la formation de lambeaux un peu étendus (1). D'un autre côté, après l'issue fâcheuse de la première autoplastie, il fallait mettre beaucoup de réserve dans les nouvelles tentatives; car si la gangrène avait encore détruit de nouvelles parties du tégument déjà si rare en ce point, la chirurgie eût réellement plutôt nui que profité à ce malade. Pour moi, l'indication était formelle, *il fallait tenter quelque chose, mais dans des limites assez étroites pour qu'en cas d'insuccès les conditions de l'opéré ne devinssent pas pires qu'avant l'opération*. En un mot, obtenir peu sans doute à la fois, mais ne rien risquer.

On pouvait faciliter l'abduction du bras de trois manières :

1° En agissant directement sur la bride axillaire;

2° En attaquant son prolongement brachial;

3° En portant l'instrument sur le prolongement thoracique.

C'est à ce dernier parti que je m'arrêtai. Lorsqu'en effet le bras était fortement écarté du corps, on faisait saillir à l'instant une bride longitudinale, falciforme, partant du coude pour venir aboutir environ vers la cinquième côte en décrivant une courbure très-prononcée à concavité inférieure et externe. Large et peu saillante sur le bras, cette bride, au niveau de l'aisselle, était épaissé, dure, très-proéminente; puis, en arrivant à la poitrine, elle s'élargissait et paraissait se diviser en quatre ou cinq brides divergentes, soulevant de 1 centimètre à peine la cicatrice générale, avec laquelle elle se confondait.

Deux de ces brides, presque parallèles, descendaient verticalement, à peu de distance l'une de l'autre, dans le milieu du large interstice qui sépare le grand pectoral et le grand dorsal. Je résolus d'attaquer d'abord ces brides thoraciques, me proposant, dans une série de petites opérations successives, d'attaquer les autres brides thoraciques et la grande corde fibreuse du bras. On a employé divers procédés de section des brides cicatricielles. MM. Decès, Sédillot et d'autres ont pratiqué des coupes en zigzag ou ondulées, des incisions angulaires superposées ou des incisions obliques espacées, etc., etc. Plusieurs de ces moyens, très-utiles quand les brides sont étroites et longues, comme par exemple dans la flexion permanente d'un doigt ou de l'avant-bras, ne conviennent plus quand il faut agir sur une large étendue transversale. Il est préférable alors de mettre en usage un procédé analogue à celui qu'Earle essaya autrefois, et qui est plus connu par l'application que M. Wharton Jones en a fait à l'ectropion.

Ce procédé consiste, comme chacun le sait, à pratiquer deux incisions convergentes qui circonscrivent un angle dans lequel se trouve comprise la bride plus ou moins large qu'on veut allonger. Il en résulte une sorte de lambeau triangulaire, qui se rétracte par le moyen d'une dissection légère, et laisse une plaie en forme d'accent circonflexe, qu'on métamorphose par la suture en une plaie en Y. L'allongement qu'on obtient par cette manœuvre est égal à la longueur de la branche verticale de l'Y; on peut donc lui donner toute l'étendue qu'on désire. Mais il importe beaucoup de savoir que plus on donne de hauteur au lambeau ainsi limité, plus on s'expose à la gangrène, qui est malheureusement assez commune dans ce procédé.

Pour éviter cet inconvénient, je résolus de faire deux opérations semblables sur les brides en question, de les faire assez loin l'une de l'autre pour que la vitalité des parties interposées ne fût pas compromise, et enfin de donner assez peu d'étendue aux lambeaux pour qu'en cas d'insuccès la nouvelle perte de substance fût insignifiante.

D'après ce que j'ai dit du mécanisme de l'allongement, il est évident qu'on peut, en superposant deux ou trois petites incisions angulaires, on peut, en courant moins de risque, obtenir exactement le même relâchement qu'avec une seule opération très-étendue.

Le malade étant chloroformé, et le bras porté dans l'abduction forcée, une premiere incision angulaire fut pratiquée immédiatement au-dessous de la bride axillaire, et comme les deux brides secondaires thoraciques que je voulais attaquer se trouvaient très-rapprochées, il me suffit de donner 4 centimètres à chacun des côtés de l'angle. 6 centimètres plus bas sur la paroi thoracique, je répétai la même manœuvre. Cette fois, les incisions furent plus longues à cause de la divergence des brides.

J'eus soin d'arrondir l'angle du lambeau, car son sommet se sphacèle ordinairement quand il est trop aigu, et je procédai à la dissection avec le bistouri et les ciseaux conduits sur la pulpe de l'index gauche. Je détachai le moins possible le lambeau de son adhérence profonde, mais je fis agir l'instrument tranchant jusqu'à la destruction complète des tractus fibreux qui paraissaient s'opposer à l'écartement du bras.

Le résultat primitif obtenu fut satisfaisant, mais non complet, parce que les deux autres brides thoraciques se tendirent à leur tour après la destruction des précédentes qui constituaient l'obstacle principal. On put néanmoins sur-le-champ élever le bras à peu près à angle droit sur la poitrine. La petite incision angulaire supérieure avait fourni plus d'allongement que la grande inférieure.

Les plaies furent réunies par la suture, de manière à figurer chacune un Y. L'introduction des épingles et des aiguilles à suture fut très-pénible, à cause de la densité extrême du tissu cicatriciel qui formait les bords de la plaie. Celle-ci saigna très-peu, aucune ligature ne fut nécessaire. Les sutures furent soutenues par des bandelettes agglutinatives, et une couche épaisse de ces mêmes bandelettes constitua tout le pansement. J'avais vainement essayé dans les jours précédents d'improviser un appareil destiné à tenir le bras écarté du corps. Craignant d'exercer quelque violence sur la région opérée par des tiraillements inopportuns, j'abandonnai les choses à elles-mêmes.

Le malade fut soumis au régime des opérés : Potage, deux côtelettes, pain, le premier jour. Le soir un peu de fièvre. Le lendemain, douleurs dans les mouvements du bras, et dans la région de la plaie. Encore un peu de fièvre, sueurs abondantes.

Le 10, surlendemain de l'opération, le sommet du lambeau inférieur s'est sphacélé dans l'étendue d'un centimètre. La plaie est réunie dans les trois quarts de son étendue.

L'opération supérieure paraît d'abord avoir mieux réussi. La réunion semble assez solide; les sutures sont enlevées dans tous les points. Les bandelettes sont renouvelées et appliquées de manière à tenir rapprochées les lèvres des plaies.

Le 12, le second pansement est levé; le sphacèle a légèrement gagné les bords du lambeau inférieur. Comme en bas, la désunion est complète en haut, mais il n'y a pas de perte de substance. Toute la région est devenue rouge et gonflée, douloureuse au toucher. La cicatrice est envahie par le travail phlegmasique dans toute son étendue; elle présente l'apparence d'une partie envahie par un phlegmon, et chose curieuse, la tuméfaction, loin de se propager au tissu cellulaire sous-cutané des parties voisines saines, s'arrête brusquement aux limites du tégument altéré par la brûlure.

Je considérais l'opération comme manquée, mais je m'efforçais néanmoins de rapprocher transversalement les plaies qui se recouvraient de bourgeons charnus. Des pansements convenables furent faits avec le plus grand soin par M. Mauduyt, élève du service, et j'eus la satisfaction de voir un résultat favorable s'effectuer sous leur influence. Peu à peu, la tuméfaction du tissu cicatriciel se dissipa, la rougeur et l'inflammation disparurent, et des bourgeons charnus de très-belle apparence comblèrent les deux plaies. L'état général est très-bon, l'appétit est excellent, et toutes les fonctions s'exécutent comme dans l'état de santé.

Le traitement consécutif résida surtout dans les trois points suivants :

1° Emploi de bandelettes agglutinatives et de compresses graduées placées verticalement à une petite distance des bords de la plaie pour la rétrécir transversalement.

2° Cautérisations des bourgeons charnus avec le nitrate d'argent; ces deux moyens associés intelligemment, eurent pour résultat la rétraction inodulaire dans le sens transversal, de telle façon que l'allongement de la bride, qui n'avait pu être obtenu par la réunion immédiate, fut complétement réalisé par la contraction de la couche inodulaire. La cicatrice de l'incision supérieure est linéaire, elle a exactement la forme d'un Y, comme si l'adhésion primitive avait réussi. Cette disposition est beaucoup moins marquée à l'incision inférieure. Mais cependant on a gagné quelque chose même dans ce point. La gangrène d'une partie du lambeau n'a pas eu de résultats fâcheux.

3° J'ai associé aux pansements un moyen qui a rendu, je crois, des services signalés : chaque fois que les bandelettes et les compresses étaient renouvelées, le bras était tenu dans l'abduction forcée par un artifice très-simple. Une bande attachée au poignet du membre opéré était passée sur une barre transversale située en haut du lit de manière à former une anse; la main du côté sain saisissait le chef libre, et, tirant dessus, forçait le membre malade à s'élever. La bande jouait le rôle de la corde d'un puits. Cette attitude était maintenue pendant une heure après chaque pansement et lorsque l'inflammation de la région eut disparu, le malade, deux ou trois fois par jour et pendant une heure, soulevait ainsi son bras droit et lui imprimait des mouvements rhythmiques destinés à augmenter la mobilité.

Je suis convaincu que si j'avais eu à ma disposition un appareil mé-

(1) On a beaucoup écrit dans ces derniers temps sur les propriétés du tissu cicatriciel et sur son emploi dans la formation des lambeaux. Dans cette réaction contre les idées de Delpech il y a du bon, mais aussi je crois une exagération évidente. Si, à la face, on peut sans crainte employer le tissu inodulaire dans les lambeaux à base large, il en est tout autrement dans d'autres régions du corps et lorsque l'on emploie les procédés qui se rapprochent de la méthode indienne par l'étroitesse du pédicule. Cette question importante mérite un examen approfondi.

canique plus parfait, j'aurais obtenu davantage encore de cette sorte de gymnastique si simple.

Le 23 novembre, la cicatrisation était complète.

Au moment où Richer est présenté à la Société de chirurgie, le bras s'écarte de la poitrine à angle droit ou à peu de degrés près. La main peut facilement être mise derrière la tête, ce qui n'avait jamais été possible jusqu'alors. L'extension de l'avant-bras sur le bras a également gagné notablement. Les mouvements ont donc acquis beaucoup d'étendue; ils s'exécutent sans aucune douleur et sans tiraillement considérable.

La réunion des incisions étant linéaire, il n'y a pas à craindre que l'amélioration obtenue se démente. Certes le résultat n'est pas complet; mais cependant Richer a pu reprendre sa profession. Son épaule est assez mobile pour y suffire; mais l'extension de l'avant-bras n'est pas assez complète, et la partie brachiale de la cicatrice est encore tiraillée pendant le travail. Il sera nécessaire de refaire quelques tentatives sur ce point. La Société sera mise au courant de ce qu'il en adviendra.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

FIN DE L'ÉLOGE DE MAGENDIE.

Par M. le docteur Frédéric DUBOIS, secrétaire perpétuel.

« La physiologie, a dit M. Littré, se croit obligée de soumettre à ses » expériences destructives des êtres organisés et vivants; mais la » raison humaine doit s'interposer pour réduire, dans les limites les » plus étroites, cette destruction inévitable et fatale.

» Une science qui exige le sacrifice des animaux ne doit pas verser » capricieusement le sang et prodiguer la douleur; il est bon, je dirai » même il est beau, pendant que l'esprit embrasse la rigoureuse fatalité qui détruit les existences, que le cœur maintienne ses droits. Celui qui veut interpréter les mystères de la vie, de la souffrance et de » la mort doit avoir l'esprit élevé, l'âme miséricordieuse et les mains » innocentes. »

Maintenant, Messieurs, que nous vous avons montré M. Magendie dans son amphithéâtre, devant ses élèves, nous allons le suivre dans son hôpital, au milieu de ses malades. Immédiatement après son prosectorat, M. Magendie s'était présenté au bureau des hôpitaux, et le 15 juillet 1818, il avait été proposé par le jury de concours pour une place de médecin. Un arrêté ministériel du 7 août suivant approuva sa nomination; son stage y fut d'assez longue durée, car ce n'est qu'en 1826, le 12 juillet, qu'il fut proposé pour la place de médecin suppléant à l'hospice de la Salpêtrière. Puis, quelques années s'étant écoulées, en 1830, nommé médecin de l'Hôtel Dieu, il demeura attaché à ce service pendant plus de quatorze ans; ce ne fut en effet qu'en 1845 qu'il prit sa retraite, avec le titre de médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

Sans s'être jamais précisément distingué par son activité dans le service des hôpitaux, M. Magendie avait d'abord pris au sérieux ses fonctions de médecin, et pendant quelques années on le vit s'occuper du traitement des maladies; il avait même publié un formulaire qui eut un grand nombre d'éditions; il est vrai qu'il n'y est guère question que de substances très actives, et que c'était plutôt comme expérimentateur que comme médecin qu'il les avait employées, mais enfin il le recommandait aux praticiens et avec raison, c'était un livre utile. A peu près à la même époque, il avait publié un *Traité de la gravelle*, qui offrait quelques vues neuves, et qui fut très-remarqué.

Mais M. Magendie n'en resta point là, à mesure que ses idées en physiologie se prononçaient dans un sens qu'il regardait comme positif, ses idées en médecine prenaient une autre direction. Il semble que dans ce travail de sa pensée il s'était attaché à prendre le contre-pied du célèbre fondateur de la médecine dite physiologique; Broussais aussi avait voulu déduire sa médecine de la physiologie de son temps qui était celle de Bichat, mais sa thérapeutique n'en était devenue que plus ferme et plus active; la physiologie avait fait de lui un croyant et presque un fanatique, tandis que la physiologie que s'était faite M. Magendie avait fait de lui d'abord un sceptique, puis un parfait incrédule.

La raison, Messieurs, en est facile à comprendre; tout en partant de quelques principes physiologiques, Broussais tenait compte de l'observation clinique, il ne perdait point de vue ses malades. M. Magendie au contraire, fort de ses principes, avait fini par ne plus tenir compte que de l'expérimentation directe, de sorte que l'un faisait de la médecine au lit des malades, et l'autre dans son amphithéâtre. On peut même dire que M. Magendie avait fini par transporter la pathologie tout entière sur sa table à vivisections; il prétendait, en effet, qu'il pouvait ainsi reproduire sur les animaux et à volonté toutes sortes de maladies, particulièrement des typhus, des fièvres jaunes, des choléras, et qu'il obtenait par ce moyen des notions beaucoup plus exactes et plus précises que celles qu'on peut avoir au lit des malades.

Aussi avait-il à peu près abandonné son service d'hôpital, et ne faisait-il plus à l'Hôtel-Dieu que de courtes et rares visites; c'étaient ses internes qui, en son absence, et pour soulager les malades, prenaient sur eux de pratiquer quelques saignées et d'administrer quelques médicaments. M. Magendie n'y mettait pas d'empêchement; mais c'était de leur part une prétention qui le faisait sourire. On voit bien, leur disait-il quelquefois, que vous n'avez jamais essayé de ne rien faire!

En ville, dans les consultations avec les confrères, il ne faisait aucun mystère de sa parfaite indifférence pour toute espèce de médications. Si quelque jeune praticien, plein de foi dans son art, insistait avec chaleur pour lui faire approuver tel ou tel moyen de traitement, M. Magendie n'y mettait pas d'opposition; il se contentait de répondre: « Si cela vous amuse, faites-le. »

Tel était, Messieurs, le scepticisme à la fois railleur et impuissant auquel cette médecine d'amphithéâtre avait conduit M. Magendie. Voyons maintenant ce que ce même genre d'observation en avait fait; non plus comme médecin praticien, mais comme savant consulté sur de graves questions de salubrité et d'hygiène publique.

Longtemps avant l'époque à laquelle nous sommes arrivés, M. Magendie, en sa qualité de membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, avait été chargé, et à différentes reprises, de procéder à l'examen de questions qui intéressaient la santé publique; il avait rempli ces missions avec sa rigueur et son habileté ordinaires. D'intéressantes recherches ont été ainsi consignées par lui dans des rapports très-étudiés; il nous suffira de citer le rapport qu'il fit à l'Académie des sciences sur la gélatine considérée au point de vue de l'alimentation.

Ces travaux avaient eu un certain éclat, et c'est sans doute à raison de cette circonstance que le gouvernement, dans ces dernières années, avait chargé M. Magendie de présider le comité consultatif d'hygiène publique.

Bien que déjà très-souffrant de la maladie qui devait le conduire au tombeau, M. Magendie remplit ces nouvelles fonctions avec un zèle et une exactitude tout à fait louables; mais ses devoirs ici n'étaient plus ceux d'un simple rapporteur de commission, d'un expert tenu seulement à constater expérimentalement la réalité de quelques faits particuliers; il avait à diriger et à résumer les délibérations d'un corps placé comme un conseil près du gouvernement et appelé à donner son avis sur les plus hautes questions d'hygiène; or, M. Magendie arrivant là avec ce scepticisme qui n'excluait pas bon nombre de préjugés, oubliait quelquefois de diriger les débats pour se livrer à de vives dénégations, ou pour montrer que tout n'était que doutes et incertitudes.

Le gouvernement, par exemple, venait-il à demander l'avis du comité sur les mesures à prendre pour prévenir l'importation de quelque grave épidémie, le président commençait par contester l'utilité de toute espèce de mesure; et comment aurait-il pu donner son assentiment à une mesure quelconque, lui qui ne croyait à l'importation d'aucune maladie? Aussi était-il pris d'une véritable indignation lorsque dans les discussions on venait à prononcer le mot de contagion, et surtout lorsqu'on attribuait cette propriété soit au choléra, soit à la fièvre jaune, ou même à la peste.

Quant au typhus des armées, qu'il avait pu observer en 1814, il n'était pas éloigné d'admettre que l'agent morbifique peut passer d'un individu malade dans un individu sain, mais c'était à la condition qu'on lui concéderait que cet agent ne peut ainsi se transmettre que par voie d'*imbibition*. Il en était de même pour la variole, la rougeole, la scarlatine et la coqueluche, M. Magendie ne niait pas absolument leur transmission d'individu à individu; mais pour sauvegarder sa réputation de physiologiste positif, c'était encore à la condition qu'on reconnaîtrait avec lui que le germe de la maladie s'introduit dans l'organisme par *imbibition!*

On pense bien qu'avec des idées de cette nature, M. Magendie, dans le sein du comité, ne devait pas se montrer grand partisan des mesures prises par les différents gouvernements pour mettre les populations à l'abri des maladies réputées contagieuses. Chaque fois, en effet, qu'il était question de quarantaines, de cordons sanitaires et de lazarets, M. Magendie ne manquait pas de se récrier et de protester; c'étaient là, disait-il, des restes de barbarie, des institutions gothiques, indignes de notre époque! Mais, comme à ses protestations M. Magendie n'ajoutait aucun raisonnement propre à infirmer les faits allégués, le comité, tout en respectant les convictions de son président, passait outre, et n'en donnait pas moins son assentiment à des mesures qui devaient assurer la santé publique, et qui d'ailleurs se trouvaient modifiées en raison des progrès de la science.

Ceci se passait, Messieurs, dans ces dernières années; M. Magendie, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine depuis 1821, jouissait du fruit de ses longs travaux; il avait été nommé commandeur de la Légion d'honneur; suppléé dans ses leçons au collège de France, il n'en restait pas moins entouré d'élèves dévoués, pleins de respect et de déférence pour sa personne, toujours attentifs à la parole du maître; presque tous les savants étrangers qui visitaient notre pays tenaient à honneur de lui être présentés; c'était une haute fortune scientifique bien méritée assurément, mais qui avait un peu gâté M. Magendie; elle avait altéré en lui un caractère naturellement serviable et généreux; ce n'était plus ce jeune professeur particulier que nous avions tous connu plein d'aménité et de prévenance, de mœurs polies et élégantes; aimable encore quand il le voulait, il s'était donné toutes les apparences d'un de ces vieux savants qui semblent croire qu'une brusquerie hautaine et qu'une rudesse habituelle sont des conséquences obligées de leur position, et cependant au fond, je me plais à le dire, il n'avait de haine pour personne; ce n'était qu'en public et officiellement qu'il affectait ces formes acerbes; rentré chez lui, au milieu des siens, il redevenait un excellent homme, d'une humeur toujours égale et charmante.

Sa sollicitude pour les élèves qui l'aidaient dans ses travaux et qui s'étaient exclusivement attachés à sa personne était incomparable; loin de prendre quelque ombrage de leurs succès, d'en concevoir quelque envie, de redouter enfin ces réputations naissantes, M. Magendie était le premier à faire valoir leurs travaux et à les encourager. C'était autant d'aspirants à sa succession scientifique; il le savait, et cependant il se répandait en éloges sur leur mérite et n'en restait pas moins leur plus ardent protecteur.

Ces amitiés, les seules qu'il pût avoir, lui demeurèrent fidèles quand vinrent pour lui les jours de solitude, d'ennuis et de souffrances. Depuis plusieurs années, M. Magendie se plaignait d'une grande difficulté de respirer; il ne faisait plus que de courtes apparitions à l'Académie des sciences, disant que la salle des séances était mal construite et privée d'air; ces symptômes avaient pris une grande intensité dans les premiers mois de 1855; ils annonçaient, à n'en pas douter, quelque grave lésion organique du cœur; mais à quelles étranges illusions ne peuvent pas se laisser aller les esprits les plus fermes et les plus clairvoyants! Pour tout autre, M. Magendie ne s'y serait point trompé: il aurait vu dans cet ensemble de phénomènes, qu'il aurait appelé physiques, une de ces lésions matérielles qui apportent un empêchement à la libre circulation du sang; mais il s'agissait de lui-même, et il connaissait l'épigraphe menaçante du livre de Corvisart.

Aussi, dans son désir de ressaisir l'existence, on le vit se rattacher à des idées qu'il avait combattues pendant toute sa vie; c'était comme un dernier rameau vers lequel il tendait la main. Tous ces accidents, disait-il, devaient tenir à quelque principe goutteux, qui, après avoir cheminé dans l'économie, après avoir pris toutes sortes de formes, avait fini par se jeter sur les organes de la circulation et de la respiration.

On sait combien sont cruelles les approches de la mort quand elle est amenée par une maladie du cœur; M. Magendie les a supportées avec une grande force d'âme. Lorsque enfin il comprit qu'il n'avait plus rien à espérer, assis sur son lit de douleur, il attendit avec une sombre résignation le moment fatal: ce fut une longue agonie, un spectacle déchirant pour ceux qui l'entouraient et qui ne se termina qu'après de longues souffrances, le 8 octobre 1855.

Ainsi s'éteignit, Messieurs, cette vie qui, pendant près d'un demi-siècle, s'était mêlée si activement et si diversement à presque toutes les questions soulevées dans le monde médical.

Toutes les heures, tous les instants de cette vie avaient été consacrés au service de la science, et, il faut le dire à sa louange, M. Magendie a montré en cela un zèle, une ardeur, une constance qui ne se sont jamais démentis; avec un peu plus d'érudition et un peu plus de confiance dans le savoir et l'habileté des autres, il se serait épargné bien des travaux; mais cet esprit soupçonneux et négatif voulut tout reprendre, tout voir, tout examiner par lui-même: c'était comme une agitation perpétuelle qu'il soulevait autour de lui, agitation quelquefois déplacée et blessante, mais qui, en définitive, n'était point stérile, car elle entretenait dans la science un mouvement salutaire.

Ajoutons que cet esprit de recherches et de libre examen n'est point descendu avec lui dans la tombe: comme il avait une méthode, il avait formé une école, et cette école, demeurant après lui, n'a point laissé éteindre avec la vie du maître l'ardeur qu'il avait excitée.

Mais ce culte de l'expérimentation, ce culte exclusif qui devait produire et qui a produit de si précieuses notions dans la science, avait fini, nous l'avons vu, par égarer le physiologiste, par effacer le professeur, et par supprimer le médecin.

Sans doute, il faut expérimenter et directement observer pour arriver à la vérité; mais il faut le faire avec mesure et avec discernement. M. Flourens l'a dit en termes exquis: « L'art des expériences n'est pas » dans le nombre des expériences; il est un art de les raisonner, de » les combiner, de les varier, de les multiplier à propos, d'en faire peu » d'inutiles, et pour cela de n'en faire que de décisives; mais cet » art délicat, profond, cette force nouvelle de la pensée, ce grand art » ne sera jamais dans chaque siècle que le partage heureux de quelques esprits d'élite. »

M. Magendie ne l'entendait pas ainsi. Si l'on en croit le plus éminent et le plus autorisé de ses élèves (1), dont j'emprunte ici les expressions, M. Magendie, loin de vouloir raisonner ses expériences, soutenait que c'est à l'expérimentation seule qu'il faut s'en tenir, *sans mélange de raisonnement?*

De sorte qu'à ce compte M. Magendie se serait interdit non pas seulement ce raisonnement,

Qui de la science aussi peut bannir la raison,

mais toute espèce de raisonnement.

Mais est-il vrai, après tout, que le raisonnement et l'induction n'aient été *absolument rien* pour M. Magendie? Nous ne le croyons pas. Fatigué des théories préconçues, des vaines hypothèses et des faux raisonnements, M. Magendie a bien pu dire qu'il ne voulait plus en croire que l'expérimentation, que l'observation directe; mais dans cette observation, quelque simple qu'on la suppose, il lui eût été impossible de faire taire en lui cet entendement qui appréhende les faits et qui les juge, qui raisonne et qui se détermine, qui seul enfin peut construire la science.

Maintenant, que penser de cette autre prétention de M. Magendie, de réduire la physiologie à l'étude des seuls phénomènes physiques de la vie, ou plutôt, comme l'a dit textuellement son savant collaborateur, de déposséder les propriétés vitales pour leur substituer des phénomènes physiques et chimiques s'accomplissant dans l'organisme? Nous répondrons que M. Magendie professait, en effet, cette doctrine; mais que, par une étrange contradiction, et sans bien s'en rendre compte, il a consacré presque toutes ses veilles à l'étude des propriétés vitales. Qu'était-ce, en effet, que cette sensibilité, que cette motilité qu'il attribuait à certains organes plutôt qu'à d'autres, sinon des propriétés essentiellement vitales? Sans doute il y a en nous des phénomènes physiques et des combinaisons chimiques qui méritent une étude sérieuse: « Formés de terre et de poussière, a dit Buffon, nous avons » avec la terre et la poussière des rapports communs: l'étendue, l'im» pénétrabilité, la pesanteur...; mais ces rapports, qui nous lient à la » matière, ne font point partie de notre être...; c'est l'organisation, » c'est la vie, l'âme, qui fait proprement notre existence... »

A l'exemple des grands maîtres, occupons-nous donc, Messieurs, et avant tout, de la vie, de ses lois, de ses actes et de toutes ses manifestations. Rappelons-nous que, loin de chercher à déposséder l'homme de ses plus nobles attributs, de ce principe immatériel sans lequel rien ne se fait, rien ne s'accomplit dans l'organisme, tous ces grands esprits en ont fait l'objet principal de leurs méditations, que la vie ainsi considérée a eu ses historiens, ses archéologues, ses législateurs, et jusqu'à ses poëtes.

C'est donc à cette force qui agite la matière, à ce principe vivifiant et créateur que le physiologiste doit sans cesse remonter; historien de la vie, c'est à lui qu'il appartient d'en sonder les mystères, d'en interpréter les lois, d'en raconter les merveilles; à lui de montrer, dans l'organisme humain, la réalisation la plus parfaite de ce plan d'une admirable et saisissante simplicité, de ce type toujours divers et toujours le même, où se révèle avec tant d'éclat l'éternelle et suprême intelligence qui gouverne les mondes.

Nous recevons de notre honorable confrère M. de Puisaye la lettre suivante, que notre impartialité nous fait un devoir de publier:

A M. le SECRÉTAIRE PERPÉTUEL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Monsieur le Secrétaire perpétuel,

Attaché à M. Magendie par les liens de la parenté, je ne puis laisser

(1) M. Cl. Bernard. *Leçon d'ouverture du cours de médecine au collége de France*, 1856.

passer sans protestation ce que vous appelez son éloge, et ce que, pour adoucir ma pensée, j'appellerai une critique malveillante.

Les marques de considération qui de son vivant lui ont été décernées par toutes les Académies, placent sa réputation trop haut pour qu'elle ait à souffrir de ces inqualifiables attaques.

En mettant en suspicion la probité scientifique de M. Magendie, vous vous êtes fait l'écho de certaines passions que la mort n'a pu éteindre; ou vous avez sciemment altéré la vérité, ou vous n'avez pas pris une connaissance suffisante de cette partie de ses œuvres dans laquelle il rend à ses devanciers la part qui leur est due.

Il me suffira, du reste, d'opposer à vos appréciations les paroles que prononçait sur la tombe de M. Magendie l'illustre secrétaire de l'Académie des sciences, M. Flourens :

« M. Magendie, disait-il, nous a transmis le flambeau de la physiologie expérimentale, sans qu'il ait vacillé un seul instant dans sa main pendant près d'un demi-siècle. »

J'ai l'honneur, etc. C. de Puisaye.

Paris, 18 décembre 1857.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 décembre 1857. — Présidence de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Huguier présente un enfant qui, comme le malade présenté par M. Verneuil (1), a eu une large brûlure. La cicatrice n'a point amené la rétraction des tissus fibreux et musculaires, mais une large *kéloïde* s'est développée sur toute la partie du corps qui a été brûlée.

Cette kéloïde qui siége dans la région scapulaire, n'est gênante que par la vive démangeaison qu'elle occasionne au malade. M. Huguier se demande pourtant s'il n'y aurait pas lieu d'enlever cette tumeur par l'instrument tranchant, dût-on recourir ensuite à l'autoplastie pour remplacer la partie de peau qui serait enlevée; ce qui l'engagerait à recourir à une opération, c'est que l'enfant ne pouvant pas supporter la vive démangeaison dont la kéloïde est le siége, se gratte sans cesse et provoque ainsi le développement de la maladie.

M. Marjolin demande si le traitement a été régulier. Il pense que souvent la kéloïde est le résultat d'un pansement dans lequel on n'a pas suffisamment cautérisé les bourgeons charnus. Il ne repousse pourtant pas l'opinion d'un membre de la Société, qui attribue à la constitution du malade une large part dans le développement des kéloïdes.

M. Huguier, à l'appui de l'opinion exprimée par M. Marjolin, répond que dans tout le cours du traitement la plaie de son malade n'a été cautérisée qu'une seule fois.

M. Guersant croit qu'il y a nécessité d'opérer le malade présenté par M. Huguier. Il préférerait aux opérations successives une autoplastie comprenant un large lambeau dont la base répondrait à l'épaule, parce qu'en opérant ainsi il a obtenu un succès complet dans un cas analogue.

M. Verneuil propose de tenter la guérison par une succession de petites autoplasties, dans la crainte d'un premier échec. Si le lambeau qui se gangrène est petit, on peut en faire un autre, tandis que cela serait impossible si la perte de substance était considérable. Il pense que la mortification du lambeau est toujours à craindre quand on l'emprunte à une région où le derme dans toute son épaisseur n'est que du tissu fibreux de nouvelle formation. Dans un cas d'autoplastie par le procédé de Jones, M. Verneuil a vu tomber le tiers de son lambeau.

M. Guersant insiste encore sur l'avantage qu'il y aurait à faire une autoplastie avec un large lambeau. Pour le malade de M. Huguier, avant de l'opérer, il voudrait qu'on tentât de modifier les tissus par les préparations d'iode et par une série de piqûres successives.

M. Richard regarde la kéloïde du malade de M. Huguier comme n'étant pas susceptible de se développer indéfiniment.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal, M. Marjolin, au nom de M. Lenoir, donne lecture de la note suivante :

La lecture du travail de M. Goyrand (d'Aix), dans lequel il prouve par une observation sans réplique que les tumeurs que M. Velpeau nomme *adénoïdes* ne sont autre chose que des hypertrophies partielles de la glande mammaire, m'a remis en mémoire une observation semblable à la sienne et que je rapporterai en quelques mots.

Il y a environ dix ans, je fus consulté par une dame de Meaux, qui me présenta sa fille portant dans le sein gauche une de ces petites tumeurs mobiles et granuleuses que je connaissais alors sous le nom de tumeurs mammaires chroniques, nom sous lequel A. Cooper les avait parfaitement décrites. Cette dame me demandait si sa fille pouvait être mariée dans l'état de santé où elle se trouvait; je n'hésitai pas à lui faire la réponse que le célèbre chirurgien anglais faisait aux femmes non mariées qui l'interrogeaient sur le même sujet : « que, loin » de s'opposer au mariage, ces tumeurs du sein manquaient rarement » de disparaître sous l'influence de la première grossesse ou de la lac- » tation qui la suit. » Aussi quel fut mon étonnement quand, à dix-huit mois de là, je fus appelé à Meaux auprès de cette jeune personne, alors mariée et récemment accouchée, à l'effet de lui pratiquer l'extirpation de la mamelle. J'appris d'elle alors que, devenue femme et mère, elle avait vu son sein gauche s'accroître plus que le droit pendant sa grossesse, et que vers la fin de celle ci et après son accouchement le volume de ce sein s'était tellement accru que la peau qui le recouvrait s'était fendue en plusieurs points de sa surface et laissait voir à nu le tissu de la glande, d'où s'écoulait incessamment une quantité notable de lait mêlé de pus. En effet, le sein gauche, quand il me fut montré, avait le volume d'une tête d'adulte, et offrait une peau fine, lisse, tendue, crevassée en différents points par lesquels s'écoulait le mélange de pus et de lait signalé plus haut, et la quantité de ce liquide était telle qu'il traversait les pièces de pansement et épuisait sensiblement les forces de la malade. Amussat, qui avait été consulté, avait prescrit l'ablation du sein, et j'étais demandé pour la pratiquer. Elle fut faite en présence et avec l'aide de MM. Martineau et Gaucher.

(1) Voir l'article qui précède le compte rendu de la Société de chirurgie.

La masse enlevée pesait cinq livres; il ne fut pas possible d'isoler la tumeur du reste de la glande, et j'eus à cause des crevasses de la peau beaucoup de difficulté à conserver assez de téguments pour obtenir la réunion immédiate de la plaie d'amputation.

Incisé après son ablation, le tissu de la tumeur offrait l'aspect granulé et rougeâtre, qu'avait le tissu de la mamelle elle-même, alors encore le siége de la fluxion sanguine qui existe pendant la lactation, et de tous les points de la coupe pratiquée sur ces deux tissus suintait par la pression une notable quantité de lait.

Mon opérée a parfaitement guéri; je l'ai revue depuis, et sa santé a toujours été bonne.

Tel est le cas que j'ai observé, et dont j'ai eu occasion, je crois, de parler dans cette Société il y a quelques années. L'observation si complète de M. Goyrand vient le confirmer. De pareils faits toutefois sont très-rares; dans un cas cité par A. Cooper, la tumeur, qui pesait plusieurs livres, s'était ouverte par suite d'un travail d'ulcération à sa partie la plus saillante, et avait produit des végétations granuleuses qui fournissaient une matière purulente; mais cet auteur ne parle pas de lait, ce qui s'explique sans doute par cette double circonstance que la malade affectée n'était ni accouchée ni nourrice. Il était réservé à M. Goyrand d'observer ce fait rare dans cette décisive condition d'existence, et d'en tirer le seul enseignement qu'il comporte.

Cependant je n'adopterai pas la conclusion pratique que ce chirurgien fait découler de son intéressante observation, en écrivant que « si de semblables faits se présentaient quelquefois, au lieu de con- » seiller le mariage comme un remède contre les *adénoïdes*, on devrait » énucléer ces tumeurs avant l'époque où les jeunes femmes sont ex- » posées à devenir grosses. » Je lui opposerai les trois raisons qui suivent, sans pouvoir les développer :

1° Que le fait observé par M. Goyrand et par moi est extrêmement rare;

2° Que le mariage, la grossesse et la lactation ont fait disparaître un certain nombre de ces tumeurs; je pourrais en citer un cas pris dans ma pratique particulière;

3° Enfin, que très-souvent ces sortes de tumeurs restent stationnaires pendant la grossesse et après, et sont portées par les femmes pendant de longues années sans accidents aucuns.

M. Huguier ne trouve pas le travail de M. Goyrand aussi concluant que son titre semble l'indiquer. MM. Velpeau et Cruveilhier regardent les tumeurs adénoïdes comme un produit de nouvelle formation; M. Goyrand donne son observation à l'appui de cette opinion, et pourtant, dans ce cas particulier, il semble bien qu'il n'y ait eu autre chose qu'une hypertrophie lobulaire. Sur quoi, d'ailleurs, repose l'opinion de MM. Velpeau et Cruveilhier? Sur ce que certaines tumeurs du sein ne sont pas pédiculées, et sur une prétendue loi en vertu de laquelle les tissus nouveaux auraient de la tendance à revêtir la forme des tissus naturels. M. Huguier objecte à cette manière de voir que jamais on n'a vu le tissu du foie ou d'une autre glande se développer dans une partie du corps éloignée du point où ces tissus se développent normalement. M. Goyrand s'est donc trompé en admettant les tumeurs adénoïdes de nouvelle formation. Il n'y a que deux sortes de tumeurs adénoïdes : celles qui communiquent encore avec la glande, et celles qui ne communiquent plus.

M. Marjolin pense que le travail de M. Goyrand est plus intéressant qu'on ne veut l'admettre. Il tend à prouver :

1° Contrairement à l'opinion de M. Velpeau, que des tumeurs adénoïdes peuvent exister avec un pédicule qui se continue avec le tissu de la mamelle;

2° Qu'il y a des tumeurs adénoïdes enkystées.

Suivant M. Giraldès, M. Cruveilhier ne connaissait que les tumeurs fibreuses du sein, à l'époque où il a exprimé l'opinion qu'on a rappelée dans cette discussion. C'est M. Giraldès qui, le premier, a établi devant la Société anatomique la distinction des tumeurs adénoïdes et hypertrophiques. Quelquefois, dit-il, les premières de ces tumeurs sont formées par le développement des *vasa aberrantia*; elles sont alors susceptibles d'être énucléées.

M. Morel est de l'avis de M. Giraldès sur la valeur du mémoire de M. Goyrand. Suivant lui, il y a des cas où l'hypertrophie de la glande mammaire est tellement générale, que c'est alors la partie saine qui s'isole.

Après quelques paroles échangées entre MM. Huguier et Marjolin, M. Gosselin demande que la Société ne se hâte pas d'admettre des choses qui ont encore besoin de preuves. Les tumeurs adénoïdes peuvent-elles exister indépendamment de la glande mammaire, sont-elles parfois un produit de nouvelle formation? M. Gosselin regarde cette question comme très-difficile à résoudre. Dans tout ce qui est dit pour ou contre, il ne voit que théorie et suppositions. Il ne lui répugne pas d'admettre que des tissus plus ou moins analogues à ceux de la glande mammaire puissent se développer au voisinage de la mamelle.

M. Verneuil n'admet pas l'opinion de M. Gosselin. La Société de chirurgie s'est prononcée avec connaissance de cause. M. Lebert a d'ailleurs résolu cette question dans son livre. M. Verneuil a lui-même démontré que, dans le tissu gélatiniforme des tumeurs adénoïdes, il y a des débris de conduits galactophores.

M. Giraldès répond à M. Gosselin qu'il joue sur des mots; il doit savoir, dit-il, que nous n'arrivons à la vérité que par approximation, et non par les procédés rigoureux des mathématiques.

CORRESPONDANCE.

M. le professeur Michaux (de Louvain), membre correspondant, fait hommage de deux mémoires, l'un sur les pieds-bots poplités internes, l'autre sur la résection du coude.

— La Société reçoit, en outre, le discours prononcé par M. Letenneur (de Nantes) lors de la rentrée de l'École, sur les devoirs du médecin.

— M. Larrey présente, de la part de M. Saurel, membre correspondant de la Société à Montpellier, un mémoire sur les *tumeurs des gencives connues sous le nom d'épulies*.

L'auteur, ayant eu occasion d'en observer deux cas, y a joint seize autres observations éparses dans les recueils périodiques, et il en a formé une monographie à peu près complète, divisée en trois parties, à savoir : l'historique, l'exposé des faits et l'étude pathologique.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Demarquay présente une pièce recueillie dans le service de M. Monod à la Maison de santé. Une note écrite qu'il nous a remise nous apprend qu'un homme, âgé de cinquante-sept ans, ayant fait une chute sur un trottoir, se fractura le fémur droit dans sa partie inférieure. L'appareil de M. Martin fut appliqué pendant un mois. Au bout de ce temps, le membre fracturé fut simplement étendu sur des coussins. A la même époque, le malade fut atteint d'une pneumonie qui l'emporta au bout de quelques jours.

La pièce qui est présentée à la Société montre :

1° Qu'une fracture oblique s'est produite un peu au-dessus des condyles du fémur;

2° Qu'il y a une fracture inter-condylienne.

M. Gosselin rappelle, au sujet de cette présentation, que M. Trélat a insisté sur la fréquence des fractures inter-condyliennes chez les personnes âgées de plus de cinquante ans. M. Gosselin pense que les fractures inter-condyliennes du fémur qui se produisent dans une simple chute, dépendent de la pénétration du fragment supérieur dans l'inférieur. C'est en vain qu'on tenterait, dans ces cas, de lutter efficacement contre le déplacement suivant la longueur et l'épaisseur de l'os.

M. Giraldès veut qu'on sache que cette pièce a déjà été présentée à une autre société, parce que si on ne mentionnait pas ce fait, on pourrait croire à l'existence de deux observations semblables.

M. Larrey signale la paralysie des membres inférieurs comme une prédisposition toute spéciale aux fractures du corps du fémur, sous l'influence même des causes les plus faibles, et sans la coïncidence nécessaire d'un âge avancé. Il a eu occasion d'en observer depuis assez peu de temps trois exemples remarquables.

Le premier fait se rapporte à un ancien chirurgien-major de l'armée encore jeune cependant, qui était atteint depuis plusieurs années d'une paraplégie incomplète. Les mouvements n'étaient pas tout à fait abolis, et la sensibilité était vivement exaltée. Ce fut dans un moment de souffrance que le malade, croisant la cuisse droite sur l'autre et la comprimant pour se soulager, sentit le fémur se rompre un peu au-dessus de son tiers moyen. La fracture était simple, mais elle ne put se consolider qu'après un temps assez long et avec raccourcissement. La paralysie fit des progrès et entraîna la mort.

Le second fait s'est présenté l'année dernière au Val-de-Grâce, chez un officier d'une trentaine d'années seulement, mais qui paraissait plus âgé de vingt ans, par un état de paralysie des membres; il était en même temps frappé de cécité amaurotique. C'est dans cette triste situation que, par un simple effort pour mettre une botte, en croisant la cuisse gauche sur l'autre, ce malheureux se fractura le fémur au-dessus des condyles. La fracture était compliquée de déchirure de la peau à la face externe du membre, avec saillie du fragment supérieur taillé en pointe, de perforation de la capsule synoviale du genou, et enfin d'épanchement de sang dans l'articulation. Un cas aussi grave aurait nécessité l'amputation, si l'état d'infirmité du sujet ne s'y était opposé. Des mouvements spasmodiques involontaires mirent obstacle à la contention soutenue de la fracture, qui se consolida cependant à la longue, mais par un cal médiat difforme, et des complications locales autant que les complications de la paralysie, firent périr le malade plusieurs mois après son entrée à l'hôpital.

Le troisième fait se trouve actuellement au Val-de-Grâce chez un officier d'une quarantaine d'années, atteint de paraplégie incomplète, dont l'origine remonte à 1848. Il était, au mois de décembre 1856, dans un état à peu près stationnaire de paralysie partielle des mouvements, avec exaltation de la sensibilité des membres, qui cependant supportaient un peu la marche, lorsqu'il se cassa la cuisse gauche dans un simple effort de pression pour retirer sa botte. La fracture, siégeant au tiers inférieur du fémur, était simple, mais un peu oblique; elle fut soumise sans succès à diverses méthodes de traitement, et le malade fut évacué d'un hôpital de province sur le Val-de-Grâce dans le courant d'octobre dernier, dix mois après l'accident. La consolidation de la fracture semble s'établir enfin, et la paraplégie n'a pas augmenté.

M. Larrey, en communiquant le sommaire de ces trois observations, les croit dignes de quelque intérêt, comme offrant un rapprochement à faire entre la paralysie et la sénilité sur la prédisposition aux fractures.

M. Chassaignac remarque que le fragment externe est seul porté en arrière, tandis que l'interne est resté vertical.

M. Marjolin rappelle que M. Martin a demandé à plusieurs reprises que la Société fit un rapport sur son appareil. S'il y a jamais eu, dit-il, une indication de cet appareil, c'est assurément dans le cas dont il est question, et pourtant il a complétement échoué.

M. Marjolin ajoute que les fractures inter-condyliennes n'existent pas seulement chez les hommes âgés. Il a eu souvent l'occasion d'en observer chez les enfants, et tout récemment il a donné des soins à deux petits malades âgés de dix à douze ans, qui avaient une fracture inter-condylienne du fémur.

Le secrétaire de la Société, Alph. Guérin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Baudens, inspecteur du service de santé des armées, avait contracté pendant sa campagne de Crimée une affection rhumatismale. Depuis quelques jours, cette maladie s'est portée sur le tube digestif et inspire de vives inquiétudes à sa famille et à ses amis.

— Les dernières nouvelles qui nous sont parvenues sur l'état de M. Bérard indiquent une amélioration sensible dans l'état de l'éminent professeur. L'intelligence est maintenant complète.

Le Gérant, [illegible]

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 21 DÉCEMBRE 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

La séance du 14 décembre, en partie consacrée à l'élection dont nous avons fait connaître le résultat il y a huit jours, a été occupée le reste du temps par des lectures et communications étrangères aux sciences médicales. Nous n'avons à signaler dans les pièces qui font partie de la correspondance, qu'un seul travail qui touche à une question d'hygiène, c'est un mémoire de M. Coulier sur les propriétés hygiéniques des étoffes qui servent pour les vêtements du soldat. On trouvera un extrait de ce mémoire dans le compte rendu. — Dr Brochin.

PROJET D'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

Pendant que le vote de la commission générale de l'Association de la Seine continue à servir de texte aux commentaires d'une partie de la presse médicale de Paris, et alimente ainsi la discussion engagée entre les partisans et les adversaires du projet d'association générale, les adhésions collectives ou individuelles continuent à se produire. Indépendamment de celles qui sont adressées directement à la commission de la Gironde, nous avons reçu de plusieurs de nos abonnés des lettres qui témoignent que le projet est généralement accueilli avec faveur par nos confrères des départements. Cette disposition n'est pas moins manifeste de la part des principaux organes de la presse départementale.

La *Gazette médicale de Lyon*, tout en regrettant l'opposition de la commission générale des médecins de la Seine, n'y trouve pas une raison suffisante de douter de l'avenir du projet ; elle engage en conséquence la commission de la Gironde à poursuivre son œuvre et lui offre son concours. Cette commission, de son côté, loin d'être arrêtée par cette opposition, en appelle, ainsi qu'on devait s'y attendre, de la décision de la commission de Paris au corps médical tout entier.

Le mouvement, comme on le voit, est général, et au point où en sont arrivées aujourd'hui les choses, il nous paraît inévitable que l'assemblée générale des médecins de la Seine soit mise en demeure de se prononcer elle-même, afin que nos confrères des départements, qui ont le désir et l'intention de former une association générale, sachent définitivement s'ils doivent la constituer sans ou avec le concours de l'association de Paris.

En attendant, nous mettons sous les yeux de nos lecteurs un document qui les mettra à même d'apprécier la situation. Sans examiner jusqu'à quel point les délégués des médecins de la Gironde étaient fondés à contester à la commission de Paris le droit et l'autorité nécessaires pour émettre un vote à ce sujet, et tout en exprimant le regret qu'ils aient prêté à cette décision un caractère qu'elle ne saurait avoir, nous nous empressons d'accueillir la déclaration suivante, qui nous est transmise au nom du comité de Bordeaux :

De l'Association générale des médecins de France.

La commission générale de l'Association de la Seine est composée de 62 membres, y compris les membres de son bureau. Nous apprenons que dans une réunion de 23 membres de cette commission, dont 7 se seraient abstenus de voter et dont 3 auraient pris notre défense, 13 voix auraient voté une déclaration dont voici le texte :

« La commission générale déclare que, en votant l'ordre du jour, elle entendait ne donner aucune *suite*, en ce qui la concerne, au projet d'Association générale. »

Quant à nous, ce vote nous inspire les réflexions suivantes, que nous soumettons à l'Association des médecins de la Seine *tout entière* et au corps médical *tout entier*.

Aucun projet relatif à l'adjonction des médecins des départements à l'Association des médecins de la Seine n'a été adressé au président de celle-ci ; par conséquent nous ne saurions comprendre comment une assemblée quelconque a pu déclarer qu'elle n'entendait pas y donner *suite*.

Supposé qu'un projet de cette nature eût été adressé, le simple bon sens nous défend de penser que la commission, qui se réunit pour régler les affaires courantes et pour statuer sur les demandes de secours, se fût jugée revêtue de l'autorité nécessaire pour émettre un vote de rejet définitif.

Si une proposition était adressée par nous aujourd'hui, elle le serait au nom de 1,081 (1) médecins des départements dont les adhésions nous sont parvenues, et nous nous croirions autorisés à protester contre un rejet prononcé par 13 membres seulement de l'Association de la Seine.

La position qui nous est faite par l'opposition empressée de 13 membres de l'Association de la Seine est singulière : nous apprenons par les journaux qu'ils ont résolu de ne pas donner suite à notre projet que nous ne leur avons pas présenté, et qui n'avait pas même pris corps dans une formule de moyens d'exécution : c'est un procédé d'enterrement confraternel jusqu'à ce jour inusité dans les assemblées délibérantes.

(1) Ce nombre est de beaucoup dépassé en ce moment.

Il nous est permis de croire que si un projet eût été adressé par nous, ou de notre part, il l'eût été dans des termes qui eussent éclairé l'Association de la Seine sur la décision qu'elle aurait eu à prendre. Et nous ne voyons pas ce que la bonne foi, la déférence due à des intentions honorables, et la délicatesse des procédés peuvent gagner à ce que la parole nous soit préventivement retirée sur la simple prévision que nous pourrions bien un jour la demander.

Nous considérons l'Association générale des médecins comme apportant avec elle un principe de régénération par le corps médical de France, et nous devons faire observer que le succès d'une aussi grande institution n'est pas absolument subordonné au consentement, quelque désirable qu'il soit d'ailleurs, de quelques membres respectables et influents de l'Association de la Seine.

En résumé, nous avons entrepris un travail dans l'intérêt commun.

Nous faisions une enquête afin de savoir si le corps médical dans son ensemble désire participer aux grandes institutions de bienfaisance dont l'administration supérieure a déjà favorisé l'extension parmi les savants, les artistes et les gens de lettres, et s'ils sont disposés à former une Association générale d'assistance mutuelle, dont l'Association des médecins de la Seine deviendrait le centre ; 13 membres de l'Association de la Seine ont cru devoir entraver cette œuvre, que la presse médicale tout entière avait favorisée ou respectée jusqu'ici. Nous aurions peut-être le droit de nous plaindre amèrement, mais nous nous bornerons à dire avec le rédacteur en chef de l'*Union médicale* de Paris : « Nous pouvons être affligés, mais nous ne sommes pas jaloux de cette manière de servir les intérêts de la famille médicale. »

Un mot encore.

Un journal pense que l'opposition de la commission de l'Association de la Seine sera vaincue du moment que douze à quinze mille signatures demanderont l'adjonction. Nous sommes obligés d'avouer que nous n'espérons pas réunir un pareil chiffre d'adhésions. D'abord, pour convaincre les médecins de l'excellence de la cause qu'elle défend, la commission des médecins de la Gironde a beaucoup plus de bon vouloir que d'autorité ; elle n'a pas pour elle le prestige des services rendus qui commandent la confiance, et des positions élevées qui donnent de la portée à la voix. Il faut tout cela pour entraîner les grandes majorités. De plus, nous nous sommes adressés à un corps composé de 11,258 individus (parmi lesquels 1,617 docteurs du département de la Seine, qui ont pu croire que notre appel ne leur était pas adressé) ; comment donc pourrions-nous réunir douze à quinze mille signatures (1) ?

Enfin, il faut tenir compte de l'indifférence et du découragement de beaucoup de nos confrères. L'Association des médecins de la Seine, cette belle institution dont nous appelons de tous nos vœux l'extension à la France entière, ne comprend pas tout à fait les deux cinquièmes des médecins qui auraient le droit, et nous ajouterions volontiers le devoir, d'en faire partie. Avant sa formation, lorsqu'elle était comme l'Association générale à l'état d'*utopie*, lorsqu'elle était soumise à tous les dangers des controverses, avait-elle réuni les adhésions du dixième des médecins de Paris ? Il est permis d'en douter.

(1) Le nombre des docteurs en médecine, y compris nos confrères de l'armée de terre et de mer, ne s'élève pas au chiffre de 14,000.

FEUILLETON.

Destruction des insectes nuisibles. — Conservation des mollusques nus. — Les reptiles vivants du Muséum. — Télégraphie et stéréoscopie.

Nous avons attiré déjà, cette année, l'attention de nos lecteurs sur la destruction des insectes nuisibles à l'homme. On se rappelle les expériences de M. Doyère sur les blés d'Algérie, et depuis, un médecin, dont le nom nous échappe en ce moment, a proposé à son tour l'emploi du chloroforme pour détruire les *pediculi pubis*. La guerre est donc ouverte contre ces petits insectes qui non-seulement détruisaient nos collections, nos vêtements et nos objets d'art, mais, après avoir attaqué nos substances alimentaires, ne craignaient pas de pénétrer dans les officines et d'y faire des dégâts très-sensibles pour les pharmaciens. L'idée de M. Edouard Robin de soumettre à l'épreuve des anesthésiques nos ennemis-insectes a donc complétement fructifié, et aujourd'hui nous enregistrons avec plaisir une nouvelle application de l'anesthésie dirigée contre ces destructeurs des agents pharmaceutiques.

Mais un coup d'œil jeté sur ces divers insectes ne nous semble pas de trop avant de voir à l'œuvre l'honorable pharmacien d'Orléans qui propose contre eux l'emploi de l'anesthésie.

De ces destructeurs, les uns s'attaquent à nos vêtements, les autres à nos aliments, d'autres enfin à tout ce qui est végétal ou animal ; racines, fourrures, herbiers, collections d'oiseaux, d'insectes, tout est soumis à leur voracité. Les larves de l'*Anthrenus pimpinellæ* ou *musœorum* s'attaquent de préférence à l'officine ; les cantharides, les cloportes, le musc, le castoréum tombent sous l'action de ces coléoptères. — La blatte s'établit dans nos demeures, dans les boulangeries, et, répandant son odeur insupportable, souille et détruit nos aliments. — Le genre Bruchus exerce les plus grands ravages dans nos substances alimentaires. Il suffit de nommer les B. pisi, B. cacao, B. nucleorum. — Les nécrophages nous offrent le genre Dermestes (vulgo scarabés disséqueurs) qui, à l'état de larve, détruit les pelleteries, les collections d'histoire naturelle, et, jusque dans les officines, s'attaque à la salsepareille et à la manne, ce qui l'a fait nommer D. officinarum par M. Duc. — Les fruits pectoraux sont détruits par des mites ; les cantharides ont aussi leur ennemi.

Nous ne parlerons pas du charançon, auquel M. Doyère a déjà déclaré la guerre ; mais le *Plinus fur* dévore nos herbiers et nos collections ; le *Tinea granaria* vit encore dans nos grains de blé, et les pelleteries, sous les coups du *Tinea pellinella*, disparaissent comme nos draps et nos laines dans les débris desquels s'enveloppe le *Tinea sarcitella*.

Enfin, nous entendons quelquefois la nuit ce mouvement monotone et régulier que le peuple a nommé horloge de la mort. Nos boiseries sont encore victimes du travail de l'*Anabium striatum* du genre Vrillette.

En présence de tant d'ennemis, quelles précautions a-t-on prises, quels procédés a-t-on mis en action ? Nous avons vu le camphre, le mercure et le carbonate d'ammoniaque se succéder sans remplir les conditions demandées. Les insectes se sont ri de ces divers moyens, et c'est à peine s'ils ont tremblé devant le procédé Appert, que M. Wislin proposait contre les insectes pharmaceutiques.

Voici les procédés mis en usage par M. J. Alliot, ils sont simples et d'une application facile. Le pharmacien d'Orléans commence par cribler, si cela se peut, la substance à préserver, puis il l'introduit dans des vases en zinc laminé, ou simplement de verre, à large ouverture et bouchés à l'émeri. Il verse alors un peu de chloroforme ou d'éther dans le vase et clôt hermétiquement.

Une simple exposition à l'air libre fait perdre à la substance toute odeur éthérée. Si le contact immédiat des substances par le chloroforme offrait quelque inconvénient, on pourrait fixer à l'ouverture des flacons un morceau de chanvre ou de ouate, et verser dessus l'éther ou le chloroforme. Tel est ce procédé, qui a donné à son inventeur de si bons résultats, que nous croyons devoir en propager la connaissance.

— Après la destruction, parlons de conservation. Tous nos confrères qui se sont occupés de mollusques connaissent les difficultés que présentent leur conservation lorsqu'ils n'ont pas reçu de la nature d'enveloppe protectrice.

Parmi les derniers modes de préparation tentés pour conserver ces mollusques, on remarque la glycérine, qui est loin de rendre les services qu'on attendait d'elle, puis le liquide de M. Petit de la Saussaye. Ce liquide se compose de :

Chlorure de sodium (sel marin). .	125 grammes.
Alun.	65 —
Bi-chlorure de mercure. . . .	0,12 centigr.
Eau.	1,000 grammes.

On filtre ce mélange, qui donne un liquide qui conserve bien les mollusques nus ; mais il a bien divers inconvénients, parmi lesquels on remarque surtout la décoloration causée par le bi-chlorure de mercure, et le dépôt de cristaux sur les mollusques, phénomène dû à la trop minime quantité d'eau qui se trouve sursaturée.

Un élève en médecine, M. Ozenne, a communiqué à l'*Ami des sciences* la formule de l'eau de Petit modifiée. Nous la reproduisons avec l'instruction de ce naturaliste, qui prend comme exemple la limace.

Dans un bocal à large goulot, on verse de l'eau jusqu'à ce qu'elle déborde. Puis on dépose doucement la limace dans le liquide, en prenant soin qu'elle entraîne avec elle le moins d'air possible. Alors, avec un bouchon, on ferme le flacon de manière à ne déplacer que l'eau

— Voici les totaux qui résument les résultats de notre enquête jusqu'au 15 décembre :

Gironde	88
Départements	993
Total général	1,081

Les adhésions collectives les plus importantes que nous avons reçues jusqu'à ce jour, sont les suivantes :

La Faculté de médecine de Montpellier ;

L'Association médicale du département de l'Aube ;

La Société de médecine de Besançon (Doubs) ;

La section de médecine de la Société d'émulation de l'arrondissement de Montbéliard (Doubs) ;

L'Association médicale de l'arrondissement d'Alais (Gard) ;

L'Association médicale de l'arrondissement de Figeac (Lot) ;

La Société de médecine de Nancy (Meurthe) ;

Les médecins de Valenciennes (Nord) ;

Les médecins d'Alençon (Orne) ;

Les médecins de Lyon (Rhône) ;

L'Association médicale de l'arrondissement de Provins (Seine-et-Marne) ;

Les médecins de Limoges (Haute-Vienne).

L'Association médicale du département de Seine et-Oise et celle de l'arrondissement de Meaux (Seine-et-Marne), nous ont adressé leur adhésion seulement au principe de l'Association générale.

Pour la commission des médecins de la Gironde,

Le secrétaire, JEANNEL. *Le président*, FROIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. L. ORFILA, professeur agrégé.

Empoisonnement par l'arsenic. — Recherches médico-légales (1).

Nous devons continuer aujourd'hui l'examen des objections que comporte la méthode de recherches que je vous ai conseillée.

B. *L'arsenic existe normalement dans le corps de l'homme.* — Maintenant, personne ne se préoccupe plus de l'arsenic normal; mais son histoire vaut la peine de nous arrêter un moment. En 1838, M. Couerbe annonce à l'Académie de médecine que le corps de l'homme en putréfaction renferme de l'arsenic. En 1839, Orfila établit dans un mémoire lu à la même Académie, qu'à l'état normal les viscères de l'homme ne fournissent pas la moindre trace de ce toxique, tout en admettant son existence dans les os. En 1840, M. Devergie avance que les os fournissent une proportion notable d'arsenic, tandis que les muscles n'en donnent qu'une extrêmement faible, « si petite, que l'on ne saurait en démontrer l'existence par des preuves à l'abri de toute objection. » A partir d'octobre 1840, c'est fini; personne ne peut plus retrouver l'arsenic normal, ni dans les os, ni ailleurs. Que s'est-il passé? Quelle est la cause d'une si surprenante bizarrerie? On ne le sait pas encore. Enfin, ce qui est certain, c'est que depuis 1840, l'arsenic normal a échappé aux recherches les plus minutieuses; aussi son existence n'est-elle plus admise aujourd'hui.

C. *L'arsenic peut provenir des terrains du cimetière.* — Depuis qu'il a été démontré que les terrains de certains cimetières fournissent de l'arsenic, on s'est naturellement demandé si l'arsenic retrouvé dans quelques cadavres exhumés ne proviendrait pas du terrain dans lequel ces cadavres ont séjourné; et déjà la question a été agitée devant les tribunaux. Heureusement la science n'est pas toujours impuissante en présence d'une objection aussi grave. Il est, en effet, parfaitement démontré aujourd'hui que l'arsenic qui existe dans les terrains s'y trouve à l'état insoluble dans l'eau, soit froide, soit chaude. Que si même l'arsenic a été jeté sur les terres faisant partie d'une combinaison soluble (à l'état d'acide arsénieux, par exemple, comme cela se pratique pour le chaulage), au bout de peu de temps il s'est formé un composé insoluble, et ce composé ne traverse pas la couche de terre superficielle; il ne descend pas jusqu'à une profondeur de 50 centimètres. On sait aussi que la putréfaction des cadavres ne transforme pas ces composés arsenicaux des terrains en produits solubles: de nombreuses expériences établissent ce fait.

On est donc autorisé, toutes les fois que la bière est bien close et intacte, à *affirmer* que l'arsenic retrouvé dans les organes ne provient pas du terrain; on peut même *considérer comme extrêmement probable* que l'arsenic ne provient pas non plus du terrain alors que la bière, présentant quelque fente qui permet le passage des liquides, l'arsenic existe dans les organes profonds et dans les points du cadavre éloignés de la fente, aussi bien que dans les tissus superficiels et dans les points rapprochés de l'ouverture, surtout si la peau, qui est si peu perméable, est bien conservée.

Dans ces cas, en effet, l'arsenic du terrain, étant insoluble, ne peut pas pénétrer dans la bière.

Si l'état de la bière est tel que la terre ait pu pénétrer dans l'intérieur, ou si la putréfaction a tout envahi, de sorte que les restes de la décomposition des organes et la terre soient mélangés, il faut traiter le mélange de terre et des organes, ou cette espèce de terreau qui résulte de la putréfaction, par l'eau froide. Si au bout de vingt-quatre heures ou d'un temps plus long, cette eau fournit une solution arsenicale, l'expert est autorisé à *considérer comme très-probable* que l'arsenic provient du cadavre et non de la terre, puisque l'arsenic était à l'état soluble. Dans le cas où la solution ainsi obtenue ne fournirait pas d'arsenic, on traiterait les matières suspectes par l'acide sulfurique froid, et on ferait bouillir au bout de vingt-quatre heures de contact; et si à la suite de ces opérations on obtenait de l'arsenic, il serait permis de *croire*, puisque l'arsenic se trouverait à l'état insoluble dans l'eau, qu'il ne provient pas des organes, ou du moins qu'il n'y a pas eu ingestion d'une préparation arsenicale soluble. Une certaine réserve est nécessaire, lorsque le terrain renferme du sulfate de chaux, car il n'est pas impossible, quoique l'expérience n'ait jamais montré une pareille réaction, qu'à la longue il ne se forme, en présence du sulfate de chaux, des composés insolubles d'arsenic.

De ce qui précède, il résulte que dans tous les cas d'exhumation juridique, lorsqu'il s'agira d'un empoisonnement par l'arsenic, l'expert doit examiner si la terre qui avoisine soit le cercueil, soit le cadavre (lorsqu'il n'y a pas de cercueil), soit le terreau formé par le mélange de la terre et des organes pourris, cède de l'arsenic à l'eau froide, ou bien à l'acide sulfurique, après un contact de vingt-quatre heures à froid et une ébullition longtemps prolongée. Il faut d'ailleurs essayer de même de la terre prise en différents points du même cimetière. Il faut aussi rechercher le sulfate de chaux. On doit agir sur deux ou trois kilogrammes pour chaque essai. Avec cette précaution, on est en mesure de prévoir l'objection qui nous occupe et d'échapper à l'erreur.

Si la terre n'est pas arsenicale, tout objection est impossible et absurde; si elle fournit de l'arsenic, vous connaissez maintenant comment vous pourrez sortir d'embarras.

Ne négligez pas d'ailleurs de vous aider, quand c'est possible, de la symptomatologie et des lésions de tissu.

Pour épuiser la question des terrains, il me reste à vous entretenir d'une circonstance qui, à la rigueur, peut se présenter. En effet, il n'est pas impossible que dans un cas de putréfaction avancée, alors que le cambouis restant après cette putréfaction ne fournit pas d'arsenic, la terre qui l'avoisine en fournisse; et, quoique l'arsenic y soit à l'état insoluble, il peut provenir des organes. Si le terrain des autres parties du cimetière, même à une petite distance du cadavre, ne fournit pas d'arsenic, on est autorisé à admettre que celui qui a été obtenu de la terre provient des organes et que des réactions ultérieures ont rendu insoluble. Si le terrain est arsenical dans les autres points du cimetière, l'expert ne peut résoudre la difficulté; il doit se borner à dire qu'*il n'est pas impossible* que l'arsenic provienne des organes. Il pourra d'ailleurs tirer grand parti de la symptomatologie s'il a une relation exacte des phénomènes observés avant la mort.

Sans pouvoir toujours trancher la question, il est donc rare que l'expert ne puisse, malgré la présence de l'arsenic dans le terrain du cimetière, fournir à la justice des renseignements importants, en s'appuyant sur les recherches chimiques, et dans certaines circonstances en mettant en même temps à profit la connaissance des symptômes et des lésions de tissu.

D. *L'arsenic peut provenir d'une médication.* — Vous n'ignorez pas que certaines préparations arsenicales occupent une place importante dans la matière médicale, et qu'elles sont administrées souvent pour combattre des affections cutanées ou d'autres maladies. Déjà les tribunaux ont eu l'occasion de se préoccuper de cette objection : elle a été mise en avant dans l'affaire Lafarge, et c'est sur elle qu'a roulé principalement le débat scientifique dans le procès Lacoste.

Les éléments qui peuvent aider l'expert à résoudre le problème sont :

1° Le temps qu'a survécu le malade après la suspension de la médication arsenicale;

2° L'invasion des symptômes qui ont précédé la mort;

3° Les lésions de tissu;

4° La quantité d'arsenic trouvé.

Examinons la portée de ces données.

Il est évident que si la vie s'est prolongée après la suspension de la médication assez longtemps pour que l'élimination de tout l'arsenic pris à titre de médicament puisse être terminée, par exemple six semaines ou plus encore, l'arsenic retrouvé dans les organes ne peut pas provenir de la médication. Faute d'observations directes sur l'homme qui établissent le temps nécessaire à l'élimination, on ne peut pas *affirmer*, mais la chose doit être *extrêmement probable*. L'invasion brusque des accidents, la nature de ces accidents, les lésions, aideront aussi en pareil cas à poser une conclusion.

Lorsque la position est moins nette, lorsqu'il n'est pas même probable que l'élimination est terminée, l'invasion des phénomènes morbides, la nature de ces phénomènes, les lésions de tissus, la quantité d'arsenic trouvée, peuvent aider à surmonter la difficulté. Si l'invasion a été brusque, si des vomissements et des évacuations alvines se sont déclarés subitement, si d'ailleurs les lésions de tissus sont celles que produisent les fortes doses d'acide arsénieux, l'expert est autorisé à déclarer qu'il est probable qu'il y a eu ingestion d'une forte dose d'acide arsénieux, et que la mort a été causée par cette ingestion. Lorsque cette concordance n'existe pas, il faut savoir douter, mais il faut proportionner le doute aux indications. Il m'est impossible de vous indiquer toutes les nuances.

Ai-je besoin de vous dire que si l'estomac ou les intestins renferment une quantité d'arsenic bien supérieure à celle qui peut être prise comme médicament, tout doute disparaît? Non; mais, en dehors de ce cas, n'invoquez jamais la quantité.

E. *L'arsenic provient du sesquioxyde de fer employé comme contre-poison.* — Il existe des sesquioxydes de fer arsénicaux, et vous comprenez que l'on peut très-bien, partant de ce fait, arguer que l'arsenic retrouvé dans les organes provient du sesquioxyde de

(1) Fin. — Voir les numéros des 12, 26 novembre et 10 décembre.

---

occupant rigoureusement l'espace du bouchon. On aura la précaution de mouiller d'avance le bouchon pour empêcher que l'air n'entre avec lui. L'animal s'agite dans l'eau, on le laisse dans cette position vingt-quatre heures s'il est gros, ou seulement dix à treize heures s'il est d'une petite espèce. Quand l'animal est au trois quarts mort, on peut rejeter un peu de l'eau du bocal, qu'on remplace par le liquide conservateur.

Ce dernier procédé a l'avantage de donner à l'animal un peu plus de consistance, et par conséquent d'éviter sa déformation. Une fois mort, l'animal est retiré du bocal, essuyé avec soin avec un linge doux pour le débarrasser du mucus qui l'entoure, puis mis dans le liquide dont voici la formule :

Sel de Bayonne	100 grammes.
Alun ammoniacal	50 —
Eau filtrée	1,150 —

Filtrez, puis ajoutez :

Iodure de potassium	10 centigr.
Bichlorure de mercure	05 —

dissous dans 50 grammes d'eau.

Au bout de huit jours, on jette le liquide, et on le remplace par une nouvelle quantité dans laquelle on peut laisser indéfiniment l'animal. M. Ozenne offre de montrer aux amateurs des limaces que depuis trois ans il conserve dans ce liquide, et qui n'ont rien perdu de leur couleur et de leur fraîcheur.

— Rien de plus curieux et de plus intéressant que de suivre M. Auguste Duméril dans l'espèce de dépouillement qu'il fait des richesses du Muséum. Nous l'avons déjà vu cataloguer les immenses collections de reptiles de cet établissement; aujourd'hui nous allons être initié à la connaissance des reptiles qui ont vécu dans la ménagerie du Muséum. Cette ménagerie ne remonte pas bien haut. C'est en octobre 1838 que l'on pensa à réunir vivants les divers reptiles que les collections avaient déjà signalé à l'attention des savants. Au bout d'une année, quatre-vingts reptiles appartenant à vingt-quatre espèces différentes étaient déjà placés dans la petite ménagerie, qui aujourd'hui est trop exiguë pour renfermer tous les animaux qu'on reçoit.

En ne comptant pas, pour les espèces les plus communes de France (lézards de souches et de murailles, grenouilles vertes et temporaires, crapauds verts et communs et tritons à tête), les nombreux individus par lesquels elles nous sont toujours représentées dans les salles, on trouve une population totale de 3,072 reptiles appartenant à 174 espèces différentes.

Voici comment M. Auguste Duméril les répartit :

Chéloniens ou *tortues*, 45 (Tortues terrestres, 14; paludines, 26; fluviales, 2; marines, 3).

Sauriens ou *lézards*, 38 (Crocodiliens, 4; Caméléonien, 1; Geckotien, 1; Varaniens, 2; Iguaniens, 10; Lacertiens, 10; Chalcidien, 1; Scincoïdiens, 5; Amphisbéniens, 4).

Ophidiens ou *serpents*, 59. (Aglyphodontes, 40; Opisthoglyphes, 4; Protéroglyphes, 4; Solénoglyphes, 11.)

Batraciens, 32. (Ophiosomes, 2; Raniformes, 12; Hylæformes, 3; Bufoniformes, 4; Pipæformes, 1; Salamandrides, 8; Protéides, 2.)

Il est regrettable que M. Duméril n'ait pas fait suivre cette énumération de quelques détails sur les animaux les plus intéressants de cette famille. Cependant nous ne manquerons pas de signaler avec lui l'arrivée au Muséum d'un des animaux les plus curieux, et qui ont laissé les naturalistes dans la plus grande incertitude. Nous voulons dire le *crapaud dorsigère*. La femelle de cet animal, qui vient de Cayenne, porte ses œufs sur le dos, ils y sont adhérents; on pense que le mâle les y place immédiatement après la ponte. C'est sur le dos de la femelle que se passent les diverses phases du développement, ce qui a donné naissance à la bizarre idée de la parturition dorsale (*rana ex dorso parturiens*). Nous ne nous ferons pas l'écho de toutes les choses plus ou moins originales qui ont été débitées au sujet du crapaud dorsigère; il est à Paris, au Muséum. C'est à nos savants d'aujourd'hui à scruter les mystères de la reproduction de cet étrange animal. Puissent-ils être plus heureux que leurs devanciers !

— Il se fait grand bruit en ce moment en Angleterre autour d'une modification qu'un M. Boggs propose à la télégraphie actuelle. Selon ce savant, le télégraphe, tout rapide qu'il est, n'offre pas encore une vitesse de transmission assez grande. Le télégraphe est trop *lent*, car il est en quelque sorte soumis à l'activité plus ou moins grande d'un employé dont le travail ne correspond pas à l'instantanéité du fluide. M. Boggs voudrait transcrire en une heure les douze colonnes de cette immense feuille anglaise que l'on nomme *the Times*. Pour arriver à ce magnifique résultat, il suffirait de substituer la vapeur à l'employé taxé de lenteur, à bien juste raison, si nous en croyons l'*Ackbar* d'Alger, qui se plaignait dernièrement de voir les dépêches télégraphiques de France mettre quarante-huit heures à traverser la Méditerranée.

Voici la disposition que M. Boggs affecte à son nouveau mode de transmission des dépêches télégraphiques :

Des bandes de gutta-percha, d'environ 6 pouces de largeur et de 3 lignes d'épaisseur, garnies des deux côtés d'une série de trous à de faibles intervalles bien égaux, s'enroulent sur des roues ou des tambours construits *ad hoc*. Lorsqu'un message destiné à la transmission se présente, l'employé prend une de ces bandes, et plante dans les trous des épingles de cuivre dont la succession une par une, deux par deux, avec un ou plusieurs trous d'intervalle sans épingle, peut offrir toutes les combinaisons désirables pour le plus simple comme pour le plus compliqué des alphabets télégraphiques. De cette façon, les dépêches sont pour ainsi dire *composées* d'après une typographie de convention, où des employés exercés peuvent arriver à une grande rapidité d'exécution. C'est absolument une imprimerie, où chaque compositeur a sa casse devant lui, et fait isolément un travail auquel

fer administré comme contre-poison ; un habile peut même administrer ce médicament exprès pour faire valoir au besoin cette argumentation. Si une portion du sesquioxyde de fer employé est encore à la disposition de l'expert, il doit être essayé à l'appareil de Marsh tout simplement, ou bien après une ébullition préalable avec l'acide sulfurique : quand il ne renferme pas d'arsenic, la question est jugée.

Mais quand le sesquioxyde de fer est en effet arsenical, ou quand il ne peut pas être essayé, l'expert doit tirer parti des symptômes et des lésions de tissus, et combiner les indications qu'il peut puiser à ces sources avec les données suivantes :

1° Les oxydes de fer arsenicaux ne cèdent leur arsenic ni à l'eau distillée, même après une ébullition de quatre heures, ni à l'eau distillée additionnée de quelques grammes de potasse pure.

2° L'acide sulfurique concentré ou étendu peut enlever l'arsenic après une courte ébullition.

3° Ces oxydes fournissent de l'arsenic quand on en introduit quelques grammes dans un appareil de Marsh.

4° Les chiens peuvent avaler 120 à 150 grammes de sesquioxyde de fer arsenical sans en être sensiblement incommodés, et si on les tue vingt-quatre ou soixante heures après l'injection de l'oxyde, on ne découvre pas d'arsenic dans le foie, la rate, les reins, le cœur et les poumons ; mais les liquides contenus dans le canal digestif filtrés, fournissent quelquefois des traces d'arsenic à l'appareil de Marsh. Il ne faut pas oublier d'ailleurs qu'il n'est pas impossible que l'action prolongée des liquides de l'estomac sur l'arsenic de fer rende soluble une petite proportion d'arsenic.

Pénétrez-vous bien de ces données, et vous saurez, le cas échéant, agir de manière à débarrasser l'expertise des entraves qu'apporte l'objection que nous examinons.

F. *L'arsenic peut provenir d'une préparation arsenicale qui aurait été introduite dans l'appareil digestif après la mort.* — Jamais jusqu'à présent, que je sache du moins, la justice n'a eu à juger un crime aussi horrible. Mais vous comprenez qu'il n'est pas impossible qu'un homme, après avoir introduit une préparation arsenicale dans le tube digestif d'un cadavre, fasse courir des bruits d'empoisonnement et dénonce à la justice un innocent. Vous êtes peut-être tentés de croire que rien n'est plus facile que de découvrir la vérité en pareil cas ; en effet, direz-vous, l'absorption ne s'exerçant pas après la mort, du moment que le poison se trouve dans d'autres organes que le tube digestif, c'est que le poison y a été porté pendant la vie. La chose n'est pas aussi simple ; car, après la mort, l'imbibition peut suppléer l'absorption, de sorte que les liquides injectés dans le tube digestif peuvent être portés jusqu'au foie, aux reins, etc.

Mais d'autres données mettent l'expert sur la voie de la vérité. D'abord, l'inégale répartition du poison, qui existe dans les tissus rapprochés du tube digestif et manque dans des points plus éloignés ; puis les symptômes, quand ils sont bien caractérisés, et enfin les lésions de tissu. On découvrira, par exemple, la cause de la mort dans une lésion située en dehors du tube digestif, ou bien on verra que les lésions du tube digestif s'arrêtent brusquement à une ligne de démarcation bien nette, ce qui est le caractère des lésions produites par l'injection après la mort. Lorsque, par suite de l'état de putréfaction avancée du cadavre ou par d'autres causes, l'expert ne peut pas séparer les divers organes pour les analyser, et que, d'ailleurs, il ne peut pas connaître les symptômes ni les lésions de tissu, il doit déclarer qu'il ne peut résoudre la question.

Ceci vous montre que, quoi qu'on ait dit, une expertise n'est pas complète, lorsque les recherches chimiques n'ont porté que sur les matières contenues dans le tube digestif ou sur cet organe lui-même. Il est toujours nécessaire, et du reste c'est la méthode généralement suivie depuis les travaux d'Orfila, de porter les investigations sur différents organes : le foie d'abord, dans lequel se rendent de préférence les poisons après leur absorption, puis les autres viscères.

Beaucoup d'autres objections ont été faites à la méthode de recherches que je vous ai engagés à adopter, mais toutes celles qui ont de l'importance ont été déjà implicitement résolues ou réfutées; il est inutile d'y revenir. Je n'examinerai pas non plus devant vous quelques questions spéciales qui ont été soulevées dans des cas particuliers. Comme il m'est impossible de vous prévenir contre toutes les difficultés qui peuvent surgir, je me dispenserai de tous ces détails qui n'acquièrent de l'importance qu'exceptionnellement. En médecine légale, les circonstances de chaque affaire exposent l'expert à des problèmes nouveaux, dont il doit rechercher la solution en s'appuyant sur les notions générales qu'il possède : la sagacité, la justesse d'esprit viennent en aide dans ces cas embarrassants ; mais il n'est pas possible de tout prévoir, et de dicter d'avance des réponses pour tous les problèmes qui peuvent se présenter.

L'acide arsénieux n'est pas la seule préparation arsenicale toxique. Aujourd'hui il est parfaitement démontré que l'arsenic métallique, l'oxyde noir d'arsenic, l'acide arsénique, les sulfures et l'iodure d'arsenic, l'hydrogène arsénié, les arsénites et les arséniates de potasse, de soude et d'ammoniaque, et l'arsénite de cuivre (vert de Scheele), sont des poisons énergiques. D'ailleurs, la poudre aux mouches, les caustiques connus sous le nom de pâte du frère Côme, de poudre de Rousselot, de Dubois et de Dupuytren, la liqueur minérale de Fowler et autres médicaments, dans la composition desquels entre quelqu'une des préparations arsenicales toxiques, présentent aussi une action délétère.

D'après les faits connus, toutes ces préparations produiraient des symptômes qui ressemblent beaucoup à ceux que détermine l'acide arsénieux, et le traitement le plus convenable pour combattre leur action serait aussi le même que celui qui paralyse le mieux l'action de l'acide arsénieux.

Je ne vous fatiguerai pas de la description minutieuse des caractères que présentent les différentes préparations arsenicales quand elles sont pures, ou telles qu'elles se trouvent dans le commerce. Vous trouverez ces caractères dans tous les traités de chimie et de toxicologie, et vous les vérifierez dans un laboratoire ; je ne m'arrêterai que pour vous montrer que, parmi ces préparations, toutes celles qui renferment de l'oxygène, fournissent de l'arsenic à l'appareil de Marsh, sous forme de taches et sous forme d'anneau. Aussi vous devinez que lorsque les préparations que je vous ai énumérées tout à l'heure se trouveront mélangées ou combinées avec des matières organiques, les procédés de destruction de la matière organique, employés pour l'acide arsénieux, seront applicables à la recherche de ces préparations ; car ces procédés de destruction sont tous des moyens d'oxydation. Rappelez-vous que les procédés par le chlore et l'eau régale sont encore, jusqu'à preuve du contraire, ceux qu'il faut préférer, parce qu'ils écartent toute chance de volatilisation. Après la destruction de la matière organique, il faut toujours suivre la même marche que s'il s'agissait d'un empoisonnement par l'acide arsénieux.

APPAREILS CÉRÉBRAL ET DIGESTIF.

Leur influence réciproque et sympathique,

Par M. A. O. Kellogg (1).

Aucun organe du corps humain n'offre peut-être avec le cerveau une sympathie plus tranchée que l'estomac. Ce fait, sans doute, tient à l'intimité nerveuse qui lie entre eux ces deux organes au moyen des nerfs pneumogastriques et des nerfs grand sympathique et spinal; nous en avons à chaque instant des preuves. En effet, un des premiers et des plus invariables effets d'un coup violent à la tête est d'amener des vomissements ; dans d'autres cas, ils ne sont pas seulement déterminés par l'ingestion de certaines substances dans l'estomac, mais bien encore par une saveur désagréable, la vue, l'odeur, la simple conception d'un objet dégoûtant. Une émotion morale peut encore exciter à vomir.

Un singulier exemple de l'influence d'une simple émotion morale sur l'estomac m'a été fourni par un de mes amis, ingénieur distingué, avec qui je m'entretenais dernièrement de ce sujet. Il me raconta que, jeune homme, il traversait fréquemment sur un petit bateau à vapeur un bras de mer très-houleux avec son père en allant à Édimbourg, et que très-souvent il avait le mal de mer. Sur le même bateau il y avait toujours un joueur de violon vieux et aveugle, qui s'efforçait de tout son pouvoir à rendre le mal de mer plus tolérable (je devrais dire intolérable) aux passagers. Mon ami me dit que pendant des années, il n'avait pu entendre le son d'un violon sans éprouver des nausées et une sorte de mal de mer.

L'influence dépressive d'une indigestion sur les facultés intellectuelles, la confusion des idées et l'affaissement moral, la céphalalgie, le vertige ont dû être éprouvés plus ou moins par tout le monde. La diminution de la mémoire, l'impossibilité de fixer pendant un certain temps l'attention sur un sujet donné, la mobilité et l'irritabilité inaccoutumées du caractère, sont des phénomènes bien connus de l'indigestion.

De plus, les facultés morales et intellectuelles sont toujours plus ou moins affectées. D'où je conclus qu'il n'y a rien d'étonnant à ce que les horribles souffrances de l'indigestion souvent répétées puissent conduire à la folie. On a même été plus loin, puisque Broussais et avec lui plusieurs écrivains contemporains, ici et en Europe, ont avancé, avec apparence de raison, que ces désordres fonctionnels, réagissant sur le cerveau, pouvaient par leur fréquence et leur continuité donner lieu à des lésions organiques.

Il n'est peut-être pas de maladie qui démontre mieux la sympathie qui existe entre le cerveau et l'estomac que la dyspepsie. Les opinions si diverses des plus éminents écrivains sur la nature et l'origine de cette maladie, l'insuccès des méthodes de traitement proposées et adoptées par chacun, appropriées à chaque cas particulier, montrent que l'on n'a pas assez étudié cette affection. Pendant longtemps la dyspepsie a été regardée comme une maladie primitive (débilité de l'organe). Les toniques et les stimulants furent les médicaments préconisés. Plus tard, les disciples de cette école, qui voulaient fonder leur opinion sur les apparences pathologiques, regardèrent cette maladie comme une inflammation primitive de la muqueuse stomacale. Ils employèrent la saignée, la diète, les antiphlogistiques, en un mot ; et plus tard on vint à observer que le gourmand, celui qui fait un dieu de son ventre, qui pendant sa vie n'a jamais pensé à autre chose qu'à en satisfaire les caprices, n'était pas spécialement sujet à cette maladie. On voyait aussi devenir les principales victimes de cette affection d'autres individus s'inquiétant peu des plaisirs de la table, qui néanmoins s'occupaient fort sérieusement des sujets les plus importants. Ceux-là, en un mot, tuaient leur système cérébral et fatiguaient peu leur appareil digestif. Dès lors on se forma une opinion plus saine sur la nature et les causes de la dyspepsie.

Feu le docteur Brigham professait que la majorité des cas de dyspepsie, surtout parmi les étudiants, était sous la dépendance de l'irritation cérébrale ou nerveuse, que ces cas se perpétuaient sous

(1) Traduit de l'anglais par M. Al. Wieland, interne des hôpitaux de Paris.

---

il ne manque plus que la rapide formalité du tirage pour lui donner vie, et le reproduire indéfiniment. Pendant tout le temps que les employés de la télégraphie consacreraient à cette composition, le fil électrique offrirait l'inappréciable avantage d'être libre pour d'autres expéditions. Une fois les bandes de gutta-percha ornées de leurs épingles hiéroglyphiques, il ne reste plus que la seconde partie de l'opération, rapide comme la pensée. On apporte les tambours, en ayant soin qu'il ne se produise aucun dérangement dans l'ordre des épingles, ce qui est facile à éviter ; puis ces tambours sont mis en communication avec une machine à vapeur installée de manière à attirer régulièrement les bandes entre les pôles d'une pile électrique disposée de telle sorte qu'au moment où la tête de l'épingle touche le point sensible, la communication électrique soit instantanément établie, et transmette le signal à l'extrémité du réseau, où l'électricité trace ses intermittences sur des bandes de papier qu'il est aisé de préparer dans ce but. La vitesse de la machine à vapeur déroulant les bandes de gutta-percha n'a d'autres limites que celles que l'expérience précisera. Dans tous les cas, il est un fait acquis par des épreuves bien antérieures et fréquemment répétées, c'est qu'il suffit d'un contact de la deux-centième partie d'une seconde avec le conducteur du fluide pour le sensibiliser et faire répercuter à l'autre extrémité du monde la secousse ou l'aimantation produite dans ce laps de temps infiniment petit. On voit avec quelle rapidité les communications peuvent avoir lieu par suite de cette ingénieuse idée, de séparer le travail de la composition de celui de l'expédition du même message. Dès que les bandes de gutta-percha d'un tambour seraient déroulées, et il faudrait peu de temps, d'autres tambours viendraient s'emparer de la place libre, et cette succession de dépêches serait seulement limitée par la proportion numérique des employés chargés de fixer les épingles de cuivre selon les données de l'alphabet conventionnel adopté.

On obtient ainsi une indépendance bien complète entre la transmission électrique et le travail de l'employé chargé de traduire le langage usuel en signes conventionnels aptes à être reproduits par les intermittences d'aimantation.

L'idée de M. Boggs est ingénieuse assurément, mais n'est-elle pas un peu compliquée, et la pratique sera-t-elle aussi facile et rapide qu'il semble le penser? L'expérience seule pourra décider de la valeur de cette modification.

— Terminons par une très-heureuse et très-ingénieuse application du principe du stéréoscope. Lorsque dans un paysage on regarde des objets très-éloignés, la distance entre les deux yeux est trop petite pour que l'on ait la sensation parfaite du relief et de la distance ; les derniers plans ne produisent que fort peu d'effet. Nous n'avons pas besoin de rappeler comment, avec l'aide du stéréoscope et de deux images prises avec des chambres obscures séparées par un intervalle suffisant, on arrive à voir ce même paysage avec un effet de relief et de perspective bien supérieur à celui que donne la vision naturelle.

Or, un savant physicien allemand, M. Helmholtz, s'est proposé d'obtenir à très-peu de chose près, dans la vision d'un paysage, avec les yeux désarmés ou armés de simples lunettes, et sans le secours d'images prises à l'avance par les procédés de la photographie, l'effet que le stéréoscope produisait seul jusqu'ici ; tel est le but de l'instrument fort simple auquel il donne le nom de *télestéréoscope, vue en relief des objets lointains.* Il prend une planche longue d'environ 1m,50, et il la place en travers. Aux extrémités de cette planche et perpendiculairement à sa surface, il dresse deux miroirs formant avec l'axe ou la ligne médiane de la planche des angles de 45 degrés.

Au milieu de cette même planche, à 75 centimètres des extrémités, il dresse deux miroirs plus petits, parallèles aux premiers, et distants de la distance des deux yeux. Placé au milieu de l'arête antérieure de la planche, l'observateur regarde avec son œil droit dans un des petits miroirs, avec son œil gauche dans l'autre ; il voit par là même, dans les petits miroirs, les grands miroirs et les images des paysages qui s'y réfléchissent. Or, on comprend sans peine que, par cette disposition, les images qu'il regarde et qu'il perçoit avec ses yeux, séparés seulement de 8 centimètres, sont celles que verraient deux yeux placés aux extrémités de la planche, c'est-à-dire distants de 1m,50, et que l'effet de relief doit par conséquent être augmenté dans une proportion très-considérable, surtout si on regarde avec une lorgnette qui grossit ou rapproche les objets, ou simplement avec des lunettes ordinaires.

C'est ce qui arrive réellement, et dans ces conditions, l'effet produit surpasse même celui que l'on obtiendrait avec des images stéréoscopiques, parce que le paysage se montre, non plus représenté par un dessin formé de noirs et de blancs, mais avec ses couleurs et ses gradations naturelles de tons. Des objets distants de 800 et même de 1,500 mètres se détachent alors parfaitement du fond avec lequel ils se confondaient quand on les regardait à l'œil nu : les objets plus rapprochés ont retrouvé leur relief ou la solidité de leurs formes, et l'œil est tout surpris de cette quasi-révélation de détails qui lui échappaient auparavant. Chaque amateur peut construire sans peine un semblable appareil, qui nous semble appelé à devenir un véritable objet d'agrément pour les salons des maisons de campagne et les salons de ville, devant lesquels se dresse un espace vide d'une certaine étendue.

Dr E. Renaud.

La médecine dans ses rapports avec la religion, ou Réfutation du matérialisme théorique et pratique, par M. le docteur Vitteaut. Dijon, 1857. Un volume in-8°. Paris, J. B. Baillière et fils. Prix, 6 fr.

Leçons sur le chancre, professées par M. le docteur Ricord, rédigées et publiées par M. A. Fournier, suivies de notes et pièces justificatives, etc. In-8°. Paris, A. Delahaye. Prix, 5 fr. 50 c.

l'influence d'une excitation cérébrale et ne s'amendaient que par le repos des organes cérébraux.

Pour ce qui est de la céphalalgie, cet auteur est de la même opinion que le docteur Copeland. Je doute beaucoup, dit-il, que la céphalalgie ait aussi souvent sa source dans les désordres de l'estomac que dans l'irritation du cerveau.

J'ai fréquemment remarqué l'apparition de la céphalalgie après l'ingestion d'aliments et de boissons excitantes le soir, mais j'ai constaté aussi la possibilité de l'éviter en maintenant la tête fraîche après une débauche. Il cite aussi des cas observés par lui, où l'action de maintenir la tête fraîche, après une orgie, fut suivie de succès, et il ajoute : Si le mal de tête est produit par une indigestion, quelle efficacité peut-il y avoir à conserver la tête fraîche ? Et plus loin il dit : Je conçois que l'action des vaisseaux sanguins, augmentée pendant le sommeil par des aliments ou des liqueurs excitantes, amène un afflux plus considérable de sang vers le cerveau, l'irrite, produise le mal de tête, et amène les désordres de l'estomac. J'ai constaté, en outre, que ce malaise affecte surtout ceux dont le système nerveux est délicat et facilement excitable, et je l'ai souvent vu produit par un chagrin ou de grandes inquiétudes ; de plus, il est fort rarement calmé autrement que par le repos et l'abstinence.

Les hommes de toute profession, exposés à beaucoup d'excitations morales ou à de l'inquiétude, ont dû plus ou moins éprouver l'influence de ces excitations morales sur l'estomac et les organes digestifs. Il y a quelques années, l'auteur de cet article était très-lié avec un jeune avocat de la Nouvelle-Angleterre. Celui-ci était d'une grande activité intellectuelle et d'une grande éloquence, et chaque fois qu'à la tribune il avait parlé, il avait la diarrhée, ce qu'il attribuait à l'excitation cérébrale qui avait précédé. Un jeune ministre de ma connaissance me dit que quand il fait un sermon, il pense peu à manger, et il ne le ferait pas s'il n'y était forcé par l'insistance de ses domestiques.

L'action de la peur sur les contractions péristaltiques de l'intestin est bien connue. Pourquoi n'en serait-il pas de même des autres passions dépressives ? Une observation à l'appui de la sympathie étroite qui existe entre le cerveau et l'estomac m'a été fournie par un de mes collègues et amis, dans le savoir et la bonne foi duquel j'ai la plus grande confiance. Il me dit qu'une personne de sa connaissance devenait folle chaque fois que ses intestins étaient en souffrance, et que l'action d'un purgatif ramenait toujours les choses à leur état normal. Broussais dit qu'il a souvent vu la diarrhée, la colique, et autres désordres des organes digestifs causés par le chagrin, la frayeur, et d'autres souffrances morales ; il a vu aussi l'irritation cérébrale produire l'irritation gastrique et même un certain degré d'inflammation de l'estomac.

Rien ne nous montre plus clairement l'origine cérébrale de la grande majorité des cas de dyspepsie, que les traitements employés avec succès. De toutes les maladies qui atteignent l'humanité, aucune certainement n'a causé plus d'embarras aux praticiens consciencieux par l'obscurité qui l'environne ; aucune, non plus, n'a autant profité aux charlatans et aux imposteurs par la même raison. Les hommes laborieux (quand la science paraît faire défaut) trouvent là un riche champ de travail qui a fourni et fournira encore une abondante moisson. Les homœopathes, les botanistes, les éclectiques, les électropathes et beaucoup d'autres ont trouvé, dans cette classe infortunée de malades, les sujets les plus disposés à tous leurs essais, et ils continueront à en trouver jusqu'à ce que les hommes de science aient reconnu et sanctifié un traitement plus applicable à l'origine psychique et morale de cette maladie.

Le soulagement, dit le docteur Macnish, que beaucoup de dyspeptiques obtiennent en allant aux eaux, est une preuve suffisante que leur souffrance est souvent intimement liée à l'état du cerveau. Occupés chez eux du soin de leurs affaires, ou rendus irritables par la dissipation, les plaisirs ou l'oisiveté (car celle-ci est aussi pernicieuse que le surcroît de travail), ces malades sont saisis par l'hypochondrie, et leurs digestions alors en souffrent ; dans cet état, ils se précipitent aux eaux de Bath, de Leamington ou de Cheltenbam, endroits qui sont eux-mêmes au pouvoir de quelques empiriques en vogue : ceux-ci leur disent de boire les eaux, mettent les malades à la diète et leur font prendre quelques médecines insignifiantes. A ce traitement, ils ajoutent l'exercice en plein air, les distractions qui généralement ne manquent pas dans de pareils lieux. La conséquence en est que la digestion se fait régulièrement : si celle ci était mauvaise par suite d'excès de travail, le traitement réussit.

La dyspepsie est souvent guérie, d'après le docteur Brigham, en permettant au cerveau fatigué et surmené de se reposer, ou en changeant la nature des travaux de l'esprit ; nouvelle preuve qu'elle est primitivement une maladie du cerveau et non de l'estomac. Combien de fois les médecins manquent-ils à soulager par des médicaments ce qu'ils appellent des affections gastriques, qui sont rapidement guéries par les voyages ou l'abandon de travaux habituels. Combien souvent le changement de l'excitation cérébrale apporte-t-il de soulagement. Il semblerait alors que certaines portions du cerveau ayant été surexcitées, deviennent malades et sont soulagées par une excitation violente d'autres portions du même organe ! Combien souvent des affections de l'estomac sont guéries par des médicaments internes aidés par la confiance et l'espoir ? — Nous en avons dit assez des sympathies qui existent entre le cerveau et l'estomac, pour qu'il ne soit plus possible de les mettre en doute.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 décembre 1857. — Présidence de M. Isid. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Étoffes servant à confectionner les vêtements du soldat. — M. COULIER communique un mémoire d'hygiène militaire ayant pour titre : Sur les étoffes qui servent à confectionner les vêtements du soldat.

Le sujet de ce travail, dit l'auteur, m'a été indiqué par M. Michel Lévy, qui a bien voulu en outre m'aider de conseils dont j'ai largement profité pour la direction de mes recherches.

J'ai fait usage exclusivement pour toutes ces expériences des tissus qui servent à vêtir le soldat. Ces étoffes sont des toiles de coton et de chanvre, et des draps diversement colorés. J'ai successivement considéré les tissus comme agents protecteurs : 1° contre le froid ; 2° contre la chaleur ; et 3° comme corps destinés à absorber les produits de l'excrétion cutanée. Relativement à cette dernière question, mes expériences m'ont conduit à admettre que lorsque l'eau pénètre en quantité suffisante dans un tissu, elle se partage en deux portions distinctes que j'appellerai *eau hygrométrique* et *eau d'interposition*. Les considérations suivantes ont suffisamment motivé cette distinction :

1° L'eau hygrométrique peut être absorbée en quantité considérable sans que les principales propriétés physiques du tissu soient modifiées ; la balance seule permet de la reconnaître. L'eau d'interposition, au contraire, modifie profondément ces mêmes propriétés et peut être perçue par le toucher.

2° L'eau hygrométrique ne peut être chassée par la pression ; la pesanteur ne la rassemble pas dans les parties déclives de l'étoffe, effets qui ont lieu pour l'eau interposée.

3° L'eau d'interposition finit toujours par s'évaporer complétement, si l'étoffe se trouve dans un milieu non saturé de vapeur. L'eau hygrométrique, au contraire, ne s'évapore en entier que dans un milieu parfaitement desséché. Son poids varie avec l'état hygrométrique du milieu ambiant et la température de l'étoffe.

Pour doser l'eau hygrométrique et l'eau d'interposition, il suffit de peser successivement l'étoffe après vingt quatre heures de séjour sur la chaux vive, puis sur l'eau : le tissu ayant été, dans ce dernier cas, déposé dans la cloche, soit sec, soit imprégné d'eau par un séjour prolongé dans ce liquide. Les différences de poids fournissent aisément les résultats cherchés. Les quantités d'eau hygrométrique absorbée ont été en moyenne les suivantes : coton, 0,40 du poids de l'étoffe ; chanvre, 0,15 ; laine, 0,18 à 0,20. Pour l'eau d'interposition, j'ai obtenu les chiffres que voici : chanvre, 0,5 ; coton, 0,8 à 0,9 ; laine, 0,15.

J'ai constaté que lorsqu'un tissu enlève à l'état d'eau hygrométrique le liquide qui mouille une surface avec laquelle il se trouve en contact, la température de celle-ci ne varie point. L'eau passe bien, il est vrai, à l'état gazeux ; mais, en se condensant immédiatement dans les pores de l'étoffe, elle restitue la chaleur absorbée à l'état latent.

Les conclusions que j'ai cru pouvoir tirer de mes recherches peuvent se formuler dans les propositions suivantes :

1° La couleur des vêtements est sans influence sensible sur la déperdition du calorique.

2° Tous les tissus sont susceptibles d'absorber à l'état latent une certaine quantité d'eau hygrométrique ; cette quantité, assez considérable pour la laine, est moindre pour le chanvre et surtout pour le coton.

3° Cette absorption se fait sans déperdition immédiate de calorique pour le corps humain.

4° La couleur des tissus a une grande influence sur l'absorption de la chaleur solaire, et il suffit, quelle que soit d'ailleurs la nature des vêtements, de modifier leur surface extérieure pour bénéficier des avantages que présentent les étoffes blanches lorsqu'on se trouve exposé aux ardeurs du soleil. (Commissaires : MM. Despretz, Rayer et Bussy.)

— M. L. SAVOYEN, de Moutiers (Savoie), adresse, pour le concours aux prix de la fondation Montyon, un mémoire intitulé *Nouvelles études sur la dégénération physique et morale de l'homme* (goître et crétinisme), deuxième et dernière partie. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. CHAPELLE, en envoyant deux travaux concernant, l'un le *choléra-morbus*, l'autre la *teigne faveuse*, y joint une analyse de ce qu'il considère comme neuf dans ces recherches destinées au concours pour le prix du legs Bréant. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale.)

— M. BOULU, qui avait précédemment présenté diverses notes sur les résultats de ses recherches concernant l'*application de l'électricité à la thérapeutique*, envoie aujourd'hui, comme faisant suite à ces communications sur ce sujet, quatre numéros d'un journal médical dans lequel il a fait connaître les résultats auxquels il était parvenu. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour l'internat des hôpitaux de Paris est terminé. Ont été nommés : MM. Durante, Pierreson, Regnault, Baudot (Emile), Fournier, Sergent, Schulz, Descroizilles, Barat-Dulaurier, Bosia, Wannebrourg, Guéniot, Dujardin-Beaumetz, Gauthiez, Tillaux, Almagro, Mousten, Danjoy, Belhomme, Bricheteau-Gravelone, Desprès (Armand), Pradaud, Hardy (Charles), Picard (Jean Paul), Colombel, Raynaud, Dance, Mauvezin, Long, Lancereau, Legrand, Capelle, Jacquart, Michel et Guérard.

— Un concours doit s'ouvrir à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 14 juin 1858, pour la nomination de trois médecins aux hôpitaux de Saint Etienne, en remplacement de MM. Vial et Soviche, arrivés au terme de leurs fonctions, et de M. Quioc, démissionnaire. (*Gaz méd. de Lyon.*)

— M. le docteur P. Million, ancien interne des hôpitaux de Lyon, médecin de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité de la même ville, vient d'être nommé médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Etienne, en remplacement de M. le docteur Vial, démissionnaire.

— M. le docteur Comarmond est mort à Lyon le 6 décembre, à l'âge de soixante-dix ans. M. Comarmond était chevalier des ordres royaux des Saints Maurice et Lazare, de l'Aigle-Rouge de Prusse, inspecteur des monuments historiques du Rhône et de l'Ardèche, conservateur des Musées archéologiques de la ville de Lyon, et membre titulaire de l'Académie.

— L'épidémie de fièvre jaune à Lisbonne a été en augmentant jusqu'au 24 octobre (298 cas par jour), puis a décliné jusqu'à la fin du mois (185 cas), puis a pris une nouvelle intensité jusqu'au 4 novembre, et enfin a décliné de nouveau, avec quelques oscillations, jusqu'au 15 novembre. Le nombre des cas, jusqu'à ce jour, est de 10,258, et celui des morts de 3,040. La *Gazette médicale de Lisbonne* émet cette opinion inattendue : « que tous ceux qui vivent dans les habitations » éclairées au gaz sont préservés. »

— M. le docteur Sandras a commencé son cours sur les maladies nerveuses hier lundi 21 décembre à midi, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

Conformément au programme approuvé par M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, ce cours sera public.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM :

Bourrus, né à Mont-de-Marsan (Landes) ; *Des fièvres intermittentes.*

Grajon, né à Vierzon (Cher) ; *Considérations générales et cliniques sur les engorgements et les ulcérations du col de l'utérus.*

Lesure, né à Attigny (Ardennes) ; *Expériences relatives à l'action des courants électriques sur les nerfs.*

Laborie-Simonet, né à Saint-Aubin (Dordogne) ; *De la délivrance.*

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 151. — JEUDI 24 DÉCEMBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 151. — JEUDI 24 DÉCEMBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de Noël, le Journal ne paraîtra pas samedi prochain.

PARIS, LE 23 DÉCEMBRE 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a procédé dans cette séance au renouvellement de son bureau pour l'année prochaine. M. Laugier, vice-président pour cette année, a été nommé président pour 1858. M. Cruveilhier a été élu vice-président, et M. Devergie secrétaire annuel.

Après ces trois nominations, qui complètent le nouveau bureau, on a recommencé le scrutin pour l'élection de trois membres du conseil.

D'après un ancien usage, le président sortant était désigné au choix de l'Académie pour faire partie de ce conseil. C'était comme une sorte d'honneur et un témoignage de gratitude que l'Académie entendait donner par là au président sortant. Mais sur les observations qui lui ont été faites il y a quelques années par l'un de ses membres, l'Académie a pensé qu'il y aurait à la fois convenance et avantage à ce que le vice-président fût admis, non de droit, mais par élection, à faire partie du conseil, où il serait en mesure de se mettre au courant des affaires administratives de l'Académie, et de faire une sorte de noviciat de sa future présidence. Deux ou trois années d'expérience paraissent avoir assez bien démontré les avantages de ce nouvel usage, pour qu'il soit passé à l'état de précédent acquis à l'Académie. C'est ce que M. le président a rappelé avant de procéder à la nomination du premier membre du conseil. L'Académie, conformément à cet avis, a donné à cet usage une nouvelle sanction en nommant à la presque unanimité membre du conseil le nouveau vice-président, M. Cruveilhier. Les deux autres membres élus sont MM. Louis et Danyau.

On se rappelle que peu de temps après la mort du très-regrettable Amussat, son vénérable père informa l'Académie que, conformément aux intentions de son fils, il faisait donation à la compagnie, en son nom et au nom des héritiers d'Amussat, d'une somme destinée à la fondation d'un prix de chirurgie expérimentale. M. Amussat père, comme on le sait, n'a pas survécu longtemps à son fils; il est mort sans avoir eu le temps d'accomplir les formalités de cet acte honorable. Toutefois les généreuses intentions d'Amussat n'en seront pas moins réalisées. M. Alphonse Amussat, par une lettre que nous reproduisons dans le compte rendu, prévient l'Académie que par ses soins et ceux de ses cohéritiers toutes les formalités nécessaires ont été remplies. On lira à la suite de la lettre de M. A. Amussat les conditions et obligations stipulées dans l'acte pour assurer l'exécution régulière des intentions du donataire et prévenir les difficultés ou les abus auxquels les fondations de ce genre ont trop souvent donné lieu. Cet acte est à la fois un modèle de prévoyance et de générosité; il ne fait pas moins honneur aux héritiers d'Amussat qu'à la mémoire du chirurgien célèbre et de l'académicien si justement regretté. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la valeur diagnostique et pronostique des crachements de sang (1).

Quels sont les caractères propres à l'hémorrhagie bronchique? Les auteurs ont soin de vous dire qu'elle se présente sous la forme de crachats sanglants, spumeux, jusqu'à un certain point diffluents, ayant en définitive l'aspect du sang battu avec de l'air, ou de l'écume qui se produit dans un vase lorsqu'on saigne un animal, et que ces crachats ont une rutilance dont on a fait en quelque sorte le signe classique de cette espèce d'hémoptysie. Ils ajoutent que le sang est rendu soit en abondance (telle n'est pas l'opinion de Laënnec), soit en petite quantité, c'est-à-dire que tantôt les malades expectoreront pendant plusieurs jours un ou plusieurs crachats teints de sang rutilant, et que tantôt ils sembleront *vomir* une masse considérable susceptible de déterminer immédiatement la mort. Les auteurs vous disent enfin que ces exhalations hémoptoïques ne sont mêlées ni de débris d'aliments ni de mucosités.

Il s'en faut beaucoup que ces caractères soient si nettement tranchés : la femme couchée au n° 27 de la salle Saint-Bernard en a offert un frappant exemple. Vous rencontrerez des tuberculeux qui, bien que ne portant aucune lésion de l'appareil central de la circulation, seront pris d'hémoptysies constituées par des crachats sanglants, visqueux, comme ceux d'une pneumonie au premier degré, ou analogues à l'expectoration de l'apoplexie pulmonaire. Cela tient probablement à ce que dans ces cas, indépendamment du travail hémorrhagique, il s'en est fait un autre légèrement inflammatoire, qui donne aux crachats cette viscosité péri-pneumonique.

D'un autre côté, cela peut tenir à ce que l'hémorrhagie, ayant été assez abondante et le poumon étant assez patient pour supporter la présence du sang, ce sang s'est accumulé dans les vésicules pulmonaires et y a séjourné un certain temps. Si dans ces circonstances il ne s'est pas produit une nouvelle hémoptysie, le malade, après quelques jours, rendra des crachats noirs, visqueux, non spumeux, et parfois aussi foncés que ceux de l'apoplexie. Cette coloration dépend de ce qu'ils n'ont pas été en contact avec l'air. Il peut encore se faire qu'il survienne un état phlegmasique du parenchyme pulmonaire qui leur donne le caractère que nous indiquons.

Vous verrez aussi, quoi qu'on en ait dit, des expectorations hémoptoïques incontestablement liées à la phthisie tuberculeuse, mélangées de matières alimentaires.

Les signes stéthoscopiques à l'aide desquels on pourrait reconnaître l'hémorrhagie bronchique font souvent défaut. L'auscultation pratiquée avec le plus grand soin chez un malade qui aura pendant longtemps craché du sang ne révélera la présence que de quelques râles muqueux. Dans d'autres cas, on entendra des râles sous-crépitants ou crépitants humides, que l'on attribuerait volontiers à la présence du sang dans les bronches, mais qui se retrouvant également dans le premier et dans le second degré de la tuberculisation, alors qu'il n'y a pas eu d'hémoptysie, n'auront plus une valeur suffisante. Pour que cette valeur fût réelle, il faudrait qu'ils s'entendissent seulement avant que l'expectoration sanglante ait eu lieu, et que, celle-ci produite, ces râles ne se retrouvassent plus.

En dernière analyse, les signes stéthoscopiques de l'hémoptysie manquent absolument, et ceux qui pourraient lui appartenir se rattachent aussi bien, et même plus encore, à la lésion pulmonaire dont elle dépend.

A l'autopsie, on ne trouve généralement que les caractères anatomo-pathologiques propres aux productions accidentelles du poumon, et une coloration rouge de la membrane muqueuse bronchique, qui n'est peut-être que de l'imbibition. S'il existe des cavernes, elles peuvent contenir une certaine proportion de sang coagulé, principalement lorsque des ruptures vasculaires ont eu lieu dans ces grandes cavités morbides.

Avant d'arriver à l'examen comparatif des crachats de l'hémorrhagie *pulmonaire*, laissez-moi vous dire un mot de cette affection, et établir que c'est à tort qu'on lui a donné pour synonyme la dénomination d'apoplexie pulmonaire. Cet accident survient, en général, dans le cours d'une affection du cœur. Lorsque l'on ouvre le cadavre d'individus qui ont eu de semblables hémoptysies, on trouve dans le poumon des noyaux d'engorgements d'une couleur aussi foncée que celle de la rate, durs comme des noyaux de la pneumonie au deuxième degré. Le tissu du poumon se déchire sous les doigts, et présente l'aspect grenu du tissu hépatisé, avec cette différence, comme le fait observer Laënnec, que dans l'hépatisation inflammatoire, la couleur vermeille du tissu pulmonaire enflammé laisse distinguer les taches noires pulmonaires, les vaisseaux, et les légères intersections celluleuses qui séparent les lobules du poumon; tandis que dans l'engorgement hémoptoïque la partie endurcie offre un aspect tout à fait homogène, dont la couleur, presque noire ou d'un brun rouge très-foncé, ne permet de reconnaître autre chose que la texture naturelle du poumon, que les bronches et les plus gros vaisseaux. Les tuniques de ces derniers ont même perdu leur couleur blanche, et sont teintes et imbibées de sang.

Vous avez pu voir dernièrement deux malades du service suc-

(1) Fin. — Voir le numéro du 8 décembre.

SOUVENIRS D'UN VOYAGE EN CHINE (1).

Quelques jours nous suffirent pour connaître tout ce que nous devions trouver d'intéressant à Touranne et dans ses environs, et il fallut nous armer d'un peu de patience pour attendre la réponse que l'on nous avait promise de la cour de Hué. Dans une des promenades que nous avions l'habitude de faire tous les soirs en face de notre mouillage, nous vîmes se diriger vers nous un vieux Cochinchinois qui par ses gestes semblait nous indiquer qu'il avait à nous faire une communication importante.

Après avoir jeté les yeux autour de lui pour bien s'assurer qu'il était loin de tout regard qui aurait pu le trahir, et sûr que personne ne devait le compromettre, il nous indiqua par des signes très-expressifs que quelque chose de grave se tramait contre nous, et que nos jours étaient menacés. Naturellement intrigués par une telle confidence et craignant de ne pas avoir bien compris ce que voulait nous dire notre mystérieux protecteur, nous le priâmes de traduire sa pensée par écrit; il se mit alors à tracer rapidement quelques caractères cochinchinois sur un morceau de papier qui lui fut présenté par l'un de nous, puis disparut. En arrivant à bord, on communiqua à notre interprète, jeune Cochinchinois converti à la religion chrétienne, et qui nous était entièrement dévoué, la phrase écrite par notre protecteur inconnu; elle nous fut traduite à peu près par ces mots : *On vous assassinera à terre, ou on vous attaquera la nuit.* Nous vîmes alors toute l'importance, toute la gravité du secret qui venait de nous être livré; nous comprîmes aussi pourquoi, depuis notre mouillage sur la rade de Touranne, nous apercevions tous les jours de nouveaux soldats se diriger vers le village pour renforcer la garnison; pourquoi de très-grandes jonques, qui à notre arrivée étaient encore sur leurs chantiers de construction, avaient été mises à l'eau et armées en silence; pourquoi enfin tous les soirs un mouvement inexpliqué jusqu'ici avait lieu entre la ville, les forts de la rade et les bâtiments mouillés par notre travers. Nous étions sur la trace d'une conspiration dirigée contre nous, mais il nous fallait des renseignements plus précis pour faire avorter les projets de ces audacieux Cochinchinois, que désormais nous ne pouvions plus considérer que comme nos ennemis; le hasard vint à notre secours et nous servit merveilleusement dans cette grave circonstance. Quoique bien convaincus que les attaques de toutes les forces réunies contre nous à Touranne ne pouraient pas avoir de suites bien sérieuses, notre commandant fit cependant à partir de ce moment exercer encore plus de surveillance à bord et autour de nos navires.

Des recherches minutieuses furent faites sur les jonques cochinchinoises, que nous gardions comme otages à une petite distance de notre frégate, afin de nous assurer qu'elles ne renfermaient ni poudre ni artifices de guerre destinés à incendier nos bâtiments. Dans une de ces jonques, on découvrit une longue correspondance établie entre le commandant et le grand mandarin de guerre de Touranne; c'était précisément tout le complot, avec les instructions et les ordres que chacun aurait à suivre pour faire réussir un projet qui devait entraîner la mort des *barbares* arrivés depuis quelque temps en Cochinchine et la perte de leurs bâtiments. Le principal écrit, émané du gouverneur de la province, de celui-là même qui nous avait convités à une première entrevue et nous avait fait, au moment du départ, mille protestations d'amitié, disait qu'on attirerait à terre le grand mandarin de la frégate avec toute sa suite, en l'engageant à prendre part à une deuxième conférence qui aurait pour prétexte l'arrivée de la réponse du roi à nos réclamations. Si nous consentions à nous rendre à cette invitation, des soldats bien armés et cachés en dehors de la salle des conférences, devaient, à un signal donné, s'élancer sur nous et nous assassiner; puis alors les frégates cochinchinoises et les jonques seraient venues attaquer nos navires privés de la plus grande partie de leurs défenseurs, et s'en seraient *facilement* emparées.

Enfin dans le cas où notre commandant aurait exigé que la réponse du roi lui fût remise à bord de sa frégate, on devait profiter d'une nuit bien obscure pour nous surprendre pendant notre sommeil et nous massacrer tous. Quoiqu'assez mal tramé, ce complot pouvait avoir pour nous des conséquences fâcheuses; quant à une attaque de nuit, nous n'avions rien à craindre des tentatives des Cochinchinois; elles seraient bien évidemment venues se briser contre la surveillance si active qui s'exerce toujours à bord de navires de guerre bien commandés comme l'étaient *la Gloire* et *la Victorieuse*; mais si, confiants dans

(1) Suite. — Voir les numéros des 17 octobre, 10 et 26 novembre, 1er et 10 décembre.

combant à une affection du cœur, chez lesquels se retrouvaient tous les caractères anatomiques. Dans ces cas, les troubles pathologiques se sont manifestés, pendant la vie des individus, par des caractères que l'on a assignés à l'apoplexie pulmonaire, dénomination vicieuse, et qui devrait être remplacée par celle d'infiltration sanguine. En effet, cette lésion ne rappelle en rien l'apoplexie cérébrale de laquelle on a voulu la rapprocher. D'ailleurs, ce terme d'apoplexie indique toujours une idée de soudaineté, de fluxion active, qui appartiennent bien plus à l'hémorrhagie bronchique qu'à l'hémorrhagie pulmonaire. On a pu, il est vrai, citer des cas de véritables apoplexies du poumon ayant occasionné la mort subite, et caractérisées à l'autopsie par des épanchements plus ou moins considérables de sang au milieu d'un poumon dilacéré, à peu près comme le tissu cérébral dans une violente hémorrhagie.

Ce terme d'apoplexie conviendrait beaucoup mieux à la congestion active du poumon, maladie qui n'est pas très-rare, mais qui bien rarement aussi s'accompagne d'hémoptysie proprement dite. C'est parce que l'invasion de la maladie n'est souvent ni aussi subite, ni accompagnée de symptômes aussi rapidement funestes que ceux des apoplexies; parce que les altérations de tissus dans lesquels elle s'accomplit, diffèrent sous plusieurs rapports de celle que produit l'hémorrhagie encéphalique, à laquelle on l'a comparée; c'est, en un mot, parce qu'on ne trouve pas dans cette dénomination une expression qui embrasse toutes les formes et tous les degrés de l'état pathologique, que M. Gendrin a préféré la remplacer par celle de *pneumo-hémorrhagie*, qui exprime sans ambiguïté qu'il s'agit d'une extravasation de sang dans le tissu des poumons.

Quels sont les caractères de l'hémoptysie dans ces cas d'infiltration sanguine pulmonaire? Les crachats sanglants sont, dit-on, abondants, aérés, mais non spumeux, comme le sont les crachats péri-pneumoniques; de plus, ils sont visqueux.

En général, il en est ainsi : les crachats de l'hémorrhagie parenchymateuse du poumon ont, en effet, ces caractères de viscosité et d'aération; mais leur coloration est tantôt rutilante, comme chez un malade que nous avons vu couché au n° 17 de la salle Sainte-Agnès, et qui, après avoir eu des hémorrhagies pulmonaires, a succombé aux progrès d'une maladie du cœur; tantôt elle est d'un noir foncé, et cette teinte se rencontre également, ainsi que j'ai eu l'honneur de vous le dire, dans certains cas d'hémoptysie bronchique tuberculeuse. Chez cet homme du n° 17, l'hémoptysie a présenté un double caractère. Quelques crachats rutilants, écumeux, en tout semblables aux crachats hémoptoïques de la phthisie (et l'autopsie démontre, comme je l'avais jugé pendant la vie du malade, qu'il n'existait aucune trace de tubercules dans les poumons), étaient mêlés à d'autres, visqueux, d'une couleur plus foncée, et à d'autres encore tout à fait noirs.

Les signes sthétoscopiques qui pourraient, dans ces cas d'hémorrhagie pulmonaire, aider au diagnostic, sont tellement incertains, et les difficultés de ce diagnostic sont tellement grandes, qu'elles ont fait dire à M. le professeur Bouillaud, que l'on peut *deviner* plutôt que diagnostiquer cette affection.

Si l'infiltration sanguine a été considérable, s'il existe des noyaux volumineux, vous aurez localement des signes analogues à ceux de la pneumonie, du souffle, des râles sous-crépitants, quelquefois crépitants, autour des points envahis par l'hémorrhagie. Le souffle manquera et les râles existeront seuls si les noyaux, au lieu d'être un peu considérables, sont circonscrits et disséminés. Ces râles sont dus à l'exhalation sanglante qui s'est faite autour de ces noyaux et dans les radicules bronchiques environnantes. Comme les râles muqueux, ils sont produits par le passage de l'air à travers un liquide. On conçoit aussi que ces signes qui appartiennent également à la congestion pulmonaire, à l'engouement et au catarrhe des petites bronches, peuvent manquer totalement, si les noyaux d'hémorrhagies sont non-seulement petits, mais encore situés loin de la surface du poumon. On pourra tout au plus percevoir dans ce cas un gros râle muqueux.

Les maladies du cœur sont les causes les plus fréquentes des hémorrhagies pulmonaires. Le rétrécissement avec insuffisance de la valvule mitrale est la lésion qui le plus souvent y donne lieu. Cet accident arrive plus facilement encore si, à l'état morbide de l'orifice auriculo-ventriculaire, s'ajoute l'hypertrophie des ventricules, comme cela se rencontre communément.

Les hémorrhagies sont tantôt très-considérables, et se répètent trois, quatre, six, huit, dix fois dans le cours de la maladie du cœur; tantôt, mais beaucoup plus rarement il est vrai, elles sont peu abondantes, passagères, et ne se reproduisent plus.

Dans un hôtel de Paris, je voyais dernièrement un étranger, âgé de soixante-cinq ans, qui, à la suite d'attaques répétées de rhumatisme articulaire, était affecté d'une endocardite chronique, avec rétrécissement et insuffisance de la valvule mitrale. Il avait eu plusieurs hémoptysies qui n'avaient duré que quelques jours. Il y a deux mois, ces accidents se sont reproduits, et jusqu'à sa mort, qui arriva six semaines après, le malade rendit chaque jour la valeur de quatre à cinq cuillerées de sang par la bouche. Chez lui, dès les premiers temps, les signes fournis par l'auscultation des poumons furent complétement nuls; puis nous entendîmes des râles sous-crépitants et un peu de souffle. Vers la fin de la vie, le souffle finit par se montrer du haut en bas de la poitrine, à droite.

A la même époque, je voyais encore en ville, avec un de mes confrères, un malade, âgé de soixante-quatre ans, qui, à la fin de l'automne dernier et au commencement de l'hiver, avait été pris tout à coup, après une partie de chasse, d'une douleur assez vive dans la région du cœur et d'oppression. Les accidents s'aggravèrent, et l'existence d'une péricardite ne fut bientôt plus douteuse : l'épanchement du péricarde était tel qu'approximativement on pouvait l'évaluer à un demi-litre eu égard à la matité considérable de la région précordiale, à la voussure de la poitrine et à l'absence des bruits du cœur, qui étaient fort éloignés de l'oreille. Sous l'influence d'émissions sanguines répétées, de vésicatoires volants et de préparations de digitale, la péricardite disparut.

A quelques mois de là, je revis le malade et ne constatai plus aucun signe de cette dernière affection; mais au premier et au second temps des battements du cœur, j'entendais, à la pointe, un bruit de souffle rude qui me révélait une lésion de la valvule auriculo-ventriculaire. Depuis plusieurs jours aussi, le malade avait des hémoptysies, et dans quelques parties de la poitrine je percevais à l'auscultation des râles sous-crépitants et du souffle. Mon pronostic fut sévère, car je ne doute pas que, peut-être après quelques améliorations trompeuses, cet individu ne vienne à succomber.

L'allure de ces hémoptysies est en effet de devenir de plus en plus fréquentes et d'autant plus abondantes, que la maladie du cœur dont elles sont l'effet approche davantage du terme fatal.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Piorry.

D'une modification dans le procédé usuel de percussion plessimétrique pour reconnaître l'existence d'indurations pulmonaires. — Traitement de la phthisie tuberculeuse.

Au n° 6 de la salle Saint-Charles de la Charité (service de clinique de M. le professeur Piorry) est un homme qui tousse et crache depuis deux ans, et qui, doué qu'il était d'une constitution primitivement robuste, est devenu assez maigre. Les accidents s'étant aggravés après quelques jours de séjour à l'hôpital, M. Duriau, chef de clinique, reconnut les signes d'une pleuro-pneumonie récente à droite et en arrière. Ces accidents furent promptement calmés à la suite de l'emploi du tartrate antimonié de potasse.

Au moment où M. Piorry prit le service et examina pour la première fois ce malade, la difficulté était de savoir s'il existait ou non quelques indurations anciennes au sommet des poumons. Or, l'auscultation pratiquée en avant ne révélait aucun état anormal. Une très-légère obscurité de son se manifestait, au contraire, par la plessimétrie pratiquée fortement et profondément; et comme elle ne pouvait être appréciée que par des personnes très-exercées aux manœuvres plessimétriques, le professeur la rendit évidente pour tous en demandant au malade de faire une expiration forcée et en percutant fortement la poitrine presque vide d'air; les parties indurées furent reconnues alors dans des proportions plus grandes relativement à la masse d'air restant.

Ce n'est pas tout : la percussion fut pratiquée en arrière, suivant un procédé tout nouveau et très-utile.

Quand on percute à l'aide du plessimètre perpendiculairement à l'axe du corps, au niveau des fosses sus-épineuses et entre les omoplates, on trouve toujours profondément, chez les personnes les plus saines, un certain degré de résistance et de matité dû à ce que la partie antérieure des premières côtes et la clavicule se trouvent au-devant du choc et ne sont séparées de la surface postérieure que par une très-faible épaisseur de poumon. Pour remédier à cet inconvénient, M. Piorry place le plessimètre et percute de façon que le choc soit dirigé dans le sens du plus grand diamètre du poumon, c'est-à-dire verticalement. En procédant ainsi, on trouve chez le malade dont il s'agit une matité marquée à la partie supérieure et postérieure de la poitrine.

Ce procédé, qui n'est employé que depuis quelques jours seulement dans les salles de la Clinique, a servi déjà plusieurs fois à faire constater des indurations pulmonaires douteuses.

Ce malade a été soumis en conséquence au traitement par les iodiques.

— Il ne sera pas inutile de rappeler à cette occasion en quoi consiste le traitement iodique en usage dans le service de M. Piorry contre l'affection tuberculeuse des poumons, la *pneumophymie*, pour parler son langage. Ce traitement consiste principalement dans l'usage des inspirations de vapeurs d'iode, de l'iodure de potassium administré à l'intérieur et des frictions sous les clavicules avec la teinture d'iode plus ou moins étendue. — Ce traitement est modifié bien entendu et combiné avec d'autres moyens, suivant les indications fournies par les divers états organo-pathologiques constituant ou compliquant l'affection.

Nous ne saurions mieux en donner un exemple qu'en reproduisant la prescription faite pour un malade couché dans la même salle au n° 6, à quelques lits de distance du précédent, et dont voici en quelques mots l'histoire :

Au n° 3 est un homme primitivement assez robuste, actuellement maigre, faible, à facies bypémique; il rend d'abondants crachats puriformes. La plessimétrie fait trouver tout d'abord sous la clavicule droite de la matité résistante, dans une étendue verticale de 5 centimètres. Enfin, il est en proie à des sueurs abondantes.

L'état de ce malade peut être résumé en deux mots :

Tubercules ramollis à droite et en haut; vastes cavernes; entérite tuberculeuse avec diarrhée; anémie, marasme, sueurs, etc. Voici les indications formulées par M. Piorry.

Les sueurs qui ont lieu tenant à la résorption des produits des tubercules ramollis, on préviendra les conséquences probables de cette altération par l'iode. Ce sera en même temps un moyen de combattre l'entérorrhée, contre laquelle on administrera aussi la thériaque. L'anémie sera combattue par le fer réduit administré à petites doses et par des aliments réparateurs. Le traitement par l'iode se composera : 1° de l'inspiration de vapeurs; 2° de l'iodure de potassium à petites doses (à cause de l'entérorrhée); 3° de frictions sous la clavicule droite avec la teinture d'iode étendue de 9 parties d'eau.

ABCÈS A LA BASE DU CERVEAU

consécutif à la suppuration de l'oreille interne; méningite et mort après dix jours.

Par M. le docteur A. Joire, médecin de l'Asile d'Aliénés de Lommelot (Lille), professeur à l'École de médecine de Lille.

Les lésions de l'encéphale sont l'objet de si fréquents mécomptes, que le praticien ose à peine, dans bien des cas, poser un nom sur certains groupes de troubles fonctionnels, qui révèlent, ce semble, une altération définie du cerveau ou des méninges. Pour quelques faits dans lesquels l'investigation cadavérique est venue répondre au diagnostic par un vote confirmatif, combien d'aveux

---

les promesses du gouverneur de Touranne, nous avions consenti à nous rendre à terre à une deuxième entrevue, ce qui serait bien probablement arrivé sans l'importante découverte que nous venions de faire, plusieurs d'entre nous en auraient été victimes.

Depuis notre arrivée à Touranne, nous n'avions en définitive commis aucun acte d'hostilité envers les Cochinchinois; nous leur avions simplement refusé le droit de mettre à mort, après leur avoir fait supporter les plus cruels supplices, les missionnaires français que leur dévouement à la religion chrétienne conduisaient en Cochinchine, et, en demandant pour ces missionnaires l'autorisation de propager une religion que le peuple opprimé était toujours libre d'accepter ou de rejeter, nous ne portions nullement atteinte à l'autorité du roi. Cette conspiration, dont nous aurions pu devenir victimes, était donc un acte inqualifiable de barbarie qui justifiait de notre part sinon une vengeance éclatante, au moins une sévère leçon; si nous avions laissé passer cette nouvelle insulte, un jour à venir un autre bâtiment, se trouvant comme nous mouillé dans la baie de Touranne, n'aurait-il pas vu son équipage exposé à tomber victime d'une attaque semblable à celle qui nous avait menacés? Notre commandant voulut bien cependant user encore de modération envers les autorités de la province, pensant avec juste raison que si nous avions recours aux moyens énergiques pour punir les coupables, ce serait le peuple, déjà si malheureux et cependant bien innocent de tout ce qui s'était passé, qui aurait le plus à souffrir. Il fit prendre copie exacte de toute la correspondance que le hasard nous avait mise dans les mains, et l'adressa au gouverneur de Touranne, en lui demandant une réparation pour la nouvelle insulte que nous venions de subir. C'est en vain que nous eûmes recours à tous les moyens possibles de conciliation; toutes les démarches d'abord si pacifiques de notre commandant vinrent se briser contre ce système de temporisation et d'impassibilité adopté par ce peuple rusé dans tous ses rapports avec les étrangers. Combien de fois déjà des bâtiments venus comme nous à Touranne n'avaient-ils pas été obligés de quitter la rade après avoir attendu vainement pendant bien des jours une réponse convenable à des réclamations fondées, mais auxquelles on ne voulait pas donner satisfaction! *Attendons*, disait le gouverneur, *et ces barbares partiront comme les autres*. Aussi, au lieu de reconnaître ses torts à notre égard, il fut fier et insolent envers nous; il était donc évident que nous devions perdre tout espoir d'obtenir la réparation à laquelle nous avions droit; de plus, tout nous indiquait que les mandarins de Touranne n'avaient pas renoncé à leurs projets d'attaque contre nous; en effet, le 15 avril au matin, nous aperçûmes deux gros navires portant le pavillon cochinchinois qui se dirigeaient vers la rade de Touranne et qui bien évidemment avaient reçu l'ordre de venir renforcer la division ennemie mouillée à une petite distance de nous. Ce fut alors seulement que notre commandant se décida à faire ouvrir le feu; les Cochinchinois nous répondirent immédiatement en hissant leurs couleurs; les forts voulurent aussi prendre part à l'affaire, mais leurs boulets n'arrivaient pas jusqu'à nous. En peu d'instants nos ennemis furent réduits au silence, et la marine cochinchinoise pour longtemps anéantie; bien des malheureux trouvèrent la mort dans ce combat, rude leçon donnée à l'orgueil de quelques mandarins qui se croyaient bien à l'abri derrière leurs murailles flottantes défendues par quelques mauvaises pièces de canon; terrible réponse faite aux prétentions d'un gouverneur ignorant qui aurait pu tout éviter avec quelques concessions insignifiantes.

Au premier coup de canon tiré par *la Gloire* et *la Victorieuse*, les jonques armées de nombreux soldats voulurent sortir de la rivière pour prendre part au combat; mais quand le grand mandarin de guerre vit avec quelle rapidité nos coups se succédaient; quand il entendit l'explosion des frégates en feu (les Cochinchinois avaient leur poudre sur le pont), il jugea prudent de les faire rentrer dans la rivière; on se figure sans peine l'horrible boucherie qui aurait eu lieu, si ces jonques chargées de combattants étaient venues se présenter devant nos batteries.

Il est inutile de nous appesantir sur ce triste incident de notre voyage en Cochinchine; nous l'avons regretté, et notre commandant plus que tout autre, mais il avait été conduit à cette dernière extrémité par la force des événements. Citons cependant encore un fait qui nous montrera une fois de plus le mépris des mandarins pour la vie du peuple et pour le courage du soldat; craignant qu'au premier coup de canon parti de notre frégate, leurs équipages effrayés ne vinssent à prendre la fuite, ils avaient placé sur le rivage des gens armés, qui avaient l'ordre de massacrer impitoyablement ceux de leurs propres marins qui viendraient chercher un refuge à terre, singulier moyen de donner du courage aux gens; il en résultait que ces malheureux Co-

négatifs n'aurait-on pas à consigner ? Aussi l'attention se fixe-t-elle avec avidité sur tous ceux dans lesquels une lésion organique, révélée par des caractères qui ne permettaient pas de la méconnaître, s'est montrée, à l'examen du cadavre, conforme aux prévisions. De tels faits acquièrent dans la science une incontestable autorité, et c'est à ce titre que me paraît mériter d'être connu celui qui va suivre.

M. C. L..., clerc de notaire, entré dans l'asile le 10 janvier 1856, à l'âge de vingt-cinq ans. Constitution robuste, taille moyenne, tempérament lymphatique. Le principal intérêt de ce fait se rattache aux dernières phases de la vie ; je me bornerai à signaler, à titre d'antécédents, que L..., d'une intelligence assez bornée, a été séquestré pendant un accès de folie aiguë qui s'est dissipé au bout de quinze jours. Pendant un séjour de dix-huit mois dans l'asile, L..., habituellement calme et occupé, d'un caractère très-doux, a présenté à trois reprises, et à des intervalles irréguliers, des accès de folie furieuse qui ont persisté de un à trois mois. Les parents de L... m'ont appris qu'il était atteint depuis de longues années de surdité très-prononcée du côté droit, et qu'il se plaignait assez souvent de douleurs de tête. Celles-ci continuent à se manifester de temps en temps, particulièrement pendant les accès de folie. La vue a toujours été très-faible ; une lumière un peu vive est péniblement supportée ; il y a myopie.

L... était calme depuis environ cinq mois, lorsque le 28 septembre dernier, il est pris tout à coup de vomissements copieux et de céphalalgie légère. Il est, selon son habitude, sombre, mélancolique et un peu engourdi. Il y a un peu de chaleur à la peau, mais nulle fréquence du pouls.

Le 30, les vomissements ont cessé ; céphalalgie très-légère, nulle réaction fébrile.

Le 2 octobre, céphalalgie un peu plus intense ; pas de fièvre.

Le 4, la céphalalgie va croissant et se fait sentir plus vive du côté droit, à la base du crâne et dans l'oreille correspondante. Suintement roussâtre par le conduit auditif. Les vomissements ont reparu ; réaction fébrile assez intense.

Le 5, la céphalalgie, un peu moins intense par intervalles, devient parfois excessive. Le malade soutient sa tête dans ses mains quand il veut tousser, cracher, ou quand il est pris de nausées.

Le 7, les douleurs de tête, toujours fixées à la base du cerveau, persistent au même degré d'intensité. La sanie roussâtre, qui s'écoulait par l'oreille droite, est remplacée par du pus bien lié, gris verdâtre.

Le 8, céphalalgie et otalgie d'une violence extrême. Le suintement purulent par l'oreille continue ; vomissements copieux et presque incessants ; fièvre très-intense.

Le 9, au milieu d'intolérables douleurs de la tête et de l'oreille droite, le malade est pris tout à coup, vers une heure après midi, de perte de connaissance accompagnée de roideur et de quelques mouvements spasmodiques des membres et des muscles postérieurs du tronc. Il y a renversement léger de la tête en arrière et sommeil stertoreux. Mort six heures après.

Autopsie. — La surface interne de l'arachnoïde viscérale est sèche et poisseuse. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est rempli de très-petites bulles gazeuses sur presque toute la convexité des hémisphères. Une quantité considérable de pus mélangé de sérosité apparaît à la base du cerveau. Ce liquide, d'un gris verdâtre, entoure la protubérance annulaire et la moelle allongée, s'étend en avant jusqu'au niveau des nerfs olfactifs, pénètre à une grande profondeur dans les scissures de Sylvius, recouvre toute la face supérieure du cervelet, baigne tout son lobe droit et remplit la fosse cérébelleuse de ce côté. Le pus est, dans ce dernier siége, plus épais et plus lié que partout ailleurs ; il ne pénètre pas entre les lamelles du cervelet ; mais l'extrémité externe du lobe droit présente une facette pleine, produite par l'érosion de sa propre substance. Cette facette correspond à un point où le pus se trouve accumulé en foyer dans les méninges, et a pénétré entre la dure-mère et le crâne au niveau de la face postérieure du rocher.

Le pus plus liquide qui baigne les parties centrales de la base du cerveau, est mêlé de flocons pseudo-membraneux. Les bords des scissures de Sylvius présentent quelques adhérences assez intimes, et le pus y forme par suite comme des foyers isolés. Tous les nerfs qui émanent des parties centrales de l'encéphale baignent au milieu de la sérosité purulente ; mais celui de la septième paire, au moment où il traverse l'orifice du conduit auditif interne, se trouve évidemment ramolli et infiltré de pus.

La fosse cérébrale moyenne ne contient pas de pus, mais le feuillet séreux qui la tapisse est poisseux au toucher et recouvert de filaments pseudo-membraneux.

Le cerveau est d'une assez grande mollesse, surtout vers les parties centrales. Tous les ventricules sont un peu dilatés, mais ne contiennent ni sérosité ni matière purulente.

Le rocher du côté droit est désorganisé, infiltré de pus, et il m'a été impossible d'y reconnaître les parties qui composent l'oreille interne.

Réflexions. — Analysons successivement chacun des phénomènes symptomatiques que ce fait a présentés pour apprécier leurs rapports avec les altérations organiques.

Les lésions dont je veux m'occuper ici n'ont aucun rapport avec les phénomènes du délire intermittent que présentait ce sujet depuis quelques années ; elles sont d'origine récente, et le malade se trouvait, quant à l'état mental, dans des conditions satisfaisantes depuis plusieurs mois. Mais la surdité datant de l'enfance, l'écoulement roussâtre par le conduit auditif externe se manifestant par intervalles, ainsi que la céphalalgie et l'otalgie, témoignent assez que là était le point de départ de l'affection mortelle. Une œuvre de désorganisation s'est étendue progressivement jusqu'au conduit auditif interne ; le pus, qui a infiltré d'abord le nerf de la septième paire, s'est répandu dans les méninges et a déterminé rapidement une inflammation suppurative de presque toute la base du cerveau.

Ce qui me semble surtout remarquable dans ce fait, c'est la rapidité de la marche de la lésion organique. L'invasion subite du pus de l'oreille dans les méninges et le début du travail phlegmasique circonvoisin me semblent se rattacher aux premières manifestations symptomatiques, aux vomissements et à la céphalalgie légère ; puis, après quelques jours d'un état stationnaire, l'accroissement de la céphalalgie et des douleurs d'oreilles, l'invasion de l'état fébrile quatre jours seulement avant la mort, coïncident évidemment avec l'extension de la phlegmasie aux méninges de la base du cerveau. L'inflammation s'est un peu plus tard étendue à toute la séreuse cérébrale ; mais ce travail, comme le témoignait d'ailleurs l'état sec et poisseux de l'arachnoïde à la surface convexe des hémisphères, était de date toute récente.

Il reste à expliquer l'invasion subite de l'état comateux six heures avant la mort. Jusque-là l'accroissement de la céphalalgie devenue intolérable depuis trois jours, la recrudescence des vomissements ne coïncident qu'avec l'expansion de la méningite à la base du cerveau. L'écoulement du pus par le conduit auditif externe révèle de ce côté une accumulation plus considérable de ce produit, et son irruption subite en plus grande abondance du côté du cerveau a dû être la cause finale des préludes de la mort.

Cependant une difficulté sérieuse subsiste : l'arrivée dans les méninges d'une nouvelle quantité de pus, son expansion rapide à la base du cerveau pourraient bien expliquer sans doute la scène des six dernières heures ; mais les flocons de fausses membranes qui nagent autour du cervelet et de la protubérance, les adhérences interlobaires et l'accumulation considérable de pus jusqu'au fond des scissures de Sylvius n'ont guère eu le temps de se faire dans une si courte période. Ce travail, cette suppuration dataient de bien plus loin, et ils n'ont pas eu d'autres signes révélateurs qu'une intolérable céphalalgie, des vomissements et une fièvre intense ; mais de délire, de convulsions, de contractures, de phénomènes spasmodiques, de strabisme, nuls vestiges alors.... Les désordres fonctionnels graves considérés comme appartenant d'ordinaire à la deuxième période de la méningite à la phase de suppuration ont fait complétement défaut.

Il faut donc admettre rigoureusement la possibilité d'un travail énorme de suppuration à la base du cerveau et d'une phlegmasie consécutive des méninges, sans autre manifestation symptomatique qu'une céphalalgie médiocre et des vomissements ; d'une infiltration purulente des nerfs de la septième paire, sans paralysie des muscles de la face ; enfin d'une immersion séro-purulente des nerfs optiques du mésocéphale et de la plupart des nerfs crâniens, sans nuls autres désordres fonctionnels ; car toutes ces lésions ont subsisté quelque temps avant d'entraîner la mort.

Il y avait assurément ici assez de caractères symptomatiques pour faire soupçonner l'existence d'une lésion grave de la base du cerveau ; la suppuration du conduit auditif externe me révélait d'ailleurs la nature de l'affection. Mais ce que je voulais surtout faire ressortir de l'analyse de ce fait, bien digne d'intérêt à mes yeux, c'est l'absence complète des troubles fonctionnels signalés partout comme révélant la deuxième phase de la méningite aiguë, la période de suppuration.

Une grande circonspection n'est donc pas hors de place, en général, dans le diagnostic des affections graves du cerveau et des méninges ; et les erreurs dont l'investigation cadavérique me rend si souvent témoin, me font croire utile la publicité des faits positifs dans lesquels les rapports des troubles fonctionnels avec les altérations organiques peuvent être suivis avec quelque précision.

DE L'INCONTINENCE D'URINE APRÈS LES COUCHES et de sa rétention.

Par M. le docteur Martin (de Tonneins).

De l'incontinence. — Elle est complète ou incomplète. La femme ne peut retenir l'urine et résister aux efforts que fait quelquefois la vessie pour s'en débarrasser. Cette affection est assez commune et souvent peu facile à guérir. Le diagnostic se pose aisément, quand on voit l'urine irriter la vulve, la partie interne des cuisses, le périnée, y produire des excoriations et parfois la gangrène. D'ailleurs, l'odeur particulière que répand la malade est un signe des plus sûrs.

La paralysie du col de l'organe est la cause la plus fréquente de l'incontinence d'urine, et provient elle-même de la longueur du travail, de la pression exercée par la tête fœtale, surtout d'une présentation anormale, telle que la procidence d'un bras, d'une jambe, etc., qui ont pour conséquence de comprimer le bas-fond de la vessie.

Il faut aussi signaler la lésion physique, mécanique de son col, par suite de la symphyséotomie notamment, de manœuvres spéciales, avec le crochet tranchant, par exemple. C'est une complication fâcheuse, dans tous les cas, que la lésion matérielle de la vessie ; elle aggrave toujours considérablement le pronostic, affecte les femmes de la tristesse la plus profonde et a pu quelquefois les porter au suicide. Il est moins sérieux certainement lorsqu'une lésion physique n'existe pas.

Traitement. — Il faut d'abord entretenir la plus grande propreté ; on évite ainsi l'excoriation, la gangrène des tissus.

Comme il est d'observation que chez l'homme la présence d'une sonde ou d'une bougie a pour propriété de stimuler le canal de l'urètre et le col de la vessie, on a pensé qu'une sonde à demeure chez la femme pourrait diminuer aussi l'atonie de l'organe. Je crois que c'est un bon moyen à employer ; malheureusement l'état puerpéral s'y oppose quelquefois.

On a conseillé quelques remèdes internes. Les médecins allemands ont donné l'alun à la dose de 1 à 2 grammes associé à la gomme arabique, en six à huit prises dans la journée. Ces médicaments, assez difficiles à prendre, ont l'inconvénient de provoquer de violentes coliques. Je leur substituerais volontiers le petit-lait aluminé. Siebold a préconisé le quinquina en poudre à la dose de 30 grammes, et un autre professeur allemand, dont le nom m'échappe, le copahu associé à l'ergot de seigle (copahu 0,10, seigle ergoté 0,05, par pilules, à prendre 10 par jour) ; c'est une bonne préparation. Les médecins anglais ont préconisé la teinture de cantharides à la dose de 4 à 10 gouttes, trois fois par jour. M. le professeur Stoltz employait très-utilement l'extrait de noix vomique à la dose de 5 centigrammes par pilule. On a surtout recommandé, à Paris, l'emploi de l'électricité.

Ces moyens généraux me paraissent préférables à l'injection dans la vessie et le vagin, de l'eau froide, de l'eau de goudron, de copahu émulsionné, etc. Topiquement, les Allemands recommandent encore les astringents placés dans le vagin, le sulfate de fer placé dans une éponge, la tormentille, etc.

Si l'incontinence est le résultat d'une lésion mécanique, s'il existe une fistule vésico-vaginale ou vésico-utérine, il faut employer

---

chinchinois auraient été condamnés à une mort certaine, si, plus humains, nous n'avions recueilli dans nos embarcations les infortunés qui dans leur désespoir se précipitaient à la mer, ou que l'explosion des bâtiments lançait dans les flots.

Dès que les Cochinchinois eurent amené leur pavillon, et que notre commandant put faire cesser le feu, il fit recueillir sur les navires ennemis les malheureux gravement blessés pendant le combat ; on les conduisit à bord de la frégate *la Gloire*, où ils reçurent de nous les premiers soins que réclamaient leurs blessures. Personne ne fut blessé sur notre frégate ; un seul boulet malheureux vint tomber sur le pont de la corvette *la Victorieuse*, au milieu d'un groupe de matelots : un homme eut la cuisse complétement emportée, et ne survécut que quelques heures à une aussi grave lésion ; un autre eut la main enlevée, et guérit très-promptement après avoir subi l'amputation du poignet. Notre commandant ne voulant pas pousser plus loin les hostilités contre les Cochinchinois, et regardant l'attaque de la ville comme inutile et sans importance, appareilla le lendemain même pour retourner à Macao ; avant notre départ, il fit mettre le feu aux débris des frégates cochinchinoises qu'avaient épargnées nos boulets. Les blessés qui ne voulurent pas consentir à nous suivre en Chine furent déposés sur le rivage. Un seul, trop gravement atteint pour être transporté à terre, resta à bord de *la Gloire* ; il avait une fracture comminutive de la cuisse avec saillie du fragment supérieur de plusieurs centimètres : c'était un cas bien indiqué d'amputation. Elle fut proposée à ce malheureux, qui depuis son arrivée au milieu de nous était tombé dans un état de prostration extrême ; rien ne put le décider à accepter l'opération, qu'on lui montrait comme sa dernière ressource. Nous n'avions pas encore à notre disposition les anesthésiques, ces agents merveilleux qui, au lieu de la douleur, donnent au malheureux qu'on opère des rêves charmants et parfois d'une gaieté bruyante. Quelques jours plus tard, nous eûmes le regret de perdre ce pauvre malade, qui succomba à l'abondance de la suppuration et à une hémorrhagie promptement mortelle.

Dès que la nouvelle de ce combat parvint à la cour de Hué, le roi, nous apprit-on plus tard, fut saisi de fureur ; il fit paraître immédiatement un édit qui mettait à prix la tête de tous les Français que l'on rencontrerait sur le sol de la Cochinchine. Les persécutions contre les chrétiens recommencèrent avec plus de vigueur que par le passé ; les noms de la *Gloire* et de la *Victorieuse*, que quelques jours avant nous avions inscrits sur les montagnes de marbre, furent effacés par son ordre. Depuis cette époque cependant, plusieurs navires de guerre sont venus mouiller à Touranne, et n'ont jamais eu à se plaindre des Cochinchinois, espérons qu'un jour ce peuple comprendra enfin qu'il vaut mieux avoir pour amis que pour ennemis ceux qu'il appelle des barbares, et que des relations amicales finiront par s'établir entre l'Europe et la Cochinchine.

La baie de Touranne n'est pas également saine à toutes les époques de l'année ; pendant les fortes chaleurs et les grandes pluies, on y rencontre souvent des affections pernicieuses et des dyssenteries graves, qui sont encore expliquées par la présence des rivières et de quelques marais qui existent autour de la rade. Au mois d'avril, la chaleur n'est pas encore trop insupportable, et nous n'avons eu à notre bord que des affections très-légères, des fièvres intermittentes très-simples, des dyssenteries bénignes, quelques troubles digestifs, avec accidents du côté des fonctions du foie.

Nous arrivâmes promptement à Macao, d'où nous partions deux mois plus tard pour aller visiter la Corée et chercher la réponse à une lettre que l'amiral Cécile avait fait remettre l'année précédente à l'empereur de ce pays, que nous ne connaissions encore que par les relations de quelques-uns de nos missionnaires.

Dr J. Lecoq.

---

la cautérisation d'abord, puis la suture, et enfin l'anaplastie.

De la rétention d'urine. — Elle offre trois formes principales qui peuvent se terminer par résolution : 1° inflammatoire ; 2° paralytique ; 3° spasmodique.

Les parois de la vessie s'enflamment quelquefois ; il en résulte une cystite générale, qui peut occasionner la gangrène, il en existe des exemples dans la science. Dans certains cas, la distension poussée très-loin ne provoque par d'inflammation. Souvent une rupture a lieu à la suite d'un effort quelconque : elle donne lieu à un épanchement mortel. Tantôt survient un éraillement des fibres, d'abord peu considérable, mais déterminant un épanchement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Tantôt, il ne se fait qu'une simple fistule, fistule urinaire particulière, s'ouvrant aux régions périnéale ou hypogastrique. Tantôt, enfin, le liquide s'altère à la suite de son séjour prolongé dans la vessie ; la fièvre survient, les malades s'affaissent, et sont sous le coup d'une résorption urineuse.

Dans tous les cas, il faut remédier promptement à cette maladie.

Le traitement est d'abord prophylactique, c'est-à-dire que pendant la gestation, si la femme n'urine pas normalement, il faut la sonder, et surtout bien observer si la rétention n'est pas le résultat d'une rétroversion : cet accident n'est pas rare.

Quant au traitement réel :

1° Dans la forme *inflammatoire*, avec gonflement et obstruction du col et du canal, douleur violente au bas-fond, fièvre, etc., il faut recourir immédiatement aux antiphlogistiques ; des sangsues devront être appliquées aux aines, à l'hypogastre ou au périnée ; ne pas négliger les cataplasmes narcotico-émollients ou les embrocations. Autant les grands bains rendent de bons services, autant les bains de siége sont inopportuns. On a conseillé de prendre à l'intérieur des liquides émollients, huileux. En Allemagne, on préconise surtout l'huile d'amandes douces. Enfin, il ne faut pas hésiter de pratiquer une saignée dans le cas de pléthore avec fièvre forte.

2° Dans la forme *paralytique* les parois distendues ont perdu leur tonicité, leur ressort, et ne peuvent plus presser pour laisser échapper l'urine. Il est dès lors nécessaire de sonder la femme, car plus on laisse d'urine dans la vessie, plus le mal a de la tendance à devenir grave. Le liniment suivant m'a été deux fois d'une utilité remarquable :

Ammoniaque.	5 grammes.
Camphre.	4 —
Huile de pavots.	30 —

Je ne saurais approuver l'emploi des vésicatoires volants, même camphrés, dans les cas de paralysie du col et du corps ; ils ont l'inconvénient d'irriter beaucoup ce dernier, même quand ils sont séparés de la peau par un papier huilé. Chose remarquable ! les préparations de noix vomique, justement reconnues utiles dans certains cas d'incontinence, le sont quelquefois dans la rétention. L'extrait de noix vomique, lorsqu'il y a indication de l'employer, ne doit pas être administré à la dose de plus d'un centigramme par pilule (une environ toutes les deux heures). Les doses de strychnine doivent être plus faibles et ne pas dépasser 5 centigr. par jour.

3° La forme *spasmodique* est la plus facile à traiter et à guérir. Elle s'observe surtout chez les femmes d'un tempérament nerveux ; mais le spasme du col ne produit qu'une rétention momentanée. Il est très-important de graisser la sonde avec de la pommade de belladone, de morelle, de jusquiame. C'est aussi dans ce cas qu'il est important de faire des fomentations narcotico-émollientes dans le vagin et d'administrer l'opium à l'intérieur.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 décembre 1857. — Présidence de M. Michel Lévy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de l'Aveyron pendant l'année 1856 ;

2° Le rapport final de M. le docteur Desfossés de Lagravière, médecin des épidémies de l'arrondissement de Boussac (Creuse), sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans les communes de Nouzennes, Bussière-Saint-Georges et Tereillat ;

3° Un rapport de M. Simyan, médecin cantonal à Cluny (Saône-et-Loire), sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné à Cluny pendant les années 1856 et 1857 ;

4° Un rapport de M. Lemaire, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Cosne (Nièvre), sur une épidémie de croup et d'angine couenneuse qui a régné en 1857 dans la commune de Saint-Amand ;

5° Le rapport final de M. le docteur Peuchinat, médecin des épidémies de l'arrondissement de Céret (Pyrénées-Orientales), sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Villelongue-dels-Monts (commission des épidémies) ;

6° Deux lettres relatives à des remèdes secrets (commission des remèdes secrets et nouveaux).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Prix Amussat. — M. le docteur ALPH. AMUSSAT adresse la lettre suivante, dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture :

« Monsieur le Président,

» J'ai l'honneur de vous informer que, dans le but d'honorer la mémoire de mon père et de remplir ses intentions, j'ai signé conjointement avec mes cohéritiers, par-devant notaire, l'acte par lequel nous faisons don à l'Académie impériale de médecine d'une rente annuelle de 500 fr. à 4 1/2 p. 100 pour la fondation d'un prix de chirurgie. »

Cette lettre est accompagnée d'une copie de l'acte qui contient les charges et conditions suivantes :

1° La rente dont il s'agit sera affectée à la fondation d'un prix dit de *chirurgie expérimentale*, à décerner tous les deux ans par l'Académie à l'auteur du travail ou des recherches basés simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Toutefois, dans le cas où ladite rente viendrait à être réduite, l'Académie pourrait ne décerner ce prix que tous les trois ans, jusqu'à ce que les économies faites sur les arrérages permissent de la ramener à son chiffre normal de 500 fr.

2° Les candidats seront libres de se faire connaître, de choisir le sujet de leur travail et de le présenter au concours, manuscrit ou imprimé.

3° Dans le cas où, parmi les travaux présentés au concours, l'Académie ne jugerait pas qu'il s'en trouvât un qui méritât le prix, elle pourrait, soit ajourner le prix à un ou deux ans, en cumulant la somme, ou la partager aux auteurs de travaux qui, sans mériter le prix, lui paraîtraient le plus dignes d'encouragement.

4° Ne seront point admis au concours pour le prix de chirurgie expérimentale les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense soit à l'un des concours ouverts sous un autre titre à l'Académie impériale de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut.

Mais ceux qui n'auraient obtenu que des encouragements pourront être admis, à la condition d'avoir été depuis poursuivis et complétés.

5° Les frais des présentes et tous ceux auxquels elles pourront donner lieu seront supportés par les donateurs, etc.

M. le secrétaire perpétuel ajoute que les démarches nécessaires seront faites auprès du conseil d'Etat pour obtenir l'autorisation d'accepter cette donation.

— Le comité de vaccine du département du Nord demande l'avis de l'Académie sur la proposition suivante :

« Dans l'état actuel de la science, les revaccinations peuvent-elles être prescrites et être l'objet d'encouragements spéciaux ? » (Renvoyé à la commission de vaccine.)

— M. Davenne, directeur général de l'assistance publique, informe l'Académie que, d'après l'avis des médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris, tout malade admis dans un hôpital sera à l'avenir soumis à la vaccination ou à la revaccination.

Il demande en conséquence à l'Académie les renseignements nécessaires pour faciliter l'application de cette mesure.

— M. Husson, pharmacien à Toul, adresse un mémoire sur la durée de la vie moyenne dans l'arrondissement de Toul. (Commissaires : MM. Michel Lévy, Bégin, Adelon et Guérard.)

— M. le docteur Ancelet, à Vailly-sur-Aisne, adresse une note ayant pour titre : *Observation et remarques pour servir à l'histoire des luxations par rotation du tibia.* (Commissaire : M. Huguier.)

— M. Pons (de Bez près le Vigan) adresse la suite de ses *interprétations des aphorismes d'Hippocrate.*

— M. le docteur E. Garimond, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, adresse un mémoire intitulé : *Statistique des hôpitaux de Montpellier au point de vue de l'influence du climat, sur le développement et la marche de la phthisie pulmonaire.* (Commissaire : M. Grisolles.)

— L'ordre du jour est le renouvellement du bureau pour l'année 1858.

L'Académie procède successivement au scrutin pour la nomination d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire annuel, et de trois membres du conseil d'administration.

1° Pour la présidence, nombre de votants, 59.

M. Laugier a obtenu 56 voix.

2° Pour la vice-présidence, votants, 61.

M. Chruveilhier a obtenu 56 voix.

3° Pour les fonctions de secrétaire annuel, votants, 51.

M. Devergie a obtenu 44 voix.

En conséquence, M. Laugier est proclamé président, M. Cruveilhier vice-président, et M. Devergie secrétaire annuel pour l'année prochaine.

MM. Cruveilhier, Louis et Danyau sont nommés membres du conseil d'administration.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Sur la rupture du ligament rotulien.

Nous recevons, au sujet des communications récentes de M. Piachaud et de M. Bonnafont sur la rupture du ligament rotulien, les deux lettres suivantes, que nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs :

Monsieur le Rédacteur,

Les observations de rupture du ligament rotulien sont rares : d'après la lettre de M. le docteur Bonnafont, on n'en connaîtrait que six ou sept cas. Je puis vous en offrir un autre.

En 1842, mon père, dans une marche un peu rapide, éprouva au genou gauche une sensation qu'il compare à une secousse électrique ; c'était au moment où la jambe se projetait en avant pour faire un pas ; lorsque le pied prit terre et que le poids du corps se porta sur la jambe gauche, mon père s'affaissa : le ligament rotulien était rompu au niveau de son insertion à la rotule ; l'os, obéissant au triceps fémoral, s'était placé à 8 centimètres environ au-dessus des condyles du fémur.

Il n'y eut de douleur que lorsqu'on chercha à remettre la rotule en rapport avec son ligament.

La réunion s'opéra en deux ou trois mois, mais avec un allongement de 2 centimètres et demi pour le ligament.

Mon père, alors âgé de quarante-neuf ans, était exempt de toute diathèse.

Agréez, etc.

P. GEOFFROY DE MONTREUIL,
Étudiant en médecine.

Très-honoré confrère,

Le numéro du 15 décembre de la *Gazette des Hôpitaux* contient une lettre écrite par M. le docteur Bonnafont à l'occasion de la communication faite récemment par M. Piachaud, sur une *rupture du ligament rotulien*. Ces deux confrères tiennent cet accident pour fort rare. M. Piachaud n'a trouvé que deux observations à joindre à la sienne, et M. Bonnafont, en ajoutant à ces trois faits ceux qu'il a observés ou dont il a eu connaissance, n'en trouve pas plus de six ou sept.

Je crois cette lésion moins rare qu'on le dit, et il pourrait bien en être pour elle ce qu'il en a été pour les *luxations du champ de la rotule*, dont on a observé depuis la publication du mémoire de M. Malgaigne, autant que cet infatigable investigateur avait pu en réunir jusque-là dans les annales de la science.

D'après mes seuls souvenirs, j'ajouterai quelques faits au nombre cité par M. Bonnafont.

Dans un article sur les luxations du champ de la rotule, que j'ai inséré dans le *Journal de M. Malgaigne* en mai 1847, se trouve une note finale ainsi conçue :

« Puisque cette occasion se rencontre de décrire une lésion rare de la rotule, je mentionnerai ici, *pour mémoire*, un fait qui n'est pas plus commun que j'ai observé il y a une vingtaine d'années, et que je n'ai pas publié ; je veux parler de la *rupture du ligament rotulien*. Le sujet de l'observation était une dame âgée... Le tendon rotulien semblait plutôt arraché du tibia que rompu dans sa longueur. Le genou s'ankylosa presque complétement.

» J'ai eu dernièrement occasion d'observer une semblable rupture sur un de nos honorables confrères qui a reçu les soins du professeur Blandin. Dans les deux cas, la cause était une chute sur le genou. Aujourd'hui, le docteur P... marche sans trop de difficulté. »

J'ajoute que le confrère en question, le docteur Pertus, en ce moment cruellement éprouvé par la maladie, avait, avec le temps, reconquis à peu près complétement l'usage de son articulation.

La *Gazette* du 21 août 1847 rapportait une observation sur de nombreuses blessures, dont une lésion du genou attribuée à une rupture du ligament rotulien par M. Gosselin, remplaçant en ce moment M. Roux à l'Hôtel-Dieu.

A la fin de juin 1851, M. Baudens présentait à l'Académie des sciences un mémoire sur cette *rupture*, et il y rapporte trois observations.

La *Gazette* du 3 juillet suivant analyse le mémoire et donne en détail la plus récente de ces observations.

Voilà donc six faits à joindre aux six ou sept cas relatés par M. Bonnafont, et je ne doute pas qu'on ne parvienne aisément à grossir de beaucoup ce chiffre.

Agréez, erc.

Dr J. F. PAYEN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nos lecteurs apprendront avec une grande satisfaction que l'état de santé de M. Bérard est en voie d'amélioration notable. D'après les détails qui nous sont transmis, tout fait espérer un prompt rétablissement.

— Nous apprenons qu'une amélioration légère, mais persistante, puisqu'elle ne s'est pas démentie depuis trois jours, s'est déclarée dans l'état de notre honorable confrère M. Baudens. Cette nouvelle sera certainement accueillie avec joie dans le corps de santé de l'armée, où M. Baudens compte de si nombreux amis.

— Dans notre dernier numéro, nous avons donné la liste des élèves nommés internes des hôpitaux ; nous complétons aujourd'hui les résultats du concours de 1857 par la liste des internes provisoires. Ce sont :

MM. Rodin (Charles), Moussaud, Motet, Delaunay, Proust, Bodin (Paul), Bouchaud, Collineau, Gayral, Guibert, Rousseau, Touzé, Colois, Lefeuvre, Guerlain, Noel, Houzé, Lacour, Siry, Baudot (Nicolas), Bertin, Héron, Nivert, Duplay, Waringhem.

— Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris vient de se terminer. Ont été nommés élèves externes :

MM. Jouon, Leclerc, Fritz, Blot, Pihan, Dujardin-Baumetz, Harmon, Revilliod, Lesouef, Brudet, Meni, Seure, Beraud, Duchemin, Maunoir, Baillet, Bezançon, Charpentier, Duparc, Sonnié-Moret, Bergeron, Bouillard, Desportes, d'Heilly, Soulier, Alméras, Deleschamps, Dussisples, Laugier, Martel, Moricourt, Pichereau, Baudoin, Bodez, Charle, Delaunay, Fabre, Ranque, Ségalas, Venet, Geoffroy, Sellier, Blanchard, Boullaud, Bruneau, Dupont, Leroy, Marchand, Painetvin, Rabbinowicz, Dulac, Horteloup, Langlois, Mussat, Perret, Rouet, Vetelay, Panis, Withead, Crouillebois, Deschamps, Lemarchand, Ollivier, Beau, Regnier, Agard, Barbeu-Dubois, Bourienne, Girard (Emmanuel), Guttenstein, Martinache, Pyreire, Robin, Bourillon, Davesne, Gautretes, Hennecait, Houdé, Bayttart, Boissarie, Cornil, Dagrève, Laborde (J.-B.), Ranvier, Auzoux, Bouyer, Carrière, Diard, Dupuis, Lambel, Martinet, Verliac, Albergy, Dardenne, Gaudry, Le Dreux, Masson, Planque, de Lacrouzelle, Groussin, Jaubert, Mathe, Saulgeot, Fenestre, Gaultier (E.), Petresec, Pouillot, Aluison, Bonnabaud, Carre, Collard, Cordeirode (Sylvain), Hugues, Guingues, Madeline, Menuel, Moreau (P.), Pillon, Pory-Papy, Poumeyrol, Rabe, Bonnefoy, Charpentier (Al.), Crapart, Daguenet, (de Jeannel Menard de Vauréal), Fleury, Flurin, Hamaïde, Henrion, Laborde (F.), Lanoux, Mereau, Naudet, Petard, Pillard, Augé, Baille (A.), Boyes, Caillaud, Coty, Dumayne, Lefoulon, Molinier, Tillier, Bujeaud, de Sartalot-Bachoué, Dublanchet, Dupré, Feraud, Maurin, Guelle, Mazaré, Michel Plantier, Roustan, Ruck, Champsaur, Fénelon, Lachaud, Moriceau, Robert, Accaru, Berthet, Dulmet, Gachassin-Lafitte, Gaillard, Gautier (Ar.), Guenivet, Lagrange, Lequette, Pichon, Puel, Resal, Baujard, Hargues, Gouget, Loppe, Marret, Mathon, Plu, Romoli, Bruel, Chahory, Claverie, Duarte, Gratiot, Laporte, Monin, Moulins, Naret, Pradié, Petit, Ramette.

— La séance de distribution des prix aux élèves internes et externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, qui ont concouru en 1857, aura lieu le samedi 26 décembre prochain, à deux heures et demie de l'après-midi, dans la salle des concours de l'administration.

— Les cartes d'internes seront délivrées aux élèves internes de 2e, 3e et 4e année le samedi 26 décembre, de dix à une heure ; aux élèves externes de première année le même jour, à l'issue de la distribution des prix.

La distribution des cartes pour les élèves externes de première année aura lieu le dimanche 27 décembre 1857, de dix heures à midi.

Le Sourr.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 152. — SAMEDI 26 ET MARDI 29 DÉCEMBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 152. — SAMEDI 26 ET MARDI 29 DÉCEMBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PARIS, LE 28 DÉCEMBRE 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

Les divers mémoires de médecine et de physiologie présentés dans cette séance sont tous des suites ou des compléments de travaux précédents. M. Brown-Séquard, dans de nouvelles recherches expérimentales sur les capsules surrénales, s'est proposé de concilier les contradictions résultant de la comparaison de ses expériences avec celles de plusieurs autres physiologistes. On trouvera dans le compte rendu l'énoncé des propositions qui terminent son mémoire, et qui paraissent devoir être son dernier mot sur la question.

M. Collongues, dont nous avons fait connaître les intéressantes recherches sur la dynamoscopie, complète aujourd'hui la série des communications qu'il a faites sur ce sujet, par une nouvelle communication sur l'application de ce mode d'auscultation à la constatation des décès. Nous publions un extrait de ce travail, qui permettra aux lecteurs de s'en faire une idée.

Entre autres pièces de la correspondance relatives aux sciences médicales, nous avons à signaler à l'attention de nos lecteurs un second mémoire de M. Pulvermacher, physicien bien connu par les modifications qu'il a apportées dans la construction de la pile de Volta, qu'il est parvenu à rendre applicable aux usages de la médecine. M. Pulvermacher a déposé avec son mémoire plusieurs variétés de formes de sa nouvelle pile, ayant toutes cela de commun, qu'elles sont composées de fils de cuivre et de zinc filés sur une bande de gutta-percha, à l'aide d'une machine qui fait au besoin plusieurs mille mètres par jour. Cette pile flexible, douée d'une grande tension électrique, s'applique sur le corps comme une courroie.

Une autre disposition nous a frappé, c'est une pile en papier. M. Pulvermacher a fait imprimer de la poudre de deux métaux juxtaposés sur du papier, que l'on fait adhérer à la peau à l'aide d'un peu d'humidité.

La troisième disposition donnée à sa pile est celle de fortes batteries. Tandis que les deux autres formes sont destinées à fournir le courant voltaïque continu, cette dernière donne un courant bien plus intense et propre à contracter les muscles à l'aide de l'interrupteur de l'invention de ce physicien. Ce sont ces batteries que nous avons vues fonctionner entre les mains de M. Hiffelsheim, dans les expériences thérapeutiques dont il a été parlé dans l'un des articles de notre dernière *Revue clinique*. C'est à l'aide de ces appareils que notre confrère a établi un certain nombre de préceptes pratiques, dont quelques-uns ont été rappelés dans cet article, et qu'il a formulés dans un mémoire lu à la Société de biologie sous le titre de *Théorie et pratique de l'électrisation musculaire*. Quant à la valeur thérapeutique des piles flexibles et en papier, nous attendrons pour nous prononcer que M. Hiffelsheim ait fait connaître les résultats des expériences qu'il poursuit, et les documents cliniques qu'il recueille en ce moment à la Charité sur l'action des *piles en chaîne*.

Dr Brochin,

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. MOREAU (de Tours.)

Intoxication saturnine. — Paralysie générale. — Mort. — Autopsie.

Le nommé Leclerc, âgé de quarante et un ans, peintre en bâtiments, est entré dans le service le 8 janvier 1855.

Le père du malade est mort d'une attaque d'apoplexie; sa mère vit et a une bonne santé : c'est une femme vive, très-irritable, possédant tous les attributs du tempérament nerveux. Leclerc a trois enfants très-bien portants; lui-même était un homme très-actif et un excellent ouvrier, il était sobre, et quoique maniant depuis sa jeunesse des préparations de plomb, il n'avait jamais souffert de rien. Ce n'est que quatre mois avant sa réclusion qu'il ressentit les premières atteintes de sa maladie. Sa femme remarqua d'abord un changement dans son caractère; il devint sombre, taciturne, très-irritable et d'une avarice extrême. Ses travaux avaient déjà souffert des troubles de son intelligence; plusieurs fois on s'était plaint de la négligence qu'il y apportait, et de la brusquerie avec laquelle il passait d'une occupation à une autre.

C'est à la même époque qu'il ressentit les premières coliques, mais elles ne furent jamais assez intenses pour réclamer un traitement spécial.

A la fin de l'année 1854, il eut un jour trois attaques consécutives, qu'il est facile de reconnaître pour des crises épileptiques, aux détails qu'en donne sa femme; deux accès assez semblables se répétèrent le surlendemain. A partir de ce moment, il ne reconnut plus personne, et fut poursuivi par deux idées fixes : la première de tout repeindre dans sa maison, la seconde d'échapper aux voleurs qui le poursuivaient constamment.

Quelques jours après on le retira d'un puits, et l'on ne put jamais savoir s'il y était tombé involontairement, ou s'il s'y était précipité.

Avant sa maladie, Leclerc était un peu bègue, mais depuis deux mois sa parole était devenue un peu plus embarrassée; non-seulement il hésitait beaucoup avant de prononcer quelques syllabes, mais surtout il en oubliait plusieurs, et même des mots complets, ce qui rendait souvent son langage presque inintelligible. Cet embarras de la parole fit des progrès, et, chose remarquable, c'est quelques jours avant ses attaques d'épilepsie qu'on nota une amélioration légère dans sa prononciation.

On ne remarqua aucune altération des sens.

C'est dans les accès de colère dont nous avons parlé qu'il se manifesta d'abord du tremblement; plus tard, il persista après les accès, et devint presque continuel; cependant, dans les intervalles, il n'était pas assez intense pour rendre Leclerc inhabile à son travail, et il ne lui arriva jamais de lâcher involontairement les objets qu'il saisissait. Ce n'est que quelques jours avant sa réclusion qu'il se plaignit de sentir ses membres s'affaiblir; il aimait à se reposer, se tenait souvent assis et s'endormait facilement. Il retenait bien ses matières fécales, et il lui arriva seulement quelquefois d'uriner dans son lit.

Le jour de son entrée, nous trouvons le malade dans un état de stupeur profonde dont on a peine à le tirer en le secouant et en lui parlant très-haut; il répond à voix basse et très-incomplétement aux questions qui lui sont adressées. Les membres sont considérablement affaiblis, et cet affaiblissement paraît surtout marqué du côté gauche; à peine sent-on la pression qu'il exerce avec la main de ce côté. Il se plaint de douleur dans les jambes; la sensibilité paraît conservée sur toute la surface du corps.

Les traits sont tirés; la peau est le siége d'une coloration particulière, d'un jaune grisâtre, plus foncée dans certains endroits, surtout vers les angles externes des deux yeux; elle est sèche et rugueuse au toucher sur toute la surface du corps. Le bord des gencives et la portion des dents voisine des alvéoles sont recouverts d'un liséré bleuâtre bien caractéristique. — Limonade sulfurique, bain sulfureux; deux portions.

Le malade resta jusqu'au 10 sans rien présenter de nouveau.

Le 10, il eut deux attaques d'épilepsie, qui se répétèrent le 11 et le 12.

Les deux premières furent peu marquées, et consistèrent seulement en un étourdissement passager avec quelques contractions des membres, suivi d'un long sommeil. Les secondes furent mieux caractérisées, et se répétèrent plus tard sous la même forme. Elles furent annoncées par les troubles prodromiques suivants : le malade devenait d'une sensibilité extrême, pleurait ou riait sans raison; continuellement en mouvement, il marchait sans but et avec précipitation; sa figure était empreinte de terreur. Pendant les crises, la gêne de la respiration était extrême, l'écume s'écoulait abondamment de la bouche; le malade se contractait violemment, il s'est même fait ainsi plusieurs blessures. L'attaque durait toujours au moins un quart d'heure, et était suivie pendant une demi-heure d'un sommeil profond avec ronflement. Cinq ou six attaques semblables se succédaient dans l'espace de deux ou trois jours. Pendant cette période, et dans l'intervalle des accès, le malade restait comme stupide, sans s'occuper nullement de ce qui se passait autour de lui.

Il était levé toute la journée et se promenait sans suivre aucune direction déterminée; sa marche était chancelante, et il faisait souvent des chutes dans la cour.

La mémoire paraissait dans certains moments complétement abolie, et Leclerc semblait avoir oublié jusqu'à son nom, car il ne répondait généralement qu'après plusieurs appels. Il reçut un jour la visite d'un de ses beaux-frères sans le reconnaître, et le lendemain il avait même oublié que quelqu'un fût venu le voir.

Du 6 au 9 mars, nouvelle série d'attaques épileptiformes annoncée par les mêmes prodromes que la première et suivie des mêmes accidents. Alors se manifestèrent les premières lésions de la sensibilité; on pouvait le pincer et le piquer assez vigoureusement, lui tirer les cheveux sans qu'il donnât de signes bien manifestes de douleur; il grimaçait un peu sans se plaindre et sans paraître porter spécialement son attention vers le point sur lequel on agissait : si c'était un membre, il ne cherchait pas à le retirer.

Le 17, il y eut une attaque isolée et peu intense.

Pendant tout ce temps, le malade n'avait pas cessé d'être soumis au traitement par les bains sulfureux et la limonade sulfurique.

Examiné attentivement le 16 mai, il nous présente le tableau suivant :

La prononciation a subi les modifications qu'on observe dans la paralysie générale, avec quelques différences.

Lorsqu'on lui adresse une question, il répond précipitamment et par saccades, en laissant quelques mots incomplets; quelquefois il laisse une phrase inachevée, et la termine en répétant plusieurs fois une syllabe quelconque, généralement la dernière du mot qu'il a prononcé en dernier lieu.

Pendant qu'il parle, ses lèvres sont agitées convulsivement, tantôt allongées transversalement, tantôt projetées en avant en forme de trompe; les plis naso-labiaux sont creusés et remontés, les ailes du nez participent au mouvement des lèvres. Toute la face est agitée de mouvements semblables; les paupières se soulèvent et s'abaissent successivement avec une rapidité très-grande.

Lorsque la langue est tirée hors de la bouche, on y aperçoit une succession de contractions fibrillaires partielles.

Le délire des grandeurs ne se manifeste ici sous aucune forme : Leclerc dit avoir été bon ouvrier, mais sans aucune emphase; il sait parfaitement qu'il n'est pas riche.

La mémoire est affaiblie, mais non complétement abolie; il dit assez exactement son âge et celui de sa femme; il sait depuis combien de temps il est renfermé à Bicêtre, mais il ne peut préciser la date de son entrée; il ne se rappelle que le début de sa maladie, et soutient même parfois qu'il n'a jamais été malade. Lorsqu'on veut le faire lire, il prononce chaque lettre l'une après l'autre, mais ne peut les réunir pour former des mots ni même des syllabes séparées; cependant sa femme nous affirme qu'avant sa maladie il savait parfaitement lire et écrire. Ce qu'il présente surtout de remarquable, c'est son insouciance à l'égard de tout ce qui l'entoure, et une absence absolue d'initiative.

Le 31 mai, une nouvelle attaque eut lieu; elle fut précédée et suivie des mêmes symptômes que les autres.

Le 19 juin, nouvelle attaque épileptiforme.

Ces attaques se renouvelèrent souvent, et Leclerc résista jusqu'à la fin de l'année aux symptômes toujours croissants de la paralysie.

Son autopsie fut faite au commencement de l'année suivante; en voici les détails :

A l'incision de la dure-mère, il s'écoule une assez grande quantité de sérosité; les veines qui rampent sur la convexité des hémisphères sont gorgées de sang. Le feuillet viscéral de l'arachnoïde est épaissi et semble être le siége d'une infiltration plastique chatoyante d'un gris perle; en essayant de l'enlever, on entraîne en même temps une couche légère de substance cérébrale. Si l'on écarte les hémisphères, on voit que les surfaces internes adhèrent l'une à l'autre au moyen d'une matière glutineuse rosée qui forme une sorte de ruban d'un centimètre de hauteur et s'étendant à toute la longueur du corps calleux. Les lobes frontaux sont intimement unis dans toute la portion qui se trouve en dessous du genou du corps calleux. Les veines de la base sont pleines de sang; le pédoncule cérébral gauche est légèrement ramolli dans ses couches les plus superficielles. A la simple vue, il semble que le lobe occipital droit soit plus développé que le gauche; la balance confirme cette présomption : la masse encéphalique, y compris le bulbe, pèse 1,198 grammes; le cervelet et l'isthme de l'encéphale, coupés au-dessus de la protubérance, pèsent 170 grammes; le cerveau, 1,028; l'hémisphère gauche, 496; le droit, 530; différence de 34 grammes à l'avantage de l'hémisphère droit.

Le ventricule latéral droit est plein de sérosité; ses parois ont leur aspect normal; le gauche ne contient plus de liquide, sa capacité paraît être moindre que celle de l'autre. Il semble que toutes les parties centrales soient un peu molles, tandis que les circonvolutions sont, au

contraire, plus fermes que de coutume, si ce n'est à leur surface. Dans le cervelet comme dans le cerveau, la substance grise est beaucoup plus foncée qu'à l'état normal.

Le poumon droit adhère au diaphragme et aux côtes par toute sa périphérie, excepté vers le sommet; il n'a que deux lobes, qui n'en font plus qu'un par suite d'une pleurésie interlobaire; texture normale, un peu d'engouement à la partie postérieure du lobe inférieur, un seul tubercule cru au sommet.

Le poumon gauche n'est adhérent qu'en bas et en arrière, dans un point très-circonscrit; à ce niveau, il se déchire pendant qu'on l'extrait, et laisse échapper un pus granuleux mêlé à du sang coagulé en gelée rougeâtre; l'excavation pourrait admettre un œuf de poule; elle est tapissée d'une fausse membrane lisse, assez épaisse, ne paraissant pas communiquer avec les bronches. Le tissu voisin, dans un rayon de 4 à 5 centimètres, est dur, comme hépatisé; il va au fond de l'eau. Le reste du poumon est très-sain; des coupes répétées en tout sens n'ont pu faire découvrir un seul tubercule.

Le péricarde contient un peu de sérosité; le cœur, peu volumineux, présente sur toute la longueur du bord droit une saillie tremblotante, infiltrée d'un liquide jaunâtre, qui paraît siéger au-dessous du péricarde, dans la couche la plus superficielle des fibres musculaires. Un caillot fibrineux dans chaque orifice artériel.

Tube digestif parfaitement sain.

Je crois qu'il est impossible de rencontrer un type plus complet de paralysie générale. Le délire des grandeurs, spécial à la paralysie générale des aliénés, manque ici. Mais on sait que cette paralysie existe souvent en dehors de l'aliénation mentale proprement dite, et l'hospice de Bicêtre en offre de nombreux exemples.

L'observation de Leclerc n'est pas la seule que nous ayons recueillie; cinq autres malades à peu près dans des conditions analogues et affectés de paralysie générale causée par l'intoxication saturnine sont entrés dans l'espace d'une année dans le service de M. Moreau (de Tours). Or, cette proportion me semble trop forte pour être regardée comme un simple effet du hasard; et l'esprit est, je crois, plus satisfait, les lois de la logique sont plus respectées, en admettant qu'une même cause a produit des effets identiques dans une semblable série d'observations. Chez tous ces malades, l'empoisonnement saturnin ne saurait être suspecté, car cinq d'entre eux étaient peintres en bâtiments, et le sixième aurait été employé à broyer de la céruse.

S'il est donc vrai, comme on l'a dit, que ce ne soit qu'en exécutant certains détails de leur profession, comme celui qui consiste à gratter des murs anciennement recouverts de préparations plombiques, ou en manipulant certaines substances spéciales, que les ouvriers peintres sont exposés aux accidents, il est probable que ceux que j'ai observés s'étaient trouvés dans de semblables conditions, car les symptômes de l'intoxication existaient incontestablement chez tous. Il n'en est pas un seul qui n'ait éprouvé des coliques, soit à l'époque où il était soumis à mon observation, soit à une époque antérieure. Tous avaient longtemps exercé leur profession sans en éprouver d'inconvénients. Le liséré caractéristique des gencives ne nous a jamais manqué complétement, et Leclerc nous a présenté dans la coloration de la peau, caractérisée surtout à l'angle externe des yeux, dans sa sécheresse et sa rugosité, quelque chose de tout à fait spécial aux intoxications saturnines.

Nous avons vu chez tous nos malades un tremblement général ou partiel, une série de contractions fibrillaires, que l'on n'observe pas constamment dans la paralysie générale en dehors de la cause spéciale sur laquelle j'insiste ici. Ajoutons, en dernier lieu, que le traitement par les sulfureux, qui dans d'autres mains a si bien réussi, a donné aussi à M. Moreau, dans ces cas, des résultats favorables : chez tous ces sujets, nous avons vu les coliques, la coloration des gencives et de la peau être plus ou moins modifiées; les accidents nerveux ont cédé chez d'autres, et l'on a pu, dans trois cas, constater une guérison momentanée dans laquelle il faut sans doute leur faire une large part.

Pour les symptômes de paralysie proprement dits, nous n'avons pas remarqué qu'ils aient suivi, dans aucun des cas, cette marche spéciale qui appartient à la paralysie générale saturnine; l'altération de la motilité n'a été ni partielle ni complète au début, dans une ou plusieurs parties du corps; les bras et les jambes ont paru pris en même temps, et la paralysie a commencé par le degré le plus faible, un sentiment général de débilité avec tremblement, le besoin fréquent de repos. J'avais cru d'abord trouver pour l'altération de la parole, chez Leclerc, un caractère spécial dans cette sorte de sautillement précipité de toute la face; mais les mouvements sont devenus ensuite plus lents pendant l'articulation des sons, et il ressemblait complétement pendant les dernières périodes de sa maladie aux autres paralytiques de l'établissement.

La paralysie générale d'origine saturnine forme-t-elle une espèce à part, différente des autres variétés décrites par les auteurs? Les faits ne sont pas assez nombreux, et l'autorité me manque pour trancher une semblable question. Je réponds dans la mesure de mes forces à l'appel fait par M. Jules Falret dans sa thèse de 1853, et j'ai seulement la prétention d'apporter quelques éléments nouveaux pour arriver à une solution que de plus experts ont seuls le droit de formuler.

Hippolyte Devouges,
Interne des hôpitaux.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Larrey.

Coup de feu à la joue. — Fracture comminutive de la branche droite du maxillaire inférieur. — Extraction de la balle six mois après dans la région sus-claviculaire gauche.

Observation recueillie par M. Lhonneur, aide de clinique chirurgicale.

M. Roussel, lieutenant aux tirailleurs algériens, entré au Val-de-Grâce le 21 octobre 1857, sorti le 9 décembre, avait été blessé à la face, le 24 mai 1857, dans l'expédition de la Kabylie. Cet officier reçut à la joue droite une balle qui lui fracassa la branche droite du maxillaire inférieur, et en même temps plusieurs dents molaires. A l'ambulance, où il fut transporté immédiatement, trois dents et plusieurs esquilles complétement détachées furent enlevées. Aucune recherche ne fut faite pour trouver la balle (le blessé croyait même l'avoir rejetée au milieu des caillots sanguins), on n'en fit point davantage pour reconnaître la profondeur de la plaie. On constata seulement la pénétration dans la bouche et la perte presque complète de la branche du maxillaire. Un pansement simple fut appliqué sur la plaie et la mâchoire immobilisée. Le blessé fut ensuite évacué sur l'hôpital de Tizi-Ouzou.

Les suites de cette blessure grave furent assez simples : il survint d'abord un gonflement considérable de la face et du cou; cet accident céda aux émollients et aux révulsifs intestinaux. Une suppuration abondante s'établit et amena l'élimination de nouvelles esquilles. Moins d'un mois après la blessure, M. Roussel put être évacué sur Alger, où la guérison de la lésion de la face se compléta.

Quarante jours après la blessure, la face était guérie; la mastication seule restait pénible à cause du peu de solidité de la branche du maxillaire.

Mais le blessé éprouvait toujours une gêne considérable dans la déglutition : il lui semblait que les aliments s'arrêtaient à la partie moyenne du pharynx. Les mouvements de latéralité du cou étaient gênés. La pression déterminait une douleur vive à gauche en arrière des vaisseaux carotidiens. Il n'existait du reste aucune tumeur. Depuis cette époque, les mêmes symptômes ont persisté; seulement le point douloureux, d'abord situé au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde, s'est peu à peu abaissé jusqu'au point où il existe aujourd'hui, et la gêne dans la déglutition a en même temps diminué. Le malade rend compte de ce phénomène en disant qu'il a *senti descendre comme une boule*, qu'il croit être la balle.

Aujourd'hui, à la place de la saillie formée par la branche du maxillaire inférieur, existe une dépression, ce qui donne à la face une étroitesse remarquable. En avant de cette dépression, un peu au-dessus du bord supérieur du corps de l'os, on observe une petite cicatrice de 1 centimètre de diamètre environ, superficielle, sans adhérences, de forme ovalaire : c'est la cicatrice de la plaie d'entrée du projectile.

En faisant ouvrir la bouche, on constate l'absence des trois dernières molaires; la branche osseuse est déformée et presque complétement remplacée par un tissu fibro-cartilagineux de nouvelle formation. L'union du condyle au corps du maxillaire établie par ce tissu est du reste solide. Les dents se correspondent parfaitement. Les mouvements de la mâchoire sont libres; la mastication et la parole sont faciles. Il existe quelquefois une salivation abondante dont le blessé a eu déjà à souffrir.

Les mouvements du cou sont gênés, surtout ceux d'inclinaison à droite. La tête est habituellement dans la position du torticolis à gauche, c'est-à-dire inclinée de ce côté, la face regardant à droite, quoiqu'il n'y ait point de contracture ni de rétraction du sterno-cléido-mastoïdien.

La pression détermine une douleur profonde à droite, au sommet du triangle sus-claviculaire, en avant du bord antérieur du trapèze. Dans ce point existe une tuméfaction peu limitée, peu saillante, sans changement de coloration à la peau ni fluctuation : la dépression normale est seulement effacée. Le malade croit cette douleur fixe et la tuméfaction due à la présence de la balle. Comme il existe probablement là un foyer inflammatoire à marche lente, des onctions mercurielles sont ordonnées d'abord sans résultat, ainsi que trois applications de sangsues et des cataplasmes émollients. L'engorgement persiste, et même la tuméfaction devient plus saillante. L'empâtement sous-cutané est plus marqué.

Le 2 et le 7 novembre, on applique successivement deux vésicatoires volants, dans le but d'amener la résolution ou de hâter la suppuration. Le 13, la tumeur présente le volume d'une moitié d'œuf; elle fait plus de saillie. Elle est le siége d'une subfluctuation. Les mouvements du cou sont plus pénibles.

M. Larrey pratique alors une ponction profonde de 3 centimètres dans la région sus-claviculaire, et il introduit dans la plaie une sonde de femme. Cette exploration donne la certitude de l'existence d'un corps étranger profondément situé derrière les vaisseaux carotidiens. Mais la douleur vive que détermine le moindre mouvement de l'instrument explorateur fait renoncer à toute tentative d'extraction immédiate, et on cherche à dilater la plaie avec de petites mèches.

Le 21, le blessé est soumis aux inhalations de chloroforme; M. Larrey débride l'incision dans tout son trajet avec beaucoup de ménagements; il le dilate ensuite, le distend avec les mors d'une longue pince, afin d'éviter toute lésion vasculaire ou nerveuse. Il sent alors facilement le corps étranger situé au-devant des apophyses transverses des vertèbres, près des origines des paires cervicales. Il essaye de le soulever à l'aide d'une curette, et, après plusieurs tentatives, il parvient à le saisir avec des pinces, et enfin à l'extraire.

C'est une balle de fort calibre, aplatie et déformée. Sa déformation même rend compte des difficultés de son extraction, et permet de croire que cet effet mécanique est dû au choc du projectile contre l'os maxillaire.

Un pansement simple à l'aide d'une petite mèche et des cataplasmes amènent très-peu de suppuration à la suite, et le 1er décembre la plaie se trouve cicatrisée sans accidents.

Le 9 décembre, les mouvements du cou sont devenus libres dans tous les sens; la pression n'est plus douloureuse, et l'opéré sort de l'hôpital.

M. Larrey a cru ce fait digne de l'attention de la Société, comme cas de blessure par arme à feu dans la région sous-maxillaire, démontrant la déformation du projectile par un choc osseux, sa tendance à la migration par son poids dans la profondeur du cou, et l'heureux résultat de l'extraction consécutive par dilatation plus que par débridement de la plaie.

EMPOISONNEMENT PAR LES DENTELLES.

Une jeune fille de vingt ans, employée chez un fabricant au blanchiment des dentelles dites *applications de Bruxelles*, éprouvait depuis quelque temps de violents maux de tête. Les douleurs étant devenues insupportables, elle entra à l'hôpital, où elle mourut après quatre jours d'atroces souffrances. Le docteur, frappé des symptômes particuliers qu'il avait remarqués pendant la maladie, et qu'il ne pouvait attribuer qu'à un empoisonnement saturnin, crut devoir signaler ce fait à l'attention de l'autorité administrative, qui ouvrit immédiatement une enquête à ce sujet.

A l'autopsie, l'absence de toute lésion organique ne permettant plus d'admettre pour cette mort une cause naturelle, une analyse toxicologique fut jugée nécessaire. On eut recours à l'incinération des intestins, du foie, du cœur, des poumons et du cerveau. Les cendres, traitées par l'acide azotique en léger excès, et reprises par l'eau distillée bouillante, fournirent une liqueur qui fut précipitée par l'hydrogène sulfuré : le précipité obtenu fut recueilli et lavé, puis redissous dans l'acide azotique *très-étendu*, et la dissolution essayée par les réactifs appropriés. On constata ainsi la présence du plomb en quantité notable dans le foie et dans le cerveau : les poumons et le cœur, les muscles de l'abdomen, l'épiploon, en ont offert aussi des traces marquées.

Voici maintenant les faits révélés par l'enquête; il a été démontré :

1° Que des symptômes d'empoisonnement saturnins se sont manifestés à plusieurs reprises chez les dentellières, principalement chez celles employées au blanchiment des fleurs;

2° Que cette opération se fait d'après un procédé importé de Belgique; procédé qui consiste à donner aux tissus une fraîcheur artificielle, en faisant adhérer à leur surface, au moyen d'une percussion répétée, une poudre blanche destinée à en masquer la malpropreté;

3° Que les ouvrières chargées d'appliquer sur le tulle les fleurs ainsi blanchies, subissent toutes, à différents degrés, l'influence délétère des émanations du plomb; quelques-unes ont dû abandonner complétement ce genre de travail.

Quatre échantillons de la substance employée furent remis pour en faire l'analyse. Deux des paquets portant l'adresse d'un droguiste de Bruxelles, et étiqueté *blanc pour les dentelles*, étaient exclusivement composés de carbonate de plomb. Les deux autres furent aussi reconnus pour de la céruse; l'un d'eux renfermait 15 p. 100 de sulfate de baryte.

Il est inutile d'insister plus longuement sur une semblable industrie; outre les dangers qu'elle présente, elle constitue une véritable tromperie sur la qualité de la marchandise vendue. Ce blanchiment superficiel, en effet, n'a pas d'autre but que de tromper l'œil de l'acheteur et de lui faire accepter des produits souillés, dont les défauts ne tarderont pas à reparaître. Ce mode de faire n'a pas été adopté d'une manière générale; d'après des renseignements certains, quelques fabricants seulement en ont fait usage; tous les autres l'ont constamment rejeté, et refusent les fleurs d'une blancheur douteuse.

(*Journ. des conn. médic.*)

CORRESPONDANCE.

Monsieur le rédacteur,

Sous la rubrique *Hôpital de la Charité*, vous rappelez dans le dernier numéro de la *Gazette*, la médication employée par M. le professeur Piorry contre la phthisie tuberculeuse. Cette médication, peu usitée jusqu'ici, se compose : 1° de l'inspiration de vapeurs d'iode; 2° de l'iodure de potassium administré à l'intérieur; 3° de frictions sous les clavicules avec la teinture d'iode étendue de neuf parties d'eau.

Vous rapportez, comme exemple de l'application de ce traitement, un cas de phthisie avancée, mais sans faire connaître les résultats obtenus; présentée de la sorte, cette observation reste incomplète, et par conséquent protégée contre toute discussion.

Je néglige donc ce fait particulier pour me reporter à d'autres faits déjà anciens, et qui auraient marqué, entre les mains de M. Piorry, le triomphe de l'iode sur les tubercules pulmonaires.

Je suis de ceux qui se laissent volontiers entraîner par la parole assurée et persuasive de l'éminent praticien de la Charité, quand il nous révèle quelques-unes de ses bonnes fortunes en médecine. Aussi me suis-je empressé, il y a quelques années, de soumettre, d'après son exemple, au traitement iodique, 109 sujets adultes atteints de phthisie confirmée.

Les suites de cette expérimentation peuvent se résumer en quelques mots : 1° aucun malade n'a éprouvé d'amélioration appréciable; 2° quelques-uns ont paru rester indifférents à l'action de l'iode; 3° d'autres en ont manifestement souffert. Je ne puis donc partager la confiance de ceux qui veulent introduire l'iode dans la thérapeutique de la phthisie, ni m'associer au culte que lui rendent ses partisans; car toutes les fois que j'ai touché à l'idole, la dorure m'en est restée aux mains.

Agréez, etc.

Champouillon.

Depuis quelques mois, les recueils scientifiques consacrés à la pharmacie s'occupent d'un sujet important, la fourniture des médicaments aux bureaux de charité, dispensaires et institutions de bienfaisance par les pharmaciens des villes. Nous recevons à cette occasion la lettre suivante, que M. Le Perdriel nous prie de publier. Nous nous rendons à son désir, tout en lui laissant la responsabilité des opinions qu'il émet dans cette lettre.

Monsieur le rédacteur,

Au moment où la question de la fourniture par tous les pharmaciens de la France des médicaments aux sociétés de secours mutuels et autres institutions de bienfaisance semble être à l'ordre du jour, il nous a paru que, en raison de nos connaissances spéciales et de notre longue expérience, nous pouvions, sans être taxé de témérité, intervenir dans le débat. Le point sur lequel nous voulons fixer un instant l'atten-

tion, c'est le choix du vésicatoire, basé sur deux considérations principales, celle de la meilleure préparation, et celle, non moins importante à un autre point de vue, du prix de revient.

Tous les praticiens savent qu'un emplâtre vésicatoire est un de ces moyens thérapeutiques sur lesquels le médecin doit toujours pouvoir compter. Son action trop énergique peut augmenter l'inflammation qu'il s'agit de combattre ; trop faible, elle laisse aggraver la maladie. Le choix du vésicant est donc chose assez importante pour qu'il soit nécessaire de s'en occuper sérieusement.

L'expérience des faits, de nombreuses observations faites par les médecins, ont prouvé depuis plusieurs années que le meilleur emplâtre vésicatoire est la toile à laquelle nous avons donné le nom de toile vésicante Le Perdriel adhérente, n'ayant, par conséquent, nul besoin d'être fixée par une bordure de diachylon ; d'une action prompte, qui évite à la fois les souffrances inutiles, l'irritation des malades et les effets consécutifs sur les voies urinaires, elle remplit à merveille et sans accidents les indications que l'on se propose. Mais ce n'est pas sous le point de vue thérapeutique, c'est sous le rapport économique que nous voulons l'envisager.

On sait que cette toile, à son envers, du côté rouge, présente une série de petits carrés de 1 centimètre, destinés à mesurer l'étendue des emplâtres. Ils peuvent également servir pour établir le prix de revient. Les grands vésicatoires pour les bras sont ordinairement de 6 centimètres sur 5. Or, le rouleau de la toile nous offre, sur sa largeur, trois emplâtres, et sur sa longueur vingt autres ; en tout soixante emplâtres pareils. Cette toile se vend au pharmacien 3 fr. le mètre, soit 5 centimes par emplâtre. L'un de ces emplâtres va nous guider pour établir le prix des autres. Le vésicatoire d'une superficie double sera de dix centimes ; celui de 10 centimètres sur 12, le plus grand presque de tous ceux que l'on emploie dans les maladies des viscères de la poitrine, du ventre, reviendra à 20 centimes au pharmacien.

Ce simple calcul, en dehors des considérations thérapeutiques que nous avons exposées plus haut, fera mieux comprendre que tous les raisonnements l'économie que présente le vésicatoire Le Perdriel, et pourquoi beaucoup d'administrations, les maisons d'assistance publique l'ont adopté dans leur service médical en remplacement des moyens défectueux et coûteux qui y étaient employés précédemment.

Il est juste de dire que, d'autre part, le pharmacien devant, en raison de la vente excessivement limitée de ses produits, trouver un large bénéfice, sans lequel les conditions matérielles d'existence lui font défaut, pourra, sur le malade riche ou seulement aisé de la ville, élever le prix de la vente à quatre ou cinq fois celui de revient, et que, même dans ces conditions, le client trouvera une notable économie sur les vésicatoires d'autrefois. LE PERDRIEL.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 décembre 1857. — Présidence de M. Isid. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Fonctions des capsules surrénales. — M. BROWN-SÉQUARD présente un mémoire intitulé *Nouvelles recherches sur l'importance des fonctions des capsules surrénales.*

Des faits contenus dans ce travail, l'auteur conclut :

1° Que les fonctions des capsules surrénales semblent être essentielles à la vie chez les animaux non albinos ;

2° Que la suppression *immédiate* et *complète* de ces fonctions amène la mort très-rapidement ;

3° Que la suppression *graduelle* de ces fonctions amène la mort au plus tard après un petit nombre de mois, et chez certaines espèces d'animaux, en quelques jours ;

4° Que l'ablation simultanée des deux capsules surrénales amène la mort, en général, notablement plus vite que l'ablation des deux reins ;

5° Que si certains animaux albinos semblent capables de survivre définitivement à l'ablation des capsules surrénales, ce fait vient à l'appui de l'opinion que j'ai émise, que l'une des causes principales de mort chez les animaux non albinos, après la perte de ces petites glandes, consiste dans une accumulation de pigment.

Pile portative à un seul liquide, d'un effet constant. — M. PULVERMACHER présente à l'Académie trois nouvelles dispositions de ses piles portatives, ainsi que leur construction en batterie, reposant sur des principes semblables à ceux qui l'ont guidé dans l'exécution des pinces, dont MM. Flourens, Bernard, et les principaux physiologistes contemporains font un usage journalier dans leurs recherches électro-physiologiques.

On sait, dit l'auteur, que le courant voltaïque continu de mes piles, d'une intensité modérée, quoique facultatif, est surtout destiné à une action permanente. Il était donc indispensable de donner à cette pile une disposition qui la rendît flexible pour se prêter à tous les mouvements sans quitter le corps. Enfin, il fallait donner au courant une tension assez grande pour vaincre la résistance des tissus, sans augmenter notablement la *quantité*.

Pour atteindre ce but, j'ai construit une machine à filage, dans laquelle on fait passer une bande en gutta-percha d'une longueur voulue, qui en sort transformée en une pile divisée en un grand nombre d'éléments voltaïques parfaitement égaux. Ce filage peut s'exécuter avec la même facilité sur toutes les largeurs, et permet par conséquent d'obtenir une pile à *quantité* aussi bien qu'une pile à *tension*. On peut diviser cette longue pièce en des parties courtes, formant des petites piles d'une intensité voulue. Cette courroie est trouée de part en part dans l'étendue de chaque élément. On passe cette pile à travers un liquide excitateur, les fils électro-moteurs des deux surfaces opposées sont alors mis en communication par l'intermédiaire du liquide qui emplit ces trous, d'où résultent une plus grande force électro-motrice et un effet constant.

Grâce à ces dispositions, mes piles, déjà si efficaces sous forme de chaînes dans les affections nerveuses, seront désormais l'appareil électro-médical par excellence.

J'ai l'honneur de présenter aussi une pile sèche en papier, qu'on obtient en fixant des couches minces de deux métaux différents (électromoteurs), en poudre ou limaille, sur la surface d'une feuille de papier, par l'impression typographique. Cette pile sèche diffère de celle de Zamboni, en ce que les éléments électro-moteurs de la pile de ce dernier sont superposés, tandis que dans la mienne ils sont juxtaposés en une rangée étroite, de très-près, sans se toucher, tel qu'on le voit sur le modèle. De plus, pour gagner beaucoup de surface active, les rangées présentent des dentelures, qui leur permettent de se pénétrer réciproquement.

Cette disposition a l'avantage sur les piles sèches à colonne, d'augmenter au besoin leur activité par voie hydro-électrique, et de se prêter à des applications toutes spéciales. Selon l'épaisseur des couches métalliques, on peut rendre cette pile plus active et plus durable. Dans les cas où il faut un véritable topique électrique recouvrant de vastes surfaces, sans produire d'effets physiques nuisibles, cette disposition est indispensable. Les emplâtres et le cataplasme de Récamier, dépourvus de toute électricité, n'ont pas d'autre but que celui que je viens d'atteindre, et dans des conditions de prix si modéré que ma pile en papier met l'électricité à la portée de tout le monde.

Enfin, je présente à l'Académie mes batteries à triple contact et à un seul liquide, à haute tension, à éléments bien isolés, et qui sont d'un maniement et d'un emploi faciles. Elles sont destinées à fournir, à l'aide de mon interrupteur réglé, des courants intermittents à intervalles isochrones, plus ou moins rapprochés au gré de l'expérimentateur pour le traitement des paralysies.

La disposition particulière de ces éléments, dont les fils électro-moteurs négatifs sont laminés à plat et enroulés de champ, permet de réunir beaucoup de surface active en un espace très-restreint ; d'où résulte la production d'une quantité abondante. Cette pile étant excitée par l'immersion, absorbe l'excitant nécessaire pour être suffisante pendant plusieurs heures.

L'exposition à l'air de ces batteries empêche l'accumulation de l'hydrogène qui a lieu dans la pile ordinaire à un seul liquide par l'effet hydrostatique du liquide excitateur. Ainsi, il se produit une dépolarisation par le contact intime de l'oxygène de l'air avec une vaste surface. N'ayant plus à vaincre que l'inconstance résultant de la diminution successive du liquide excitateur, on a une constance bien plus grande que si elle fonctionnait dans le bain.

Application de la dynamoscopie à la constatation des décès. — M. le docteur COLLONGUES fait sous ce titre la communication suivante :

Le 8 août 1854, je remarquai que, parmi les personnes mortes dans la journée à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, le corps de Marie Jaboulard, qui venait de succomber à une attaque de choléra en vingt-quatre heures, était plus chaud après la mort que pendant la vie. C'est ainsi que le thermomètre appliqué sous l'aisselle indiquait 35° avant la mort et 37° immédiatement après. Ce fait me parut extraordinaire, et au moment où j'en cherchai l'explication dans les auteurs, on avait transporté le corps de Marie Jaboulard au lieu du dépôt des morts. Tourmenté par l'idée que cette femme pouvait donner encore quelques signes de vie, je résolus d'aller m'en assurer : il était onze heures du soir. Son cadavre était placé au milieu de sept autres ; le trouvant encore très-chaud, je le pris et l'étendis sur une table. J'appliquai le dynamoscope sur la région du cœur, et à peine eus-je prêté une attention de quelques instants que j'entendis un bourdonnement très-fort et une espèce de cri inaccentué. Je fus saisi de surprise, ne croyant pas à la mort de Marie Jaboulard. Mais c'était une erreur, elle était bien morte ; car, en recommençant mon examen, je compris que la pression de la poitrine avait pu faire sortir un peu d'air contenu dans les poumons et déterminer un son à travers les cordes vocales.

Ce qui me parut plus digne d'attention, ce fut l'existence du bourdonnement. J'eus aussitôt la pensée d'ausculter plusieurs autres cadavres qui étaient tout près, et je pus constater que le bourdonnement, bien qu'affaibli, n'était pas éteint chez plusieurs d'entre eux.

Cette première expérience fut suivie d'un grand nombre à l'hôpital de Toulouse. Elles furent continuées plus tard à l'hôpital Saint Eloi et à l'hôpital de la Citadelle de Montpellier de concert avec M. Fuster, professeur à la Faculté. Elles ont aussi bien réussi à l'hôpital Cochin devant M. Beau et à Lariboisière avec M. le docteur Pidoux. Or il résulte de toutes ces expériences :

1° Qu'il existe immédiatement après la mort un bruit appelé bourdonnement;

2° Que ce bruit a une durée variable de cinq, six, dix et quinze heures.

3° Qu'il va toujours en s'affaiblissant et qu'il s'éteint des extrémités vers la région précordiale.

Les observations sur les membres amputés ont donné lieu aux mêmes réflexions.

1° Il existe immédiatement après l'amputation d'une cuisse sur le membre coupé un bruit de bourdonnement.

2° Ce bruit a une durée variable de dix à quinze minutes.

3° Il va toujours en s'affaiblissant, et il s'éteint des extrémités au centre du membre amputé.

La connaissance de ces faits peut-elle éclairer le diagnostic de la mort en n'établissant la mort réelle que toutes les fois qu'il y aura absence du bourdonnement sur le cadavre?

Le problème ne pouvait être résolu qu'à la condition que dans les cas de mort apparente il y eût persistance du bourdonnement. Or c'est précisément ce que l'observation vient prouver, comme dans le fait suivant :

Le 27 juin 1857, je donnais des soins à une jeune fille de dix-sept ans. Mlle S... était atteinte d'une métrorrhagie passive consécutive à un *purpura hemorrhagica*. Ce jour-là l'hémorrhagie fut si abondante que je fus forcé de recourir au tamponnement par le perchlorure de fer. Je venais de le terminer, lorsque je vis les yeux de la malade se convulser en haut, l'écume sortir de sa bouche, le pouce se rapprocher du creux de la main. Aussitôt je la secoue, je la pince, et elle reste insensible. C'était l'image de la mort. Je recommande à la personne qui était à côté de moi de porter un flacon d'ammoniaque sous le nez, et en même temps j'applique mon oreille sur le thorax vis-à-vis le ventricule gauche. Plus de contraction ventriculaire à l'auscultation ; l'artère radiale ne bat plus. J'exerce de fortes pressions sur le thorax, et je prends une brosse pour en frictionner fortement tout le corps. Mon oreille encore appliquée sur le cœur ne me permet de rien entendre. Alors je posai le dynamoscope sur le cartilage de la troisième fausse côte, et j'entendis un bourdonnement très-distinct, dont les caractères ne ressemblaient pas du tout au bourdonnement qu'on peut constater aux mêmes régions sur les cadavres. Aussitôt j'ai recours à l'insufflation directe, et ce n'est qu'après quelques minutes d'efforts que Mlle S... ouvrit les yeux, respira, et qu'un frémissement se fit entendre à la région précordiale. Mlle S... était sauvée. Le lendemain, MM. le docteur Blanche et Gueneau de Mussy vinrent la visiter, et nous obtînmes une notable amélioration dans son état. Malheureusement le 12 juillet, au moment où nous trouvions que les forces de la malade revenaient, une nouvelle hémorrhagie se déclara, et Mlle S... mourut le 15 juillet.

L'absence de bourdonnement de toute la surface du corps devient donc un signe certain et immédiat de la mort réelle.

Et en cela le dynamoscope rend un véritable service à la science ; car si on examine, dans l'état actuel des connaissances médicales, quel degré de confiance on doit accorder aux signes immédiats de la mort, on n'en trouve pas un seul qui ne soit faillible. C'est ainsi que l'absence des battements du cœur à l'auscultation, signe donné comme certain dans ces derniers temps, n'a pas obtenu les suffrages de tous les médecins. Parmi ceux-ci, nous nous bornerons à citer MM. Fuster, Brachet (de Lyon), Pidoux, Depaul, Josat, Girbal, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

On peut donc admettre comme conséquence de ce mémoire au point de vue de la constatation des décès ;

1° Qu'on ne devra procéder à l'inhumation que quand on aura bien constaté qu'il n'existe plus de bourdonnement sur le cadavre ;

2° Que le dynamoscope est un instrument indispensable à la constatation des décès ;

3° Que les médecins seuls connaissant le maniement de cet instrument, doivent et peuvent statuer sur la réalité de la mort.

Le dynamoscope peut donc confirmer les dispositions de la loi française qui permet l'inhumation vingt-quatre heures après le décès ; mais elle les infirme toujours lorsqu'elle donne aux officiers de l'état civil le pouvoir de vérifier la réalité de la mort.

— M. LOISEAU adresse une note pour faire suite à une précédente communication sur la cautérisation des voies aériennes dans les cas de croup.

Le but principal de l'auteur, dans cette nouvelle note, est de prouver que le procédé qu'il a indiqué pour faire pénétrer les instruments dans le larynx est réellement nouveau, et n'avait point déjà, comme on l'a soutenu récemment, été employé par Dieffenbach. (Commissaires précédemment nommés : MM. Velpeau, J. Cloquet et Jobert.)

— M. N. DALLY, qui avait précédemment présenté au concours pour les prix de médecine et de chirurgie un ouvrage intitulé *Cinésiologie ou science du mouvement appliquée à l'éducation, à l'hygiène et à la thérapie*, adresse aujourd'hui, pour se conformer à une des conditions imposées aux concurrents, une indication des parties qu'il considère comme devant fixer plus particulièrement l'attention de la commission.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 décembre 1857. — Présidence de M. BOUVIER.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. LARREY présente un officier de l'armée d'Afrique chez lequel une plaie compliquée de la face et du cou par une balle a été suivie de l'extraction du projectile six mois après la blessure. (Voir plus haut.)

A l'occasion de la présentation de M. Larrey, M. HOUEL rappelle que dans le duel où Dulong fut tué par le général Bugeaud, la balle qui atteignit au front le malheureux député, se divisa en deux moitiés, dont l'une traversa la tête, tandis que l'autre passa entre le crâne et le cuir chevelu.

M. DEGUISE fait remarquer que la balle extraite de la plaie du malade de M. Larrey était une balle forcée, ce qu'il reconnaît à un sillon qui l'entoure.

— M. RICHARD présente un malade affecté d'une tumeur cancéreuse d'un volume considérable, et siégeant dans la région claviculaire. Il croit que cette maladie est au-dessus des ressources de la chirurgie.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. DEGUISE exprime une opinion opposée à celle de M. Larrey sur la coïncidence des fractures et de la paraplégie. Il n'admet pas l'influence de la paralysie sur les fractures, parce que à Charenton, où les paralysies générales progressives sont très-fréquentes, les fractures sont assez rares.

M. HOUEL rappelle que Gerdy a cherché à prouver que les os qui ne servent plus à la marche se ramollissent et deviennent fragiles et mous, au point qu'on peut les couper avec un scalpel.

M. DEGUISE n'a jamais rencontré ce ramollissement chez les paralytiques,

M. DEMARQUAY dit l'avoir observé chez des malades affectés de tumeur blanche.

M. HOUEL ayant objecté que la paralysie doit être de date ancienne pour produire la friabilité des os, M. DEGUISE répond que la durée de la paralysie générale n'est pas aussi courte que le croit M. Houel. Il y a des paralytiques qui vivent à Charenton pendant dix et quinze ans.

M. LARREY signale une différence entre les faits invoqués par M. Deguise et ceux dont il a entretenu la Société. Dans les trois observations qu'il a rapportées, il n'y avait qu'une paralysie locale.

CORRESPONDANCE.

M. le président rend compte à la Société de l'accident arrivé à M. Bérard dans la dernière semaine, et prie M. Deguise de vouloir bien s'informer de ses nouvelles au nom de la Société.

— M. H. Périat, médecin à Tournon-sur-Rhône, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant.

— M. Bouvier fait hommage de ses *Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur.*

— La Société reçoit un mémoire de M. Mathijsen sur les appareils inamovibles.

— M. RICHARD donne lecture, à l'occasion de la correspondance,

d'une note *sur quelques cas de cancers de la cavité buccale*, adressée à la Société de chirurgie par M. le docteur Am. Le Plé, ancien interne des hôpitaux, médecin aux Grandes-Ventes, arrondissement de Dieppe.

Le hasard m'ayant offert déjà un grand nombre de cas de cancers siégeant dans la cavité buccale, je me fais un devoir de soumettre à MM. les membres de la Société de chirurgie les impressions que m'ont laissées les plus remarquables de mes observations sur ce sujet :

1° M. P..., d'Auffay (Seine-Inférieure), âgé d'environ soixante ans ; 1851. Ce malade était atteint depuis environ huit mois d'une large ulcération siégeant sur le bord gauche de la langue, et s'élargissant vers la base de l'organe. Prise tout d'abord pour un de ces aphthes rebelles qu'entretient si souvent l'incurie dentaire des campagnards normands, l'ulcération fut inutilement combattue à l'aide de topiques soit astringents, soit caustiques. Opéré par M. le docteur A. Flaubert, de l'Hôtel-Dieu de Rouen, le malade sembla guéri pendant six mois ; puis apparurent des symptômes ganglionnaires sous-maxillaires, qui préludèrent rapidement à une récidive qui l'emporta.

2° Un malade de l'Hôtel-Dieu de Rouen (1854), environ soixante-cinq ou soixante-dix ans. Masse cancéreuse encéphaloïde énorme siégeant à la base de la langue, et accompagnée du cortége de symptômes généraux et locaux qui ne permettent aucun doute sur le diagnostic. Il demande à être opéré. Premier jour, ligature des artères sublinguales dans leur point de contact avec la portion antérieure du muscle digastrique. Deuxième jour, incision comprenant toute la partie de la ligne médiane située entre la saillie thyroïdienne et le milieu de la lèvre inférieure gauche ; division du maxillaire inférieur à l'aide d'une scie à chaînette. La tumeur énorme (volume d'un œuf de dinde) est parfaitement isolée et enlevée dans son entier : hémorrhagie peu importante malgré l'étendue et la vascularité des régions attaquées. La suture du maxillaire est pratiquée à l'aide d'un fil d'argent passant par deux trous de foret ; celle des parties molles à l'aide de sutures entortillées. Guérison apparente pendant six semaines ; puis récidive et mort. (Service de M. Flaubert, Hôtel-Dieu de Rouen.)

3° Un homme de cinquante-deux ans, bûcheron (1856), vient me consulter pour une tumeur squirrheuse sans ulcération, siégeant sous la langue, à gauche, entre la pointe de l'organe et son bord (volume d'une noix). Sur mon refus de l'opérer, il se rend à Paris, où il a trouvé un chirurgien plus hardi. Il revient guéri vers la fin de l'année. Mais au mois de mars dernier, il me fit demander pour combattre une hémorrhagie qui provenait du siége de l'opération. Je trouvai une tumeur deux fois plus volumineuse que la première, avec engorgement ganglionnaire sous maxillaire. Le perchlorure de fer eut raison de cette hémorrhagie, mais il n'en fut pas de même d'une seconde hémorrhagie, qui enleva le malade au mois de mai.

Je donne actuellement des soins à un habitant de Saint-Honoré (arrondissement de Dieppe), M. G..., âgé de soixante-trois ans, auprès duquel j'ai été demandé, il y a environ deux mois, pour édifier sa famille sur la cause d'une inflammation de la gorge durant depuis huit mois. Un officier de santé du voisinage, croyant avoir affaire à une amygdalite, s'était contenté de prescrire des émollients, sans informer l'entourage du malade de la gravité de ce mal de gorge. Je trouvai une tumeur oblongue de 4 centimètres, siégeant à la région amygdalienne droite. J'avoue que le teint seul du malade m'eût donné, sans l'inspection de la tumeur, des présomptions sérieuses sur la nature de l'affection. J'ai refusé l'opération qui m'était demandée (nous autres praticiens de la campagne devons être plus circonspects que qui que ce soit sous rapport des décisions chirurgicales), et bien m'en a pris, car, huit jours après, malgré les résolutifs dits anti-cancéreux (préparations *intus* et *extra*, de ciguë, extrait thébaïque, iodure de fer, etc.), les ganglions sous-maxillaires droits annonçaient le progrès de l'infection cancéreuse.

Il y a quinze jours, j'ai constaté une hémorrhagie effrayante (environ 2 kilogrammes de sang rutilant) ; depuis lors, le mal a quintuplé d'étendue ; c'est une large ulcération, avec une base qui absorbe presque tout l'arrière-fond pharyngien. Mon malade ne parle presque plus ; la déglutition est une douleur poignante. Si mes pressentiments ne me trompent, il aura succombé avant la fin de cette année.

A côté de ces quatre cas saillants, je pourrais encore en grouper d'autres qui viendraient à l'appui de l'opinion émise par l'honorable M. le docteur A. Richard, dans la séance du 2 décembre, à savoir que l'expérience démontre chaque jour l'impuissance du chirurgien pour la guérison du cancer siégeant dans les tissus buccaux. Mes commentaires seraient superflus en présence de la triste conclusion des cas nombreux que j'ai observés.

Mais à côté du découragement de ces observations, je dois placer comme heureux contraste trois succès confirmés depuis quatre, deux et un ans, dans la cure du cancroïde cutané connu sous le nom de *noli me tangere*. Cette désignation, que je crois pouvoir regarder comme une antiphrase, ne saurait servir de ligne de conduite pour la plupart des cas. Après de nombreux insuccès (que j'ai constatés) à l'aide des caustiques potentiels (Vienne, Filhos, Rousselot), j'ai cru devoir, le jour où je fus appelé à agir seul pour la première fois, donner la préférence au cautère actuel. Trois fois j'ai décidé le patient à s'y soumettre (ce qui n'est pas toujours facile), trois fois, après une opération généralement peu douloureuse, j'ai obtenu une guérison persistante.

Un cas surtout m'a surpris agréablement. Il s'agissait d'une femme âgée de 79 ans, et portant un large cancroïde recouvrant presque toute la joue droite, l'aile du nez voisine et le bout du nez en entier. Or, il devint impossible, même pour l'œil le plus exercé, de retrouver, deux mois après la cautérisation, la moindre trace cicatricielle sur une surface aussi grande et aussi impressionnable aux moindres désordres. Cinq mois après, je dus recommencer sur le côté opposé de la face, dans des conditions presque semblables ; même résultat sous le rapport de la conservation intacte des formes ; et cependant la vieille femme n'a pas été épargnée par les rides des années.

Je soumets ces remarques au savant aréopage qui entendra la lecture de cette note, persuadé que leur sujet, développé par des hommes plus habiles et plus autorisés, pourra servir à jeter plus tard quelque lumière sur une maladie partout décrite, mais nulle part expliquée.

M. COSTE (de Marseille), membre correspondant, lit un mémoire sur les désarticulations des membres. (Nous donnerons ce mémoire dans le prochain numéro.)

M. LEGOUEST ne partage pas les idées de M. Coste sur le mode opératoire. Quand on désarticule la cuisse en faisant un lambeau antérieur et un lambeau postérieur, ce dernier est difficile à maintenir. Il préfère l'opération qu'il attribue à M. Baudens, et qui consiste à ne tailler qu'un lambeau antérieur. M. Legouest ne pense pas que le succès obtenu par M. Coste soit bien concluant, car l'amputation dont il est question est de celles qu'on appelle secondaires. Or, d'après une statistique faite par M. Legouest, et qui porte sur 44 opérés, sur trente cas de désarticulation primitive de la cuisse, il n'y a pas un succès ; tandis qu'il y a deux guérisons sur onze cas d'amputation secondaire, et un sur trois cas où l'amputation a, dit-il, été pratiquée *ultérieurement*.

M. VERNEUIL pense que le mémoire de M. Coste offre une excellente occasion de discuter les avantages et les inconvénients des lambeaux taillés de dehors en dedans. Pour lui, depuis longtemps déjà, il a appris à ses élèves à préférer ces lambeaux à ceux qu'on taille de dedans en dehors. Bien que cette méthode soit moins brillante que celle de la section par transfixion, il n'hésite pas à se prononcer en sa faveur. Il tient surtout à ce qu'on taille les lambeaux de dehors en dedans pour les amputations dans la continuité des membres ; il rappelle encore la supériorité de cette méthode pour l'amputation en raquette de l'épaule.

En finissant, M. Verneuil exprime le désir que la question des pansements tardifs soulevée par le mémoire de M. Coste soit mise à l'ordre du jour.

M. VOILLEMIER répond qu'il n'ira pas consulter ses collègues, parce qu'il n'obtiendrait que des opinions approximatives et des ouï-dire. Quant à lui, il a son opinion faite ; mais, dans une question scientifique, il croit pouvoir être exigeant et demander, avant de réformer son opinion, des observations nombreuses bien prises et des statistiques bien faites.

Rejetant, pour la désarticulation de la cuisse, le procédé à deux lambeaux, M. Voillemier, pour les raisons qui se trouvent dans tous les livres classiques, adopte le procédé dans lequel on ne taille qu'un lambeau antérieur, et qui appartient à Larrey et à Delpech, bien que dans la discussion on l'ait attribué à M. Baudens.

Pour résoudre la question des pansements rares, aussi bien que celle des amputations primitives et secondaires, il faudrait des statistiques qui portassent sur un très-grand nombre de faits. Jusque-là, il sera difficile de se prononcer.

M. LARREY revendique pour son père le principe de tailler les lambeaux de dehors en dedans pour la désarticulation de l'épaule. Il regrette que M. Coste ait donné comme une méthode nouvelle l'habitude qu'il a de faire des pansements rares. Larrey père ne levait le premier appareil qu'au bout de six ou huit jours. M. Chassaignac a lui-même beaucoup insisté sur les avantages des pansements par occlusion, dans lesquels les pièces du pansement ne sont renouvelées qu'après un intervalle de temps qui varie de quatre à huit et dix jours. M. Larrey reconnaît, en finissant, que l'amputation de la cuisse à un seul lambeau appartient à Delpech.

M. RICHARD est fixé sur la question des amputations primitives et secondaires. Si M. Voillemier ne l'est pas, dit-il, il peut consulter les chirurgiens ses confrères, et il ne tardera pas à donner, comme M. Richard, la préférence aux amputations secondaires. M. Richard se prononce pour la section de dehors en dedans, excepté pour les amputations du pied et de la main, pour lesquelles il trouve la précaution inutile.

M. LEGOUEST, rejetant la question des procédés comme étant d'une médiocre importance, répond à M. Voillemier qu'en ce qui concerne la désarticulation de la cuisse, il a recueilli 44 faits qui lui paraissent constituer un commencement de statistique dont on peut tenir compte. Pour lui, avec M. Sédillot, il repousse l'amputation immédiate de la cuisse.

M. VOILLEMIER fait remarquer qu'il a parlé des amputations d'une manière générale, tandis que M. Legouest ne parle que d'un cas particulier. Il ne veut pas de la statistique que lui propose M. Richard, il ne consultera pas ses confrères ; l'opinion de quelques-uns n'aurait pas toute la valeur qu'on peut croire, il aime mieux se faire une conviction d'après ce qu'il a vu, et il est sûr d'avoir sauvé par l'amputation immédiate des malades affectés de fractures graves, qui auraient infailliblement succombé s'il avait pris tout autre parti.

M. HERVEZ est d'avis que les tendons doivent être coupés de dedans en dehors.

M. LARREY est porté à donner la préférence à l'amputation immédiate pour les lésions traumatiques graves ; mais il fait une exception pour la désarticulation de la cuisse.

M. RICHARD ne se contente pas de se prononcer pour l'amputation secondaire ; il soutient que si on faisait le relevé des amputations pratiquées dans les hôpitaux, on trouverait qu'il y a dix succès à la suite des amputations secondaires, pour un après les amputations primitives.

M. ALPH. GUÉRIN ne veut pas laisser clore la discussion sans dire quelques mots sur le mode opératoire, qui lui paraît avoir une importance qui ne sera niée par aucun des chirurgiens qui ont longtemps enseigné la chirurgie opératoire. La section des lambeaux faite par transfixion n'est point rejetée par lui d'une manière générale. Il l'adopte pour les lambeaux de la continuité des membres et aussi pour le lambeau antérieur de la désarticulation de la cuisse ; mais pour la main, et surtout pour le pied, il n'hésite pas à donner la préférence à la section du lambeau faite de dehors en dedans. Il ne nie pas qu'avec de l'habitude on ne parvienne à faire un lambeau convenable pour les amputations de Chopart et de Lisfranc, en coupant de dedans en dehors ; mais on est moins sûr du résultat qu'en opérant autrement. En taillant le lambeau plantaire du pied, comme le faisait Lisfranc, la force que l'on emploie pour tendre les parties molles doit être proportionnée à la résistance qu'elles opposent au couteau qui les coupe. Si elles avaient toujours la même tension, la section serait certes bien facile ; mais la difficulté résulte justement de ce que les parties molles de la plante du pied se laissent distendre à mesure que leur largeur diminue sous l'instrument qui taille le lambeau.

M. Alph. Guérin ne pense pas qu'il faille tailler complétement le lambeau de dehors en dedans ; il veut seulement, à cause des échancrures si fréquentes dans les amputations du pied, que le lambeau soit tracé de dehors en dedans par une incision profonde pour les limites de laquelle il a précisé les points de repère, et qu'on le sépare ensuite des os, comme dans le procédé de Lisfranc. Ce mode opératoire est tellement sûr, que les élèves, après avoir fait cette opération cinq ou six fois, taillent le lambeau plantaire avec une perfection que la plus grande dextérité obtient à peine par un autre procédé.

M. CHASSAIGNAC exprime le regret que le nom de M. Heifelder n'ait pas été prononcé dans cette discussion, car personne n'a obtenu plus de succès que ce chirurgien dans les désarticulations de la cuisse, ce qui semble tenir à ce qu'il a opéré pour des maladies chroniques de l'articulation coxo-fémorale.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, ALPH. GUÉRIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 18 décembre, M. Bertherand, médecin en chef de l'hôpital militaire du Dey, est nommé directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger.

— Le *Moniteur* publie un décret par lequel sont autorisés à accepter et à porter les décorations qui leur ont été conférées par des souverains étrangers, les médecins dont les noms suivent :

Ordre de Saint-Stanislas (Russie). 2ᵉ *classe:* M. Le Louis, médecin-major de 1ʳᵉ classe.

Ordre du Medjidié (Turquie). 4ᵉ *classe:* MM. Ganderax, médecin-major de 1ʳᵉ classe, et Raoult Deslongchamps, médecin aide-major de 1ʳᵉ classe.

5ᵉ *classe:* MM. Edme, médecin-major au 74ᵉ de ligne, et Richepin, médecin-major au 17ᵉ bataillon de chasseurs à pied.

— Le corps médical vient d'être frappé dans un de ses membres les plus éminents. M. le docteur Baudens, inspecteur du service de santé de l'armée, ancien professeur au Val-de-Grâce, a succombé dimanche soir 27 à la grave maladie qu'il avait contractée dans la mission qu'il a si honorablement remplie en Crimée.

Le temps et l'espace nous manquent aujourd'hui pour apprécier les travaux et les services rendus à la chirurgie par ce digne et savant confrère.

— La distribution des prix de l'internat et de l'externat des hôpitaux de Paris a eu lieu, comme nous l'avions annoncé samedi dernier, 26 décembre. La séance a été ouverte par un discours de M. Hervieux. M. Broca a pris ensuite la parole ; son discours, vivement applaudi, a produit une grande sensation. Après des allocutions de M. le docteur Oulmont et de M. Davennes, directeur général de l'assistance publique, on a procédé à la distribution des prix.

Internes de 3ᵉ et 4ᵉ année. — Médaille d'or : (Interne de 4ᵉ année) M. Millard. — *Médaille d'argent :* (Interne de 4ᵉ année) M. Guyon.

Interne de 1ʳᵉ et de 2ᵉ année. — Médaille d'argent : (Interne de 2ᵉ année) M. Heurtaux.

Externes. — MM. Durante et Pierreson.

— On annonce que, sur la désignation de M. le ministre des affaires étrangères, M. le docteur Tholozan, agrégé au Val-de-Grâce, a été nommé pour remplir la place de premier médecin du shah de Perse, en remplacement de M. Ernest Cloquet, décédé.

— Le projet d'association générale des médecins de France n'a pas l'approbation de la *Gazette médicale de Strasbourg*. Voici ce qu'on lit à ce sujet dans son dernier numéro :

« Le projet d'association générale, patronné par les médecins de la Gironde, n'a jusqu'à présent trouvé qu'un petit nombre d'adhérents dans notre département. Les médecins du Bas-Rhin paraissent avoir peu de foi dans l'utilité et dans la possibilité de cette association. Nous sommes de leur avis.

» L'association générale ne peut avoir qu'un but de bienfaisance. Si elle devait s'occuper d'intérêts professionnels, de police médicale, il est certain que le gouvernement ne l'autoriserait point. C'est donc une caisse de secours qu'on veut former et centraliser à Paris. Mais ce n'est pas le comité de Paris qui connaîtra les besoins de la province ; il sera obligé de s'en rapporter à des comités départementaux. Ceux-ci chercheront nécessairement à faire valoir les infortunes de leur localité. Chacun tirera à soi autant que possible. Il ne nous paraît dès lors pas probable que les secours seront plus considérables que ceux accordés par notre association départementale.

» Aujourd'hui, chaque confrère du département paye volontiers sa cotisation, parce qu'elle est peu considérable et qu'il sait quel en est l'emploi. Il connaît les membres du comité, il concourt à leur nomination. Il sait que le fonds est géré avec soin, que les secours pourront augmenter d'importance à mesure que le capital s'accroîtra par les donations, les legs et la bonne gestion. Il ne voit donc pas l'utilité de changer l'état actuel des choses et de demander que notre association soit fondue dans celle des médecins de la Seine.

» D'ailleurs, la question vient de changer de face ; l'association de la Seine n'est pas favorable à la fusion générale. Il faudrait donc créer en dehors d'elle une nouvelle association générale. Pour notre part, nous croyons que chaque département forme un centre assez important pour permettre aux médecins de constituer une Société de prévoyance, et que cette organisation est bien préférable à la grande centralisation proposée par les médecins de Bordeaux. V. S. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Des qualités et des devoirs des médecins. Brochure in-8° de 22 pages. Par M. le docteur H. FRÉMINEAU fils, ancien interne des hôpitaux de Paris; 1857. Chez l'auteur, rue Saint-Louis, 25, au Marais, Paris.

Mémoire sur une variété de tumeur sanguine ou Grenouillette sanguine, par M. le docteur DOLBEAU. Brochure in-8° de 30 pages. Paris, Ad. Delahaye. Prix, 1 fr.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 153. — JEUDI 31 DÉCEMBRE 1857. (30e ANNÉE.) N° 153. — JEUDI 31 DÉCEMBRE 1857.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HOSPICE DES ENFANTS (M. Guersant). Calcul vésical chez un enfant; difficulté du diagnostic; lithotritie; guérison. — HÔPITAL DE DIEUZE (M. Ancelon). Amygdalite; émission de la voix douloureuse, impossible pendant deux ans; ablation des organes phlogosés; guérison. — Note sur deux désarticulations de l'épaule et une de la hanche; deux guérisons. — De l'emploi des vésicatoires sur le col de l'utérus dans le traitement des affections de cet organe. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 29 décembre. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Notions générales sur le service des postes.

PARIS, LE 30 DÉCEMBRE 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a complété dans cette séance le renouvellement de son personnel fonctionnant pour l'année 1858, par la nomination des membres des commissions permanentes. Pendant que l'on procédait au scrutin, plusieurs lectures ont eu lieu. On a entendu successivement un travail de M. le docteur Santero-Mirone, sur la phthisie syphilitique; une note de M. Coulier, professeur agrégé au Val-de-Grâce, sur un caractère microscopique propre à faire reconnaître les taches de sang, et à les distinguer des taches avec lesquelles elles peuvent être confondues dans les expertises médico-légales; et un rapport de M. Roche sur un mémoire de M. Deleau jeune, relatif à la paralysie du nerf facial. Enfin, M. Gaultier de Claubry a donné lecture des nouvelles conclusions de son rapport sur le sirop iodo-tannique. Ces conclusions consistent à dire qu'il n'y a pas lieu d'accorder à cette préparation l'approbation de l'Académie. — Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT.

Calcul vésical chez un enfant. — Difficulté du diagnostic. — Lithotritie. — Guérison.

Les calculs que l'on rencontre dans la vessie peuvent se former dans la cavité de cet organe, descendre des reins, à travers les uretères, ou avoir pour noyau un corps étranger venu du dehors, et autour duquel se cristallisent les sels contenus dans les urines.

Ils sont libres ou engagés derrière des brides ou des cloisons de la muqueuse. Dans ces cas, ils sont dits : *Calculs enchatonnés* ou *enkystés*.

Leur nombre est variable. Souvent il n'y en a qu'un seul; mais fréquemment ils sont multiples, fort nombreux même, et M. Guersant a vu en extraire plus de cent chez un malade opéré à l'Hôtel-Dieu. Ils peuvent descendre des reins, avons-nous dit; nous en citerons un cas fort remarquable, observé dans le service de M. Guersant.

Il s'agit d'un enfant qui fut taillé d'abord par lui, et un peu plus tard par M. A. Richard, chargé du service par intérim. Les deux fois, on fit l'extraction d'une pierre, et le malade guérit. En quittant l'hôpital, il fut admis aux Enfants-Trouvés, où il mourut quelques mois plus tard dans le marasme le plus complet. A l'autopsie, M. Giraldès trouva un des reins désorganisés et rempli de calculs très-nombreux. Cette circonstance explique, dit M. Guersant, la présence des deux calculs dans la vessie à un intervalle assez rapproché. La pierre trouvée dans la vessie lors de la seconde opération, n'y avait pas été laissée au moment de la première, mais y était venue peu de temps après, fournie par la *carrière* que formait le rein désorganisé.

La présence d'un calcul dans l'intérieur de la vessie s'annonce ordinairement par deux ordres de symptômes :

1° Les signes rationnels ou physiologiques :

2° Les signes sensibles ou physiques.

Dans les premiers temps, il y a douleur à l'hypogastre, au périnée, à l'anus, dans la région lombaire; envies fréquentes d'uriner sans possibilité de le faire; jet d'urine saccadé, le corps étranger venant s'appliquer par moments sur l'orifice vésical; prurit vers le gland, ce qui dispose les enfants à la masturbation ou à tirailler leur verge. A la fin de l'émission des urines, la douleur devient plus violente, surtout au col, et le malade éprouve une sensation de pesanteur du côté du rectum, dont la chute est fréquente, ainsi que le ténesme, surtout chez les enfants. L'exercice augmente les souffrances, et l'on rencontre quelquefois de l'hématurie. Plus tard, les urines deviennent purulentes, sanguinolentes, et parfois très-fétides. On observe des rétentions, des incontinences. La constitution générale s'altère enfin, et on voit survenir un trouble général des fonctions, un état permanent de fièvre avec redoublement le soir; perte d'appétit; affaissement général. Nous ne parlerons pas des complications qui se montrent du côté des autres organes, et en particulier des reins, qui peuvent être ramollis et déchirés, comme on l'observa chez Désaugiers, dont les reins étaient tellement dégénérés que l'un d'eux s'était rompu et qu'un épanchement de sang s'était fait dans la cavité abdominale.

L'absence ou la présence de ces signes ne saurait être toujours cependant un motif suffisant d'admettre ou de rejeter l'idée d'un calcul dans la vessie. On a cité des faits dans lesquels on a rencontré la pierre malgré l'absence de tous ces signes, et d'autres cas où la vessie était vide de tout calcul, malgré la constatation de tous ces phénomènes physiologiques. On sait, entre autres, que Morand reconnut la présence d'un calcul sur un prêtre qui ne pouvait croire être atteint de cette affection. L'autopsie confirma l'assertion du chirurgien.

A la mort du célèbre d'Alembert, on trouva dans sa vessie un calcul dont rien, pendant la vie, n'avait fait supposer l'existence.

D'autres fois, au contraire, on rencontre les signes physiologiques de l'affection calculeuse, et cependant il n'y a pas de calcul. Le gonflement de la prostate, surtout le catarrhe vésical et les affections nerveuses ou rhumatismales de la vessie, peuvent en imposer, à tel point que des praticiens justement célèbres ont même pratiqué la lithotomie.

Mais quand un malade a rendu des calculs avec ou sans facettes; quand le doigt, porté dans le rectum, sent au bas-fond de la vessie un corps lourd et mobile; quand, à l'aide d'une sonde métallique introduite dans la vessie, on a la sensation d'un choc sur un corps étranger, choc qui produit souvent un bruit facile à entendre, dans ces cas on peut diagnostiquer, à peu près sûrement, la présence d'une pierre. Cependant il arrive que dans quelques cas ces recherches sont laborieuses. Il faut alors promener avec douceur le bec de la sonde sur toute la surface de la vessie, vider ou remplir cet organe, varier la position du malade, revenir plusieurs fois au cathétérisme, et, malgré cela, il arrivera, comme le faisait remarquer Bichat, qu'un homme très-habile ne trouvera pas une pierre qu'un autre, moins exercé, découvrira après lui et avec facilité.

La raison de ces difficultés, c'est que le calcul est parfois caché dans quelque repli de la muqueuse, ou est tellement revêtu de mucosités que le bec de la sonde ne produit pas la sensation qui doit résulter du choc d'un corps dur. La connaissance de ces difficultés et de plusieurs exemples consignés dans la science avertissent donc le praticien de se tenir dans une prudente réserve.

Desault rapporte l'observation d'un jeune homme dont la vessie cartilagineuse donnait par le cathétérisme la sensation d'un corps étranger. Il le tailla, et ne trouva pas de pierre. Le sujet mourut dans les vingt-quatre heures. M. Jules Cloquet a signalé sur le cadavre d'une femme le fait curieux d'une tumeur osseuse développée derrière le pubis, et qui donnait à la sonde la sensation d'un calcul. M. Guersant racontait, à propos du calculeux du n° 11, un cas qu'il observa dans le service de Dupuytren, et dont il a fait mention dans sa thèse de 1828.

Voici le fait :

Un enfant fut admis à l'Hôtel-Dieu offrant tous les signes de la présence d'un calcul dans la vessie. Il fut sondé, et après quelques hésitations Dupuytren reconnut l'existence d'une pierre. Sanson et Breschet, invités à donner leur opinion, confirmèrent le diagnostic. L'enfant fut donc taillé, et on ne trouva pas de corps étranger..... Cependant il guérit de son opération, et sortit de l'hôpital.

Entré quelques mois plus tard à l'hôpital des Enfants, il y succomba par suite de tubercules pulmonaires et d'ulcérations intestinales. Il était curieux de connaître la lésion pathologique qui avait mis en défaut la sagacité de ces trois chirurgiens éminents. M. Guersant, qui n'avait pas perdu de vue le jeune patient, fut

---

M. le directeur général des postes nous envoie la communication suivante. Nous nous empressons de la porter à la connaissance de nos lecteurs, car elle est utile pour tous.

NOTIONS GÉNÉRALES SUR LE SERVICE DES POSTES.

TAXE DES LETTRES.

Le prix du port des lettres circulant dans l'intérieur de l'Empire est réglé par les tarifs ci-après.

1er TARIF. — TAXE DES LETTRES DES DIRECTIONS DE POSTE à direction de poste, y compris les directions situées en Corse et en Algérie.

Indication du poids.	Lettres affranchies. fr. c.	Lettres non affranchies. fr. c.
Au-dessous de 7 gr. 1/2 jusqu'à 7 gr. 1/2 inclusivement......	0 20	0 30
Au-dessus de 7 gr. 1/2 jusqu'à 15 gr. inclusivement........	0 40	0 60
Au-dessus de 15 gr. jusqu'à 100 gr. inclusivement......	0 80	1 20
Au-dessus de 100 gr. jusqu'à 200 gr. inclusivement.......	1 60	2 40
Au-dessus de 200 gr. jusqu'à 300 gr. inclusivement.......	2 40	3 60

Et ainsi de suite, en ajoutant, par chaque 100 grammes ou fraction de 100 grammes excédant, 80 centimes en cas d'affranchissement, et 1 fr. 20 centimes en cas de non-affranchissement.

2e TARIF. — TAXE DES LETTRES d'une direction de poste pour une distribution relevant de cette direction et réciproquement, et des lettres d'une commune pour une autre commune du même arrondissement postal.

Indication du poids.	Lettres affranchies et non affranchies. fr. c.
Jusqu'à 7 gr. 1/2 exclusiv...	0 10
De 7 gr. 1/2 à 15 exclusiv...	0 20
De 15 id.... à 30 id.......	0 30
De 30 id.... à 60 id.......	0 40
De 60 id.... à 90 id.......	0 50

Et ainsi de suite, en ajoutant 10 cent. par chaque 30 grammes ou fraction de 30 grammes excédant.

3e TARIF. — TAXE DES LETTRES D'UNE VILLE pour la même ville. (Paris excepté.)

Indication du poids.	Lettres affranchies et non affranchies. fr. c.
Jusqu'à 15 gr. exclusivement.	0 10
De 15 gr. à 30 id.........	0 20
De 30 id. à 60 id.........	0 30
De 60 id. à 90 id.........	0 40
De 90 id. à 120 id.........	0 50

Et ainsi de suite en ajoutant 10 cent. par chaque 30 grammes ou fraction de 30 gr. excédant.

4e TARIF. — TAXE DES LETTRES DE PARIS POUR PARIS et pour les 16 bureaux compris dans l'enceinte des fortifications (1), et réciproquement de ces 16 bureaux pour Paris et entre eux.

Indication du poids.	Lettres affranchies. fr. c.	Lettres non affranchies. fr. c.
Jusqu'à 15 gr. exclusivement...	0 10	0 15
De 15 gr. à 30 id............	0 20	0 25
De 30 id. à 60 id............	0 30	0 35
De 60 id. à 90 id............	0 40	0 45
De 90 id. à 120 id............	0 50	0 55

Et ainsi de suite, en ajoutant 10 centimes par chaque 30 grammes ou fraction de 30 grammes pour les lettres affranchies ou non affranchies.

(1) Ces bureaux sont : Auteuil, Batignolles, Belleville-lès-Paris, Bercy, la Chapelle-Saint-Denis, Charonne, Grenelle, Ivry-sur-Seine, la Maison-Blanche, Montmartre, Montrouge, Passy-lès-Paris, Saint-Mandé, les Ternes, Vaugirard et la Villette.

Les lettres de l'intérieur de l'Empire *pour les armées françaises* à l'étranger, et réciproquement, ne supportent que la taxe de direction à direction (1er tarif), lorsqu'elles sont transportées exclusivement par des services français. Les lettres des armées françaises à l'étranger pour l'intérieur de l'Empire doivent être déposées dans les bureaux de poste militaires français, à l'exclusion des bureaux de poste civils des pays où se trouvent les armées.

Les lettres pour les colonies françaises peuvent être expédiées affranchies ou non affranchies par les navires de commerce français partant des ports de France; la taxe est celle des lettres échangées entre les bureaux de poste de l'Empire, plus un droit fixe de 10 centimes pour voie de mer. Les lettres des ou pour les militaires et marins sont exemptes de ce droit.

Les lettres pour la Martinique, la Guadeloupe, la Guyane française, le Sénégal, Gorée et les îles Saint-Pierre et Miquelon, peuvent aussi être expédiées par la voie anglaise avec ou sans affranchissement; elles payent jusqu'à 7 grammes 1/2 inclusivement : les lettres affranchies, 50 centimes; celles non affranchies, 60 centimes. Les lettres pour les établissements français dans l'Inde peuvent être expédiées par la voie de Suez, avec ou sans affranchissement; elles payent : les lettres affranchies, 60 centimes; celles non affranchies 70 centimes.

Les lettres pour la Réunion, Mayotte et dépendances et Sainte-Marie de Madagascar, peuvent être expédiées, avec ou sans affranchissement, tant par la voie d'Angleterre que par la voie de Suez. Les lettres affranchies sont passibles d'une taxe de 50 centimes jusqu'à 7 gr. 1/2 inclusivement, et les lettres non affranchies d'une taxe de 60 centimes aussi jusqu'à 7 gr. 1/2. Sont dirigées par l'Angleterre les lettres qui portent sur l'adresse les mots : *Voie d'Angleterre*, et par Suez, celles qui portent sur l'adresse les mots : *Voie de Suez*.

La taxe et les conditions d'envoi *des lettres et des imprimés pour l'étranger* sont réglées par des décrets spéciaux. Tous les renseigne-

averti de sa mort, et assista à l'autopsie. La vessie était tapissée par une substance crétacée, et ses parois présentaient à l'œil l'aspect d'un mur sur lequel un maçon aurait lancé avec force une poignée de plâtre.

Un fait absolument identique se présentait quelque temps après dans la pratique civile.

Roux avait à traiter en ville un riche Anglais, dont la vessie lui offrait les signes de la présence d'un calcul. Vu l'importance de son malade, il voulut s'entourer de nouvelles lumières, et appela en consultation Dupuytren, dont en ce moment il était encore l'ami. Tous deux furent du même avis, et, en présence de son collègue, Roux tailla son malade. On ne trouva pas le plus petit calcul..... Mais l'Anglais mourut, et à l'autopsie sa vessie présenta tous les caractères de celle de l'enfant dont nous venons de tracer sommairement l'histoire.

Ces faits ne sont pas si rares qu'on pourrait le penser, et Roux, qui se plaisait en quelque sorte à raconter ses revers comme ses succès, disait à qui voulait l'entendre que cinq ou six fois il avait opéré des calculeux *qui ne l'étaient pas*, qui ne présentaient aucune pierre dans la vessie.

C'est pour éviter l'effet malheureux produit dans ces circonstances sur les malades et sur les parents, que Lisfranc donnait aux chirurgiens le singulier conseil d'avoir dans leur poche, au moment de l'opération, un calcul supplémentaire.

M. Guersant, dont l'expérience est assurément fort grande, et qui a fait au moins 100 tailles et 50 lithotrities, a rencontré dans sa carrière chirurgicale deux cas qui ont fait naître de l'incertitude dans son esprit touchant la présence du calcul. Dans le premier, il appela quelques confrères qui crurent comme lui à la sensation d'une pierre. Il opéra, et fit en effet l'extraction d'un calcul.

Le second cas est celui que nous avons sous les yeux et qui est l'occasion de cette communication :

A la salle Saint-Côme, n° 11, est couché un garçon de neuf ans, entré à l'hôpital le 2 novembre. Né de parents sains et robustes, il ne compte parmi ses ascendants aucun calculeux, et c'est là, dit M. Guersant, le cas le plus général. Le contraire est l'exception. Il croit qu'on a beaucoup exagéré l'influence de l'hérédité, qui, suivant lui, est une erreur.

A son entrée à l'hôpital, le malade souffre à l'hypogastre et à l'anus ; il existe vers le gland un prurit qui l'excite à tirailler la verge ; à la fin de l'émission de l'urine, les douleurs sont plus violentes et il y a défécation involontaire, à moins que le gros intestin ne soit vide, cas dans lequel il y a ténesme avec chute du rectum ; enfin, on observe une incontinence d'urine ; les vêtements et le lit du malade sont constamment mouillés. Quand il se promène dans la salle, on peut, pour ainsi dire, le suivre à la trace. Cette incontinence ne permettant pas une accumulation suffisante de l'urine dans son réservoir, il en résulte que l'émission du liquide ne se fait pas en jet continu et prolongé, d'où il est impossible de constater si dans la miction l'urine sort par saccades. Voulant vérifier ce symptôme, M. Guersant a excité la bonne volonté de l'enfant. Il lui donnait une pièce de monnaie toutes les fois qu'il urinait au moment de la visite ; mais tout a été inutile. Au reste, l'urine est limpide ; l'analyse chimique n'y découvre que les caractères ordinaires, et le malade n'a jamais rendu ni calcul ni gravier.

Le doigt porté dans le rectum ne sent rien dans le bas-fond de la vessie. La sonde ne donne dans une première exploration aucune sensation capable de fixer un diagnostic quelconque. A cinq reprises le cathétérisme est pratiqué sans plus de succès, et cela malgré l'habileté de l'opérateur et toute l'attention qu'il mit pour examiner toutes les parties de la vessie, tantôt vide, tantôt pleine, et en variant la position du malade.

C'est à l'occasion de cette dernière tentative faite à l'amphithéâtre, sous les yeux des nombreux élèves qui suivent ses leçons, que M. Guersant entretint son auditoire des difficultés du diagnostic, et présenta les considérations précédentes.

Enfin, le 19 novembre, renouvelant ses explorations, il sentit un corps étranger, et l'instrument accusa un écartement de 18 millimètres. Sans désemparer, il pratiqua la lithotritie, brisa la pierre et écrasa plusieurs fragments.

Huit jours après, le 26 novembre, il fit une nouvelle séance de lithotritie et broya de nouvelles parcelles. Dans l'intervalle, le malade rendit un assez grand nombre de fragments et de poussière de calculs. La seconde opération fut suivie des mêmes résultats que la première, et de volumineux graviers furent encore rendus.

Le 3 décembre, on ne trouve rien dans la vessie ; cependant, malgré une amélioration sensible, il y a encore de la douleur en urinant et du ténesme. Aussi, le 10, une nouvelle séance eut-elle lieu ; l'instrument ramena quelques petits graviers. Depuis ce jour, le malade va bien ; il ne souffre plus en urinant, et tout porte à croire qu'il est entièrement débarrassé de son calcul.

Comme on le voit, les manœuvres ont été souvent renouvelées ; mais, grâce au chloroforme, cet enfant n'en a pas été trop fatigué : chaque examen ou opération, il est vrai, n'a pas duré plus de cinq à six minutes, et à leur suite il était toujours plongé dans des bains prolongés.

Le calcul est composé de phosphate ammoniaco-magnésien.

D[r] A. Nicolas.

HOPITAL DE DIEUZE (Meurthe). — M. Ancelon.

Amygdalite; émission de la voix douloureuse, impossible pendant deux ans; ablation des organes phlogosés; guérison.

Dire que les lésions des tubes laryngo-bronchiques, des organes thoraciques et des viscères abdominaux ne doivent pas être considérées comme les seules causes des altérations de la voix et d'une aphonie plus ou moins complète, c'est énoncer un fait connu, une vérité banale et généralement admise.

Cependant il peut être utile parfois, au point de vue de l'art et sur le terrain de la pratique, de revenir sur cette question, que personne ne conteste. En descendant dans le domaine des faits, on trouve que la clinique a des lumières pour toutes les obscurités.

La multiplicité des organes qui, à partir du larynx jusqu'à la voûte palatine, aux dents et aux lèvres, concourent à la formation, à l'ampliation, aux modulations de la voix, explique dans certains cas les ambiguïtés étiologiques de l'aphonie et les apparentes contradictions qui ressortent d'un grand nombre de faits recueillis par les auteurs.

A ne s'en rapporter qu'aux publications connues, l'aphonie *supra-laryngienne* aurait peu occupé les nosographes ; il faut même arriver jusqu'en 1833 pour trouver quelques données un peu sérieuses sur ce sujet.

« Il résulte d'observations publiées par Bennati, dans ses *Etudes physiologiques et pathologiques sur les organes de la voix humaine*, que fréquemment la voix peut être altérée et même abolie par suite d'une légère phlogose siégeant à la membrane muqueuse gutturo-palatine. »

Le fait suivant vient à l'appui des observations de Bennati, et montre une fois de plus en passant combien il faut apporter de soin dans l'examen des malades.

Joséphine Jacquemin (de Sornéville), âgée de vingt-deux ans, de constitution assez robuste, d'un tempérament sanguin-lymphatique, est entrée à l'hôpital de Dieuze, le 5 octobre 1857, pour *un mal de gorge* qui remontait à environ quatre années.

Elle raconte (par écrit, car elle ne peut plus parler) que, le 30 janvier 1853, elle fut prise d'une amygdalite aiguë, soignée d'abord par des applications de sangsues, de cataplasmes émollients, de vésicatoires autour du cou, puis par des gargarismes alumineux, de la tisane de quassia-amara, des cigarettes chargées d'arsenic, de camphre et de benjoin.

Ce premier traitement étant resté sans succès, un autre médecin fut appelé, qui conseilla les eaux Bonnes. Mais à l'extinction de voix, qui progressait, s'adjoignit ce que la malade appelle des maux de nerfs.

Vint alors un troisième médecin qui durant l'espace de trois années eut recours successivement aux bains de vapeur, à l'usage interne de la morphine, du chloroforme, de l'huile de foie de morue, de l'iodure de potassium ; aux cautérisations de l'isthme du gosier pendant un an par l'azotate d'argent. C'est alors que l'émission de la voix, de plus en plus douloureuse, devint complétement impossible.

Autre médecin, autre thérapeutique, autre échec.

Durant un séjour de huit jours à l'hôpital Saint-Charles de Nancy, la malade consulta tous les chefs de service, qui, la considérant comme perdue, ne jugèrent pas à propos de lui faire de prescriptions.

C'est alors que, en désespoir de cause, elle se présente à nous dans l'état suivant :

Rien dans l'habitude extérieure de la patiente ne trahit l'affection dont elle est atteinte, si ce n'est très-peu de bouffissure de la face, avec alternative de pâleur et de rougeur, une sorte d'impatience nerveuse et une saillie légère dans un point du sillon sous-maxillaire, qui correspond à la région des amygdales.

L'arrière-bouche, le voile et les piliers du palais sont d'un rouge-amarante ; la luette et les amygdales, énormément gonflées, ont revêtu, — celle-là un peu plus, celles-ci un peu moins, — la même teinte : les dernières, accolées l'une à l'autre, se touchent par une large surface ulcérée et granuleuse. Les muscles du gosier entrent très-difficilement en action ; une souffrance vive accompagne les mouvements de la déglutition, ceux de la voix, et s'oppose complétement à l'articulation des mots. Bien qu'il se développe de la sensibilité dans la pression latérale, dans les mouvements d'élévation et d'abaissement du larynx, il y a absence complète de toux.

La patiente, ayant été mise en observation pendant vingt-quatre heures, nous nous sommes assuré par la percussion et l'auscultation que la poitrine était en bon état et qu'il n'existait point de réaction fébrile.

Il semblait, à l'inspection des parties, qu'il n'y eût qu'un seul parti à prendre : l'ablation des amygdales ; c'est aussi celui auquel nous nous sommes arrêté, bien convaincu de l'impuissance de la thérapeutique médicale dans la circonstance présente.

Ainsi, dès le matin du 7 octobre, l'amygdale droite, la plus volumineuse à la fois et la plus érodée, saisie entre les serres d'une pince à double érigne, fut enlevée en totalité d'un coup de bistouri. Cette rapide opération ayant été suivie de violents efforts pour vomir, nous dûmes renvoyer l'ablation de la seconde amygdale à un autre jour.

L'écoulement du sang par la surface de la plaie récemment faite fut d'abord insignifiant, et sembla avoir cessé entièrement vers la fin de la première demi-heure qui suivit l'opération. Mais une heure environ après notre départ, une inquiétante hémorrhagie se déclara, qui força notre adjoint, M. le docteur Moye, à recourir aux réfrigérants sur le cou, aux gargarismes d'eau de Pagliari, aux sinapismes promenés sur les extrémités inférieures.

Dès le lendemain de cet orage, qui se borna pendant quelques heures aux accidents communs à la suite d'hémorrhagies un peu fortes, tous les tissus de l'arrière-bouche et de l'isthme du gosier montrèrent une tendance à reprendre l'aspect normal quant au volume et à la couleur.

Du 8 au 15, la patiente, après quelques tentatives d'abord infructueuses, prononçait, à voix très-basse, il est vrai, mais avec infiniment moins de douleur et de difficulté, quelques monosyllabes.

Le 16, dans la matinée, l'amygdale gauche, qui avait conservé sa densité et ses dimensions exagérées, fut retranchée par le procédé appliqué à la première, et sans perte de sang aucune.

Enfin, Joséphine Jacquemin a quitté l'hôpital de Dieuze le 24 octobre, après avoir employé huit jours à refaire l'éducation de sa voix. Elle parle, aujourd'hui que toute trace de sensibilité larygienne a disparu, comme si jamais elle n'avait été condamnée à son douloureux mutisme.

---

ments utiles à ce sujet sont fournis au public dans les bureaux de poste ; ils se trouvent aussi dans l'*Annuaire des postes*.

Timbres-poste. De leur valeur. De leur emploi.

Les timbres-poste sont de cinq couleurs différentes : couleur verte, valeur 5 centimes ; couleur bistre, valeur 10 centimes ; couleur bleue, valeur 20 centimes ; couleur orange, valeur 40 centimes ; couleur rouge, valeur 80 centimes. Ils sont vendus dans les bureaux de poste, dans les débits de tabac et par les facteurs et les boîtiers des postes.

Les particuliers doivent coller eux-mêmes les timbres-poste sur les lettres.

Toute lettre pour l'intérieur revêtue d'un timbre-poste insuffisant est considérée comme non affranchie et taxée comme telle, sauf déduction du prix du timbre. Ainsi, par exemple, lorsqu'une lettre pesant plus de 7 grammes 1/2 est affranchie avec un timbre bleu, valeur 20 centimes, elle est considérée comme non affranchie ; elle doit 60 centimes : en déduisant 20 centimes que représente le timbre bleu, il reste à payer 40 centimes.

Les lettres pour l'étranger sont affranchies soit au moyen de timbres-poste jetées à la boîte, soit en numéraire aux guichets des bureaux et laissées entre les mains des agents des postes. Revêtues de timbres insuffisants, elles sont considérées comme non affranchies, et ne peuvent recevoir cours si elles sont à destination de pays pour lesquels l'affranchissement est obligatoire.

Le poids des timbres-poste est compris dans le poids des lettres sur lesquelles ils sont apposés.

L'emploi fait sciemment d'un timbre-poste ayant déjà servi est puni d'une amende de 50 francs à 1,000 francs. (Loi du 16 octobre 1849.)

Articles d'argent.

La poste se charge, moyennant un droit de 2 p. 0/0, du transport des sommes d'argent déposées à découvert dans ses bureaux. En échange, il est remis aux déposants des mandats qui peuvent être payés aux ayants droit dans tous les bureaux de l'Empire et de l'Algérie. Les envois d'argent sont encore reçus pour les armées françaises en pays étrangers, pour les militaires et marins employés dans les colonies françaises ou sur les bâtiments de l'Etat, et pour les transportés à Cayenne. Le minimum des dépôts est fixé à 50 centimes. Au-dessus de 10 francs, les mandats supportent, en outre, un droit de timbre de 35 centimes.

Les valeurs cotées sont des objets précieux de petite dimension qui payent 2 p. 0/0 de la valeur estimée. L'estimation ne peut être inférieure à 30 francs ni supérieure à 1,000 francs. Elles sont renfermées, en présence des directeurs, dans des boîtes ou étuis ayant au plus 10 centimètres de longueur, 8 centimètres de largeur et 5 centimètres d'épaisseur. Les objets réunis à la boîte ne doivent pas dépasser le poids de 300 grammes.

Contraventions aux lois sur la poste.

La loi interdit le transport, par toute voie étrangère au service des postes, des lettres cachetées ou non cachetées circulant à découvert ou renfermées dans des sacs, boîtes, paquets ou colis ; elle interdit également le transport, par toute autre voie que celle de ce même service, des journaux, ouvrages périodiques, circulaires, prospectus, catalogues et avis divers, imprimés, gravés, lithographiés ou autographiés ; elle interdit enfin de renfermer dans les imprimés, échantillons, papiers de commerce ou d'affaires, affranchis à prix réduit, aucune lettre ou note pouvant tenir lieu de correspondance. Toute contravention est punie d'une amende de 150 à 300 francs, et en cas de récidive, d'une amende de 300 à 3,000 francs. (Arrêté du 27 prairial an IX et lois des 22 juin 1854 et 25 juin 1856.)

Par exception aux dispositions qui précèdent, les ouvrages périodiques formant un paquet dont le poids dépasse un kilogramme, ou faisant partie d'un paquet de librairie qui dépasse le même poids, peuvent être expédiés par une autre voie que celle de la poste.

De la suscription des lettres.

Le public ne saurait apporter trop de soin à la rédaction de l'adresse des lettres qu'il confie à la poste, afin d'éviter les fausses directions. Les noms doivent être écrits très-lisiblement, et surtout le nom du bureau de poste ou de distribution qui dessert le lieu de destination. Lorsque le lieu de destination a une dénomination commune, soit en France, soit à l'étranger, on doit indiquer le nom du pays étranger ou du département français ; par exemple : *Valence* (*Espagne*), *Valence* (*Drôme*), *Grenade* (*Espagne*), *Grenade-sur-Garonne* (*Haute-Garonne*). Lorsque dans le même département deux bureaux portent le même nom, il est essentiel de les désigner par les indications complémentaires ajoutées à leur nom principal pour les distinguer les uns des autres. Il est fort important aussi, pour les grandes villes, d'indiquer la rue et le numéro de la demeure du destinataire.

Le timbre d'affranchissement doit être placé sur l'angle droit supérieur de la lettre.

Modèle de la suscription d'une lettre.

Monsieur Grandchamp,
négociant, à Mavilly,
(Côte d'Or) par Beaune.

Lettres chargées et chargements de valeurs cotées.

Les lettres auxquelles le public attache une importance particulière peuvent être chargées. Ces lettres doivent toujours être présentées au bureau de poste et affranchies. L'administration en donne reçu aux déposants et ne les livre que sur reçu aux destinataires. Elles payent, outre la taxe ordinaire, une surtaxe fixe de 20 centimes.

Les lettres chargées doivent être placées sous enveloppe et cachetées au moins de deux cachets en cire fine de même couleur, et portant

NOTE SUR DEUX DÉSARTICULATIONS DE L'ÉPAULE
et une de la hanche. — Deux guérisons.

Par M. COSTE, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine et de pharmacie de Marseille.

(Lue à la Société de chirurgie dans la séance du 16 décembre 1857).

Ayant eu occasion de pratiquer cette année dans mon service à l'Hôtel-Dieu de Marseille cinq désarticulations, deux de l'épaule, une de la hanche et deux du genou, j'ai pu mettre à exécution pour les trois premières les idées que depuis longtemps je professe sur le choix à faire dans les diverses méthodes qui constituent le manuel de ce genre d'opérations.

Déjà, en 1852, à propos d'une amputation du pied par la méthode de Chopart, j'avais consigné brièvement ces préceptes dans le numéro du 25 septembre de l'*Union médicale.* Permettez-moi aujourd'hui de les rappeler et de profiter de quelques faits importants pour vous exposer les motifs qui me les font préconiser.

Ces préceptes se résument en deux mots : 1° Dans toute désarticulation, quand la lésion laisse au chirurgien le choix de la méthode, tailler deux lambeaux plutôt qu'un seul, dussent-ils offrir des dimensions différentes. 2° Les tailler de dehors en dedans, pour les avoir suffisants et bien réguliers.

Les règles que je cherche à généraliser reposent sur les considérations les plus simples.

D'abord il est bien évident que, pour l'amputation dans une articulation entourée d'épaisses couches charnues, comme l'épaule ou la hanche, l'opération faite, on maniera mieux deux lambeaux qu'un seul, on les affrontera plus aisément, sans effort, sans tiraillement, parce qu'ils viendront à la rencontre l'un de l'autre, et l'adhésion immédiate aura beaucoup plus de chances de se produire.

Si au contraire vous faites un seul lambeau, vous êtes obligé pour qu'il rejoigne l'incision opposée de le tendre plus ou moins fortement et de lui faire subir une inflexion toujours compromettante pour sa vitalité. Survient-il du gonflement, ce lambeau s'écarte et la surface articulaire reste à découvert ; vous ne pouvez plus compter sur la réunion.

Voilà pour le premier précepte.

Maintenant, au point de vue de la régularité et de la bonne confection des lambeaux, je ne doute pas un instant qu'il ne soit préférable de les faire en allant de la peau vers les parties profondes.

En effet, dans une désarticulation, les moindres notions d'anatomie apprennent à ouvrir la jointure. La difficulté de l'opération n'est pas là ; elle est tout entière dans la manière plus ou moins heureuse de former les lambeaux. L'habileté du chirurgien consiste surtout à tailler des lambeaux qui ne soient ni trop longs ni trop courts, et dont les bords, régulièrement coupés, puissent se joindre exactement par tous les points de leur contour. S'il en est ainsi, et on ne saurait le méconnaître, il sera manifestement plus aisé d'atteindre le but en divisant les chairs d'avant en arrière, que par le procédé inverse ; de cette façon l'opérateur pourra en quelque sorte sculpter ses lambeaux.

Sans doute il faut encore en manœuvrant ainsi mesurer soigneusement du regard la ligne où devra passer le couteau ; mais incontestablement le coup d'œil pourra alors moins faire défaut au chirurgien que dans le cas où l'instrument, introduit par embrochement, est dirigé des profondeurs du membre vers la superficie. Ici on ne saurait nier que le chirurgien agit presque en aveugle ; aussi la main la plus exercée peut-elle se tromper.

Objectera-t-on que la formation des lambeaux de dehors en dedans rend l'opération plus longue, et partant moins brillante ? D'abord ce serait là, je crois, un bien faible inconvénient. Qu'importe que l'exécution d'une opération soit un peu moins rapide, si en définitive le résultat doit être meilleur ? Mais encore, après avoir bien pris ses mesures et pénétrant résolûment dans les chairs, le chirurgien qui opère selon ma préférence peut tout aussi promptement achever son œuvre que celui qui procède autrement.

Un dernier précepte, qui est le corollaire du second de ceux que je m'efforce de faire prévaloir, c'est que les lambeaux doivent toujours être taillés d'abord, et la désarticulation constituer le temps final de l'opération.

C'est d'après ces idées que j'ai pratiqué les trois opérations dont je vais avoir l'honneur d'entretenir la Société.

J'ai pu, comme vous en jugerez, me ménager ainsi des lambeaux toujours suffisants, d'une parfaite régularité, et dont la facile coaptation n'a pas dû être étrangère à la terminaison heureuse que j'ai obtenue dans les trois cas.

Je passe sous silence les deux amputations du genou, ces opérations ayant été faites par la méthode circulaire de M. Velpeau, et n'ayant conséquemment aucun rapport avec le principal objet de cette communication.

Toutefois, comme les avantages de l'amputation du genou sont aujourd'hui très-controversés, je signale seulement, et d'une manière toute incidente, que l'un de mes opérés a guéri ; l'autre est mort d'infection purulente.

La première désarticulation de l'épaule a été faite le 20 janvier 1857 pour une lésion traumatique, sur le nommé Costa, âgé de trente-cinq ans, journalier piémontais.

Cet homme, d'une constitution robuste, travaillait dans un puits des chantiers du chemin de fer de Toulon, lorsqu'un bloc de pierre, en tombant, lui fracassa l'épaule gauche. Un appareil lui fut appliqué par le médecin de la localité voisine, et ce ne fut que trois jours après qu'on l'apporta à l'Hôtel-Dieu. L'appareil enlevé, je constatai une fracture comminutive de l'humérus à la partie supérieure avec une vaste plaie de 10 centimètres de longueur, s'étendant obliquement de la région antérieure et supérieure du bras à la face interne ; cette plaie communiquait directement avec le foyer de la fracture. Il existait également une escbare de la largeur d'une pièce de 5 fr. vers le bord interne de la plaie. Tout le moignon de l'épaule était gonflé, et une rougeur érysipélateuse très-marquée gagnait même la partie antérieure et supérieure du thorax. Un cataplasme fut appliqué le soir.

Le lendemain, prenant en considération l'extrême gravité de la lésion, qui ne laissait aucun espoir de conserver le membre, je résolus de pratiquer l'amputation de l'épaule, et je l'exécutai de la manière suivante :

Les procédés classiques de Larrey et de Dupuytren étaient impossibles, la plaie occupant presque toute la partie antérieure et interne. Les chairs postérieures et externes seules étaient intactes ; c'est donc là que je devais tailler mon lambeau.

La compression étant faite avec le pouce d'un aide sur l'axillaire au niveau du tubercule de la première côte, je plongeai profondément jusqu'à l'os un grand bistouri à la hauteur de l'acromion, et, descendant obliquement en dehors et en arrière, je formai un lambeau externe et postérieur, que je fis relever ; puis, passant immédiatement en dedans, je dessinai avec le bistouri l'incision interne, réservant la section des vaisseaux pour la dernière partie. Cela fait, la désarticulation de la tête humérale fut rapidement exécutée, malgré la difficulté que présentait la fracture, celle-ci supprimant le bras de levier, et, la section des parties internes achevée, une ligature fut posée sur l'axillaire.

J'eus ainsi un lambeau qui recouvrait parfaitement toute la plaie, et dont le pourtour venait exactement se marier avec le bord de l'incision interne. Sur le milieu de cette dernière existait une fusée purulente avec décollement qui gagnait jusque vers la partie antérieure de la poitrine. Des points de suture entrecoupée maintinrent la réunion, excepté au niveau de la fusée, où les fils n'auraient pas tenu, et dont je comprimai le trajet avec des boules de charpie et des bandelettes de diachylon ; un pansement ordinaire fut appliqué.

Suivant ma méthode, le pansement fut renouvelé le plus tard possible, et ce n'est que le septième jour que j'enlevai le premier appareil. Pendant tout ce temps, l'état du malade avait été très-satisfaisant ; le sommeil était bon, la fièvre modérée. Dès le premier jour, l'opéré prit du bouillon, et le troisième jour il mangeait des soupes. Il n'a pas été un seul jour à la diète absolue. En soulevant un peu les bandes, on pouvait constater que l'érysipèle disparaissait. Du reste, le malade n'éprouvait dans le moignon aucune douleur.

A la levée de l'appareil, le moignon était dans le meilleur état ; pas le moindre gonflement, point de rougeur ; la réunion était faite partout, excepté au niveau de la fusée. En pressant sur le lambeau, il sortait peu de pus et de très-bonne nature. Tous les points de suture furent enlevés ; le pansement fut appliqué avec les mêmes précautions, c'est-à-dire en comprimant légèrement sur la fusée et sur le lambeau.

A partir de ce moment, la marche de la plaie fut très-régulière. Les pansements ne furent renouvelés que tous les cinq ou six jours. Au troisième pansement la fusée purulente était comblée. A chaque pansement la quantité du pus fournie soit par le trajet du fil, soit par le creux glénoïde, était peu considérable et de qualité très-légitime. La ligature tomba le vingt-deuxième jour de l'opération, et le trente-cinquième, 25 février, le malade sortait entièrement guéri, après avoir eu seulement six pansements.

— La seconde désarticulation de l'épaule fut pratiquée le mois suivant, 20 mars, sur le nommé Joseph Michel, âgé de cinquante-sept ans, cultivateur des Basses-Alpes, pour une tumeur encéphaloïde du bras droit.

Les antécédents de ce malade sont intéressants au point de vue de l'étiologie. La première apparition de la tumeur ne datait que de six mois ; mais six ans auparavant il avait eu une fracture de l'avant-bras dont la guérison avait été lente ; et trois ans plus tard une nouvelle fracture de la partie moyenne de l'humérus, produite par une simple contraction musculaire pour soulever un fardeau. Après cinquante jours cette fracture n'était pas consolidée.

Le père de cet homme était mort d'un cancer de la lèvre inférieure, et sa mère de tubercules pulmonaires.

Six mois avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, le malade avait commencé à ressentir des douleurs vives à la partie supérieure du bras droit. Ces douleurs lancinantes allèrent toujours en augmentant, en même temps que le gonflement de la partie malade se déclarait, et le jour de son entrée il présentait une tumeur volumineuse, bosselée, avec quelques points ramollis et fluctuants ; la peau était lisse ; les veines superficielles développées ; les ganglions de l'aisselle n'étaient point engorgés. La tumeur siégeait au-dessous du moignon de l'épaule ; elle avait la forme d'un cône tronqué dont la base regardait l'épaule ; au point le plus évasé, elle mesurait 40 centimètres de circonférence.

Cette tumeur était manifestement un encéphaloïde, ce que l'autopsie de la pièce démontra. L'humérus lui-même était fracturé et usé, comme l'indiquait, du reste, une mobilité excessive à ce niveau.

L'opération décidée, je la pratiquai le 20 mars. Ici encore les procédés classiques étaient impossibles. La partie supérieure du moignon de l'épaule était la seule partie saine ; en dessous, le mal montait jusqu'au niveau de l'aisselle. Le procédé de Larrey était le seul qui fût applicable, et encore dut-il être modifié ; car l'incision rectiligne fut descendue jusqu'à 7 centimètres au-dessous de l'acromion, et les deux autres incisions cernèrent directement le bras. En sculptant mes lambeaux, je fus obligé de disséquer, pour ainsi dire, la partie saine de la partie malade, et la désarticulation faite, j'eus deux lambeaux d'égale dimension qui s'adaptèrent parfaitement.

Je réunis sans suture, à l'aide de quelques bandelettes de diachylon, et fis un pansement ordinaire.

Le premier jour, le malade fut mis à l'usage du bouillon additionné d'un peu de vin, et il n'éprouva aucun accident. Le pansement ne fut fait que le neuvième jour, et la réunion était opérée dans une grande partie de la plaie. Le pus était bon et peu abondant. Dès ce moment, le malade ne fut pansé qu'une fois par semaine.

Tout allait très-bien, et la guérison paraissait presque achevée, lorsqu'un accident, léger en apparence, vint l'entraver. Le trentième jour de l'opération, un petit abcès sous-cutané apparut sur le lambeau interne, et je dus l'ouvrir par une incision ; trois ou quatre jours après, un premier frisson se déclara, et le malade succomba rapidement à tous les symptômes d'une infection purulente, survenue ainsi le trente-quatrième jour de l'opération.

A l'autopsie, nous ne pûmes découvrir la moindre trace de phlébite des grosses et des petites veines de la région ; il n'y avait pas non plus d'abcès viscéraux. La cicatrisation du moignon était presque complète ; mais sur un point, au niveau du lambeau interne, l'affection cancéreuse avait commencé à repulluler.

La troisième observation dont j'ai à vous faire part est intéressante à plusieurs titres : d'abord, eu égard à la gravité de l'opération et au succès que j'ai eu la satisfaction d'obtenir ; ensuite par rapport à la marche anormale de la lésion du membre correspondant.

Granava (Joseph), marin, âgé de dix-huit ans, entre le 5 mai à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, n° 60. En tombant de la mâture, à une assez grande hauteur, sur le pont du navire, il se fait une fracture des deux cuisses avec plaies. Ces plaies sont situées tout à fait au même point, en avant et en bas, à environ 7 centimètres au-dessus de la rotule ; elles sont petites et arrondies, formées évidemment par la bernie du fragment supérieur, qui s'était réduit ensuite. Du côté droit, la fracture était simple au niveau de la plaie, c'est-à-dire au tiers inférieur. Du côté gauche, il y avait comminution de l'os, double fracture, d'abord au niveau de la plaie, et, plus haut, au-dessous des trochanters ; il y avait donc un long fragment moyen isolé ; une esquille avait été retirée de la plaie.

Un appareil contentif est appliqué de chaque côté dans la position horizontale ; je prescris des lotions résolutives, puis un appareil amidonné avec fenêtres ménagées au niveau des plaies.

Pendant vingt jours le malade ne manifeste pas la moindre douleur ; le vingtième jour (25 mai), j'examine les appareils. Du côté droit, la suppuration est presque nulle, et la consolidation a commencé. Du côté gauche, la suppuration est très-faible ; il n'y a ni gonflement, ni rougeur, ni fusée purulente ; mais, en revanche, nulle trace encore de consolidation. Les appareils sont replacés. Au bout de huit jours, le malade se plaint du côté gauche ; la suppuration a beaucoup augmenté, et imbibe la charpie qui recouvre la fenêtre de l'appareil. Celui-ci, fendu dans sa longueur, permet l'examen du membre, que je trouve tuméfié ; la pression expulse une énorme quantité de pus. J'établis au moyen de la coque amidonnée une compression méthodique ; mais la suppuration va toujours en augmentant, le fragment moyen baigne dans une mare de pus, le malade s'affaiblit et dépérit rapidement. La consolidation du membre droit s'est arrêtée ; mais il n'y a point de suppuration.

En présence de ces accidents formidables, une chance unique de salut restait pour le malade, c'était le sacrifice total de son membre, la désarticulation de la cuisse.

Je pratiquai cette opération le 15 juin, quarantième jour de l'accident.

Le choix du procédé étant ici à ma libre disposition, j'optai pour celui de Béclard, donnant, on le sait, deux lambeaux d'égales dimensions, l'un antérieur et l'autre postérieur, mais que j'eus soin, comme toujours, de tailler de dehors en dedans.

Le malade étant soumis au chloroforme et couché sur le côté droit, je plongeai perpendiculairement un couteau d'amputation très-court jusqu'à l'os, à la partie externe du niveau du grand trochanter, et je sculptai mon lambeau postérieur en descendant à 3 centimètres au-dessous du pli de la fesse. Comme le malade était très-affaibli, les artères de ce lambeau, notamment la fessière et l'ischiatique, furent immédiatement liées. Le malade remis horizontalement sur le dos, je taillai mon lambeau antérieur en rejoignant les deux extrémités de la première incision. Ce lambeau, dont la courbure devait s'adapter à celle du lambeau postérieur, fut relevé aussitôt, l'artère crurale liée, et la désarticulation de la tête du fémur rapidement achevée.

Le malade avait perdu très-peu de sang, et l'anesthésie chloroformique avait été complète pendant toute la durée de l'opération.

En réunissant, mes lambeaux s'adaptaient exactement et fermaient la plaie comme les deux feuillets d'un livre. Des points de suture servirent à les maintenir, et le pansement ordinaire fut ensuite appliqué.

Le jour même du bouillon vineux et une potion cordiale furent donnés au malade, qui se trouvait dans un état très-avancé de prostration. Mais peu à peu le pouls se releva, sans que la fièvre survînt ; les toniques furent continués avec avantage, et dès qu'il put la supporter, une alimentation solide lui fut prescrite.

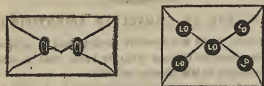
J'avais fait transporter l'opéré dans une chambre payante, où il était seul et ainsi plus à l'abri des atteintes de l'infection purulente.

Le sixième jour, 21 juin, en raison de la chaleur de la saison et de l'odeur du pus, dont la quantité était cependant peu considérable, le

---

une empreinte spéciale à l'expéditeur. Ces cachets doivent être placés de manière à retenir tous les plis de l'enveloppe.

Modèles de lettres chargées.



Nos souscripteurs dont l'abonnement finit le 31 *décembre sont priés d'envoyer le prix de leur renouvellement. Les abonnés nouveaux qui n'ont pas encore fait parvenir le montant de leur abonnement sont également priés de le faire sans retard.*

Un mandat de poste au nom du directeur de la GAZETTE *est le mode de payement le plus sûr et le plus prompt.*

Les abonnés de la Belgique voudront bien s'adresser, pour leur renouvellement comme pour les réclamations qu'ils auraient à faire, à M. DECQ, *libraire à Bruxelles, rue de la Madeleine, 9 ;*

Ceux de la Suisse, à MM. JULLIEN *frères, libraires à Genève ;*

Ceux des autres États, aux libraires ou aux directeurs des postes de leurs pays.

Nous prions instamment nos abonnés de joindre à l'envoi du renouvellement leur dernière bande imprimée, après y avoir rectifié les erreurs s'il y en a.

pansement fut renouvelé. L'aspect du moignon était excellent : pas la moindre rougeur, point de gonflement; la réunion immédiate s'est effectuée presque partout, et le pus s'écoule par les deux angles de la plaie, qui donnent passage aux fils des ligatures. Quelques points de suture sont enlevés; on les coupe tous au deuxième pansement, fait quatre jours après le premier, soit le dixième de l'opération.

Dès lors la marche de la plaie a été des plus régulières ; nul accident n'est venu l'arrêter, ni gonflement, ni abcès, ni fusée. Seulement le creux cotyloïdien a continué à fournir du pus, qui sortait par les deux angles, jusqu'à l'accomplissement, toujours un peu lent, du travail de granulation adhésive qui devait combler cette fosse. Les ligatures sont tombées successivement, et celle de la crurale le vingt-huitième jour. Le 16 août, soixante jours après l'opération, le moignon était à peu près complétement cicatrisé. Le malade avait pris un embonpoint très-marqué.

Mais si tout avait marché avec cette heureuse régularité du côté du moignon, il n'en était pas de même pour la cuisse droite, qui a été le théâtre d'un fait chirurgical bien extraordinaire.

Le huitième jour après l'opération je fis enlever le bandage, croyant trouver le membre en partie consolidé, car le malade n'y accusait pas la moindre douleur. Quel ne fut pas mon étonnement en trouvant à la partie postérieure, au niveau de la fracture, une ulcération large comme la paume de la main, et le fragment supérieur bernié dans une hauteur de 4 centimètres.

Ce travail ulcératif s'était produit à l'insu du malade, sans douleur et sans la moindre suppuration; il n'y avait pas dans l'appareil deux gouttes de pus. La plaie antérieure était cicatrisée. Ce terrible accident vint arrêter un moment mes espérances de succès, et, si ce n'eût été la faiblesse du malade et l'affreuse idée de le mutiler encore, j'aurais songé à une amputation. Cependant comme la douleur était nulle ainsi que la suppuration, je fis réduire aussi bien que possible le fragment bernié et placer un appareil de Scultet avec des plumasseaux de charpie au niveau de l'ulcération, comptant fort peu sur le résultat, et m'attendant à une nécrose du bout de l'os déplacé.

Après huit jours, la suppuration, quoique peu abondante, était cependant plus forte qu'avant le pansement, mais la plaie se couvrait de bourgeons de très-bon aspect, qui tendaient à protéger la longueur de l'os hernié. Un appareil fut replacé avec les précautions les plus minutieuses, pour éviter les mouvements des fragments. Dès ce moment, la suppuration diminua toujours ; la santé générale du malade s'améliorait à vue d'œil, et tandis que d'un côté le moignon se cicatrisait, de l'autre la cuisse se consolidait à mon grand étonnement, si bien que le 8 septembre, la plaie était entièrement cicatrisée.

La fracture soudée, on supprime l'appareil, et le malade commence à s'asseoir sur un fauteuil. Le genou, comme on le pense, était fort enroidi, mais sans ankylose complète, ce qui me fait croire à un retour des mouvements.

L'histoire de cette fracture, par le résultat inespéré qu'elle a eu, me semble être l'un des faits les plus extraordinaires qu'il soit donné au chirurgien d'observer.

Telles sont les trois opérations qui m'ont paru mériter, principalement la dernière, de fixer l'attention de la Société de chirurgie. En effet, la guérison d'une désarticulation de la cuisse est toujours digne d'être remarquée, surtout quant à la gravité déjà excessive de l'opération vient encore se joindre la complication d'une fracture avec plaie du fémur de l'autre membre.

Permettez-moi de rappeler aussi, sans vouloir toucher à cette grande question de l'amputation immédiate et de l'amputation tardive, sans intention non plus de rien conclure rigoureusement du fait en question; permettez-moi, dis-je, de rappeler que le malade a été amputé secondairement environ six semaines après son accident. Il a été ainsi opéré, parce que, comme vous venez de le voir, la marche des symptômes, en dépit de la gravité de la lésion, me commandait l'expectation; puis, quand l'impérieuse nécessité d'agir est venue, elle s'est trouvée d'accord avec les nouvelles tendances qui, en de semblables occasions, se sont depuis quelques années emparées de mon esprit.

Les déductions pratiques à tirer des faits que je viens d'avoir l'honneur d'exposer sont les préceptes formulés au début de cette note, préceptes trop peu suivis jusqu'à ce jour, que je voudrais voir généralement adoptés, et que je résume en cette simple proposition : Dans toute désarticulation, faire, chaque fois que cela est possible, deux lambeaux et les tailler de dehors en dedans; il y a tout avantage à procéder ainsi, sous le double rapport de la bonne confection du moignon et de la promptitude de la guérison.

Enfin, il est extrêmement utile, dans les amputations de membres, quelle que soit d'ailleurs la méthode employée, de faire des pansements retardés.

DE L'EMPLOI DES VÉSICATOIRES SUR LE COL DE L'UTÉRUS dans le traitement des affections de cet organe.

Par M. F. A. Aran.

Le col utérin est mis à découvert dans les examens ordinaires au spéculum. On l'absterge avec soin des mucosités qui le tapissent, ou du sang qui est fourni quelquefois par les excoriations dont il est le siége. Si le médecin a déjà examiné plusieurs fois l'organe, et s'il en a bien apprécié les dimensions, il a pu tailler préalablement une rondelle de la grandeur du col dans un taffetas vésicant bien adhésif et suffisamment chargé du principe actif. Sous ce rapport, le vésicatoire dit d'Albespeyres est celui qui atteint le mieux le but. Il ne reste plus alors qu'à placer la rondelle du vésicatoire sur le col et à l'y maintenir. On obtient ce dernier effet en portant une grosse boulette de charpie sèche, ou mieux encore trempée à l'une de ses extrémités dans le collodion ordinaire, en contact avec la rondelle au fond du spéculum.

Le vésicatoire ainsi disposé est laissé en place pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, suivant les circonstances. Il convient de recommander aux malades le repos au lit sur une chaise longue pendant les huit ou dix premières heures. On lève le vésicatoire en se servant, comme pour le placer, du spéculum, en saisissant le tampon de charpie et la rondelle emplastique avec des pinces. On panse avec de l'amidon en poudre. Le même pansement est renouvelé pendant deux, trois ou quatre jours, en faisant faire à la malade des injections émollientes ou légèrement astringentes.

Par suite de l'adhérence intime de l'épithélium au tissu du col, et peut-être aussi à cause de son peu d'épaisseur, il est rare de trouver sur le col une véritable vésication en tout semblable à celle qu'on observe sur la peau. A peine observe-t-on quelquefois de petites ampoules séreuses ; mais en revanche l'épithélium est épaissi, poncé, opaque; il se détache dans certains cas facilement, mais moins que l'épiderme, et la limite de l'application du vésicatoire est indiquée par un liséré d'un rouge vif, qui contraste avec la coloration rose clair du reste du col.

En général, il faut attendre que l'épithélium soit reformé, c'est-à-dire six ou sept jours au moins avant de venir à une seconde application vésicante.

Le vésicatoire a pour premier effet de calmer les douleurs, s'il en existe, soit au col, soit dans le système utérin tout entier. Il a, en outre, une action résolutive très-puissante sur les engorgements, une action modificatrice incontestable sur les inflammations chroniques et les ulcérations superficielles.

L'auteur a recueilli déjà un grand nombre d'observations favorables à l'emploi de ce moyen. Il en rapporte quatre avec détails dans son mémoire, et termine par les conclusions suivantes :

1° Les vésicatoires peuvent être appliqués sur le col de l'utérus, et leur application y détermine des phénomènes analogues à ceux dont elle est suivie sur les parties extérieures du corps.

2° L'application des vésicatoires sur le col ne donne lieu à aucune espèce d'accident, ni vers l'utérus, ni vers les organes voisins, pas même vers la vessie.

3° Appliqués sur le col, les vésicatoires peuvent rendre des services dans la thérapeutique des affections utérines, principalement dans les affections chroniques, comme moyen de calmer la douleur, de faire diminuer ou même disparaître les engorgements, de modifier topiquement et de cicatriser vite les surfaces malades du col (érosions, ulcérations, granulations). (*Bull. thérap.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 décembre 1857. — Présidence de M. Michel Lévy.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Un rapport de M. Regnault, médecin inspecteur des eaux minérales de Bourbon-l'Archambault, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1855 (commission des eaux minérales) ;

2° Une notice accompagnant deux échantillons d'une poudre à laquelle le sieur Caignan attribue la propriété de guérir la gravelle (commission des remèdes secrets et nouveaux) ;

3° Une lettre de M. le docteur Borel, médecin adjoint de l'Hôtel-Dieu de Pontoise, dans laquelle ce médecin a consigné des observations relatives à la vaccine et à la revaccination, ainsi qu'aux avantages que l'on pourrait retirer, au point de vue de la propagation de ces utiles pratiques, de l'institution des médecins cantonaux. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite ne comprend que deux lettres de remercîments adressées à M. le président de l'Académie à propos des récompenses décernées dans l'avant-dernière séance.

LECTURES.

Phthisie syphilitique. — M. le docteur SANTERO-MIRONE lit un travail intitulé *Observations cliniques sur plusieurs cas de phthisie syphilitique pour servir de complément à l'histoire des maladies vénériennes primitives, et sur le traitement particulier qui convient à cette maladie.* (Commissaires : MM. Barth, Ricord et Depaul.)

Caractère microscopique des taches de sang. — M. COULIER, professeur agrégé de chimie à l'École de médecine et de pharmacie militaires, donne lecture d'une note sur un caractère microscopique constant des taches de sang.

La présence d'un globule blanc, dit l'auteur, indique que la tache est due soit à du sang, soit à du muco-pus. Si la tache est rouge et d'une teinte bien uniforme ou bien régulièrement dégradée, ce sera une preuve de plus. Si enfin on trouve simultanément des débris de fibrine avec tous leurs caractères, et si ces débris contiennent d'autres globules blancs bien caractérisés, je crois qu'il est difficile de pouvoir admettre que la tache ait été formée par autre chose que du sang. (Commissaires : MM. Bussy, Lecanu et Devergie.)

RAPPORTS.

Sirop iodo-tannique. — M. GAULTIER DE CLAUBRY donne lecture des nouvelles conclusions de son rapport sur le *sirop iodo-tannique;* les effets thérapeutiques de cette préparation, qui n'a pas d'ailleurs pour elle un caractère absolu de nouveauté, n'ont pas été suffisamment constatés, et la commission déclare qu'il n'y a pas lieu par conséquent de lui accorder l'approbation de l'Académie.

Quelques observations sont échangées, à propos des conclusions de ce rapport, entre MM. Boudet, Robinet, Michel Lévy, Velpeau et Gaultier de Claubry.

Paralysie du nerf facial. — M. ROCHE lit un rapport sur un mémoire intitulé : *La paralysie du nerf facial produite à volonté, dans un cas de lésion de l'oreille moyenne*, par le docteur Deleau jeune.

Voici les conclusions de ce rapport :

1° Le nerf facial ou la portion dure de la septième paire, éta nerf de mouvement, ne peut jamais être le siége des névralgies face.

2° Ses lésions se traduisent exclusivement, d'une part, par le non douloureux et les spasmes convulsifs des muscles de la joue quels il se distribue, et, d'autre part, par l'abolition passagère ou rable de la contractilité de ces mêmes muscles.

3° Les névralgies de la face occupent toujours l'un ou plusieu trois faisceaux dont se compose le nerf trijumeau, ou nerf de la quième paire, *nerf du sentiment*, dont elles dessinent les ramific dans leurs douloureux élancements.

4° Dans l'immense majorité des cas, la cause première des d dres fonctionnels, tics non douloureux, spasmes, convulsions et p sies, localisés dans une joue, doit être cherchée dans l'otite, aig chronique, dont la souffrance s'est communiquée au nerf facial seul peut être l'agent de ces troubles.

Nous avons l'honneur de vous proposer d'adresser une lettre d mercîments à M. Deleau, pour son intéressante communication, déposer honorablement son travail dans les archives de l'Académ

DISCUSSION.

M. TROUSSEAU. M. Roche a dit dans son rapport que la cause que exclusive de la paralysie du nerf facial était l'otite aiguë ou nique ; je m'inscris en faux contre cette proposition. Je veux é ce point fondamental : dans les otites chroniques, il y a fréquem paralysie du facial; il en est de même dans les otites survenan suite de fièvres éruptives, chez les scrofuleux. Mais ce fait est telle connu qu'il est à peine nécessaire de le rappeler.

Quant à la paralysie faciale survenue brusquement, on ne peu dire que l'otite en soit la cause. La paralysie faciale est fréque l'otite, avec ses signes caractéristiques, est très-rare. Pour adm que la paralysie est produite par l'otite, je voudrais voir un écoule de pus par la trompe d'Eustache ou par le conduit auditif exter voudrais constater les douleurs atroces que l'on rencontre dans le flammations de l'oreille interne ou moyenne. L'explication de la lysie n'est pas toujours facile à donner : on a admis que le névr s'enflammait, et le nerf était comprimé dans le conduit osseux traversé.

M. CLOQUET, se basant sur un grand nombre de faits qu'il a o vés, ne peut pas admettre que l'otite soit la cause presque excl de la paralysie faciale ; il partage l'opinion de M. Trousseau.

M. CRUVEILHIER rappelle l'histoire de Dupuytren, qui fut frap paralysie faciale subitement, pendant qu'il faisait une leçon ; peut pas dire qu'il y avait une otite : c'est un exemple célèbre q contraire à l'idée émise par M. Roche.

M. ROCHE. Si l'on trouve que j'ai été trop absolu, je mettra l'otite est la cause la plus ordinaire, et non la cause presque excl de la paralysie faciale.

M. VELPEAU s'étonne que l'idée de cette étiologie ait pu se pr ter à l'esprit de quelqu'un : « Je ne comprends pas, dit-il, que opinion ait pu se faire jour dans le sein de l'Académie. Sans dout altération profonde du rocher peut produire une paralysie faciale; c'est un fait rare et qui n'a rien de commun avec la paralysie fa survenue le plus souvent sous l'influence du froid, telle que n rencontrons dans les hôpitaux.

M. TROUSSEAU rapporte l'observation d'un homme qui, étan fenêtre, vit tomber le tonnerre à cinquante pas de lui. Il eut ins nément une paralysie faciale pour laquelle il resta longtemps à tel-Dieu. Dira-t-on que cet homme avait une otite ?

MM. VELPEAU, ROCHE, LARREY et DESPORTES échangent quelques paroles.

M. LE PRÉSIDENT dit que la discussion sera imprimée à la sui rapport, et que l'on peut, par conséquent, voter sur les conclusi

— Les conclusions du rapport de M. Roche sont adoptées.

Pendant les lectures précédentes, l'Académie a procédé aux diff scrutins pour le renouvellement des commissions permanetnes.

— M. LE PRÉSIDENT donne connaissance du résultat de ces tins. Ont été nommés :

Commission des épidémies. — MM. Bouillaud et Michel Lévy.
Commission des eaux minérales. — MM. Henry et Patissier.
Commission des remèdes secrets. — MM. Chevallier et Guibou
Commission de vaccine. — MM. Cazeaux et Bouvier.
Comité de publication. — MM. Rostan, Barth, Jobert, Velpe Boullay.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUE

Le concours ouvert le 2 décembre dernier, pour la nominat deux pharmaciens des hôpitaux civils de Paris, vient de se te par la nomination de MM. Nowlon et Vialla.

Par suite de cette nomination, conformément à un arrêté de préfet de la Seine, et sur la proposition de M. le directeur gén l'assistance publique, les mutations suivantes auront lieu le 1er ja

M. Lutz, pharmacien de l'hôpital des Enfants, passe à l'hôpital Louis, en remplacement de M. Foy, admis à faire valoir ses droi retraite ;

M. Réveil, pharmacien à l'hôpital des Cliniques, remplace M à l'hôpital des Enfants malades ;

M. Hébert, pharmacien de l'hospice de Bicêtre, remplace l veil à l'hôpital des Cliniques ;

M. Vialla remplace M. Hébert à l'hospice de Bicêtre.

M. Nowlon occupera la place vacante à l'hôpital du Midi.

— A l'occasion de son heureuse délivrance, la reine d'Espagne de récompenser généreusement le docteur Corral, son premier cheur, et un des plus grands praticiens de Madrid.

Elle vient de lui envoyer un magnifique plateau en argent cise lequel était une somme de 1,000 onces d'or (environ 84,000 fr une superbe parure en diamants pour sa femme, et le titre de m de Real Acieto, mots à peu près impossibles à traduire littérale et qui veulent dire *marquis de l'Adresse royale*, pour indiquer l' leté qu'il a déployée dans cette circonstance.

Le Gérant,
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

TABLE DES MATIERES

DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES. — 1857.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

T

U

V

W

Z

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garencière, 8.

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX EN 1857.

PARIS. — TYPOGRAPHIE DE HENRI PLON, RUE GARANCIÈRE, 8.

